

UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALFENAS

FERNANDA RIBEIRO BORGES

**AVALIAÇÃO DE COMPETÊNCIAS DE ESTUDANTES UNIVERSITÁRIOS DA
ÁREA DA SAÚDE SOBRE VISITA DOMICILIAR UTILIZANDO A FERRAMENTA
CURSO ABERTO MASSIVO ONLINE**

**Alfenas/MG
2016**

FERNANDA RIBEIRO BORGES

**AVALIAÇÃO DE COMPETÊNCIAS DE ESTUDANTES UNIVERSITÁRIOS DA
ÁREA DA SAÚDE SOBRE VISITA DOMICILIAR UTILIZANDO A FERRAMENTA
CURSO ABERTO MASSIVO ONLINE**

Dissertação apresentada como parte dos requisitos para obtenção do título de Mestre em Enfermagem pela Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Alfenas.

Linha de pesquisa: Gestão em Serviços de Saúde.

Orientadora: Profa. Dr^a. Sueli Leiko Takamatsu Goyatá.

Coorientador: Prof. Dr. Cláudio Kirner

Alfenas/MG

2016

Dados Internacionais de Catalogação-na-Publicação (CIP)
Biblioteca Central da Universidade Federal de Alfenas

Borges, Fernanda Ribeiro

Avaliação de competências de estudantes universitários da área da saúde sobre visita domiciliar utilizando a ferramenta Curso Aberto Massivo Online / Fernanda Ribeiro Borges. -- Alfenas/MG, 2016.
202 f.

Orientadora: Sueli Leiko Takamatsu Goyatá
Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade Federal de Alfenas, 2016.
Bibliografia.

1. Visita Domiciliar. 2. Educação. 3. Tecnologia Educacional. I. Goyatá, Sueli Leiko Takamatsu. II. Título.

CDD-610.73



Fernanda Ribeiro Borges

“Avaliação de competências de estudantes universitários da área da saúde sobre visita domiciliar utilizando a ferramenta Curso Aberto Massivo Online”

A Banca Examinadora, abaixo assinada, aprova a Dissertação apresentada como parte dos requisitos para a obtenção do título de Mestre em Enfermagem pela Universidade Federal de Alfenas. Área de concentração: Enfermagem.

Aprovado em: 15/09/16

Profa. Dra. Sueli Leiko Takamatsu Goyatá
Instituição: Universidade Federal de Alfenas-
MG – UNIFAL-MG

Assinatura: Sueli Takamatsu Goyatá

Prof. Dr. Luiz Eduardo da Silva
Instituição: Universidade Federal de Alfenas-
MG – UNIFAL-MG

Assinatura: Luiz Eduardo da Silva

Profa. Dra. Patrícia Mônica Ribeiro
Instituição: Universidade Federal de Alfenas-
MG – UNIFAL-MG

Assinatura: Patrícia Mônica Ribeiro

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus, pois sem Ele nada seria possível.

Aos meus pais Izaura e Sérgio, por todo o amor, pelo conforto diante das dificuldades em todos os momentos desta e de outras caminhadas, por acreditarem em meus ideais e por formarem a minha essência e meu caráter.

Aos meus irmãos Fabrício e Flaviane, pelo apoio e carinho de ambos e pelos conselhos e palavras sábias da minha irmã.

Ao Augusto César, meu noivo, por seu amor e paciência, por suas palavras de ânimo e motivação nos momentos críticos, por ter me acompanhado e me auxiliado por várias vezes nessa caminhada. Sua presença é essencial e sem ela seria ainda mais difícil.

Em especial a minha orientadora Profa. Dra. Sueli Leiko Takamatsu Goyatá, por sua dedicação, sua disponibilidade e incentivo, pela confiança depositada e por todo seu conhecimento transmitido que tornaram possível a conclusão deste trabalho, por ter me estimulado a trabalhar com uma ferramenta ainda pouco explorada na área da saúde, sendo um grande desafio. Sou grata por todo empenho em me manter e conduzir no objetivo, por sua excepcional paciência em todas as etapas da orientação e por sua amizade despertada durante esta jornada. Tenho certeza que será um grande exemplo para minha vida.

Ao meu coorientador, Prof. Dr. Cláudio Kirner, pela dedicação e disponibilidade que sempre manifestou e a empatia com que recebeu as nossas ideias, seu estímulo permitiu vencer as inseguranças das etapas desse trabalho.

Ao Marcos Nery, por todo seu profissionalismo e competência, sendo assim possível desenvolver os recursos para o curso, sua colaboração foi crucial para o sucesso do estudo. Agradeço por todas as horas dedicadas à produção desse trabalho.

Ao Prof. Dr. Denismar Alves Nogueira, pela operacionalização da análise estatística, por sua disponibilidade e prontidão.

Aos participantes dos vídeos de dramatização, grandes colegas e amigos, obrigada pela disposição e comprometimento de cada um, todos desempenharam muito bem os papéis e as cenas, sendo um sucesso as dramatizações.

Ao amigo Evandro Massini, pelo auxílio com os recursos tecnológicos. Sua participação foi fundamental para o êxito do curso.

Aos membros da minha Banca Examinadora, por aceitarem o convite e contribuírem com a realização deste estudo.

Aos graduandos de Enfermagem, Fisioterapia e Medicina participantes do curso, espero que eu possa ter contribuído para o ensino e aprendizagem sobre a visita domiciliar.

A Coordenação do Programa de Pós-graduação em Enfermagem, pela oportunidade de enriquecer meus conhecimentos com as experiências transmitidas pelos professores do programa.

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Ensino Superior, pela bolsa de estudos.

Enfim, a todos vocês minha eterna gratidão. É um ciclo que se fecha, mas é apenas o início.

A verdadeira viagem do descobrimento não consiste em procurar novas paisagens, mas em ver com novos olhos.

(PROUST, 1922)

RESUMO

O fenômeno MOOC pode ser considerado uma evolução da educação a distância, associado ao movimento dos recursos educacionais abertos e da expansão do conhecimento, podendo oferecer uma aprendizagem motivadora, atrativa e interativa. Tal fato explica a realização do estudo em questão, que teve como objetivo principal avaliar o grau de conhecimento dos estudantes universitários da área da saúde sobre visita domiciliar, na Estratégia Saúde da Família, utilizando um Curso Aberto Massivo Online, como proposta de intervenção, a partir do uso de uma interface multimídia. Trata-se de uma pesquisa quantitativa, quase-experimental, sem grupo controle, do tipo pré e pós-teste realizada durante o período de março a junho de 2016 junto a 135 graduandos do 1º e do 3º períodos dos cursos de Enfermagem, Fisioterapia e Medicina. Realizou-se uma revisão integrativa sobre o ensino de visita domiciliar para elaboração do questionário pré e pós-teste, podendo assim verificar o conhecimento que os estudantes tinham sobre a temática. Esse questionário foi avaliado por seis juízes em um processo de refinamento e submetido à análise de consistência interna. Foi elaborada uma matriz de competências cognitivas, atitudinais e de habilidades que norteou a seleção e a construção dos recursos midiáticos. Os recursos midiáticos utilizados foram Material de apoio didático, Videoaulas, Vídeo de Dramatização, Jogo com Realidade Aumentada e Quiz. O curso foi dividido em três módulos: 1) Abordagem Familiar, 2) Conceito de Visita Domiciliar e 3) Fases da Visita Domiciliar. Foi aplicado o questionário pré e pós-teste, o questionário de caracterização dos participantes e um questionário de avaliação do curso. Esses dados foram tabulados e analisados por meio do Software SPSS, versão 17.0 para Windows. Houve predomínio do sexo feminino (74,8%) com média de idade de 20 anos, 91,9% possuem notebook, 95,6% acessam a internet em casa, 91,9% utilizam a internet para o estudo, apenas 11,9% já tinham realizado algum curso a distância e 32,2% tinham realizado alguma disciplina pelo ambiente virtual de aprendizagem da Universidade. Apenas 2,2% conheciam a ferramenta MOOC. Após a aplicação do curso, os participantes

avaliaram como muito adequados os recursos utilizados e as características do ambiente como formatação, acesso, navegação, imagens e hipertextos. Foi encontrada associação fortemente significativa entre as notas do pré e pós teste ($p=0,000000001$), 83,0% dos participantes tiveram nota maior no pós-teste, o que mostra a eficácia da intervenção. Comparando a nota do pré e pós-teste por curso todos apresentaram associação significativa: 1º período de Enfermagem ($p=0,0001$), 1º período de Fisioterapia ($p= 0,004$), 1º período de Medicina ($p=0,0001$), 3º período de Enfermagem ($p=0,002$), 3º período de Fisioterapia ($p= 0,013$), 3º período de Medicina ($p=0,0001$). O recurso melhor avaliado foi o Material de Apoio Didático (74,1%) e o curso com maior média no pré e pós-teste foi o 3º período de Medicina. A utilização da ferramenta MOOC neste estudo mostrou-se eficaz, possibilitando uma aprendizagem expressiva para o ensino da visita domiciliar, podendo ser uma potencial ferramenta pedagógica de ensino e aprendizagem.

Palavras-chave: Visita domiciliar. Educação. Tecnologia Educacional.

ABSTRACT

The MOOC phenomenon can be considered an evolution of distance education, associated with the movement of open educational resources and the expansion of knowledge can provide a motivating learning, attractive and interactive. This fact explains the study in question, which aimed to assess the level of knowledge of students in the health area students on home visits in the Family Health Strategy, using an Open Course Massively Online, as an intervention measure, the from the use of a multimedia interface. This is a quantitative, quasi-experimental, with no control group, the pre type and performed post-test during the period from March to June 2016 with 135 graduate students of the 1st and 3rd period of Nursing, Physiotherapy and Medicine . We conducted an integrative review of the home visit education to prepare the questionnaire pre and post-test and may thus verify the knowledge that the students had on the subject. This questionnaire was evaluated by six judges in a refining process and subjected to the internal consistency analysis. an array of cognitive, attitudinal competencies and skills that guided the selection and construction of media resources was developed. The media resources used were teaching support material, video classes, Role Playing Video, game with Augmented Reality and Quiz. The course was divided into three modules: 1) Family Approach, 2) Homecare Business Concept and 3) Phases of Home Visit. The questionnaire pre and post-test was applied, the characterization questionnaire of participants and a course evaluation questionnaire. These data were tabulated and analyzed using the SPSS software, version 17.0 for Windows. There was a predominance of females (74.8%) with mean age of 20 years, 91.9% have notebook, 95.6% access the Internet at home, 91.9% use the internet for the study, only 11, 9% had already done some distance course and 32.2% had undergone some discipline by the virtual learning environment of the University. Only 2.2% knew the MOOC tool. After application of the course, participants evaluated as very appropriate the resources used and environmental features such as formatting, access, navigation, images and hypertext. Found highly significant association between the notes of the pre and

post-test ($p = 0.000000001$) 83.0% participants had higher score in the post-test, which shows the effectiveness of the intervention. Comparing note the pre- and post-test by course all showed significant association: 1ºperíodo Nursing ($p = 0.0001$), 1º Physiotherapy period ($p = 0.004$), 1ºperíodo of Medicine ($p = 0.0001$), 3rd Nursing period ($p = 0.002$), 3ºperíodo Physiotherapy ($p = 0.013$), 3rd period of Medicine ($p = 0.0001$) .The best rated feature was the Didactic Material support (74.1%) and the course with the highest average in the pre and post-test was 3ºperíodo of Medicine. The use of MOOC tool in this study was effective allowing a significant learning for the education of home visits, and may be a potential educational tool for teaching and learning.

Key words: Home visit. Education. Educational technology.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1-	Fluxograma da seleção de publicações científicas nas bases/bancos de dados, de acordo com os critérios estabelecidos para o estudo.....	32
Figura 2-	Matriz de Competências Módulo 1.....	58
Figura 3-	Matriz de Competências Módulo 2.....	58
Figura 4-	Matriz de Competências Módulo 3.....	59
Figura 5-	Página inicial do curso Visita Domiciliar na Estratégia Saúde da Família.....	63
Figura 6-	Estrutura dos módulos.....	64
Figura 7-	Material de apoio didático no formato de livro virtual.....	65
Figura 8-	Videoaula do Módulo 2 - Conceito de Visita Domiciliar.....	66
Figura 9-	Vídeo de dramatização do Módulo 2.....	67
Figura 10-	Jogo com Realidade Aumentada do Módulo 2.....	68
Figura 11-	Dispositivo marcador.....	68
Figura 12-	Quiz do Módulo 2.....	69

LISTA DE TABELAS

Tabela 1-	Distribuição percentual dos participantes do curso, de acordo com as características sociodemográficas, Alfenas, 2016.....	70
Tabela 2-	Distribuição percentual dos participantes do curso de acordo com as características de informatização e uso da internet, Alfenas, 2016.....	71
Tabela 3-	Distribuição percentual dos participantes em relação à prática da Visita Domiciliar, Alfenas, 2016.....	72
Tabela 4-	Distribuição percentual realizada pelos participantes do estudo sobre as características do curso, Alfenas, 2016.....	73
Tabela 5-	Distribuição percentual da avaliação geral dos recursos midiáticos utilizados pelos participantes do curso, Alfenas, 2016.....	74
Tabela 6-	Distribuição percentual das avaliações de cada curso e período que consideraram os recursos midiáticos adequados e muito adequados, Alfenas, 2016.....	74
Tabela 7-	Distribuição percentual de acertos de cada questão do questionário pré e pós-teste realizada pelos participantes do curso, Alfenas, 2016.....	76
Tabela 8-	Distribuição da média e mediana por curso e período no pré-teste e pós-teste, Alfenas, 2016.....	77
Tabela 9-	Distribuição da média de acesso dos participantes por curso e período, Alfenas, 2016.....	78
Tabela 10-	Distribuição de significância para a avaliação das variáveis Formatação, Navegação, Acesso, Hipertexto e Imagens relacionando com Sexo, Idade, Curso e Período, Alfenas, 2016.....	81

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AVA	- Ambiente Virtual de Aprendizagem
BDEF	- Base de dados da Enfermagem
BIREME	- Biblioteca Regional de Medicina
CEAD	- Centro de Educação Aberta e a Distância
CNAHL	- Cumulative Index to Nursing & Allied Health Literature
DCN	- Diretriz Curricular Nacional
DECS	- Descritores de Saúde
DIC	- Design Instrucional Contextualizado
DRA	- Vídeo de Dramatização
DRGCA	- Departamento de Registros Gerais e Controle Acadêmico
EaD	- Educação a distância
ESF	- Estratégia Saúde da Família
FLARAS	- Flash Augmented Reality Authoring System
JHSPH	- Johns Hopkins School of Public Health
LEGS	- Laboratório de Epidemiologia e Gestão em Saúde da Escola de Enfermagem
LILACS	- Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde
MAD	- Material de Apoio Didático
MOOC	- Cursos Aberto Massivo Online
MOODLE	- Modular Object-Oriented Dynamic Learning Environment
MP4	- Music Player 4
PDF	- Formato Portátil de Documento
PPP	- Projeto Político Pedagógico

QUIZ	- Verificação da aprendizagem
RA	- Realidade Aumentada
REA	- Recursos Educacionais Abertos
SCIELO	- Cientific Electronic Library Online
SUS	- Sistema Único de Saúde
TCLE	- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TIC	- Tecnologia de Informação e Comunicação
TDICs	- Tecnologias Digitais da Informação e da Comunicação
UNIFAL	- Universidade Federal de Alfenas
VD	- Visita Domiciliar
VA	- Videoaula
VAJI	- Videoaula/Jogo Interativo

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	18
2	JUSTIFICATIVA.....	24
3	OBJETIVOS.....	26
3.1	OBJETIVO GERAL.....	26
3.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	26
4	REVISÃO INTEGRATIVA.....	28
4.1	INTRODUÇÃO.....	28
4.2	MÉTODO.....	29
4.3	RESULTADOS.....	32
4.4	DISCUSSÃO.....	40
4.5	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	44
5	METODOLOGIA.....	45
5.1	FORMULAÇÃO DO PROBLEMA E HIPÓTESES.....	45
5.2	TIPO DE ESTUDO.....	45
5.3	LOCAL DE ESTUDO.....	46
5.4	PARTICIPANTES DA PESQUISA.....	46
5.5	ETAPAS DA PESQUISA.....	47
5.5.1	Primeira etapa.....	47

5.5.2	Segunda etapa	48
5.5.3	Terceira etapa	49
5.5.4	Quarta etapa	50
5.6	COLETA E ANÁLISE DE DADOS.....	50
5.7	ANÁLISE E TRATAMENTO DOS DADOS.....	50
5.8	ASPECTOS ÉTICOS.....	51
6	RESULTADOS E DISCUSSÃO	53
6.1	ELABORAÇÃO DO QUESTIONÁRIO REFINAMENTO POR JUÍZES	53
6.2	REFERENCIAL TEÓRICO METODOLÓGICO DA PRODUÇÃO TECNOLÓGICA	54
6.3	MATRIZ DE COMPETÊNCIAS.....	57
6.4	PROCESSO DE DESENVOLVIMENTO DO CURSO.....	59
6.4.1	Características principais dos cursos em formato MOOC	61
6.5	DESENVOLVIMENTO TECNOLÓGICO DOS RECURSOS MUDIÁTICOS.....	62
6.6	CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES DA PESQUISA.....	70
6.7	AVALIAÇÃO DOS PARTICIPANTES DA PESQUISA APÓS A REALIZAÇÃO DO CURSO.....	73
6.8	AVALIAÇÃO DO QUESTIONÁRIO PRÉ- TESTE E PÓS-TESTE.....	75
6.8.1	Teste Wilcoxon-comparação nota pré-teste e nota pós-teste	78
6.9	ASSOCIAÇÕES ENTRE AS DEMAIS VARIÁVEIS DO ESTUDO.....	79

6.10	ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....	81
6.10.1	Discussão sobre a caracterização dos participantes.....	81
6.10.2	Discussão sobre a avaliação do curso pelos participantes.....	86
6.10.3	Discussão sobre avaliação do questionário Pré- teste e Pós- teste.....	91
7	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	94
	REFERÊNCIAS.....	96
	APÊNDICES.....	104

1 INTRODUÇÃO

O avanço tecnológico tem resultado num processo de transformação da sociedade no mundo e as tecnologias de informação e comunicação (TIC) estão inseridas nesse processo. O conjunto de recursos tecnológicos aliados à transmissão de informação por meio da internet tem possibilitado ao indivíduo interagir com os conteúdos a distância. A expansão das formas de conectividade estimula o uso das TICs pela sociedade moderna, o que tem resultado em mudanças, incluindo o processo educacional (OLIVEIRA JÚNIOR; SILVA, 2014; TAVARES, 2014).

As TICs são constituídas por meios técnicos capazes de manipular a informação e promover a comunicação. Estão associadas às redes computacionais e vinculadas com a telecomunicação, como meio de difusão da informação, com os elementos que promovem e possibilitam o processamento e sua transmissão em distintos formatos (RICOY; COUTO, 2012).

Essa tecnologia traz propostas para uma educação pautada na liberdade, nas relações interpessoais, na horizontalidade dos relacionamentos, na negociação de poderes e saberes entre os participantes, na acreditação pela comunidade. Ou seja, em uma educação em rede que começa fora da escola, nas comunidades virtuais de relacionamento e de prática, envolve e é envolvida pela escola e volta às comunidades, para uma educação transcultural e transnacional (GOMES, 2013).

Na área da saúde e em particular na área médica, na última década, tem-se verificado um aumento significativo do uso de computadores e TICs. Suas aplicações estão inseridas em um contexto que tem exigido ambientes virtuais que simulem a realidade por meio de cenas gráficas tridimensionais e respostas a ações que possibilitam aos usuários explorar e interagir, sentindo-se imersos em simulações realistas, ou seja, simulações do mundo real ou até mesmo fictícias.

Essas áreas têm sido privilegiadas com novas tecnologias, principalmente quando aplicadas em ambientes virtuais colaborativos, uma vez que permite o ensino e o treinamento a distância. São exemplos do uso da tecnologia da realidade virtual na área da saúde as experiências de simulações de salas de aprendizagem, de treinamento de procedimentos por meio de objetos em 3D, de telecirurgia a distância, de casos clínicos, entre outros (KIRNER, 2013; PAIVA et al., 2013).

A tecnologia da realidade virtual teve origem na década de 60, ganhando força a partir da década de 90, com o avanço tecnológico para a execução da computação gráfica interativa em tempo real, na qual era necessário o uso de equipamentos especiais, tais como capacete, luvas, óculos estereoscópicos, mouse 3D, entre outros, para que o usuário pudesse interagir com o ambiente virtual. Nessa década surge então a realidade aumentada, que permitiu a sobreposição de objetos e ambientes virtuais, com o ambiente físico por meio de algum dispositivo tecnológico, sem, contudo, utilizar equipamentos especiais, o que tornava o seu uso mais fácil, natural e universal (KIRNER; SISCOOTTO, 2007). Do ponto de vista conceitual a realidade virtual é “uma interface avançada para aplicações computacionais, que permite ao usuário navegar e interagir, em tempo real, com um ambiente tridimensional gerado por computador, usando dispositivos multissensoriais” (KIRNER; SISCOOTTO, 2007, p. 9).

Já a realidade aumentada, segundo Kirner e Siscoutto (2007, p. 9), pode ser definida como:

Um sistema que suplementa o mundo real com objetos virtuais gerados por computador, parecendo coexistir no mesmo espaço e apresentando as seguintes propriedades: combina objetos reais e virtuais no ambiente real; executa interativamente em tempo real; alinha objetos reais e virtuais entre si e aplica-se em todos os sentidos, incluindo audição, tato, força e cheiro.

Além da tecnologia da realidade virtual e aumentada, uma modalidade de ensino a distância que tem se propagado por meio de plataformas virtuais, diferentemente dos cursos tradicionais de EaD, os *Massive Open Online Courses* (Cursos Aberto Massivo Online) – MOOCs, podem ser acessados por qualquer

pessoa conectada à *internet*, mediante sua inscrição em uma plataforma. Por essa ampla abrangência, os MOOCs são intitulados massivos e abertos, alcançando um grande número de pessoas (FORNO; KNOLL, 2013).

Essa tecnologia inovadora aplicada à educação tem causado grande impacto e está revolucionando a modalidade de ensino da EaD atualmente. Os MOOCs têm potencial para remodelar a educação para os alunos, professores e administradores educacionais. Os cursos em massa (MOOC) estão alterando o modo como a educação (ensino tradicional e online) é ensinada, concebida e aproveitada (ROSINI; PALMISANO; SILVA, 2014).

Um curso em formato aberto pode ofertar um grande número de vagas, expandindo oportunidades de estudos colaborativos em rede. Nesse contexto, os MOOCs surgiram como uma inovação no âmbito educacional, por se tratar de cursos abertos mediados por ferramentas da web, como os ambientes virtuais ou mesmo as redes sociais (MALLMANN et al., 2014).

Os MOOCs, junto com suas ferramentas educacionais, privilegiam o uso de tecnologia, com a missão de oferecer ensino de qualidade a todas as pessoas que tenham acesso à web em diferentes áreas do conhecimento (OLIVEIRA, 2015).

Os primeiros MOOCs tiveram origem a partir de 2008 e derivaram do trabalho pioneiro dos canadenses Stephen Downes e George Siemens, que ofereceram um curso online aberto e gratuito chamado de Conectivismo e Conhecimento Conjuntivo denominado cMOOC (com base em aprendizagem colaborativa). Esse curso tinha como principal característica o conhecimento em toda uma rede de indivíduos (conexões) e alunos habilitados para criar e partilhar os seus conhecimentos de forma dinâmica (LIYANAGUNAWARDENA; WILLIAMS, 2014; ROSINI; PALMISANO; SILVA, 2014).

Outro tipo de MOOC, desenvolvido pela *Stanford University*, estava baseado em conteúdo, sendo denominado xMOOC. O xMOOC corresponde ao modelo adotado pela maioria das plataformas MOOC (SILVA; BERNARDO JUNIOR; CAÑADILLA, 2014).

O MOOC, como fenômeno educacional mais recente, tem atraído pessoas de várias partes do mundo para acessarem e participarem dos cursos

oferecidos online. Universidades renomadas, como Harvard, MIT e Cambridge estão estabelecendo parcerias com outras instituições e criando portais interativos para estudantes internautas a partir da disponibilização de aulas filmadas de diversas áreas do conhecimento, na sua maioria gratuitos, sendo necessário apenas um bom acesso à internet (TAVARES, 2014).

Em revisão sistemática da literatura descrita por Liyanagunawardena e Williams (2014), realizada em 2013, mostra que os MOOCs se tornaram imensamente populares, no mundo, em um curto espaço de tempo. No entanto, há muito pouca investigação de seu uso na área da saúde e medicina. Do total de 98 artigos incluídos, 94% foram oferecidos em inglês e apenas três MOOCs foram oferecidos pelos países em desenvolvimento (China, Índias Ocidentais e Arábia Saudita). Em média, os cursos são oferecidos com duração de 6,7 semanas, com acessos e realização das atividades online pelos participantes por 4,2 horas/semana.

Os MOOCs são cursos online com a opção de acesso livre e aberto, do tipo "*publiclyshared*"; sendo facilitados e orientados pelos principais profissionais de uma determinada área de estudo (ROSINI; PALMISANO; SILVA, 2014).

A plataforma desses cursos online apresenta forte integração com as redes sociais, nas quais os alunos podem interagir de uma forma muito mais rápida e ágil, criando dessa forma um ambiente colaborativo mais adequado e conectado do que os ambientes virtuais de aprendizagem tradicionais que existem atualmente no mercado de tecnologia. Essa é uma das características principais dessas ferramentas tecnológicas, que contribuem para uma relação de interação e de aprendizagem maior dos alunos nas atividades propostas durante a realização do curso (ROSINI; PALMISANO; SILVA, 2014).

Os cursos MOOCs em geral são compostos por videoaulas de curta duração, textos, avaliações e interações assíncronas, principalmente entre os alunos, por meio de fóruns, tópicos de discussão, *blogs* e ferramentas de mídias sociais (estratégias educacionais frequentes e consagradas da educação a distância). Entretanto, nem todos os cursos são massivos quanto ao número de alunos, nem utilizam tão-somente recursos educacionais abertos (como a gratuidade), o que

dificulta uma homogeneidade de características (SILVA; BERNARDO JUNIOR; CAÑADILLA, 2014).

A partir da concepção dos MOOCs como um contexto de aprendizagem capaz de favorecer o desenvolvimento do processo educacional mediado por tecnologias em rede, disseminando o acesso à informação de forma massiva, antevê-se o enfrentamento de alguns desafios no que se refere a sua implementação em ambientes virtuais. Assim, vislumbram-se como principais desafios a serem enfrentados: a adaptação da comunidade universitária às características de cursos no formato MOOC; a manipulação e a exploração, pelos participantes, das ferramentas de atividades dos ambientes virtuais; a falta de suporte constante de mediadores/orientadores e o comprometimento pessoal para a conclusão das unidades de interesse, organizadas no curso MOOC, o que implica na construção do conhecimento por meio da autonomia do sujeito aprendiz (FREIRE, 2002; MALLMANN et al., 2014).

Oliveira (2015, p. 32) afirma que:

Os recursos tecnológicos como sites e redes sociais são “refúgios” para os alunos apartados do ensino tradicional que reconhecem os recursos do ensino a distância como fonte de informação, conhecimento e aprendizagem. Nesse sentido, nem todo indivíduo é dotado das mesmas competências e nem todos apresentam as mesmas formas de comunicação e interação.

Essa tendência mundial do ensino com o uso de tecnologias e recursos midiáticos está acessível em diferentes partes do mundo de forma muito ampla. Isso é resultado da difusão das TICs neste século.

Atualmente, diversas instituições de ensino em diferentes níveis educacionais vêm apresentando experiências e novas possibilidades de desenvolvimento das TICs, compartilhando o AVA, o que vem transformando as já tradicionais formas de construção de saberes e também dos consagrados modelos de ensino e de aprendizagem (OLIVEIRA, 2015).

Reconhece-se a potencialidade do desenvolvimento e a aplicação das TICs para incrementar o número e a qualidade dos processos de ensino e aprendizagem de competências e habilidades no campo de conhecimento da saúde para estudantes universitários e um deles é o processo de ensino-aprendizagem para a atenção qualificada aos indivíduos, às famílias e às comunidades, no contexto da Estratégia Saúde da Família (ESF).

Entre as ferramentas de atenção qualificada, no contexto da ESF, destaca-se a visita domiciliar (VD). Ela se constitui em um conjunto de ações de saúde voltadas ao atendimento tanto educativo, como assistencial, além de ser uma atividade utilizada com o intuito de subsidiar a intervenção no processo saúde-doença de indivíduos ou no planejamento de ações, visando à prevenção e à promoção da saúde da coletividade (GAIVA; SIQUEIRA, 2011).

A inserção dos estudantes junto às equipes da Atenção Básica durante a formação constitui uma das estratégias educacionais adotadas nos cursos de graduação da área da saúde e a VD realizada pelos estudantes pode se revelar uma importante ferramenta na construção de competências requeridas para o exercício das profissões de saúde (SILVA, 2012).

A VD é uma atividade que proporciona maior aproximação dos alunos com a realidade local e das pessoas, uma melhor compreensão dos seus problemas, suas necessidades e modos de vida, permitindo ao estudante conhecer melhor as dimensões sociais, econômicas e culturais, que envolvem o processo saúde-doença, constituindo-se uma importante estratégia educacional ou pedagógica na construção de competências, que favoreçam o olhar ampliado de saúde (SILVA, 2012).

Diante do exposto, este estudo propõe desenvolver e avaliar o processo de ensino-aprendizagem sobre VD, com foco na Estratégia Saúde da Família, utilizando a ferramenta MOOC para estudantes universitários da área da saúde.

2 JUSTIFICATIVA

No contexto das instituições de ensino o uso da educação a distância e das TICs têm sido progressivamente incorporados nos diferentes níveis educacionais. Reconhece-se que na atualidade as TICs vêm se tornando uma das principais ferramentas para o ensino superior, sobretudo na área da saúde. Essa iniciativa mundial é uma forte tendência que se propaga pelos continentes, o que possibilita que estudantes de várias localidades geográficas estejam aprendendo de forma colaborativa e interativa com o uso da internet (OLIVEIRA, 2015).

Em se tratando do ensino na graduação da área da saúde é notória a expansão da aplicação de recursos tecnológicos inovadores, em que alunos e facilitadores se articulam para aprender um tópico de interesse, de forma colaborativa. O papel do professor é de incentivador e de orientador de percursos, o qual configura um espaço de diálogo, de participação e de aprendizagem, estimulando a curiosidade e a autonomia dos discentes durante a construção do conhecimento (ROSSINI, 2012).

Considerando que a Estratégia Saúde da Família é a principal política de reorganização do modelo assistencial em curso no país, cujo foco de atenção é a família, e considerando ainda que a visita domiciliar tem sido uma importante ferramenta de abordagem à família, é fundamental que os estudantes universitários da área da saúde adquiram conhecimentos para a prática da visita domiciliar em seu processo de formação (BRASIL, 2011).

A visita domiciliar tem se constituído na forma de colocar o estudante em contato com o contexto de vida das pessoas, permitindo uma visão ampliada dos determinantes do processo saúde-doença, incluindo as condições socioeconômicas, as ambientais e as de saúde física e emocional (MARIN et al., 2011).

Diante disso, propõe-se o desenvolvimento e a aplicação de um ambiente virtual de aprendizagem sobre a visita domiciliar na Estratégia Saúde da Família, baseada na ferramenta MOOC, para estudantes de uma universidade pública

federal, da área da saúde, que contribua para o seu processo de formação em saúde coletiva.

Contudo, um dos grandes desafios deste trabalho é reunir diferentes recursos tecnológicos, com potenciais didático-pedagógicos, como: textos, sons, imagens, vídeos, jogos utilizando a realidade aumentada, avaliações e atividades online, em um único ambiente virtual de ensino e de aprendizagem, com recursos multimídia, via Website, que possibilite a interação, a cooperação e o compartilhamento do conteúdo.

3 OBJETIVOS

Serão apresentados a seguir o objetivo geral e os específicos

3.1 OBJETIVO GERAL

Avaliar o grau de conhecimento dos estudantes universitários da área da saúde sobre visita domiciliar, na Estratégia Saúde da Família, utilizando um Curso Aberto Massivo Online, como proposta de intervenção, a partir do uso de uma interface multimídia.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Elaborar o questionário sobre o conhecimento de estudantes de Enfermagem, Fisioterapia e Medicina sobre a visita domiciliar na Estratégia Saúde da Família.
- Realizar o refinamento do questionário sobre o conhecimento de estudantes de Enfermagem, Fisioterapia e Medicina sobre a visita domiciliar na Estratégia Saúde da Família e analisar sua consistência interna.
- Elaborar a matriz de competências para nortear o *design* e o desenvolvimento dos recursos educacionais midiáticos.
- Desenvolver uma ferramenta baseada no Curso Aberto Massivo Online sobre visita domiciliar na Estratégia Saúde da Família, para estudantes de Enfermagem, Fisioterapia e Medicina.
- Caracterizar os participantes da pesquisa em relação aos aspectos socioeconômicos, acesso e uso de tecnologias de informática, conhecimento e

participação em cursos de informática, de realidade aumentada e Curso Aberto Massivo Online.

- Mensurar e comparar o grau de conhecimento dos estudantes de Enfermagem, Fisioterapia e Medicina acerca da visita domiciliar, na Estratégia Saúde da Família, antes e após o uso do MOOC.

- Avaliar o uso e os recursos tecnológicos de um curso baseado na ferramenta MOOC, para o processo de ensino e de aprendizagem sobre visita domiciliar aos estudantes de Enfermagem, Fisioterapia e Medicina.

- Avaliar a associação entre as variáveis sexo, idade, possui notebook, microcomputador, Ipad ou tablet, curso e período de graduação, tempo de acesso à internet e o grau de conhecimento acerca da visita domiciliar antes e após o uso do MOOC.

4 REVISÃO INTEGRATIVA SOBRE O ENSINO DE VISITA DOMICILIAR NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA PARA ESTUDANTES UNIVERSITÁRIOS

4.1 INTRODUÇÃO

A VD no processo de ensino para os graduandos da área de saúde é compreendida como importante tecnologia no cuidado à saúde da família, sendo apontada como eixo transversal que perpassa pela universalidade, integralidade e equidade. A VD como prática emancipadora proporciona importante espaço para o exercício do diálogo, possibilitando a proximidade para o acompanhamento, o conhecimento e o reconhecimento das famílias em suas necessidades de saúde (MARIN et al., 2011).

A atenção à família, como prevê a Política Nacional da Atenção Básica, preconiza que a assistência seja centrada no núcleo familiar (BRASIL, 2011), entendido e percebido a partir de seu ambiente físico e social, o que possibilita às equipes de saúde uma compreensão ampliada do processo saúde-doença e da necessidade de intervenções que vão além de práticas curativas (GAÍVA; SIQUEIRA, 2011).

A família deve ser vista como uma unidade de cuidado singular diante das peculiaridades presentes em sua dinâmica, uma vez que constitui um núcleo essencial na manutenção da saúde e da vida de seus membros (GAÍVA; SIQUEIRA, 2011).

A inserção dos estudantes junto às equipes da Atenção Primária à Saúde durante a formação constitui uma das estratégias educacionais adotadas nos cursos de graduação da área da saúde. E a VD realizada pelos estudantes pode se revelar uma importante ferramenta na construção de competências requeridas para o exercício das profissões de saúde, sobretudo na Estratégia Saúde da Família (BRASIL, 2011; SILVA, 2012).

A VD também pode ser definida como um conjunto de ações que priorizam orientações para autocuidado, manutenção e promoção da saúde, monitoramento dos

agravos, situações específicas, temporárias ou não, bem como acompanhamento das demais situações presentes no contexto familiar (DRULLA et al., 2009). É uma oportunidade para compreender melhor o modo de vida do usuário; conhecer o ambiente e as relações intrafamiliares; abordar questões que vão além da doença física e que contemplem também os problemas sociais e emocionais; proporcionando, assim, orientações mais voltadas para as reais necessidades de saúde do indivíduo e buscando singularidades na forma de se cuidar (VALLE; ANDRADE, 2013)

Neste contexto, o estudo teve como objetivo identificar e analisar as evidências científicas sobre o processo de ensino-aprendizagem de visita domiciliar para estudantes universitários, na Atenção Primária à Saúde, identificando suas potencialidades e fragilidades.

4.2 MÉTODO

Foi realizada uma revisão integrativa da literatura com a finalidade de reunir e sintetizar resultados de investigações sobre um determinado tema ou questão, de maneira sistemática e ordenada, contribuindo para o aprofundamento do conhecimento do tema investigado (WHITTEMORE; KNAFL, 2005).

A revisão integrativa é considerada uma importante metodologia para as pesquisas na área da saúde, o que permite a síntese de estudos sobre determinado tema. Combina dados da literatura teórica e empírica, além de incorporar um amplo leque de objetivos: definição de conceitos, revisão das teorias, busca de evidências e análise de problemas metodológicos de um item particular, para uma compreensão do fenômeno analisado (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008; WHITTEMORE; KNAFL, 2005).

As etapas para o desenvolvimento dessa revisão foram: 1) identificação do tema e seleção da questão de investigação de pesquisa; 2) estabelecimento de critérios de inclusão e exclusão de artigos (busca da literatura); 3) definição das informações a serem extraídas dos estudos selecionados; 4) avaliação dos estudos

selecionados; 5) análise e síntese dos resultados e apresentação da revisão (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008; WHITTEMORE; KNAFL, 2005).

Para guiar a revisão integrativa, formularam-se as seguintes questões norteadoras: como tem sido desenvolvido o processo de ensino e aprendizagem sobre visita domiciliar a estudantes universitários da área da saúde no contexto da Atenção Primária à Saúde? Quais são as potencialidades e as fragilidades do uso dessa ferramenta para o ensino de estudantes universitários da área da saúde no contexto da Atenção Primária à Saúde?

Por se tratar de estudo de revisão integrativa da literatura, é relevante a utilização de descritores obtidos do DECS (BIREME) e palavras-chave, a fim de se obter uma ampliação na busca das publicações e resultados mais confiáveis. Assim, para a busca dos artigos, foram utilizados os seguintes descritores, suas combinações e o operador booleano representado pelo termo conector And: visita domiciliar, Estratégia Saúde da Família, Atenção Primária à Saúde, ensino e estudantes e a palavra-chave: Programa Saúde da Família. A busca pelas publicações científicas foi realizada nos seguintes bancos/ bases de dados: BDENF (Base de dados da Enfermagem), SCIELO (*Cientific Electronic Library Online*), LILACS (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde) e CINAHL (*Cumulative Index to Nursing & Allied Health Literature*).

Os critérios de inclusão para seleção foram os artigos publicados nos idiomas em português, espanhol e inglês, disponíveis em texto completo, publicados durante o período de janeiro de 2005 a dezembro de 2015, sendo selecionados aqueles que atendiam às perguntas norteadoras a partir da leitura na íntegra.

Já os critérios de exclusão foram os estudos que não respondiam à questão norteadora e não abordavam a temática, bem como as publicações duplicadas.

Os dados extraídos das publicações selecionadas foram transcritos para um instrumento validado, o qual foi adaptado para atender ao objetivo do estudo. O instrumento continha variáveis de interesse da pesquisa e os itens foram: artigo, objetivo, método, população, resultados, conclusões e nível de evidência (URSI; GALVÃO, 2006).

Os estudos selecionados foram submetidos à classificação do nível de evidência, de acordo com Melnyk e Fineout-Overholt (2011). São sete os níveis de evidência: 1) evidências obtidas de revisão sistemática ou meta-análise de ensaios clínicos randomizados, controlados ou diretrizes clínicas baseadas em revisões sistemáticas de ensaios clínicos randomizados controlados; 2) evidências oriundas de pelo menos um ensaio clínico randomizado, controlado, bem delineado; 3) evidências provenientes de ensaios clínicos, sem randomização, bem delineados; 4) evidências obtidas de estudos de coorte e caso controle, bem delineados; 5) evidências que tiveram origem de revisão sistemática de estudos descritivos e qualitativos; 6) evidências derivadas de um único estudo descritivo ou qualitativo e 7) evidências provenientes de opinião de autoridades ou relatório de comitês de especialistas. Segundo essa classificação, os níveis 1 e 2 são considerados evidências fortes, 3 e 4 moderadas, 5 a 7 fracas.

A última etapa consistiu na apresentação dos principais resultados obtidos. Essa etapa é considerada de extrema importância por produzir um impacto no conhecimento atual sobre a temática, o que permite o levantamento de lacunas, sugerindo futuras pesquisas científicas (BOTELHO; CUNHA; MACEDO, 2011).

Após a leitura dos artigos na íntegra, foram incluídos seis artigos que atendiam aos critérios estabelecidos, conforme a Figura 1.

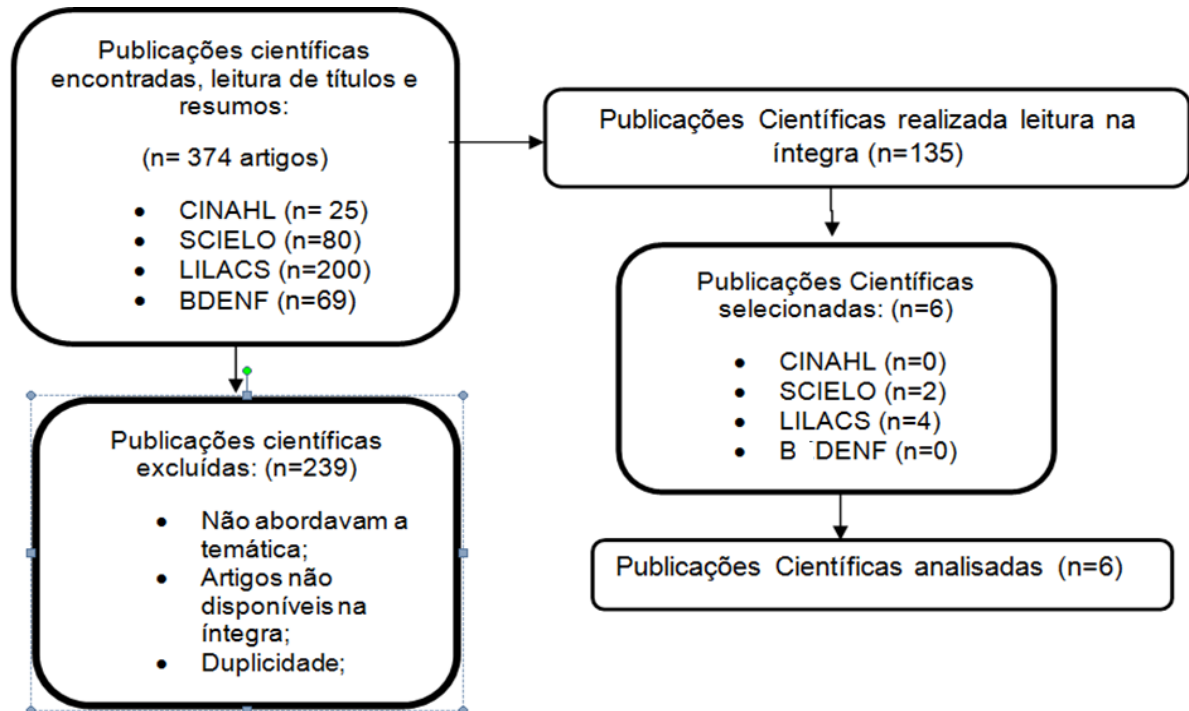


Figura 1 – Fluxograma da seleção de publicações científicas nas bases/bancos de dados, de acordo com os critérios estabelecidos para o estudo. Alfenas, MG, Brasil, 2015.

Fonte: Do Autor.

4.3 RESULTADOS

Foram selecionados seis artigos sobre a visita domiciliar como estratégia de ensino a estudantes universitários, na Atenção Primária à Saúde, suas potencialidades e fragilidades.

Em relação ao ano de publicação foram encontrados dois artigos em 2013 e um artigo publicado em 2009, 2011, 2012 e 2015. Quanto ao curso de graduação, dois eram da Medicina, dois de Medicina e Enfermagem, um de Fisioterapia e outro de Odontologia. O Quadro 1 apresenta uma síntese dos estudos incluídos nesta revisão.

Quadro 1- Síntese das análises das produções científicas dos estudos incluídos. Alfenas, 2015.

(continua)

ARTIGO	OBJETIVO	TIPO DE ESTUDO	MÉTODO/ POPULAÇÃO	PRINCIPAIS RESULTADOS	NÍVEL DE EVIDÊNCIA
RAMOS-CERQUEIRA, A. T. A. Preparando estudantes de medicina para visitas domiciliares. Revista Brasileira de Educação Médica, Rio de Janeiro, v. 33, n. 2, p. 276-81, 2009.	Descrever a experiência de preparação de alunos do primeiro ano da Faculdade de Medicina de Botucatu-Unesp para as visitas domiciliares da disciplina Interação Universidade-Serviço-Comunidade.	Descritivo, de natureza qualitativa.	Sociodrama, recurso técnico pertencente ao conjunto de estratégias utilizadas no psicodrama. Realizado com noventa estudantes da primeira série do curso de graduação em Medicina.	Os principais temas trazidos pelos alunos nas dramatizações foram: a) briga e violência; b) miséria e carência; c) desapontamento e desinteresse; d) impotência e fracasso; e) rejeição e desconfiança.	VI
MARIN, M. J. S. et al. O sentido da visita domiciliar realizada por estudantes de medicina e enfermagem: um estudo qualitativo com usuários de unidades de saúde da família. Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 16, n. 11, p. 4357-365, 2011.	Analisar sob a ótica dos usuários de unidades de saúde da família (USF) sobre as VD realizadas por estudantes das séries iniciais de Medicina e de Enfermagem.	Descritivo, exploratório, de natureza qualitativa.	Os estudantes da primeira e da segunda séries foram inseridos nas USF, em grupos de 12, sendo quatro do curso de Enfermagem e oito de Medicina que acompanharam em torno de oito a dez famílias, no período de dois anos.	Os usuários apontaram como positivo o fato de que a atuação dos estudantes vai além do cuidado com um corpo biológico, evidenciando a importância das relações interpessoais no contexto da atenção à saúde. Como limitação da VD, os usuários indicam a necessidade de sua maior organização e planejamento.	VI

Quadro 1- Síntese das análises das produções científicas dos estudos incluídos. Alfenas,2015.

(continuação)

ARTIGO	OBJETIVO	TIPO DE ESTUDO	MÉTODO/ POPULAÇÃO	PRINCIPAIS RESULTADOS	NÍVEL DE EVIDÊNCIA
MEDEIROS, P. A.; PIVETTA, H. M. F.; MAYER, M. S. Contribuições da visita domiciliar na formação em fisioterapia. EducSaúde, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, p. 407-26, nov. 2012.	Compreender os significados atribuídos à atividade de VD para o cuidado em saúde no processo de ensino-aprendizagem.	Descritivo, Exploratório, de natureza qualitativa.	Oito estudantes estagiários realizaram atenção fisioterapêutica domiciliar no âmbito de abrangência de uma equipe de saúde da família.	Utilizou-se a técnica do grupo focal, que, após análise e interpretação dos dados, originaram três eixos orientadores: a vivência da VD em atenção básica e a reorientação da formação profissional do fisioterapeuta; a atenção básica e a VD na perspectiva da humanização do fazer fisioterapêutico; a ressignificação da VD na construção do aprendizado.	VI
CÁRDENAS, L. A. G. et al. Impacto de la visita domiciliar familiar en el aprendizaje de los estudiantes de medicina e en el área de pediatría social. Interface – Comunicação, Saúde, Educação, Botucatu, v.	Avaliar o impacto de visita domiciliar no favorecimento do processo de formação abrangente de aprendizagem.	Qualitativa-interpretativo tipo estudo de caso.	Implementação de metodologia ativa, com base na solução de problemas simulados ou reais, estudo de casos, projetos de sala de aula e visitas domiciliares. Realizado com estudantes de Medicina	Os resultados mostraram que, quando a consulta médica é complementada pela visita à família, os alunos tornaram-se mais motivados e ativos e a vontade de aprender se tornou mais significativa.	VI

ARTIGO	OBJETIVO	TIPO DE ESTUDO	MÉTODO/PO PULAÇÃO	PRINCIPAIS RESULTADOS	NÍVEL DE EVIDÊNCIA
17, n. 46, p. 649-60, jul./set. 2013			na disciplina Pediatria Social.		
ASSO, R. N. et al . Avaliação das visitas domiciliárias por estudantes e pelas famílias: uma visão de quem as realiza e de quem as recebe. Revista Brasileira de Educação Médica, Rio de Janeiro, v. 37, n. 3, p. 326-32, 2013.	Avaliar, de modo comparativo, a opinião dos estudantes e das famílias que realizaram e receberam visitas domiciliárias.	Descritivo e quantitativo.	Estudantes (quatro de Enfermagem e oito de Medicina) e dois docentes foram inseridos na rede de serviços de saúde municipal, o que permitiu a vivência do aprendizado pelos estudantes em cenário real a partir da atividade da Unidade de Prática Profissional (UPP). Os estudantes e professores realizaram visitas domiciliárias às famílias da área de abrangência da USF.	Para a maioria dos acadêmicos, o vínculo entre as famílias e os estudantes aumentou e aquelas que receberam visitas domiciliárias ao longo dos anos gostariam de receber mais visitas nos próximos anos.	VI
NORO, L. R. A.; TORQUATO, S. M. Visita domiciliar: estratégia de aproximação à realidade social?	Conhecer a percepção dos alunos do curso de Odontologia sobre o aprendizado na área da	Descritivo, quantitativo, transversal.	Proposta de inclusão de disciplinas e estágios curriculares focados na saúde coletiva que contemplem t	Para 36,2% dos alunos, as VD contribuem para o reconhecimento da realidade social. Entretanto, 36,2% dos	VI

Quadro 1- Síntese das análises das produções científicas dos estudos incluídos. Alfenas, 2015.
(conclusão)

ARTIGO	OBJETIVO	TIPO DE ESTUDO	MÉTODO/POPULAÇÃO	PRINCIPAIS RESULTADOS	NÍVEL DE EVIDÊNCIA
Trabalho Educação e Saúde, Rio de Janeiro, v. 13, n. 1, p. 145-57, jan./abr. 2015.	saúde bucal coletiva e seu envolvimento com a comunidade, vivenciado nas atividades práticas.		tal formação com base na integração com os serviços públicos de saúde, aproximação à realidade do processo saúde-doença vivenciada pela população e reflexão sobre propostas que aperfeiçoem o SUS. Realizado com 104 alunos do último ano do curso de Odontologia.	alunos não reconheceram a importância das VD para sua formação e 53,2% apontaram que as VD têm pouca contribuição para os moradores da comunidade.	

Fonte: Adaptado de URSI, E. S., GALVÃO. C. M. Perioperative prevention of skin injury an integrative literature review. Rev. Latino-Am Enfermagem, Ribeirão Preto, v. 1, n. 14, p. 124-131, 2006.

Entre as publicações selecionadas para a revisão, três (50%) são provenientes de periódicos relacionados à área de Medicina (RAMOS–CERQUEIRA, 2009; CÁRDENAS et al., 2013; ASSO et al., 2013), uma (16%) da área de Saúde Coletiva (MARIN et al., 2011), duas (33%) da área de Educação em Saúde (MEDEIROS; PIVETTA; MAYER, 2012; NORO; TORQUATO, 2015). Quanto ao local de origem dos estudos, cinco (83%) foram realizados no Brasil e um (16%) na Colômbia.

Todos os artigos foram classificados como sendo de nível VI, de força de evidência fraca, de acordo com Melnyk e Fineout-Overholt (2011).

Na maior parte dos estudos (66%), os estudantes avaliaram positivamente o uso da visita domiciliar como estratégia pedagógica no processo de formação (ASSO et al., 2013; CÁRDENAS et al., 2013; MEDEIROS; PIVETTA; MAYER, 2012; RAMOS-CERQUEIRA, 2009;).

No estudo de Ramos-Cerqueira (2009), foi utilizada como estratégia educacional o sociodrama para representar as dificuldades que os estudantes do primeiro ano do curso de graduação em Medicina encontravam na prática de visita domiciliar. Os principais temas trazidos pelos alunos nas dramatizações foram: briga e violência; miséria e carência; desapontamento e desinteresse; impotência e fracasso; rejeição e desconfiança. Assim, muitas situações temidas e emoções raramente abordadas nos cursos médicos puderam ser vivenciadas por eles. Essa vivência sociodramática de preparação para as visitas domiciliares coloca o graduando de Medicina em contato com toda a complexidade dos múltiplos determinantes do processo saúde-doença e da perspectiva interdisciplinar e intersetorial do cuidado à saúde. Essa preparação é importante para que o estudante venha a aprender desde o início do curso habilidades de comunicação e de trabalho em equipe multiprofissional no enfrentamento de problemas sociais.

No estudo de Medeiros, Pivetta e Mayer (2012), utilizou-se a técnica do grupo focal para identificar as contribuições da visita para os alunos do curso de graduação em Fisioterapia, originando-se três eixos temáticos: a vivência da visita domiciliar em atenção básica e a reorientação da formação profissional do fisioterapeuta; a atenção básica e a visita domiciliar na perspectiva da humanização do fazer fisioterapêutico e a ressignificação da VD na construção do aprendizado. A vivência da VD em atenção básica e a reorientação da formação profissional do fisioterapeuta surgiram na medida em que os estagiários foram inseridos na atenção básica, tendo a VD como uma ferramenta para a reflexão e a transformação do pensar e fazer em saúde, o que permitiu inferir uma nova perspectiva na reorientação da formação profissional. O segundo eixo temático, a atenção básica e a visita domiciliar na perspectiva da humanização do fazer fisioterapêutico, envolve a relação de acolhimento e vínculo entre terapeuta e usuário na corresponsabilização, do processo saúde-doença da comunidade. O terceiro eixo temático que orienta a

interpretação e a discussão do texto é a ressignificação da visita domiciliar na construção do aprendizado, que acende a discussão para a desconstrução de conceitos relativos à presença na atenção básica e à reavaliação da VD como ferramenta importante para a construção da aprendizagem em serviço.

O estudo de Cárdenas e colaboradores (2013) apresentou resultados de uma pesquisa realizada com estudantes do curso de Medicina durante a disciplina de Pediatria Social da Universidade de Antioquia, com o intuito de avaliar o impacto da VD, no processo de formação e aprendizagem na comunidade. Foram analisadas as percepções dos alunos na realidade vivida por eles, por meio de instrumentos de coleta de dados, tais como entrevistas, grupos focais de alunos e professores, análise de relatórios de avaliação. Os resultados mostraram que, quando a consulta médica é complementada pela visita à família no domicílio, os alunos tornam-se mais motivados e ativos, e a estratégia de VD tem impacto no perfil social dos estudantes e futuros profissionais da área da saúde. A sua aplicação é relevante para o ensino da Pediatria Social e da Medicina em geral.

Aso e colaboradores (2013) realizaram um estudo comparativo da opinião entre os estudantes de graduação em Medicina e Enfermagem, da segunda série da Faculdade de Medicina de Marília (FAMEMA) e das famílias da área de abrangência da unidade saúde da família Santa Antonieta II, que receberam visitas domiciliares dos estudantes. Os objetivos desse estudo foram avaliar o grau de satisfação dos estudantes em relação à atividade de prática profissional e descrever os impactos e as mudanças no processo de saúde-doença que a atividade proporcionou às famílias. Para a maioria dos estudantes, o vínculo entre as famílias aumentou e tanto família como estudantes consideraram importantes a valorização e o aprimoramento da prática, visando à construção humanizada do processo saúde-doença, incentivando, desde o princípio, a formação acadêmica e o vínculo integral entre profissional da saúde e paciente.

O estudo realizado por Noro e Torquato (2015) teve como objetivo conhecer a percepção dos alunos do curso de Odontologia sobre o aprendizado na área da saúde bucal coletiva e seu envolvimento com a comunidade. Os dados foram coletados por meio de questionário, aplicado em entrevista. Para 36,2% dos alunos,

as visitas domiciliares contribuem para o reconhecimento da realidade social. Entretanto, 36,2% dos alunos não reconheceram nas visitas domiciliares qualquer importância para sua formação e 53,2% apontaram que essas atividades têm pouca contribuição para os moradores da comunidade. As visitas domiciliares devem prover atividades que extrapolem a coleta de dados, permitindo que o vínculo do aluno com a família se desenvolva na lógica da humanização do atendimento. Professores de todas as áreas de conhecimento devem pensar em propostas que extrapolem o atendimento clínico como conjunto de procedimentos técnicos para uma proposta em que essas atividades causem efetivamente impacto na saúde bucal, primando por um maior vínculo com essa população.

Já o estudo de Marin e colaboradores (2011) teve como proposta analisar a ótica dos usuários de unidades de saúde da família sobre as visitas domiciliares realizadas por estudantes das séries iniciais de Medicina e de Enfermagem. Os usuários apontaram como positivo o fato de que a atuação dos estudantes vai além do cuidado com um corpo biológico, evidenciando a importância das relações interpessoais no contexto da atenção à saúde. Na ótica das famílias, as VD possibilitam o ensinar e o aprender, sendo que expressam os sentidos do ensino tanto pelo conhecimento específico que os estudantes apresentam com; o pela experiência de vida, revelando um aprendizado não só da escola como também a necessidade de as pessoas mais novas aprenderem com os mais velhos. Depreende-se que a VD amplia a interatividade entre o serviço de saúde e o usuário e se desenvolve conforme os princípios da humanização. No entanto, deve-se atentar à importância de um contínuo aperfeiçoamento no planejamento e na implementação das visitas domiciliárias.

Os estudos apontam potencialidades no uso da visita domiciliar como estratégia educacional de estudantes de graduação da área da saúde, na prática de ensino na atenção básica. Tais potencialidades foram descritas como: (re)conhecer os problemas de saúde (ASSO et al., 2013; MARIN et al., 2011; NORO; RAMOS-CERQUEIRA, 2009; TORQUATO, 2015) e estabelecer condutas, segundo as condições de vida dos pacientes por meio da escuta ampliada, compartilhar sentimentos oriundos da relação com pacientes e seus familiares (RAMOS-

CERQUEIRA, 2009), desenvolver interação, vínculo e reflexão sobre as necessidades de saúde das famílias e permitir uma visão ampliada dos determinantes do processo saúde-doença, incluindo as condições socioeconômicas, ambientais, saúde física e emocional (ASSO et al., 2013; MARIN et al., 2011; MEDEIROS; PIVETTA; MAYER, 2012;; NORO; TORQUATO, 2015) nos espaços extraclasse; os alunos vivenciam os fatos e apresentam mais condições de realizar o diagnóstico e o tratamento adequado à realidade dos usuários, incentiva o aluno a se tornar um sujeito mais autônomo, no processo de formação em contextos de incertezas e complexidades (MEDEIROS; PIVETA; MAYER, 2012); oportuniza ao estudante elaborar hipóteses, socializar e se tornar sujeito ativo na construção do seu conhecimento, promovendo a aprendizagem significativa (CÁRDENAS et al., 2013); permite o vínculo do aluno com a família e promove a humanização do atendimento, baseada na relação afetiva e de confiança (NORO; TORQUATO, 2015).

Em relação às fragilidades, os estudos apresentam diferentes fatores, tais como sentimento de impotência frente às necessidades sociais dos usuários, no qual se desconhece a possibilidade de atenção interdisciplinar e intersetorial como mediadora do cuidado à saúde e dificuldade de compreensão do papel do estudante como facilitador do vínculo da família (RAMOS-CERQUEIRA, 2009); necessidade de maior organização e planejamento da VD (MARIN et al., 2011); as VD são esporádicas e de curta duração, sendo realizadas muitas vezes com foco no indivíduo e não na família. Além disso, não possibilita estabelecer compromisso social e criar vínculos sólidos, uma vez que o envolvimento do estudante com a família é de pequena duração (ASSO et al., 2013; NORO; TORQUATO, 2015).

4.4 DISCUSSÃO

Os estudos selecionados apontaram para o reconhecimento de que a VD é uma estratégia benéfica para o ensino e aprendizagem dos estudantes da área de saúde, particularmente dos primeiros períodos dos cursos. Considerou-se que a VD

promove a aproximação do ambiente social onde as pessoas vivem, tornando-se um instrumento facilitador para a compreensão mais fidedigna da realidade, sendo possível conhecer o ser humano em suas múltiplas dimensões e não somente a biológica, como geralmente ocorre em níveis mais especializados de atenção à saúde (MEDEIROS; PIVETTA; MAYER, 2012). A VD é um importante meio para o aluno compreender seu papel como cidadão coadjuvante no processo de transformação da realidade por intermédio do comprometimento com a saúde e a qualidade de vida das pessoas e da comunidade (ASSO et al., 2013).

Diante das publicações sobre a VD, no processo de ensino e aprendizagem de alunos durante os cursos de graduação na área da saúde, notou-se a ausência de avaliação do docente/preceptor, ou seja, qual é a visão desses supervisores na prática educacional? Quais são as reais contribuições do ensino da VD e seus significados, na construção de conhecimento, habilidades e atitudes de estudantes de graduação da área de saúde sob a ótica dos docentes/preceptores?

A respeito do período em que esses alunos estavam cursando, havia alunos no início do curso, nos dois primeiros anos, realizando a prática vinculada à disciplina e, também, ao final do curso, nos últimos semestres, em estágio curricular.

No estudo de Ramos-Cerqueira e colaboradores (2009), realizado com alunos do primeiro ano de Medicina, constatou-se que, antes de realizarem visitas domiciliares, eles depositavam expectativas nessa atividade centradas no seu papel curativo, na dificuldade de comunicação com as famílias e na visão negativa das situações que iriam encontrar durante essa prática, vendo a pobreza como sinônima de ignorância, sujeira, hostilidade e violência. Demonstravam ainda dificuldade de pensar que poderiam ser bem recebidos e estabelecer uma rica relação de troca de conhecimentos e experiências.

Atualmente os meios tradicionais de ensino por si só não são suficientes, necessitando de mudanças e recursos novos capazes de trazer contribuições para a área educacional, principalmente para o ensino na área de saúde, na qual há a necessidade de conciliar teoria e prática (ASSO et al., 2013).

Os recursos pedagógicos que simulam ou fazem refletir sobre a realidade são ferramentas indispensáveis para auxiliar na preparação dos estudantes para

inserção em cenários reais. Como trouxe o estudo de Asso e colaboradores (2013), que utilizou o sociodrama como método de ensino. Essa técnica nasceu da necessidade de criar uma abordagem psicodramática cujo foco eram os grupos de alunos, possibilitando a identificação dos conflitos internos, fazendo com que, a partir de sua compreensão, pudessem ser resolvidos. Assim, o verdadeiro sujeito do sociodrama foi o grupo, e não cada participante, não havendo espectadores e atores, mas sujeitos que participam como protagonistas da cena, como um paciente coletivo. O psicodrama auxiliou os estudantes na superação do estresse de final de curso e no levantamento de alternativas humanizadas em seu futuro exercício profissional, também estimulou a aprendizagem, permitindo o desenvolvimento de cursos mais dinâmicos, enriquecendo o papel do professor e propiciando ao aluno uma interessante forma de aquisição de conhecimentos.

Com isso, entende-se a VD e a aproximação ao ambiente onde vivem as pessoas como um instrumento que facilita uma visão mais fidedigna da realidade. Tornou-se possível aprender que o ser humano é formado de múltiplas dimensões e não somente reduzindo-se à parte biológica ou fragmentando-se em partes, como geralmente acontece em níveis mais especializados de atenção (MEDEIROS; PIVETTA; MAYER, 2012).

A maioria das profissões da área de Ciências da Saúde buscam a formação de competências e de habilidades profissionais específicas da profissão e deve estar afeta ao sistema nacional de saúde vigente, ao trabalho em equipe de saúde multiprofissional e à integralidade da atenção (FUNGUETTO et al., 2015). Assim, a VD pode favorecer o ensino de competências atitudinais e de habilidades para o acolhimento e a humanização da atenção à saúde de indivíduos, famílias e coletividade, para além da concepção biológica do ser humano (SANTOS; MORAIS, 2011).

Uma das potencialidades do ensino da VD é que ele seria promotor de experiências com pessoas e com o mundo a sua volta, trazendo para o acadêmico a oportunidade de desenvolver uma visão ampla de saúde, dando-lhe autonomia e permitindo a reconstrução de ideias que passam a estar disponíveis em qualquer outra situação em que se faça necessário. Traz também um valor que implica as

relações e os saberes entre profissionais e pacientes, o reconhecimento, o respeito e a valorização das diversidades e das singularidades, aproximando-os ao ambiente onde vivem as pessoas, sendo um instrumento que facilita uma visão mais fidedigna da realidade (MEDEIROS; PIVETTA; MAYER, 2012).

Nesse mesmo estudo, Medeiros e colaboradores (2012) mostraram que a maioria dos acadêmicos que realizaram práticas em atenção básica em VD consideraram benéfico conhecer a realidade da população visitada, percebendo as diferenças da sua própria realidade ou daquela percebida por eles no consultório. Assim, julgaram-se mais sensibilizados quanto às necessidades e dificuldades da população, o que facilitou a compreensão do estilo de vida dos usuários e melhorou a relação médico-paciente.

O estudo de Marin e colaboradores (2011) destacou como fragilidades da VD a falta de preparo dos acadêmicos em séries iniciais para lidar com a doença, visto que os estudantes têm pouco tempo de vivência profissional. A falta de cumprimento do planejamento da VD pelos estudantes foi também revelada causando um desapontamento nos usuários.

No estudo de Noro e Torquato (2015) foram revelados dados preocupantes, nos quais a maioria dos participantes julgam que as atividades de acompanhamento de saúde bucal aos moradores representam pouca ou nenhuma contribuição direta para a comunidade. Poucos também reconhecem que o conhecimento da realidade dos usuários traz contribuição para seu aprendizado. Esse resultado mostra que o maior desafio ainda a ser enfrentado é fazer com que o profissional perceba que sua presença no domicílio é fundamental, muitos ainda têm uma visão “odontocêntrica”, percebem nas visitas apenas a maior oportunidade de acesso desses moradores à Odontologia.

Durante o percurso do estudo, uma das maiores limitações foi o escasso material encontrado nas buscas da literatura, mostrando como é insuficiente o número de publicações científicas acerca da temática visita domiciliar, como ferramenta para o ensino de universitários da área da saúde, dificultando, assim, a avaliação e a estimativa desse recurso diante do processo ensino-aprendizagem. Ainda, há a necessidade de pesquisas com maiores níveis de evidências.

4.5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Estudos sobre o ensino de visita domiciliar para estudantes universitários da área da saúde são escassos. Apesar disso foi possível identificar as evidências científicas acerca dessa temática, o que resultou em importantes contribuições para o aprofundamento do conhecimento, apontando suas potencialidades e fragilidades, no cotidiando da formação e da integração ensino-serviço-comunidade.

5 METODOLOGIA

Serão apresentados a seguir a formulação do problema e hipótese, tipo de estudo, local do estudo, participantes, etapas de coleta, análise e tratamento dos dados e aspectos éticos da pesquisa.

5.1 FORMULAÇÃO DO PROBLEMA E HIPÓTESES

O estudo foi conduzido por meio da formulação do problema: *o uso da tecnologia MOOC possibilita a aquisição de competências cognitivas, de habilidades e de atitudes de graduandos de Enfermagem, Fisioterapia e Medicina sobre a visita domiciliar, no contexto da Estratégia Saúde da Família?*

Hipótese 1: o grau de conhecimento dos conteúdos sobre a visita domiciliar, de graduandos de Enfermagem, Fisioterapia e Medicina é maior após o uso da tecnologia MOOC.

Hipótese 2: existe diferença do grau de conhecimento acerca dos conteúdos sobre visita domiciliar entre os grupos de estudantes de Enfermagem, Fisioterapia e Medicina, no pré-teste e pós-teste.

5.2 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de uma pesquisa quantitativa, quase-experimental, sem grupo controle, do tipo pré e pós-teste (JOHNSON; ONWUEGBUZIE; TURNER, 2007).

A pesquisa quantitativa significa quantificar opiniões e dados, nas formas de coletas e informações, assim como o emprego de recursos e técnicas estatísticas

desde as mais simples até o uso de testes mais complexos. O método quantitativo é utilizado no desenvolvimento de pesquisas descritivas, nas quais se procura descobrir e classificar a relação entre as variáveis (PEREIRA, 2008).

A pesquisa quase-experimental é definida como:

Há manipulação direta ou indireta da variável independente, por exemplo, delineamento com pré e pós-teste da variável dependente ou somente com pós teste, realizadas com um único grupo de sujeitos, com variável experimental introduzida após observações sistemáticas da variável dependente (BOLSONI-SILVA et al., 2006, p. 45).

Já Polit e Beck (2011, p. 260) afirmam que:

Os quase experimentos denominados, na literatura médica, ensaios clínicos ou teste controlado sem randomização, também envolvem uma intervenção. No entanto, esses modelos não incluem a randomização, marca registrada do verdadeiro experimento. Em alguns quase experimentos, não há nem mesmo grupo de controle, portanto, é uma intervenção sem randomização.

5.3 LOCAL DE ESTUDO

O estudo foi realizado durante o período de abril de 2015 a junho de 2016, no Laboratório de Epidemiologia e Gestão em Saúde da Escola de Enfermagem (LEGS) e a distância.

5.4 PARTICIPANTES DA PESQUISA

Os participantes foram os graduandos de Enfermagem, Fisioterapia e Medicina, matriculados no 1º e 3º períodos, do primeiro semestre letivo de 2016. Adotou-se a amostragem aleatória simples, sem reposição, considerando-se 2% de erro amostral e 95% de confiança (BOLFARINE; BUSSAB, 2005). A participação do aluno foi definida, segundo o número de matrícula em cada curso, procedimento esse mantido para ambos os sexos. Foi sorteado aleatoriamente o primeiro aluno considerado o ponto de partida e em seguida os demais participantes até completar o número estabelecido para compor a amostra, por curso.

Os critérios de inclusão foram: alunos de Enfermagem, Medicina e Fisioterapia matriculados no 1º e 3º período, do primeiro semestre letivo de 2016, independente de sexo e idade. Como critérios de exclusão foram: estudantes que, mesmo matriculados no 1º e 3º período, do primeiro semestre de 2016, não estivessem disponíveis a participar da pesquisa por licença médica, dependência em outra disciplina do mesmo período que dificultasse a sua participação nos horários destinados à realização da pesquisa e aqueles que não aceitaram participar do estudo.

5.5 ETAPAS DA PESQUISA

5.5.1 Primeira etapa

Na primeira etapa foi elaborado um questionário sobre o conteúdo de visita domiciliar, na ESF, que se configurou no pré e pós-teste. Esse questionário, tipo likert, após elaborado pela mestranda sob a supervisão da orientadora, foi submetido ao refinamento por meio da avaliação de seis juízes, dois docentes dos cursos de Enfermagem, Fisioterapia e Medicina, com experiência na temática de pelo menos cinco anos e com qualificação de mestrado ou doutorado (APÊNDICE A).

Para a elaboração do questionário foi realizada a revisão integrativa da literatura, na busca de evidências em publicações online sobre o ensino e a prática de VD, suas potencialidades e fragilidades, na Estratégia Saúde da Família. Além disso, foram utilizadas publicações impressas sobre essa temática (ALVES; SANTOS, 2007; AMARO, 2014; ANDRADE et al., 2014; ARAÚJO; SILVA; LEITE, 2008; ASSO et al., 2013; BORGES; OLIVEIRA, 2011; BRASIL, 2011; 2013; 2014; CHAPADEIRO; ANDRADE; ARAÚJO, 2012; GAÍVA; SIQUEIRA, 2011; MARIN et al., 2011; MEDEIROS; PIVETTA; MAYER, 2012; MENEZES et al., 2012; NASCIMENTO et al., 2013; ROCHA et al., 2008; ROMANHOLI; CYRINO; CARVALHO JÚNIOR, 2015; SANTOS et al., 2013; SILVA, 2012; SOSSAI; PINTO, 2010).

5.5.2 Segunda etapa

A segunda etapa foi o desenvolvimento de um Curso sobre a temática “*Visita domiciliar na Estratégia Saúde da Família, utilizando a ferramenta MOOC*”, oferecido pela Pró-Reitoria de Extensão aos estudantes, que contou com encontros presenciais e tutoria a distância.

Foram disponibilizados recursos midiáticos via website, tais como videoaula, vídeo de dramatização, material de apoio didático, realidade aumentada, jogo interativo e quiz, todos com conteúdos sobre visita domiciliar, na abordagem da estratégia saúde da família.

No primeiro encontro do curso, que foi realizado no Laboratório de Epidemiologia e Gestão em Saúde, da Escola de Enfermagem da UNIFAL- MG, os graduandos foram esclarecidos sobre os objetivos e sobre as etapas dessa pesquisa e, convidados a participarem, com a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Nesse encontro, os participantes da pesquisa foram orientados e capacitados para o acesso e para a navegação no Website e de seus recursos midiáticos.

Foi também aplicado o Questionário 1, que teve como objetivo levantar as características sociodemográficas dos participantes, se possuem equipamentos de informática, se têm acesso à internet, local de acesso e o tempo de utilização diária, se já participaram de cursos a distância, se conhecem o MOOC, como estratégia educacional na formação profissional e de quais redes sociais participam (APÊNDICE B). Um dos achados mais importantes desse questionário é a informação sobre natureza do ambiente de aprendizagem por meio do qual o estudante participará do curso a distância, pois dá ao tutor uma imagem do cenário físico no qual ocorre essa aprendizagem (LAGUARDIA; PORTELA; VASCONCELLOS, 2007).

Foi aplicado também um questionário pré-teste, antes da participação dos estudantes no processo de ensino-aprendizagem, com o objetivo de verificar o grau de competência cognitiva, de habilidade e atitudinal acerca da temática.

A respeito de competências, parte-se do pressuposto de que não se ensinam as competências, criam-se condições que estimulam a sua construção. Para desenvolver competências é necessário colocar o aluno em situações complexas, que exigem [...] a mobilização dos seus conhecimentos: um enigma a elucidar, um problema a resolver, uma decisão a tomar, um projeto a conceber (GASPAR, 2004, p. 66).

Segundo Perrenoud (2001, p. 18), conhecimento relacionado à aprendizagem de competências pode ser definido como:

Saberes e conhecimentos são representações organizadas do real que utilizam conceitos ou imagens mentais para descrever e eventualmente explicar, às vezes antecipar ou controlar, de maneira mais ou menos formalizada e estruturada, fenômenos, estados, processos, mecanismos observados na realidade, ou inferidos a partir da observação.

Moretto (2002) associa as habilidades ao saber fazer, como uma ação, que pode ser física ou mental e que mostra a capacidade adquirida para desenvolver uma determinada função.

Já Rodrigues (1994) define as atitudes como um conjunto de crenças, sentimentos e comportamentos dos sujeitos frente a um determinado objeto social. Esse autor afirma que em certos processos de aprendizagem é dada à atitude uma maior relevância em relação às outras competências, uma vez que o comportamento implica na demonstração de ser e agir do sujeito. Assim a atitude é compreendida como uma tomada de postura e escolha em relação aos acontecimentos.

5.5.3 Terceira etapa

A terceira etapa foi de intervenção, consistindo na disponibilização do conteúdo interativo sobre a visita domiciliar como recurso de abordagem ao indivíduo, à família e à comunidade, no contexto da Estratégia Saúde da Família, com base na ferramenta MOOC.

5.5.4 Quarta etapa

Foi aplicado o mesmo questionário no pós-teste para os participantes, cujo objetivo foi avaliar o grau de competências sobre conhecimentos, habilidades e atitudes para a visita domiciliar, na Estratégia Saúde da Família, após intervenção. Terminado o curso, o aluno respondeu o Questionário 2, visando avaliar a formatação, o acesso, a navegação na internet, os recursos tecnológicos (videoaula com jogo interativo, vídeo de dramatização, realidade aumentada e quiz), tempo disponível para realizar o curso, material de apoio didático e se o aluno gostaria de utilizar o MOOC em outros cursos e disciplinas (APÊNDICE C).

5.6 COLETA E ANÁLISE DE DADOS

A coleta de dados do pré-teste foi realizada nos dias 30 de março e 4 de abril de 2016 durante a apresentação e a ambientação do estudante no curso via Website. A etapa de coleta de dados do pós-teste junto com a aplicação do questionário 2 foi realizada nos dias 7 e 8 de junho de 2016.

5.7 ANÁLISE E TRATAMENTO DOS DADOS

Os dados, após coletados, foram armazenados em banco de dados criado por meio do *software SPSS for Windows* versão 17.0. O banco de dados tem sido elaborado por dupla digitação para evitar erros de transcrição (TERRA, 2010).

Os dados quantitativos de caracterização dos participantes e avaliação do Website serão apresentados em tabelas e investigados por meio de análise percentual das respostas encontradas.

Para o exame da confiabilidade do questionário pré-pós-teste foi adotada a análise de consistência interna (consistência em que o instrumento mede o atributo

ou traço) pelo cálculo do coeficiente Alfa ou Alfa de Cronbach. A faixa normal de valores do coeficiente alfa fica entre 0,00 e + 1,00 e, quanto maior o coeficiente de confiabilidade (consistência interna), mais precisa a mediação. Para este estudo serão adotados valores de Alfa de Cronbach acima de 0,70 (POLIT; BECK, 2011).

Para a análise univariada entre sexo, idade, possui notebook, microcomputador, Ipad ou tablete, curso de graduação, tempo de acesso à internet, fez uso do Ambiente Virtual de Aprendizado (AVA) em disciplina na UNIFAL-MG e o grau de conhecimento acerca da visita domiciliar antes e após o uso do MOOC foram utilizados os testes Qui-Quadrado para comparação de proporções e Mann Whitney para variáveis contínuas e o coeficiente de correlação de Spearman. O teste de Wilcoxon foi utilizado para comparação da nota pré-teste e nota pós-teste. Adotou-se valor de $P < 0,005$ (VIEIRA, 2003).

Essa etapa da pesquisa foi realizada no Laboratório de Epidemiologia e Gestão em Saúde (LEGS), vinculada à linha de pesquisa Gestão em Serviços de Saúde do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, nível Mestrado, da Universidade Federal de Alfenas-MG, cuja pesquisadora responsável é a orientadora desta pesquisa.

5.8 ASPECTOS ÉTICOS

Para a realização da pesquisa, foi solicitada autorização da Coordenação do Curso de Graduação em Enfermagem, Fisioterapia e Medicina da UNIFAL-MG para a participação dos acadêmicos. Foi solicitada também a autorização da Pró-Reitora de Graduação para acesso à lista de estudantes matriculados no 1º e 3º período, do primeiro semestre letivo de 2016, emitido pelo DRGCA (APÊNDICE D).

Os graduandos foram convidados a participar da pesquisa e somente participaram aqueles que concordaram mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE E). Foram garantidos o anonimato e

o sigilo das informações prestadas pelos respondentes durante a realização da pesquisa, bem como pela aplicação dos questionários.

Os juízes que participaram do processo de refinamento (validade da aparência), do questionário pré e pós-teste, foram esclarecidos sobre a natureza da pesquisa, seus objetivos e procedimento. Somente participaram na qualidade de juízes aqueles que concordaram mediante a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE F).

Para as produções dos vídeos de dramatizações foi solicitada a cada participante (atriz/ator) a concordância em sua participação na pesquisa, com a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e Autorização de uso da Imagem e Voz (APÊNDICE G).

O Projeto de Pesquisa foi enviado à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa por meio da Plataforma Brasil, de acordo com as Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa envolvendo seres Humanos, Resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS) 466/12 (BRASIL, 2012) e foi aprovado pelo Parecer 1.092.492 em 3 de junho de 2015 (APÊNDICE H).

6 RESULTADOS E DISCUSSÃO

6.1 ELABORAÇÃO DO QUESTIONÁRIO E REFINAMENTO POR JUÍZES

Foi elaborado um questionário, tipo likert, para verificar o conhecimento que os estudantes tinham sobre a temática. Esse questionário foi elaborado a partir dos resultados encontrados na revisão integrativa, além de conteúdos adquiridos em publicações impressas, como manuais, livros, dissertações, documentos jurídico-legais, como a Política Nacional da Atenção Básica (BRASIL, 2011). O questionário contém trinta questões, que abordam o conceito de família, as ferramentas de abordagem familiar, a estrutura, as funções, os tipos e o ciclo de vida familiar, o Apgar e a classificação de risco da família, abordam também o conceito de visita domiciliar, seus objetivos e benefícios; e as fases da visita, relacionando o acolhimento, o vínculo, a ética e a postura profissional.

Esse questionário foi submetido ao refinamento por meio da avaliação de seis juízes, sendo dois docentes dos cursos de Enfermagem, Fisioterapia e Medicina, com experiência na temática de pelo menos cinco anos e com qualificação de mestrado ou doutorado. Eles avaliaram acerca da aparência, pertinência e compreensão das questões, se estavam adequadas ou inadequadas, podendo incluir sugestões, quando avaliarem necessárias. Não foram excluídas questões por parte dos juízes. Após a realização do refinamento pelos juízes foi feita análise de consistência interna do instrumento por meio do teste alfa de Cronbach (POLIT; BECK, 2011). A análise de consistência interna da avaliação das questões foi o alfa de Cronbach de 0,87, demonstrando expressiva consistência interna.

Assim como Almeida, Santos e Costa (2010) ressaltam em seu estudo que, para avaliar a efetividade deste, a validade de um instrumento de medição é a característica de maior importância. Segundo esses autores, um instrumento é válido quando mede o que se deseja. Para ser válido, o instrumento deve ser confiável. Em outras palavras, a validade pode ser considerada como o grau no qual

os escores de um teste estão relacionados com algum critério externo do mesmo teste.

O coeficiente alfa de Cronbach foi apresentado por Lee J. Cronbach, em 1951, como uma forma de estimar a confiabilidade de um questionário aplicado em uma pesquisa. O alfa mede a correlação entre respostas em um questionário através da análise do perfil das respostas dadas pelos respondentes. Trata-se de uma correlação média entre perguntas (HORA; MONTEIRO; ARICA, 2010).

6.2 REFERENCIAL TEÓRICO E METODOLÓGICO DA PRODUÇÃO TECNOLÓGICA

Trata-se de uma pesquisa aplicada, de produção tecnológica. Esse tipo de pesquisa se concentra na busca de soluções práticas para um problema existente, ou seja, visa ao planejamento sistemático de uma proposta de mudança em uma situação considerada problemática (POLIT; BECK; HUNGLER, 2004). A escolha desse método se justifica por se tratar do desenvolvimento tecnológico, que implica em um processo de desenvolvimento e criação de um produto, atividade ou serviço. Neste estudo, procedeu-se ao desenvolvimento de um AVA sobre Visita Domiciliar na Estratégia Saúde da Família, baseado na ferramenta MOOC para verificar sua funcionalidade e aplicabilidade ao ensino dessa temática aos estudantes da área da saúde (RODRIGUES; PERES, 2013).

Para a criação do AVA, Galvis e Mendonza (1999) descrevem cinco fases, tornando o processo de criação mais objetivo e claro. E para elaborar o desenho do ambiente virtual, o *design* instrucional contextualizado (DIC) traz o método para empregar no desenho das atividades didáticas instrucionais (FILATRO, 2007; 2015).

Veja a seguir as fases para a criação do AVA:

Fase da análise: nesta fase ocorre a definição dos objetivos instrucionais e a definição do tipo de conteúdo que deve ser disponibilizado e os meios necessários

para apoiá-lo. Deve ser realizada uma avaliação de vários aspectos relacionados ao público-alvo como motivação, objetivos, necessidades, fluência digital, entre outros. Essa fase compreende a caracterização do público-alvo, a escolha do tema, a definição dos objetivos educacionais, a definição dos conteúdos e a análise da infraestrutura tecnológica para o desenvolvimento, a implementação e a manutenção do AVA.

Fase do desenho: nesta fase são definidas as atividades didáticas que serão aplicadas no ambiente e escolha do recurso para realizá-las. Além disso, também é estabelecido o sistema de avaliação, a estrutura de navegação e o desenho da interface ou do meio pelo qual os participantes irão interagir com o sistema. Foi elaborado um *design* instrucional, selecionando as ferramentas do sistema, estabelecendo os tipos de avaliação educacional que foram utilizados; o desenho do mapa de navegação do ambiente de aprendizagem; e desenho da interface, criação do primeiro *layout* do ambiente de aprendizagem e definição dos elementos desse *layout*.

Fase do desenvolvimento: consiste na concretização de todo o desenho elaborado na fase anterior por meio da definição da linguagem de programação e da multimídia (som, vídeos, animações e outras). Foi realizada a programação, instalação e configuração do AVA no servidor da UNIFAL por meio da Plataforma Moodle.

Fase da avaliação: nesta fase foi realizada a avaliação de todo o sistema desenvolvido, verificando-se o funcionamento, o acesso e a navegação no AVA.

Fase da administração: executa o gerenciamento do ambiente para garantir seu correto funcionamento. Nesta fase são realizadas a instalação e a configuração do sistema, assim como a administração antes do curso (preparo das aulas, testes dos recursos utilizados, registro dos alunos, orientação aos alunos) e administração após a realização do curso (fornecer certificados, arquivar materiais e fazer cópia de segurança) (RODRIGUES; PERES, 2013).

Para a criação do desenho das atividades didáticas foi utilizado o *design* instrucional contextualizado (DIC), proposto por Filatro (2007), cuja definição é:

(...) *design* instrucional é o processo sistemático de planejar, desenvolver e aplicar métodos, técnicas e atividades de ensino, a partir dos princípios de aprendizagem e instrução conhecidos, a fim de facilitar, através de materiais e eventos educacionais, a aprendizagem e a compreensão humana (FILATRO, 2007, p. 135).

O DIC na educação *online* utiliza os recursos oferecidos pelas novas tecnologias para composição dos programas e das atividades didáticas por meio de elementos como sons, imagens, hipertexto, simulações, animações, vídeo e áudio conferência, entre outros, sempre com suporte em meios virtuais. O DIC permite estruturar, modificar e adequar todo o processo de construção do *design* conforme o aluno desvende e absorva as especificidades do contexto o qual se desenvolve em um processo de retroalimentação contínuo de informações, que geram as mudanças necessárias ao desenvolvimento da situação didática que está sendo construída (RODRIGUES; PERES, 2013). O DIC engloba as seguintes fases:

Fase de análise: consiste na identificação das necessidades de aprendizagem, se há demanda para o tema. São também definidos os objetivos conforme as características do público-alvo, levando-se em consideração as limitações ambientais, econômicas, administrativas, técnicas e relativas ao tempo disponível para o curso.

Fase do design e desenvolvimento: é a etapa em que se define a estrutura e a sequência do conteúdo, a seleção das mídias para sua apresentação e produção das atividades. A produção de materiais determina o grau de interação dos usuários e a interatividade desejada no AVA e o modo como o material será apresentado, o apoio técnico e o tipo de tutoria ao aluno.

Fase de implementação: caracteriza-se pela definição de como ocorrerá a capacitação dos alunos para a utilização dos materiais desenvolvidos, a ambientação dos usuários no AVA e a realização do evento didático, ou seja, a verificação do processo cognitivo, a formação das relações sociais no grupo, o processo de avaliação e o *feedback* que será realizado pelo tutor.

Fase da avaliação: é realizada uma revisão de todo o conteúdo para identificação e a correção de erros. O *design* será avaliado ao longo do curso para seu contínuo aperfeiçoamento (FILATRO, 2015).

A definição de objetivos, a produção de um material de leitura adequado e a construção de um roteiro eficiente e organizado são as etapas mais importantes para elaboração de um curso *online* (RODRIGUES; PERES, 2013).

6.3 MATRIZ DE COMPETÊNCIAS

Uma matriz de competências foi elaborada como referência para a fase do *design* e do desenvolvimento da ferramenta MOOC, na qual o conteúdo foi organizado e procedeu-se à seleção das mídias para apresentação e produção tecnológica das atividades educacionais.

Assim, a matriz de competências cognitivas, atitudinais e de habilidades sobre visita domiciliar na Estratégia Saúde da Família, para estudantes de graduação da área da saúde, serviu de norte para a seleção e a construção dos recursos midiáticos, visando ao alcance dos objetivos de aprendizagem (FIGURAS 2, 3, 4).

MATRIZ DE COMPETÊNCIAS – MÓDULO 1

CURSO VISITA DOMICILIAR NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA UTILIZANDO A FERRAMENTA MOOC

Competência: Abordagem familiar

Objetivo Específico	Tipo de Objetivo	Vídeoaula/Jogo Interativo	Realidade Aumentada	Material de Apoio Didático	Vídeo de Dramatização	Quiz	Carga Horária
OE 1.1 – Conceituar família.	COGNITIVO	VAJI		MAD			4 horas
OE1. 2- Identificar a história da criação da família.	COGNITIVO	VAJI					2 horas
OE1. 3 Identificar a estrutura e as funções da família.	COGNITIVO	VAJI		MAD			4 horas
OE1. 4 – Reconhecer algumas ferramentas de abordagem familiar.	COGNITIVO			MAD	DRA		4 horas
OE1. 5 – Selecionar o ciclo de vida familiar- Estágio.	HABILIDADE			MAD			4 horas
OE1. 6 – Relacionar a estrutura, função, tipo e ciclo de vida da família.	HABILIDADE/ ATITUDINAL			MAD			4 horas
OE1. 7- Reconhecer como avaliar o apgar de família e classificar o risco familiar.	COGNITIVO HABILIDADE		RA	MAD			2 horas
OE1. 8- Verificar a aprendizagem.	COGNITIVO/ HABILIDADE/ ATITUDINAL					QUIZ	1 hora

Figura 2 –Matriz de Competências Módulo 1.

Fonte: Do Autor.

MATRIZ DE COMPETÊNCIAS – MÓDULO 2

CURSO VISITA DOMICILIAR NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA UTILIZANDO A FERRAMENTA MOOC

Competência: Conceito de Visita Domiciliar como ferramenta de abordagem às famílias

Objetivo Específico	Tipo de Objetivo	Vídeoaula/Jogo Interativo	Realidade Aumentada	Material de Apoio Didático	Vídeo de Dramatização	Quiz	Carga Horária
OE 2.1 – Definir visita domiciliar	COGNITIVO	VAJI		MAD			4 horas
OE2. 2- Selecionar qual profissional de saúde, na Estratégia Saúde da Família tem atribuição específica de realizar visita domiciliar.	COGNITIVO/ HABILIDADE	VAJI	RA	MAD			6 horas
OE2. 3- Conhecer os principais benefícios da realização de visita domiciliar	COGNITIVO	VA		MAD			2 horas
OE2. 4 Identificar os objetivos da visita domiciliar	COGNITIVO	VA		MAD	DRA		2 horas
OE2. 5- Verificar a aprendizagem	COGNITIVO/ HABILIDADE/ ATITUDINAL					QUIZ	1 hora

Figura 3 –Matriz de Competências Módulo 2.

Fonte: Do Autor.

MATRIZ DE COMPETÊNCIAS – MÓDULO 3

CURSO VISITA DOMICILIAR NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA UTILIZANDO A FERRAMENTA MOOC

Competência: Fases da Visita Domiciliar na Estratégia Saúde da Família

Objetivo Específico	Tipo de Objetivo	Videoaula/Jogo Interativo	Realidade Aumentada	Material de Apoio Didático	Video de Dramatização	Quiz	Carga Horária
OE3. 1 – Identificar as fases da visita domiciliar.	COGNITIVO	VAJI			DRA		7 horas
OE3. 2 – Interpretar as fases para realizar a visita domiciliar.	HABILIDADES	VAJI		MAD			6 horas
OE3. 3 – Relacionar acolhimento e vínculo familiar na Estratégia Saúde da Família	ATTUDINAL			MAD			4 horas
OE3. 4 – Relacionar Ética e Postura Profissional	ATTUDINAL			MAD			2 horas
OE3. 5- Verificar a aprendizagem	COGNITIVO/ HABILIDADE/ ATTUDINAL					QUIZ	1 hora

Figura 4 –Matriz de Competências Módulo 3.

Fonte: Do Autor.

Legenda

DRA	-Vídeo de Dramatização
MAD	-Material de Apoio Didático
QUIZ	-Verificação de Aprendizagem
RA	-Realidade Aumentada
VA	-Videoaula
VA/JI	-Videoaula/Jogo Interativo

6.4 PROCESSO DE DESENVOLVIMENTO DO CURSO

O curso foi desenvolvido por meio de três módulos sobre a temática, sendo disponibilizados recursos midiáticos como: videoaulas que contêm imagens, textos, atividades e vídeos de revisão; vídeos de dramatização; realidade aumentada; material de apoio didático e questionários do tipo quiz. Esse curso foi disponibilizado na Plataforma Moodle no website da Universidade Federal de Alfenas, o que

permitiu aos participantes acesso à ferramenta MOOC. Tais recursos, bem como os softwares e plataformas da web usados na respectiva produção, são apresentados e descritos no Quadro 2.

Quadro 2 - Recursos, descrição e software/plataforma utilizados no desenvolvimento do Curso para a ferramenta MOOC. Alfenas, 2016.

Recurso	Descrição	Software/plataforma usados
Videoaula/jogo interativo (VAJI)	Recurso disponível em uma plataforma web fornecida pela Rede Nacional de Ensino e Pesquisa, que integra uma mídia audiovisual de apresentação do conteúdo a jogos interativos para o desenvolvimento de atividades .	Riocomposer: software usado para composição da videoaula integrada aos jogos interativos. videoaulas@RNP: plataforma web de publicação online das videoaulas. GoConqr: plataforma de produção e disponibilização de objetos interativos para atividades de aprendizagem.
Realidade Aumentada (RA)	Recurso que permite a inserção de objetos virtuais interativos em ambiente físico, que podem ser manipulados pelo usuário com suporte de algum dispositivo tecnológico disponível para acesso online via web.	FLARAS: sistema de autoria de aplicações de realidade aumentada online para o uso de imagens, vídeos e sons. Esse sistema permite ainda a interação com o uso de ponteiro com marcador ou com o mouse.
Material de Apoio Didático (MAD)	Mídia digital interativa que permite aos alunos manipularem material textual de apoio didático em ambiente virtual disponível online na web.	Microsoft Word: software usado para edição do recurso e sua produção em formato PDF. ISSUU: Plataforma de publicação de textos virtuais na formatação de revistas para acesso online na Web.
Vídeo de Dramatização (DRA)	Mídia audiovisual disponibilizada no formato de um vídeo para acesso via link no googledrive.	Sony Vegas 13 Pro: software de edição de vídeos e pós-produção da mídia audiovisual, bem como de sua formatação em MP4 para disponibilização online. GoogleDrive: Plataforma de cloudcomputing usada para armazenar e disponibilizar os vídeos das dramatizações.
Avaliação de aprendizagem (QUIZ)	Objeto interativo para realização de atividades de avaliação da aprendizagem.	Proprofs: Plataforma de produção e disponibilização de objetos interativos para atividades de aprendizagem, utilizando-se de testes, exames e questionários.

Fonte: Do Autor.

6.4.1 Características principais dos cursos em formato MOOC

O movimento MOOC decorre de um processo de inovação no campo da formação geral e difusão universal do conhecimento universitário aberto. Por ser massivo é um recurso que atende vários participantes, organizado didática e metodologicamente por meio de hipermídias, podendo propiciar, aos participantes, a interatividade com os conteúdos e interagir colaborativamente com os seus colegas, problematizando os conteúdos, formulando e reformulando conceitos (MALLMANN et al.,2014). No MOOC pode haver interação através de fóruns e redes sociais. Os alunos utilizam seus próprios objetivos e metas, há autonomia, os limites são abertos e há uma mistura entre conexão e interatividade (ROSINI; PALMISANO; SILVA, 2014).

Características complementares lhes são conferidas, como a possibilidade de um estudante poder começar o curso em qualquer tempo, não ficando dependente de uma quantidade mínima de alunos para fechar uma turma e nem sujeito a horários rígidos para o acompanhamento do conteúdo. Os MOOCs são cursos de curta duração, geralmente de 3 a 12 semanas, com conteúdos disponibilizados semanalmente, promovidos e coordenados por universidades, utilizando plataformas virtuais específicas. São previamente informados, em cada curso, acerca de duração, início, idioma, formato, objetivo e certificação (FORNO; KNOLL, 2013).

As plataformas de MOOCs oferecem possibilidade de certificação em diferentes áreas, no entanto, a certificação não é obrigatória. As decisões quanto a isso cabem à instituição coordenadora de determinado curso e a avaliação do aluno também ocorre online. Algumas plataformas apresentam avaliação do aluno por pares, ou seja, o próprio aluno avalia o outro aluno, eles são selecionados aleatoriamente pelo sistema e são apresentados anonimamente, caso não faça isso, são apenados na sua nota (FORNO; KNOLL, 2013).

Dentre as plataformas mais conhecidas, destacamos: Coursera, edX e Udacity, dos Estados Unidos, Future Learn, do Reino Unido, e a europeia Openup (SILVA; BERNARDO; CAÑADILLA, 2014).

Dentre os recursos educacionais utilizados, verificamos: videoaulas, glossários, mapas, apresentação de slides e textos para leitura, fóruns de discussão, wiki e questionários de múltipla escolha, muitos MOOCs inserem tarefas que apenas após sua realização permitem que os participantes possam avançar no tema. Há o acompanhamento pedagógico dos alunos, ou seja, existem tutores e professores atuando online no decorrer do MOOC. Entretanto, vale ainda lembrar que nem todos os cursos são massivos quanto ao número de alunos, nem utilizam tão-somente recursos educacionais abertos (como a gratuidade), alguns MOOCs são abertos, mas não massivos, por estabelecerem um limite de participantes; outros são massivos, mas não abertos, porque requerem o pagamento de alguma taxa para certificação ou porque estabelecem algum pré-requisito de conhecimento, o que dificulta uma homogeneidade de características (FORNO; KNOLL, 2013). Fato esse que também ocorreu no presente estudo, no qual as características principais do MOOC foram adequadas para atender a metodologia utilizada. Houve restrição quanto ao número de participantes e o público-alvo já foi determinado uma vez que se tratava de uma primeira experiência no uso dessa ferramenta. Contou também com encontros presenciais para preenchimento dos questionários e avaliação do aluno.

6.5 DESENVOLVIMENTO TECNOLÓGICO DOS RECURSOS MIDIÁTICOS

O curso foi dividido em três módulos: 1) Abordagem familiar, 2) Conceito de visita domiciliar e 3) Fases da visita domiciliar (FIGURA 5). O primeiro Módulo apresenta como conteúdo a abordagem familiar, que tem como objetivo conceituar família, mostrar a história da sua criação, identificando sua estrutura, tipos e funções, e as ferramentas de abordagem familiar, levantando também seus estágios e a classificação de risco familiar. O segundo módulo apresenta o conceito de VD,

que visa conhecer, além dos conceitos, os objetivos e benefícios, na Estratégia Saúde da Família. E o último módulo teve como foco as fases da VD, abordando e analisando suas fases juntamente com o acolhimento, o vínculo, a ética e a postura profissional.



Figura 5- Página inicial do curso Visita Domiciliar na Estratégia Saúde da Família.

Fonte: Curso “Visita Domiciliar na Estratégia Saúde da Família utilizando a ferramenta MOOC”.

Todos os módulos contêm material de apoio didático na versão PDF ou livro virtual, videoaula, vídeo de dramatização e quiz (FIGURA 6). Os módulos 1 e 2 contam também com Realidade Aumentada e jogo interativo.



Figura 6 - Estrutura dos módulos.

Fonte: Curso “Visita Domiciliar na Estratégia Saúde da Família utilizando a ferramenta MOOC”.

Para a construção do material de apoio didático em formato de livro virtual (FIGURA 7) foi utilizada a ferramenta ISSUU, que é um serviço online indicado para organizar informações em textos. Com esse sistema, o usuário pode carregar um documento junto ao site e visualizar o resultado na forma de uma publicação de revista virtual. Interativo e moderno, o ISSUU apresenta uma estrutura adequada, sendo possível clicar em opções específicas para virar as páginas, como posicionando o mouse sobre a lateral direita do livro ou clicando sobre as páginas em miniatura no rodapé. Um botão para avançar e retroceder também está disponível, permitindo ao usuário percorrer arquivos com um número grande de folhas. Esse recurso oferece um aspecto visual muito agradável e real, tornando o monitor no microcomputador, notebook, tablet e smartphone um verdadeiro livro eletrônico (APÊNDICE I).

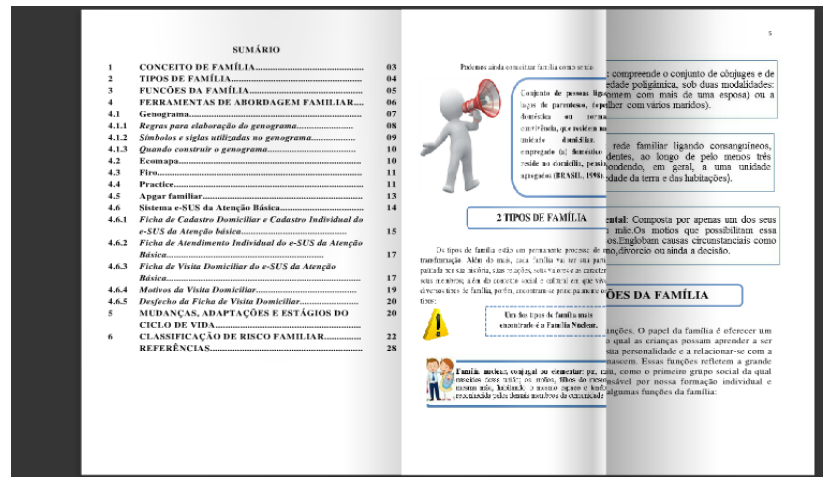


Figura 7 – Material de Apoio Didático no formato de livro virtual.

Fonte: Curso “Visita Domiciliar na Estratégia Saúde da Família utilizando a ferramenta MOOC”.

Para elaborar as videoaulas (FIGURA 8) foi utilizado o programa RIOcomposer, que é uma ferramenta para sincronização daquelas a qual permite criar, de forma visual e interativa, com sincronização do vídeo, roteiro e os slides. Uma videoaula é composta por múltiplas mídias como: vídeo, áudio, texto, links, animações, sincronização, interação com o usuário, exercícios e tarefas. Para as tarefas da videoaula foi utilizado o programa GoConqr, o qual é um ambiente com ferramentas de aprendizagem, funcionalidades e recursos para o estudo online que ajuda a rever e a preparar para exames. A GoConqr oferece ferramentas de estudo diferentes, tais como Mapas Mentais, Notas, Flashcards e Quizzes (REDE NACIONAL DE ENSINO E PESQUISA, 2015).



Figura 8 - Vídeoaula do Módulo 2 - Conceito de Visita Domiciliar.

Fonte: Curso “Visita Domiciliar na Estratégia Saúde da Família utilizando a ferramenta MOOC”.

Para as edições dos vídeos de dramatização (FIGURA 9) foi utilizada a ferramenta Sony Vegas, mais conhecido como *Vegas*, o qual é um software de edição não linear da Sony que combina edição de vídeo em tempo real de alta qualidade e fidelidade com manipulação de áudio - além de estéreo - em 5.1 surrounds para Home Theater ou Cinema. Apresenta diversos plugins, o processamento digital final do produto pode ser disponibilizado em quase todos os formatos, sendo, também, capaz de produzir material em alta-definição e, recentemente, trabalhar com arquivos de cinema digital 2K e 4K (quanto às resoluções de vídeo) do gênero "R3D" (originários de câmeras de cinema digital). Contém ferramentas profissionais, saída de qualidade e facilidade de operação. Apresentando capacidade para trabalhar em vídeos nas mais diferentes resoluções e diversas ferramentas avançadas, o aplicativo permite fazer edições com facilidade, bastando para isso o aprendizado dos controles de edição (SONY VEGAS, 2015).

As videoaulas e os vídeos de dramatizações foram produzidos no estúdio do Centro de Educação Aberta e a Distância (CEAD), da Universidade Federal de Alfenas-MG, e em ambiente externo à universidade.

Dramatização-2

Conceito de Visita Domiciliar



Figura 9 - Vídeo de dramatização do Módulo 2.

Fonte: Curso “Visita Domiciliar na Estratégia Saúde da Família utilizando a ferramenta MOOC”.

Foi utilizado o programa *Flash Augmented Reality Authoring System* (FLARAS) versão 1.0, que é uma ferramenta de autoria para aplicações interativas de RA as quais são executadas diretamente do navegador de internet por meio do Adobe Flash Player, de forma online. O FLARAS (FIGURA 10) tem como principal característica permitir que pessoas leigas na área de computação possam desenvolver aplicações de RA, sem qualquer necessidade de conhecimentos de programação de computadores (SOUSA, MOREIRA, KIRNER; 2012).

RA é a inserção de objetos virtuais no ambiente físico, mostrada ao usuário, em tempo real, com o apoio de algum dispositivo tecnológico, usando a interface do ambiente real, adaptada para visualizar e manipular os objetos reais e virtuais. Alguns requisitos são necessários para a aplicação da RA, tais como

microcomputador ou notebook, com webcam, e um dispositivo denominado marcador (FIGURA 11) (SOUZA; MOREIRA; KIRNER, 2012).

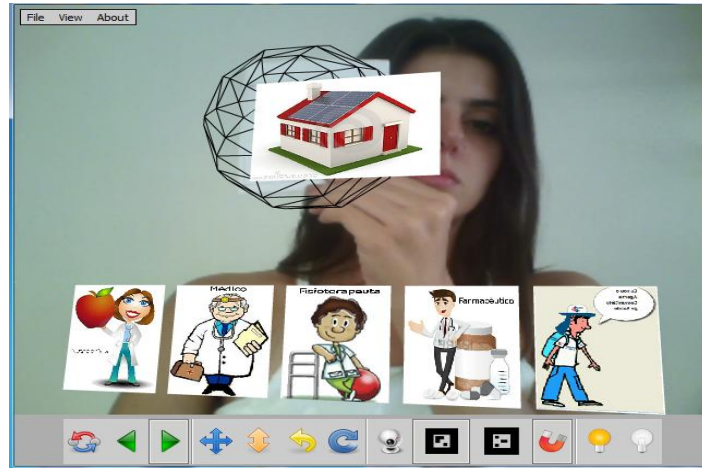


Figura 10- Jogo com Realidade Aumentada do Módulo 2.

Fonte: Curso “Visita Domiciliar na Estratégia Saúde da Família utilizando a ferramenta MOOC”.

REF 2



Figura 11- Dispositivo marcador

Fonte: Curso “Visita Domiciliar na Estratégia Saúde da Família utilizando a ferramenta MOOC”.

Para a construção do quiz foi utilizada a ferramenta Proprofs, na qual o autor/pesquisador se registra e por meio do botão “Criar” já consegue dar início à criação de um quiz. Neste estudo foi selecionado o tipo Scored, usado para testes, exames e questionários dos participantes. Em seguida, é necessário dar-lhe um título, descrição, categoria e estabelecer as questões. Em cada Módulo foi construído um quiz, constituído por seis questões objetivas do tipo múltipla escolha. Se o participante acertar todas as respostas, ao final a ferramenta emite um certificado de aproveitamento, com valor de 100% (FIGURA 12).



Figura 12 - Quiz do Módulo 2.

Fonte: Curso “Visita Domiciliar na Estratégia Saúde da Família utilizando a ferramenta MOOC”.

Foi elaborado também um Tutorial do Curso sobre Visita Domiciliar na Estratégia Saúde da Família, utilizando a ferramenta MOOC, contendo informações sobre o acesso e cadastro, a navegação pelo website, a descrição de todos os passos para iniciar os jogos, com a Realidade Aumentada, as informações sobre início e término do curso, certificação e contato das pesquisadoras. Contém também uma agenda com data, local e horário da monitoria para esclarecimento de dúvidas

ou superação das dificuldades dos participantes em relação à realização do curso e de suas atividades (APÊNDICE J).

6.6 CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES DA PESQUISA

Foram 135 sujeitos da pesquisa, sendo 13,3% do 1º período de Enfermagem, 9,6% do 1º de Fisioterapia, 31,1% do 1º período de Medicina, 11,1% do 3º período de Enfermagem, 12,6 % do 3º de Fisioterapia e 22,2% do 3º período de Medicina (TABELA 1).

A Tabela 1 apresenta as características sociodemográficas dos participantes da pesquisa.

Tabela 1 – Distribuição percentual dos participantes do curso, de acordo com as características sociodemográficas, Alfenas, 2016.

VARIÁVEIS	f	%
Sexo		
Feminino	101	74,8
Masculino	34	25,2
Procedência		
Alfenas	12	8,8
Outros	123	91,2
Ensino Médio		
Escola pública	66	48,9
Escola privada	69	51,1

Fonte: Do autor.

A média das idades dos participantes foi de 20 anos (dp=2,66), mínima de 16 anos e máxima de 33 anos.

A Tabela 2 apresenta as características de informatização e uso da internet pelos participantes do curso.

Tabela 2 - Distribuição percentual dos participantes do curso de acordo com as características de informatização e uso da internet, Alfenas, 2016.

VARIÁVEIS	f	%
Curso de Informática		
Sim	52	38,5
Não	83	61,5
Equipamentos de Informática*		
Microcomputador	12	8,9
Notebook	124	91,9
Ipad/Tablet	21	15,6
Celular	134	99,3
Acesso à internet em casa		
Sim	100	100
Não	0	0
Acessa a internet:		
Sim	100	100
Não	0	0
Local de mais acesso à internet		
Casa	129	95,6
Universidade	6	4,4
Principais uso da internet*		
Lazer	81	60,0
Estudo	124	91,9
Redes Sociais	94	69,6
Videogame	6	4,4
Curso Online	9	6,7
Redes Sociais*		
Facebook	129	95,6
Instagram	84	62,2
Whatsapp	131	97,0
Outros	15	11,1
Realização de curso a distância		
Sim	16	11,9
Não	119	88,1
Uso do AVA em disciplinas		
Sim	44	32,6
Não	91	67,4
Curso via Website		
Sim	26	19,3
Não	109	80,7
Conhece a ferramenta MOOC		
Sim	3	2,2
Não	132	97,8

Fonte: Do autor.

*Itens com mais de uma resposta.

Todos os participantes informaram acessar a internet, com média de uso de cinco horas e meia por dia ($dp=3,44$), mínimo de uma hora e máximo de dezoito horas por dia. Dos 11,9% que afirmaram já ter realizado algum curso a distância, os cursos mais citados foram: “Curso de Inglês”, “Cursinho Descomplica”, “Cursos no Veduca”, “Educação em saúde”, “Atitude Saúde” e “Comunidades Terapêuticas”.

A Tabela 3 apresenta a caracterização dos participantes em relação à prática da VD.

Tabela 3- Distribuição percentual dos participantes em relação à prática da Visita Domiciliar. Alfenas, 2016.

VARIÁVEIS	f	%
Já realizou VD		
Sim	85,0	63,0
Não	50,0	37,0
Período que realizou a VD		
1º período	67,0	49,6
2º período	16,0	11,9
3º período	2,0	1,5
Recebeu alguma capacitação para realizar a VD		
Sim	56,0	41,5
Não	37,0	27,4

Fonte: Do autor.

Dos 63% que afirmaram já ter realizado Visita Domiciliar durante o curso de graduação, 27,4% realizaram apenas uma visita, 11,1% realizaram duas visitas e 24,5% realizaram mais que duas visitas. Dentre as disciplinas nas quais foram realizadas as visitas domiciliares foram citadas Medicina Familiar e Comunitária, Políticas de Saúde Coletiva, Epidemiologia, Saúde Ambiental, Fundamentos da Fisioterapia, Políticas e Práticas de Saúde e em Projetos de Extensão.

6.7 AVALIAÇÃO DOS PARTICIPANTES DA PESQUISA APÓS A REALIZAÇÃO DO CURSO

Ao serem questionados quanto aos objetivos educacionais propostos pela pesquisa, 100% (135) consideram a formatação visual da página adequada, 100% (135) consideram o acesso à página do Website adequado, 100% (135) consideram a navegação na internet adequada, 97% (131) consideram os hipertextos adequados e 97% (131) consideram as imagens adequadas.

A tabela 4 apresenta distribuição percentual realizada pelos participantes do estudo sobre as características do curso.

Tabela 4- Distribuição percentual realizada pelos participantes do estudo sobre as características do curso, Alfenas, 2016.

	Inadequado	Pouco Adequado	Adequado	Muito Adequado
	%	%	%	%
Formatação	-	-	45,9	54,1
Acesso	-	-	43,0	57,0
Navegação	-	-	42,2	57,8
Hipertextos	-	3,0	41,5	55,5
Imagens	-	3,0	30,3	66,7

Fonte: Do autor.

A Tabela 5 apresenta a distribuição percentual dos participantes do estudo na avaliação das estratégias educacionais utilizadas no curso.

Tabela 5 - Distribuição percentual da avaliação geral dos recursos midiáticos utilizados pelos participantes do curso, Alfenas, 2016.

	Inadequado	Pouco Adequado	Adequado	Muito Adequado
	%	%	%	%
Material Didático	-	-	25,9	74,1
Vídeoaula	-	2,2	31,9	65,9
Vídeo de Dramatização	-	3,0	40,0	57,0
Realidade Aumentada	0,7	9,6	49,6	40,0
Quiz	2,2	2,2	27,4	68,1

Fonte: Do Autor

De maneira geral os recursos midiáticos foram bem avaliados, no entanto, a Realidade Aumentada obteve 0,7% e 9,6% como inadequado e pouco adequado, respectivamente.

A tabela 6 apresenta a distribuição das avaliações dos participantes de cada período e curso que consideraram os recursos utilizados adequados.

Tabela 6- Distribuição percentual das avaliações de cada curso e período que consideraram os recursos midiáticos adequados e muito adequados, Alfenas, 2016.

Recursos Midiáticos	1ºp Enf	1ºp Fisio	1ºp Med	3ºp Enf	3ºp Fisio	3ºp Med
	f (%)	f (%)	f (%)	f (%)	f (%)	f (%)
Material Didático	18 (100)	13 (100)	42 (100)	15 (100)	17 (100)	30 (100)
Vídeoaula	18 (100)	13 (100)	42 (100)	12 (80)	17 (100)	30 (100)
Vídeo de Dramatização	18 (100)	12 (92,3)	40 (95,2)	14 (93,3)	17 (100)	30 (100)
Realidade Aumentada	17 (94,4)	12 (92,3)	35 (83,1)	14 (93,3)	15 (88,2)	28 (93,4)
Quiz	17 (94,4)	13 (100)	38 (90,5)	15 (100)	17 (100)	29 (96,6)

Fonte: Do autor.

Em relação aos recursos educacionais utilizados no curso, considerando-se como adequado e muito adequado, a Realidade Aumentada obteve a menor avaliação (83,1%) e o Material de Apoio Didático foi o recurso mais bem avaliado pela totalidade dos participantes (TABELA 5).

Quanto ao tempo disponibilizado para realização do curso, os participantes consideram: 0,7% inadequado, 1,5 % pouco adequado, 22,2 % adequado e 75,6% muito adequado.

Os participantes foram questionados se gostariam de utilizar o Curso Aberto Massivo Online como estratégia de ensino e aprendizagem em outros cursos e disciplinas, sendo que 97,8% disseram que gostariam de utilizar.

Dos 135 participantes, 96,3% afirmaram se sentir mais aptos para realizar a visita domiciliar na Estratégia Saúde da Família após a realização do curso.

6.8 AVALIAÇÃO DO QUESTIONÁRIO PRÉ-TESTE E PÓS-TESTE

O questionário pré-teste teve média de 19,5 ponto com mínimo de 1 ponto e máximo de 27 pontos. Já o questionário pós-teste, aplicado após a realização do curso, teve média de 23,42 pontos, com mínimo de 17 e máximo de 30 pontos.

A Tabela 7 mostra a distribuição percentual de acertos de cada questão respondida pelos participantes, no pré e no pós teste.

Tabela 7 – Distribuição percentual de acertos de cada questão do questionário pré e pós teste realizada pelos participantes do curso. Alfenas, 2016.

Questões	Pré-teste	Pós-teste
	%	%
1	38,5	63,7
2	60,7	75,6
3	23,7	55,6
4	77,8	77,0
5	47,4	56,3
6	58,5	74,1
7	46,7	71,3
8	79,3	87,4
9	50,4	68,1
10	51,9	65,9
11	77,0	80,0
12	53,3	72,6
13	96,3	97,0
14	88,9	99,3
15	60,0	77,0
16	77,0	83,0
17	80,0	85,2
18	57,0	77,8
19	71,9	91,1
20	45,9	69,6
21	68,1	83,0
22	77,8	86,7
23	33,3	46,7
24	60,0	83,7
25	83,0	82,2
26	49,6	62,2
27	77,8	84,4
28	89,6	97,0
29	83,0	99,3
30	87,4	96,3

Fonte: Do autor.

As questões com maior percentual de acerto no pré-teste foram a de número 13 (96,3%), que abordou sobre o principal foco de atenção durante a realização da visita domiciliar, e a de número 28 (89,6%), que abordou sobre os fundamentos

legais e éticos da prática da visita domiciliar. No pós-teste as questões 14 e 29 tiveram maior percentual de acerto, ambas com 99,3%, cuja abordagem era sobre a que profissional compete realizar a visita domiciliar segundo a Política Nacional de Atenção Básica e sobre a postura diante de certas situações durante a prática da visita domiciliar. A questão 3, que tratou das ferramentas de abordagem familiar, apresentou maior progressão, obtendo no pré-teste 23,7% e no pós-teste 55,6%.

A tabela 8 apresenta a média e a mediana por curso e período no pré- teste e pós-teste.

Tabela 8- Distribuição da média e mediana por curso e período no pré-teste e pós-teste, Alfenas 2016.

Curso e período	Pré-teste		Pós -teste	
	Média	Mediana	Média	Mediana
1ºp Enfermagem	15,83	16	22,33	23
1ºp Fisioterapia	14,08	16	19,92	20
1ºp Medicina	20,48	20	23,88	24
3ºp Enfermagem	18,60	18	23,07	23
3ºp Fisioterapia	19,35	20	22,06	22
3ºp Medicina	23,23	24	25,93	26

Fonte: Do autor.

O curso e o período que obteve uma maior média no pré e pós- teste foi o 3º período de Medicina, seguido do 1º período do mesmo Curso. O curso e o período que obtiveram maior progressão do pré-teste em relação ao pós-teste foi a Enfermagem, 1º período, seguido do 1º de Fisioterapia.

A Tabela 9 mostra a média de acesso dos participantes ao curso sobre VD, segundo o curso e o período.

Tabela 9- Distribuição da média de acesso dos participantes por curso e período, Alfenas 2016.

Curso	Média de acesso
1ºp Enfermagem	3,38
1ºp Fisioterapia	3,38
1ºp Medicina	4,17
3ºp Enfermagem	3,06
3ºp Fisioterapia	3,17
3ºp Medicina	3,63

Fonte: Do autor.

A maior média de acesso ao curso foi dos participantes do 1º período de Medicina (4,17) e a menor do 3º período de Enfermagem (3,06) (TABELA 9).

6.8.1 Teste Wilcoxon - comparação nota pré-teste e nota pós-teste

Foi encontrada associação fortemente significativa entre as notas do pré e pós teste ($P=0,000000001$). Dos 135 participantes, 10,3% tiveram nota menor no pós-teste, 6,7% tiveram nota igual no pré e pós-teste e 83% participantes tiveram nota maior no pós-teste, o que mostra a eficácia da intervenção.

Comparando a nota do pré e pós-teste por curso, todos apresentaram associação significativa: **1º período de Enfermagem**, um participante obteve nota menor no pós-teste e 17 nota maior no pós-teste ($p=0,0001$). **1º período de Fisioterapia**, um participante obteve nota menor no pós-teste, 11 nota maior no pós-teste e um participante obteve nota igual no pré e pós- teste ($p= 0,004$). **1º período de Medicina**, cinco participantes obtiveram nota menor no pós-teste, 33 nota maior no pós-teste e quatro participantes obtiveram nota igual no pré e pós-teste ($p=0,0001$). **3º período de Enfermagem**, dois participantes obtiveram nota menor no pós- teste e 13 nota maior no pós-teste ($p=0,002$). **3º período de Fisioterapia**, quatro participantes obtiveram nota menor no pós-teste, 11 nota maior

no pós- teste e 2 participantes obtiveram nota igual no pré e pós–teste ($p= 0,013$). **3º período de Medicina**, um participante obteve nota menor no pós-teste, 27 nota maior no pós –teste e 2 participantes obtiveram nota igual no pré e pós–teste ($p=0,0001$).

6.9 ASSOCIAÇÕES ENTRE AS DEMAIS VARIÁVEIS DO ESTUDO

Foi realizado o Teste de Spearman para a avaliação por curso, período e recursos utilizados (Material de Apoio Didático, Videoaula, Vídeo de Dramatização, Realidade Aumentada e Quiz) em relação à nota do pós-teste. Não foi encontrada associação entre essas variáveis, apenas a avaliação realizada pelo 3º período de Enfermagem apresentou associação significativa ao recurso Quiz comparado ao pós-teste, ou seja, quem teve nota maior no pós-teste avaliou melhor o recurso Quiz ($p=0,019$, $R=0,597$).

Foi realizado o teste Mann-Whitney para a nota do pré–teste e pós-teste comparada ao sexo. A média no pré-teste para o sexo feminino foi 66,01 e para o sexo masculino foi de 73,90, no pós-teste para o feminino foi 66,40 e para o masculino 72,75. Não foi encontrada associação significativa entre as variáveis nota e sexo ($p=0,411$), o que mostra que o sexo não interferiu nas notas dos participantes no pré e pós-teste.

Também foi realizado o teste Mann-Whitney para as variáveis possui microcomputador, notebook, tablet/Ipad e celular comparada com a nota pré-teste e pós-teste. A nota do pré-teste é maior para quem tem ipad/tablet ($p=0,024$), notebook ($p=0,040$) e microcomputador ($p=0,049$). No pós-teste não há diferença $p=0,150$, $p=0,057$ e $p=0,052$, respectivamente. Não houve associação significativa entre as variáveis, se possui celular comparada com a nota do pré-teste ($p=0,139$) e no pós-teste ($p=0,327$).

Pelo teste Mann Whitney foi encontrada associação entre as variáveis quem já tinha realizado disciplinas no AVA e a nota no pré e pós-teste, e quem fez uso do AVA teve nota maior tanto no pré- teste ($p=0,004$) como no pós-teste ($p=0,012$).

De acordo com o teste de Spermann, comparando o pré-teste e o pós-teste com a idade dos participantes, as maiores notas estão associadas com a maior idade ($p=0,006$).

Para a variável curso Web, ou seja, se já tinham realizado algum curso via Website, foi utilizado também o teste Man-Whitney e os resultados mostram que não teve influência em relação à nota pré ($p=0,418$) e pós-teste ($p=0,736$).

Os recursos (MAD, VA, DRA, RA, QUIZ) utilizados pelos participantes durante o curso, foram comparados em relação ao sexo, curso, período e idade por meio do teste Man Whitney. A variável sexo apresentou associação significativa em relação ao recurso Realidade aumentada ($p=0,019$), sendo que o sexo feminino avaliou melhor esse recurso do que o sexo masculino.

Foi realizado o teste Mann Whitney para a avaliação feita pelos participantes do curso quanto a formatação, navegação, acesso, hipertexto e imagens relacionando com as variáveis sexo, idade, curso e período. Para as variáveis sexo e curso e período não tiveram correlação. Para a idade, apenas a avaliação da formatação teve relação, só que inverso, pois está negativo, ou seja, quanto menor a idade, maior foi a avaliação para a formatação ($p=0,020$) .

A tabela 10 abaixo apresenta a distribuição de significância para a avaliação das variáveis formatação, navegação, acesso, hipertexto e imagens relacionando com sexo, idade, curso e período.

Tabela 10- Distribuição de significância para a avaliação das variáveis Formatação, Navegação, Acesso, Hipertexto e Imagens relacionando com Sexo, Idade, Curso e Período. Alfenas, 2016.

	Formatação <i>p-value</i>	Acesso <i>p-value</i>	Navegação <i>p-value</i>	Hipertexto <i>p-value</i>	Imagens <i>p-value</i>
Sexo	0,082	0,080	0,290	0,608	0,417
Idade	0,020	0,116	0,321	0,524	0,351
Curso	0,737	0,705	0,835	0,825	0,818

Fonte: Do Autor.

6.10 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

6.10.1 Discussão sobre a caracterização dos participantes

A maioria dos participantes que se interessaram em participar do curso foram os estudantes de Medicina, assim como no estudo de Silva (2012) e Asso e colaboradores (2013), que também tiveram um número maior de alunos de Medicina em seus estudos, ambos analisaram o potencial da Visita Domiciliar como estratégia educacional através de questionários. O interesse dos estudantes pode estar ligado à mudança curricular para o curso de Medicina pela qual está prevista a inserção dos estudantes nos cenários de prática desde o início do curso, fazendo com que considerem importante para a formação profissional e valorizem o aprimoramento da prática da visita, visando à construção de vínculo com as famílias.

A maior parte dos participantes era do sexo feminino, visto que as profissões da área da saúde se caracterizam pelo predomínio daquele gênero, fato que é confirmado em diversos estudos (AVELINO, 2015; ASSO et al., 2013; MENDES et al., 2016; LOPES; MENDES, 2014). O estudo de Matos, Toassi e Oliveira (2013) revela que as mulheres constituem a maior parte dos estudantes de nível superior e ocupam a maioria das vagas oferecidas em cursos universitários da área da saúde, mesmo nas vagas de cursos que até recentemente eram considerados profissões

historicamente masculinas como médicos, cirurgiões-dentistas e médicos veterinários. Nos dias atuais o termo feminização se refere a um franco crescimento da população feminina no mercado de trabalho e nesse contexto a Enfermagem surge como uma das primeiras profissões universitárias femininas no Brasil. Nesse mesmo estudo foi feita a análise de 14 cursos da área da saúde, no período de 1991 a 2008, e apenas o curso de Educação Física não tinha mulheres na sua composição majoritária.

Outras características comuns de graduandos do curso da área da saúde é a idade variar entre 16 a 30 anos, com média em torno de 21 anos, e a cidade de procedência ser diferente de onde estudam (ASSO et al.2013; MENDES et al. 2016; COSTA, et al. 2013). No início do século XX, um jovem de vinte anos já havia completado a sua formação, que no máximo se estendia ao término do ensino médio e já era capaz de trabalhar e constituir uma família, atualmente é observada uma crescente necessidade de preparação profissional para ingresso no mercado de trabalho, o que acarreta um aumento dos anos de estudo e um prolongamento da dependência financeira em relação aos pais. Levando em consideração que para ingressar na vida adulta uma das tarefas é o autossustento, podendo assim considerar que a adolescência se prolongaria até quase os 30 anos nos dias atuais (BASSOLS, 2014).

No presente estudo os participantes eram de 95 cidades diferentes distribuídas entre os estados de Minas Gerais, São Paulo, Paraná, Tocantins, Rio de Janeiro, Goiás, Santa Catarina e Bahia, apenas 12 participantes eram do município da Universidade. Semelhante ao estudo de Lopes e Mendes (2014) realizado em uma Universidade de Évora em Portugal, onde a maioria também era de cidades e estados diferentes e moravam em casas alugadas com colegas ou em pensões para estudantes. Um dado curioso apontado nos resultados do presente estudo é que a maioria dos alunos era de cidades próximas, o que revela o impacto da universidade não apenas na cidade, mas também nas regiões circunvizinhas (COSTA, et al., 2013).

Houve pouca diferença entre os alunos que concluíram o ensino médio em escola privada daqueles que concluíram em escola pública. Esse fato pode ser explicado pela Lei das Cotas (Lei n. 12.711/2012), que garante a reserva de 50% das matrículas por curso e turno, em instituições de ensino superior federais, aos alunos que frequentaram integralmente o ensino médio público, em cursos regulares ou da educação de jovens e adultos. Sobre essa condição dada aos alunos de escolas públicas para ingressarem em universidades federais, Lima (2014) traz que as ações afirmativas podem alcançar uma igualdade efetiva, sendo um conjunto de medidas especiais com o objetivo de eliminar as desigualdades que foram acumuladas no decorrer da história da sociedade.

Os universitários de hoje são considerados pertencentes à Geração da Internet, a qual é marcada pelo uso intenso das tecnologias, principalmente da internet, fazendo uso das Tecnologias Digitais da Informação e da Comunicação (TDICs) (GROSSI, 2014). A maioria dos participantes do estudo possui notebook e acesso à internet em casa e fica em média 5 horas por dia conectada à internet, poucos não possuem algum dispositivo móvel como tablets, smartphones e celulares, que possuem funcionalidades similares aos dos computadores. O uso da internet é uma realidade mundial e apresenta uma tendência progressiva para levar a aprendizagem a estudantes localizados em áreas distantes. Para a formação profissional na área, exige-se cada vez mais o desenvolvimento de habilidades e o conhecimento requerido para o uso da informática em saúde (GOYATÁ et al., 2012).

Isso demonstra um potencial para a introdução de cursos em plataformas virtuais, pois um número significativo possui equipamentos necessários para a implantação dessa modalidade de ensino. Importante também promover e apoiar programas de capacitação docente no contexto do uso e reúso das TIC como ferramenta metodológica e transformadora da prática docente. Educadores e professores de todos os níveis escolares deverão se adaptar a contextos cada vez mais interativos e colaborativos (OLIVEIRA, 2014)

O principal uso da internet pelos participantes foi para auxiliar nos estudos e depois o maior uso foi para as redes sociais. Oliveira (2012) desenvolveu e avaliou um Ambiente Virtual de Aprendizagem sobre Anatomia aplicado a estudantes de

Biologia e Enfermagem, também constatando que os participantes fazem uso da internet para o estudo com alta frequência. Utilizou as seguintes perguntas: Com que frequência utiliza o computador e a internet para estudar? Em um total de 18 participantes 15 utilizam o computador e a internet com frequência. Assim, acredita-se que os alunos que compõem a amostra da pesquisa não tiveram maiores dificuldades em relação à utilização do computador como uma ferramenta de estudo e que estão familiarizados com esse tipo de recurso.

Em um estudo desenvolvido com o objetivo de verificar a utilização da internet pelos universitários brasileiros e traçar o perfil desses quanto ao uso das tecnologias também teve como um dos principais motivos o uso das redes sociais. Isso pode ser explicado pelo fato de que o número de usuários ativos nas redes sociais tem crescido cada vez mais, o acesso às redes sociais é uma realidade no cotidiano dos brasileiros que tem mudado a maneira de interagir, principalmente no que se refere a lugar, espaço e forma de compartilhamento de informações (GROSSI, 2014).

As principais redes sociais acessadas foram o Facebook e o WhatsApp. As redes sociais exercem um papel fundamental ao dar espaço para seus usuários exporem seus pensamentos e opiniões ao mesmo tempo em que acompanham o que está acontecendo com as pessoas que fazem parte de suas redes, conectando-os ao mundo todo em qualquer hora e de qualquer lugar, tornando o mundo interativo. Também podem ser utilizadas para as atividades educativas, podendo trocar informações de estudo pelos grupos do WhatsApp e Facebook (GROSSI, 2014).

Apesar de toda essa tecnologia para o ensino, a maioria dos participantes do estudo nunca tinha realizado algum curso a distância ou alguma disciplina no Ambiente Virtual de Aprendizagem ofertada pela universidade e não conheciam a plataforma MOOC.

No entanto, na área de saúde, observa-se um rápido crescimento da Educação a Distância (EaD), tanto no ensino de graduação como no de pós-graduação. Tal expansão vem sendo impulsionada pelas TIC, que possibilitam o uso de ferramentas computacionais facilitadoras do processo ensino e aprendizagem. Na EaD, o processo educativo viabilizado pelas TIC ocorre em um Ambiente Virtual de

Aprendizagem (AVA) acessado via Internet, que tem a função de abranger interfaces instrucionais e favorecer a interação entre aprendizes (PEIXOTO; PEIXOTO; ALVES, 2012).

A maior parte dos participantes já tinha realizado Visita Domiciliar em algum momento da graduação, predominantemente no primeiro período, lembrando que os alunos que participaram do estudo foram os do primeiro e terceiro períodos de graduação. Nota-se que inserir a VD logo no início do curso tem sido uma estratégia de várias instituições de ensino, como no estudo de Marin e colaboradores (2011), realizado na Faculdade de Medicina de Marília (FAMEMA), onde os estudantes da primeira e da segunda série são inseridos nas Unidades de Saúde da Família, em grupos de 12, sendo quatro do Curso de Enfermagem e oito do Curso de Medicina e cada dupla de estudantes assume em torno de oito a dez famílias, as quais são acompanhadas no período de dois anos.

Em outro estudo desenvolvido com o objetivo de avaliar e comparar a opinião dos estudantes e das famílias que realizaram e receberam visitas domiciliares, os alunos também foram inseridos nos períodos iniciais do curso de Enfermagem e Medicina, concluindo-se que as famílias e os estudantes consideraram importante valorizar a prática, sendo percebida como facilitadora da construção de empatia e formação de vínculo desde o princípio da formação acadêmica (ASSO, et al., 2013).

Vale ressaltar que muitas disciplinas e projetos de extensão oferecidos pela Universidade em estudo têm a prática da VD como atividade inserida nos planos de ensino.

Silva (2012) realizou um estudo com alunos do curso de Enfermagem, Odontologia e Medicina em uma Universidade em Teresópolis, a fim de reconhecer os sentidos por eles atribuídos à visita domiciliar enquanto estratégia educacional. Esse estudo era parte integrante do Projeto Pró-Saúde e após a sua aprovação deu-se início a mudança curricular. Essa mudança incluía a formação voltada para o fortalecimento de um modelo de Atenção à Saúde, comprometido com as necessidades do usuário, ao contrário do modelo predominante, almejando a formação de profissionais comprometidos com a universalidade, a equidade e a integralidade do cuidado.

Em outro estudo realizado com estudantes do último ano de Odontologia foi demonstrado o contrário dos achados da presente investigação. Aquele teve como objetivo conhecer a percepção dos alunos sobre o aprendizado na área da saúde bucal coletiva e seu envolvimento com a comunidade, um dos desafios encontrados foi fazer com que o aluno, já quase um profissional, compreendesse que sua presença no domicílio é fundamental para o estabelecimento do vínculo com o paciente, uma vez que permite uma aproximação maior com a família. Tal dimensão se intensificou, uma vez que 36,2% dos alunos não identificaram qualquer aspecto como importante para a sua formação profissional, assim como 53,2% dos alunos entenderam que as visitas domiciliares têm pouca ou nenhuma contribuição direta para os moradores da comunidade (NORO, et al., 2015).

6.10.2 Discussão sobre a avaliação do curso pelos participantes

Tradicionalmente, o ensino em saúde utiliza aulas teóricas, práticas e materiais didáticos impressos. Atualmente, a busca por novas tecnologias e metodologias nessa área tem sido frequente e constitui uma preocupação constante. Desse modo, com o intuito de melhorar a qualidade do ensino, diversas universidades, ao longo dos anos, têm buscado nas Tecnologias da Informação e da Comunicação (TICs) soluções que possibilitem aos alunos maior aproveitamento do tempo e melhor desempenho na aprendizagem, pelo que cursos em Ambientes Virtuais de Aprendizagem são desenvolvidos com maior frequência (VASCONCELOS; VASCONCELOS, 2013).

O curso “Visita Domiciliar na Estratégia Saúde da Família utilizando a ferramenta MOOC”, oferecido aos graduandos do 1º e 3º período de Enfermagem, Fisioterapia e Medicina neste estudo, foi muito bem avaliado por eles, tanto em relação aos objetivos educacionais, quanto aos recursos tecnológicos disponibilizados na plataforma. Esse resultado segue a mesma linha de um outro estudo, no qual também foram avaliados os recursos de um AVA sobre ressuscitação cardiorrespiratória neonatal, os participantes do estudo avaliaram questões sobre o tempo de resposta do ambiente, relacionado com a

navegabilidade, acessibilidade, feedback do sistema ao usuário; qualidade de interface referente ao aspecto visual ou design do AVA, as cores utilizadas, o menu, os botões e outros elementos iconográficos; e ferramentas e recursos correspondente a avaliação da forma, apresentação e funcionamento das ferramentas do sistema como por exemplo o fórum, e-mail e portfólio. Todos os itens foram bem avaliados pelos alunos participantes que eram graduandos de Enfermagem.

Goyatá e colaboradoras (2012) desenvolveram um estudo que objetivou avaliar o AVA no ensino do processo de enfermagem a graduandos da disciplina de Fundamentação Básica de Enfermagem I. A avaliação feita pelos participantes também foi satisfatória, sendo que 95,2% consideraram a formatação e os hipertextos adequados; 92,9% consideraram a navegação adequada; 100% consideraram o acesso adequado; e 97,6 consideraram as imagens adequadas, podendo assim alcançar os objetivos propostos para a pesquisa.

Rodrigues e Peres (2013) asseguram que as etapas mais importantes para a elaboração de um curso a distância são: definição de objetivos, produção de um material didático adequado e construção de um roteiro eficiente e organizado, o desenvolvimento de ambientes virtuais para o ensino deve ser previamente planejado e fundamentado em princípios educacionais, de forma a permitir uma aprendizagem dialógica e que contribua para a formação de opiniões e reflexões pelos aprendizes.

O recurso, a técnica ou a ferramenta para um AVA deve ser escolhido levando em consideração vários fatores como: o conteúdo que será abordado, a experiência do aluno com a tecnologia e recursos que ele tem disponível, como, por exemplo, acesso à internet. Além disso, um AVA bem planejado deve conter recursos tecnológicos variados como estratégia educativa (RODRIGUES; PERES, 2013).

No estudo de Vasconcelos e Vasconcelos (2013) sobre desenvolvimento de um AVA sobre histologia para estudantes da saúde, também foi utilizado como recurso educacional as videoaulas, utilizando imagens e slides sincronizados e contavam com o recurso para ampliar os slides, facilitando a observação de detalhes. Para isso bastava apenas clicar no slide escolhido. Não diferente das

videoaulas produzidas neste estudo, no qual, para participar das atividades de revisão, o usuário teria também que clicar nas respostas corretas, colaborando assim para a interação entre curso e participante.

A partir de uma ampla difusão das TIC, os Cursos Massivos Abertos *Online* (MOOCs) se apresentam como uma tendência cujo objetivo é proporcionar o aprendizado em rede em larga escala, com alcance mundial, sendo ofertados de forma geralmente gratuita, para qualquer pessoa com acesso à internet e em qualquer lugar do mundo. Os MOOCs oferecem uma oportunidade de melhorar a qualidade do ensino, a Educação Aberta tem se transformado no refúgio para aqueles alunos apartados dos cursos presenciais que não se identificaram ou não se adaptaram aos ritmos impostos pelas instituições tradicionais (FORNO; KNOL, 2013).

De acordo com Kirner (2013), o aprendizado mediado pela tecnologia se torna mais significativo e de fácil assimilação, por causa dos inúmeros recursos que a própria tecnologia oferece, tais como: hipertexto, vídeos, ambientes virtuais, objetos 3D, sonorização, realidade aumentada, jogos etc.

Oliveira (2012) desenvolveu e avaliou um Curso Aberto Massivo Online sobre Anatomia aplicado a estudantes de Biologia e Enfermagem utilizando diversos recursos como: vídeos, áudios, resumos, links relacionados, atlas anatômico, livro texto simples, jogos, fórum, bloco de notas e Quiz. Propôs desenvolver um website que permitisse ao aluno escolher qual o estilo de coaprendizagem gostaria de utilizar, proporcionando autonomia e flexibilidade por meio da interatividade. O recurso *Livro* é bastante semelhante ao Material de Apoio Didático utilizado no curso do presente estudo. Acionando-se o botão *Livro*, uma tela é aberta apresentando um texto digital para leitura; se o aluno achar que a leitura foi insuficiente, na mesma página foi acrescentado um botão *mais leitura* permitindo maior exploração deste recurso. Oliveira obteve resultados satisfatórios quanto à avaliação do recurso *Livro* e dos outros recursos utilizados.

Souza e Cypriano (2016) realizaram um estudo com o objetivo de avaliar as principais plataformas MOOC disponíveis e reconhecidas mundialmente, sendo elas: Khan Academy, Coursera, Udacity, EdX e Inversity. Para uma avaliação mais ampla

e completa do curso, participaram como alunos regularmente inscritos, de cinco cursos, um em cada uma das plataformas escolhidas. O critério de escolha dos cursos priorizou os que abordaram tópicos de Astronomia. Para a avaliação das plataformas e cursos, consideraram-se dois grupos de características: aspectos estruturais, sendo aqueles preconizados pela teoria conectivista (Interação entre participantes e aprendizado autônomo e em rede); e aspectos funcionais, relacionados à navegabilidade e acessibilidade e percepção sobre a plataforma. Dentre as plataformas estudadas, a que mais se aproxima dos conceitos conectivistas é a plataforma Coursera, embora, assim como as demais, ainda necessite de melhorias em relação aos mecanismos de comunicação em rede.

O recurso jogo com Realidade Aumentada ficou com a menor avaliação pelos participantes. A Realidade Aumentada é definida como o enriquecimento do mundo real, com objetos e informações virtuais visualizados através de um dispositivo tecnológico, propiciando interações intuitivas no ambiente tridimensional e ampliando os elementos educacionais, através da junção do real com o virtual, trazendo nova dimensão à Educação (KIRNER; KIRNER; 2013). Pode-se explicar esse fato devido à tecnologia Realidade Aumentada ser uma inovação, já que a maioria dos participantes nunca tiveram contato com jogos que a utilizasse.

Diferentemente de um jogo desenvolvido com Realidade Aumentada chamado GeomAR-Revolução utilizado por 13 alunos do Curso de Pós-Graduação em Ensino de Ciências da UNIFEI, que manifestaram suas impressões, através de um questionário sobre questões técnicas a respeito do jogo. O jogo teve boa avaliação, de maneira geral, destacando-se os aspectos visuais e auditivos, além dos fatores relacionados com o comportamento e o acesso ao jogo. Apenas a motivação ficou com a menor avaliação, pelo fato de o jogo explorar mais as questões educacionais do que a diversão.

A maioria dos participantes afirmou que gostariam de utilizar o Curso Aberto Massivo Online como estratégia de ensino e aprendizagem em outros cursos e disciplinas. Isso mostra que a ferramenta MOOC foi bem aceita entre os participantes. Millmann e colaboradoras (2014) apontam como possibilidade no âmbito das Instituições de Ensino Superior a implementação de MOOC dentro de

programas institucionais de capacitação continuada. Ao propor, à comunidade universitária, cursos abertos no formato MOOC, propicia-se inovação didático-metodológica, flexibilização e expansão do acesso a cursos de capacitação. Além disso, interioriza-se, na IES, o processo educacional mediado por ambientes virtuais, ampliando as possibilidades de integração dessas tecnologias educacionais em rede nas práticas pedagógicas dos cursos de graduação, pós-graduação e extensão.

Em um editorial a respeito da inovação MOOC, afirma-se que atualmente são poucas universidades que concedem créditos acadêmicos através de cursos MOOC, no entanto há uma crescente evidência de que mais instituições estão começando a aceitar esses certificados. Considerando os custos e cortes simultâneos em financiamentos públicos do ensino superior, não é difícil ver que os MOOCs podem tornar-se cada vez mais atraentes como uma opção viável para as universidades para controlar os custos. Além disso, professores bem conceituados em suas áreas podem oferecer aos estudantes a oportunidade de aprender com especialistas, sendo que não teriam acesso a eles se não fosse dessa forma (BELLACK, 2013).

A Escola de Saúde Pública Johns Hopkins em Baltimore nos Estados Unidos oferece cursos do tipo MOOCs, ela vem oferecendo cursos online desde 1997. A partir de 2013, 113 cursos totalmente online disponíveis em formato MOOC que computam créditos para os estudantes estão sendo oferecidos pela escola. A JHSPH juntou-se ao movimento dos Recursos Educacionais Abertos em 2005, com esforço para compartilhar o extenso material de ensino que possui em diversas áreas de saúde pública. Desde então, a JHSPH tem crescido para incluir materiais de mais de 110 cursos acadêmicos, simpósios e programas de treinamento. Os usuários são profissionais de saúde pública que pretendem atualizar seus conhecimentos, educadores que adotam ou adaptam materiais de ensino em seus cursos e em outros, e alunos da JHSPH. A escola não teve dificuldades em oferecer cursos no formato MOOC, devido à vasta experiência da escola com a educação online e aberta (GOODING et al., 2013)

Quase a totalidade dos participantes afirmou se sentir mais aptos para efetuar a visita domiciliar na Estratégia Saúde da Família após a realização do curso, conseguindo assim alcançar os objetivos propostos da pesquisa. Em um estudo com

2517 alunos de Medicina no Egito foi avaliado sobre o conhecimento que esses alunos possuíam a respeito do MOOC, 136 desses alunos conheciam e estavam matriculados em pelo menos um curso, mas apenas 25 alunos concluíram o curso para o qual se inscreveram. Daqueles que não concluíram, alegaram falta de tempo e internet lenta. Os alunos que tinham concluído estavam satisfeitos com a experiência que o curso promoveu, avaliando positivamente o MOOC (ABOSHADY et al., 2014).

6.10.3 Discussão sobre avaliação do questionário Pré- teste e Pós-teste

A maioria dos participantes teve uma nota maior no pós-teste, melhorando assim a média comparada com a nota pré-teste, mostrando a eficiência do curso. Das trinta questões do questionário apenas duas não apresentaram melhora no pós-teste. A questão que teve maior percentual de acerto no pré-teste foi a questão 13, que abordou sobre o principal foco de atenção durante a realização da visita domiciliar. A atenção à família, como uma das diretrizes da Estratégia Saúde da Família (ESF), preconiza que a assistência seja centrada no núcleo familiar, entendido e percebido a partir de seu ambiente físico e social, pois isso possibilita às equipes uma compreensão ampliada do processo saúde-doença e da necessidade de intervenções que vão além de práticas curativas (GAÍVA; SIQUEIRA, 2011).

No pós-teste as questões 14 e 29 tiveram maior percentual de acerto, a questão 14 abordou sobre a Política Nacional de Atenção Básica que traz a qual profissional compete realizar a visita domiciliar, no caso o Agente Comunitário de Saúde, constando como sua atribuição acompanhar, por meio de visita domiciliar, todas as famílias e indivíduos sob sua responsabilidade. As visitas deverão ser programadas em conjunto com a equipe, considerando os critérios de risco e vulnerabilidade, de modo que famílias com maior necessidade sejam visitadas mais vezes (BRASIL, 2012). A outra questão foi a respeito da postura diante de certas situações durante a prática da visita domiciliar. Principalmente quando pode envolver situações desagradáveis, a programação é fundamental para que a visita ocorra

efetivamente, definindo com o sujeito a ser visitado horário e data que lhe são favoráveis (AMARO, 2014).

O fato de essas questões terem uma maior frequência de acertos pode ser justificado por ser questões ligadas ao dia a dia da prática da visita domiciliar.

O curso com maior média no pré-teste e pós-teste foi o de Medicina, 3º período, seguido pelo 1º período do mesmo curso. Igualmente, os graduandos de Medicina foram os que mais acessaram o curso MOOC proposto. Pode-se justificar tal resultado devido à mudança da diretriz curricular nacional do curso de Medicina (BRASIL, 2014), essas mudanças na formação médica são guiadas pelas necessidades da população, inserindo-se os alunos desde o 1º período na Estratégia Saúde da Família, possibilitando assim a prática da visita domiciliar, podendo esse ser o motivo pelo maior interesse, sendo o curso acessado mais vezes por eles e também com a obtenção das maiores notas.

Algumas escolas médicas brasileiras já apresentam mudanças curriculares no sentido de promover o desenvolvimento de profissionais capazes de atuar integralmente na vigilância à saúde e que se mostrem mais familiarizados com os principais problemas de saúde. Essas mudanças se referem ao emprego de metodologias ativas, centradas no estudante e baseadas nas necessidades de saúde da população, com a inserção dos estudantes em Equipes de Saúde da Família (ESF) desde o início do curso e por maior período. Dentre as escolas médicas que já modificaram o currículo encontra-se a Universidade Estadual de Montes Claros (Unimontes), na qual os estudantes são inseridos desde o primeiro período nas ESF, durante quatro horas semanais, permanecendo no mesmo cenário até o sétimo período. Retornam à ESF no 12º período, durante seis turnos semanais de quatro horas por três meses (CALDEIRA; LEITE; RODRIGUES, 2011).

De acordo com o Projeto Político Pedagógico (PPP) do Curso de Graduação de Medicina da instituição em estudo, os egressos estarão aptos a atuar na Estratégia Saúde da Família, na prevenção de doenças e na promoção de hábitos saudáveis de vida (BRASIL, 2015).

Em análise aos outros Projetos Políticos Pedagógicos dos cursos participantes do estudo da UNIFAL-MG, foi verificado que não apresentam

sistematização alguma quanto à realização da visita domiciliar, mas indicam as competências esperadas para os períodos ou para as atividades extramuros, inseridas naquilo que se denomina Integração Ensino Serviço.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O trabalho propôs apresentar, discutir e avaliar as competências adquiridas por estudantes universitários da área da saúde sobre visita domiciliar através do processo de desenvolvimento de um website baseado na ferramenta MOOC. O curso "Visita domiciliar na Estratégia Saúde da Família utilizando a ferramenta MOOC" mostrou-se apropriado considerando os objetivos educacionais propostos para a pesquisa, a avaliação satisfatória feita pelos estudantes sobre o curso e o curso resultou em significativo aumento do grau de conhecimento dos conteúdos sobre a visita domiciliar devido ao melhor rendimento da maioria dos alunos na avaliação pós-teste, uma vez que 83,0% dos participantes melhoraram a nota. A média da avaliação do pré-teste era de 19,5 % e após realizarem o curso a média foi 23,4%. Houve diferença do grau de conhecimento entre os grupos de estudantes, destacando-se o 3º período de Medicina, o que pode ser explicado pelo fato de os alunos já realizarem visita domiciliar nos cenários de prática devido à mudança curricular do curso.

Entre os participantes houve predomínio do sexo feminino, com média de idade de 20 anos, a maioria possui acesso à internet em casa sendo o seu principal uso para auxiliar os estudos.

Os MOOCs são consequências da aplicação das tecnologias ao setor educacional, que aprimoram a capacidade de aprendizagem por serem mais interativos e atrativos. Eles têm sido difundidos como uma modalidade de educação aberta, sendo rapidamente divulgados por meio de plataformas virtuais.

A utilização da ferramenta MOOC neste estudo foi eficaz, possibilitando uma aprendizagem expressiva para o ensino da visita domiciliar, os recursos tecnológicos utilizados estimularam a participação dos alunos por serem interativos, destacando as Videoaulas, o jogo com Realidade Aumentada e o Quiz, apontando para a necessidade da inovação tecnológica nos processos de formação e educação em saúde, e os outros recursos Material de Apoio Didático e Vídeos de Dramatização contribuíram para aprofundar o conteúdo mostrando a necessidade em diversificar estratégias pedagógicas.

Podem ser destacados fatores que contribuíram para o sucesso da pesquisa, como o planejamento prévio a partir da elaboração da matriz de competências, sendo essencial para nortear e selecionar os recursos midiáticos adequados para cada temática. A formatação visual do curso, o acesso e a navegação, os hipertextos e as imagens utilizadas também foram cruciais para um bom desempenho na performance do aluno dentro da plataforma.

Um fator que auxiliou sendo uma das características do MOOC foi a possibilidade de o aluno fazer o curso em seu próprio ritmo, sendo também autoavaliativo, o aluno é que julga se precisa rever tal recurso com tal temática.

A maioria dos participantes afirmou se sentir mais aptos para realizar a visita domiciliar na Estratégia Saúde da Família e também gostariam de utilizar ferramenta MOOC em outros cursos e disciplinas. Isso aponta que recursos tecnológicos inovadores devem ter mais investimentos e ser mais utilizados para estimular os alunos ao processo de ensino e aprendizagem. Uma das grandes vantagens que os cursos do tipo MOOC possibilitam é o acesso e custo, podendo envolver um elevado número de estudantes com qualidade e de forma ágil e eficiente, sendo mais flexível, atendendo assim as demandas crescentes da sociedade. Porém um dos grandes desafios para a Universidade onde foi realizado o estudo é a estrutura tecnológica e o aperfeiçoamento dos recursos humanos que ainda são insuficientes, faltando motivação e envolvimento de toda a corporação acadêmica.

Enfim, existem poucas pesquisas relacionadas com a educação na área da saúde utilizando ferramentas inovadoras como o MOOC, pelo que são sugeridos novos estudos que avaliem processos de ensino e aprendizagem por meio de outros recursos tecnológicos.

REFERÊNCIAS

- ABOSHADY, O. A. Perception and use of massive open online courses among medical students in a developing country: multicentre cross-sectional study. *BMJ Open*, Londres, v. 5, n. 1, p. 1-9, 2015.
- ALVES, M. P.; SANTOS, S. S. C. Um olhar sobre o trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde: a visita domiciliar. *Rev. Baiana Enferm.*, Salvador, v. 21, n. 1, p. 71-9, jan./abr. 2007.
- ALMEIDA, D.; SANTOS, M. A.R.; COSTA, A. F. B. Aplicação do Coeficiente Alfa de Cronbach nos resultados de um questionário para avaliação de desempenho da saúde pública. Encontro Nacional de Engenharia de Produção, São Carlos, 12 a 15 de outubro de 2010.
- AMARO, S. *Visita Domiciliar: Teoria e Prática*. Campinas: Papel Social, 2014.
- ANDRADE, A. M. et al. Visita domiciliar: validação de um instrumento para registro e acompanhamento dos indivíduos e da família. *Epidemiol. Serv. Saúde*, Brasília, v. 23, n. 1, p. 165- 175, jan./mar. 2014.
- ARAÚJO, M. F. M; SILVA, M. J; LEITE, B. M. B. Experiência de prática sistematizada em visita domiciliária no contexto da saúde da família. *Rene*, Fortaleza, v. 9, n.1, p.137-145, mar. 2008.
- ASSO, R. N. et al. Avaliação das Visitas Domiciliárias por Estudantes e pelas Famílias: uma Visão de Quem as Realiza e de Quem as Recebe. *Revista Brasileira de Educação Médica*, Rio de Janeiro, v. 37, n. 3, p. 326-32, 2013.
- AVELINO, C.C. V. *Ensino-aprendizagem sobre diagnósticos, intervenções e resultados de enfermagem, de acordo com a CIPE®, utilizando o ambiente virtual de aprendizagem*. 2015. 177f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem. Universidade Federal de Alfenas, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Alfenas, 2015.
- BASSOLS, A.M.S. *Estresse, ansiedade, depressão, mecanismos de defesa e coping dos estudantes no início e no término do curso de Medicina da Universidade Federal do Rio Grande do Sul*. 2014. 84f. Tese (Doutorado) - Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Programa de Pós graduação em Ciências Médicas, Porto Alegre, 2014 .
- BELLACK, J. P. MOOCs: The Future Is Here. *Journal of Nursing Education*, New Jersey ,v. 52, n. 1, p. 3-4, jan. 2013

BORGES, R.; OLIVEIRA, A. F. P. L. A visita médica domiciliar como espaço para interação e comunicação em Florianópolis. *Interface Comunic. Saúde Educ.*, Botucatu, v. 15, n. 37, p. 461-72, abr./jun. 2011.

BOLFARINE, H.; BUSSAB, W. O. *Elementos de Amostragem*. São Paulo: Blucher, 2005.

BOLSONI-SILVA, A. T. et al. *A área das habilidades sociais no Brasil: Uma análise dos estudos publicados em periódicos*. In DEL PRETTE, Z.A.P.; DEL PRETTE, A. (Orgs). *Estudos sobre habilidades sociais e relacionamento interpessoal*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2006. cap.1, p.1-45.

BOTELHO, R. L. L.; CUNHA, C. C. A.; MACEDO, M. O método da revisão integrativa nos estudos organizacionais. *Gestão e Saúde*, Brasília, v. 5, n. 11, p. 121-36, 2011.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Comitê Nacional de Ética em Pesquisa em Seres Humanos. Resolução Nº. 466, de 12 de dezembro de 2012. *Diretrizes e Normas Regulamentadoras de pesquisa desenvolvendo seres humanos*. Brasília, DF, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Acolhimento à demanda espontânea. *Cadernos de Atenção Básica*, Brasília, DF, v. 1, n. 28, p. 1-56, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. *E-sus manual do Sistema com Coleta de Dados Simplificada: CDS* (recurso eletrônico). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011*. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2011.

BRASIL. Lei 12.711/2012, de 29 de Agosto de 2012. Disponível em: <<http://www.planalto.gov.br>> Acesso em: 15 jul. 2016.

BRASIL. Ministério da Educação. Universidade Federal de Alfenas. *Projeto Político Pedagógico do curso de Medicina*. Alfenas, MG, 2015.

BRASIL. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Resolução nº 3, de 20 de junho de 2014. *Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina e dá outras providências*. Brasília, DF, 2014.

CALDEIRA, E.S. LEITE, M.T.S. RODRIGUES, J.F.N. Estudantes de Medicina nos Serviços de Atenção Primária: Percepção dos Profissionais. *Revista Brasileira de Educação Médica*, Rio de Janeiro, v. 35, n. 4, p.477-485, 2011.

CÁRDENAS, L. A. G. et al. Impacto de la visita domiciliar familiar en el aprendizaje de los estudiantes de medicina en el área de Pediatría Social. *Interface Comunic. Saúde Educ.* Botucatu, v. 17, n. 46, p. 649-60, 2013.

CHAPADEIRO, C. A.; ANDRADE, H. Y. S. O; ARAÚJO, M. R. N. *A Família como foco da Atenção Básica à Saúde*. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2012.

COSTA, V. A. S. et al. Processo de Democratização do Acesso ao Ensino Superior e a Importância do PIBID no Contexto dos Alunos do Curso de Licenciatura em Química da UFRPE em Serra Talhada –Pernambuco. *Rev. Virtual Quim.*, v. 5, n. 2, p.137-148, 2013.

DRULLA, A. G. A. et al. Visita domiciliar como ferramenta ao cuidado familiar. *Cogitare Enferm.*, Curitiba, v. 149, n. 4, p. 667-74, 2009.

FILATRO, A. *Design instrucional contextualizado: educação e tecnologia*. 2. ed. São Paulo: SENAC, 2007.

FILATRO, A. *Produção de conteúdos educacionais. Design instrucional, Tecnologia, Gestão, Educação Comunicação*. 1. ed. São Paulo, Saraiva 2015.

FORNO, J. P. D.; KNOLL, G. F. Os MOOCS no mundo: um levantamento de cursos online abertos massivos. *Nuances: estudos sobre Educação*, Presidente Prudente, v. 24, n. 3, p. 178-194, 2013.

FREIRE, P. *Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa*. 25. ed. São Paulo: Paz e Terra, 2002.

FUNGHETTO, S. S. et al. Perfil profissional tendo o SUS como base das Diretrizes Curriculares da área da Saúde no processo avaliativo. *Saúde em Redes*, Rio de Janeiro, v. 1, n. 3, p. 103-20, 2015.

GAÍVA, M. A. M; SIQUEIRA, V. C. A. A prática da visita domiciliar pelos profissionais da Estratégia de Saúde da Família. *Cienc. Cuid. Saúde*, Maringá, v. 10, n.4, p. 607-704, 2011.

GALVIS, P. A. MENDOZA, B. P. Ambientes virtuales de aprendizaje: una metodología para su creación. *Informatica Educ.*, Porto Alegre, v.12, n.2, p. 295-317,1999.

GASPAR, M. I. Competências em questão: contributo para a formação de professores. *Revista Discursos: perspectivas em educação*, v. 1, n. 2, p. 55-71, dez. 2004.

GOMES, L. F. EaD no Brasil: Perspectivas e desafios. *Revista da Avaliação da Educação Superior*, Campinas, v.18, n.1, p.13-22, mar. 2013.

GOODING, I. et al. Massive open online courses in public health. *Frontiers in public health*, Lausanne, v. 1, n. 59, p. 1-59, 2013

GOYATÁ, S. L. T. et al. Ensino do processo de enfermagem a graduandos com apoio de tecnologias da informática. *Acta Paul Enferm.* São Paulo, v. 25, n. 2, p. 243-8, 2012.

GROSSI, M. G. A. et al. A utilização das tecnologias digitais de informação e comunicação nas redes sociais pelos universitários brasileiros. *Texto Digital*, Florianópolis, v. 10, n. 1, p. 4-23, jan./jul. 2014.

HORA, H. R. M.; MONTEIRO, G. T. R.; ARICA, J. Confiabilidade em Questionário para Qualidade: um estudo com o coeficiente de Alfa de Cronbach. *Produto e Produção*, Porto Alegre, v. 11, n. 2, p. 85 -103, jun. 2010.

ISSUU. Digital Platform. Disponível em: <<https://issuu.com/about>>. Acesso em: 15 nov. 2015.

JOHNSON, R. B.; ONWUEGBUZIE, A. J.; TURNER, L. A. Toward a definition of mixed method research. *Journal of Mixed Methods Research*, Washington, v. 1, n. 2, p. 112-133, 2007.

KIRNER, C. Realidade Virtual Aumentada. Disponível em: < www.ckirner.com >Acesso em: 15 nov. 2015

KIRNER, C.; KIRNER, T. G. *Desenvolvimento de Jogos Educacionais Online com Realidade Aumentada por Não Especialistas*. XII SBGames – Workshop on Virtual, Augmented Reality and Games – Full Papers. São Paulo, Brazil, October 16-18, 2013.

KIRNER, C. Educação permeando a Tecnologia em Aplicações Educacionais Abertas Baseadas em Hiperímia e Realidade Aumentada. *Revista Cet*, São Paulo, v. 1, n. 3, p. 1-278, abr. 2013.

KIRNER, C.; SISCOOTTO, R. (Ed.). *Realidade Virtual e Aumentada: Conceitos, Projeto e Aplicações*. Petrópolis-RJ: SBC, 2007.

LAGUARDIA, J.; PORTELA, M. C.; VASCONCELLOS, M. M. Avaliação em ambientes virtuais de aprendizagem. *Educação e Pesquisa*, São Paulo, v. 33, n.3, p. 513-530, set./dez. 2007.

LIMA, P.E.C. A eficiência das políticas de cotas nas universidades para o ingresso de alunos da rede pública de ensino e a produção da justiça social brasileira. 2014. 21f.

Trabalho de Conclusão do curso Universidade Estadual da Paraíba, Campina Grande, 2014.

LIYANAGUNAWARDENA, T. R.; WILLIAMS, S. A. Massive Open Online Courses on Health and Medicine: Review. *J Med Internet Res.*, Toronto, v. 16, n. 8, p. e191, 2014.

MALLMANN, E. M. et al. *Implementação de Massive Open Online Courses (MOOC) no âmbito de programas institucionais de capacitação em ambientes virtuais.* ESUD, Florianópolis, 2014.

MARIN, M. J. S. et al. O sentido da visita domiciliária realizada por estudantes de medicina e enfermagem: um estudo qualitativo com usuários de unidades de saúde da família. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro v. 16, n.11, p. 4357-365, 2011.

MATOS, I.B. TOASSI, R.F.C.; OLIVEIRA, M.C. Profissões e ocupações de saúde e o processo de feminização: Tendências e implicações. *Athenea Digital*, Belaterra v.13, n. 2. p. 239-244, jul.2013.

MEDEIROS, P. A.; PIVETTA, H. M. F.; MAYER, M. S. Contribuições da visita domiciliar na formação em fisioterapia. *Trab. Educ. Saúde*, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, p. 407-26, 2012.

MELNYK, B. M; FINEOUT-OVERHOLT, E. *Evidence based practice in nursing & healthcare: a guide to best practice.* 2th ed. Philadelphia: Lippincot Williams & Wilkins, 2011.

MENDES, F. LOPES, M.J. Vulnerabilidades em saúde: o diagnóstico dos caloiros de uma universidade portuguesa. *Texto Contexto Enferm.*, Florianópolis, v. 23, n.1, p.74-82, jan./mar. 2014.

MENDES, M.L.M. et al. Hábitos alimentares e atividade física de universitários da área de saúde do município de Petrolina-PE .*Tempus, actas de saúde colet.*, Brasília, v.10, n. 2, p. 205-17, jun. 2016.

MENEZES, A. H. R. et al. Classificação do risco familiar segundo escala de Coelho e Savassi: um relato de experiência. *Ciê. Cuid. Saúde*, Maringá, v. 11, n. 1, p. 190-95, jan./mar. 2012.

MENDES, K. D. S., SILVEIRA, R. C. C. P., GALVÃO, C. M. *Revisão Integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde na enfermagem.* *Rev.Texto e Contexto de Enfermagem*, Florianópolis, v. 17, n. 4, p. 758-64, 2008.

MORETTO, V. P. *Construtivismo: a produção de conhecimento em aula.* 3. ed. Rio de Janeiro: DPCA, 2002.

NASCIMENTO, J. S. et al. Visitas domiciliares como estratégias de promoção da saúde pela enfermagem. *Rev. Bras. Promoc. Saúde*, Fortaleza, v. 26, n. 4, p. 513-22, out./dez. 2013.

NORO, L. R. A.; TORQUATO, S. M. Visita domiciliar: estratégia de aproximação à realidade social? *Trab. Educ. Saúde*, Rio de Janeiro, v. 13, n. 1, p. 145-57, 2015.

OLIVEIRA, D. P. *Desenvolvimento e avaliação de um curso aberto massivo online sobre anatomia baseado em redundância, interatividade e estilos de coaprendizagem*. 2015. 224f. Dissertação [Mestrado Profissional em Ensino de Ciências], Universidade Federal de Itajubá. Itajubá (MG), 2015.

OLIVEIRA JÚNIOR, J. K.; SILVA, M. A. D. As tecnologias de informação e comunicação como ferramenta complementar no ensino da histologia nos cursos de odontologia da região norte. *Journal of Health Informatics*, São Paulo, v. 6, n. 2, p. 60-66, 2014.

PAIVA, P. V. F. et al. Potencialidades da educação em saúde baseada em realidade virtual. *RECIIS-R. Eletr. de Com. Inf. Inov. Saúde*, Rio de Janeiro, v. 7, n. 3, p. 35-39, set. 2013.

PEREIRA, M. G. *Epidemiologia Teoria e Prática*. Reimp. Porto Alegre: Guanabara Koogan, 2008.

PEIXOTO, H. M.; PEIXOTO, M. M.; ALVES, E. D. Aspectos relacionados à permanência de graduandos e pós-graduandos em disciplinas semipresenciais. *Acta Paul Enferm.* São Paulo, v. 25, n. 2, p. 48-53, 2012.

PERRENOUD, P. *Porquê construir competências a partir da escola? Desenvolvimento da autonomia e luta contra as desigualdades*. Porto: ASA, 2001.

POLIT, D. F.; BECK, C.T., HUNGLER, B. P. *Fundamentos de pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação e utilização*. Porto Alegre: Artmed, 2004.

POLIT, D. F.; BECK, C. T. *Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem: avaliação de evidências para a prática da enfermagem*. 7. ed. Porto Alegre: Artmed, 2011.

PROPROFS Build & Test Knowledge. Disponível em: < www.proprofs.com.br >. Acesso em: 15 nov. 2015

RAMOS-CERQUEIRA, A. T. A. Um Estranho à Minha Porta: Preparando Estudantes de Medicina para Visitas Domiciliares. *Revista Brasileira de Educação Médica*, Rio de Janeiro, v. 2, n. 33, p. 276–81, 2009.

REDE NACIONAL DE ENSINO E PESQUISA. Portal RNP. Disponível em:

< <https://portal.rnp.br/web/servicos/guia-do-usuario4> >. Acesso em: 15 nov. 2015

RICOY, M. C. COUTO, M. J. V. S. Os recursos educativos e a utilização das TIC no ensino secundário da Matemática. *Revista Portuguesa de Educação*, Braga, v. 25, n. 2, p. 241-262, 2012.

ROCHA, P. K. et al. Cuidado e tecnologia: aproximações através do Modelo de Cuidado. *Rev. bras. enferm.* Brasília, v. 61, n. 1, p. 113-16, jan./feb. 2008.

RODRIGUES, M. V. C. Qualidade de vida no trabalho – Evolução e Análise no nível gerencial. Rio de Janeiro: Vozes, 1994.

RODRIGUES, R. C. V.; PERES, H. H. C. *Desenvolvimento de Ambiente Virtual de Aprendizagem em Enfermagem sobre ressuscitação cardiorrespiratória em neonatologia.* *Rev Esc Enferm USP*, São Paulo, v. 47, n. 1, p. 235-41, 2013.

ROMANHOLI, R. M. Z; CYRINO, E. G. CARVALHO JÚNIOR, P. M. Os vários naipes da visita domiciliar na formação de estudantes de medicina. In: CYRINO, A. P.; GODOY, D; CYRINO, E. G. (Orgs.). Saúde, Ensino e Comunidade: reflexões sobre prática do ensino na Atenção Primária à Saúde. Botucatu: Cultura Acadêmica, 2015.

ROSSINI, T. S. S. Recursos Educacionais Abertos: práticas colaborativas e políticas públicas. *Revista Teias*. Rio de Janeiro, v. 13, n. 30, p. 391-412, set./dez. 2012.

ROSSINI, A. M.; PALMISANO, A.; SILVA, O. R. MOOCS: para onde caminha o processo de aprendizagem e o uso de recursos informáticos. 20º CIAED- Congresso Internacional ABED de Educação a distância, Curitiba, 2014.

SANTOS, E. M.; MORAIS, S. H. G. A visita domiciliar na Estratégia Saúde da Família: percepção de enfermeiros. *Cogitare Enferm.* Curitiba, v. 3, n. 16, p. 492-97, 2011.

SANTOS, S. A. S. et al. A visita domiciliar como prática de acolhimento no programa médico de família/Niterói. *Rev. pesq.: cuid. fundam.* Rio de Janeiro, v. 5., n. 2, p.3698-705, abr./jun. 2013.

SILVA, F.A.G. *A visita domiciliar como estratégia pedagógica e seus sentidos para estudantes dos cursos de enfermagem, medicina e odontologia em um centro universitário do estado do Rio de Janeiro.* 15 f. 2012. Dissertação [Mestrado em Saúde Pública] Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz. Rio de Janeiro, 2012.

SILVA, J. A. R.; BERNARDO JUNIOR, R.; CAÑADILLA, I. P. MOOC: em busca da qualidade. SIED 2014-Simpósio Internacional de Educação a Distância, São Carlos, 2014.

SONYVEGAS PRO 13. Disponível em: < www.sonyvegas.com.br >. Acesso em: 15 nov. 2015

SOSSAI, L. C. F.; PINTO, I. C. A visita domiciliária do enfermeiro: fragilidades x potencialidades. *Cienc Cuid Saúde*, Maringá, v. 9, n. 3, p. 569-76, 2010.

SOUZA, R. C.; MOREIRA, H. D. F.; KIRNER, C. FLARAS 1.0 - Flash Augmented Reality Authoring System. Itajubá: Universidade Federal de Itajubá-UNIFEI, 2012.

SOUZA, R.; CYPRIANO, E.F. MOOC: uma alternativa contemporânea para o ensino de astronomia. *Ciênc. Educ.*, Bauru, v. 22, n. 1, p. 65-80, 2016.

TAVARES, V. B. A *Massive Open Online Courses (MOOCS): nova tendência educacional*. Universidade de Brasília, Instituto de Relações Internacionais. Brasília, DF, 2014.

TERRA, F. S. *Avaliação da ansiedade, depressão e autoestima em docentes de universidades pública e privada*. 258f. 2010. Tese [Doutorado em Enfermagem], Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto, 2010.

URSI, E. S.; GALVÃO, C. M. Perioperative prevention of skin injury an integrative literature review. *Rev. Latino-am Enfermagem*, Ribeirão Preto, v. 1, n. 14, p. 124-31, 2006.

VALLE, A. R. M. C.; ANDRADE, D. Assistência de enfermagem no domicílio: um olhar crítico sobre a produção científica. *Journal of Research Fundamental Care Online*, Rio de Janeiro, v. 5, n. 6, p. 348, 2013.

VASCONCELOS, D.F.P.; VASCONCELOS, A.C.C.G. Desenvolvimento de um Ambiente Virtual de Ensino em Histologia para Estudantes da Saúde. *Revista Brasileira de Educação Médica*, Rio de Janeiro, v. 37, n. 1, p.132-137, 2013.

VIEIRA, S. *Bioestatística – tópicos avançados*. 2. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2003.

WHITTEMORE, R; KNAFL, K. The integrative review: update methodology. *Journal of Advanced Nursing*, London, v. 52, n. 5, p. 546-53, 2005.

**APÊNDICE A -QUESTIONÁRIO SOBRE VISITA DOMICILIAR
PARA AVALIAÇÃO DOS JUÍZES**

ITENS DO QUESTIONÁRIO	APARÊNCIA	PERTINÊNCIA	COMPREENSÃO	SUGESTÃO
<p>1) Em relação ao conceito de família, é correto afirmar, EXCETO:</p> <p>() Conjunto de pessoas ligadas por laços de parentesco, dependência doméstica ou normas de convivência, que residem na mesma unidade domiciliar.</p> <p>() Grupo de pessoas que reside na mesma residência, inclui pensionistas e agregados.</p> <p>() Conjunto de pessoas ligadas por laços de parentesco, excluindo empregado doméstico que reside no domicílio.</p> <p>() Grupo de pessoas formado pelos progenitores e seus descendentes.</p> <p>() Conjunto de pessoas do mesmo sangue ou parentes por aliança.</p>	<p>() Adequado</p> <p>() Inadequado</p>	<p>() Sim</p> <p>() Não</p>	<p>() Adequado</p> <p>() Inadequado</p>	
<p>2) A expressão Grupo Familiar pode ser definida como, EXCETO:</p> <p>() Espaço dos extremos da vida: do nascimento à morte, vivência das emoções e dos afetos extremos.</p> <p>() Espaço de convivência, onde o chefe da família tem o poder de decisão sobre os demais membros da família.</p> <p>() Espaço de conflito e de negociação, onde os sujeitos aprendem a viver saudavelmente em sociedade.</p> <p>() Espaço de apoio à sobrevivência e proteção integral dos filhos e demais membros.</p> <p>() Espaço de disponibilização de aportes afetivos e materiais necessários ao desenvolvimento e bem estar de seus componentes.</p>	<p>() Adequado</p> <p>() Inadequado</p>	<p>() Sim</p> <p>() Não</p>	<p>() Adequado</p> <p>() Inadequado</p>	
Ferramentas de abordagem familiar (Cadastro familiar e individual, E-SUS, genograma e ecomapa)				
ITENS DO QUESTIONÁRIO	APARÊNCIA	PERTINÊNCIA	COMPREENSÃO	SUGESTÃO
<p>3) Quais são as ferramentas de abordagem familiar?</p> <p>() Bolsa família, genograma e Family Health Care (FHC).</p> <p>() Problem, Roles, Affect, Communication, Time, Illness, Copying, Ecology (PRACTICE), genograma e Adaptation, Parthenship, Growth, Affection, Resolve (Apgar individual).</p> <p>() Genograma, Fundamental Interpersonal</p>	<p>() Adequado</p> <p>() Inadequado</p>	<p>() Sim</p> <p>() Não</p>	<p>() Adequado</p> <p>() Inadequado</p>	

Relations Orientations (F.I.R.O) e Family Health Care (FHC). () Ecomapa, bolsa família, Problem, Roles, Affect, Communication, Time, Illness, Copying, Ecology (PRACTICE),. () Adaptation, Parthership, Growth, Affection, Resolve (APGAR familiar), genograma e ecomapa.				
4) Para a construção do genograma é preciso observar algumas regras básicas. Assinale a resposta INCORRETA: () Utilizar simbologia padrão, utilizando símbolos e siglas. () Representar pelo menos três gerações () Iniciar com a representação do casal e seus filhos () Indicar o Ciclo Vital da Família. () Indicar a renda familiar.	() Adequado () Inadequado	() Sim () Não	() Adequado () Inadequado	
5) Marque a situação em que NAO é indicada na construção do genograma. () Utilização excessiva dos serviços de saúde. () Família que conta somente com membros familiares agregados. () Doença Crônica/Isolamento () Problemas emocionais graves/Situações de risco familiar, por violência doméstica ou drogadição. () Mudanças no ciclo de vida/Resistência ao tratamento ou dificuldade para aceitar o diagnóstico.	() Adequado () Inadequado	() Sim () Não	() Adequado () Inadequado	
6) São motivos para a visita domiciliar do Sistema Eletrônico da Atenção Básica (e-SUS), EXCETO: () Cadastramento/atualização, visita periódica e busca ativa. () Acompanhamento, egresso de internação e controle de ambientes/vetores,. () Convite para atividades coletivas a serem desenvolvidas na comunidade. () Campanha de saúde e orientação/prevenção. () Contagem de números de indivíduos para o CENSO.	() Adequado () Inadequado	() Sim () Não	() Adequado () Inadequado	
Estrutura, funções e tipos de famílias.				
ITENS DO QUESTIONÁRIO	APARÊNCIA	PERTINÊNCIA	COMPREENSÃO	SUGESTÃO
7) Existem diferentes tipos de família,	() Adequado	() Sim	() Adequado	

<p>assinale abaixo um tipo descrito CORRETAMENTE:</p> <p><input type="checkbox"/> Família Nuclear, conjugal ou elementar: pai, mãe e filhos nascidos dessa união; os irmãos, filhos do mesmo pai e da mesma mãe, habitando o mesmo espaço e tendo sua união reconhecida pelos demais membros da comunidade.</p> <p><input type="checkbox"/> Família composta: compreende o conjunto de cônjuges e de seus filhos na sociedade monogâmica.</p> <p><input type="checkbox"/> Família extensa: rede familiar ligando consanguíneos, aliados e descendentes, ao longo de pelo menos duas gerações.</p> <p><input type="checkbox"/> Família transitória: compreende o filho sob a tutela de um parente que detém a guarda.</p> <p><input type="checkbox"/> Família descendente: rede familiar ligando somente pelos membros consanguíneos descendentes de três gerações.</p>	<input type="checkbox"/> Inadequado	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Inadequado	
<p>8) As principais funções da família são:</p> <p><input type="checkbox"/> Sexual e conciliadora</p> <p><input type="checkbox"/> Econômica e paternalista</p> <p><input type="checkbox"/> Socializadora e educativa</p> <p><input type="checkbox"/> Conciliadora e reprodutiva</p> <p><input type="checkbox"/> Educativa e paternalista.</p>	<input type="checkbox"/> Adequado <input type="checkbox"/> Inadequado	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Adequado <input type="checkbox"/> Inadequado	
Ciclo de vida da família				
ITENS DO QUESTIONÁRIO	APARÊNCIA	PERTINÊNCIA	COMPREENSÃO	SUGESTÃO
<p>9) São Estágios do Ciclo de Vida Familiar, EXCETO:</p> <p><input type="checkbox"/> Jovens adultos e solteiros saindo de casa.</p> <p><input type="checkbox"/> A união no casamento, construindo uma nova família</p> <p><input type="checkbox"/> Famílias com filhos pequenos e filhos adolescentes.</p> <p><input type="checkbox"/> Famílias com filhos pequenos e agregados, que convivem no mesmo domicílio.</p> <p><input type="checkbox"/> Família no estágio tardio de vida.</p>	<input type="checkbox"/> Adequado <input type="checkbox"/> Inadequado	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Adequado <input type="checkbox"/> Inadequado	
Apgar da família e classificação de risco familiar				

<p>10) em relação ao significado do Apgar Familiar, assinale a resposta INCORRETA:</p> <p>() Adaptação () Afeição () Alternância de papéis () Participação () Crescimento/Resolução</p>	<p>() Adequado () Inadequado</p>	<p>() Sim () Não</p>	<p>() Adequado () Inadequado</p>	
<p>11) É importante conhecer as situações de risco e vulnerabilidade da família, para tanto deve-se considerar, assinale a resposta INCORRETA:</p> <p>() Cadastro no bolsa família. () Membro familiar domiciliado/acamado ou egresso de internação. () Membro familiar com idades de até 1 ano ou maior ou igual a 60 anos. () Pessoa em reabilitação ou com deficiência . () Cadastro no Programa Minha Casa Minha Vida.</p>	<p>() Adequado () Inadequado</p>	<p>() Sim () Não</p>	<p>() Adequado () Inadequado</p>	
MÓDULO 2 - Conceito de visita domiciliar				
<p>12) Em relação ao conceito de visita domiciliar, assinale a resposta INCORRETA:</p> <p>() Prática que visa conhecer os membros da família, com suas aspirações e problemas, saber seus principais problemas de saúde, descobrir suas condições de moradia e trabalho. () Prática para conhecer os hábitos, as crenças, os costumes e os valores da família. () Prática para orientar as famílias no cuidado de sua saúde, ajudá-las a pensar sobre seus problemas de saúde e a organizar suas ações para resolvê-las. () Prática para levantar as prioridades de acompanhamento, prestar assistência em domicílio, transmitir práticas e conhecimentos de saúde para intervir no seu processo saúde doença. () Prática cotidiana para adquirir e levar os medicamentos e os resultados de exames laboratoriais para os familiares.</p>	<p>() Adequado () Inadequado</p>	<p>() Sim () Não</p>	<p>() Adequado () Inadequado</p>	
<p>13) Durante a realização da visita domiciliar, seu principal foco de atenção é:</p> <p>() A doença () Problema de saúde do chefe da família</p>	<p>() Adequado () Inadequado</p>	<p>() Sim () Não</p>	<p>() Adequado () Inadequado</p>	

<input type="checkbox"/> A saúde mental <input type="checkbox"/> A família como um todo <input type="checkbox"/> Pessoas específicas da família com enfermidades físicas				
14) Segundo a Política Nacional de Atenção Básica, a quem compete realizar obrigatoriamente a visita domiciliar das famílias residentes nas áreas de abrangência da Estratégia Saúde da Família? <input type="checkbox"/> Enfermeiro <input type="checkbox"/> Técnico de Enfermagem <input type="checkbox"/> Agente Comunitário de Saúde <input type="checkbox"/> Médico <input type="checkbox"/> Fisioterapeuta	<input type="checkbox"/> Adequado <input type="checkbox"/> Inadequado	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Adequado <input type="checkbox"/> Inadequado	
15) Qual é a quantidade e a frequência das visitas domiciliares realizadas pelos Agentes Comunitários de Saúde em sua área de abrangência? <input type="checkbox"/> Duas visitas por semana. <input type="checkbox"/> Uma visita a cada quinze dias. <input type="checkbox"/> Duas visitas mensalmente. <input type="checkbox"/> Uma visita mensalmente. <input type="checkbox"/> Duas visitas a cada quinze dias.	<input type="checkbox"/> Adequado <input type="checkbox"/> Inadequado	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Adequado <input type="checkbox"/> Inadequado	
16) São principais benefícios da realização das visitas domiciliares na Atenção Básica, EXCETO: <input type="checkbox"/> Aumento da dependência gerada na família pela promoção do autocuidado. <input type="checkbox"/> Redução do número de hospitalizações e conseqüentemente problemas financeiros. <input type="checkbox"/> Possibilidade de aprendizagem e resgate do bem estar físico e emocional da população. <input type="checkbox"/> Permissão de uma melhora no estado geral da população, fazendo o uso da prevenção. <input type="checkbox"/> Estabelecimento de vínculo entre profissional e família.	<input type="checkbox"/> Adequado <input type="checkbox"/> Inadequado	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Adequado <input type="checkbox"/> Inadequado	
Objetivos da Visita Domiciliar				
ITENS DO QUESTIONÁRIO	APARÊNCIA	PERTINÊNCIA	COMPREENSÃO	SUGESTÃO
17) São objetivos da visita domiciliar, EXCETO: <input type="checkbox"/> Prestar assistência à família a partir de suas necessidades de saúde. <input type="checkbox"/> Conhecer o domicílio e suas características ambientais, identificando as características socioeconômicas e	<input type="checkbox"/> Adequado <input type="checkbox"/> Inadequado	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Adequado <input type="checkbox"/> Inadequado	

<p>culturais.</p> <p>() Construir o diálogo, a interação e o vínculo com a família.</p> <p>() Promover ações de promoção à saúde, incentivando a mudança de estilo de vida.</p> <p>() Levantamento do número de família que possui planos de saúde para priorização das visitas.</p>				
<p>18) O Médico da equipe de saúde da família realizou uma visita domiciliar, na área de abrangência da unidade de saúde uma vez que a Sr^a Madalena, 72 anos, acometida por Alzheimer há três anos (tipo de demência) recebeu alta hospitalar devido à cirurgia ortopédica como resultado de queda. Os objetivos dessa visita domiciliar foram:</p> <p>() Realizar prevenção em saúde, prestação de assistência e reabilitação à saúde da pessoa idosa.</p> <p>() Realizar cadastro da família, promover o acesso ao serviço de saúde e conhecer os modos de vida da família.</p> <p>() Promover a criação de vínculo equipe-família para o cuidado de seus membros, conhecer os modos de vida da família e reabilitação à saúde da pessoa acamada.</p> <p>() Prestar assistência, promover o acesso ao serviço de saúde e cadastrar a família.</p> <p>() Conhecer os modos de vida da família, realizar a prevenção em saúde e a reabilitação à saúde de seus membros familiares.</p>	<p>()Adequado ()Inadequado</p>	<p>() Sim ()Não</p>	<p>()Adequado ()Inadequado</p>	
<p>19) A visita domiciliar tem como objetivo o acompanhamento de usuários no domicílio. De acordo com a Ficha de Visita Domiciliar (e-SUS Atenção Básica), qual é a clientela que tem prioridade para essa atividade, assinale a resposta CORRETA:</p> <p>() Gestante, puérpera, recém-nascido, criança, pessoas envolvidas em homicídios.</p> <p>() Pessoa com desnutrição, pessoa em reabilitação ou com deficiência e pessoas curadas de hanseníase.</p> <p>() Pessoa com doenças crônicas, pessoas sintomáticos respiratórios de tuberculose e pessoas que encerraram o tratamento de tuberculose.</p> <p>() Domiciliados/acamados, saúde mental e gestantes/puérpera e recém-nascido.</p>	<p>()Adequado ()Inadequado</p>	<p>() Sim ()Não</p>	<p>()Adequado ()Inadequado</p>	

<input type="checkbox"/> Domiciliados/acamados, pessoas envolvidas em homicídios e usuários de drogas.				
<p>20) A Enfermeira da unidade saúde da família realizou uma segunda visita domiciliar à família da Sr^a Josefina, viúva, 62 anos de idade, pertencente à área de abrangência da equipe de saúde. Na primeira visita, essa profissional obteve informações sobre situações conflituosas envolvendo um dos filhos da Sr^a Josefina. Segundo relato da mãe, o filho é usuário de drogas ilícitas o que a deixa muito preocupada. Na entrevista com o filho, ele reconheceu que se envolveu com um grupo de jovens no passado, usuário de drogas. Segundo o seu relato, não é usuário e nem integra mais aquele grupo de jovens. Está estudando, obtém bom desempenho escolar e tem praticado esportes na escola com outro grupo de jovens, que não são usuários de drogas ilícitas. Diante disso, qual é o propósito principal da visita domiciliar realizada pela Enfermeira?</p> <p><input type="checkbox"/> Verificar as condições de saúde dos idosos.</p> <p><input type="checkbox"/> Verificar as condições do ambiente cultural da família.</p> <p><input type="checkbox"/> Verificar as informações recolhidas com a família e obter novas informações esclarecedoras, que podem gerar conflitos na dinâmica e no funcionamento familiar.</p> <p><input type="checkbox"/> Alargar contatos a outros núcleos da família alargada quando as medidas a exigirem.</p> <p><input type="checkbox"/> Verificar a veracidade das informações sobre as condições dos enfermos da família.</p>	<input type="checkbox"/> Adequado <input type="checkbox"/> Inadequado	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Adequado <input type="checkbox"/> Inadequado	
MÓDULO III - Fases da visita domiciliar				
ITENS DO QUESTIONÁRIO	APARÊNCIA	PERTINÊNCIA	COMPREENSÃO	SUGESTÃO
<p>21) As fases da visita domiciliar são:</p> <p>(1) Fase de execução da visita ou fase do domicílio: é o momento que deve iniciar com o acolhimento dos membros familiares utilizando a escuta qualificada estabelecendo vínculo do profissional de saúde com a família, procurar tratar as pessoas pelos seus nomes próprios demonstrando respeito e interesse por ela. Realizar as atividades do domicílio previamente proposta na pré-visita.</p>	<input type="checkbox"/> Adequado <input type="checkbox"/> Inadequado	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Adequado <input type="checkbox"/> Inadequado	

<p>(2) Fase da pré-visita: Momento destinado ao planejamento com o objetivo de assegurar a relação terapêutica efetiva entre o profissional de saúde e a família. Nesta fase são definidos os motivos da visita, levantamento prévio das atividades a serem desenvolvidas e o agendamento. Nesta fase também o profissional deverá rever o prontuário da família e fazer os registros com as informações necessárias àquela situação. Também é relevante considerar os cuidados relativos à segurança do visitador.</p> <p>(3) Pós-visita: A documentação e sugestões para futuras visitas devem ser registradas de forma clara, objetiva de modo a propiciar a todos os membros da equipe de saúde informações fidedignas, atualizadas e identificadas por quem as fez, as visitas posteriores podem ser direcionadas a família como um todo ou apenas um membro da família dependendo da avaliação das visitas anteriores.</p> <p>(4) Término da visita: quando os objetivos da visita foram contemplados, que poderá ser em apenas uma visita ou em um conjunto de visitas, dependendo do caso específico. É importante que sejam revistos os pontos abordados na visita de modo a sanar dúvidas e mal entendidos. Uma das finalidades da visita é proporcionar condições para o autocuidado de cada membro da família de acordo com a necessidade de saúde. Assinale abaixo a ordem sequencial das fases da visita domiciliar:</p> <p>() 2, 4, 1, 3. () 4, 1, 3, 2 () 2, 1, 4, 3. () 2, 1, 3, 4. () 4, 1, 2, 3.</p>				
<p>22) NÃO se deve levar em consideração para executar a visita domiciliar:</p> <p>() O tempo disponível do profissional de saúde. () O horário mais adequado para a família () As situações de maior relevância. () As situações de maior potencial de solução de problemas/necessidades de saúde junto à família. () A casa mais perto da unidade de</p>	<p>() Adequado () Inadequado</p>	<p>() Sim () Não</p>	<p>() Adequado () Inadequado</p>	

saúde.				
<p>23) De que forma podemos priorizar as visitas domiciliares? Assinale a resposta INCORRETA:</p> <p>() Levantando os fatores de risco ambientais e sanitários das famílias no território de saúde.</p> <p>() Utilizando a classificação de risco familiar.</p> <p>() Uso de instrumentos para a classificação de prioridade da visita domiciliar.</p> <p>() Identificando os membros familiares cadastrados na Estratégia de Saúde da Família, que necessitam de cuidados de urgência/emergência.</p> <p>() Conhecendo as situações de vulnerabilidade social das famílias nos territórios de saúde.</p>	<p>() Adequado () Inadequado</p>	<p>() Sim () Não</p>	<p>() Adequado () Inadequado</p>	
<p>24) A visita domiciliar realizada pela equipe de saúde da família pode ter diferentes resultados (desfecho), de acordo com a Ficha de Visita Domiciliar (eSUS Atenção Básica), assinale a resposta CORRETA:</p> <p>() Visita realizada, recusada ou ausente por não encontrar morador no domicílio.</p> <p>() Visita recusada ou adiada por mudança de endereço para outra área de abrangência.</p> <p>() Visita ausente por não encontrar morador no domicílio ou realizada por meio de informações do vizinho.</p> <p>() Visita interposta pelo Ministério Público.</p> <p>() Visita recusada pela equipe devido a distância do domicílio.</p>	<p>() Adequado () Inadequado</p>	<p>() Sim () Não</p>	<p>() Adequado () Inadequado</p>	
<p>25) São consideradas dificuldades a serem encontradas pela equipe de saúde da família, na visita domiciliar, EXCETO:</p> <p>() Inexistência do endereço.</p> <p>() Mudança de endereço.</p> <p>() Indisponibilidade da família ou membro familiar para receber o profissional de saúde.</p> <p>() Encontrar a residência vazia.</p> <p>() Muitas pessoas da família no domicílio.</p>	<p>() Adequado () Inadequado</p>	<p>() Sim () Não</p>	<p>() Adequado () Inadequado</p>	
Acolhimento e vínculo relacionados à visita domiciliar				
ITENS DO QUESTIONÁRIO	APARÊNCIA	PERTINÊNCIA	COMPREENSÃO	SUGESTÃO
26) A visita domiciliar realizada pela	() Adequado	() Sim	() Adequado	

<p>equipe de saúde da família NÃO favorece:</p> <p>() O acolhimento e a continuidade ou a redefinição dos projetos terapêuticos dos usuários.</p> <p>() A escuta, o acolhimento e a humanização da atenção à saúde dos usuários.</p> <p>() A humanização do cuidado à família e a ampliação do acesso dos usuários aos serviços de saúde</p> <p>() O vínculo, a proteção familiar e a gratidão pela família.</p> <p>() O vínculo e o acolhimento familiar, não apenas daqueles portadores de agravos mais prevalentes.</p>	<p>()Inadequado</p>	<p>()Não</p>	<p>()Inadequado</p>	
<p>27) O Agente Comunitário de Saúde iniciou suas atividades na unidade saúde da família recém implantada e teve como primeira atividade o reconhecimento do território de saúde, especialmente a sua microárea de atuação. Em seguida iniciou as visitas domiciliares para cadastramento das famílias, favorecendo, EXCETO:</p> <p>() Interação com as famílias.</p> <p>() A obrigatoriedade das famílias de frequentarem a unidade saúde da família, resultando na relação de corresponsabilização pelo cuidado à saúde.</p> <p>() Formação de vínculo com as famílias.</p> <p>() Construção de uma relação de confiança entre o profissional de saúde e os membros familiares.</p> <p>() Maior integração entre as ações desenvolvidas no domicílio e as que ocorrem no interior da unidade saúde da família.</p>	<p>()Adequado ()Inadequado</p>	<p>() Sim () Não</p>	<p>() Adequado () Inadequado</p>	
Ética e postura				
ITENS DO QUESTIONÁRIO	APARÊNCIA	PERTINÊNCIA	COMPREENSÃO	SUGESTÃO
<p>28) Para a prática de visita domiciliar deve-se seguir os fundamentos legais e éticos, EXCETO:</p> <p>() Registro legal profissional</p> <p>() Registro em prontuário</p> <p>() Confidencialidade e sigilo das informações</p> <p>() Ética e postura profissional</p> <p>() Registro por meio de gravação sem autorização prévia.</p>	<p>()Adequado ()Inadequado</p>	<p>() Sim () Não</p>	<p>()Adequado ()Inadequado</p>	
<p>29) O Agente Comunitário de Saúde juntamente com o Técnico de Zoonose do Setor de Vigilância em Saúde tentaram</p>	<p>()Adequado ()Inadequado</p>	<p>() Sim () Não</p>	<p>()Adequado ()Inadequado</p>	

<p>realizar a visita domiciliar a uma família, previamente agendada, para avaliação de presença de roedores na residência. No entanto, houve recusa da família em receber esses profissionais. A família justificou a recusa pelo fato que naquele dia estava em luto pela perda de ente querido (ALVES; SANTOS, 2007). Nesse caso o que poderia ter sido feito para evitar essa situação?</p> <p>() Não explicar sobre o motivo da visita. () Falta de aprazamento para a visita domiciliar. () Levantamento prévio das atividades a serem realizadas durante a visita. () Verificar horário ou condição apropriada para realizar a visita. () Grande número de profissionais adentrando no domicílio de uma única vez.</p>				
<p>30) A visita domiciliar envolve tecnologias leves. Entre as opções abaixo, qual resposta NÃO condiz com a tecnologia leve:</p> <p>() Observação, indicando a atenção aos detalhes dos fatos e relatos apresentados durante a visita. () A entrevista, implicando o diálogo, a comunicação e a negociação em relação ao projeto terapêutico. () O relato oral ou história, espaço onde as pessoas revelam como dão sentido às suas vidas. () Coleta e realização de exames de média e alta complexidade. () O acolhimento e a escuta qualificada sobre as necessidades de saúde da família.</p>	<p>() Adequado () Inadequado</p>	<p>() Sim () Não</p>	<p>() Adequado () Inadequado</p>	

APÊNCIDE B - QUESTIONÁRIO 1

Curso de Graduação:

(1) Graduando de enfermagem

(2) Graduando em fisioterapia

(3) Graduando em medicina

2- Sexo (1) Masculino (2) Feminino

3- Idade: _____ anos. Data de nascimento: ____/____/____

4- Cidade de procedência? _____ UF: _____

5- Concluiu o ensino médio em escola: (1) pública (2) privada

Possui: (1) microcomputador (2) notebook (3) Iped ou Tablet (4) celular

Fez curso de informática? (1) Sim (2) Não

Possui acesso a internet em casa ? (1) Sim (2) Não

Acessa a internet? (1) Sim (2) Não

Onde você costuma acessar a internet com maior frequência?

(1) Em casa (2) Na Universidade (3) Lan house (4) Outros _____

Quantas horas por dia você utiliza a internet? _____ horas

Quais são os principais usos que você faz da internet? :

(1) Lazer (2) Trabalhos e estudos

(3) cursos online ou softwares educacionais (4) Redes sociais (5

)Videogames

Você já fez algum curso a distância? (1) Sim (2) Não

Se afirmativo, qual?

Fez uso do Ambiente Virtual de Aprendizado (AVA) em disciplina na UNIFAL-MG?

(1) Sim (2) Não

15- Você já participou de curso via Website?

(1) Sim (2) Não

16- Você conhece a ferramenta Curso Aberto Massivo Online?

(1) Sim (2) Não

Qual dessas redes sociais você possui?

(1) Facebook (2) WhatsApp (3) Instagram (4) outras _____

18 -Você já realizou alguma visita domiciliar durante o curso?

(1) Sim (2) Não

Se afirmativo, quantas? _____

Em qual (ais) disciplina (as):

19-Em qual período da graduação você realizou a primeira visita domiciliar? _____

20-Você recebeu alguma capacitação para realizá-la?

(1) Sim (2) Não

Se afirmativo, a capacitação foi:

(1) Teórica (2) Prática (3) Teórico-prática

APÊNDICE C – QUESTIONÁRIO 2

Identificação N° do participante no curso: _____

21- Você considera a formatação visual da página da website adequada aos objetivos educacionais propostos pela pesquisa?

(1) inadequado (2) pouco adequado (3) adequado (4) muito adequado

22- Você considera o acesso à página do Website adequado aos objetivos educacionais propostos?

(1) inadequado (2) pouco adequado (3) adequado (4) muito adequado

23- Você considera a navegação na internet adequada aos objetivos educacionais propostos?

(1) inadequado (2) pouco adequado (3) adequado (4) muito adequado

24- Você considera os hipertextos adequados aos objetivos educacionais propostos?

(1) inadequado (2) pouco adequado (3) adequado (4) muito adequado

25- Você considera as imagens adequadas aos objetivos educacionais propostos?

(1) inadequado (2) pouco adequado (3) adequado (4) muito adequado

26- Como você avalia os recursos tecnológicos disponíveis no Curso Aberto Massivo Online sobre a visita domiciliar, na Estratégia de Saúde da Família em relação aos objetivos educacionais propostos?

Item	Inadequado	Pouco adequado	Adequado	Muito adequado
Vídeoaula				
Vídeo de dramatização				
Material de apoio didático.				
Realidade aumentada				
QUIZ				

27- Você considera o tempo disponível para realizar o Curso Aberto Massivo Online?

(1) inadequado (2) pouco adequado (3) adequado (4) muito adequado

28- Qual é a avaliação que você faz do material de apoio didático disponibilizado no Curso Aberto Massivo Online em relação ao tema do cu

(1) inadequado (2) pouco adequado (3) adequado (4) muito adequado

29- Você gostaria de utilizar o Curso Aberto Massivo Online como estratégia de ensino e aprendizagem em outros cursos e disciplinas? .

(1) inadequado (2) pouco adequado (3) adequado (4) muito adequado

30- Após a realização do curso você se sentiu mais apto para realizar visita domiciliar na Estratégia Saúde da Família?

(1) Sim (2) Não

APÊNDICE D- SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DA PRÓ-REITORIA DE GRADUAÇÃO



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
Universidade Federal de Alfenas. UNIFAL-MG
Rua Gabriel Monteiro da Silva, 700 Alfenas/MG - CEP 37130-000
Fone: (35) 3299-1000 Fax: (35) 3299-1063



Alfenas, XX de XXX de 2015.

Prezada Senhora,

Solicitamos à V.S^a. autorização para o DRGCA emitir a lista de alunos regularmente matriculados, no primeiro semestre de 2016, do 1º e 3º período dos cursos de graduação em Enfermagem, Fisioterapia e Medicina, para o cálculo amostral da pesquisa intitulada “Avaliação de Competências de estudantes universitários da área da saúde sobre visita domiciliar utilizando um Curso Aberto Massivo Online”

a ser realizada no Curso de Pós-Graduação Stricto sensu, Mestrado em Enfermagem, pela discente Fernanda Ribeiro Borges, sob a Orientação da Prof^o Dr^a Sueli Leiko Takamatsu Goyatá, da Universidade Federal de Alfenas e Coorientação do Prof. Dr. Cláudio Kirner, da Universidade Federal de Itajubá. Informamos que os Coordenadores dos Cursos de Graduação em Enfermagem, Fisioterapia e Medicina já emitiram parecer favorável à participação dos alunos nessa pesquisa.

Atenciosamente,

Prof^a Dr^a. Sueli Leiko Takamatsu Goyatá
Escola de Enfermagem- UNIFAL-MG

À Sua Senhoria A Senhora

Prof^a Lana Ermelinda da Silva dos Santos

D.D. Pró-Reitora de Graduação da Universidade Federal de Alfenas

APÊNDICE E – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - ESTUDANTE



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
Universidade Federal de Alfenas. UNIFAL-MG
Rua Gabriel Monteiro da Silva, 700 Alfenas/MG - CEP 37130-000
Fone: (35) 3299-1000 Fax: (35) 3299-1063



Título da Pesquisa: Avaliação de Competências de estudantes universitários da área da saúde sobre visita domiciliar utilizando um Curso Aberto Massivo Online.

Pesquisadora: Mestranda em Enfermagem, Fernanda Ribeiro Borges

Orientadora: Prof^a Dr^a Sueli Leiko Takamatsu Goyatá

Coorientador: Prof. Dr. Cláudio Kirner

1- Natureza da pesquisa: *você está sendo convidado (a) a participar, como voluntário, da pesquisa “Avaliação de Competências de estudantes universitários da área da saúde sobre visita domiciliar utilizando um Curso Aberto Massivo Online”. Esse estudo é parte integrante da dissertação de mestrado em enfermagem e tem como objetivo principal avaliar o processo e as estratégias de ensino e aprendizagem sobre visita domiciliar para alunos de graduação em enfermagem, fisioterapia e medicina, com base em uma tecnologia Web, denominada Curso Aberto Massivo Online.*

2- Justificativa: *Com isso, propõe-se oferecer subsídios para a formulação de estratégias de ensino e de aprendizagem, sobre conteúdos de visita domiciliar, utilizando o ambiente virtual de aprendizagem, visando à formação profissional de alunos dos cursos da área da saúde, que utilizam ou venham a utilizar da visita domiciliar às famílias, da estratégia de saúde da família, durante a realização de estágios curriculares. No caso de você concordar em participar, favor assinar ao final do documento.*

3- Participantes da pesquisa: *a população-alvo deste estudo serão os estudantes de graduação em enfermagem, fisioterapia e medicina, do 1º e 3º período da UNIFAL-MG, matriculados no 1º semestre de 2016.*

4- Envolvimento na pesquisa: *ao participar deste estudo você permitirá que a mestranda em enfermagem realize o estudo, sob a supervisão da orientadora desta pesquisa. Você tem a liberdade de se recusar a participar ou retirar seu consentimento, em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma e sem prejuízo. Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com a pesquisadora responsável ou com a instituição. Você receberá uma cópia deste termo, onde consta o telefone e o endereço da pesquisadora principal. Sempre que quiser poderá pedir mais informações sobre a pesquisa por meio do telefone da pesquisadora do projeto e, se necessário, por meio do telefone do Comitê de Ética em Pesquisa.*

5- Sobre as entrevistas: *serão aplicados três questionários: o primeiro sobre a caracterização dos participantes da pesquisa, o segundo sobre o conhecimento e a experiência do participante em ambiente virtual de aprendizagem, seus recursos*

tecnológicos e ao final uma avaliação do curso pelo participante. Será aplicado um questionário sobre a temática antes e após a participação do estudante no curso, com o objetivo de verificarmos a aquisição de conhecimentos. Dados serão também levantados do ambiente virtual de aprendizagem durante a sua participação no curso.

6- Riscos e desconforto: Este estudo não oferece qualquer risco ou desconforto para você. Caso haja algum desconforto durante a sua participação na pesquisa, pedimos que você nos informe para que possamos corrigi-lo. Os procedimentos adotados nesta pesquisa obedecem aos Critérios da Ética em Pesquisa com Seres Humanos conforme a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde. Nenhum dos procedimentos usados oferece riscos à sua dignidade. Este projeto está aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UNIFAL-MG.

7- Confidencialidade: todas as informações coletadas neste estudo são estritamente confidenciais. Asseguramos que você não será identificado(a).

8- Benefícios: esperamos que este estudo resulte em informações importantes sobre o processo e o uso de estratégias educacionais para o ensino e aprendizagem sobre visita domiciliar, na estratégia de saúde da família, via Web para estudantes de graduação em enfermagem, fisioterapia e medicina. Ao concluir o curso, será fornecido um certificado de sua participação emitido pela Pró-Reitoria de Extensão da UNIFAL-MG.

9- Pagamento: você não terá nenhum tipo de despesa para participar desta pesquisa, bem como nada será pago por sua participação.

Após estes esclarecimentos, solicitamos o seu consentimento de forma livre para participar desta pesquisa. Portanto preencha, por favor, os itens que se seguem:

Consentimento Livre e Esclarecido

Tendo em vista os itens acima apresentados, eu, de forma livre e esclarecida, manifesto meu consentimento em participar da pesquisa.

Alfenas, _____ de _____ de 2016.

Nome do participante da pesquisa

Assinatura do participante da pesquisa

Nome da pesquisadora/orientadora

Assinatura da pesquisadora/orientadora

Qualquer dúvida sobre a pesquisa:

Pesquisadora/Orientadora: Sueli Leiko Takamatsu Goyatá

Endereço: Rua Gabriel Monteiro da Silva, 700 Tel: (35)3299.1382

E-mail: ferksborges@yahoo.com.br/sueligoyata@yahoo.com.br

APÊNDICE G -TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO E AUTORIZAÇÃO DE USO DE IMAGEM E VOZ



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
Universidade Federal de Alfenas. UNIFAL-MG
Rua Gabriel Monteiro da Silva, 700 Alfenas/MG - CEP 37130-000
Fone: (35) 3299-1000 Fax: (35) 3299-1063



Título da Pesquisa: Avaliação de Competências de estudantes universitários da área da saúde sobre visita domiciliar utilizando a ferramenta Curso Aberto Massivo Online.

Pesquisadora: Mestranda em Enfermagem, Fernanda Ribeiro Borges

Orientadora: Profª Drª Sueli Leiko Takamatsu Goyatá

Coorientador: Prof. Dr. Cláudio Kirner

1- Natureza da pesquisa: *você está sendo convidado (a) a participar, como voluntário, da pesquisa “Avaliação de Competências de estudantes universitários da área da saúde sobre visita domiciliar utilizando a ferramenta Curso Aberto Massivo Online”. Esse estudo é parte integrante da dissertação de mestrado em enfermagem e tem como objetivo principal avaliar o processo e as estratégias de ensino e aprendizagem sobre visita domiciliar para alunos de graduação em enfermagem, fisioterapia e medicina, com base em uma tecnologia Web, denominada Curso Aberto Massivo Online.*

2- Justificativa: *Com isso, propõe-se oferecer subsídios para a formulação de estratégias de ensino e de aprendizagem, sobre conteúdos de visita domiciliar, utilizando o vídeo de dramatização, visando à formação profissional de alunos dos cursos da área da saúde e também de profissionais de saúde, que utilizam ou venham a utilizar da visita domiciliar, na Estratégia Saúde da Família. No caso de você concordar em participar, favor assinar ao final do documento.*

3- Participantes da pesquisa: *são voluntários para a interpretação de personagens fictícios para o vídeo de dramatização sobre visita domiciliar na Estratégia Saúde da Família.*

4- Envolvimento na pesquisa: *a sua participação na pesquisa refere-se à gravação de imagem e voz para o vídeo de dramatização sobre visita domiciliar na Estratégia Saúde da Família. Você tem a liberdade de se recusar a participar ou retirar seu consentimento, em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma e sem prejuízo. Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com a pesquisadora responsável ou com a instituição. Você receberá uma cópia deste termo, onde consta o telefone e o endereço da pesquisadora principal. Sempre que quiser poderá pedir mais informações sobre a pesquisa por meio do telefone da pesquisadora do projeto e, se necessário, por meio do telefone do Comitê de Ética em Pesquisa.*

5- Sobre as reuniões: serão agendadas reuniões para preparação das gravações em vídeo e datas acordadas entre a pesquisadora, a orientadora e o diretor de filmagem para as gravações nas locações previamente selecionadas.

6- Riscos e desconforto: este estudo oferece risco mínimo ou desconforto para você. Caso haja algum desconforto durante a sua participação nas gravações dos vídeos de dramatização, pedimos que você nos informe para que possamos corrigi-lo. Os procedimentos adotados nesta pesquisa obedecem aos Critérios da Ética em Pesquisa com Seres Humanos conforme a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde. Nenhum dos procedimentos usados oferece riscos à sua dignidade. Este projeto está aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UNIFAL-MG.

7- Benefícios: esperamos que este estudo resulte em informações importantes sobre o processo e o uso de estratégias e tecnologias educacionais para o ensino e aprendizagem sobre visita domiciliar, na Estratégia de Saúde da Família, via Web para estudantes de graduação da área da saúde, como também para profissionais de saúde

8- Autorização do uso de imagem e voz: neste ato e para todos os fins em direitos admitidos, autorizo expressamente a utilização da minha imagem e voz, em caráter definitivo e gratuito, constantes em fotos e filmagens, bem como a edição e montagem, decorrentes da minha participação neste Projeto de Pesquisa. As fotos, imagens e voz poderão ser exibidas nos relatórios parcial e final do referido projeto, na apresentação audiovisual do mesmo, em publicações e divulgações acadêmicas e científicas, assim como, disponibilizadas nos bancos de imagens de instituições públicas de saúde e educação, incluindo a internet.

9- Pagamento: você não terá nenhum tipo de despesa para participar desta pesquisa, bem como nada será pago por sua participação.

Após estes esclarecimentos, solicitamos o seu consentimento de forma livre para participar desta pesquisa e a sua autorização do uso de sua imagem e voz . Portanto preencha, por favor, os itens que se seguem:

Consentimento Livre e Esclarecido e Autorização de Uso de Imagem e Voz

Tendo em vista os itens acima apresentados, eu, de forma livre e esclarecida, manifesto meu consentimento em participar da pesquisa. Por ser esta a expressão de minha vontade, nada terei a reclamar a título de direitos conexos a minha imagem e voz ou qualquer outro.

Alfenas, _____ de _____ de 2016.

Nome do participante da pesquisa

Assinatura do participante da pesquisa

Nome da pesquisadora/orientadora

Assinatura da pesquisadora/orientadora

Qualquer dúvida sobre a pesquisa:

Pesquisadora/Orientadora: Sueli Leiko Takamatsu Goyatá

Endereço: Rua Gabriel Monteiro da Silva, 700 Tel: (35)3299.1382

E-mail: ferksborges@yahoo.com.br/sueligoyata@yahoo.com.br

APÊNDICE H - PARECER COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
ALFENAS



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Avaliação de competências de estudantes universitários da área da saúde sobre visita domiciliar utilizando um Curso Aberto Massivo Online

Pesquisador: SUELI LEIKO TAKAMATSU GOYATÁ

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 45335715.0.0000.5142

Instituição Proponente: UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALFENAS - UNIFAL-MG

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.092.492

Data da Relatoria: 25/06/2015

Apresentação do Projeto:

Trata-se de uma pesquisa quantitativa, quase-experimental, sem grupo controle, do tipo pré e pós-teste (JOHNSON; ONWUEGBUZIE; TURNER, 2007).

A pesquisa quantitativa significa quantificar opiniões e dados, nas formas de coletas e informações, assim como o emprego de recursos e técnicas estatísticas desde as mais simples até o uso de testes mais complexos. O método quantitativo é utilizado no desenvolvimento de pesquisas descritivas, nas quais se procura descobrir e classificar a relação entre as variáveis (PEREIRA, 2008). A pesquisa quase experimental é definida

como: Há manipulação direta ou indireta da variável independente, por exemplo, delineamento com pré e pós teste da variável dependente ou somente com pós teste, realizadas com um único grupo de sujeitos, com variável experimental introduzida após observações sistemáticas da variável dependente (BOLSONI-SILVA, 2007, p1-45).

Será realizado um estudo quase-experimental, pré e pós-teste, conduzido por meio da formulação do problema: o uso da tecnologia MOOC, possibilita a aquisição de competências cognitivas, de habilidades e de atitudes de graduandos de enfermagem, fisioterapia e medicina sobre a visita domiciliar, no contexto da estratégia de saúde da família?. Será realizado em quatro etapas: a) revisão integrativa da literatura sobre a temática

Endereço: Rua Gabriel Monteiro da Silva, 700

Bairro: centro

CEP: 37.130-000

UF: MG

Município: ALFENAS

Telefone: (35)3299-1318

Fax: (35)3299-1318

E-mail: comite.etica@unifal-mg.edu.br

OK Gaselli

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
ALFENAS



Continuação do Parecer: 1.092.492

como subsídio para elaboração do questionário pré e pós-teste, que será submetido à juízes para o seu refinamento; b) construção dos recursos midiáticos por meio do MOOC sobre a temática; c) disponibilização do MOOC via website e d) avaliação de competências adquiridas e do recursos tecnológicos utilizados pelos estudantes .Os cursos em massa (MOOCs)

estão alterando como a educação (ensino tradicional e online) é ensinada, concebida e aproveitada. Os MOOCs podem fornecer às instituições de ensino ou às organizações de grande visibilidade, acesso a um público global de alunos em uma fração do custo da educação tradicional, bem como a capacidade de incluir ou alterar novo conteúdo de curso e reciclar conteúdos mais antigos (ROSINI; PALMISANO; SILVA, 2014).

Metodologia Proposta:

Trata-se de uma pesquisa quantitativa, quase-experimental, sem grupo controle, do tipo pré e pós-teste (JOHNSON; ONWUEGBUZIE; TURNER, 2007). O estudo será realizado durante o período de abril de 2015 a dezembro de 2016, no Laboratório de Epidemiologia e Gestão em Saúde da Escola de Enfermagem (LEGS) e a distância, com a participação de graduandos de enfermagem, fisioterapia e medicina, matriculados no 4º período do segundo semestre letivo de 2015. Adotar-se-á a amostragem aleatória simples, sem reposição, considerando-se 2% de erro amostral e 95% de confiança (BOLFARINE; BUSSAB, 2005). Os critérios de inclusão serão: alunos de enfermagem, medicina e fisioterapia matriculados no 4º período, do segundo semestre letivo de 2015, independente de sexo e idade. Como critérios de exclusão serão: estudantes que mesmo matriculados no 4º período, do segundo semestre de 2015, não estejam disponíveis a participar da pesquisa por licença médica, dependência em outra disciplina do mesmo período que dificulte a sua participação nos horários destinados à realização da pesquisa e aqueles que não aceitarem participar do estudo.

O estudo será realizado em quatro etapas: a) revisão integrativa da literatura (MENDES, SILVEIRA, GALVÃO, 208; WHITTEMORE, KNAFL, 2005) para subsidiar a elaboração do questionário, que será submetido ao refinamento por meio da avaliação de seis juízes. Tal procedimento visa verificar se os itens do instrumento representam o universo do conteúdo e se permitem alcançar os objetivos propostos (RICCIO et al., 1995); b) desenvolvimento de um Curso Massivo Aberto Online (MOOC) sobre a temática "Visita domiciliar na abordagem da estratégia de saúde da família, utilizando um Curso Aberto Massivo Online", que contará com encontros presenciais e tutoria a distância. O

processo de construção do MOOC compreenderá o desenvolvimento e a adaptação das páginas (website), a hospedagem, a inserção do questionário e a incorporação do código de rastreamento

Endereço: Rua Gabriel Monteiro da Silva, 700
Bairro: centro CEP: 37.130-000
UF: MG Município: ALFENAS
Telefone: (35)3299-1318 Fax: (35)3299-1318 E-mail: comite.etica@unifal-mg.edu.br

Q.B. Gaselli

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
ALFENAS



Continuação do Parecer: 1.092.492

por meio do recurso Google Analytics. Serão disponibilizados recursos midiáticos via website, tais como, vídeo, recurso da realidade virtual e aumentada, jogo interativo, wiki e fórum, todos com conteúdos sobre visita domiciliar, na abordagem da estratégia saúde da família; c) será de intervenção em que consistirá na disponibilização do conteúdo interativo sobre a visita domiciliar como recurso de abordagem ao indivíduo, à família e à comunidade, no contexto da Estratégia Saúde da Família, com base na ferramenta MOOC e d) será aplicado o mesmo questionário no pós-teste para os participantes, cujo objetivo será avaliar o grau de competências sobre conhecimentos, habilidades e atitudes para a visita domiciliar, na Estratégia Saúde da Família, após intervenção; o aluno deverá responder o Questionário 2 de avaliação dos recursos midiáticos disponibilizados pelo MOOC. A coleta de dados será realizada no período de 21 de setembro a 05 de dezembro de 2015 durante a realização do curso via Website e após coletados, serão armazenados em banco de dados criado por meio do software SPSS for Windows versão 17.0. O banco de dados será elaborado por dupla digitação para evitar erros de transcrição (TERRA, 2010).

Para a realização da pesquisa foi solicitada autorização da Coordenação do Curso de Graduação em Enfermagem, Fisioterapia e Medicina da UNIFAL-MG para a participação dos acadêmicos (APÊNDICE C). Serão solicitadas também autorização da Pró-Reitora de Graduação e do Reitor da Universidade Federal de Alfenas para acesso à lista de estudantes matriculados no 4º período, do segundo semestre letivo DE 2015, a ser emitido pelo DRGCA (APÊNDICE D e E).

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Avaliar a competência dos estudantes universitários da área da saúde sobre visita domiciliar, na estratégia saúde da família, utilizando um Curso Aberto Massivo Online, como proposta de intervenção, a partir do uso de uma interface multimídia, com conteúdo interativo, promovendo a autonomia do aluno, com base na escolha dos estilos de aprendizagem.

Objetivo Secundário:

- Desenvolver um Curso Aberto Massivo Online sobre visita domiciliar na estratégia saúde da família para estudantes de enfermagem, fisioterapia e medicina. - Caracterizar os participantes da pesquisa em relação aos aspectos socioeconômicos, acesso e uso de tecnologias de informática, conhecimento e participação em cursos de informática, de realidade virtual e aumentada e Curso Aberto Massivo Online. - Mensurar o grau de conhecimento dos estudantes de enfermagem, fisioterapia e medicina acerca da visita domiciliar, na estratégia saúde da família. - Comparar o grau de conhecimento dos estudantes universitários de enfermagem, fisioterapia e medicina acerca da visita domiciliar antes e após o uso do MOOC. - Avaliar o uso e os recursos tecnológicos

Endereço: Rua Gabriel Monteiro da Silva, 700
Bairro: centro **CEP:** 37.130-000
UF: MG **Município:** ALFENAS
Telefone: (35)3299-1318 **Fax:** (35)3299-1318 **E-mail:** comite.etica@unifal-mg.edu.br

Assinatura

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
ALFENAS



Continuação do Parecer: 1.092.492

de um Curso Aberto Massivo Online (MOOC) para o processo de ensino e de aprendizagem sobre visita domiciliar aos estudantes de enfermagem, fisioterapia e medicina. - Avaliar a associação entre as variáveis sexo, idade, possui notebook, microcomputador, lped ou tablete, curso de graduação, tempo de acesso à internet e o grau de conhecimento acerca da visita domiciliar antes e após o uso do MOOC.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Os benefícios superam os riscos, atentando para o risco mínimo de desconforto, a possibilidade de correção.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisa inovadora, proporcionará a avaliação de uma nova metodologia para o ensino de visita domiciliar, com certificação para o aluno.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Termos de Anuência Coord. Enfermagem, Fisioterapia e Medicina presentes.

Folha de rosto presente e assinada.

TCLE presente e adequado.

Cronograma atualizado e dentro do prazo.

Recomendações:

Recomendo sua aprovação.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Sem pendências.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

O colegiado do CEP acata o parecer do relator.

Endereço: Rua Gabriel Monteiro da Silva, 700
Bairro: centro **CEP:** 37.130-000
UF: MG **Município:** ALFENAS
Telefone: (35)3299-1318 **Fax:** (35)3299-1318 **E-mail:** comite.etica@unifal-mg.edu.br

Olé Grasselli

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
ALFENAS



Continuação do Parecer: 1.092.492

ALFENAS, 03 de Junho de 2015

Assinado por:
Cristiane da Silva Marciano Grasselli
(Coordenador)

Endereço: Rua Gabriel Monteiro da Silva, 700
Bairro: centro **Município:** ALFENAS **CEP:** 37.130-000
UF: MG
Telefone: (35)3299-1318 **Fax:** (35)3299-1318 **E-mail:** comite.etica@unifal-mg.edu.br

APÊNDICE I - MATERIAL DE APOIO DIDÁTICO

VISITA DOMICILIAR NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

Módulo 1

Abordagem Familiar



Alfenas, 2016

SUMÁRIO

1	CONCEITO DE FAMÍLIA.....	03
2	TIPOS DE FAMÍLIA.....	04
3	FUNCÕES DA FAMÍLIA.....	05
4	FERRAMENTAS DE ABORDAGEM FAMILIAR....	06
4.1	Genograma.....	07
4.1.1	<i>Regras para elaboração do genograma.....</i>	08
4.1.2	<i>Símbolos e siglas utilizadas no genograma.....</i>	09
4.1.3	<i>Quando construir o genograma.....</i>	10
4.2	Ecomapa.....	10
4.3	Firo.....	11
4.4	Practice.....	11
4.5	Apgar familiar.....	13
4.6	Sistema e-SUS da Atenção Básica.....	14
4.6.1	<i>Ficha de Cadastro Domiciliar e Cadastro Individual do e-SUS da Atenção básica.....</i>	15
4.6.2	<i>Ficha de Atendimento Individual do e-SUS da Atenção Básica.....</i>	17
4.6.3	<i>Ficha de Visita Domiciliar do e-SUS da Atenção Básica.....</i>	17
4.6.4	<i>Motivos da Visita Domiciliar.....</i>	19
4.6.5	<i>Desfecho da Ficha de Visita Domiciliar.....</i>	20
5	MUDANÇAS, ADAPTAÇÕES E ESTÁGIOS DO CICLO DE VIDA.....	20
6	CLASSIFICAÇÃO DE RISCO FAMILIAR.....	22
	REFERÊNCIAS.....	28

Iniciaremos o nosso estudo conhecendo um pouco mais sobre a família. O tema família é um daqueles sobre os quais todas as pessoas têm uma opinião. A família é representada, como grupo de pessoas aparentadas, que vivem, em geral, na mesma casa, particularmente o pai, a mãe e os filhos. Da mesma forma, pode significar pessoas unidas por laços de parentesco, linhagem, ascendência, estirpe, sangue e por adoção. Identificam um grupo familiar como:



- Espaço de apoio à sobrevivência e proteção integral dos filhos e demais membros.
- Espaço dos extremos da vida: do nascimento à morte, vivência das emoções e dos afetos extremos.
- Espaço de conflito e de negociação, onde os sujeitos aprendem a viver saudavelmente em sociedade.
- Espaço de disponibilização de aportes afetivos e materiais necessários ao desenvolvimento e bem-estar de seus componentes.
- Espaço de educação informal e apoio à educação formal, podendo haver ou não absorção de valores éticos e humanitários e aprofundamento de laços de solidariedade (PRADO, 1986).

Podemos ainda conceituar família como sendo:



Conjunto de pessoas ligadas por laços de parentesco, dependência doméstica ou normas de convivência, que residem na mesma unidade domiciliar. Inclui empregado (a) doméstico (a) que reside no domicílio, pensionistas e agregados (BRASIL, 1998).

2 TIPOS DE FAMÍLIA

Os tipos de família estão em permanente processo de mudança e transformação. Além do mais, cada família vai ter sua particularidade pautada por sua história, suas relações, seus valores e as características dos seus membros; além do contexto social e cultural em que vive. Existem diversos tipos de família, porém, encontram-se principalmente os seguintes tipos:



Um dos tipos de família mais encontrado é a Família Nuclear.



Família nuclear, conjugal ou elementar: pai, mãe e filhos nascidos dessa união; os irmãos, filhos do mesmo pai e da mesma mãe, habitando o mesmo espaço e tendo sua união reconhecida pelos demais membros da comunidade



Família composta: compreende o conjunto de cônjuges e de seus filhos na sociedade poligâmica, sob duas modalidades: a poliginia (um homem com mais de uma esposa) ou a poliandria (uma mulher com vários maridos).



Família extensa: rede familiar ligando consanguíneos, aliados e descendentes, ao longo de pelo menos três gerações, correspondendo, em geral, a uma unidade doméstica (propriedade da terra e das habitações).



Família Monoparental: Composta por apenas um dos seus progenitores: pai ou mãe. Os motivos que possibilitam essa estrutura são diversos. Englobam causas circunstanciais como falecimento, abandono, divórcio ou ainda a decisão.

3 FUNÇÕES DA FAMÍLIA

A família também possui funções. O papel da família é oferecer um campo de treinamento seguro, no qual as crianças possam aprender a ser mais humanas, a amar, a formar sua personalidade e a relacionar-se com a sociedade da qual e para a qual nascem. Essas funções refletem a grande importância que a família adquiriu, como o primeiro grupo social da qual fazemos parte e que será responsável por nossa formação individual e social. Para tanto, identificam-se algumas funções da família:

Sexual: atendimento das necessidades sexuais tornadas lícitas a partir da institucionalização de uma união ou casamento, que visa a estabelecer um pai legal para os filhos.

Reprodutiva: perpetuação da família e da sociedade a partir da descendência.

Econômica: garantia do sustento e proteção da prole, estabelecendo a participação dos pais e a divisão e organização do trabalho entre os mesmos.

•**Socializadora/educativa:** transmissão de um conjunto de hábitos, costumes e valores e o cuidado com as crianças, reconhecidos universalmente como de extrema importância e de responsabilidade da família. (CHAPADEIRO; ANDRADE; ARAÚJO, 2012).

Saiba mais »

A família assume, como instituição educadora, duas funções especiais: a socializadora e a de identificação social. A primeira está destinada a transmitir a herança sociocultural, ou seja, fornecer aos indivíduos, em seus primeiros anos de vida, elementos como língua, costumes, valores e crenças, construindo nas crianças e, posteriormente, nos jovens os comportamentos legítimos e esperados para o ingresso na sociedade.

Já a identificação social proporciona aos indivíduos a conquista de determinada posição social ou status. (CHAPADEIRO; ANDRADE; ARAÚJO, 2012)

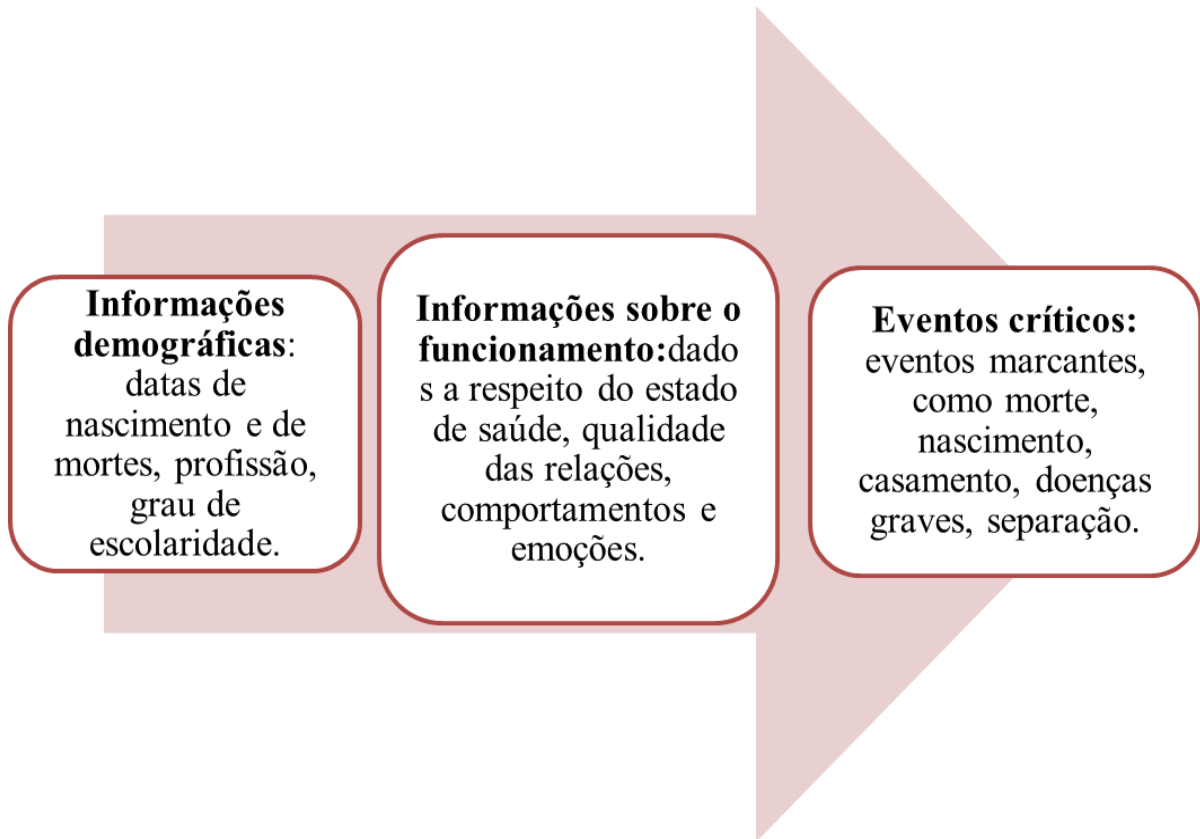
4 FERRAMENTAS DE ABORDAGEM FAMILIAR

Existem ferramentas que nos auxiliam na abordagem familiar, e têm por finalidade a representação gráfica da estrutura familiar e a abordagem diagnóstica, sendo aplicadas segundo as necessidades apresentadas pelas famílias. Veja logo abaixo as ferramentas mais utilizadas:

4.1 Genograma

O genograma é uma ferramenta de representação gráfica da família. Nele são representados os diferentes membros da família, o padrão de relacionamento entre eles e as suas principais morbidades. Podem ser acrescentados dados como ocupação, hábitos, grau de escolaridade, de acordo com o objetivo do profissional e dados relevantes da família. Enfim, é um diagrama em que está representada a estrutura familiar.

No genograma devem ser registrados três tipos de informações:



4.1.1 Regras para elaboração do Genograma

Para podermos construir um genograma, temos que seguir algumas regras. O genograma possui **elementos estruturais** que trazem as informações relativas à composição familiar, data de nascimento, grau de escolaridade, ocupação, hábitos, doenças, mortes, separações etc. E os **elementos funcionais** mostram a dinâmica funcional da família. É preciso observar regras básicas na construção do genograma, como:



- ✓ Utilizar simbologia padrão, utilizando símbolos e siglas.
- ✓ Representar pelo menos três gerações.
- ✓ Iniciar com a representação do casal e seus filhos.
- ✓ Indicar o ciclo vital da família.
- ✓ Indicar os fatores estressores, como doenças e condições.
- ✓ Obedecer à cronologia de idade, dos mais velhos para os mais novos.

4.1.2 Símbolos e Siglas utilizados no Genograma

As figuras, os símbolos e as siglas representam as pessoas e as linhas, as relações (Figura 1).

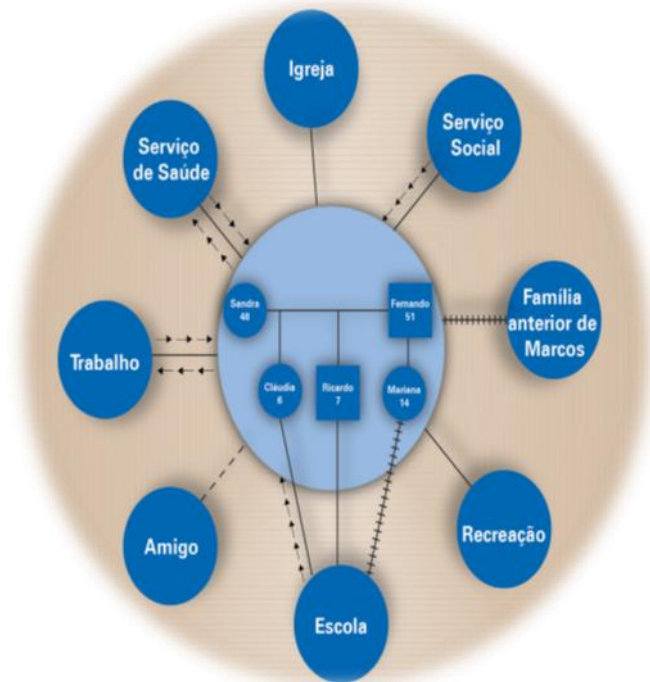
Siglas das patologias ou condições mais frequentes				Símbolos do Genograma			
Hipertensão arterial	HA	Deficiência mental	DEF.MENT.	Cliente entrevistado		Ligação sanguínea	
Diabete	DIA	Deficiência	DEFMULT.	Homem		Ligação não sanguínea	
Hanseníase	HAN	Gestante alto risco	GAR	Mulher		Ligação distante	
Tuberculose	TB	Idoso frágil	ID.FRAG.	Gravidez		Ligação próxima	
HIV	HIV	Recém-nascido	RN	Aborto		Ligação estreita	
AIDS	AIDS	Prematuro	RNPT	Óbito		Separação	
Uso de substâncias lícitas ou ilícitas / Drogas	DROG	Baixo peso	RNBP	Casal com filhos		Ligação conflituosa	
Alcoolismo	ALC	Anemia	ANE	Gêmeos		Adoção para dentro da família	
Transtorno mental	TME	Ostomia	OST	Gêmeos idênticos		Adoção para fora da família	
Câncer	CA	Tabagismo	TAB	Linha contínua, indicando indivíduos que vivem juntos			
Doença / Acidente do trabalho	DAT	História de câncer bucal	HCAB				
Desnutrição	DESN	Atividade de	ADB				
Obesidade	OBES	Fluorose moderada / severa	FL				
Atraso desenvolvimento neuropsicomotor	ATDNPM	Hábitos bucais nocivos (especifici-	HBN				
Asma	ASM		FAVB				
Hipotireoidismo	HIPOT						
Deficiência física	DEFIS						
Deficiência auditiva	DEFAUD						
Deficiência visual	DEFVIS						

4.1.3 Quando construir o Genograma?

Como toda ferramenta, o genograma também tem sua aplicabilidade. Pode ser utilizado por todos os membros da equipe, mas não deve ser feito como uma tarefa sem objetivo. As situações indicadas para sua utilização são: Utilização excessiva dos serviços de saúde, isolamento, doença crônica, situações de risco familiar, violência doméstica, mudanças do ciclo de vida, resistência ao tratamento.

4.2 Ecomapa

Quando elaboramos a rede social da família, estamos fazendo o ECOMAPA, que é o desenho complementar ao genograma, na compreensão da composição e estrutura relacional intrafamiliar e a relação com o meio que a cerca. Ao construir o ecomapa, é necessário colocar todos os suportes da família: trabalho, igreja, grupos comunitários, clubes, vizinhança e outros que a família cite como estrutura de apoio. Uma família que tem poucas conexões com a comunidade e entre seus membros necessita de mais investimentos da equipe de Saúde da Família. As linhas indicam o tipo de conexão: linhas contínuas representam ligações fortes; linhas pontilhadas, ligações frágeis; linhas com barras, aspectos estressantes. As setas significam energia e fluxo de recursos. Ausência de linhas significa ausência de conexão.



4.3 FIRO

(Fundamental Interpersonal Relations Orientations) Orientações Fundamentais nas Relações Interpessoais

As “Orientações Fundamentais nas Relações Interpessoais” procuram avaliar os sentimentos de membros da família, na vivência das relações do cotidiano (CHAPADEIRO; ANDRADE; ARAÚJO, 2012).

- o F.I.R.O. é um instrumento de análise da família a partir das dimensões de **Inclusão**, **Controle** e **Intimidade**, fornecendo condições para se perceber os significados dos diferentes processos de interação que ocorrem no grupo em estudo, auxiliando no planejamento da abordagem familiar.

4.4 P.R.A.C.T.I.C.E

Problema, Papéis, Afeto, Comunicação, Tempo, Doença, Lida, Ecologia, apresentada a seguir.

P	<i>Presenting problem</i>	Problema	Permite que equipe conheça o problema da família e o que os diferentes membros da família pensam e sentem a respeito do fato.
R	<i>Roles and structure</i>	Papéis e estrutura	Permite conhecer quais os papéis de cada membro da família e como se desempenham.
A	<i>Affect</i>	Afeto	Como se dá a troca de afeto dentro da família, e como isso afeta, positiva ou negativamente, a resolução do problema.
C	<i>Communication</i>	Comunicação	Como é feita a comunicação verbal e não-verbal no contexto da família.
T	<i>Time of life cycle</i>	Tempo	Procura correlacionar o problema apresentado com os papéis esperados dentro do ciclo de vida da família, procurando verificar onde está situada a dificuldade.
I	<i>Illness in family</i>	Doenças na família, passadas ou presentes	Nesta parte resgatam-se as doenças vividas anteriormente pela família, como foi feito o cuidado, buscando valorizar as atitudes de cada membro da família, demonstrando a importância do suporte familiar no cuidado de um membro da família.
C	<i>Coping with estresse</i>	Lidando com o estresse	Procura identificar os recursos utilizados pela família para lidar com situações anteriores de estresse e como utilizar estes recursos para enfrentar a crise presente.
E	<i>Ecology</i>	Ecologia	Procura conhecer os suportes externos que possam apoiar a família nesta situação atual - igreja, vizinhos, enfim, a rede social de apoio, além dos aspectos estruturais, como saneamento, renda, grau de escolaridade, moradia, transporte.

Figura 2 – Estrutura do P.R.A.C.T.I.C.E.

É um instrumento que permite a avaliação do funcionamento das famílias. Esse instrumento facilita a coleta de informações e entendimento do problema, seja ele de ordem clínica, comportamental ou relacional, assim como a elaboração de avaliação e construção de intervenção, com dados colhidos com a família, facilitando o desenvolvimento da avaliação familiar (CHAPADEIRO; ANDRADE; ARAÚJO, 2012).

4.5 A.P.G.A.R Familiar

(Adaptation, Partnership, Growth, Affection, Resolve)
Adaptação, Participação, Crescimento, Afeição, Resolução

Reflete a satisfação de cada membro da família, representado pela sigla APGAR. A avaliação é feita por meio de um questionário de cinco perguntas, que serão pontuadas depois. Os diferentes índices de cada membro devem ser comparados para se avaliar o estado funcional da família. A partir da aplicação do questionário e da avaliação do quadro familiar, pode-se desenhar um plano terapêutico desenvolvido pelos profissionais de saúde.

Questionário APGAR

- 1) Estou satisfeito com a atenção que recebo da minha família quando algo está me incomodando?
- 2) Estou satisfeito com a maneira com que minha família discute as questões de interesse comum e compartilha comigo a resolução dos problemas?
- 3) Sinto que minha família aceita meus desejos de iniciar novas atividades ou de realizar mudanças no meu estilo de vida?
- 4) Estou satisfeito com a maneira com que minha família expressa afeição e reage em relação aos meus sentimentos de raiva, tristeza e amor?
- 5) Estou satisfeito com a maneira com que eu e minha família passamos o tempo juntos?

Para cada pergunta, pontuar da seguinte forma:

Quase sempre: 2 pontos; às vezes: 1 ponto; raramente: zero.
(CHAPADEIRO; ANDRADE; ARAÚJO, 2012).

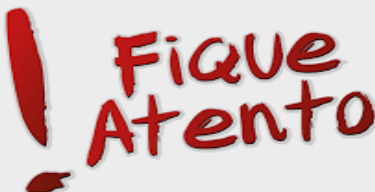
4.6 Sistema e-SUS da Atenção Básica

Também temos como abordagem familiar o Sistema e-SUS da Atenção Básica, que surgiu para reestruturar o Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), com o objetivo de melhorar a qualidade da informação em saúde e de otimizar o uso dessas informações pelos gestores, profissionais de saúde e cidadãos (BRASIL, 2014).

O e-SUS possui as seguintes fichas em seu sistema:

- Ficha de atividades coletivas
- Ficha de procedimentos
- Ficha de atendimento odontológico individual

E AQUELAS QUE SÃO PREENCHIDAS EM DOMICÍLIO:



- Ficha de Cadastro Individual
- Ficha de Cadastro Domiciliar
- Ficha de Atendimento Individual
- Ficha de Visita Domiciliar

Cadastro da Atenção Básica	<ul style="list-style-type: none"> •Cadastro domiciliar •Cadastro individual
ACS / ACE	<ul style="list-style-type: none"> •Visita domiciliar •Atividade Coletiva
Atendimento nível superior	<ul style="list-style-type: none"> •Atendimento individual •Atendimento odontológico
Atendimento de nível médio e superior	<ul style="list-style-type: none"> •Procedimentos •Atendimento odontológico •Atividade coletiva

Figura 3- Distribuição da Ficha e-SUS.

4.6.1 Ficha de Cadastro Domiciliar e Cadastro Individual do e-SUS da Atenção Básica

O cadastro da Atenção Básica complementa as informações com o objetivo de apoiar as equipes de Atenção Básica no mapeamento das características sociais, econômicas e de saúde da população adstrita ao território sob sua responsabilidade.

O cadastramento e sua atualização periódica são atribuições dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) nas equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF). O cadastro da AB está organizado em duas dimensões: **domiciliar e individual.**

- ☉ **A ficha de cadastro domiciliar** é utilizada para registrar as características socio sanitárias dos domicílios no território das equipes de Atenção Básica. Por meio desta ficha, é possível registrar também contextos de populações situadas em locais que não podem ser considerados domicílio, por exemplo, situação de rua, mas que devem ser monitoradas pela equipe de saúde.

- ☉ **A ficha de cadastro individual** é utilizada para registrar as características sociodemográficas, problemas e condições de saúde dos usuários no território das equipes de Atenção Básica. Seu objetivo é captar informações sobre os usuários que se encontram adscritos no território da equipe de Atenção Básica. É composto por duas partes: informações de identificação/sociodemográficas e condições de saúde auto referidas pelo usuário (BRASIL, 2014).

e-SUS Atenção Básica	CADASTRO DOMICILIAR	DIGITADO POR:	DATA: / /
		CONFERIDO:	FOLHA:

Nº DO CARTÃO SUS DO PROFISSIONAL*	Cód. CNES UNIDADE*	Cód. EQUIPE (NE)*	MICROÁREA	DATA:*/ /
-----------------------------------	--------------------	-------------------	-----------	-----------

ENDEREÇO / LOCAL DE PERMANÊNCIA		NOME DO LOGRADOURO:*		Nº:*
TIPO DE LOGRADOURO:		COMPLEMENTO:		BAIRRO:*
MUNICÍPIO:*			UF:*	CEP:*

TELEFONES PARA CONTATO	
TELEFONE RESIDENCIAL: ()	TELEFONE DE REFERÊNCIA: ()

CONDIÇÕES DE MORADIA	
SITUAÇÃO DE MORADIA / POSSE DA TERRA*	LOCALIZAÇÃO*
<input type="radio"/> Próprio <input type="radio"/> Financiada <input type="radio"/> Alugada <input type="radio"/> Arrendada <input type="radio"/> Cedida <input type="radio"/> Ocupação <input type="radio"/> Situação de Rua <input type="radio"/> Outra	<input type="radio"/> Urbana <input type="radio"/> Rural

TIPO DE DOMICÍLIO <input type="radio"/> Casa <input type="radio"/> Apartamento <input type="radio"/> Cômodo <input type="radio"/> Outro	EM CASO DE ÁREA DE PRODUÇÃO RURAL: Condição de Posse e Uso da Terra <input type="radio"/> Proprietário <input type="radio"/> Parcelado(a) / Meiro(a) <input type="radio"/> Assentado(a) <input type="radio"/> Possessor <input type="radio"/> Arrendatário(a) <input type="radio"/> Comodatário(a) <input type="radio"/> Benefetário(a) do Banco da Terra <input type="radio"/> Não se aplica
--	---

Nº de Moradores: _____ Nº de Cômodos: _____	MATERIAL PREDOMINANTE NA CONSTRUÇÃO DAS PAREDES EXTERNAS DE SEU DOMICÍLIO Alvenaria/Tijolo: <input type="radio"/> Com Revestimento <input type="radio"/> Sem Revestimento <input type="radio"/> Tijolo <input type="radio"/> Com Revestimento <input type="radio"/> Sem Revestimento <input type="radio"/> Outros: <input type="radio"/> Madeira Apainhada <input type="radio"/> Palha <input type="radio"/> Material Aproveitado <input type="radio"/> Outro Material
---	---

TIPO DE ACESSO AO DOMICÍLIO <input type="radio"/> Pavimento <input type="radio"/> Calço Batido <input type="radio"/> Fluvial <input type="radio"/> Outro	ASABASTECIMENTO DE ÁGUA <input type="radio"/> Rede Encanada até o Domicílio <input type="radio"/> Poço / Nascente no Domicílio <input type="radio"/> Sistema <input type="radio"/> Camo Pipa <input type="radio"/> Outro
---	--

Disponibilidade de Energia Elétrica? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não	TRATAMENTO DE ÁGUA NO DOMICÍLIO <input type="radio"/> Filtração <input type="radio"/> Fervura <input type="radio"/> Cloração <input type="radio"/> Sem Tratamento
--	--

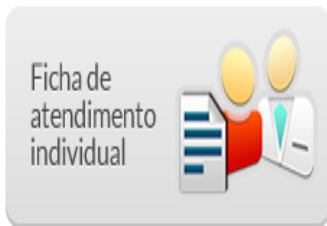
FORMA DE ESCOAMENTO DO BANHEIRO OU SANITÁRIO <input type="radio"/> Rede Coletora de Esgoto ou Fluvial <input type="radio"/> Fossa Sêptica <input type="radio"/> Fossa Rudimentar <input type="radio"/> Direto para um Rio, Lago ou Mar <input type="radio"/> Céu Aberto <input type="radio"/> Outra Forma	DESTINO DO LIXO <input type="radio"/> Coletado <input type="radio"/> Queimado/Enterrado <input type="radio"/> Céu Aberto <input type="radio"/> Outro
---	---

ANIMAIS NO DOMICÍLIO? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não	QUAIS(S)? <input type="checkbox"/> Gato <input type="checkbox"/> Cachorro <input type="checkbox"/> Pássaro <input type="checkbox"/> De Criação (porco, galinha...) <input type="checkbox"/> Outros
--	---

FAMÍLIAS						
Nº FRONTUÁRIO FAMILIAR	Nº CARTÃO SUS DO RESPONSÁVEL	DATA DE NASCIMENTO DO RESPONSÁVEL	RENDA FAMILIAR (SAL. MÍNIMO)	NÚMERO DE MEMBROS DA FAMÍLIA	RESIDE DESDE (MÊS) (ANO)	MUDOU-SE
						<input type="checkbox"/>
						<input type="checkbox"/>
						<input type="checkbox"/>
						<input type="checkbox"/>

TERMO DE RECUSA DO CADASTRO DOMICILIAR DA ATENÇÃO BÁSICA	
Eu, _____ portador do RG nº _____, gozando de plena consciência dos meus atos, recuso este cadastro, mesmo que isso facilite o acompanhamento a minha saúde e de meus familiares. Estou ciente de que esse recusa não implicará no não atendimento na unidade de saúde.	
Assinatura _____	

4.6.2 Ficha de Atendimento Individual do e-SUS da Atenção Básica



É um instrumento de coleta de dados dos atendimentos realizados por determinado profissional. Os profissionais que utilizam essa ficha são os de nível superior da equipe de Atenção Básica, do NASF (Núcleo de Apoio à Saúde da Família), do Consultório na Rua e Equipes de Saúde no Sistema Prisional (ESP), com exceção do cirurgião-dentista, cuja ficha será própria (BRASIL, 2014).

4.6.3 Ficha de Visita Domiciliar do e-SUS da Atenção Básica



A ficha de visita domiciliar tem como objetivo principal registrar a atividade de visita nos domicílios ao usuário e sua família, que se encontra adstrito no território de atenção da equipe da unidade básica de saúde. Os profissionais que utilizam esta ficha são o Agente Comunitário de Saúde (ACS) e o Agente de Combate às Endemias (ACE).

4.6.4 Motivos da Visita Domiciliar

A ficha do e-SUS traz os motivos para a realização da visita e estão organizados de forma a facilitar o registro pelo ACS, podendo este, quando necessário, marcar mais de uma opção (BRASIL, 2014).



OS MOTIVOS DA VISITA PODEM SER:

+ Cadastramento/Atu

+ Visita Periódica

+ Busca Ativa para: Consulta, Exame, Vacina, Condicionalidades do Bolsa Família

+ Acompanhamento de:

Gestante/Puérpera/Recém-nascido/Criança

Pessoa com desnutrição

Pessoa em reabilitação ou com deficiência

Pessoa com Hipertensão/Pessoa com Diabetes

Pessoa com Asma/Pessoa com DPOC/Enfisema

Pessoa com Câncer

Pessoas com outras Doenças Crônicas

Pessoa com Hanseníase/Pessoa com Tuberculose

Sintomáticos Respiratórios/Tabagistas

Domiciliados/Acamados

Condições de vulnerabilidade social

Saúde Mental

Usuário de Álcool /Usuário de outras drogas

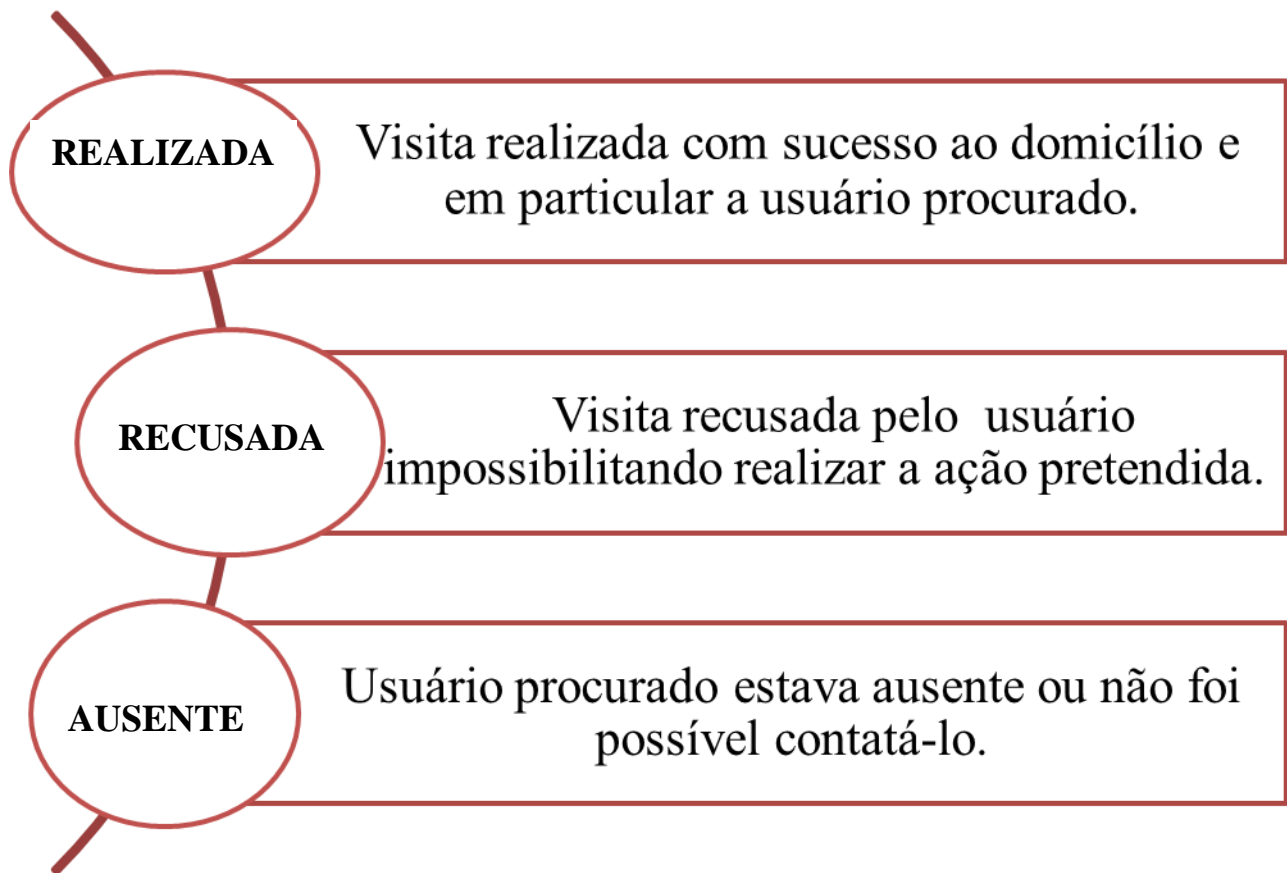
+ Egresso de internação

+ Controle de Ambientes/Vetores

+ Convite de atividades coletivas/Campanha de saúde

+ Orientação/Prevenção

Ainda na Ficha de Visita Domiciliar, no último bloco, pede pra informar o desfecho da visita, que poderá ser (BRASIL, 2014):



5 MUDANÇAS, ADAPTAÇÕES E ESTÁGIOS DO CICLO DE VIDA

A família também passa por várias mudanças. Essas mudanças ocorrem nos ciclos e são marcadas por eventos que transformam a estrutura da família com novas tarefas a serem cumpridas em cada etapa. Os estágios do ciclo de vida familiar estão listados a seguir:

Estágios do Ciclo de Vida

Estágio 1: Jovens adultos solteiros saindo de casa



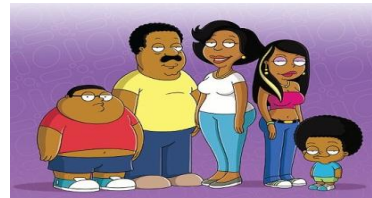
Estágio 2: A união no casamento - a nova Família



Estágio 3: A família com crianças pequenas



Estágio 4: As famílias com filhos adolescentes



Estágio 5: Lançando os filhos e seguindo em frente – família constituída por casais de meia idade



Estágio 6: Famílias no estágio tardio da vida – família com casais em fase de envelhecimento



6 CLASSIFICAÇÃO DE RISCO FAMILIAR

Outra ferramenta que utilizamos é a Classificação de Risco Familiar. Essa ferramenta surge com uma proposta a fim de identificar fatores de risco que justifiquem a priorização do atendimento, auxilia também no planejamento das visitas domiciliares. As classificações por grau de risco feita pela equipe a partir dos dados coletados podem ser: SEM RISCO, BAIXO RISCO, MÉDIO RISCO e ALTO RISCO (BRASIL, 2009).



Para a classificação são analisados dois fatores: os socioeconômicos e a presença de condições ou patologias.

Fatores socioeconômicos:

a) Alfabetização do chefe da família: É considerada de risco a família cujo chefe não é alfabetizado, ou seja, não sabe ler e não sabe escrever nem mesmo um bilhete simples.

b) Renda familiar: É considerada de risco a família em situação de extrema pobreza, ou seja, que tem renda *per capita* mensal de até R\$ 60,00 (sessenta reais), tendo elas filhos ou não .

c) Abastecimento de água: É considerada de risco a família cujo domicílio não tem abastecimento de água adequado, ou seja, não existe rede pública de abastecimento e a água é proveniente de poços, cisternas, nascentes naturais ou outras.

Pontuação

► Nenhum dos fatores de risco acima = 0 ponto

- ▶ Presença de um dos fatores de risco acima = 1 ponto
- ▶ Presença de dois fatores de risco acima = 2 pontos
- ▶ Presença de três fatores de risco acima = 3 pontos

Presença de condições ou patologias prioritárias: é considerada de risco a família em que um ou mais de seus integrantes apresentarem uma das seguintes condições ou patologias por ciclo de vida.

a) Crianças com situações de risco:

- Baixo peso ao nascer, prematuridade, desnutrição grave;
- Triagem neonatal positiva para hipotireoidismo, fenilcetonúria, anemia falciforme ou fibrose cística; doenças de transmissão vertical: toxoplasmose, sífilis, Aids;
- Intercorrências importantes, no período neonatal, notificadas na alta hospitalar;
- Crescimento / desenvolvimento inadequados; evolução desfavorável de qualquer doença.

b) Adolescentes de Alto Risco:

- Doenças sexualmente transmissíveis ou Aids; gravidez precoce não planejada;
- Transtornos alimentares: bulimia e anorexia;
- Uso/abuso de substâncias lícitas ou ilícitas (com destaque ao uso do tabaco e do álcool);
- Vítimas de exploração sexual ou que tenham sofrido abuso sexual;
 - Quadros de depressão; transtornos mentais e/ou risco de suicídio;
- Fuga frequente de casa ou moradores de rua.

c) Adultos com Risco Cardiovascular Alto ou Muito Alto:

- Grupo de risco alto: portadores de HA grau 1 ou 2, com 3 mais fatores de risco; ou portadores de HA grau 3, sem fatores de risco;

- Grupo de risco muito alto: portadores de HA grau 3, que possuem 1 ou mais fatores de risco; ou portadores de HA com doença cardiovascular ou renal manifesta.

d) Adultos com Risco para Diabetes:

- Não-usuários de insulina, com hipertensão;
- Usuários de insulina.

e) Adultos com Alto Risco para Tuberculose:

- Usuários com antecedentes ou evidências clínicas de hepatopatia aguda ou crônica;
- Doente de aids ou soro positivo para o HIV;
- Antecedentes ou evidências clínicas de nefropatias;
- Suspeita de tuberculose multidrogarresistente;
- Tuberculose extrapulmonar (principalmente meningite tuberculose);
- Pacientes em retratamento por abandono, recidiva e falência.

f) Adulto com Alto Risco para Hanseníase:

- Surtos reacionais repetitivos;
- Relato de reações adversas aos medicamentos;
- Presença de sequelas nos olhos, nariz, mãos e pés.

g) Adultos com Risco Grave para Saúde Mental:

- Usuários com transtornos mentais graves e persistentes;
- Uso prejudicial de álcool e outras drogas;
- Egressos de serviços de saúde mental.

h) Gestantes de Alto Risco:

- Dependência de drogas lícitas e ilícitas;
- Morte perinatal anterior; abortamento habitual;
- Esterilidade/ infertilidade;
- Desvio quanto ao crescimento uterino, número de fetos e volume de líquido amniótico;
- Trabalho de parto prematuro e gravidez prolongada;

- Pré-eclâmpsia e eclâmpsia; diabetes gestacional; amniorrexe prematura;
- Hemorragias da gestação; isoimunização; óbito fetal;
- Hipertensão arterial; cardiopatias; pneumopatias;
 - Nefropatias; endocrinopatias; hemopatias; epilepsia;
- Doenças infecciosas; doenças autoimunes; ginecopatias.

i) Idoso com Alto Risco / Idoso Frágil:

- Idosos com ≥ 80 anos
- Idosos com ≥ 60 anos apresentando: polipatologias (≥ 5 diagnósticos); polifarmácia (≥ 5 drogas/dia); imobilidade parcial ou total; incontinência urinária ou fecal; instabilidade postural (quedas de repetição); incapacidade cognitiva (declínio cognitivo, síndrome demencial, depressão, delirium); histórico de internações frequentes e/ou no período de pós -alta hospitalar; dependência nas atividades de vida diária básica - AVD; insuficiência familiar: idosos que moram sós ou estão institucionalizados.

j) Outras condições ou patologias definidas como prioritárias pela equipe de saúde.

Pontuação

- ▶ Nenhum dos componentes tem alguma condição ou patologia = 0 ponto
- ▶ Apenas 1 dos componentes tem 1 patologia ou condição = 1 ponto
- ▶ 2 ou mais componentes têm 1 patologia ou condição = 2 pontos
- ▶ 1 ou mais componentes têm concomitantemente 2 ou mais condições ou patologias = 3 pontos



Vejam pelo exemplo abaixo como se faz a Classificação de Risco Familiar

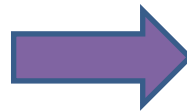
A família do Sr. José reside no bairro Pedreira, a casa possui três quartos, uma sala, uma cozinha, um banheiro e uma varanda. Está localizada em uma rua sem pavimentação. O

lixo é coletado três vezes por semana no bairro e a água utilizada é da empresa EMBASA. Residem na mesma casa o casal, uma filha e uma neta, ao todo quatro pessoas. A renda familiar é a aposentadoria do Sr. José, ou seja, oitocentos e oitenta reais. O Sr. José possui **81 anos** e sua esposa 70. Ambos são **analfabetos e portadores de Hipertensão Arterial. A esposa também é portadora de Diabetes e usuária de Insulina.**

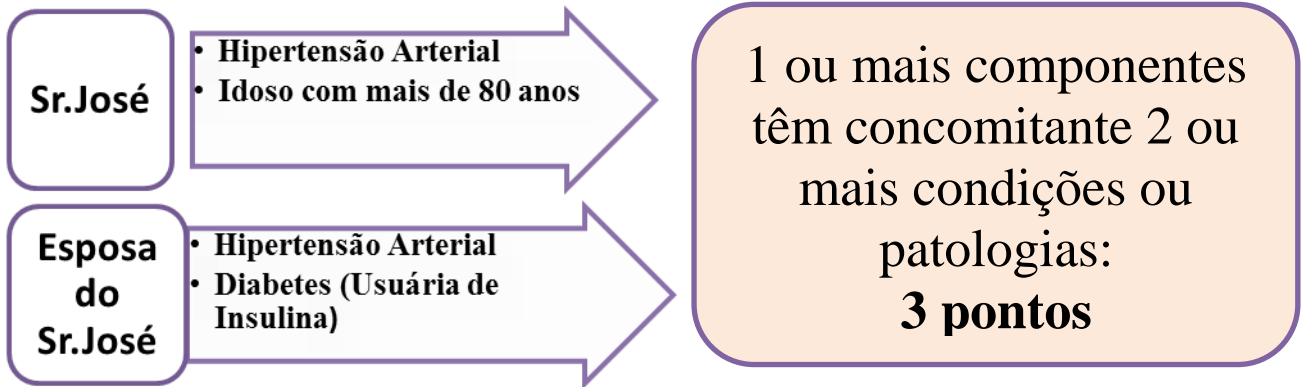
Fatores socioeconômicos:

Chefe da família não é alfabetizado

(Eles possuem abastecimento de água adequada e a renda por membro familiar é de 220 reais por mês)



Presença de um dos fatores de risco: **1 ponto**



PONTUAÇÃO FINAL PARA CLASSIFICAÇÃO POR GRAU DE RISCO		CRITÉRIOS SÓCIO-ECONÔMICOS			
		Nenhum dos fatores de risco	Presença de um dos fatores de risco	Presença de dois fatores de risco	Presença de três ou mais fatores de risco
P		0	1	2	3
CRITÉRIOS CLÍNICOS	Nenhum dos componentes tem alguma condição ou patologia	0	1	2	3
	Apenas 1 dos componentes tem 1 patologia ou condição	1	2	3	4
	2 ou mais componentes têm 1 patologia ou condição	2	3	4	5
	1 ou mais componentes têm concomitantemente 2 ou mais condições ou patologias	3	4	5	6

Classificação de risco familiar de acordo com a pontuação obtida dos fatores de risco socioeconômicos e a presença de condições ou patologias.

PONTUAÇÃO TOTAL	GRAU DE RISCO
0	Sem Risco
1	Risco Baixo
2 - 3	Risco Médio
≥ 4	Risco Alto

Resultado:

≥ 4	Risco Alto
----------	------------

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. *E-sus Manual do Sistema com Coleta de Dados Simplificada: CDS* (recurso eletrônico). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2014.

BRASIL. Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais. Implantação do Plano Diretor da Atenção Primária a Saúde. Oficinas 2 e 3. *Análise da Atenção Primária a Saúde e Diagnóstico Local*. Belo Horizonte: ESPMG, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação de Saúde da Comunidade. *Manual do sistema de informação da atenção básica*. Brasília: Ministério da Saúde, 1998.

CHAPADEIRO, C. A.; ANDRADE, H. Y. S. O; ARAÚJO, M. R. N. *A Família como foco da Atenção Básica à Saúde*. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2012.

PRADO, D. *O que é família*. 8. ed. São Paulo: Brasiliense, 1986.

FERNANDA RIBEIRO BORGES

SUELI LEIKO TAKAMATSU GOYATÁ

VISITA DOMICILIAR NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

Módulo 2

**Conceito de visita domiciliar como
ferramenta de abordagem às famílias**



Alfenas, 2016

SUMÁRIO

1	CONCEITO DE VISITA DOMICILIAR.....	03
2	PRINCIPAIS BENEFÍCIOS DA REALIZAÇÃO DA VISITA DOMICILIAR.....	07
3	OBJETIVOS DA VISITA DOMICILIAR.....	10
	REFERÊNCIAS.....	11

1 CONCEITO DE VISITA DOMICILIAR

Uma das atividades da Estratégia de Saúde da Família é a visita domiciliar, que proporciona ao profissional adentrar o espaço da família e, assim, identificar suas demandas e potencialidades. Porquanto, a visita domiciliar enseja ampla visão das condições reais de vida da família e possibilita a interação em ambientes familiar e social, por meio do conhecimento do cotidiano, da cultura, dos costumes, das crenças de uma determinada sociedade, o que torna essas vivências enriquecedoras para ambos os lados envolvidos (DRULLA et al, 2009).



A Visita Domiciliar pode ser conceituada como:

- ✓ Prática que visa à família como um todo.
- ✓ Prática que visa conhecer os membros da família, com suas aspirações e principais problemas de saúde, e descobrir suas condições de moradia e trabalho.
- ✓ Prática para conhecer os hábitos, as crenças, os costumes e os valores da família.
- ✓ Prática para orientar as famílias no cuidado de sua saúde.
- ✓ Prática para levantar as prioridades de acompanhamento, prestar assistência em domicílio, transmitir práticas e conhecimentos de saúde (SILVA, 2012).



A Visita Domiciliar ainda pode ser:

Um conjunto de ações com aspectos educativos, que traz no seu bojo atuações que priorizam orientações para o autocuidado, manutenção e promoção da saúde, monitoramento dos agravos, situações específicas, temporárias ou não, bem como acompanhamento das demais situações presente no contexto familiar (DRULLA, 2009).

O espaço no qual o estudante deve elaborar hipóteses, socializar, ser ativo na construção de seu conhecimento na relação da teoria com a prática. A visita domiciliar é abordada a partir da perspectiva de estratégia de ensino ativo que promove a aprendizagem significativa e contribui para a formação integral do aluno e futuro profissional (CÁRDENAS,2013).

Qual é o profissional de saúde que tem a competência de realizar a visita domiciliar, na estratégia de saúde da família?

De acordo com a Política Nacional de Atenção Básica, Portaria n. 2. 488 de 21 de outubro de 2011 é o **AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE** que tem a competência para realizar a Visita Domiciliar.



Porém, todos os profissionais da saúde podem realizar a visita domiciliar quando julgarem necessária.

São atribuições do Agente Comunitário de Saúde:

- I -Trabalhar com famílias em base geográfica definida, a microárea;
- II-Cadastrar todas as pessoas de sua microárea e manter os cadastros atualizados;
- III-Orientar as famílias quanto à utilização dos serviços de saúde disponíveis;
- IV-Realizar atividades programadas e de atenção à demanda espontânea;
- V - Acompanhar, por meio **de visita domiciliar**, todas as famílias e indivíduos sob sua responsabilidade. As visitas deverão ser programadas em conjunto com a equipe, considerando os critérios de risco e vulnerabilidade de modo que famílias com maior necessidade sejam visitadas mais vezes, mantendo como referência a média de uma visita/família/mês;
- VI - Desenvolver ações que busquem a integração entre a equipe de saúde e a população adstrita à UBS, considerando as características e as finalidades do trabalho de acompanhamento de indivíduos e grupos sociais ou coletividade;
- VII - Desenvolver atividades de promoção da saúde, de prevenção das doenças e agravos e de vigilância à saúde, por meio de **visitas domiciliares** e de ações educativas individuais e coletivas nos domicílios e na comunidade, mantendo a equipe informada, principalmente a respeito das situações de risco;
- VIII - Estar em contato permanente com as famílias, desenvolvendo ações educativas, visando à promoção da saúde, à prevenção das doenças e ao acompanhamento das pessoas com problemas de saúde, bem como ao acompanhamento das condicionalidades do Programa Bolsa-Família ou de qualquer outro programa similar de transferência de renda e enfrentamento de vulnerabilidades implantado pelo governo federal, estadual e municipal, de acordo com o planejamento da equipe (BRASIL, 2011).



A frequência das visitas dos Agentes Comunitários de Saúde deve ser de acordo com a necessidade, ou seja, famílias com maior necessidade serão visitadas mais vezes.

2 PRINCIPAIS BENEFÍCIOS DA REALIZAÇÃO DA VISITA DOMICILIAR

A prática de visita domiciliar traz vários benefícios para a família, para a população e também para os serviços de saúde. Veja abaixo os **principais benefícios que a visita domiciliar** proporciona: (SANTOS et al, 2013; SOSSAI; PINTO, 2010).



Redução do número de hospitalizações e consequentemente problemas financeiros



Estabelecimento de vínculo entre profissional e família.



Permissão de uma melhora no estado geral da população, fazendo o uso da prevenção



Possibilidade de aprendizagem e resgate do bem estar físico e emocional da população

Outros benefícios que também se destacam com a prática da Visita Domiciliar:

- ✓ Interação com a comunidade
- ✓ Dispositivo de acolhimento.
- ✓ Confiança e compromisso entre usuários e profissionais.
- ✓ Potencialização e expansão do alcance do cuidado (SANTOS et al., 2013).
- ✓ Atenção de qualidade, escuta e diálogo
- ✓ Possibilidade de uma nova dinâmica para as ações de saúde das equipes de saúde da família.
- ✓ Otimização do cuidado
- ✓ Possibilidade de notar e compreender situações que em nenhum outro momento são reveladas.
- ✓ Abordagem de questões que vão além da doença física e que contemplem também os problemas sociais e emocionais.
- ✓ Diminuição da distância entre o meio

3 OBJETIVOS DA VISITA DOMICILIAR

A prática da visita domiciliar traz objetivos que devemos nos empenhar para poder conquistá-los e também é uma forma de nos nortear ao realizar a visita. Os objetivos que devemos seguir são:

Prestar assistência à família a partir de suas necessidades de saúde.

Conhecer o domicílio e suas características ambientais, socioeconômicas e culturais.

Construir o diálogo, a interação e o vínculo com a família.

Promover ações de promoção e prevenção à saúde, incentivando a mudança de estilo de vida e o autocuidado.

REFERÊNCIAS

ASSO, R. N. et al. Avaliação das visitas domiciliárias por estudantes e pelas famílias: uma visão de quem as realiza e de quem as recebe. *Revista Brasileira de Educação Médica*. Rio de Janeiro, v.37, n.3, p.326-332, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011*. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2011.

CÁRDENAS, L. A. G et al. Impacto de la visita domiciliar familiar en el aprendizaje de los estudiantes de medicina en el área de Pediatría Social. *Interface Comunicação Saúde e Educação*. Botucatu, v.17, n.46, p.649-60, jul./set. 2013.

DRULLA, A. G. A et al. Visita domiciliar como ferramenta ao cuidado familiar. *Cogitare Enferm*. Curitiba, v. 14, n. 4, p. 667-74, out/dez. 2009.

GAIVA, A. A. M.; SIQUEIRA, V. C. A. A prática da visita domiciliária pelos profissionais da Estratégia de Saúde da Família. *Ciê. Cuid. Saúde*, Maringá, v. 10, n. 4, p. 697-74, 2011.

SILVA, F. A. G. *A visita domiciliar como estratégia pedagógica e seus sentidos para estudantes dos cursos de enfermagem, medicina e odontologia em um centro universitário do estado do Rio de Janeiro*. 115f. 2012. Dissertação [Mestrado em Saúde Pública] - Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz. Rio de Janeiro, 2012.

SANTOS, S. A. S. et al. A visita domiciliar como prática de acolhimento no programa médico de família/Niterói. *Rev. pesq.: cuid. fundam*. Rio de Janeiro, v. 5, n. 2, p. 3698-705, abr./jun. 2013.

SOSSAI, L. C. F; PINTO, I. C. A visita domiciliária do enfermeiro: fragilidades x potencialidades. *Cienc Cuid Saúde*, Maringá, v. 9, n. 3, p. 569-576, 2010.

FERNANDA RIBEIRO BORGES

SUELI LEIKO TAKAMATSU GOYATÁ

VISITA DOMICILIAR NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

Módulo 3 Fases da Visita Domiciliar na Estratégia de Saúde da Família



Alfenas, 2016

SUMÁRIO

1	FASES DA VISITA DOMICILIAR.....	03
2	ACOLHIMENTO E VÍNCULO.....	06
2.1	Acolhimento.....	06
2.2	Vínculo.....	09
3	ÉTICA E POSTURA.....	12
4	TECNOLOGIAS.....	14
	REFERÊNCIAS.....	17

1 FASES DA VISITA DOMICILIAR

O planejamento para realizar a Visita Domiciliar deve ser adequado a cada necessidade, mas, de um modo geral, as fases e atividades seguem a seguinte sequência:

Fase da Pré-visita



Momento destinado ao planejamento com o objetivo de assegurar a relação terapêutica efetiva entre o profissional de saúde e a família. Nesta fase são definidos os motivos da visita, levantamento prévio das atividades a serem desenvolvidas e o agendamento. O profissional deverá rever o prontuário da família e fazer os registros com as informações necessárias àquela situação. Também é relevante considerar os cuidados relativos à segurança do visitador.



Importante rever o melhor horário para a família e o tempo disponível do profissional para realizar a visita.

Fase de execução da visita ou fase do domicílio



É o momento em que se deve iniciar o acolhimento dos membros familiares, utilizando a escuta qualificada, estabelecendo vínculo do profissional de saúde com a família, procurando tratar as pessoas pelos seus nomes próprios, demonstrando respeito e interesse por elas, explicando o motivo da visita, e realizar as atividades previamente proposta na pré-visita.



Importante lembrar do número apropriado de profissionais, entrando no domicílio de uma única vez. Não é recomendável que o número de visitantes seja superior ao das pessoas visitadas. Esteja atento para que a visita domiciliar não se transforme em uma excursão. Casas que mal cabem os próprios familiares, fica inviável uma visita com vários profissionais, podendo causar constrangimento para a família (AMARO, 2003).



Término da visita

É quando os objetivos da visita foram contemplados, o que poderá ocorrer em apenas uma visita ou em um conjunto de visitas, dependente do caso específico. É importante que sejam revistos os pontos abordados na visita de modo a sanar dúvidas e mal entendidos. Uma das finalidades da visita é proporcionar condições para o autocuidado de cada membro da família de acordo com a necessidade de saúde. Importante também realizar o aprazamento, ou seja, agendar outra visita à família



Fase da Pós-Visita

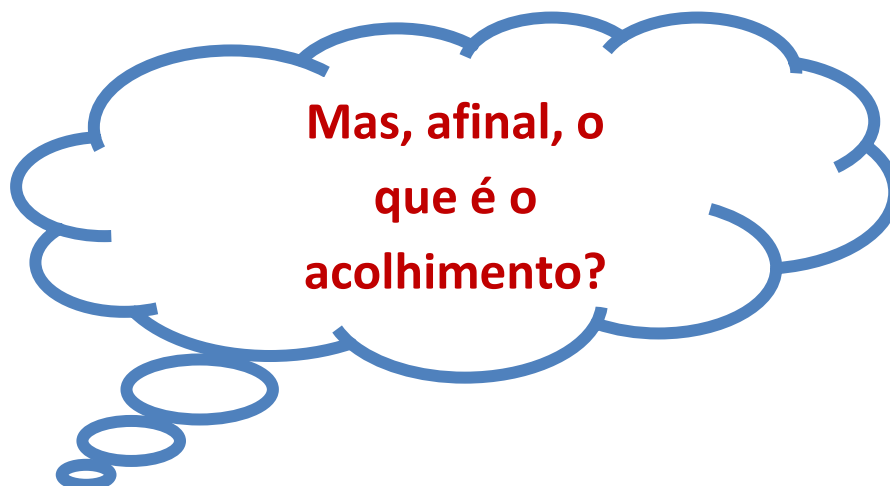
A documentação e as sugestões para futuras visitas devem ser registradas de forma clara e objetiva, de modo a propiciar a todos os membros da equipe de saúde informações fidedignas, atualizadas e identificadas por quem as fez. As visitas posteriores podem ser direcionadas à família como um todo ou apenas um membro da família, dependendo da avaliação das visitas anteriores (ARAÚJO; SILVA; LEITE, 2008).

2 ACOLHIMENTO E VÍNCULO



O acolhimento tornou-se alvo de várias discussões da saúde quando o assunto é a prestação de serviços e a maneira como esses serviços são oferecidos. Temos visto que, apesar dos avanços e das conquistas do SUS, ainda existem grandes lacunas nos modelos de atenção e gestão dos serviços no que se refere ao acesso e ao modo como o usuário é acolhido nos serviços de saúde pública. Várias pesquisas de satisfação, relatórios de ouvidoria e depoimentos de gestores, trabalhadores da saúde e usuários evidenciam a escuta pouco qualificada e as relações solidárias pouco exercidas (BRASIL, 2010).

O grande desafio a ser enfrentado por todos nós, trabalhadores da saúde, gestores, usuários, estudantes da área da saúde, é a construção e a efetivação do Sistema Único de Saúde. É preciso restabelecer, no cotidiano, o princípio da universalidade do acesso, a todos os cidadãos deve ser viabilizado o acesso aos serviços de saúde, e a responsabilização das instâncias públicas pela saúde dos cidadãos. Muitas são as dimensões com as quais estamos comprometidos: prevenir, cuidar, proteger, tratar, recuperar, promover, enfim, produzir saúde (BRASIL, 2010).



O acolhimento não é um espaço ou um local, é uma maneira de assistir os cidadãos que procuram os serviços de saúde, ouvindo seus pedidos e assumindo no serviço uma postura capaz de acolher e expressar as relações que se estabelecem entre o usuário e os profissionais da saúde, sendo um compromisso em dar respostas mais adequadas aos usuários. É uma postura ética: não pressupõe hora ou profissional específico para fazê-lo, o acolhimento é importante tanto para que o sistema funcione de maneira eficaz, como para dar tranquilidade àqueles que o procuram (BRASIL, 2011).

Poderíamos dizer que o acolhimento é uma prática presente em todas as relações de cuidado, nos atos de receber e escutar as pessoas. O acolhimento possibilita regular o acesso por meio da oferta de ações e serviços mais adequados, não apenas daqueles portadores de agravos mais prevalentes, mas de todos, contribuindo para a satisfação do usuário. Ele aparece também nas maneiras de lidar com o não previsto, nas formas de sensibilidade do trabalhador, num posicionamento ético, que influencia fortemente na ligação do profissional de saúde com a comunidade atendida (BRASIL, 2011).

O acolhimento como postura e prática nas ações de atenção e gestão nas unidades de saúde favorece a construção de uma relação de confiança e compromisso dos usuários com as equipes e os serviços, contribuindo para a promoção da cultura de solidariedade e para a legitimação do sistema público de saúde. Favorece, também, a possibilidade de avanços na aliança entre usuários e trabalhadores, ampliando o acesso dos usuários aos serviços de saúde (BRASIL, 2010).



**Enfim, o acolhimento é
uma ferramenta para a
HUMANIZAÇÃO.**

**Humanizar
é preciso**





2.2 VÍNCULO

Outra ferramenta essencial para o cuidado da saúde e também para a prática ao realizar as visitas domiciliares é a construção do **vínculo**. É com a sua formação que a Estratégia Saúde da Família garante laços de confiança com o usuário.

A formação do **vínculo** ocorre pela aproximação entre usuário e trabalhador de saúde. O vínculo envolve afetividade, ajuda e respeito, estimula a autonomia e a cidadania. O fortalecimento do vínculo entre a equipe de saúde da família e o usuário é de extrema relevância, uma vez que favorece a produção do cuidado, mediante uma relação de confiança e partilha de compromissos (MONTEIRO; FIGUEIREDO; MACHADO, 2009).

E o que é necessário para promover o vínculo entre o profissional de saúde e o usuário, juntamente com suas famílias na perspectiva de uma equipe na Estratégia de Saúde da Família?



Para formar o **vínculo** profissional-usuário é preciso conhecer a realidade particular de cada indivíduo e família. A equipe de saúde precisa se despir de seus discursos prontos e verticalizados, de preconceitos e do saber tradicional. É importante que o profissional tenha uma atitude humana, no sentido de reconhecer os limites de cada família, levando em consideração que os usuários vivem diferentes histórias, apresentam diferentes dificuldades e problemas, possuem diversas expectativas e sonhos. Cada usuário deve ser compreendido, acolhido e atendido, levando em conta a sua singularidade e contexto de vida (ILHA et al ,2014).

O vínculo está articulado à humanização, à responsabilização e à integralidade. O vínculo liga, aproxima e permite envolvimento mútuo.



Para que isso ocorra, os profissionais devem conquistar a confiança da população, tornando-se uma referência e fortalecendo a relação de vínculo. Este pode ser considerado uma ferramenta que realiza a troca de saberes entre o técnico e o popular, o científico e o empírico, o objetivo e o subjetivo, convertendo-os para a realização de atos terapêuticos, por considerar as singularidades de cada indivíduo, bem como as de sua família (ILHA et al ,2014).



Demonstrar interesse pelo outro é essencial para a formação do vínculo entre profissional-usuário.

O profissional tem de demonstrar conhecimento sobre fatores sociais, econômicos e políticos e se dedicar efetivamente à comunidade em que trabalha. (MONTEIRO; FIGUEIREDO; MACHADO, 2009).



O vínculo consiste nos diálogos com troca e absorção de conhecimentos e não na imposição de práticas saudáveis.

É possível construir o vínculo por meio de conversas com significado, com acolhimento e pela compreensão das singularidades.



Nessa direção, os profissionais da saúde são desafiados a compreender o usuário para além de sua doença, no sentido de reconhecer suas reais necessidades e ter condições para promover a saúde de forma integral e integradora. (ILHA et al ,2014).

3 ÉTICA E POSTURA

Ao realizarmos a visita domiciliar, devemos seguir alguns fundamentos legais e éticos que são fundamentais, são eles:

- ✚ **Registro Legal (profissional)** – que permite a uma pessoa oferecer e desenvolver suas capacidades profissionais pela permissão legítima de responsabilidade e imputabilidade, para

ingressar no domicílio familiar e proteger a família e seus membros.

- ✚ **Registro em prontuário** – deve contemplar as informações observadas e ouvidas que expliquem os fatos ocorridos, incluindo-se os incidentes nas relações durante a VD. Em caso de prontuário eletrônico, deve ser mantido em sigilo o código de entrada para possíveis acréscimos de informações, fator determinante numa decisão judicial.
- ✚ **Confidencialidade e sigilo das informações** – a definição clássica de confidencialidade é a garantia do resguardo das informações dadas pessoalmente em confiança e a proteção contra a revelação não autorizada. (ALVES; SANTOS, 2007; ARAÚJO; SILVA; LEITE, 2008).
- ✚ **Ética e postura profissional** - A ética e o respeito são princípios e condições indispensáveis à realização da visita domiciliar. O fato de ser realizada no ambiente domiciliar por si já clama por uma série de atenções e considerações éticas, relativas ao direito, à privacidade e ao sigilo profissional. A par disso, há situações que se revelam na visita e exigem uma ação propositiva e afirmativa do profissional, que em certos casos podem salvar vidas. É o caso de uma orientação relativa à realização de um exame de HIV, de um exame de corpo-delito ou o uso com recomendação médica da pílula do dia seguinte: no caso de um relato de uma situação de risco, como um abuso intrafamiliar. Negar-se ou ser reticente a oferecer uma orientação dessas, em tempo hábil e em meio à oportunidade do relato na visita, representa uma infração ética, por omissão de socorro ou negligência (AMARO, 2014).

4 TECNOLOGIAS

Quando nos referimos a tecnologias logo nos vêm à mente máquinas, equipamentos e instrumentos modernos que estão ligados à palavra tecnologia. No entanto, tecnologia é um conjunto de conhecimentos que se aplicam a um determinado ramo de atividade, fazendo com que toda atividade produtiva leve à criação de algo, à realização de produtos. Na saúde também falamos sobre tecnologias referentes ao processo de trabalho.

As tecnologias em saúde podem ser classificadas como Leve, Leve-dura e Dura.

▣ As tecnologias Leves são as das relações;



- As Leve-duras são as dos saberes estruturados, tais como as teorias;



- E as Duras são as dos recursos materiais.



Embora essas três categorias se inter-relacionem, o ser humano necessita, em especial, das tecnologias de relações, definidas como ‘leves’ (MERHY et al, 2006).

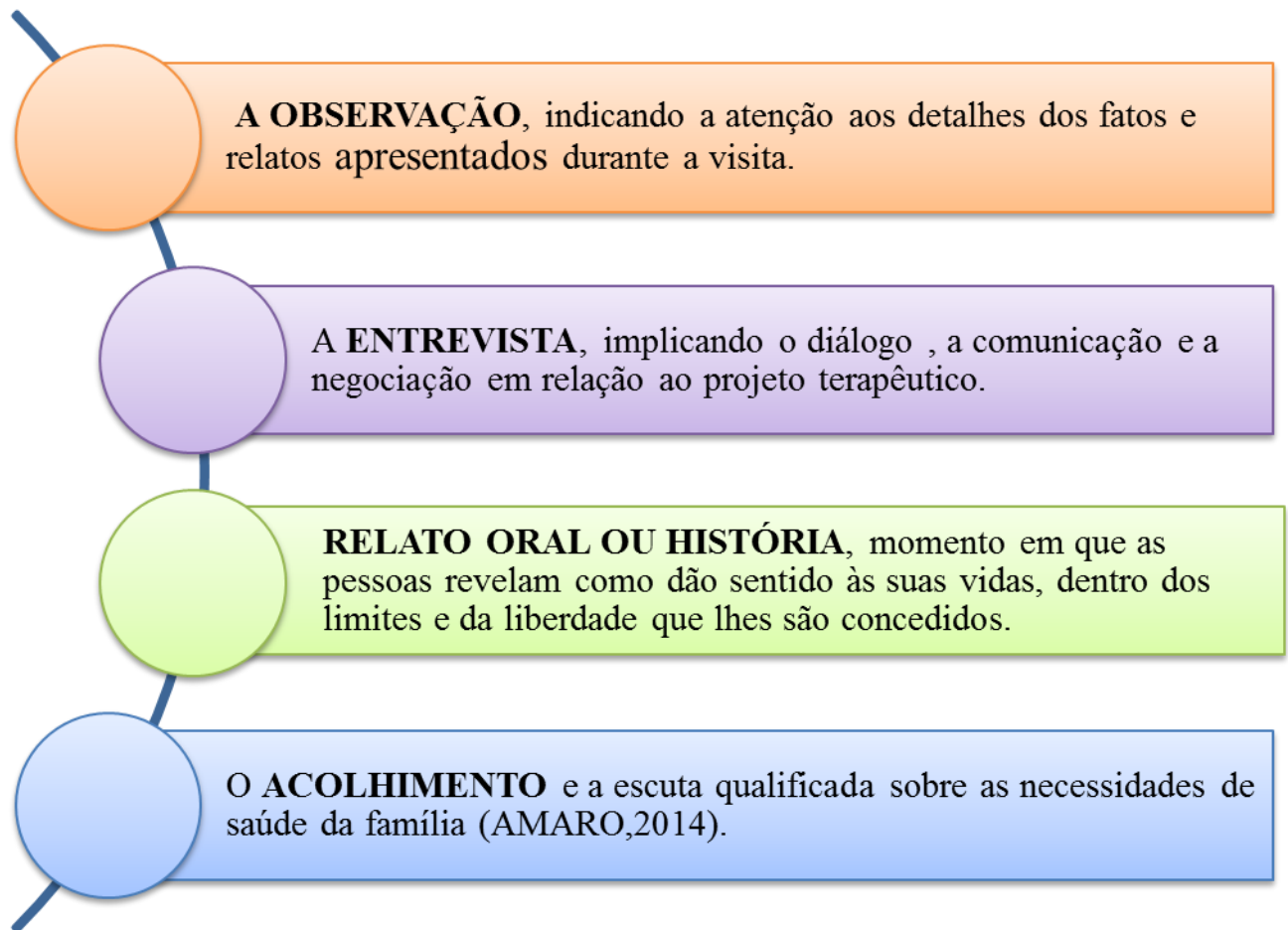
A Visita Domiciliar é considerada a atividade externa à unidade de saúde mais desenvolvida pelas equipes de Saúde da Família. Ela se caracteriza por utilizar uma tecnologia leve, permitindo o cuidado à

saúde de forma mais humana, acolhedora, estabelecendo laços de confiança entre os profissionais, a família e a comunidade (ANDRADE et al., 2014).

A adoção das tecnologias leves no trabalho em saúde perpassa os processos de acolhimento, vínculo e atenção integral como gerenciadores das ações de saúde (MERHY et al,2006).

O vínculo como tecnologia leve das relações na Estratégia de Saúde da Família parte do princípio de que os profissionais deverão estabelecer a responsabilização pela sua área; conseqüentemente, ocorre uma interação geradora de vínculos, "laços", necessária ao mecanismo tecnológico para o desempenho do trabalho (COELHO; JORGE, 2009).

A prática da visita domiciliar reúne tecnologias leves que devem ser aprendidas e desenvolvidas, pois iremos utilizar diversas vezes nos domicílios, são elas:



REFERÊNCIAS

- ALVES, M. P.; SANTOS, S. S. C. Um olhar sobre o trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde: a visita domiciliar. *Rev. Baiana Enferm.*, Salvador, v. 21, n. 1, p. 71-79, jan./abr. 2007.
- AMARO, S. *Visita Domiciliar: Guia para uma abordagem complexa*. Porto Alegre: Editora AGE, 2003.
- AMARO, S. *Visita Domiciliar: Teoria e Prática*. Campinas: Papel Social, 2014.
- ANDRADE, A. M. et al. Visita domiciliar: validação de um instrumento para registro e acompanhamento dos indivíduos e das famílias. *Epidemiol. Serv. Saúde*, Brasília, v. 23, n. 1, p. 165- 175, jan./mar, 2014.
- ARAÚJO, M. F. M; SILVA, M. J; LEITE, B. M. B. Experiência de prática sistematizada em visita domiciliária no contexto da saúde da família. *Rene*, Fortaleza, v.9, n.1, p.137-145, mar., 2008.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de atenção à saúde. Núcleo teórico da Política Nacional de Humanização. Acolhimento nas práticas de produção de Saúde. 2. ed. 5. reimp. *Série B- Textos Básicos de Saúde*, Brasília: Ministério da Saúde, 2010.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Acolhimento à demanda espontânea. *Cadernos de Atenção Básica*, Brasília, v. 1, n. 28, p. 1-56, 2013.
- COELHO, M. O.; JORGE, M. S. B. Tecnologia das relações como dispositivo do atendimento humanizado na atenção básica de saúde na perspectiva do acesso, do acolhimento e do vínculo. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v.1, n.14, p.1523-1531, 2009.
- ILHA, S. et al. Vínculo profissional-usuário em uma equipe de Estratégia de Saúde da Família. *Cienc. Cuid. Saúde*, Maringá, v.3, n.13, p. 556-562, Jul/Set., 2014.
- MERHY, E E. et al. Em busca de ferramentas analisadoras das tecnologias em saúde: a informação e o dia a dia de um serviço, interrogando e gerindo trabalho em saúde. In: MERHY, E.E., ONOCKO, R. (Org.). *Agir em saúde: um desafio para o público*. São Paulo: Hucitec; 2006. p. 113-150.
- MONTEIRO, M. M; FIGUEIREDO, V.P. MACHADO, M.F.A.S. Formação do vínculo na implantação do Programa Saúde da Família numa Unidade Básica de Saúde. *Rev. Esc. Enferm. USP*, São Paulo, v. 2, n. 43, p. 358-364, 2009.

APÊNDICE J - TUTORIAL DO CURSO

FERNANDA RIBEIRO BORGES

SUELI LEIKO TAKAMATSU GOYATÁ

TUTORIAL

**CURSO SOBRE VISITA DOMICILIAR NA
ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA UTILIZANDO
A FERRAMENTA MOOC**



Alfenas, 2016

1 APRESENTAÇÃO

O curso sobre Visita Domiciliar na Estratégia Saúde da Família é parte integrante do Programa de Pós-Graduação Stricto sensu, nível Mestrado em Enfermagem da Universidade Federal de Alfenas. Esse curso tem como participantes os estudantes de graduação dos cursos de Enfermagem, Fisioterapia e Medicina. Conta com três módulos, com diferentes recursos midiáticos e carga horária total de 80 horas/aula.

Início do curso: 04 abril de 2016

Término do curso: 07 de junho de 2016 – Curso de Medicina – 17h Sala N- 507

08 de junho de 2016 – Curso de Fisioterapia – 15h Sala R-102

08 de junho de 2016 – Curso de Enfermagem – 17h Sala R-102

Obs. É imprescindível a participação dos alunos de cada curso no encontro presencial, segundo cronograma acima para avaliação do curso e entrega dos certificados.

2 DINÂMICA DO CURSO

O curso será oferecido via WEB, utilizando a ferramenta Curso Aberto Massivo Online (MOOC). O acesso a esse curso estará disponível por meio da Plataforma MOODLE no site da Unifal, no qual o estudante deverá inscrever-se no “Curso Visita Domiciliar na Estratégia Saúde da Família utilizando a ferramenta MOOC”.

Para acessar a Plataforma Moodle siga os seguintes passos:




Passo 1: Entre no site da UNIFAL-MG: www.unifal-mg.edu.br e clique no Espaço Moodle, na coluna da direita.

Ao abrir esta página, vocês deverão clicar em Moodle1

Vocês serão conduzidos a esta página e devem clicar novamente o Moodle 1

Tipos de Acesso ao Moodle

Nos links abaixo você pode ter acesso ao **Moodle** informando seu **login** e **senha**.

	<p>MOODLE 1 - reservado para cursos de extensão, ambientes de gestão e disciplinas não vinculadas ao sistema acadêmico. <acessar aqui></p> <p>(ATENÇÃO: orientações para acessar o Moodle1 em caso de dificuldades de certificado: <faça download aqui></p>
	<p>MOODLE 2 - reservado para as disciplinas integradas ao Sistema Acadêmico. O cadastro das disciplinas e vínculos dos professores e alunos são criados automaticamente nesse ambiente de aprendizagem. <acessar aqui></p>
	<p>MOODLE MOBILE - Agora Moodle Unifal pode ser instalado e acessado através do seu smartphone ou tablet. Para Instalar siga os passos do Tutorial de Instalação clicando < aqui >.</p> <p>Para fazer o Download do aplicativo acesse um dos links abaixo de acordo com o sistema do seu smartphone ou tablet:</p>

Ao chegarem nesta página, o aluno deverá **inserir o login** (número da matrícula) e a **senha** utilizada no SISTEMA ACADÊMICO.

MOODLE 1 - CEAD UNIFAL - MG

Ambiente Virtual - Universidade Federal de Alfenas

Acessar

Identificação de usuário

Senha

Lembrar identificação de usuário

[Esqueceu o seu usuário ou senha?](#)

O uso de Cookies deve ser permitido no seu navegador [?](#)

O Curso de Visita Domiciliar estará disponível em EXTENSÃO. Trata-se do primeiro curso disponível para inscrição.

Para INSCRIÇÃO no Curso sobre Visita Domiciliar, coloque a senha **visitaunifal**

Visão geral dos cursos



[Curso sobre Visita Domiciliar na Estratégia Saúde da Família utilizando a ferramenta MOOC](#)

Curso sobre Visita Domiciliar na Estratégia Saúde da Família utilizando



O curso pode ser acessado por meio do computador, tablet e celular. No entanto, para realizar as atividades da Realidade Aumentada é necessário ter disponível o WEBCAM.

Esse curso é online e autoinstrucional o que permite ao aluno acessar, navegar e realizar o curso no seu próprio ritmo, local e horário.

3 ESTRUTURA E ORGANIZAÇÃO DO CURSO

Como foi dito anteriormente, o Curso sobre Visita Domiciliar na Estratégia Saúde da Família utilizando a ferramenta MOOC está estruturado em três Módulos:

Módulo 1 - Abordagem Familiar

Módulo 2 - Conceito de Visita Domiciliar como ferramenta de Abordagem às Famílias

Módulo 3 – Fases da Visita Domiciliar na Estratégia Saúde da Família

Visita Domiciliar na Estratégia Saúde da Família (Curso Online Aberto e Massivo - MOOC)

Fernanda Ribeiro Borges
Sueli Leiko Takamatsu Goyatá



Todos os Módulos contam com Textos Sínteses em PDF e em formato de livro, que são conhecidos como Material de Apoio Didático. Além disso, vocês também deverão assistir às Videoaulas, disponíveis em cada Módulo, bem como os Vídeos de Dramatizações. E por fim, estarão disponíveis no site, em cada Módulo, jogos utilizando a realidade aumentada e o quiz, que é um questionário, contendo 06 perguntas sobre os temas de cada Módulo.

As Videoaulas contam com tarefas que precisam ser realizadas pelo estudante.



Preencher o Quiz após finalizar cada Módulo.

4 COMO UTILIZAR OS JOGOS EM REALIDADE AUMENTADA?

Porque utilizar o MARCADOR?



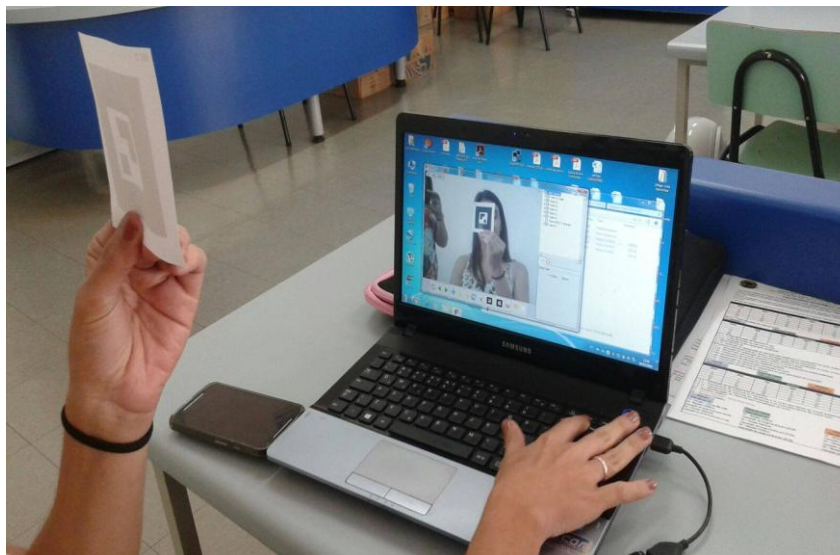
#EL 3

Ele comanda todas as ações a serem realizadas nas atividades da Realidade Aumentada.

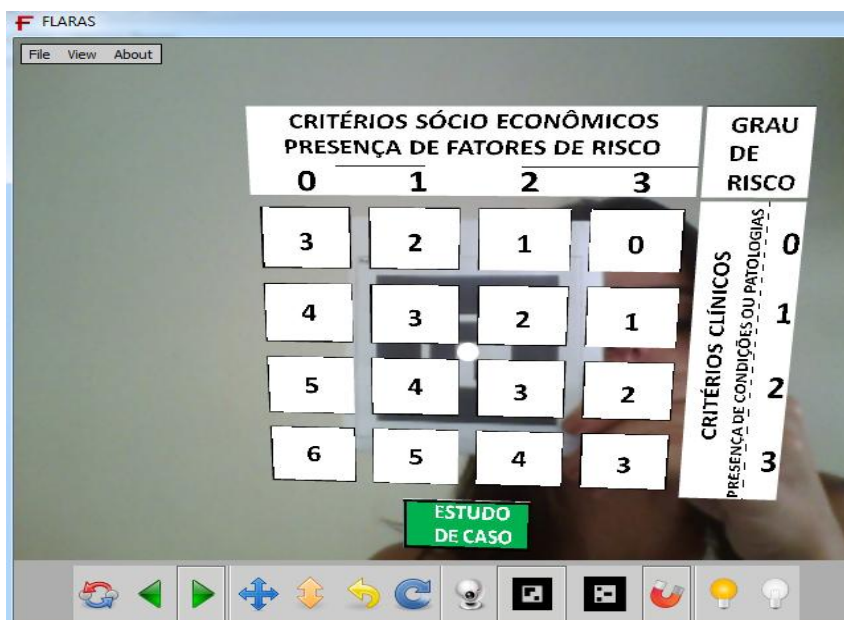
- ▶ Você pode salvar o MARCADOR no seu celular, para isso basta tirar uma **FOTO**. Assim, toda vez que precisar acessar o Jogo em Realidade Aumentada, você terá o MARCADOR NA VERSÃO IMPRESSA OU NO CELULAR.
- ▶ Use um local com boa iluminação, ou providencie uma lâmpada próxima para iluminar o marcador adequadamente - não pode ser muito intensa.
- ▶ Aponte o MARCADOR REF Marker para a WEBCAM, sem obstruí-lo com os dedos - vai aparecer a imagem na tela do computador ou tablet.

MÓDULO 1

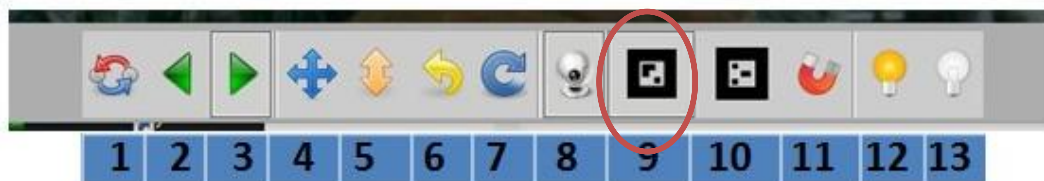
PASSO 1- Coloque o marcador em frente à câmera (WEBCAM) do seu computador ou notebook para a imagem poder aparecer.



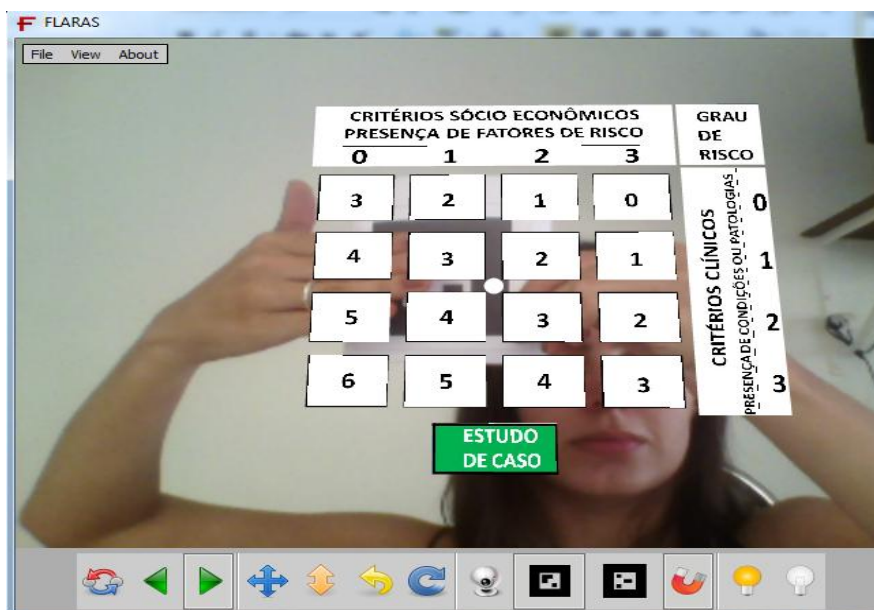
PASSO 2- Ao posicionar o jogo clique **NA FIGURA DO MARCADOR** (Item n° 9) ,na parte onde estão os ícones para poder fixar a imagem na tela.



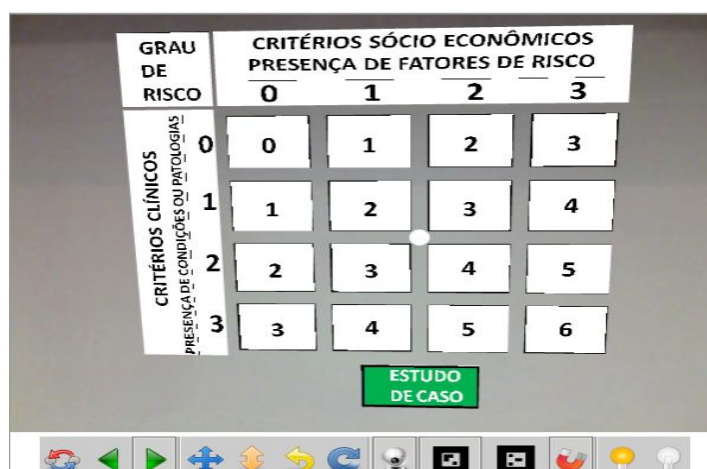
Botões de função da barra inferior da interface do FLARAS2



PASSO 3- Ao fixar a imagem cubra seu marcador para poder retirá-lo.



PASSO 4 : Clique na figura da **WEBCAM** (Item nº8) para poder inverter a imagem e colocá-la no lado certo.



Botões de função da barra inferior da interface do FLARAS2



PASSO 5- Clique no botão **ESTUDO DE CASO** para iniciar o jogo.



PASSO 6- Leia o estudo de caso e determine os **Critérios Sócio Econômicos** e os **Critérios Clínicos** para fazer a **Classificação de Risco Familiar**.

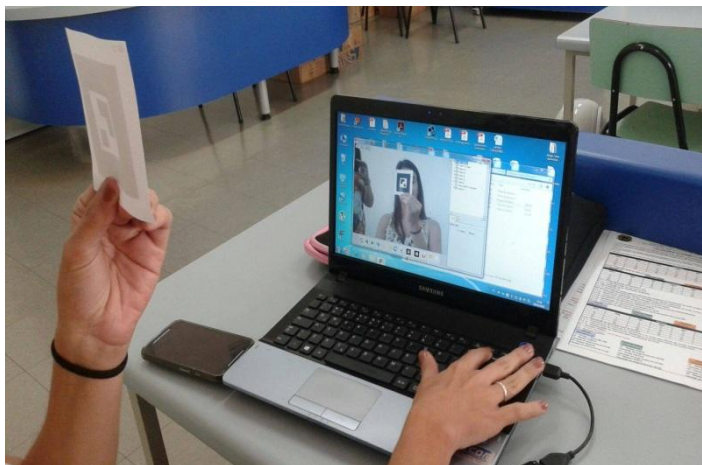
Estudo de caso

A família do Sr. Carlos é composta por ele, que é **analfabeto**, de 68 anos a esposa de 65 anos e mais quatro filhos. A casa possui três quartos, uma sala, uma cozinha e 01 banheiro, localizada em uma rua com pavimentação. Em seu bairro há saneamento básico, o lixo é coletado pelo menos duas vezes na semana e há abastecimento de água. A filha caçula de 16 anos está **grávida**, o pai da criança, de 19 anos também mora na casa do Sr. Carlos. O filho mais velho, de 24 anos é **usuário de drogas** e já esteve várias vezes em clínicas de recuperação.

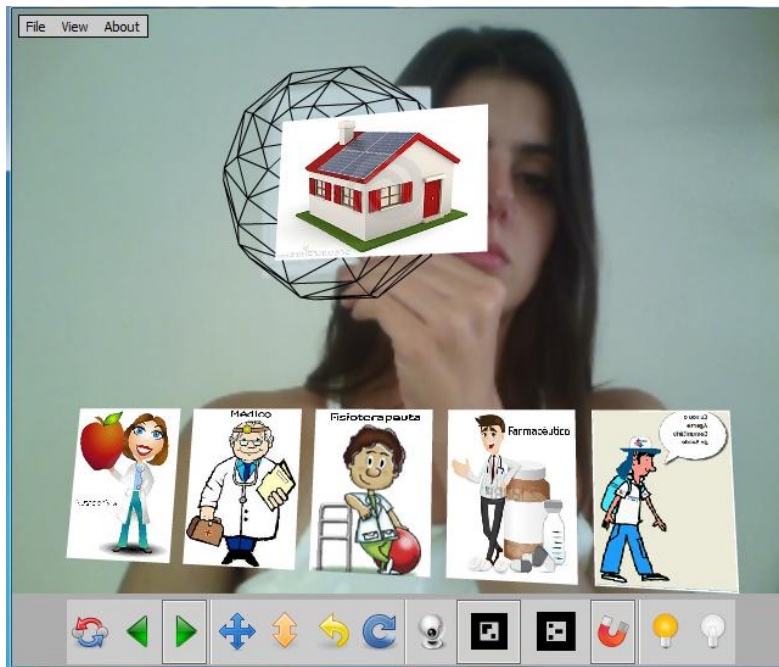
A renda familiar é composta pela aposentadoria do Sr. Carlos, e de dois de seus filhos que trabalham e recebem um salário mínimo cada um, a renda total da casa chega a 2.640 reais para 7 pessoas.

MÓDULO 2

PASSO 1- Coloque o marcador em frente à câmera (WEBCAM) do seu computador para a imagem poder aparecer.



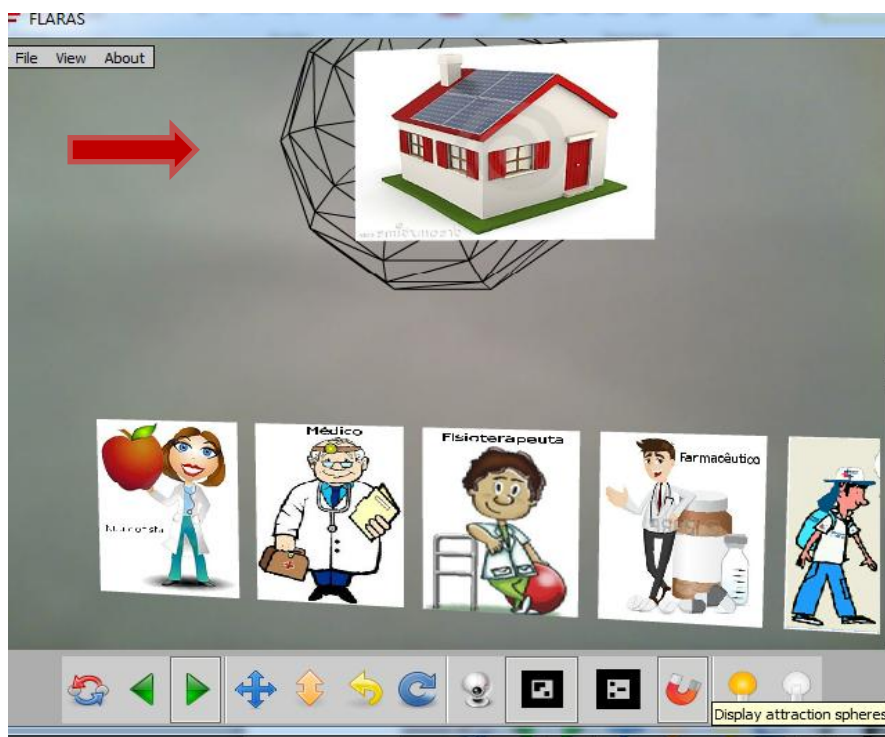
PASSO 2- Ao posicionar o jogo clique **NA FIGURA DO MARCADOR** (Item nº 9) na parte onde estão os ícones para poder fixar o jogo na tela.



Botões de função da barra inferior da interface do FLARAS2



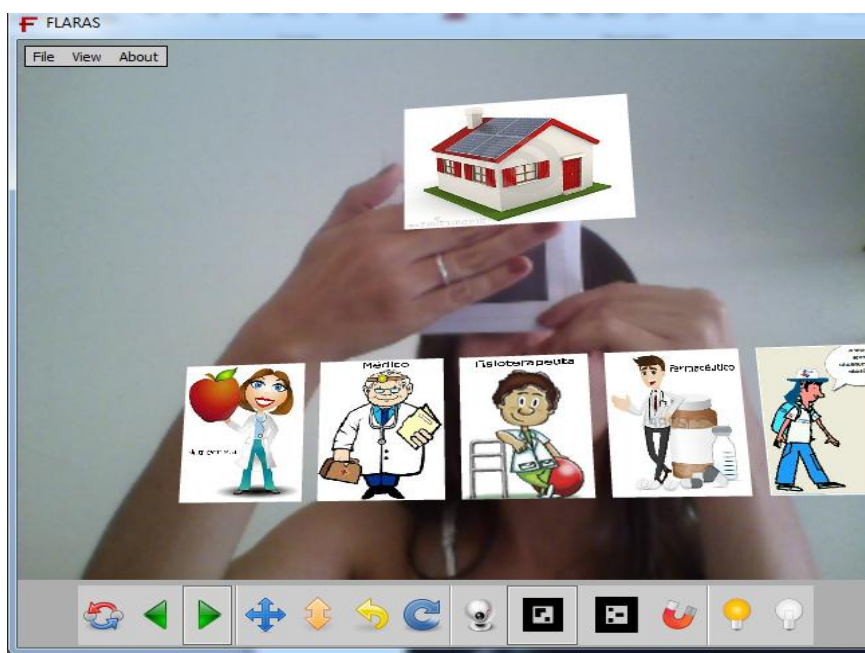
PASSO 3- Para retirar a estrutura aramada atrás da casa clique na figura do **IMA** (Item nº 11) na barra de ícones.



Botões de função da barra inferior da interface do FLARAS2



PASSO 4- Ao fixar a imagem cubra seu marcador para poder retirá-lo.



PASSO 5- Clique no botão **INSTRUÇÕES** para iniciar o jogo.



PASSO 6-Para arrastar a figura dos profissionais até a casa, clique no **ÍCONE CRUZ** (Item nº 4).

Botões de função da barra inferior da interface do FLARAS2



AGENDA DA MONITORIA DO CURSO SOBRE VISITA DOMICILIAR

Curso	Data	Local e Horário
Curso de Enfermagem	06/abril, 20/abril, 11/maio, 01/junho	Sala R- 105- Prédio da Enfermagem - 9 horas
Curso de Fisioterapia	06/abril, 20/abril, 11/maio, 01/junho	Sala R- 105- Prédio da Enfermagem - 15 horas
Curso de Medicina	11/abril 20/abril, 04/maio, 18/maio/01/junho	Sala N- 507 - 17 horas Sala R- 105 – Prédio da Enfermagem – 7h

CONTATOS

Profª Drª Sueli Leiko Takamatsu Goyatá

Escola de Enfermagem – Email: sueligoyata@yahoo.com.br

Cel: (35) 988361180

Mestranda Fernanda Ribeiro Borges – Email: ferksborges@yahoo.com.br

Cel: (35) 991238457