

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ**

**FERNANDA CATAFESTA**

**DESENVOLVENDO COMPETÊNCIAS PARA A PRÁTICA DO CUIDADO  
DOMICILIAR: EXPERIÊNCIA DA ENFERMEIRA**

**CURITIBA**

**2008**

**FERNANDA CATAFESTA**

**DESENVOLVENDO COMPETÊNCIAS PARA A PRÁTICA DO CUIDADO  
DOMICILIAR: EXPERIÊNCIA DA ENFERMEIRA**

Dissertação apresentada ao Curso de Pós-graduação em Enfermagem, Departamento de Enfermagem, Setor de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Paraná, como parte das exigências para obtenção do Título de Mestre em Enfermagem.

Linha de Pesquisa: Processo de Cuidar em Saúde e Enfermagem

**Orientadora: Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Maria Ribeiro Lacerda**

**CURITIBA**

**2008**

Catafesta, Fernanda

Desenvolvendo competências para a prática do cuidado domiciliar: experiência da enfermeira / Fernanda Catafesta. Curitiba, 2008.

121 f.

Orientador: Profa. Dra. Maria Ribeiro Lacerda

Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal do Paraná. Setor de Ciências da Saúde. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem.

1. Enfermagem. 2. Competência profissional. 3. Assistência domiciliar. I. Título. II. Lacerda, Maria Ribeiro

NLM WY100


**TERMO DE APROVAÇÃO**

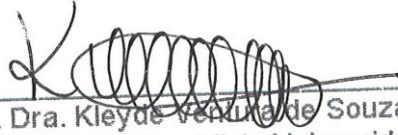
**FERNANDA CATAFESTA**


**DESENVOLVENDO COMPETÊNCIAS PARA A PRÁTICA DO CUIDADO  
DOMICILIAR: EXPERIÊNCIA DA ENFERMEIRA**

Dissertação aprovada como requisito parcial para obtenção do Título de Mestre em Enfermagem, Área de concentração Prática Profissional de Enfermagem, do Programa de Pós-Graduação Mestrado em Enfermagem, Setor de Ciências da Saúde, da Universidade Federal do Paraná, pela seguinte banca examinadora:

Orientadora:

  
\_\_\_\_\_  
Profa. Dra. Maria Ribeiro Lacerda  
Presidente da Banca: Universidade Federal do Paraná - UFPR

  
\_\_\_\_\_  
Profa. Dra. Kleyde Venâncio de Souza  
Membro Titular: Pontifícia Universidade Católica do Paraná - PUC

  
\_\_\_\_\_  
Profa. Dra. Aida Maris Peres  
Membro Titular: Universidade Federal do Paraná - UFPR

Curitiba, 17 de dezembro de 2008.

## **Agradecimentos**

A Deus, por permitir que eu chegasse até aqui, guiando sempre meus passos pelos melhores caminhos e com as melhores pessoas.

A minha família, pelo apoio, compreensão e incentivo não apenas neste trabalho, mas em todos os acontecimentos de minha vida. Obrigada acima de tudo por confiar sempre em minha capacidade, mesmo quando nem mesmo eu conseguia acreditar.

As minhas amigas irmãs Tatiana Braga de Camargo e Alexandra Lunardon, pelo apoio e ajuda nas horas mais difíceis e também pelos intensos momentos de alegria e felicidade que tornam a minha vida muito mais especial. É muito bom saber que podemos contar umas com as outras, que entendemos nossas idéias mais complexas e compartilhamos nossos mais profundos sentimentos, confiando que podemos falar abertamente nossas palavras sem termos medo de sermos julgadas.

Aos meus colegas de classe pela deliciosa amizade que construímos ao longo desses dois anos, em especial a Adriano Shimbo, Débora Barros e Cleide Straub.

Ao meu companheiro e grande amigo Gabriel Utzumi, por se mostrar um grande motivador, incentivador e torcedor de cada momento que vivenciei neste ano. Você possui o dom de me transformar naquilo de melhor que posso ser. Obrigada por todos os momentos maravilhosos e intensos que tenho ao seu lado! Obrigada por tornar a minha vida muito mais especial. Amo-te!

A Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Ivete P. S Zagonel e Prof<sup>a</sup>. Ms. Marialda Martins que sempre contribuíram para a minha formação profissional. E que também são grandes responsáveis pela realização desta conquista. Obrigada por todo apoio, compreensão e motivação que sei que sempre posso contar.

A Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Maria Ribeiro Lacerda pela orientação neste estudo. Você foi minha “luz” nesta trajetória, com algumas pedras no início, e muitos louros colhidos no final. Com você aprendi a trabalhar as relações profissionais e pessoais, entendi que

nunca estamos sozinhos e que a presença do outro é fundamental para a conquista na singularidade e também na pluralidade, e que todas as relações que estabelecemos está vinculada a um “*feedback*”, e o que esperamos deste *feedback* só depende de nós mesmo, daquilo que enviamos para o “universo”. Posso dizer com toda a certeza e segurança que sua contribuição em minha trajetória não se limitou apenas neste trabalho. Aprendi a te admirar e respeitar... Sinto um imenso orgulho de poder ter estabelecido esta parceria. Muito Obrigada!!!

A todos os professores do programa de pós-graduação mestrado em enfermagem, que contribuíram para que este momento se tornasse realidade, em especial à professora Maria de Fátima Mantovani.

Ao grupo de pesquisa NEPECHE, por tornar possível o meu sonho e desejo imenso de participar de um grupo de pesquisa, e sentir que minha passagem pela universidade valeu à pena.

A CAPES pelo apoio financeiro durante o período do curso de pós-graduação Mestrado em Enfermagem.

A todas enfermeiras que participaram e contribuíram para a realização deste estudo.

Muito obrigada!!!

Se as coisas são inatingíveis... ora!  
Não é motivo para não querê-las...  
Que tristes os caminhos, se não fora  
A magia das estrelas!

Mario Quintana

CATAFESTA, F. **Desenvolvendo competências para a prática do cuidado domiciliar**: experiência da enfermeira. Curitiba, 2008. 121f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem), Universidade Federal do Paraná.

Orientadora: Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Maria Ribeiro Lacerda

**RESUMO:** Esta é uma pesquisa qualitativa que utilizou o referencial metodológico da Grounded Theory (GT), ou Teoria Fundamentada nos Dados, com o objetivo de identificar como se desenvolvem as competências da enfermeira para a prática do cuidado domiciliar, e a partir disso, construir um modelo teórico que explicita essas competências a partir da vivência da enfermeira. Participaram do estudo, ocorrido entre meses de fevereiro e novembro de 2008, 7 enfermeiras que realizam cuidados domiciliares em rede pública, privada e também como profissionais autônomas, no município de Curitiba-PR. Os dados foram coletados através de entrevista semi-estruturada e analisados de forma simultânea e circular, dando origem às categorias que auxiliaram a explicitação do fenômeno. O tema central, que caracteriza o conjunto de competências da enfermeira, é composto pelas categorias: utilizando conhecimentos necessários no cuidado domiciliar, aplicando habilidades no domicílio e tendo atitudes no domicílio. As demais categorias: habilitando-se para o cuidado domiciliar, compreendendo o cuidado domiciliar e seus elementos e desenvolvendo consciência de seus papéis profissionais, explicam como se desenvolvem as competências específicas para a prática de cuidar no domicílio. Desta forma, com a relação e inter-relação dessas categorias, foi possível compreender o fenômeno: Desenvolvendo competências para a prática do cuidado domiciliar: experiência da enfermeira. Este estudo traz contribuições para a prática, pois a enfermeira tem condições de avaliar a sua atividade profissional e refletir sobre aspectos a serem aperfeiçoados. Direciona objetivamente o ensino do cuidado domiciliar e identifica, nesta modalidade, pontos que necessitam de um aprofundamento teórico, colaborando para produção do conhecimento em enfermagem.

**Palavras-chave:** Enfermagem; Competência profissional; Assistência Domiciliar.



CATAFESTA, F. **Developing skills for the practice of home care: the experience of the nurse.** Curitiba, 2008. 121f. Dissertation (Master in Nursing), Universidade Federal do Paraná.

Advisor: Prof. Dr. Maria Ribeiro de Lacerda

**ABSTRACT:** This is a qualitative research using the methodological framework of Grounded Theory (GT), or Data Grounded Theory, in order to identify how the skills of nurses are developed in the practice of home care, and then build a theoretical model to explain these skills from the experience of the nurse. The study occurred between February and November 2008, and 7 nurses who perform home care in public and private sectors, as employees or independent contractors, in the city of Curitiba-PR participated. Data were collected through semi-structured interviews and analyzed simultaneously and circularly, leading to the categories that explain the phenomenon. The central theme, that characterizes the competence of the nurse, is composed by the following categories: using the needed knowledge, applying skills and adopting attitudes in home care. The other categories, such as enabling yourself to home care, understanding home care and its elements, and developing awareness of your professional roles, explain how to develop specific skills for the practice of home care. Therefore, based on the relation and inter-relation of these categories, it was possible to understand the following phenomenon: Developing skills for the practice of home care: the experience of the nurse. This study brings contributions to the practice, as the nurse is able to evaluate his/her professional activities and reflect on aspects to be improved, and it also objectively conducts the teaching of home care and identifies points requiring deeper theoretical study, therefore collaborating to produce knowledge in nursing.

Key-words: Nursing; Professional competence; Home Nursing.

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

FIGURA 1 -	Ilustração da construção do modelo teórico na Grounded Theory.....	37
FIGURA 2 -	Adaptação do esquema: Processo Interativo da Grounded Theory.....	40
FIGURA 3 -	Modelo de Paradigma.....	54
FIGURA 4 -	Classificação das categorias de acordo com o paradigma conceitual/conseqüencial.....	56
DIAGRAMA 1 -	Desenvolvendo Competências para a prática do Cuidado Domiciliar: Experiência da enfermeira.....	59

## LISTA DE TABELAS

TABELA 1 – Amostragem Teórica do estudo.....	44
TABELA 2 – Modelo de Codificação.....	49
TABELA 3 – Modelo de Categorização.....	50
TABELA 4 – Modelo de Nota Metodológica.....	51
TABELA 5 – Modelo de Nota Teórica.....	52
TABELA 6 – Subcategorias e Categorias formadas com a codificação axial.....	55

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b> .....	<b>12</b>
<b>2 OBJETIVOS</b> .....	<b>16</b>
<b>3 REVISÃO DE LITERATURA</b> .....	<b>17</b>
3.1 Cuidado Domiciliar.....	17
3.2 Cuidado Domiciliar e a Competência da Enfermeira.....	21
<b>4 TRAJETÓRIA METODOLÓGICA</b> .....	<b>33</b>
4.1 Grounded Theory.....	34
4.2 Amostragem Teórica .....	41
4.3 Coletando as Informações.....	44
4.4 Aspectos Éticos.....	47
4.5 Local Da Pesquisa.....	47
4.6 CODIFICAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS .....	47
4.6.1 Codificação Aberta – Elegendo os códigos iniciais.....	48
4.6.2 Codificação Axial – Agrupamento de Categorias.....	52
4.6.3 Codificação Seletiva – Seleção da Categoria Central .....	56
<b>5 COMPREENDENDO O DESENVOLVIMENTO DAS COMPETÊNCIAS DA ENFERMEIRA PARA O CUIDADO DOMICILIAR</b> .....	<b>58</b>
5.1 Utilizando conhecimentos necessários no cuidado domiciliar, Aplicando habilidades, Tendo atitudes.....	59
5.1.1 Utilizando conhecimentos necessários no cuidado domiciliar.....	61
5.1.1.1 Conhecimentos expressivos.....	61
5.1.1.2 Conhecimentos instrumentais.....	63
5.1.2 Aplicando habilidades no domicílio.....	64
5.1.2.1 Habilidades expressivas.....	64
5.1.2.2 Habilidades instrumentais.....	68
5.1.3 Tendo atitudes no domicílio.....	69
5.1.3.1 Atitudes expressivas.....	69
5.1.3.2 Atitudes instrumentais.....	72
5.2 Habilitando-se para o cuidado domiciliar.....	73
5.2.1 Motivando-se a trabalhar no domicílio.....	74
5.2.2 Necessitando de bases teóricas para o cuidado domiciliar.....	76
5.2.3 Experiência profissional norteando a prática do cuidado domiciliar.....	79

5.2.4 Buscando aperfeiçoamento.....	81
5.3 Compreendendo o cuidado domiciliar e seus elementos.....	83
5.3.1 Abrangendo o cuidado domiciliar nos aspectos do paciente e da família..	83
5.3.2 Considerando o ambiente e os aspectos organizacionais.....	87
5.4 Desenvolvendo consciência de seus papéis profissionais.....	90
5.4.1 Assumindo papel educativo.....	91
5.4.2 Expressando papéis conexos para no domicílio.....	92
5.4.3 Experenciando os resultados de uma prática competente no domicílio....	94
<b>6 DISCUTINDO COM OS AUTORES.....</b>	<b>97</b>
<b>7 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>107</b>
<b>8 REFERÊNCIAS.....</b>	<b>110</b>
<b>APÊNDICE.....</b>	<b>118</b>
<b>ANEXO .....</b>	<b>120</b>

## 1 INTRODUÇÃO

Durante minha trajetória acadêmica, desde a graduação, sempre me interessei pela pesquisa em Enfermagem. Meu primeiro contato foi no grupo de pesquisa ao qual faço parte até hoje – NEPECHE (Núcleo de Estudos Pesquisa e Extensão em Cuidado Humano de Enfermagem).

Iniciei no grupo em um projeto de iniciação científica sobre os conceitos do cuidado domiciliar, depois migrei para um projeto de pesquisa com puérperas. Agora, no mestrado, tive a oportunidade de desenvolver novamente um trabalho voltado para área de enfermagem domiciliar.

O projeto de iniciação científica intitulado “Assistência à saúde domiciliar e seus diferentes conceitos” (2003/2005), coordenado pela professora Dr<sup>a</sup> Maria Ribeiro Lacerda, tinha como objetivo identificar se os profissionais de saúde atuantes nesta modalidade, compreendiam teoricamente os conceitos que fundamentam as práticas do cuidado domiciliar. Estes eram relacionados ao tipo de atendimento que os profissionais realizavam no domicílio: se realizavam atenção, atendimento, visita ou internação domiciliar. Buscava-se identificar se os profissionais tinham clareza do que estava fazendo no domicílio e se eram capaz de classificar essa atuação corretamente. Com este trabalho, percebeu-se que a maioria dos profissionais apresentavam equívocos em sua atuação no domicílio, pois não conseguiam relatar se faziam uma visita ou atendimento, por exemplo (LACERDA *et al* 2006 ; LACERDA *et al* 2007).

Com isso começam a surgir inquietações referentes à prática desses profissionais, será que eles têm uma prática competente? Como podem ter uma prática competente se apresentam dificuldades em classificar a sua atuação no domicílio? O que falta? Onde está a falha? É na graduação? Não é? Como que eles desenvolvem sua prática? O que é preciso para ser considerada uma prática profissional competente?

Algumas dessas inquietações foram motivadoras para a realização deste estudo, no entanto, focadas na atuação da enfermeira para o cuidado domiciliar, visto que esta é uma área em constante crescimento e desenvolvimento, e que o mercado de trabalho exige cada vez mais um profissional dotado de competências gerais e específicas neste campo de atuação. Desta forma, para atuar no domicílio,

a enfermeira necessita de conhecimentos instrumentais (científicos) e expressivos (comportamentais), e de habilidades como observação, criatividade, comunicação, flexibilidade, dentre outras. A enfermeira necessita assumir uma postura profissional diferenciada para uma prática crítica e reflexiva, desenvolvendo e aprimorando continuamente suas competências nesta modalidade de assistência à saúde que é o cuidado domiciliar.

Cuidar no domicílio é uma ação prestada ao indivíduo e família, com o intuito de promover conforto e qualidade de vida, bem como promover o restabelecimento e promoção do autocuidado. O desenvolvimento de tais ações envolve o conhecimento, responsabilidade, habilidades técnicas, pedagógicas e psicológicas.

As modalidades de assistência à saúde sofrem um processo contínuo de transformação visando atender as necessidades da sociedade. O profissional de saúde necessita adequar-se às mudanças que ocorrem na prática profissional para oferecer um cuidado diferenciado e qualificado ao seu cliente. Desta forma, estas mudanças pedem do profissional, mecanismos de organização flexível, aperfeiçoamento e aprimoramento constante (TIMOTEO; LIBERALINO, 2003).

Assim uma das primeiras considerações prévias a este estudo foi com relação à formação dos profissionais: que bases teóricas e práticas eles estão recebendo para atuar no domicílio? Outro aspecto foi a constatação de um crescente número de enfermeiros recém formados atuando nesta modalidade de cuidado, o que apontou a seguinte inquietação: os enfermeiros estão aptos a desenvolver uma prática competente no cuidado domiciliar? Receberam bases teórico-práticas em sua formação para tal atuação?

Cabe lembrar aqui que a formação do enfermeiro é generalista, com isso, deve ser ampla no sentido de capacitar este profissional ao atendimento à saúde da população em todas as suas especificidades (BRASIL, 2001). Assim, a formação profissional do enfermeiro deve também capacitá-lo para a prática do cuidado domiciliar. Frente a isto, surge outra questão: se a formação do enfermeiro é generalista, onde ele adquire competências específicas para o cuidado domiciliar? Será da sua prática? Da sua experiência profissional em cuidado domiciliar?

Para tanto, antes de se falar em uma prática competente, necessitamos compreender o conceito de competência. Para isso buscamos na literatura alguns conceitos que embasaram este trabalho bem como guiaram o seu desenvolvimento.

Competência de acordo com Perrenoud (2002) é a aptidão para dominar um conjunto de situações e processos complexos agindo com discernimento, necessitando que a pessoa, para isto, disponha de recursos cognitivos pertinentes, de saberes, de capacidades, de informações, de atitudes, e de valores. No entanto, não basta apenas ser possuidor destes recursos, é necessário conseguir mobilizá-los e pô-los em sinergia no momento oportuno, de forma inteligente e eficaz.

Exige-se, sobretudo, que o enfermeiro faça e refaça sua prática de acordo com as necessidades atuais, através da (re)elaboração de modelos e métodos pautados cientificamente, para o desenvolvimento técnico-científico da profissão.

Enfermeiros críticos, questionadores, independentes, reflexivos sobre a realidade em que estão inseridos são capazes de propor mudanças para a transformação da sociedade e melhoria das condições de vida e saúde da população. Deste modo, demonstra-se importante que o enfermeiro não apenas aprenda o conhecimento que lhe foi transmitido, mas é preciso que ele possa “aprender a aprender”, pois somente desta forma estará capacitado a refletir sobre a prática, pensar em soluções ou inovações para a mesma e propor mudanças a fim de transformar realidades.

Neste cenário, considerando a área do cuidado domiciliar como merecedora de atenção, visto os *déficits* que a mesma traz consigo, é preciso focalizá-la em nossas atenções a fim de provocar mudanças significativas para o desenvolvimento efetivo nesta área em ascensão no mundo de trabalho.

Este tipo de assistência à saúde exige do profissional o conhecimento, a habilidade e atitude para perceber as várias especificidades que esta modalidade apresenta como um conjunto único e indivisível, (cliente, contexto domiciliar, família, cuidador, equipe multiprofissional, rede social e as relações entre os mesmos) e assim planejar, organizar e coordenar ações que atendam as demandas de cada casa. Lembrando-se sempre que cada cliente/família, em seu contexto, possui crenças, valores e costumes, que precisam ser respeitados e considerados.

Desta forma, é preciso desenvolver conhecimentos e estratégias que auxiliem os enfermeiros a desenvolver sua prática com competência, ou seja, que sejam detentores do saber técnico-científico, fundamento básico para a prática profissional, mas que também saibam como utilizar, articular e mobilizar o conhecimento adquirido em situações diversas, sempre em uma prática crítica e reflexiva. Frente a estas colocações, tem-se a questão norteadora deste trabalho:



**Como a enfermeira desenvolve competências na prática do cuidado domiciliar?**

Frente ao exposto, neste estudo, buscou-se responder as questões apresentadas e entender como se desenvolvem competências específicas para a prática da enfermeira no cuidado domiciliar.

## **2 OBJETIVO**

Construir um modelo teórico que explicita as competências da enfermeira para o cuidado domiciliar a partir de sua vivência.

### **3 REVISÃO DE LITERATURA**

Este estudo refere-se a prática da enfermeira no cuidado domiciliar a saúde, tendo com questão central as competências requeridas para sua atuação nesta modalidade. Assim, faz-se necessário um aprofundamento teórico acerca do cuidado domiciliar, bem como das competências para este cuidado. Para o alcance de tal aprofundamento traz-se como revisão de literatura neste estudo os tópicos, a saber: Cuidado Domiciliar, Competências: suas definições e a enfermagem e Cuidado domiciliar e a competência do enfermeiro.

#### **3.1 Cuidado Domiciliar**

Por volta do final do século XX, o cuidado domiciliar ressurgiu como área de atuação dos profissionais de saúde. Mais especificamente, e de forma mais intensa, no início da década de 90, com as mudanças advindas da globalização e conseqüente aumento da competitividade que atingiu os planos de saúde, o cuidado domiciliar é apoiado com a proposta de diminuir o número de leitos nos hospitais, humanizar a assistência, diminuir custos, entre outros.

Desta forma, o cuidado domiciliar emerge no mercado de trabalho e é tido como alternativa eficiente para prevenir, promover e restabelecer a saúde da população de forma integral, no domicílio do paciente e sua família. Com isso o cuidado domiciliar é visto como o atendimento integral ao indivíduo e família, ou seja, os mesmos são assistidos por profissionais que compõem a equipe de saúde. Este atendimento acontece em cenários peculiares que pressupõe dos profissionais “competências ampliadas para uma intervenção clínica psicossocial, conforme demandas próprias, de modo a resgatar e a promover a saúde e a potência da vida, dentro das melhores expressões possíveis” (PÜSCHEL; IDE; CHAVES, 2003, p.207).

A colocação das autoras demonstra-se relevante, visto a ampla consideração acerca desta modalidade. Faz-se necessário que o enfermeiro domiciliar esteja apto a desenvolver ações de promoção, prevenção, proteção e reabilitação da saúde, tanto individual quanto coletivamente (WITT; ALMEIDA; ARAUJO, 2006).

A abordagem da saúde pelos profissionais, na perspectiva do coletivo, além do individual, mostra-se imprescindível ao cuidado no domicílio, uma vez que neste ambiente há o envolvimento da família, da relação entre seus membros, do contexto onde todos estão inseridos e do aspecto social, político, econômico e cultural em que o domicílio se insere. Para tanto, a atuação da equipe multiprofissional é outro aspecto fundamental no cuidado domiciliar, a fim de atender as necessidades de todos os fatores a serem considerados neste cenário.

Há ainda, as peculiaridades e as circunstâncias vivenciadas por cada cliente, cada família, cuidador, domicílio que devem ser consideradas na assistência, pois cada família “tem a possibilidade de decidir como ser de acordo com as circunstâncias que tem de viver a cada dia” (DELGADO, 2005, p.87).

Do mesmo modo, para cuidar no domicílio, é preciso compreender a dinamicidade do contexto domiciliar. Dinamicidade esta que exerce influência na prática do cuidado domiciliar. O cuidado domiciliar envolve compreender a família, a vida doméstica e a comunidade de maneira articulada, e inseridas na dinâmica política e econômica da sociedade (KLOCK; HECK; CASARIM, 2005, p.238).

O enfermeiro também deve estar apto a atuar nos diferentes níveis de complexidade do cuidado domiciliar, que compreendem da baixa à alta complexidade. De acordo com a Resolução nº 267 do Conselho Federal de Enfermagem (BRASIL, 2001) que trata da Enfermagem em *Home Care*, é compreendido por baixa complexidade no cuidado domiciliar as ações de promoção e/ou manutenção de vida saudável, por média complexidade os cuidados de Enfermagem, ações e procedimentos, com o intuito de tratar uma doença em curso.

E por fim, alta complexidade como procedimentos realizados por uma equipe multiprofissional, bem como uma internação domiciliar do cliente. Estas complexidades exigem do enfermeiro formação diferenciada, um profissional, verdadeiramente dotado de competência, a fim de assumir o cuidado domiciliar com ética, compromisso e responsabilidade.

Frente ao exposto, nota-se que o cuidado domiciliar constitui um desafio aos profissionais de saúde, pois ao adentrar no domicílio estes se deparam com a singularidade e intimidade do indivíduo, sua família, bem como as relações estabelecidas entre estes. Todavia, esta oportunidade possibilita ao enfermeiro visualizar características específicas de cada indivíduo e família em seu cotidiano,

permitindo ao profissional atuar de forma individualizada e humanizada, resultando em um cuidado mais efetivo e qualificado.

Prestar cuidado no domicílio consiste em uma abordagem de cuidar e reabilitar o paciente em seu contexto familiar. No entanto saber conviver diariamente com famílias de diferentes classes sociais e econômicas, respeitando a privacidade, valores e crenças de cada uma delas, torna-se um desafio para os profissionais de saúde (SANTOS, 2005).

No cuidado domiciliar o paciente recebe alta hospitalar e é admitido em seu lar para dar continuidade ao tratamento, ou quando está em casa e precisa de cuidados profissionais, porém sem necessidade de internação hospitalar. Para ser admitido em cuidado domiciliar, faz-se necessário considerar alguns critérios que determinam a possibilidade ou não deste tipo de assistência à saúde.

Os critérios que auxiliam a seleção de clientes para o cuidado domiciliar, segundo Duarte e Diogo (2000), são a estabilidade clínica, a rede de suporte social (cuidador, família, amigos e voluntários), o ambiente apropriado, a avaliação profissional das demandas existentes e o suporte financeiro.

Além dos aspectos objetivos, cabe aqui lembrar que o cuidado domiciliar também envolve aspectos subjetivos. É preciso que o profissional que se dispõe a esta modalidade de cuidado desenvolva habilidades de observação e percepção, para captar as singularidades de cada contexto e também identificar até que ponto as mesmas auxiliam ou interferem no tratamento do cliente.

Outrossim, Lacerda (2000) afirma que o enfermeiro domiciliar quando se dispõe e se prepara para cuidar desenvolve qualidades profissionais como sensibilidade e atributos tais quais a maturidade, saber entrar nos lares, saber conversar, ser flexível, criativo, ter objetivos de cuidado entre outros.

O domicílio não é apenas um espaço físico, mas sim o “local onde está a família e é nele que seus componentes se desenvolvem física, emocional, mental e espiritualmente, é aí que as primeiras relações sociais se estabelecem” (LACERDA, 1996, p.5). Dessa forma, ao adentrar na casa do cliente o profissional deve desenvolver ações de interação com a família, exercitando habilidades de observação e percepção, para evitar que suas ações sejam centralizadas apenas no cliente, ou seja, considerando também os problemas apresentados por outros fatores, como os recursos disponíveis no contexto domiciliar (econômicos,

higiênicos, de segurança entre outros) e também as relações que ocorrem entre os integrantes do domicílio (LACERDA; OLINISKI, 2004).

O contexto domiciliar deve ser percebida pelo profissional de maneira abrangente, indo muito além do espaço físico, como um conjunto de coisas materiais, eventos físicos e emocionais e seres humanos que se relacionam entre si, sendo estes elementos singulares, porém de interferência mútua e simultânea (LACERDA, 2000).

Corroborando, Püschel, Ide e Chaves (2005, p.466) dizem que o cuidado domiciliar exige do profissional uma gama de conhecimentos, dos mais variados. A ausência dos mesmos impossibilita uma atuação profissional efetiva e eficaz, pois além de considerar questões clínicas e psicossociais do indivíduo, o cuidado voltado à família, ao domicílio e a relação entre esta tríade é de fundamental importância. As particularidades de cada domicílio requerem uma adaptação exímia do profissional a cada situação vivenciada.

Sendo perceptível a extensa amplitude da atuação em cuidado domiciliar, a enfermagem nesta área adquire um papel fundamental e imprescindível, pois deve responder às necessidades apontadas, não apenas no intuito de efetuar regras e normas que lhes são impostas pelo serviço, mas satisfazer também, e principalmente, o usuário do serviço, bem como sua família.

Para desenvolver o cuidar no domicílio efetivamente, o enfermeiro deve realizar algumas atividades essenciais a esta modalidade de cuidado. Ribeiro (1999) descreve como papel do enfermeiro no cuidado domiciliar: avaliar a condição do paciente, situação da família e condição da casa; identificar os problemas e necessidades do paciente bem como de sua família; verificar as necessidades de modificações na casa e também necessidades de equipamentos que o paciente precisará para seu tratamento/cuidado; determinar os serviços que são necessários para se cuidar do paciente e sua família; ensinar o paciente, família e pessoal não-profissional; aconselhar, apoiar e habilitar o paciente e sua família; supervisionar o pessoal não-profissional, reavaliar e modificar, quando necessário, os serviços ao paciente e família.

No entanto, desenvolver tais atividades nem sempre é tarefa fácil, pois não basta apenas deter o conhecimento técnico-científico, deve-se também ter a sensibilidade para saber quando utilizá-lo e a capacidade de mobilizar os recursos

disponíveis para o seu uso. Assim, é necessário desenvolver competências específicas capazes de guiar e efetivar o cuidado no domicílio. Compreendendo-se competência como fator que se revela e se concretiza na ação, ou seja, é “(...) no fazer que se revela o domínio dos saberes e o compromisso com o que é necessário, concretamente, e que se qualifica como bom, por quê e para quem” (ACURCIO, 1998, p.167).

As competências e habilidades específicas orientam, de forma explícita e direcionada, o desempenho prático que se espera do profissional, ou seja, elas representam o “(...) resultado contínuo e progressivo que se espera das ações desenvolvidas no seu exercício profissional” (SANTOS, 2004, p. 69).

A construção de competências dos profissionais de saúde no contexto domiciliar faz parte de um conjunto de iniciativas que buscam dar resposta às necessidades dos serviços, para a resolução dos problemas de saúde (WITT; ALMEIDA, 2003, p.433). Frente ao exposto, percebe-se que atuar no domicílio exige do profissional capacidade para lidar com as mais diversas situações, considerando a singularidade de cada uma delas, com competência para mobilizar os recursos necessários para sua atuação em cada situação.

### **3.2 Cuidado Domiciliar e a Competência da Enfermeira**

A competência, segundo Brasil (2000) é a capacidade de articular, mobilizar e colocar em ação valores, conhecimentos e habilidades necessários para o desempenho eficiente e eficaz de atividades requeridas pela natureza do trabalho. No entanto, Perrenoud (1999, p. 07) traz que ser competente significa ter “capacidade de agir eficazmente em um determinado tipo de situação, apoiada em conhecimentos, mas sem limitar-se a eles”.

Segundo Le Boterf (1994), todos os dias depara-se com a constante possibilidade de encontrar pessoas que possuem conhecimentos ou capacidades, mas não sabem mobilizá-los de modo pertinente em determinadas situações. Com isto, pode-se dizer que a competência se realiza na ação, ou seja, não é inventada na hora. Desta forma, se faltam os recursos a mobilizar, não há competência, igualmente se os recursos existem, mas não são mobilizados em tempo útil e intencionalmente, na prática é como se eles não existissem.

O conceito de competência então é pensado como o conjunto de conhecimentos, habilidades e atitudes que se utilizados de maneira articulada resultem em um alto desempenho, isto por acreditar que os melhores resultados estão fundamentados “(...) na inteligência e personalidade das pessoas (...), ou seja, a competência é percebida como estoque de recursos, que o indivíduo detém” e sabe o que fazer com este estoque (FLEURY; FLEURY, 2001, p.185).

Assim, uma competência se define como “um saber agir responsável e reconhecido, que implica mobilizar, integrar, transferir conhecimentos, recursos e habilidades, que agreguem (...) valor social ao indivíduo” (FLEURY; FLEURY, 2001, p.187).

Para o cliente a relação do saber-fazer da enfermeira é muito importante, pois é o fazer que nos constrói e nos apresenta como profissionais. “Para o cliente que cuidamos e seus familiares, o importante é o fazer do profissional, pois este tem que resolver problemas, apontar soluções, melhorar as situações com as quais está interagindo” (LACERDA; COSTENARO, 1999, p.9).

A descrição acima se explica pelo fato de que competência se revela e concretiza na ação, ou seja, é na prática profissional que se “(...) mostram suas capacidades, que exercitam suas possibilidades, que se atualizam suas potencialidades” (ACURCIO, 1998, p.167).

É importante perceber que transferência de conhecimentos não acontece de forma automática, esta se adquire através do exercício e de uma prática reflexiva, em situações que possibilitam mobilizar saberes, transpô-los, combiná-los, inventar uma estratégia original a partir de recursos que não a contêm e não a ditam (PERRENOUD, 1999). Assim, desenvolver eficazmente o cuidar, o fazer da enfermagem refere-se a utilizar todos os conhecimentos pertinentes a sua atuação, mobilizando e combinando todos os recursos existentes. Sabe-se que existem vários tipos de conhecimentos, sendo que não há um mais ou um menos importante, todos são fundamentais. Segundo Lacerda, Zagonel e Martins (2006), para o desenvolvimento do cuidar são exigidos da Enfermagem outros conhecimentos além do científico, visto que existem algumas soluções que a ciência não fornece.

É preciso, no entanto, ter a sensibilidade para identificar o melhor momento para usar todos os conhecimentos ou parte deles de maneira articulada e intencionada visando um resultado efetivo.



O saber da enfermagem constitui uma série de conhecimentos e habilidades que devem ser usados articuladamente para que se chegue a um cuidado de qualidade. Diante disto, é possível notar que para ser enfermeiro ou cuidador profissional, faz-se necessário desenvolver competências para executar seu trabalho com qualidade.

Para tanto, entende-se por competência a capacidade individual para enfrentar um conjunto de situações, mobilizando de forma rápida e criativa, em momento oportuno, múltiplos recursos: inteligências, informações, valores, atitudes, habilidades, esquemas de observação, percepção, avaliação e raciocínio (PERRENOUD, 1999). Nascimento *et al* (2003, p.447) completa o conceito de Perrenoud, trazendo que as competências são como:

Esquemas mentais socioafetivos, psicomotores ou cognitivos, que precisam ser desenvolvidos sob a ótica para a qual o saber-fazer não é resultado de uma instrução mecanicista, mas de uma construção mental que mobiliza e incorpora novos saberes e experiências, viabilizando uma requalificação e uma reprofissionalização em função das mudanças econômicas e tecnológicas.

Dessa forma, a competência de um indivíduo não é um estado, não se reduz a um conhecimento ou *know how* específico, “(...) os conhecimentos e o *know how* não adquirem *status* de competência a não ser que sejam comunicados e utilizados”. Com isso a competência de um indivíduo é “(...) a inteligência prática para situações que se apóiam sobre os conhecimentos adquiridos e os transformam com tanto mais força, quanto mais aumenta a complexidade das situações” (FLEURY; FLEURY, 2001, p.185 – 7).

Contudo, Fleury e Fleury (2001, p. 187), apresentam competência associada “(...) a verbos como: saber agir, mobilizar recursos, integrar saberes múltiplos e complexos, saber aprender, saber engajar-se, assumir responsabilidades, ter visão estratégica”. Dentro do contexto domiciliar é imprescindível que o profissional saiba agir competentemente comunicando estas ações e seu conhecimento junto ao seu fazer.

Ser competente significa avaliar e ponderar cada situação, encontrar uma solução e tomar a melhor decisão depois de examinar e discutir tal situação de maneira conveniente e adequada. A competência exige o saber, o saber fazer e o ser/conviver (conhecimentos, habilidades e atitudes) (MARTINS, 2007). A autora

completa dizendo que a competência é uma construção mental e não a mera resolução de tarefas. Quem sabe fazer deve saber por que está fazendo desta maneira e não de outra.

Para entendermos com maior clareza a competência do enfermeiro para o cuidado domiciliar, necessitamos compreender um pouco mais desta modalidade de assistência à saúde.

Para Lacerda (1999), o cuidado domiciliar é entendido como aquele que é desenvolvido ao cliente e família no espaço de suas residências. As ações desenvolvidas neste contexto vão do acompanhamento, conservação, tratamento, recuperação até à reabilitação de clientes e de seus familiares em diferentes faixas etárias, em resposta a suas necessidades, providenciando o funcionamento efetivo do contexto domiciliar.

Cuidar no domicílio envolve compreender a família, a vida doméstica e a comunidade de maneira articulada, e inseridas na dinâmica política e econômica da sociedade (KLOCK; HECK; CASARIM, 2005, p.238).

A enfermagem tem seu foco no ser humano e na suas múltiplas relações cotidianas. O enfermeiro está o tempo todo se deparando com aspectos comuns e incomuns do ser humano, como a “(...) solidão, a incomunicabilidade, os desencontros e desencantos, os amores desfeitos, vidas precárias ou interrompidas, ingredientes estes que constituem no inóspito do cotidiano” (LIMA, 2005, p.71).

Estas relações cotidianas podem ser vividas com maior intensidade no contexto domiciliar, pois neste local o enfermeiro convive com maior intimidade durante um determinado período de tempo com o cliente e família. É também no domicílio que o cliente e a família se desvelam verdadeiramente, permitindo ao enfermeiro a oportunidade de observar o modo como as pessoas enfrentam as mais diversas situações do seu cotidiano e do processo saúde-doença. Torna-se possível também a observação dos recursos disponíveis para o enfrentamento dos acontecimentos do dia-a-dia de cada família em seu domicílio (LACERDA; OLINISKI, 2004, p.240).

Para que se torne possível proporcionar ao cliente e família o apoio necessário e sustentar um sistema de cuidados são necessárias algumas competências (conhecimentos, habilidades e atitudes) que subsidiem e

fundamentem a prática do cuidado domiciliar do enfermeiro, tornando a mesma uma prática reflexiva e não mecanicista.

As competências não são elas mesmas saberes, *savoir-faire* ou atitudes, mas mobilizam e integram tais recursos. Essa mobilização só é pertinente em situação, sendo cada situação singular, mesmo que se possa tratá-la como outras anteriormente encontradas. Dessa forma, exercer uma competência significa fazer relações mentais complexas, subentendidas por esquemas de pensamento (PERRENOUD, 2000).

Além disso, conforme mencionam Püschel, Ide e Chaves (2005, p. 468), uma competência equivale a evocar alguns elementos complementares como

os tipos de situações das quais dá um certo domínio, os recursos que mobiliza, os conhecimentos teóricos ou metodológicos, as atitudes, o *savoir-faire* e as competências mais específicas (...), os esquemas de percepção de avaliação, de antecipação e de decisão, e a natureza dos esquemas de pensamento que permitem a solicitação, a mobilização e a orquestração dos recursos pertinentes em situação complexa e tempo real.

Assim, para desenvolver-se efetivamente no cuidado domiciliar, o enfermeiro necessita tomar para si competências "(...) que possibilitem a compreensão do trabalho em saúde, autonomia, a iniciativa, a capacidade de resolver problemas, trabalhar em equipe multiprofissional, aprender continuamente e pautar-se pelos princípios éticos (...)", com a capacidade para lidar com as mais diversas situações, desenvolvendo eficazmente o seu trabalho (CARRIJO; PONTES; BARBOSA, 2003, p.159).

Segundo Lacerda, Zagonel e Martins (2006), para o atendimento domiciliar à saúde o enfermeiro deve estar atento para o planejamento de suas ações, com objetivos voltados à assistência, ao diagnóstico e também às condições familiares e do contexto da casa sob as quais se encontra o paciente.

Para ser um profissional competente no contexto domiciliar o enfermeiro, além de possuir o conhecimento necessário ao desenvolvimento desta prática, bem como saber mobilizar os recursos necessários à aplicação dos mesmos, deve estar atento a aspectos que envolvem o paciente, geralmente o idoso, o contexto domiciliar, a família, o cuidador e a equipe multiprofissional. Pois estes elementos são pontos fundamentais a esta modalidade de cuidado.

Shimizu, Lima e Santana (2007, p.162) apontam que a competência profissional pode ser construída pelos próprios trabalhadores “no desenvolvimento de processos de trabalho, sendo que os espaços formativos e as organizações de trabalho são imprescindíveis para propiciar um aprendizado qualificado”. A prática se mostra como uma forma efetiva, segundo as autoras, para desenvolver competências.

Referente às competências necessárias ao cuidado domiciliar, depara-se com Püschel (2003) ao considerar que para atuar no domicílio, fazem-se necessárias as competências gerais, atitudinais/relacionais e clínica e psicossocial.

Com relação às **competências gerais**, o enfermeiro deve conhecer referências que sustentam a abordagem psicossocial; construir competências gerais e específicas de empresas que prestam assistência no domicílio; elaborar estratégias de articulação do processo de trabalho em grupo (representações, momentos e investimentos específicos, critérios e esquemas de avaliação da assistência e resultados alcançados), bem como realizar reuniões para avaliação das ações.

Referentes às **competências atitudinais/relacionais** (baseadas em Greco e King *apud* Püschel, Ide e Chaves, 2005<sup>1</sup>), o enfermeiro deve possuir assertividade em suas ações, flexibilidade, respeito pelo direito de escolha do cliente, curiosidade e consciência de si próprio com ser humano; compreender que o profissional e que o cliente e família ditam regras; habilidade na entrevista; sensibilidade cultural, deixando de lado preconceitos, a fim de não interferir no vínculo profissional/cliente/família flexibilidade no estabelecimento dos limites; adaptação das ações às necessidades e recursos do indivíduo e seu contexto domiciliar; avaliação do atendimento; pouco controle sobre o ambiente; a confiança é primordial na relação profissional/cliente/família, que devem atuar em conjunto a fim de alcançar objetivos comuns; e a empatia como habilidade cognitivo-afetiva de integração.

As **competências clínica e psicossocial** referem-se à capacidade do enfermeiro para realizar um julgamento clínico e psicossocial considerando o contexto, estabelecendo uma parceria enfermeiro/cliente e família nas condutas através do contrato terapêutico. Também é necessário que o enfermeiro tenha a

---

<sup>1</sup> GRECO, B. G. ; KING, J. K. Cuidado de enfermagem psiquiátrica domiciliar. In: Stuart, G. W. ; Laraia, M. T. Enfermagem psiquiátrica: princípios e práticas. Porto Alegre: Artmed, 2001.

atitude necessária para a tomada de decisão, bem como estabelecer sentido da evolução, ampliando o foco de viver e considerando a melhor resposta possível no que se relaciona ao autocuidado (PÜSCHEL, 2003).

Cabe lembrar que as competências são a articulação e mobilização dos conhecimentos, ou seja, não basta ser detentor do conhecimento técnico-científico, é preciso saber como utilizá-lo na prática profissional. Frente a isto, necessitamos conhecer que conhecimentos de fato o enfermeiro necessita ser detentor para ter uma prática competente. Com isto a partir daqui, desenvolve-se o texto com base nos conhecimentos necessários ao enfermeiro para o desenvolvimento do cuidado domiciliar. Conforme Lacerda, Zagonel e Martins (2006) o profissional tem como objetivo alcançar o melhor nível de saúde do indivíduo e de sua família. Necessitando do conhecimento que respalde suas ações, de maneira que ao relacionar a teoria com a prática, tenha a clareza e o domínio sobre o cuidado a ser prestado. Para as autoras o conhecimento científico constitui um dos alicerces para a realização do cuidado domiciliar, tornando-o um processo contínuo de busca e aperfeiçoamento. O enfermeiro que presta assistência à saúde domiciliar, torna-se competente quando sabe agir utilizando o conhecimento científico. Utiliza o que aprendeu tanto em sua formação universitária como em sua vivência prática, assim, com posse disto utiliza o raciocínio para adaptar as situações, procurando utilizar recursos da casa para resolver os problemas (LACERDA, 2000). Além do conhecimento científico é necessário que o enfermeiro assuma uma postura política ao atuar no domicílio. Para White (1995), o conhecimento sócio-político possibilita ampliar o olhar do profissional acerca do relacionamento interpessoal enfermeira-paciente, situando este olhar em um contexto mais amplo. Bretãs (2003, p.5) compreende a política como um conjunto de esforços que produz saber e é o saber que confere o poder. Assim, o autor justifica que não existe uma relação de poder "(...) sem a constituição correlata de um campo de saber, nem saber que não suponha e não constitua, ao mesmo tempo, relações de poder". Ou seja, não existe um saber neutro: "todo saber é político, visto que é fruto das relações de poder". Desta forma, confirma-se que o enfermeiro pode e deve ter uma participação política no contexto domiciliar. Diante disto, percebe-se que o conhecimento sociopolítico no desenvolvimento da assistência domiciliar à saúde, também se torna fundamental, uma vez que cuidado domiciliar envolve além da compreensão da família e sua vida doméstica, também a compreensão da comunidade como partes inseridas na

dinâmica política e econômica da sociedade. Assim, enquanto os demais conhecimentos se preocupam com o *quem, como e o que* da prática da enfermagem, o conhecimento sóciopolítico dirige sua preocupação para *em que lugar*. Levando-se em consideração a cultura de cada contexto (MADUREIRA, 2004, p. 359). Outrossim, este conhecimento, configura-se em uma atitude que o enfermeiro deve possuir para sua atuação nesta prática. O conhecimento estético também é essencial para esta estratégia de cuidado, pois corresponde ao que é subjetivo e somente se torna visível na ação do cuidar. Se expressa no processo de interação entre enfermeira, cliente e família, despertando nos últimos a capacidade de enfrentar desafios. Para Waldow (1998), o cuidado humano torna-se uma postura ética e estética exigindo a articulação e mobilização do conhecimento, da habilidade e da intuição. A intuição é descrita como conhecimento e sentimento que possibilita a tomada de decisão sem o recurso do processo analítico consciente (SILVA; BALDIN; NASCIMENTO, 2003). No entanto cabe esclarecer, que a mesma somente constitui uma competência se utilizada de maneira intencionada e articulada a outros recursos. A intuição é um legítimo e essencial instrumento para o julgamento clínico. Assim, os julgamentos intuitivos distinguem-se de outras decisões que uma máquina, computador, por exemplo, pode tomar, pois este não tem a sensibilidade que a enfermeira *expert* possui para fazê-lo (BENNER; TANNER, 1987). Corroborando com as autoras acima, Lacerda (2000, p.132-133), relata que o enfermeiro no contexto domiciliar está atento "(...) à viabilidade das ações de cuidados propostas, porque têm o *feeling* da situação, a vivência e a *expertise* para perceber a adequabilidade/pertinência do cuidado proposto". *Expertise* é geralmente considerada como uma característica dos indivíduos que tenham atingido o auge de sua performance em sua área de conhecimento. Os *experts* possuem dois tipos de conhecimentos, o experimental e o teórico, e utilizam suas experiências para resolver os problemas. Ainda, em determinadas situações, os *experts* tomam decisões inconscientes, ou seja, algumas atitudes, na solução de problemas, são tomadas sem saber as razões para tais (HAMPTON, 1994). Uma enfermeira *expert* é capaz de interagir com o cliente e família utilizando o conhecimento técnico-científico, sócio-cultural, ético e estético e também o conhecimento intuitivo de maneira peculiar, de um jeito que só ela sabe, é capaz de sentir *coisas*, as quais não deixa passar despercebidas, utilizando-as para um bem comum, ou seja, ao seu favor na prática profissional e também em benefício do

cliente e família. O conhecimento ético é fundamento decisório para a prática da assistência domiciliar, devendo-se respeitar a privacidade e a confidencialidade das informações. A privacidade é um princípio que deriva da “autonomia, e engloba a vida privada, a honra das pessoas, significando que são os próprios indivíduos que têm direito de comunicar a quem, quando, onde e em que condições as informações pessoais devem ser reveladas” (FONTES; MARTINS, 2000, p.32). As informações reveladas confidencialmente, no contexto domiciliar, “são todas aquelas que a equipe de saúde descobre no exercício de sua atividade, mesmo havendo desconhecimento do usuário” (FONTES; MARTINS, 2000, p.32). Ainda, no contexto domiciliar é preciso que o enfermeiro conheça a si próprio antes de adentrar na casa do cliente, despindo-se de todo o etnocentrismo com vista a um atendimento humanizado e qualificado. Para isto é necessário ter a sensibilidade para aceitar que não se conhece o outro. O conhecimento pessoal e o desconhecimento pertencem a um processo dinâmico de tornar-se consciente de si. Torna-se preciso também que o enfermeiro esteja disposto e receptivo ao outro, reconhecendo que não se conhece a subjetividade do outro. Assim, para um cuidado efetivo no contexto domiciliar é preciso além do auto-conhecimento, perceber o desconhecimento em relação ao outro. Talvez esta seja a habilidade mais difícil para ser desenvolvida no contexto do cuidado domiciliar, pois é preciso se despir de sua própria história, valores e experiências e mostrar-se verdadeiramente aberto ao outro (LACERDA; ZAGONEL; MARTINS, 2006). Sabe-se que todos esses conhecimentos são importantes e fundamentais para o cuidado domiciliar, no entanto, como já mencionado anteriormente, para se tornar um enfermeiro competente, não basta apenas conhecê-los, é preciso que se tenha a sensibilidade e capacidade de utilizá-los em sua prática profissional. Para Santos (2004) as pessoas são consideradas competentes quando conseguem resolver com segurança e agilidade, situações inéditas e complexas, quando tem uma prática *expert*, assim, uma pessoa que tenha o mesmo grau de conhecimento da primeira só consegue resolver determinadas situações se souber utilizar esses conhecimentos de forma tão eficaz quanto à primeira. Os enfermeiros no cuidado domiciliar “(...) desenvolvem segurança e experiência que, combinadas com a habilidade de fazer adaptações, possibilitam

seus movimentos através de três estágios: dependência; moderada dependência e autonomia” (NEAL<sup>2</sup> *apud* LACERDA, 2000, p. 216-217).

É preciso que as enfermeiras adaptem muitas coisas para obter autonomia no cuidado domiciliar, tais como: componentes logísticos e clínicos; cada cliente a sua própria casa, recursos, necessidades e capacidade de aprendizagem. As enfermeiras adaptam procedimentos, equipamentos e a si mesmas e seus próprios recursos que são tangíveis ou intangíveis para prover o cuidado ao cliente. Para que tal ocorra à enfermeira precisa ser adaptável ou com potencial para se tornar adaptável, criativa, inovadora, flexível, inerentemente organizada, e boa comunicadora (NEAL *apud* LACERDA, 2000, p. 216-217).

Ainda, para desenvolver o cuidado domiciliar eficazmente, são necessárias outras habilidades que constituem o conjunto de competências necessárias para esta prática. Segundo Mendes e Bastos (2003, p. 271), “a profissão Enfermagem vivencia um grande desafio na construção e organização do conhecimento sobre o qual alicerçar e direcionar as suas práticas assistenciais, incluindo nesse desafio o desenvolvimento de um processo de trabalho”.

Também no cuidado domiciliar, a enfermeira “(...) ao realizar determinada ação, fazer determinado cuidado, usa a avaliação, através de um exame clínico, observando, coletando dados e acrescentando as informações que já obteve. (...) É necessário estar analisando, refletindo para delimitar a área de atuação e para julgar a situação” (LACERDA, 2000, p.130).

Outro aspecto importante a ser observado nesta modalidade de assistência à saúde e que também se torna uma atitude/habilidade necessária nesta prática é a contextualização do domicílio e seus integrantes, considerando também o cuidador domiciliar um integrante deste contexto, pois nem sempre o cuidador é um familiar, mas pode ser considerado como tal pela família. Isto vai depender do conceito que o cliente tem do que é família. Vale ressaltar que o cuidador também é um ser merecedor de cuidados, e muitas vezes, necessita de mais cuidados da parte do enfermeiro do que o próprio cliente e família. Cabe aqui aprofundar um pouco nosso entendimento do que é família e em seguida de quem é o cuidador e porque este é merecedor de cuidados. Faro (2000), diz que família vai além da definição pela sua composição. Para a autora a conceituação da palavra família se trata também da

---

<sup>2</sup> NEAL, I. J. Neal theory of home health nursing practice. **Image J. Nurs. Scho.**, Indianápolis, v.31, n. 3, p. 251-254, 1999.



união de pessoas com vínculos emocionais, afetivos, de interesse ou legais, vivendo juntas por um determinado período de tempo, com suas regras, valores, crenças, deveres e responsabilidades. Assim, um amigo ou vizinho pode ser considerado um membro da família.

Podem ser cuidadores, segundo Costenaro e Lacerda (2002), pessoas da equipe de saúde, família, amigos ou a rede social de apoio dos seres cuidados, sendo estes últimos denominados pelas autoras de significantes. Em algumas ocasiões, quando vamos prestar um cuidado profissional, volta-se a preocupação ao ser cuidado, afinal é ele quem está doente e necessitando de cuidados.

Nem sempre. Realmente tem-se uma preocupação maior com o ser cuidado, porém para ser um profissional competente no contexto domiciliar, deve-se considerar também a família, o contexto domiciliar, as relações estabelecidas pelos integrantes da casa, e também, o cuidador. Visto que, segundo Costenaro e Lacerda (2002, p.33-34) “o cuidador é um ser que sofre, se machuca, perde, e se entrega, e mesmo que seja profissional, tem seu aspecto pessoal vinculado, trazendo, em muitas situações de cuidado, desgaste e desestruturação do seu ‘self’”.

O cuidador, antes de assumir este papel, é um ser humano como outro qualquer, e como tal está suscetível a alterações bio-psico-sociais que podem afetar sua saúde. Desta forma, percebe-se que o cuidador é um ser que também necessita de cuidado. Assim, o cuidado ao cuidador é necessário para que haja uma qualidade de vida a este, e, conseqüentemente, uma prestação de cuidado qualificada.

Ainda com relação ao contexto domiciliar e seus integrantes, torna-se necessário considerar que cada casa apresenta diferentes realidades, culturas, valores e crenças (LACERDA, 2000). Assim, para considerar o ser humano em sua totalidade, faz-se preciso vestir diferentes “óculos” a fim de compreender as várias realidades de maneira aquém de sua própria visão.

Para atuar no domicílio, Portillo e Schumacher (1998), descrevem oito competências esperadas do enfermeiro na prática do cuidado domiciliar: prática clínica de enfermagem avançada; condução *expert* e treinamento de clientes e familiares e outros provedores de cuidados; consulta; habilidades de pesquisa incluindo o uso, evolução e condutas; liderança clínica e profissional; colaboração; habilidades para instigar trocas e finalmente habilidades nas decisões e ações éticas.

Ainda, para se tornar um profissional nesta modalidade e desenvolver com competência este trabalho, é necessário que o enfermeiro assuma algumas atitudes e se sinta realmente apto para atuar nesta modalidade. Lacerda (2000) descreve que para ser um profissional no cuidado domiciliar, o enfermeiro precisa sentir-se chamado e dispor-se para atuar no domicílio. Além disso, o cuidado prestado deve seguir um objetivo, ou seja, toda a ação deve ser fundamentada e intencionada.

O enfermeiro assume grande responsabilidade ao prestar cuidado domiciliar. Para que sua atuação seja eficaz, o cuidado oferecido não pode ser considerado uma mera atividade assistencial, faz-se necessário que o enfermeiro tenha um preparo anterior trazendo consigo competências necessárias que fundamentem essa prática. A sua capacitação não pode ser algo estático, é preciso que o enfermeiro esteja a todo o momento refletindo sobre sua prática e buscando um constante aperfeiçoamento (LACERDA, 2000).

#### 4 TRAJETÓRIA METODOLÓGICA

Este é um estudo de abordagem **qualitativa** do tipo interpretativista que utiliza a **Grounded Theory (GT)** ou **Teoria Fundamentada nos Dados (TFD)**. A pesquisa qualitativa é classificada por Polit, Beck e Hungler (2004, p.30) como método naturalista, pois lida com investigação da complexidade humana explorando-a diretamente e enfatizando a compreensão da experiência humana como é vivida, coletando e analisando para isto materiais narrativos e subjetivos. Ainda, segundo as autoras este estudo é capaz de esclarecer variadas esferas de um fenômeno complexo, sendo que "os resultados da pesquisa qualitativa são tipicamente, baseados nas experiências da vida real de pessoas com conhecimento do fenômeno em primeira mão". A coleta dos dados tende a ser rica e intensa focalizando a totalidade do fenômeno.

Os resultados baseados nas experiências da vida real das pessoas justificam a utilização do mesmo neste estudo, pois se buscou identificar junto às enfermeiras como se desenvolvem as competências necessárias para a prática do cuidado domiciliar.

Para as autoras acima citadas a pesquisa qualitativa segue uma progressão circular, ou seja, o pesquisador examina e interpreta os dados continuamente e à medida que fenômenos emergem, ele toma decisões de como prosseguir com base no que já foi descoberto. Não é possível definir um fluxo de atividades com precisão neste tipo de estudo, pois o mesmo tem uma abordagem flexível relacionada à coleta e análise de dados.

A flexibilidade do estudo qualitativo é pertinente ao trabalho devido à imprevisibilidade dos dados que foram emergindo, possibilitando maior compreensão do fenômeno em estudo conforme salientam as autoras a seguir.

O delineamento qualitativo é flexível e elástico, capaz de ajustar-se ao que está sendo aprendido durante a coleta de dados; (...) tende ser holístico, buscando a compreensão do todo; exige que o pesquisador se envolva intensamente, permanecendo em geral no campo por longos períodos de tempo e (...) exige a análise contínua dos dados para formular estratégias subseqüentes e para determinar quando o trabalho de campo está terminado (POLIT; BECK; HUNGLER, 2004, p. 200).

A **GT** ou **TFD**, que é um método de investigação que utiliza um conjunto de procedimentos sistemáticos para desenvolver uma teoria sobre um fenômeno

fundamentado nos dados, do qual deriva seu nome, e que, agregada ou relacionada a outras teorias, pode acrescentar ou trazer novos conhecimentos à área do fenômeno estudado, que neste caso foi a perspectiva do desenvolvimento das competências do enfermeiro para o cuidado domiciliar.

A GT estuda o comportamento humano em diversas situações, tendo como objetivo gerar uma teoria que explique um fenômeno social através da análise sistemática obtida dos dados extraídos de situações concretas, “a teoria derivada dos dados tende a se parecer mais com a realidade do que a teoria derivada da reunião de uma série de conceitos baseados em experiência ou somente por meio da especulação” (STRAUSS; CORBIN, 2008, p.25).

#### 4.1 Grounded Theory

**É ciência e arte.** É ciência no sentido de manter um certo grau de rigor e por basear a análise em dados. A criatividade se manifesta na capacidade dos pesquisadores de competentemente nomear categorias, fazer perguntas estimulantes, fazer comparações e extrair um esquema inovador, integrado e realista de massas de dados brutos desorganizados (STRAUSS; CORBIN, 2008, p.25 – grifo meu).

A metodologia foi originalmente desenvolvida pelos sociólogos americanos Barney Glaser e Anselm Strauss. Denominaram-na “Grounded Theory” (GT), traduzida para o português como Teoria Fundamentada nos Dados (TFD) (STRAUSS; CORBIN, 2008).

Embora esses sociólogos tivessem tradições de pesquisa filosoficamente diferentes, suas contribuições foram igualmente importantes. Glaser formou-se na Columbia University e teve suas idéias influenciadas por Paul Lazarsfeld, conhecido como inovador dos métodos quantitativos. Strauss formou-se na University of Chicago, tendo uma forte tradição em pesquisa qualitativa, influenciado por textos interacionistas e pragmático (STRAUSS; CORBIN, 2008, p. 22-23). Glaser e Strauss iniciaram parceria na University of California em São Francisco. Juntos, eles escreveram “Awareness of Dying” (1965) com base num estudo de morrer nos hospitais californianos. O livro também foi a primeira aplicação da teoria fundamentada. Dois anos mais tarde Glaser e Strauss publicaram “The Discovery of Grounded Theory” (método comparativo constante), um livro sobre a metodologia

que desenvolveram durante o trabalho de conscientização sobre a morte (LEGEWIE; SCHERVIER-LEGEWIE, 2004).

O Livro “Discovery of Grounded Theory” estava destinado a convidar e motivar as pessoas a utilizar a metodologia desenvolvida recentemente. Os autores tiveram vários objetivos em mente ao escrever o livro: legitimar a pesquisa qualitativa, ter um livro de referência estabelecido, ajudar aos alunos autores a defenderem estudos qualitativos que não eram amplamente aceitos na época e demonstrar a possibilidade de construção de Teorias Fundamentada nos Dados, algo que muitos investigadores qualitativos duvidam (LEGEWIE; SCHERVIER-LEGEWIE, 2004)

A maioria dos capítulos na primeira GT “The Discovery of Grounded Theory” (Glaser e Strauss, 1967) foi escrito por Glaser. Depois Glaser em 1978 escreveu sozinho a segunda metodologia "Theoretical Sensitivity" (KELLE, 2005).

Desde sua publicação original em 1967, Glaser e Strauss têm discordado sobre 'como fazer' GT resultando em uma separação entre a teoria Glasseriana e Straussiana. Esta separação foi mais evidente após Strauss ter publicado *Qualitative Analysis for Social Scientists* (1987). Posteriormente Strauss, em 1990, publicou *Basics of Qualitative Research: Grounded Theory Procedures and Techniques* em conjunto com Juliet Corbin (KELLE, 2005).

A Grounded Theory segundo Glaser enfatiza a indução ou emergência, e a criatividade individual do investigador dentro de um quadro claro das fases, enquanto Strauss está mais interessado em critérios de validação e uma abordagem sistemática (KELLE, 2005).

No coração da GT a análise é o processo de codificação que consiste em três tipos: aberto, axial, e seletivo. No entanto, mesmo neste ponto Glaser discorda das idéias sistematicamente esboçadas por Strauss e Corbin para o *modus operandi* recomendado para a estratégia de codificação. Esta discordância torna-se particularmente evidente no que diz respeito ao tratamento de Strauss e de Corbin da codificação axial, que é vista como um processo de organizar os dados de novas maneiras através da realização de conexões entre categorias e subcategorias. Isto é conseguido, através da elaboração conceitual das categorias via o uso de um paradigma de codificação que denota as condições causais, o contexto, as estratégias de ação/interação e conseqüências. Glaser acredita que a exagerada ênfase de Strauss e de Corbin em extrair detalhes dos dados por meio de um paradigma pré-estruturado, pode facilmente levar os investigadores a ignorarem a relevância dos dados devido à forma rígida como os dados são forçados numa estrutura pré concebida (RODRIGUES *et al*, sd, p.3)

Esta forma de criar Grounded Theory é explicada em Strauss e Corbin (1990). Com isso houve um choque de idéias entre Strauss e Glaser, e em 1992, Glaser escreveu um livro argumentando capítulo por capítulo contra Strauss e Corbin. A partir disso a Grounded Theory foi dividida em método de Strauss e Corbin, e método de Glaser, este com as idéias iniciais de 1967 e 1978 ainda em funcionamento (KELLE, 2005).

Apesar de seguirem caminhos diferentes, a Grounded Theory, ainda continua sendo uma metodologia única, sendo que os dois métodos não se anulam, mas se completam. No entanto, apesar de suas vertentes constituírem um método único, o pesquisador precisa ter claro que caminho irá seguir (BÜSHER *apud* BACKES, 2008). Considerando este fato, vale ressaltar que este trabalho teve como ponto orientador, porém não exclusivamente, as concepções de Strauss e Corbin.

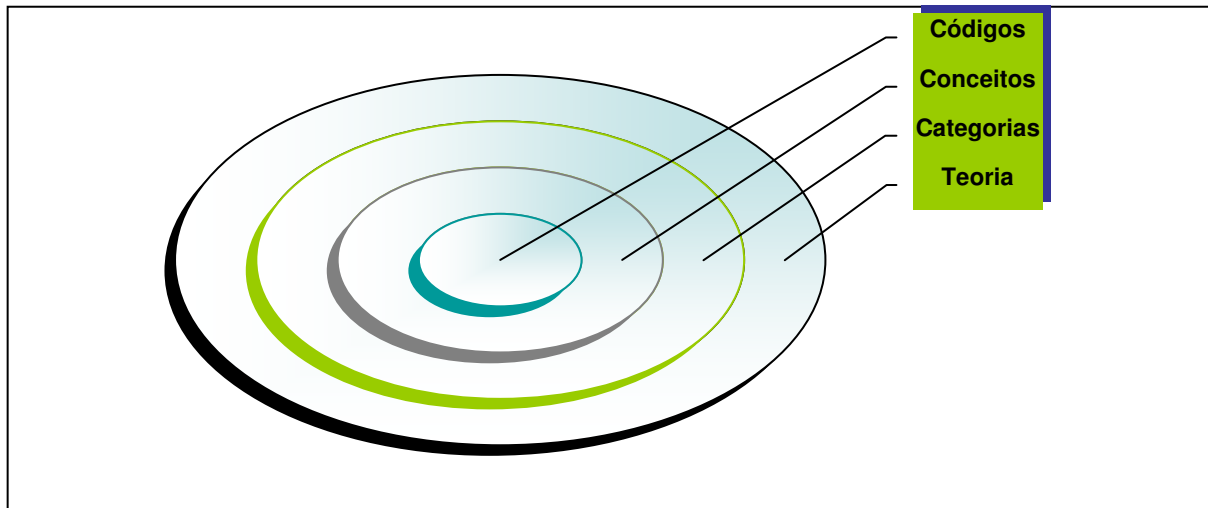
A Grounded Theory é um método de pesquisa que atua quase que de um modo a inverter a pesquisa tradicional, a princípio parece estar em contradição com o método científico. Ao invés de começar por investigar e desenvolver uma hipótese e depois seguir com a coleta dos dados, na Grounded Theory a coleta de dados é o primeiro passo. A partir dos dados recolhidos, na primeira etapa, os pontos-chave são marcados por uma série de códigos, que são extraídos a partir do texto (discurso dos sujeitos). Os códigos são agrupados em conceitos similares, a fim de torná-los mais viáveis. A partir destes conceitos, são formadas categorias, que são a base para a criação de uma teoria. Isto contradiz o modelo tradicional de investigação, onde o pesquisador escolhe um enquadramento teórico, e só então aplica o modelo proposto para o fenômeno estudado (ALLAN, 2003).

Como observado acima, a GT é uma metodologia para o desenvolvimento da teoria que está fundamentada em dados sistematicamente recolhidos e analisados. A teoria evolui durante reais investigações, ela faz isso numa interação contínua entre análise e coleta de dados (STRAUSS; CORBIN, 1991).

O processo de construção da teoria pela Grounded Theory acontece da seguinte maneira (Figura 1): **1 - eleger os códigos**. Os códigos permitem identificar os pontos-chave dos dados que são coletados. **2 – elaborar conceitos**. Os conceitos são a coleção de códigos semelhantes, permitindo que os dados sejam agrupados. **3 – estabelecer as categorias**. As categorias são grupos de conceitos semelhantes que são usados para gerar uma teoria. **4 – Desenvolver a teoria**. A

teoria é um conjunto de explicações que explicam o objetivo da investigação (ALLAN, 2003).

Figura 1 – Ilustração da construção do modelo teórico na Grounded Theory



Fonte: Backes, 2008.

A Grounded Theory, não é um corpo existente de teoria, embora possa englobar diversas outras teorias, não se pretendendo rechaçar ou provar, mas acrescentar novas perspectivas ao entendimento do fenômeno. Tem características indutivas e é gradualmente construída ou emerge após a coleta dos dados ter iniciado. O trabalho dedutivo é usado para derivar dos códigos iniciais, indutivos, as diretrizes conceituais ou hipóteses, a fim de amostrar mais dados para gerar a teoria (CASSIANI; CALIRI; PELÁ, 1996).

Para Strauss e Corbin (1991), os procedimentos da Teoria Fundamentada nos Dados têm o objetivo de identificar, desenvolver e relacionar conceitos. Desde a sua criação na década de 1960, a teoria tem sido progressivamente desenvolvida de uma forma que seja compatível com a sua formulação original, de modo que é atualmente a mais completa pesquisa qualitativa metodológica disponível.

A GT é uma investigação que começa por concentrar-se em uma área de estudo e coleta de dados de uma variedade de fontes, incluindo entrevistas e campo de observações. Uma vez reunidos, os dados são analisados utilizando codificação teórica e procedimentos de amostragem. Quando isso é feito, teorias são geradas, com a ajuda de procedimentos de interpretação (STRAUSS; CORBIN, 1991).

Uma característica da GT é a análise comparativa constante dos dados pela qual o pesquisador guia a geração de tratamento aos dados. “As análises

comparativas dos dados qualitativos combinam um procedimento analítico de constante comparação com um procedimento explícito a codificar a geração de dados” (LACERDA, 2000, p.55).

O processo de fazer Teoria Fundamentada é sistemático e intenso, porque requer que o pesquisador simultaneamente colete, codifique e analise os dados, antes apresentados em níveis, a começar desde a primeira entrevista ou observação. O método é circular, e por isso permite ao pesquisador mudar o foco de atenção e buscar outra direção, revelada pela análise dos dados, os quais entram em cena (LACERDA, 2000, p.55)

A análise comparativa dos dados auxilia o pesquisador na coleta e análise dos dados, uma vez que são feitos de maneira simultânea. Auxilia no sentido em que ajuda ele (pesquisador) a encontrar nos dados as respostas para as suas inquietações formuladas no início do processo. Com isso o pesquisador constrói as categorias com os dados, e essas vão se tornando cada vez mais relevantes para a construção do modelo conceitual. Sendo assim, é neste processo que a teoria se desenvolve (REINERS, 1988).

Vale ressaltar que o processo de análise comparativa ocorre simultaneamente como bem apresentado pela autora acima, assim o pesquisador coleta e analisa os dados desde a primeira entrevista. Somente após esta primeira análise é que ele parte para a segunda entrevista, repetindo o procedimento, mas só que dessa vez analisa os dados da segunda entrevista comparando com os da primeira. Esse processo acontece quantas vezes forem necessárias, progressivamente, até a última entrevista, quando ocorre a saturação teórica. A esse processo dá-se o nome de **circularidade dos dados**.

Assim a idéia básica da GT consiste em ler e reler uma base de dados textuais e "descobrir" variáveis (chamados de categorias, conceitos e propriedades) e suas inter-relações. A habilidade de perceber as variáveis e suas relações é chamada de "sensibilidade teórica" e é afetada por uma série de coisas, incluindo a de leitura da literatura e a experiência do pesquisador sobre o assunto em questão. Evidentemente, os dados não precisam ser literalmente textuais, podendo ser também observações de comportamento, estes últimos, muitas vezes são na forma de notas de campo (BORGATTI, sd).

A sensibilidade teórica é a capacidade do pesquisador perceber que fatos e acontecimentos surgem através dos dados. "Isso significa ver além do óbvio para



descobrir o novo” (STRAUSS; CORBIN, 2008, p. 56). Ainda para os autores, essa capacidade é adquirida quando o pesquisador trabalha com a circularidade dos dados, fazendo as comparações e elaborando questões que ainda precisam ser coletadas.

É um momento em que o pesquisador integra as categorias em um nível de análise mais abstrato utilizando sua sensibilidade para captar as relações existentes entre as mesmas. O termo sensibilidade teórica indica a habilidade do pesquisador para dar significado, ter *insights*, capacidade para perceber, compreender e selecionar o que é ou não pertinente ao fenômeno em estudo (GLASER, 1978).

Ainda é por meio da sensibilidade teórica que o pesquisador pode “conversar com os dados”, “ouvir a voz dos dados”, que a princípio parecem ser tão “silenciosas” e “misteriosas”, mas que, a partir do momento em que se atinge esse nível de abstração, ele é capaz de fazer perguntas que auxiliam no desenvolvimento do processo, como por exemplo, “o que isto significa?”, “o que este dado está me mostrando”, “em que categoria ele se encaixa?”, “está na categoria certa?”. Ao mesmo tempo, essas perguntas vão sendo respondidas à medida que o pesquisador volta aos dados, determina novas perguntas e parte para nova coleta de informações até que alcance a saturação dos mesmos.

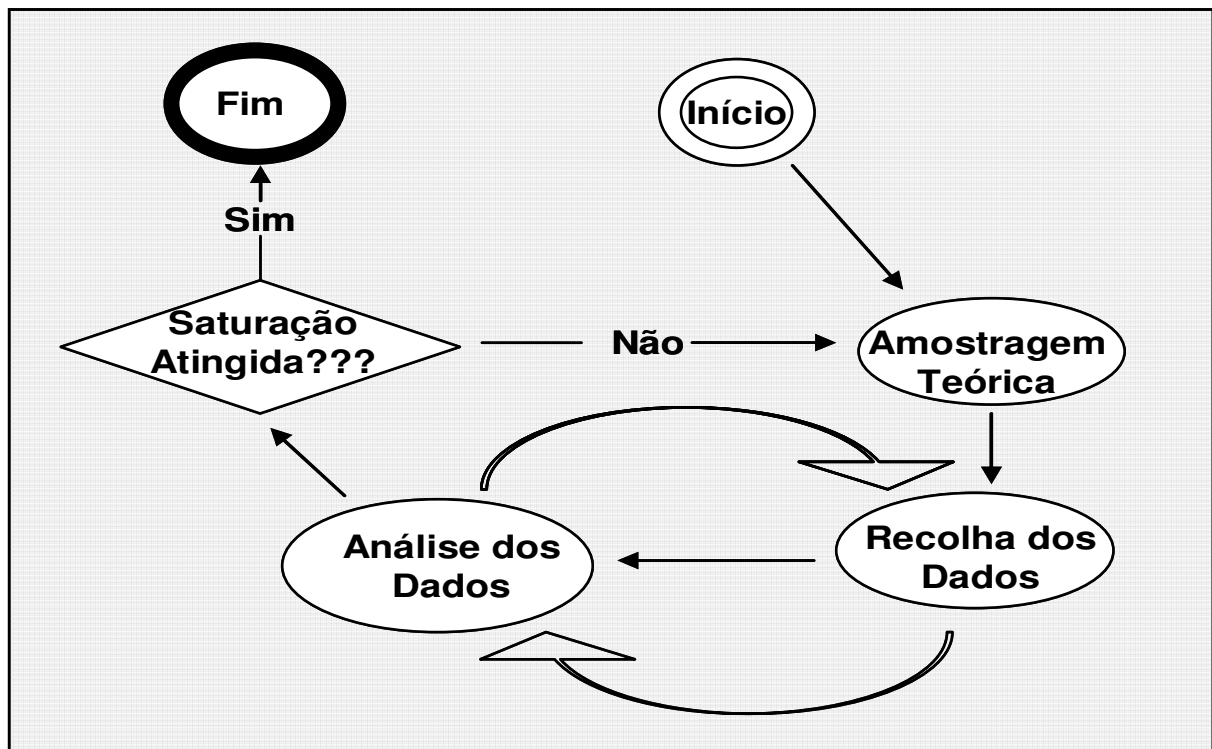
Glaser (1978) *apud* Kimura, Tsunehiro e Ângelo (2003), completa a respeito da sensibilidade teórica, dizendo que a mesma permite ao pesquisador ir além de rigorosamente seguir as etapas propostas pelo método e com isto extrair os significados. É esta habilidade que permite ao pesquisador desenvolver uma teoria íntegra e densa, fundamentada na análise dos dados encontrados. O primeiro passo para o alcance da sensibilidade teórica é entrar no contexto a ser pesquisado sem idéias ou conceitos predeterminados, pois essa postura permite ao pesquisador manter-se sensível aos dados e detectar os acontecimentos.

Polit, Beck e Hungler (2004, p.209) referem que a GT tornou-se um importante método de pesquisa para a Enfermagem. A teoria contribui com o desenvolvimento de muitas teorias sobre fenômenos relevantes para as enfermeiras.

O percurso metodológico utilizando-se a GT é na verdade um processo dinâmico e simultâneo de coleta e análise dos dados, que acontece em fases, não necessariamente seqüenciais. De acordo com a literatura essas fases são: **1 - Questão de Investigação:** consiste na definição do problema, bem como que tipo de dados serão recolhidos, onde será coletada e a característica dos respondentes,

a escolha dos primeiros sujeitos da pesquisa é realizada na GT pela fase chamada de amostragem teórica, sendo os próximos sujeitos da amostra definidos pela fase seguinte que é a coleta dos dados. **2 - Coleta de dados:** requer a coleta a partir de múltiplas fontes, sendo que os dados por sua vez convergem para o mesmo fenômeno. **3 - Análise de dados:** a análise dos dados é passo central da construção da teoria pela GT, envolve a elaboração dos conceitos pelo processo de codificação. O processo de codificação requer a aplicação do modelo comparativo, no qual os dados são constantemente questionados e comparados. A fase da análise de dados é dividida em outras três subfases (codificação aberta, axial e seletiva) abordadas no desenvolvimento deste trabalho em momento pertinente. Um aspecto importante a ser lembrado aqui, é que a coleta e análise dos dados ocorrem simultaneamente. **4 Comparação com a literatura:** a última fase do processo de construção da teoria pela GT, é quando as categorias já densas e saturadas permitem a eleição da categoria central e vislumbração do fenômeno em estudo. Assim o pesquisador compara seu modelo teórico com a literatura existente. A figura a seguir (Figura 2) permite uma visualização ampla desse processo (RODRIGUES et al, sd).

Figura 2 – Adaptação do esquema: Processo Iterativo da Grounded Theory



Fonte: RODRIGUES et al (sd)

A seguir será apresentada cada fase do processo de construção da teoria percorrida pela pesquisadora a fim de elaborar o modelo teórico para o fenômeno: **Desenvolvendo competências para a prática do cuidado domiciliar da enfermeira.**

As fases (amostragem teórica, coletando as informações, análise dos dados – codificação aberta, axial e seletiva) foram definidas de acordo com a literatura seguida pela descrição de como todas elas foram desenvolvidas neste trabalho segundo Strauss e Corbin (2008).

## **4.2 Amostragem Teórica**

Na GT os dados são coletados pelo que se chama de amostragem teórica. A amostragem teórica é o processo de coleta de dados para gerar teoria, assim o pesquisador coleta e analisa os dados simultaneamente, decidindo quais dados ainda necessitam ser coletados para propiciar a descoberta de conceitos e hipóteses que levam ao aprofundamento do tema em estudo (KIMURA; TSUNECIRO; ANGELO, 2003, p.41).

Não se pode esquecer que os conceitos são as bases da análise, são eles os blocos construtores da teoria, pois todos os procedimentos utilizados no desenvolvimento da pesquisa visam identificar, desenvolver e relacionar conceitos. A amostragem teórica significa dizer que a amostra não é inicialmente predeterminada, ou seja, ela se desenvolve durante o processo (STRAUSS; CORBIN, 2008)

Com isso, à medida que os dados vão sendo analisados e surgindo os conceitos, são eles (conceitos) que conduzem o desenvolvimento da amostragem teórica. Cabe lembrar que os conceitos surgem a partir dos códigos (extraídos na análise microscópica das entrevistas), portanto através da análise comparativa constante os conceitos já elaborados são agrupados e reagrupados em categorias, até o alcance da saturação teórica de cada categoria. No entanto para chegar a esse nível, faz-se necessária a utilização da amostragem teórica a fim de identificar novos dados que vão dando sustentabilidade às categorias e esta por vez, definem a teoria. Assim sendo, são os conceitos que determinam as características dos dados que ainda necessitam ser buscados e conseqüentemente as características dos respondentes (amostragem teórica).

Confirmando, Strauss e Corbin (2008, p. 196) relatam que

o objetivo da amostragem teórica é maximizar oportunidades de comparar fatos, incidentes ou acontecimentos para determinar como uma categoria varia em termos de suas propriedades e de suas dimensões.

A amostragem teórica torna-se importante porque permite ao pesquisador explorar áreas desconhecidas e decidir qual amostragem irá gerar maior retorno teórico. Para Strauss e Corbin (2008, p. 196) a

Amostragem teórica é cumulativa. Cada evento amostrado edifica e acrescenta algo à coleta de dados anteriores. Além disso, a amostragem se torna mais específica com o tempo porque o analista é dirigido pela teoria evolutiva. Na amostragem inicial, o pesquisador está interessado em gerar o máximo possível de categorias; dessa forma, ele coleta dados em um vasto leque de áreas pertinentes. Uma vez que o analista tenha algumas categorias, a amostragem se volta para o desenvolvimento, a densificação e a saturação dessas categorias.

Na GT a amostragem teórica é definida diferentemente de outros métodos, neste a amostragem é inicialmente predefinida, naquele a definição ocorre com o transcorrer do processo analítico, a partir da emergência dos conceitos e hipóteses conceituais (BÜSCHER<sup>3</sup> *apud* BACKES, 2008)

O Procedimento de amostragem teórica também está relacionado à sensibilidade do pesquisador, desenvolvida a partir dos conceitos emergentes, quanto mais sensível ele for quanto a relevância teórica de certos conceitos, maiores são as possibilidades de que ele reconheça os indicadores desses conceitos nos dados. A sensibilidade aumenta com o desenvolvimento da pesquisa, permitindo ao pesquisador decidir sobre que conceitos deve procurar e onde encontrar seus indicadores (STRAUSS; CORBIN, 2008).

Uma característica interessante na GT, que relaciona a sensibilidade do pesquisador e a coleta dos dados (amostragem teórica), “é que alguém pode amostrar dados previamente coletados e também dados ainda a serem coletados”. É natural nos estágios iniciais do trabalho que o pesquisador não veja a “importância de certos fatos. Posteriormente, quando tiver desenvolvido maior sensibilidade, o investigador pode retornar legitimando os dados e recodifica-los à luz dessas novas informações” (STRAUSS; CORBIN, 2008, p. 199).

---

<sup>3</sup> BÜSCHER, A. **Negotiating Helpful Action: A substantive Theory on the Relationship between Formal and Informal Care.** 2007. Tese (Doutorado em Enfermagem) Departamento of Nursing Science, University of Tampere, Finlândia, 2007. 195 p.

É importante, que a coleta de dados seja realizada com múltiplos representantes, a fim de aprofundar a variação entre os conceitos e acrescentar novas perspectivas ao fenômeno, ou seja, a coleta de dados deve ser realizada com sujeitos de diferentes grupos com características e práticas também diferenciadas. Essa diferenciação da amostragem teórica chama-se de grupos amostrais (STRAUSS; CORBIN, 2008; BACKES, 2008; LACERDA, 2000).

Desse modo, este estudo foi conduzido de forma a atender os pressupostos anteriormente descritos. Como o objetivo do trabalho relaciona-se com o desenvolvimento das competências da prática do cuidado domiciliar da enfermeira, buscou-se abranger todos os seguimentos dos serviços de saúde que prestam esta modalidade de cuidado. Assim foram contempladas as enfermeiras prestadoras de cuidado domiciliar da rede pública, privada e também as que realizam o cuidado no domicílio de maneira autônoma.

Esta diferenciação foi importante não para levantar diferenças entre os serviços, mas sim para abranger as diferentes modalidades de cuidado domiciliar de enfermagem para dar densidade e sustentabilidade aos conceitos, tomando cuidado para não deixar lacunas no modelo teórico que se pretendia definir. A coleta e análise dos dados foram conduzidas de forma cíclica com os três grupos amostrais.

A coleta de dados se desenvolveu da seguinte forma: para cada sujeito eram realizadas duas entrevistas. Assim o primeiro grupo amostral foi composto por duas enfermeiras prestadoras de cuidado domiciliar autônomas, totalizando quatro entrevistas. Após análise, partiu-se para o segundo grupo amostral, composto por mais duas enfermeiras prestadoras de cuidado domiciliar vinculadas à rede pública de saúde, totalizando mais quatro entrevistas.

O terceiro grupo amostral foi composto por três enfermeiras vinculadas à rede privada de saúde, totalizando cinco entrevistas. Este terceiro grupo teve uma característica diferente visto que ao chegar ao sexto sujeito, décima segunda entrevista, o fenômeno parecia se revelar, mas ainda não era claro para a pesquisadora, ou seja, ainda não se havia alcançado a saturação teórica. Com isso, partiu-se novamente para a coleta de dados, com o sétimo sujeito, décima terceira entrevista, sendo este um prestador de cuidado domiciliar vinculado à rede privada, foi caracterizado como pertencente ao terceiro grupo amostral.

A amostragem teórica na GT completa-se quando não se obtêm dados novos, ou seja, quando ocorre a saturação das categorias. Assim, após o terceiro

grupo amostral a saturação foi alcançada. E por fim, foi realizada uma a última entrevista apenas com o objetivo de validar o modelo teórico. Esta aconteceu com uma enfermeira participante do segundo grupo amostral. A motivação para tal decisão deu-se por pelo fato dessa enfermeira apresentar em suas entrevistas anteriores grandes contribuições ao estudo em questão. Assim a amostragem teórica neste estudo foi composta por sete enfermeiras, divididas em três grupos amostrais, totalizando quatorze entrevistas (Tabela 1).

Tabela 1 – Amostragem Teórica do estudo

<b>Amostragem Teórica</b>	<b>Número de Sujeitos</b>	<b>Número de Entrevistas</b>
1º Grupo amostral: Cuidado domiciliar autônomo	2	4
2º Grupo amostral: Cuidado domiciliar público	2	4
3º Grupo amostral: Cuidado domiciliar privado	3	5
Validação: Cuidado domiciliar público	*	1
<b>Total</b>	<b>7</b>	<b>14</b>

\* A enfermeira que validou o modelo teórico pertence ao primeiro grupo amostral.

### 4.3 Coletando as Informações

Na GT a coleta e análise dos dados acontecem simultaneamente. Assim, antes de proceder à coleta o pesquisador necessita definir as características de quais dados deseja coletar bem como as características dos sujeitos.

Na GT os dados podem ser coletados a partir de entrevistas, observação ou documentos, ou de uma combinação destas fontes. Para alcance dos objetivos e coleta das informações deste estudo, escolheu-se a entrevista semi-estruturada.

Para Minayo (2004, p.108), a entrevista semi-estruturada combina perguntas fechadas e abertas “onde o entrevistado tem a possibilidade de discorrer o tema proposto, sem respostas ou condições prefixadas pelo pesquisador”.

O pesquisador evita interferências, julgamento de valor ou posições pessoais, apenas coloca-se como presença, ouvindo. Somente após a conclusão do pensamento do ser pesquisado é possível estabelecer a relação dialógica em que o

pesquisador aponta aspectos relevantes que necessitam de esclarecimento (MINAYO, 2004).

Para realizar a entrevista semi-estruturada, elaborou-se um roteiro de perguntas iniciais ao primeiro grupo amostral, sendo a seqüência de perguntas construídas a partir da análise dos dados.

A coleta dos dados ocorreu no período de fevereiro a novembro de 2008. Lembrando que a extensão da coleta é prevista na GT, por realizar a coleta e análise dos dados simultaneamente. Todas as entrevistas foram gravadas e transcritas na seqüência. Cada entrevista teve duração média de quarenta e cinco minutos à uma hora e meia.

A primeira entrevista foi realizada, com uma enfermeira prestadora de cuidado domiciliar autônoma, utilizando-se um roteiro elaborado com questões iniciais referentes às competências necessárias para o cuidado domiciliar, norteadas pelo conceito de que competências abrangem habilidades, atitudes e conhecimentos. No entanto sendo a pesquisa qualitativa flexível, e também pela permissão do método utilizado, no decorrer desta entrevista já surgiram alguns questionamentos, a partir, da fala da enfermeira, não pensados antes pela pesquisadora. Com permissão da enfermeira esses questionamentos foram feitos à medida que surgiam oportunidades no momento da entrevista.

O roteiro de perguntas são ferramentas importantes para o sucesso no desenvolvimento da coleta de dados. Strauss e Cobrin (2008) relatam que mesmo se tratando de um método de pesquisa em que são os conceitos que definem que tipo de dados devem ser coletados, o pesquisador precisa ter em mente que informações deseja coletar, para não perder o foco do trabalho e se perder no decorrer do processo, tornando-o mais difícil e demorado.

Realizada a primeira entrevista, prosseguia a transcrição e análise, elegendos os códigos pela leitura microscópica dos dados. Durante o processo de análise das entrevistas, a utilização de ferramentas analíticas como os memos (notas teóricas e metodológicas) auxiliavam a elaboração de novas questões para prosseguir a coleta dos dados.

Assim a entrevista foi devolvida para a enfermeira, para que ela pudesse ler e sentir-se a vontade para retirar ou mudar algum discurso ou também complementar alguma idéia. A segunda entrevista como o mesmo sujeito, tinha também como finalidade, esclarecer questões que não ficaram muito claras durante

a análise e proceder com novos questionamentos feitos a partir da primeira análise. Esses novos questionamentos foram elaborados utilizando-se as notas metodológicas. E as notas teóricas auxiliaram a análise, uma vez que é através delas que foi possível registrar *insights* referentes aos conceitos emergentes.

As notas teóricas são memorandos sensibilizadores resumidos que contêm considerações e idéias do pesquisador a respeito da amostragem teórica e também sobre outras questões pertinentes ao estudo. As notas metodológicas, também chamadas de notas operacionais, são memorandos contendo direcionamentos de procedimentos e lembretes (STRAUSS; CORBIN, 2008).

Após análise da segunda entrevista, surgiram novas questões, sendo necessário realizar uma nova entrevista, porém o critério de elegibilidade da segunda enfermeira era ter características práticas semelhantes à primeira. Este pré-requisito tinha por finalidade confirmar e dar densidade aos conceitos emergentes da primeira entrevista. Então a segunda enfermeira (terceira entrevista), também foi uma prestadora de cuidado domiciliar autônomo. Sendo realizado o mesmo procedimento da primeira entrevista.

Mais uma vez a utilização de notas metodológicas foi fundamental na fase da coleta dos dados, pois como uma das características da GT, após a análise constante dos dados, novos questionamentos surgiram e foram necessários novos grupos amostrais que ajudaram com suas respostas a explicitar o fenômeno até sua compreensão.

E este processo ocorreu sucessivamente até chegar ao último grupo amostral, quando a saturação teórica foi alcançada. “Quando esta é alcançada quer dizer que por mais dados que o investigador recolha, estes não adicionam nada de novo ao modelo já definido” (RODRIGUES, sd, p. 4).

A última entrevista foi de fundamental importância para validar o modelo teórico e dar densidade às categorias estabelecidas. A saturação teórica dos dados ocorre quando não há novas informações sobre o objeto do estudo. Para tanto o pesquisador utiliza os memorandos que são lembretes ou fontes de informações (STRAUSS; CORBIN, 2008).

Esclarece-se neste momento que a amostragem teórica e a elaboração dos memos, segundo Strauss e Corbin (2008), acontecem durante toda a etapa de codificação e análise dos dados, ou seja, estes procedimentos se repetem nas fases de codificação aberta, axial e seletiva (abordadas na seqüência), interrompidos



apenas quando a saturação teórica for alcançada e conseqüentemente o modelo teórico for explicitado.

#### **4.4 Aspectos Éticos**

Este estudo seguiu todas as etapas previstas na Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 1996). Foi garantido o anonimato dos sujeitos, bem como possível desistência sem nenhum ônus pessoal. O projeto foi encaminhado para o Comitê de Ética do setor Ciências da Saúde da Universidade Federal do Paraná e recebeu aprovação em 22 de fevereiro de 2008. Registro: CEP/SD 451.131.07.11 (Anexo 1).

O primeiro passo foi realizar o contato com as enfermeiras, explicando o objetivo da pesquisa e esclarecendo que a participação era voluntária sem nenhum ônus para elas e também para a pesquisadora. Após aceitar participar da pesquisa, marcávamos uma data e local para realização da entrevista. No encontro mais uma vez era esclarecido o objetivo do trabalho seguido pela entrega do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), após ler e assinar o TCLE (Apêndice- 1) iniciava a entrevista. O TCLE foi entregue para cada sujeito na primeira entrevista.

#### **4.5 Local da Pesquisa**

A pesquisa foi realizada com enfermeiras prestadoras de cuidado domiciliar do Município de Curitiba-Pr. Não foi determinado um local específico visto que os grupos amostrais apresentavam características diferenciadas, assim os cenários do estudo foram os mais variados, respeitando a escolha dos sujeitos.

#### **4.6 CODIFICAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS**

Todas as entrevistas foram transcritas e analisadas logo após a coleta. A análise transcorreu com o olhar no tipo de método escolhido buscando estruturar a compreensão do significado da experiência vivida. Conforme recomenda a GT, a análise ocorreu simultaneamente à coleta dos dados utilizando-se o método de comparação constante.

Esta etapa teve por finalidade estabelecer uma compreensão concreta das informações coletadas, confirmando a questão formulada. Foi importante se debruçar sobre as entrevistas individuais observando a relação teoria-prática do desenvolvimento das competências necessárias para o cuidado domiciliar da enfermeira.

Obtendo os dados, o pesquisador realiza uma leitura exaustiva examinando linha a linha todos os dados, então em seguida faz o recorte das unidades de análise. Assim cada unidade de análise é nomeada com uma palavra ou sentença exprimindo o significado desta para o investigador (CASSIANI; CALIRI; PELÁ, 1996).

A análise de dados se configura com as seguintes fases: codificação aberta, codificação axial e codificação seletiva. A resposta à questão norteadora do estudo foi alcançada na medida em que foi utilizado o modelo paradigmático, que segundo Strauss e Corbin (1991), possibilita a construção da codificação teórica para detectar as conexões e vínculos que emergem das categorias que possibilitam explicitar o fenômeno do estudo (GLASER, 2005).

#### **4.6.1 Codificação Aberta – Elegendo os Códigos Iniciais**

A codificação aberta é a primeira parte da análise, sendo responsável pela nomeação e categorização do fenômeno. O pesquisador inicia o processo de comparação de cada incidente, analisando-os linha a linha e inicia simultaneamente a organização das categorias e sub-categorias (STRAUSS; CORBIN, 1991).

Estes códigos são chamados códigos substantivos, porque os conteúdos dos dados codificados freqüentemente usam a expressão utilizada pelos próprios sujeitos (STRAUSS; CORBIN, 2008).

Notará que os conceitos abstraídos das situações tenderão a ser os nomes para os processos e comportamentos que estão sendo explicados, enquanto os conceitos, construídos pelo investigador serão as explicações (CASSIANI, CALIRI e PELÁ, 1996, P.81).

Assim neste estudo, a análise iniciou-se com a codificação aberta, por meio de uma leitura microscópica dos dados, ou seja, realizando uma leitura palavra a palavra, linha a linha, parágrafo a parágrafo, elegendo os códigos significativos com a própria fala do sujeito. A tabela 2 apresenta uma exemplificação deste processo.

Este processo foi desenvolvido com as 14 entrevistas, sempre comparando a última entrevista realizada com todas as demais anteriores, realizando o que se chama na GT de circularidade dos dados.

Tabela 2 – Modelo de Codificação

Componente de Análise	Codificação
<p><i>“Eu acho que precisa gostar, porque quando você gosta você vai atrás de outras coisas, você tenta aprimorar habilidades que talvez você não tenha (...) que talvez você não tenha tão desenvolvida naquele momento. Então eu acho que tem que gostar muito. Quando não gosta faz também, mas pela necessidade. Mas tem diferença, porque quando gosta o envolvimento é maior”</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Busca aperfeiçoar-se quando gosta de trabalhar com cuidado domiciliar.</li> <li>• Busca aperfeiçoamento pela necessidade prática diária do cuidado domiciliar.</li> <li>• Envolve-se mais com o serviço quando gosta do que faz.</li> </ul>

Este processo teve como objetivo eleger os conceitos que formaram as categorias. Assim, cada entrevista foi analisada linha a linha, e comparada uma a uma com todas as demais. Os códigos preliminares das entrevistas começaram a apresentar semelhanças conceituais, estes “conceitos” por sua vez foram agrupados pelas tais semelhanças a fim de clarificar qual o fenômeno começava a se revelar. Estes conceitos por sua vez foram agrupados em categorias conforme exemplo da tabela 3.

Fundamentando o relato acima, os conceitos segundo Strauss e Corbin (2008, p. 104) são considerados eventos com similaridades conceituais em sua natureza, “ou relacionados em significado são agrupados sob conceitos mais abstratos, chamados ‘categorias’ (aspas dos autores)”.

Nos passos analíticos posteriores, codificação axial e seletiva, os dados são reagrupados, iniciando a redução das categorias, ou seja, algumas categorias iniciais são agrupadas entre si por similaridades para o processo de identificação do fenômeno, passo que é desenvolvido com o auxílio do modelo de paradigma – apresentado com maiores detalhes na próxima etapa – tornando-se as categorias iniciais subcategorias de uma categoria maior (Tabela 6 na etapa da codificação axial, p.55).

Tabela 3 – Modelo de Categorização

Componente de Análise	Códigos Conceituais	Categoria
<p><i>“Eu acho que precisa gostar, porque quando você gosta você vai atrás de outras coisas, você tenta aprimorar habilidades que talvez você não tenha (...) que talvez você não tenha tão desenvolvida naquele momento. Então eu acho que tem que gostar muito. Ele também busca aperfeiçoamento pelas necessidades que sente da sua prática. Quando a água bate na bunda você sai nadando né?”</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Busca aperfeiçoamento porque gosta do serviço e quer melhorar a sua prática.</li> <li>• Busca aperfeiçoamento a partir da necessidade vivenciada na prática</li> </ul>	<p><b>Buscando Aperfeiçoamento</b></p>

Na medida em que o pesquisador realiza a análise e organização dos dados, conseqüentemente alguns *insights* de interpretação surgirão. Assim, para facilitar o processo de análise dos dados é importante que o pesquisador tome notas destes *insights*, chamadas de **memorandos**, que ajudarão ao pesquisador a preservar e refletir sobre as idéias que inicialmente podem não parecer produtivas, mas que se revelam valiosas no decorrer do processo (POLIT; BECK; HUNGLER, 2004).

Segundo Cassiani, Caliri e Pelá (1996, p.81) os memorandos são considerados elementos preciosos no processo de elaboração de uma GT. Eles representam uma forma de registro referente à formulação da teoria e se desenvolvem em **notas teóricas**, **notas metodológicas**, **notas de codificação** e subvariedade delas.

Strauss e Corbin (2008) esclarecem que apenas um único memorando pode conter informações de qualquer uma dessas subvariedades. No entanto deve-se tomar cuidado com este procedimento, principalmente no caso de pesquisadores iniciantes, pois caso as informações sejam feitas em um único memorando, corre-se o risco de algum deles ficar perdido ou esquecido. Um outro aspecto importante a ser esclarecido, referente aos memorandos, aos iniciantes como eu na GT, é que os memorandos evoluem.

Este é um aspecto muito interessante realmente, pois no início do processo tudo parece ser muito nebuloso, sendo freqüente as dúvidas do tipo: “será que é isso?”, “mas só isso que vou escrever referente a este dado?”, “o que mais devo acrescentar?”. Entretanto, no desenvolvimento do trabalho, as informações vão se tornando mais densas e o pesquisador assume maior propriedade sobre o assunto

ou problema da pesquisa, conseqüentemente, os memorandos vão tomando forma e densidade em uma relação diretamente proporcional ao desenvolvimento do estudo.

Talvez o ponto mais importante para se ter em mente é que não há memorandos errados ou mal-redigidos. Ao contrário, eles crescem em complexidade, em densidade, em clareza e em acuidade à medida que a pesquisa progride (STRAUSS; CORBIN, 2008, p. 210).

De acordo com os autores supracitados, os memorandos são partes fundamentais do processo de construção da teoria, e sua elaboração deve começar com a análise inicial e continuar durante todo o processo. Neste estudo foram utilizadas as notas metodológicas e teóricas para auxiliar a construção do modelo teórico. Lembrando que estes memos foram construídos durante as fases de coleta e análise dos dados. Assim, as notas metodológicas guiaram todo o processo de coleta das informações e as notas teóricas auxiliaram na elaboração dos conceitos e categorias que fundamentam o modelo teórico proposto. A seguir, nas tabelas 4 e 5, estão respectivamente exemplificados os modelos de notas metodológicas e teóricas utilizadas neste estudo.

Os diagramas também se constituem em mecanismos importantes no processo de construção do modelo teórico, eles mostram as relações entre os conceitos e ajudam o pesquisador a entender e visualizar melhor como o fenômeno acontece. Durante as fases iniciais do estudo, o pesquisador não tem muito para diagramar, pois as relações entre os conceitos ainda não surgiram. À medida que a análise progride, ela irá naturalmente fornecendo maior base que conduzirá a diagramas lógicos, feitos geralmente durante a codificação axial (STRAUSS; CORBIN, 2008).

Tabela 4 – Modelo de Nota Metodológica

<b>30/09/2008 – Nota Metodológica – Entrevista 4 número 2</b>	
1.	O que é para você uma prática competente da enfermeira no cuidado domiciliar?
2.	Como a enfermeira desenvolve essa prática competente?
3.	Onde ela aprende?
4.	Onde e como se desenvolvem as competências dela?

Tabela 5 – Modelo de Nota Teórica

<b>16/10/2008 - Nota Teórica: Entrevista 4 número 2</b>
<p><b>Códigos:</b> Falta de bases teóricas específicas para cuidado domiciliar na graduação  As bases teóricas facilitam o entendimento dos conceitos específicos para o cuidado domiciliar  A enfermeira busca aperfeiçoamento a partir das necessidades da prática diária do cuidado domiciliar</p> <p><b>Nota Teórica:</b> Falta teoria específica para o cuidado domiciliar nos cursos de graduação, quando ela existe facilita a clareza de conceitos que necessitam serem observados no domicílio e conseqüentemente o desenvolvimento de uma prática mais competente. Mas a falta da disciplina não interfere para que o cuidado não aconteça, pois quando o profissional, a partir da sua prática diária no domicílio, sente dificuldades ou percebe aspectos que ainda não estão claro para ele, ele vai buscar essas bases teóricas através de atualizações ou aperfeiçoamento.</p>

#### 4.6.2 Codificação Axial – Agrupando as Categorias

A codificação axial é a segunda etapa, conforme Strauss e Corbin (1991), esta etapa consiste em um grupo de procedimentos nos quais os dados são novamente agrupados, porém de uma forma diferente da codificação aberta, com o objetivo de realizar conexão entre as categorias.

O agrupamento de categorias é uma forma teórica de análise, pois assim que as integrações emergem, as categorias reunidas formam outras mais gerais. O passo vital é descobrir o principal processo, denominado variável central, que explica a ação na cena social. A codificação axial é o meio que auxilia o pesquisador a realizar a integração das categorias. O objetivo é reunir os dados elaborando conexões entre as categorias e as subcategorias (CASSIANI; CALIRI; PELÁ, 1996).

Para Strauss e Corbin (2008), este é um processo de reagrupamento das informações que foram divididas na codificação aberta. Assim as subcategorias são relacionadas a fim de gerar explicações mais elaboradas e densas sobre o fenômeno.

Neste estudo, no processo de codificação aberta os códigos foram organizados por similaridades, formando assim as categorias. Na fase de codificação axial, as categorias foram comparadas uma a uma e reagrupadas também seguindo o princípio de semelhanças entre elas. Neste momento utilizou o modelo de paradigma para auxiliar no reagrupamento das categorias, tornando-as subcategorias de uma categoria maior, ou seja, explicações do fenômeno.

Strauss e Corbin (2008) explicam que a subcategoria também é uma categoria, porém em vez de representar um fenômeno, as subcategorias representam respostas ao fenômeno, enquanto que a categoria representa o fenômeno. O fenômeno é definido como a capacidade de explicar o que está acontecendo.

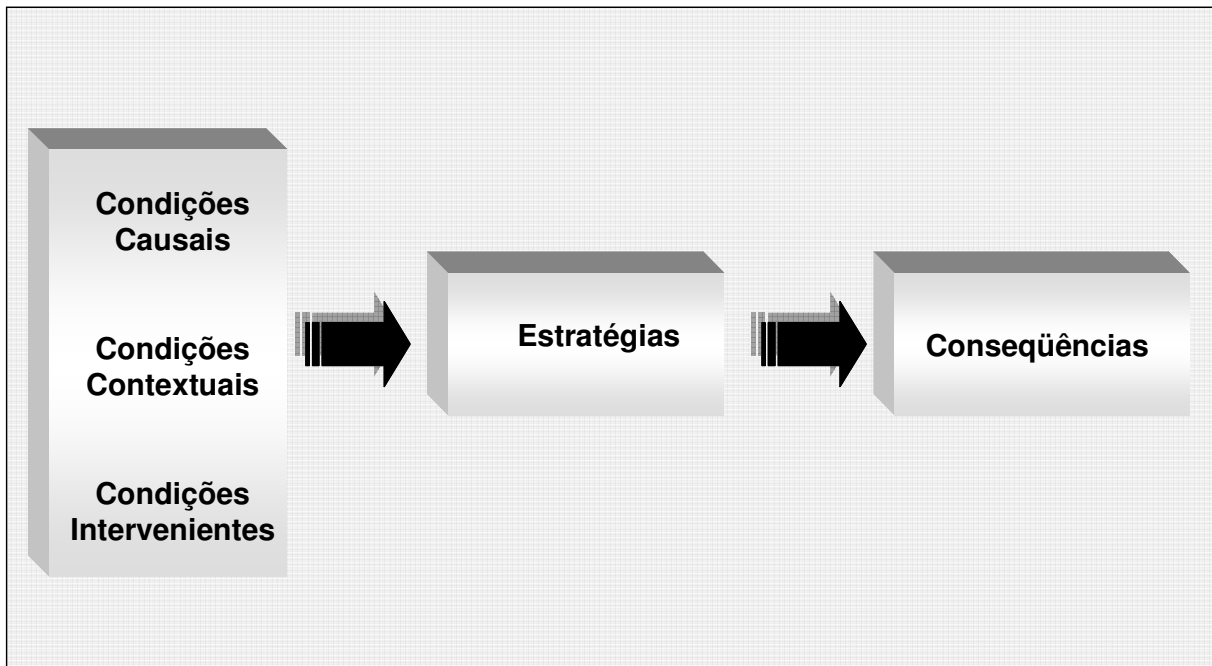
Ao procurar fenômenos, estamos procurando padrões repetidos de acontecimentos, fatos ou ações/interações que representem o que as pessoas fazem ou dizem, sozinhas ou juntas, em resposta aos problemas e situações nas quais elas se encontram (STRAUSS; CORBIN, 2008, p.130).

O modelo de paradigma foi fundamental nessa fase da análise. Este modelo é classificado por Strauss e Corbin (2008, p. 127) como modelo condicional/conseqüencial, segundo o qual os pesquisadores procuram respostas as suas questões, como por exemplo, “porque, de que forma, onde, quando, como e com que resultados, e ao fazê-los descobrem relações entre as categorias”. Ao fazer isso o pesquisador posiciona o fenômeno dentro de uma estrutura condicional e identifica “como ou os meios pelos quais uma categoria se manifesta”.

Esta etapa permite ao pesquisador relacionar estrutura e processo. Isto torna-se importante pois as **estruturas** ou condições criam circunstâncias nas quais os acontecimentos pertencentes ao fenômeno sejam situados ou surjam. O **processo** denota da ação/interação das pessoas em relação a certos problemas. Processo e estrutura estão intrinsecamente ligados, pois se alguém estuda apenas a estrutura, “descobre porque, mas não como certos fatos acontecem. Se estuda apenas processo, entende como pessoas agem/interagem, mas, não o porquê” (STRAUSS; CORBIN, 2008, p. 127).

Os componentes básicos do paradigma são: **Condições** (causal, contexto e interveniente) – referem-se a questões como, por que, onde, de que forma e quando. Pertencem à estrutura, ou seja, ao conjunto de circunstâncias, na qual o fenômeno é incorporado. **Estratégias** – referem-se às respostas estratégicas para as condições, são representadas pelas questões quem e como. E por fim as **conseqüências** que são o resultados representados pela questão: o que acontece como resultado dessas estratégias (STRAUSS; CORBIN, 2008, p. 128). A figura (Figura 3) a seguir mostra como esse processo acontece.

Figura 3 – Modelo de Paradigma



As condições causais representam, nesse processo, um conjunto de acontecimentos que influenciam o fenômeno. As condições intervenientes são aquelas que modificam o impacto das condições causais no fenômeno. Essas condições surgem de contingências (fatos inesperados). Condições contextuais são um conjunto específico de condições que criam circunstâncias aos quais as pessoas respondem por meio de estratégias. As estratégias “são atos propositais ou deliberados para resolver um problema e, ao fazê-lo, moldar os fenômenos de alguma forma” (STRAUSS; CORBIN, 2008, p. 132). E finalmente, as conseqüências, são resultados das estratégias.

Assim com a ajuda do modelo de paradigma foi possível integrar as subcategorias para explicar como o processo de desenvolvimento das competências para o cuidado domiciliar da enfermeira acontece. Este processo foi fruto de um exaustivo trabalho de leitura e releitura das entrevistas, comparando-se todos os códigos um a um, para garantir que eles estavam classificados de maneira correta. E também para ter certeza de que as categorias estavam realmente saturadas.

Na medida em que as categorias são reorganizadas, pode sentir-se a necessidade de realizar nova coleta de dados para responder as questões que emergem da análise comparativa e assim, novas categorias podem surgir. Este é um



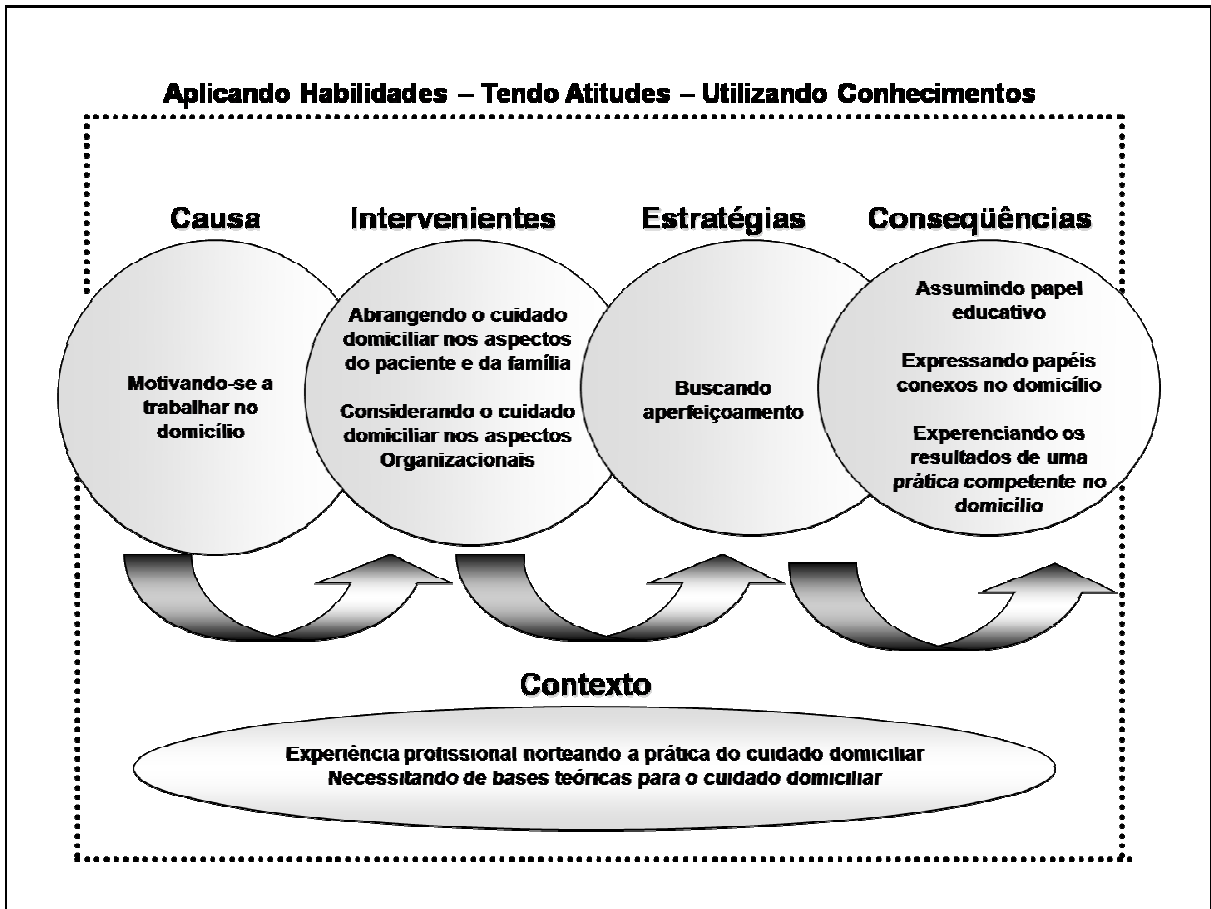
processo analítico, pois os dados reais são confrontados com o objetivo de encontrar evidências que confirmam ou refutam as questões do pesquisador (REINERS,1988).

Assim, a saturação teórica das categorias deu-se com a décima terceira entrevista, na qual, nenhum novo código surgiu, apenas emergiram códigos que deram sustentação e densidade às categorias formadas. Com o final do processo, foram estabelecidas 15 subcategorias e 6 categorias (Tabela 6). A Figura 4 apresenta a classificação das categorias de acordo com o modelo de paradigma.

Tabela 6 – Subcategorias e Categorias formadas com a codificação axial

<b>Subcategoria</b>	<b>Categoria</b>
<b>Conhecimentos Expressivos</b> (Categoria Central)	<b>Utilizando conhecimentos necessários no cuidado domiciliar</b>
<b>Conhecimentos Instrumentais</b> (Categoria Central)	
<b>Habilidades Expressivas</b> (Categoria Central)	<b>Aplicando habilidades no domicílio</b>
<b>Habilidades Expressivas</b> (Categoria Central)	
<b>Atitudes Expressivas</b> (Categoria Central)	<b>Tendo atitudes no Domicílio</b>
<b>Atitudes Instrumentais</b> (Categoria Central)	
<b>Motivando-se a trabalhar no domicílio</b> (Causa)	<b>Habilitando-se para o cuidado domiciliar</b>
<b>Necessitando de bases teóricas para o cuidado domiciliar</b> (Contexto)	
<b>Experiência profissional norteando a prática do cuidado domiciliar</b> (Contexto)	
<b>Buscando aperfeiçoamento</b> (Estratégia)	
<b>Abrangendo o cuidado domiciliar nos aspectos do paciente e da família</b> (Interveniente)	<b>Compreendendo o cuidado domiciliar e seus elementos</b>
<b>Considerando o cuidado domiciliar nos aspectos Organizacionais</b> (Interveniente)	
<b>Assumindo papel educativo</b> (Conseqüência)	<b>Desenvolvendo Consciência de seus papéis profissionais</b>
<b>Expressando papéis conexos no domicílio</b> (Conseqüência)	
<b>Experenciando os resultados de uma prática competente no domicílio</b> (Conseqüência)	

Figura 4 – Classificação das categorias de acordo com o paradigma conceitual/conseqüencial



\*Modelo adaptado de Bousso (2008)

#### 4.6.3 Codificação Seletiva – Selecionado a Categoria Central

A terceira etapa – codificação seletiva é explicada por Strauss e Corbin (1991), como o processo de seleção da categoria central, relaciona-se com as outras categorias validando as relações encontradas e completando com mais categorias, as que necessitam de um desenvolvimento adicional. Esta etapa foi alcançada quando se realizou a décima terceira entrevista, na qual nenhum novo dado foi encontrado, e as informações obtidas trouxeram densidade às categorias já formuladas.

A redução das categorias é o meio de se delimitar a teoria emergente, momento em que o investigador pode descobrir uniformidades no grupo original de categorias ou suas propriedades e pode, então, formular a teoria com um grupo pequeno de conceitos de alta abstração, delimitando a terminologia e texto. A lista de categorias é também delimitada quando elas se tornam teoricamente saturadas. Desta maneira a quantidade de dados que o analista precisa codificar passa a ser

consideravelmente reduzida, possibilitando mais tempo para estudar e analisar dados. Portanto, o universo dos dados é fruto da redução, delimitação e saturação de categorias (CASSIANI; CALIRI; PELÁ, 1996).

Este constante movimento de coleta, codificação e análise comparativa dos dados continua até que nenhum dado adicional tenha sido encontrado bem como nenhum dado relevante ao estudo. Ou seja, quando o pesquisador tem a sensibilidade para perceber que os dados estão se repetindo, ocorrendo dessa forma o que é chamado na GT de **saturação teórica** (REINERS, 1988, P.374).

A saturação teórica das categorias ocorre quando: nenhum dado relevante ou novo emerge; o desenvolvimento da categoria é denso e as relações entre as categorias são bem estabelecidas e validadas (STRAUSS; CORBIN, 1991). A codificação seletiva dos dados é empregada de maneira não tão diferente da codificação axial, porém em nível mais abstrato. Há alguns passos a serem tomados como: relacionar as categorias subsidiárias em torno da categoria central através do modelo do paradigma, validar essas relações com os modelos e finalmente complementar com dados adicionais as categorias que necessitem de refinamento e/ou desenvolvimento. Esses passos não são, entretanto, lineares.

“Fazer pesquisa é um trabalho duro. Também é divertido e excitante. Na verdade, nada se compara ao prazer da descoberta” (STRAUSS; CORBIN, 2008, p. 26).

## **5 COMPREENDENDO O DESENVOLVIMENTO DAS COMPETÊNCIAS DA ENFERMEIRA PARA O CUIDADO DOMICILIAR**

A análise comparativa constante dos dados bem como as sensibilidades teóricas da pesquisadora permitiram a compreensão acerca do fenômeno **“Desenvolvendo Competências para a Prática do Cuidado Domiciliar: experiência da enfermeira”**.

O fenômeno é explicado pela relação entre todas as categorias, apresentando-se como categorias centrais: “Utilizando Conhecimentos Necessários no Cuidado Domiciliar”, “Aplicando Habilidades” e “Tendo Atitudes”. Estas categorias foram eleitas como principais, partindo da fundamentação de que as competências são desenvolvidas a partir da prática da enfermeira e ao mesmo tempo voltam para serem utilizadas nessa mesma prática.

No entanto para desenvolver competências para o cuidado domiciliar, a enfermeira precisa de um motivo inicial, uma condição causal, que a principie na prática e assim desencadeie o seu desenvolvimento. Dessa forma a subcategoria “Motivando-se a trabalhar no domicílio” representa a causa do fenômeno.

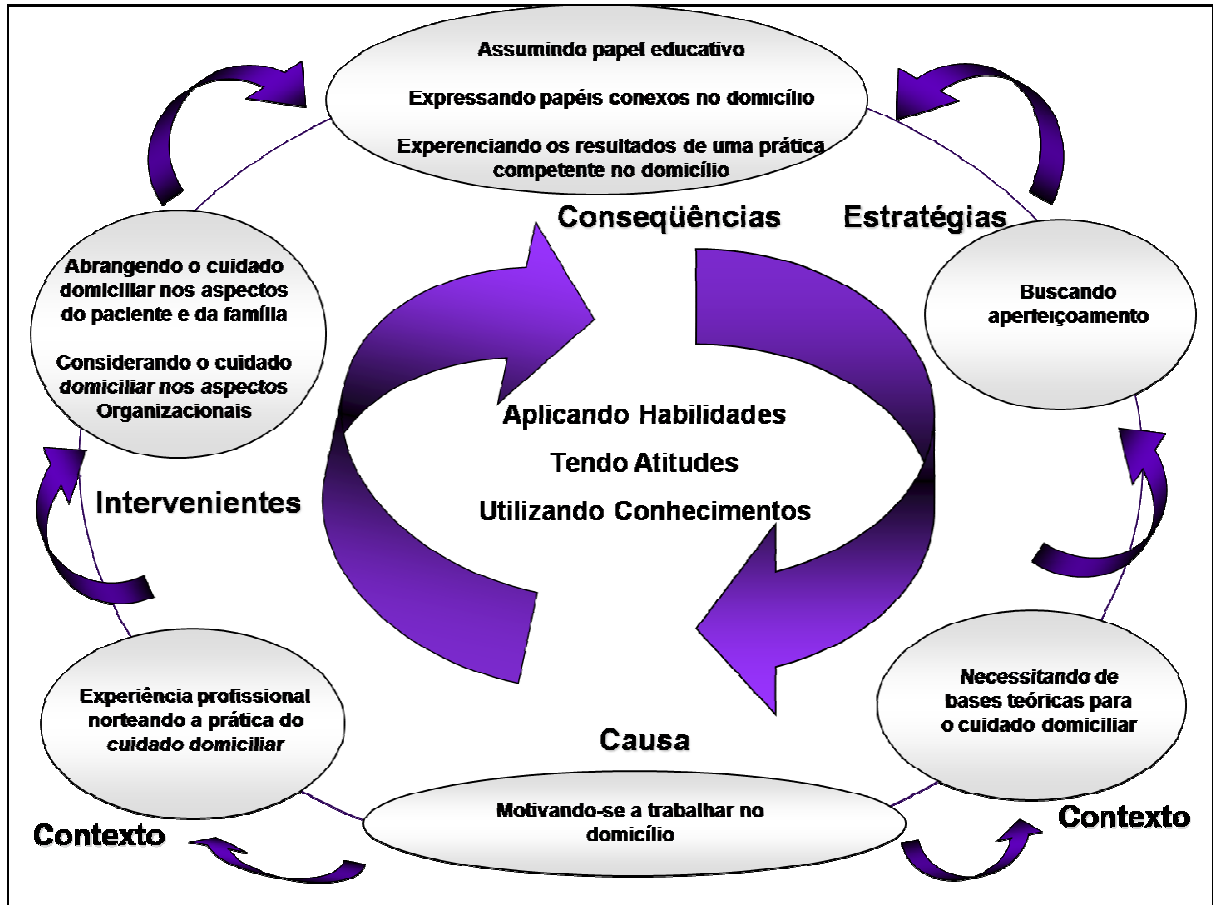
As subcategorias: “Necessitando de bases teóricas para o cuidado domiciliar” e “Experiência profissional norteando a prática do cuidado domiciliar” representaram neste estudo o contexto para o desenvolvimento do fenômeno. As competências da enfermeira começam a ser desenvolvidas ainda na formação e continuam em constante desenvolvimento na sua prática diária do cuidado domiciliar. No entanto esse processo de contínuo desenvolvimento das competências depende da teoria para acontecer, assim a enfermeira utiliza como estratégia a busca constante por aperfeiçoamento. Com isso a subcategoria “Buscando Aperfeiçoamento” é a estratégia da enfermeira para articular continuamente a teoria à prática.

A categoria “Compreendendo o cuidado domiciliar e seus elementos” é condição interveniente no processo, pois a maneira como a enfermeira compreende e observa elementos e conceitos importantes ao cuidado domiciliar, pode interferir no desenvolvimento de competências bem como o desenvolvimento de uma prática competente.

E finalmente a última categoria, “Desenvolvendo Consciência de seus papéis profissionais” representa a consequência do desenvolvimento das competências da

enfermeira. Pois na sua atuação, no seu papel profissional, que todas as competências desenvolvidas por ela irão se manifestar e se concretizar. O Diagrama 1 apresenta como ocorre esse processo. E na seqüência cada uma destas etapas está apresentada com maiores detalhes.

**Diagrama 1 – Desenvolvendo Competências para a prática do Cuidado Domiciliar: Experiência da enfermeira**



### 5.1 Utilizando conhecimentos necessários no cuidado domiciliar, Aplicando habilidades, Tendo atitudes

As categorias “Utilizando Conhecimentos Necessários no Cuidado Domiciliar”, “Aplicando Habilidades” e “Tendo Atitudes” apresentaram-se como tema central do fenômeno deste estudo. Com isso todas as demais categorias apresentaram um processo interligado no sentido de sair e voltar para o mesmo lugar, ou seja, ir e vir para as categorias centrais.

O termo “competências” que antecede a apresentação das mesmas foi utilizado para justificar o referencial utilizado, entendendo que competências são

habilidades, atitudes e conhecimentos que quando mobilizados integralmente, tornam a prática da enfermeira uma prática competente e não apenas um “fazer pelo fazer”, como podemos observar nas falas abaixo

*É um conjunto. E quando você consegue (...) eu acho agregar todo o seu conhecimento teórico, tua experiência, a própria situação do ambiente é (...) não usar teus julgamentos, a hora que você consegue usar tudo isso, olhar para a situação, é (...) e ter essa visão de uma forma mais ampliada, usando o coração e a mente, eu acho sim que dá pra dizer que é competente.*

*Porque competência não é só a técnica pela técnica, é o saber fazer, você pode ter um conhecimento brilhante e pode não saber o que fazer com ele.*

Assim justificam-se as três categorias como tema central, uma vez que, as competências são a articulação desses três componentes, e o seu desenvolvimento é todo o processo permeado pelo desenvolvimento das demais categorias e subcategorias, ou seja, que resulta em uma prática na qual a enfermeira desenvolve habilidade, atitudes e conhecimentos, e estes componentes retornam para sua prática em uma circularidade constante.

As categorias são compostas respectivamente pelas subcategorias: Conhecimentos Expressivos e Conhecimentos Instrumentais, Habilidades Expressivas, Habilidades Instrumentais, Atitudes Expressivas, Atitudes Instrumentais. A divisão entre expressivo e instrumental ocorreu pela necessidade sentida em separar conceitos que diziam respeito a comportamento (expressivo) e a técnica (instrumental).

Com isso as competências da enfermeira para o cuidado domiciliar se configuram na articulação de conhecimentos, habilidades e atitudes tanto na esfera expressiva quanto na esfera instrumental. E não poderia ser diferente, tratando-se a enfermagem de uma profissão que tem como objeto do cuidado o ser humano, precisa além de utilizar o componente instrumental para resolver “problemas” que apenas a tecnologia pode dar conta, como realizar um procedimento específico, curativo, por exemplo, como também o componente expressivo, para relacionar-se com as pessoas e resolver “problemas” que técnica por si só não é capaz de fazer.

Estes aspectos têm ainda maior relevância quando se fala em cuidar no domicílio, aonde estas relações comportamentais (expressivas) são ainda mais fortes e presentes, pois a casa é o espaço da pessoa, é lá que ela pode atuar sem “mascarás” e sem medo de ser julgada. Ela é quem dita às regras. É também no lar

que as pessoas vivem seus mais profundos sentimentos, então, voltando ao exemplo do curativo, às vezes ele se torna uma consequência do profissional estar na casa da pessoa, porque pra ela (pessoa) o procedimento é o que menos importa, o que ela quer mesmo é alguém para ouvi-lá, assim o cuidado da enfermeira neste momento não é apenas o procedimento (curativo), mas também sua conversa com o paciente, uma conversa terapêutica.

*(...) o cuidado não é só ir lá e fazer o procedimento, às vezes o procedimento é uma consequência de você estar lá. Às vezes, a tua presença, a tua orientação, a tua conversa, a tua identificação de novas situações vai dar o cuidado maior do que o procedimento, não que uma coisa seja dissociada da outra, entende?*

No entanto não se pode diminuir o valor das competências instrumentais, elas são tão importantes quanto às expressivas, mesmo porque os problemas da esfera técnica também precisam ser resolvidos para proporcionar bem estar e qualidade de vida às pessoas. Assim como dito anteriormente uma prática competente necessita atender as duas esferas igualmente.

## **5.1.1 Utilizando conhecimentos necessários no cuidado domiciliar**

### **5.1.1.1 Conhecimentos expressivos**

Ter conhecimentos para embasar a prática é fundamental para qualquer atuação profissional, no cuidado domiciliar não é diferente. A enfermeira adquire os conhecimentos pertinentes a sua atuação como generalista ainda na graduação. No entanto na sua experiência em cuidado domiciliar ela desenvolve um outro tipo de conhecimento também fundamental a essa área, um conhecimento que é mais voltado para o expressivo do que para o instrumental.

Esse, denominado conhecimento intuitivo, auxilia a enfermeira ver além do que seus olhos poderiam de fato enxergar. É um conhecimento que está aliado a sensibilidade da enfermeira em perceber situações e agir diante destas percepções. Este saber intuitivo da enfermeira embasa a prática da enfermeira no cuidado domiciliar tanto quanto o conhecimento científico. No entanto ele só é válido quando ela o usa com intencionalidade, ou seja, ela sabe que ele existe, e sabe quando e porque está usando.

*Na minha atuação (...) no meu cuidado eu agrego a minha intuição com o meu conhecimento científico, com (...) com no caso de materno-infantil com o instinto materno que é inato da mulher. Só que perante a sociedade de modo geral, a sociedade científica, enfermeiros, médicos (...) as pessoas pedem muito “know how”, pedem o papel, que certificados que você tem que (...) quantas pós-graduações que você tem, quantos artigos você já escreveu, entendeu? E menosprezam que eu já atendi esse ano centenas de crianças.*

*E você aprende com a prática muito mais do que numa literatura assim, na literatura você conhecimento abstrato e quando você atende você tem conhecimento concreto. E eu levo muito essa parte de instintiva, intuitiva a sério, porque eu consigo ver e identificar coisas que eu não sei nem como explicar como.*

A prática da enfermagem domiciliar necessita ser crítica-reflexiva, para que possa ser sempre renovada e melhorada, prestando dessa forma um cuidado singular a cada cliente prezando sempre pela qualidade desse atendimento. Lembrando mais uma vez que a experiência da prática profissional acrescenta valores no cuidado domiciliar, pois também aprendemos com a experiência, e com ela que selecionamos aquilo que temos de melhor para ser compartilhado com o paciente. É também através da experiência profissional que se aprimora técnicas e conhecimentos, é por meio dela que desenvolve a capacidade de ter um “*feeling*” do que está acontecendo ou do que pode acontecer em cada domicílio, este “*feeling*” é uma das manifestações do conhecimento intuitivo da enfermeira.

O conhecimento intuitivo auxilia a enfermeira na tomada de decisão, e também direciona a sua prática, porque ela identifica e percebe aspectos que precisam ser buscados, aperfeiçoados, visando sempre uma prática competente. Porém para a enfermeira desenvolver essa capacidade esse “*feeling*”, ela tem que estar aberta, estar disposta para que ele aconteça. Não é algo que ela vai buscar porque decide, ele acontece se desenvolve em sua experiência profissional. Ainda quando a enfermeira tem essa percepção, essa sensibilidade, ela desenvolve a sua prática de maneira diferenciada, porque tem um olhar distinto da situação. É o *background* da enfermeira desenvolvida em sua vida profissional, nos anos de atuação de cuidado.

*Ela vivencia várias situações que vão embasando ela, pela experiência. Vai chegar um momento que ela vai bater o olho e vai saber. Da pra dizer que é de experiências anteriores, do próprio conhecimento, da sensibilidade, mas ela tem que estar aberta pra isso. Estar disposta a ver. Estar disposta a enxergar as coisas, daí eu acredito que ela consiga.*



*Tá, então o diagnóstico qualquer enfermeiro pode fazer, agora esse diagnóstico, eu acho que ele pode ser, e aí eu acho que entra a questão da competência, ele pode ser um diagnóstico ou uma percepção então, podemos chamar de percepção, mais superficial ou mais voltado para a parte técnica e morreu aí, entendeu? Ou tem uma percepção que vai além, que é realmente o olhar que é (...) não só o olhar pra família pro indivíduo, pro ambiente, é o olhar, mas olhar assim, eu não vou olhar só o que tá errado, eu vou olhar com um olhar de melhorar a condição. Não deixa de ser um diagnóstico, só que é um olhar diferente.*

### **5.1.1.2 Conhecimentos instrumentais**

O conhecimento instrumental diz respeito ao conhecimento técnico-científico da enfermeira. O conhecimento científico, entre outros, é o fator que embasa as práticas de uma profissão, e para a enfermagem em suas diferentes áreas de atuação, especialmente no cuidado domiciliar, modalidade que deve trazer consigo uma gama de saberes amplos e diferenciados, a fim de atender as necessidades do indivíduo, sua família no contexto onde estão inseridos, ou seja, seu lar.

A enfermagem no cuidado domiciliar pode encontrar no conhecimento científico um dos seus mais importantes pilares de trabalho, visto que será este que sustentará, norteará e solucionará determinadas situações, mesmo que estas sejam demasiadamente delicadas. Este conhecimento é capaz de subsidiar as ações da enfermeira frente o indivíduo e sua família, considerando as peculiaridades de cada contexto domiciliar, visto que ao adentrar em cada domicílio, o profissional vivencia uma experiência diferenciada, pois suas ações deverão respeitar e adaptar-se às particularidades de cada um destes indivíduos, famílias, e contextos domiciliares.

O conhecimento científico confere à enfermagem subsídios para o cuidado, permite ao profissional sentir-se mais seguro em relação às ações que realiza, bem como em relação às ações delegadas.

*Deve ter o conhecimento das técnicas dos procedimentos, para ter autonomia de ir às vezes sozinho no domicílio realizá-los. Deve ter conhecimento de fisiologia, anatomia, assepsia, diminuição de danos, para que o paciente tenha o mínimo de risco possível.*

No cuidado domiciliar, a utilização do conhecimento científico permite ao enfermeiro domiciliar atuar de maneira subsidiada, respaldada, correta, consciente,

visto a segurança ofertada pelo conhecimento científico à prática profissional. Assim, é impossível a execução do cuidado domiciliar na ausência de um conhecimento científico amplo capaz de consolidar a compreensão dos fenômenos. Ainda, o conhecimento científico é de extrema relevância ao profissional, visto que ele constitui a base para a assistência a ser prestada.

*Ah o conhecimento técnico-científico é a base né? Não (...) não dá para pensar em realizar qualquer tipo de cuidado se você não tem a base científica, e no cuidado domiciliar com certeza não é diferente, porque você vai na casa e tem que fazer procedimentos tem que atender pessoas com agravos de saúde. E é tudo misturado, porque você vai numa casa, é uma criança pra atender, vai na outra é um idoso (...) então tem que dominar tudo (...) saber de pediatria, geriatria, saúde da mulher, enfim, e quem que te dá essa base (...) é o conhecimento científico.*

*Isso, mesmo pra realizar as técnicas, né, que a gente faz, passa sonda, faz curativos (...) e também, científicos pra você ter onde se embasar, até pra convencer eles, nesses casos em que eles são um pouco resistentes. Então é o conhecimento técnico-científico e também essa parte maleável que eu acho que mais o enfermeiro tem que é essa parte humana, e tal, pra você conhecer a família e saber lidar, né com algumas situações que você se depara.*

## **5.1.2 Aplicando habilidades no domicílio**

### **5.1.2.1 Habilidades expressivas**

Para desenvolver o cuidado no domicílio o requisito fundamental que permite o início deste cuidado e também a continuação dele, é a capacidade da enfermeira de criar um vínculo com o paciente/família. É este vínculo que permite a ela (enfermeira) adentrar na casa das pessoas e desenvolver seu cuidado.

O estabelecimento deste vínculo depende muito da postura da enfermeira, depende do que faz e como faz. Ou seja, ela precisa ser humilde e saber se portar na casas das pessoas de acordo com o estilo de vida de cada família. A enfermeira precisa entender que no cuidado domiciliar, cada casa é uma casa, cada família é uma família, cada situação é uma situação. Assim para cada situação que ela vivência, ela não pode ter pré-julgamentos, precisa ter uma prática reflexiva constante para saber até onde pode ir ou chegar.

Entendendo a singularidade de cada um desses aspectos a enfermeira faz um cuidado individualizado ao paciente, mas desde que ela realmente considere que as situações são ímpares e que ela precisa respeitar e adaptar-se a cada uma delas.

Com isso o vínculo estabelecido entre enfermeira/paciente/família torna-se infinitamente importante para o cuidado, uma vez que ele oportuniza estabelecer um relacionamento de confiança entre todas as partes permitindo a anuência, desenvolvimento e continuação do cuidado.

*(...), você chega pra pessoa muito de supetão né, já “oi, qual que é o problema e tal” né, você tem que primeiro criar o vínculo com a pessoa. A partir do momento que você cria o vínculo, que ela começa a confiar em você, que ela se sente tranqüila pra começar a falar.*

*É, as pessoas não são iguais, os pacientes não são iguais. Então eu não desenvolvo a minha prática de um maneira padrão. Porquê? Por que cada local que eu vou, se é uma casa mais humilde, eu vou falar num determinado linguajar.*

O vínculo oportuniza ainda a capacidade de investigação da enfermeira, pois a partir do momento que paciente/família sentem que podem confiar nela, sentem-se mais a vontade para falar de seus problemas ou para deixar visualizar uma situação que anteriormente era vedada e que interfere na qualidade de vida daquele paciente/família.

Ainda para que este vínculo permaneça, para a manutenção da relação de confiança entre as partes, a enfermeira precisa ter a habilidade de saber respeitar crenças e valores culturais, criando sempre estratégias adequadas para orientar o cuidado necessário.

*Por exemplo, um dia eu fui em uma casa, o paciente tinha uma úlcera em membro inferior, e fazia muitos anos já, então nesse dia eu cheguei para fazer o curativo, e a esposa dele me trouxe uma “garrafada” que ela havia mandado fazer e queria que eu usasse. Percebi naquele momento que se no o fizesse, romperia o vínculo que criei com aquela família, precisa respeitar as crenças deles. Então orientei que não poderia usar algo que não tinha conhecimento, e pedi para que ela se informasse sobre o que se tratava, que se não ferisse nenhum princípio científico, eu usaria sem problemas, porque existem sim plantas com princípios medicinais, caso não prejudicasse o paciente eu poderia usar.*

O cuidado humanizado é cada vez mais priorizado na área da saúde, no cuidado domiciliar isto talvez precise ser mais profundo, pois não é possível

estabelecer um vínculo com cliente e família se a enfermeira tem uma prática e postura puramente tecnicista. Também é necessária à enfermeira a capacidade de individualizar o cuidado, preocupando-se em não deixar valores próprios ou adquiridos em outros ambientes influenciar e de certa forma acabar padronizando o cliente e família como sendo apenas mais um. É preciso saber relacionar-se com os membros da família e comunidade. Ter um “feeling” para o que está acontecendo a sua volta, sendo que muitas vezes estes acontecimentos não são necessariamente explícitos, mas sim muito sutis, onde a enfermeira precisa desenvolver a habilidade de enxergar e ouvir nas entrelinhas.

Percebe-se também que a enfermeira precisa ter flexibilidade para se adaptar às situações, embasada é claro, dentro de uma forte fundamentação teórica para que seus resultados sejam sempre os melhores possíveis. Essa flexibilidade é ainda decorrente da capacidade da enfermeira ser sensível ao que está em sua volta. Em saber olhar, o que muitas vezes, não é visível aos olhos, em ouvir o que não é dito e sentir que existe algo para ser desvelado, ter um “feeling” para as situações, como dito anteriormente.

*Ontem eu tive uma reunião com uma enfermeira sobre a empresa né? E ela perguntou, 'nossa, mas o conhecimento que você tem como é que você vai me passar isso?', e eu falei pra ela, falei 'olha primeiro você tem que amar o que você faz'. 'Segundo, muita coisa é **feeling**, muita coisa você tem que ir de acordo com o ambiente, tem que ter um sexto sentido, enfermeiro tem que ter.*

Outra habilidade imprescindível à enfermeira, para manter um bom e efetivo relacionamento com paciente e família, é sua dimensão comunicativa, ou seja, é preciso saber o que e como falar com as pessoas, pois uma palavra mal colocada ou mal interpretada poderá comprometer o sucesso do cuidado ou criar situações que poderiam ser evitadas. Também a capacidade de comunicar-se refere a se fazer compreender, perceber que determinados termos não serão compreendidos pela família e que isto afeta a vinculação ao cuidado, devido ao fato de que o paciente/família pode não realizar determinada orientação porque não entendeu o que era pra ser feito. Ainda ela precisa transmitir confiança na sua fala, e nas suas orientações. A capacidade de comunicação está atrelada à habilidade de saber

ouvir. E saber ouvir não é apenas ouvir no sentido literal da palavra, mas sim aceitar o que o outro está dizendo.

*Eu vou te admitir que eu tive muita dificuldade nessa área, tenho por alguma forma de expressar, as vezes eu tenho, as vezes alguma coisa mal interpretada, porque quando você tá ali na casa, ontem até tive uma situação em que eu insisti com a mãe ali um negócio, eu falei “não, vamos tentar, fique tranqüila” e deu errado e ela ficou chateada, então no olhar a pessoa passa, então você tem que ter a humildade de falar me perdoe eu erreí, e a partir de amanhã vai acontecer diferente, entendeu? Então assim ele é um contexto, eu acho que o relacionamento interpessoal, é como coisa que você tem que pensar, pra mim é uma coisa que você tem que tá sempre repensando, “será que tô fazendo certo, será que se eu mudar essa postura, devo falar isso, não devo falar aquilo, será que isso vai gerar na pessoa um sentimento de desconforto?”, eu sou uma pessoa muito sincera, então acaba que eu falo muito as coisas, dependendo da paciente, ela pode muito bem aceitar numa boa e outra não aceitar.*

*É imprescindível a empatia no relacionamento profissional-cliente-família, esta tríade pode alcançar metas surpreendentes se estiverem em sintonia, do contrário como em qualquer outra relação, pode ser uma verdadeira catástrofe comprometendo os resultados. Um paciente pouco colaborativo pode tornar-se participante e responsável pela sua recuperação se o mesmo for de forma positiva estimulado.*

É preciso que a enfermeira perceba todas as relações existentes na casa, essa habilidade torna possível entender que aspectos interferem positiva ou negativamente na dinâmica familiar. É preciso que ela entenda como essas relações acontecem para gerenciar possíveis conflitos existentes. E por fim a enfermeira precisa ter consciência ética para saber quais são os limites que podem ser quebrados ou não.

*Como que a mãe é, como que é o relacionamento da mãe e do pai [...] muitas vezes eu falo sobre casamento. Por que as vezes [...], se o casal não ta bem, não adianta [...], o bebê obviamente percebe aquilo né? Então a gente tem que trabalhar com a família toda. As vezes eu chamo a avó e falo “oh o bebê é dela, você já teve o seu” então ela vai mudando. As vezes a mãe pede. Eu já separei briga de casal, já separei briga de mãe com filha, muitas vezes [...] separei mesmo. Tive que acalmar os ânimos e tudo. Então acaba que você [...] tem que ir na casa, por que daí você consegue ver isso, pra poder ajudar e trabalha”.*

### 5.1.2.2 Habilidades instrumentais

A observação talvez se configure no instrumento mais importante para o enfermeiro do cuidado domiciliar. Pois nesta especialidade alguns aspectos como contexto domiciliar, relações familiares, interação familiar, cuidador familiar (ou não), condições econômicas, condições de higiene do domicílio entre outros, são fatores que influenciam diretamente no processo saúde-doença do paciente/família, podendo essa influência ser positiva ou não.

Assim o enfermeiro deve estar atento para observar aquilo que pode ser usado a favor do cuidado bem como aspectos que estejam atrapalhando a recuperação ou provocando algum conflito no contexto domiciliar. Neste contexto de observação, a mesma se faz necessária, juntamente com a capacidade de criatividade do enfermeiro para saber improvisar algumas ações inesperadas que ocorra no domicílio sem constranger o paciente/família, tratando cada situação como um processo natural e esperado.

*A observação, então não adianta você ter um conhecimento teórico e passarem as coisas batidas.*

*Quando eu faço uma prevenção de acidentes, eu tenho que olhar pra tomar a decisão.*

Outra habilidade importante para a prática do cuidado domiciliar é saber ter iniciativa para a tomada de decisão, ou seja, não esperar as coisas acontecerem para agir, avaliar cada situação e ter a iniciativa para agir antes que as coisas aconteçam. Para isso a enfermeira precisa estar disposta a utilizar o tempo que for necessário em cada casa, lembrando que cada domicílio tem uma dinâmica diferente e singular.

Também é importante não se deixar levar por sentimentalismos, é preciso ser racional para tomar decisões e agir no domicílio. No entanto, conforme a enfermeira vai consolidando o vínculo estabelecido, às vezes tanto ela quanto paciente/família podem confundir as coisas, então é preciso envolver-se racionalmente, sempre prezando pela postura profissional.

*Eu acho assim, a primeira coisa que tem é você não pode desesperar e você tem que se manter (...) manter razão, tem que colocar a razão acima de qualquer outra coisa, deixa a emoção de lado (...). Você tá ali pra ajudar*

*a pessoa e você é um profissional, e não é por isso que você vai ser pisado, ou alguma coisa assim, mas você tá dentro da casa da pessoa, independente dela estar errada ou você estar errada, você está na casa da pessoa. Então você tem que respeitar esse fator né?*

Saber improvisar é tão importante ou mais dentro do domicílio do que no ambiente hospitalar. Por que na casa, você na maioria das vezes está sozinho, precisa prever todo e qualquer imprevisto que possa ocorrer para que isso não afete o resultado do cuidado. Precisa estar ciente de que na casa você não tem os recursos que teria se estivesse dentro de um hospital. Com isso é necessário ter muita criatividade para fazer o que tem que ser feito, sem os recursos necessários, e acima de tudo sem ferir nenhum princípio científico.

Para isso é fundamental que o enfermeiro esteja preparado tecnicamente para lidar com as mais diversas situações que podem ocorrer, ou seja, ele precisa sim ter destreza manual e domínio de técnicas. Não é porque está cuidando no domicílio que não terá que realizar um procedimento prático. No domicílio ele tem que saber mais ainda, porque não tem ajuda de outros profissionais e não tem os recursos que um hospital oferece.

*Eu brinco sempre que a enfermagem é a arte do improviso, eu sempre falo isso pros meus alunos, que a enfermagem é a arte do improviso. Porque a gente tem que aprender a lidar com essas situações, eu não posso “aí não dá pra atender, eu vou ter que ir embora”, eu não posso fazer isso, até porque é uma hora de deslocamento, chego lá e (...), então no caso do material, de faltar um material por exemplo, eu acho que (...) que (...) eu particularmente sou uma pessoa meio criativa assim sabe? Então eu não vejo nada de mal de (...) por exemplo “oh tem uma bacia” no teu exemplo da cuba rim né? pego alguma coisa que eu possa tá fervendo, esterilizando, depende de pra quê que eu vou usar obviamente, sempre seguindo os parâmetros de (...) de CCIH, tudo isso né? Então você vai fervendo ou lavando bem lavado, fervendo ali por 5 minutos, 10 minutos, enfim pra utilizar, então você lava bem lavadinho e tal, e improvisa.*

### **5.1.3 Tendo atitudes no domicílio**

#### **5.1.3.1 Atitudes expressivas**

Para realizar o cuidado no domicílio, a enfermeira necessita de um preparo anterior. Este preparo vai além da técnica, envolvendo também um preparo emocional e pessoal. Pois, como já citado anteriormente, cada casa é uma casa, ou

seja, cada família tem crenças, valores e costumes que precisam ser respeitados. Com isso uma das primeiras atitudes do enfermeiro no domicílio é ter respeito pelo paciente/família, sabendo que nem sempre o que é correto para eles é correto também para o profissional, mas a casa é “dele” e a vida é “dele” e como qualquer outro ser humano, precisa ser respeitado. Muitas vezes ainda a enfermeira precisa passar por cima de certos valores pessoais, para que isto não interfira no seu cuidado.

*É, eu acho assim. Você tem que ser o mais é “polait” [polida] é (...) o mais educada, é (...) esqueci a palavra, você tem que ter mais é (...) mesmo que alguém te xingue, você não pode (...) você nunca vai revidar. Eu nunca vou revidar aquilo entendeu? Tem que ser cortez, tentar ser é (...) engolir aquilo, entendeu? E, não engolir e aceitar, de você né (...) porque você tá na casa da pessoa. Então, às vezes uma pessoa gosta de uma determinada coisa, que o outro não gosta então você tem que (...) tem que ser educado, mesmo porque você é um profissional não pode perder sua postura.*

Ainda esta questão cultural é algo muito importante e muitas vezes difícil de ser trabalhada, pois a cultura não tem uma lógica própria, ou seja, nem sempre o que é culturalmente correto para uma família, será para outra e também para a enfermeira. Com isso, cabe à enfermeira analisar se certas atitudes (do paciente/família) ferem ou não princípios científicos, para desta forma, realizar as orientações necessárias, incentivando ou não tais atitudes.

Tomando sempre o cuidado para não deixar que seus próprios valores interfiram nos hábitos e no cotidiano do paciente/família. Frente a isto, cabe ao enfermeiro vestir diferentes “óculos” para cuidar de diferentes famílias. A enfermeira deve se adaptar a cultura de cada família. Harmonizando também os costumes e valores dessas famílias para não ferir princípios científicos, que possam influenciar negativamente no cuidado do paciente.

*Então eu tive que me adaptar a isso. Mas antes isso pra mim era meio inadmissível, entendeu? Então hoje em dia não, as minhas pacientes elas limpam os cachorrinhos delas com lencinho umedecido depois que eles fazem xixi depois que eles fazem coco, entendeu? É outro mundo”. “Muitos casais [...] fugiu do assunto né? Mas muitos casais têm um bicho daí engravidam então daí o cachorro, o gato, dorme com o casal e o neném dorme no quarto do [...] eu tive que me adaptar a isso. Então pra você poder [...] você não pode falar pra família, você tem que respeitar aquilo que eles são, pra poder trabalhar com eles, porque se você falar [...] não respeitar o que [...] a forma que eles são e a forma que a casa é você não consegue conquistar eles, pra que eles mudem aquilo pelo bem da saúde ou enfim, daquilo que você tá tentando colocar.*



Mesmo por que para que suas orientações sejam seguidas com êxito, é necessário que o vínculo já estabelecido entre paciente-família-profissional permaneça forte e enraizado, pois este permite ao enfermeiro criar uma relação de confiança com esta família, e conseqüentemente ter acesso a maiores informações que não seriam demonstradas se não houvesse tal confiança. No entanto, para saber exatamente as relações que ocorrem no contexto domiciliar, faz-se preciso que o enfermeiro aprimore sua capacidade de investigação, pois nem sempre as coisas serão reveladas naturalmente.

É preciso ser educado e respeitoso para deixar que paciente/família se sintam realmente à vontade em seu domicílio. Tendo calma para agir racionalmente nas situações mais inesperadas possíveis. Isso ajuda na relação de confiança de cada família com o enfermeiro.

*Isso que é o [...], esse que é o ponto do [...] do cuidado domiciliar, entendeu? Você não pode agir com uma pessoa que é totalmente espontânea da mesma forma que você age com uma pessoa que é totalmente reservada. Tanto [...] em todos os sentidos. Uma pessoa espontânea, ela fala é [...] se for tirar leite se eu preciso de um recipiente que eu não tenho, por exemplo, ela fala "aí é [...] você pode pegar lá na cozinha", eu levanto e pego sem problema, eu falo "deixa que eu pego". Agora uma pessoa mais reservada não. Vai ser uma ofensa se eu fizer isso. Então você tem que sentir ali no [...] no primeiro cinco, dez minutos, você já tem que [...] qual é o clima do lugar, e você vai trabalhando de acordo com isso.*

Ser discreto também é uma forma de respeito com o outro, em muitos casos a enfermeira chega à casa do paciente que tem condições precárias de higiene, de estrutura, enfim, ela precisa ser discreta para não constranger as pessoas da casa. Precisa ter respeito e cuidado ao passar algum tipo de orientação que diz respeito a aspectos financeiros ou de higiene. Sabendo que o que precisa ser dito, realmente tem que ser dito, mas sempre com muito respeito pelo próximo. Ter calma e agir racionalmente com relação às limitações da família, e sempre compreendendo essas limitações e sendo sensível para perceber quem às vezes a família não poderá colaborar em determinadas situações, e também ter humildade para reconhecer suas próprias limitações. O bom humor e criatividade sempre ajudam nas horas mais difíceis.

*Eu tenho assim, eu tenho uma saída assim, de às vezes sair pelo bom humor, e se eu fiz alguma coisa, normalmente eu reconheço, eu falo "olha",*

*puxa, eu realmente não sei a respeito desse assunto, eu vou pesquisar, eu te devolvo, te do de volta depois, ou encaminho pra algum especialista da área, enfim né?*

### **5.1.3.2 Atitudes instrumentais**

A enfermeira para cuidar no domicílio necessita ser possuidora de algumas atitudes que farão diferença na sua atuação profissional e no resultado do seu cuidado. Ela se prepara para adentrar ao domicílio, este preparo é permeado por habilidade, conhecimentos que fazem diferença na sua postura enquanto enfermeira do cuidado domiciliar. Ela precisa ser consciente para pedir ajuda quando preciso, e não entender isso como uma “não capacidade” sua, mas sim como uma habilidade de saber trabalhar em equipe e saber que muitas vezes uma ação coletiva resultará em maiores benefícios do que uma ação solitária. Ela também sabe que é importante ouvir todos e todas as versões de um fato, sem tomar partido, sem julgar, mas tomar suas decisões embasadas em fatos concretos.

*Eu sempre peço a ajuda da família, por exemplo, quando preciso isolar o paciente, peço que se retirem que me auxiliem muitas vezes. No caso de conflitos familiares, eu já presenciei alguns. Nessa hora, é importante ouvir o que todos têm a dizer, avaliar o que está acontecendo, eu prefiro tentar acalmar e trazer para a razão, ou seja, falar a respeito do bem do paciente, do bem da família, aconselhar da melhor maneira possível, isso quando eu sinto que eles querem conselhos. Caso contrário, eu só ouço, não me meto muito se eu percebo que estão muito alterados e depois, numa nova oportunidade, eu volto ao assunto e tento aconselhar melhor, com mais calma.*

*Para tomar decisões, precisa ser um bom observador do contexto familiar, do ambiente e das relações existentes. Grande parte das decisões tomadas durante uma visita domiciliar cabem ao enfermeiro, e este precisa ter humildade, responsabilidade e autonomia para conseguir dar as orientações certas. Saber ouvir é o mais importante.*

Assim a enfermeira precisa ter atitude profissional para lidar com as mais variadas situações que ela encontra no domicílio. Porque dentro da casa da pessoa ela não determina as regras, estas são determinadas pelo paciente e família, assim ela precisa ter postura para aceitar as regras sem deixar que estas interfiram no cuidado.

*O cuidado domiciliar não pode ser visto como uma área de fácil atuação profissional. Dentro da casa do paciente o Enfermeiro desenvolverá uma variabilidade de atividades assistências que requer não apenas domínio técnico e tecnológico, mas também muita postura profissional.*

Saber delegar funções é importante para que o cuidado aconteça e continue acontecendo mesmo na ausência da enfermeira, porque no hospital existe uma equipe 24 horas por dia que garantirão este cuidado, no domicílio a equipe é a família. Então a enfermeira precisa além de cuidar, envolver toda a família no cuidado, fazendo com que eles se comprometam efetivamente com este.

*O cuidado em ambiente hospitalar segue padrões, normas e rotinas, onde o detentor do poder normalmente é o Enfermeiro, pois está cercado de uma estrutura profissional qualificada com médicos, técnicos e auxiliares de enfermagem, nutricionistas, fisioterapeutas, enfim, uma equipe multidisciplinar que o ajudará nas mais diversas situações. No domicílio, a equipe de suporte do enfermeiro é composta pelos familiares, a mãe, o pai, os filhos, os netos, os amigos, os vizinhos. É com eles que o enfermeiro deve contar para garantir ao doente uma assistência de qualidade, além do seu preparo e domínio assistencial.*

## **5.2 Habilitando-se para o cuidado domiciliar**

A categoria “Habilitando-se para o cuidado domiciliar” é composta pelas subcategorias: “Motivando-se a trabalhar no domicílio”, “Necessitando de bases teóricas para o cuidado domiciliar”, “Experiência profissional norteando a prática do cuidado domiciliar” e “Buscando aperfeiçoamento”.

Ao habilitar-se a trabalhar no domicílio a enfermeira tem um ponto de partida que a inicia no cuidado domiciliar, este ponto de partida é o motivo que a faz trabalhar no domicílio. Assim a subcategoria “Motivando-se a trabalhar no domicílio” se configura neste processo, como a condição causal para o desenvolvimento das competências da enfermeira para o cuidado domiciliar.

Porém, antes de motivar-se ela precisa de uma base teórica que sustente e fundamente a sua prática no domicílio. A subcategoria “Necessitando de bases teóricas para o cuidado domiciliar”, apresenta-se neste processo como contexto aonde as competências da enfermeira começam a se desenvolver. Por que antes de se tornar uma profissional que irá atuar no domicílio, é preciso torna-se “enfermeira”

dentro de uma perspectiva generalista propriamente falando. Só então quando está na prática diária do cuidado domiciliar é que ela percebe e vivência de fato o que é esta modalidade à saúde.

A subcategoria “Experiência profissional norteando a prática do cuidado domiciliar” juntamente com as bases teóricas, é considerada um contexto para o desenvolvimento das competências, pois a enfermeira pode ter tido em sua formação inicial, bases específicas para o cuidado domiciliar como pode não ter tido, porém o fato de ter entrado em contato com este assunto na graduação, não impossibilita que ela desenvolva o cuidado no domicílio.

Vale lembrar a relevância das bases teóricas específicas para o cuidado domiciliar são de extrema importância, uma vez que esta modalidade da assistência à saúde está crescendo a cada dia e exigindo cada vez mais profissionais competentes para esta atuação. As bases teóricas clarificam e embasam a prática do cuidado domiciliar, e com a experiência diária a enfermeira põe em prática os conhecimentos adquiridos e dá continuidade ao processo de desenvolvimento de suas competências no domicílio, pois este é não um processo estanque, mas dinâmico com constantes mudanças e aperfeiçoamentos.

Quando a enfermeira não tem bases teóricas específicas para o cuidado domiciliar, e a partir da sua prática sente a necessidade de suprir lacunas, aperfeiçoar-se, aprofundar-se e ter maior clareza do seu papel no domicílio, com isso a quarta subcategoria, “Buscando aperfeiçoamento” é a estratégia que a enfermeira utiliza para continuar desenvolvendo competências.

A busca pelo aperfeiçoamento acontece por dois motivos. O primeiro como já comentado anteriormente, é a busca pela necessidade sentida pela prática diária no domicílio, e o segundo é quando a enfermeira identifica-se com essa prática, e busca aprimorar-se.

### **5.2.1 Motivando-se a trabalhar no domicílio**

Para atuar no domicílio antes de qualquer motivo, a enfermeira necessita dispor-se e identificar-se com esta atividade. Disposição, identificação e envolvimento, quando esta tríade está integrada e articulada, qualquer motivo que

precede o motivar-se para o trabalho no domicílio é apenas uma conseqüência desse processo.

No entanto, percebe-se que os motivos que levam a enfermeira a trabalhar com cuidado domiciliar, não são necessariamente opções interiores, mas sim um conjunto de acontecimentos e oportunidades que a conduzem a este tipo de modalidade de atendimento à saúde.

As oportunidades são referentes a campo de trabalho, como por exemplo, passar em um concurso ou receber uma proposta de emprego. Mas independente do tipo de oportunidade, a partir do momento que ela se inicia no cuidado domiciliar, ela se envolve e se identifica e desenvolve sua prática com responsabilidade e competência.

*Bom, durante a faculdade não pensava em trabalhar com cuidado domiciliar. Eu fiz um concurso público, passei, e logo fui chamada para trabalhar em uma unidade de saúde do Programa Saúde da Família. Aí me vi diante de uma situação de trabalho que não havia pensado antes. No início, até pegar o jeito, foi difícil, mas tive ajuda de meus colegas e também comecei a estudar e me aprofundar mais nessa área.*

Também é possível visualizar que as experiências de vida são fatores influentes na decisão de ir cuidar no domicílio, foram recorrentes as respostas em que às enfermeiras referiam ter passado por uma experiência de cuidar de um familiar em casa, ou passar por uma situação em que gostariam de ter recebido este tipo de cuidado. Ou ainda por perceber que o cuidado em ambiente hospitalar deixava algumas lacunas de que cuidado domiciliar poderia dar conta, como por exemplo, conhecer o contexto para chegar na causa do problema.

*Na verdade não decidi, as oportunidades foram surgindo, e sempre procurei somar minhas experiências anteriores, como atuo com o gerenciamento de enfermagem, isto facilita no desenvolvimento de projetos, às vezes penso que a minha história familiar também possa ter me influenciado, mas atualmente as empresas de saúde tem-se atentado para este mercado, e é cada vez mais visível o interesse, infelizmente ao meu ver, o enfermeiro não se enxergou ainda neste mercado como um empreendedor, e estamos perdendo espaço para médicos e outros profissionais da saúde, então procuro aproveitar tais oportunidades, aprimorando os conhecimentos sobre o assunto.*

*Mas eu acho que a maior motivação assim que me fez começar a trabalhar com cuidado domiciliar é porque eu gostaria de ter tido alguém que tivesse do meu lado, entende? E (...) não, não é, muito vulgar no sentido comum, uma "babá" me cuidando, mas no sentido de ter uma pessoa, uma profissional, capacitada que me transmitisse confiança. Pra eu me sentir segura nas nnnnnnnn vezes que eu já precisei (...).*

Também é possível perceber que mesmo não sendo uma primeira opção para trabalhar com cuidado domiciliar, as enfermeiras referem que um dos motivos que a inicia no cuidado domiciliar é de gostar de fazer, e visualizar este tipo de cuidado como algo que proporcione ao paciente um cuidado com maior conforto e individualidade. Quando a enfermeira por motivar-se a trabalhar com cuidado domiciliar, tanto por uma oportunidade inicialmente quanto por uma opção pessoal, ela identifica-se e gosta do que faz, e gostando seu envolvimento é diferente, ela se doa mais.

*Hoje, eu vejo assim. Deve ser muito uma questão assim de gostar, sabe. Tem que gostar de fazer isso, né. É infelizmente a gente tem profissionais que talvez até gostem, mas acabam ficando muito mais em outras coisas, ou se identificam mais com outras coisas e acabam deixando essa parte de lado.*

*Eu acho que precisa realmente ter uma identificação. Porque tudo que a gente faz quando a gente se identifica, com certeza que o seu envolvimento é muito maior.*

### **5.2.2 Necessitando de bases teóricas para o cuidado domiciliar**

A educação é intrínseca à natureza humana e necessária para a transformação da realidade política, econômica e social da população, tendo por finalidade o pleno desenvolvimento dos indivíduos, a preparação para o exercício da cidadania e para a atuação profissional.

É por meio da educação que se formam recursos humanos imprescindíveis para a atuação em instituições que prestam serviços à sociedade, garantindo seu crescimento e desenvolvimento. São os indivíduos os responsáveis pela produção de processos e formas de organização e gestão do trabalho, bem como pelo alcance de metas e objetivos de um determinado grupo.

O processo educativo permeia também mudanças no comportamento dos indivíduos em relação à maneira de conduzir seu processo saúde-doença, pois se propõe a refletir e a construir os conhecimentos necessários para promover a saúde, visando à adoção de modos saudáveis de vida. Em última instância, a educação tem papel fundamental no processo de vida e de saúde-doença dos indivíduos e da população, pois a inserção no sistema de produção capitalista depende da qualificação profissional.

Pensando na preparação educacional para o cuidado domiciliar, esses aspectos tornam a formação essencial e decisiva para o sucesso ou fracasso de um trabalho, para a eficácia, eficiência e efetividade de uma atividade e para a promoção da saúde dos indivíduos.

Na prática profissional da enfermagem observa-se que a crescente complexidade da atenção à saúde da população, a rápida produção e desenvolvimento do conhecimento e as limitações referentes aos recursos humanos, materiais e financeiros demandam dos profissionais de enfermagem um novo perfil. Competências como criatividade, postura crítica e reflexiva, argumentação, comunicação, análise e interpretação da realidade, flexibilidade e adaptabilidade às demandas do mercado de trabalho são exigidas para o exercício da enfermagem. Exige-se, sobretudo, que a enfermeira faça e refaça sua prática de acordo com as necessidades atuais, através da (re)elaboração de modelos e métodos pautados cientificamente, para o desenvolvimento técnico-científico da profissão.

Enfermeiros críticos, questionadores, independentes, capazes de refletir sobre a realidade em que estão inseridos são capazes de propor mudanças para a transformação da sociedade e melhoria das condições de vida e saúde da população.

Devido a constante mudança, construção e quantidade de conhecimento existente torna-se também impreterível a educação permanente dos trabalhadores, visto que para garantir a qualidade no trabalho, não apenas os processos devem ser adequados, mas também a qualificação dos profissionais que desempenham as atividades.

Com isso ter uma disciplina ou conteúdos específicos de cuidado domiciliar na graduação de enfermagem é importante. Pois o cuidado domiciliar abrange outros aspectos que muitas vezes não são enfatizados durante o curso. Estes envolvem a postura que deve ser assumida pelo futuro enfermeiro na prática do cuidado domiciliar, como agir em determinadas situações, o que observar o que pode e o que não pode ser falado, como falar certas coisas para não ofender o cliente e família e conseguir uma maior e melhor vinculação ao cuidado, isto é estabelecer o vínculo com o cliente e família.

As enfermeiras referem que sentiram falta em sua formação de uma disciplina ou conteúdos específicos para o cuidado domiciliar, ou então maior aprofundamento teórico para aquelas que relataram ter tido contato com a disciplina.

*Agora, eu acho que faz falta pra gente que trabalha com isso, que nem eu trabalho só com isso, faz falta porque você acaba tendo que aprender no tipo de erro e acerto. Então você queima alguma coisa no erro né?*

*Eu tive uma matéria sobre cuidado domiciliar no último ano da faculdade. Foi uma oportunidade para conhecer esta área tão grande e que está sendo cada vez mais praticada na saúde. Acho que, devido ao crescimento que vem tendo esta área da saúde, a matéria de cuidado domiciliar deveria ser mais enfocada nas faculdades de enfermagem, pois nos daria maior base para atuarmos profissionalmente.*

A formação do enfermeiro é de um profissional generalista, no entanto conceitos específicos de cuidado domiciliar facilitam a clareza e compreensão da enfermeira na hora de desenvolver suas atividades no domicílio. Quando faltam bases teóricas para o cuidado domiciliar, o profissional faz o cuidado sem ter clareza do que realmente está fazendo ou precisa fazer, e isso conseqüentemente interfere no cuidado e organização do serviço.

Assim ele desenvolve na graduação competências gerais para ser enfermeiro, mas não competências específicas para o cuidado domiciliar. E quando tem a disciplina ele inicia esse processo de desenvolvimento junto com as demais competências gerais, e depois na sua prática ele aprimora e desenvolve novas competências.

*Então eu, eu tenho assim clareza, muita clareza de que claro se você tem, é, muito claro na sua mente esses conceitos, eu acho que facilita até pra organização do seu serviço. Não que a pessoa não tenha isso já organizado, mesmo sem saber, entendeu. Mas facilita. Facilita e muito.*

Com isso percebe-se que uma disciplina específica ou conteúdos específicos para o cuidado domiciliar, fornecem percepções de conceitos básicos que norteiam a prática da enfermeira, e também contribui para o desenvolvimento de competências específicas para o cuidado domiciliar. Quando ela não tem essas bases na sua formação, ela aprende e desenvolve as competências na sua prática, por este motivo a subcategoria seguinte é também considerada um contexto no processo de desenvolvimento das competências da enfermeira para o cuidado domiciliar.



*Eu não tive a disciplina (...) senti que fez falta sim, porque eu tive que aprender no dia-a-dia da minha prática. Aí conforme a necessidade eu fui buscando, mas se tivesse tido a disciplina, isso com certeza teria facilitado.*

O cuidado domiciliar é hoje também uma nova exigência do mercado de trabalho, cada vez mais as pessoas estão sendo cuidadas em suas casas. Com isso a formação profissional precisa adequar-se a estas novas exigências e formar profissionais capacitados a atuar nas diversas áreas.

*O cuidado domiciliar cada vez mais está sendo difundido, cada vez mais, e mais e mais em todas as áreas, fisioterapia, odonto né? Ele tem evoluído. E o que isso mostra? Mostra que tem que ter a disciplina, eu acho que (...) pra mim é super importante.*

### **5.2.3 Experiência profissional norteando a prática do cuidado domiciliar**

As bases teóricas iniciais são fundamentais para dar clareza quanto ao papel profissional no domicílio, é também lá que a enfermeira começa desenvolver suas competências. No entanto é na prática, na vivência diária do cuidar no domicílio que ela coloca em prática tudo o que aprendeu e aprimora e desenvolve outras competências.

*Que nem na minha primeira consulta, nossa (...) eu não sabia eu tava perdida, eu não sabia muito bem se o que eu estava fazendo estava certo ou não. Eu tinha um pouco de experiência, mas não tanta daí eu fui vendo isso, isso e isso. Sempre é uma troca, você aprende muito com a pessoa. A pessoa sempre traz.*

*Então, eu acho assim, que a minha experiência desses anos, neh? Entrando no 5º ano agora que eu to fazendo só isso, obviamente que eu tenho um "know how" que não tem sala de aula que vai me dá.*

A enfermeira utiliza toda a sua *expertise* para adaptar a teoria a realidade da prática, esta adaptação também é fruto de uma prática reflexiva constante. Essa *expertise* é fruto da experiência prática e sensibilidade para aprimorar-se constantemente e perceber as singularidades de cada pessoa, utilizando seus conhecimentos teóricos como fundamentos da sua prática, porém não como um padrão em todos os casos.

*Então você não pode dar uma receita de bolo, porque os bebês não são iguais, as mães não são iguais, as mamas não são iguais, os leites não são iguais, entendeu? E as pessoas assim, estão muito padronizadas pra tudo. E a amamentação é uma área que ta bem padronizada se você parar e pensar bem. Então é assim, alguém descobriu e todo mundo vai por aquele mesmo caminho, ninguém para e analisa “esse é o caminho?” “será que tem outro?”. Então a minha prática é muito reflexiva, e essas coisas todas eu fui aprendendo de tanto ver (...) de tanto fazer, entende? Não tem livro que te dá isso (...).*

Foi comum encontrar nos relatos das enfermeiras, declarações de que as experiências anteriores, não necessariamente no cuidado domiciliar, influenciaram e também contribuíram para o desenvolvimento de competências específicas na atual prática. Para muitas delas, o primeiro contato com o cuidado domiciliar, foi na prática, não tiveram bases anteriores específicas. E, no entanto, esta falta não impossibilitou o desenvolvimento da prática e nem de competências específicas. Com isso percebe-se que as bases teóricas são fundamentais, pois orientam o caminho a ser seguido, e mais, quando elas existem facilitam a clareza de conceitos que necessitam serem observados no domicílio e conseqüentemente o desenvolvimento de uma prática com maior competência. Mas a falta da disciplina não impede que a enfermeira desenvolva este tipo de cuidado, pois quando o profissional, a partir da sua prática diária no domicílio, sente dificuldades ou percebe aspectos que ainda não estão claro para ele, ele vai buscar essas bases teóricas através de atualizações ou aperfeiçoamento.

*Eu acho que 90% é da experiência. E assim, eu tenho, por exemplo, eu tenho assinatura de revista também. Então sempre quando tem algum tema que fala de cuidado domiciliar eu leio. É [...] claro que ele vai agregar [...] as vezes não vai agregar para situações específicas do meu dia-a-dia, mas ele se abrange um assunto que eu não tinha visto ainda, quando eu precisar eu já sei porque já li a respeito, Então eu adapto a minha prática o que dá pra ser usado e o que não dá eu guardo, por que uma hora ele vai ajudar.*

Assim, juntamente com as bases teóricas, a experiência profissional diária do cuidado no domicílio são contextos onde as competências se desenvolvem. Pois na primeira ele recebe a fundamentação necessária e na segunda ele coloca em prática a bagagem adquirida e também aprende novos aspectos que ao voltar às bases teóricas, são fundamentados por estes. Bases teóricas e experiências prática são integradas de uma forma em que uma complementa a outra.

*É um conjunto, da prática, da teoria e da própria situação, porque quanto mais atendimento domiciliar, mais habilidade, mais condições de (...) tanto de identificação como de planejamento, como de usar o teu lado crítico, usar o teu lado sensível (...) quem que te dá isso? A experiência mesmo da prática.*

#### **5.2.4 Buscando aperfeiçoamento**

A busca pelo aperfeiçoamento está associada a dois motivos de acordo com o relato das enfermeiras, o primeiro deles é a busca pela necessidade sentida durante a prática. Esta necessidade se configura em dificuldades, ou seja, sente que existe algo para ser melhorado, mas não sabe exatamente do que se trata, este motivo pode estar vinculado à falta de bases teóricas iniciais para o cuidado domiciliar, pois a falta de clareza de conceitos importantes a esta modalidade, pode dificultar o trabalho da enfermeira, então ela sente esta lacuna e busca aprofundamento sobre o assunto.

A busca acontece também para atualização da prática, visto as mudanças que ocorrem constantemente e a enfermeira precisa acompanhá-las para que sua atuação seja sempre de uma prática competente. O mesmo ocorre para suprir lacunas deixadas pela graduação, quando ela não tem bases teóricas específicas para o cuidado domiciliar, faltam-lhes conceitos importantes para entender o processo de trabalho no domicílio, e isto interfere diretamente no desenvolvimento das competências, uma vez que, se a enfermeira não tem clareza do que é importante ser observado e buscado quando faz o cuidado na casa da pessoa, poderá deixar passar despercebido algum aspecto relevante para o cuidado e conseqüentemente isso afetará os resultados desse cuidado.

É claro que ela utiliza a sua *expertise* do cuidado domiciliar para perceber, mesmo sem saber a princípio, que certos aspectos são importantes para a continuidade do cuidado. Então quando ela percebe isso, ela busca aperfeiçoamento para compreender melhor a sua prática e o seu papel no domicílio.

*(...) você tem que estar lendo, tem que estar atualizada porque mudam muitas coisas. Vão mudando, ah (...) hoje é “massagem daqui pra lá, depois é daqui pra cá”, enfim, agora é “24 horas”, agora é “12 horas”, enfim vai mudando. Então na verdade você tem que ir meio que se adaptando (...) e estar sempre buscando.*

*Eu acho que sim, porque é como eu falei meio que como a história dos conceitos, né, é, a partir do momento que você tem o conhecimento maior sobre o assunto, você acaba tendo formas de resolver também diferentes, ou com mais propriedade. Então, você tem mais alternativas pra lançar mão, entendeu?*

*Porque quando eu comecei, ainda não se falava em cuidado domiciliar, assim como é hoje sabe? Então eu fazia (...) eu já organizava, mas eu não sabia que aquilo que eu tava fazendo era o que a literatura hoje traz só depois que eu fui buscando e comecei a entender o que realmente acontecia. Então estar buscando aperfeiçoamento é importante porque fundamenta a sua prática e te dá mais clareza do seu papel ali.*

Outro motivo apresentado pelas enfermeiras refere-se ao “gostar” do assunto referente ao cuidado domiciliar, com isso, mesmo não sentindo maiores dificuldades na prática, ela busca aperfeiçoar-se, para aprimorar algumas habilidades podendo talvez desenvolver outras habilidades que naquele momento poderiam não estar tão desenvolvidas.

*Eu acho que tem que gostar, porque quando gosta você se envolve mais (...) você busca mais. Não que quando não gosta não busca, é diferente, porque daí busca pela necessidade. Mas quando gosta com certeza o envolvimento é diferente.*

A busca pelo aperfeiçoamento, segundo os relatos das enfermeiras, tem como objetivo aprimorar sua prática, pois para elas, para cuidar no domicílio a enfermeira precisa preparar-se anteriormente, ou seja, o cuidado domiciliar não pode ser visto como uma área de fácil atuação. Esta modalidade exige competências específicas e muitas vezes tornam-se um grande desafio, visto as várias limitações que se pode encontrar na casa das pessoas.

Assim a busca pelo aperfeiçoamento é uma estratégia utilizada pela enfermeira para estar constantemente desenvolvendo competências práticas específicas.

*No domicílio, como você se depara com as mais diversas situações diariamente, tem que estudar sobre várias coisas, se aprofundar nas formas de cuidar, sempre estar em busca na literatura e pesquisando, para se ter uma base concreta na hora de tomar as decisões.*

### 5.3 Compreendendo o cuidado domiciliar e seus elementos

A categoria “Compreendendo o cuidado domiciliar e seus elementos” é composta pelas subcategorias “Abrangendo o cuidado domiciliar nos aspectos do paciente e da família”, e “Considerando o cuidado domiciliar nos aspectos organizacionais”. Esta categoria compreende a condição interveniente para o fenômeno em estudo, pois de acordo como a enfermeira compreende o conceito de cuidado domiciliar, isto refletirá na sua forma de desenvolver competências. Assim, se ela tem clareza dos conceitos e aspectos que são importantes e fundamentais para a prática desse cuidado, com certeza a sua atuação será diferenciada, porque ela não vai só lá na casa resolver um problema específico, ela vai compreender como é a dinâmica da casa, vai perceber que aspectos interferem positiva ou negativamente no processo saúde-doença não só do paciente mas de toda a família e irá cuidar de modo que sua atuação busque sempre a qualidade de vida do paciente e família.

*A clareza de conceitos prévios para o cuidado domiciliar ajudam a enfermeira a aperfeiçoar a sua prática. Quando ela não tem essa clareza ela precisa ter desenvolvido o seu lado intuitivo (expertise) para perceber o que precisa ser buscado.*

#### 5.3.1 Abrangendo o cuidado domiciliar nos aspectos do paciente e da família

O cuidado domiciliar não é apenas o cuidado do paciente, envolve o cuidado de toda a família. As enfermeiras referem que este não é um cuidado como muitos entendem - internação domiciliar, o cuidado domiciliar não é apenas um hospital em casa, mas sim um local onde são realizados os procedimentos mais complexos, desde que com recursos disponíveis, até uma simples orientação com objetivo de prevenção e promoção à saúde.

Quando a enfermeira tem clareza de que estes aspectos são importantes para o cuidado, bem como para o resultado do cuidado, ela vai à casa preparada, com objetivos pré-definidos, ou seja, com suas ações sistematizadas de tal forma que considera tudo importante, e só depois avalia que conseqüências os aspectos

ou elementos encontrados estão intervindo ou não no seu cuidado e no resultado que ela espera do cuidado.

*Pra mim é cuidar do todo, da família, do contexto inteiro. Bem holístico bem complexo.*

*(...) que nem no meu caso eu cuido da família inteira. Entendeu? Então, literalmente eu cuido da família inteira. Então tenho que saber desde que se a babá está esterilizando direito, se a diarista está fazendo a higiene correta com álcool 70% e não com álcool 40% ou 98%, até a lavagem da mão do pai que chega da rua, entendeu? Então você pega o relacionamento entre marido e mulher, o respeito, a mulher aprender a deixar o pai ajudar. Então você trabalha não é só questões de saúde, mas é uma questão comportamental, a questão da família como um todo. Na minha área específica não tem tanto.*

*Para mim trata-se de uma especialidade da área de saúde, que tem como principal objetivo desenvolver a assistência à saúde ao indivíduo acometido de uma enfermidade, tendo como cenário o lar do paciente e sua rede de apoio (família, amigos, vizinhos), visa à manutenção da qualidade de vida do doente, que estará em família, o que contribui para a sua recuperação.*

Ela entende que a família é parte integrante da recuperação do paciente, tanto para ajudar literalmente nos cuidados quanto como parte da própria recuperação do paciente, pois quando existem conflitos na família o paciente se envolve intensamente e diretamente nesses conflitos, porque é parte da família, assim as preocupações ou problemas decorrentes desses conflitos interferem no processo saúde-doença do paciente, ou podem gerar novos problemas que são evitados quando a enfermeira percebe como as relações entre os integrantes acontecem, prevendo suas influências, com isso avalia e toma decisões visando à qualidade de vida do paciente e família.

O cuidado da família ainda é importante, uma vez que, quando uma pessoa da família adocece, todos os outros integrantes da casa sofrem, e muitas vezes eles interiorizam todas as suas angústias pessoais para si mesmos, não compartilham entre eles com medo de causar mais sofrimento para o doente ou para as outras pessoas da família e com isso inicia um processo de adoecimento emocional de determinado integrante, e de todos eles individualmente, assim a enfermeira precisa mostrar-se confiante e aberta para ajudar. E quando a procura ou abertura da família não acontece espontaneamente, ela precisa criar condições para cuidar da família.

*A família é parte integrante da recuperação e necessita de cuidados sim, pois se não é dada à devida atenção à mesma, o sucesso da recuperação do doente é comprometido.*

*O histórico familiar deve ser sempre observado, pois se torna mais fácil quando se compreende o contexto familiar. A recuperação do paciente pode ser prejudicada quando a família não é consolidada.*

É preciso compreender que na casa as relações de trabalho da enfermeira são outras, a família é que dita as regras, é ela que aceita ou não o cuidado. Com isso, é preciso um olhar para o todo, para toda a família, pois esta muitas vezes está sobrecarregada e necessitando de cuidados. Ou então não está sobrecarregada, mas dependendo de como acontece às relações entre os integrantes da família, isto pode interferir no cuidado. Esta interferência pode ser tanto positiva quanto negativa, cabe à enfermeira identificar como as relações acontecem e motivar para que continuem acontecendo às influências positivas e intervir nas influências negativas.

*Conversando com o doente e a família, dá para descobrir muita coisa, como se alimentam, como vivem, quem mora junto na casa, como dividem as tarefas e se estão fazendo certo ou não.*

No cuidado domiciliar é importante ouvir a família, pois eles trazem muitas informações que são valiosas para o desenvolvimento do cuidado, mas não se pode esquecer de ouvir o paciente também, é preciso respeitar as suas vontades e decisões. É comum voltar todas as orientações para a família quanto ao cuidado do paciente, escutar somente o que a família diz e decidir somente com a família a continuidade do cuidado. A enfermeira quando tem uma prática competente, escuta também o paciente e o insere no cuidado não como um agente passivo, que apenas executa o que é determinado por ela (enfermeira), pela família ou por ambos, mas sim como um agente ativo no seu cuidado, com responsabilidades assumidas por ele pela busca do autocuidado, respeitando suas opiniões e decisões.

*Lá tem regras também, lá tem uma pessoa cultural dessa família, que você tem que respeitar, é a família que aceita ou não aceita o seu cuidado, o próprio ser que está sendo cuidado, ele tem vontade, né, não é uma coisa imposta, não pode ser uma coisa imposta.*

Um outro aspecto muito bem lembrado pelas enfermeiras é a compreensão do cuidador familiar, muitas vezes ele não se assume como tal, mas é uma pessoa líder na família que resolve todas as questões referentes ao cuidado de seu familiar e também da família como um todo. A enfermeira identifica este cuidador e ele será seu maior aliado, seu braço direito quando ela não estiver na casa. Será ele que passará todas as informações a ela e que será o responsável por fazer que o cuidado seja contínuo.

Com isso, não se pode esquecer, que este cuidador também é um ser humano com potencial para ter seu processo saúde-doença afetado, precisando a enfermeira em algumas vezes direcionar seus cuidados a este cuidador, para que ele não adoça, pois muitas vezes o paciente e a família estão muito bem cuidados, mas o cuidador está totalmente fragilizado. O cuidador pode desenvolver tanto alterações físicas, por ter que dar banho ou carregar seu familiar, por exemplo, como alterações psicológicas, pelas preocupações e sobre carga emocional.

*É importante que o cuidador se identifique como pessoa e proceda com o autocuidado, para que possamos também cuidá-lo, isto é de extrema importância e contribui com os resultados.*

*Outra coisa importante é saber identificar o cuidador e orientá-lo de maneira adequada a sua linguagem, para que ele entenda e consiga praticar o cuidado de forma adequada. Muitas vezes, é o enfermeiro quem percebe a situação que a família se encontra, se o cuidador tem a vontade de cuidar realmente e os conflitos que existem na família.*

Assim é papel da enfermeira, identificar estas alterações e, se possível prever antes que elas aconteçam para não permitir que o cuidador passe desta posição para condição de paciente.

Diante disso quando a enfermeira compreende a importância desses elementos no cuidado domiciliar, compreende a amplitude que é o desenvolvimento deste cuidado, visando a qualidade de vida do paciente e família, ela tem uma atuação diferenciada no domicílio. Pois para identificar como essas relações acontecem e ter esse olhar extenso, ela utiliza-se de habilidades e conhecimento e tem uma atitude competente.



### 5.3.2 Considerando o ambiente e os aspectos organizacionais

O cuidado domiciliar tem várias vertentes e modalidades de atendimento, que compreendem a internação, atendimento, atenção e visita. Então é preciso ter a clareza, ou seja, a compreensão do tipo de cuidado que irá realizar, para que este não perca seu foco e atinja aos resultados esperados. Quando a enfermeira tem essa compreensão ela tem condições de organizar o cuidado, e quando este é organizado, isso facilita o desenvolvimento e também traz resultados muito mais positivos e visíveis na atuação da enfermeira.

*E ali, você veja uma parte que a gente não tinha ainda nem noção dessa organização. Então, ali eu separava assim, Aqueles que precisavam, eu colocava na minha cabeça como visita, mas aqueles que precisavam de visita semanal, aqueles que precisavam de visita quinzenal, mensal. É (...) aqueles que precisavam de visita do médico, de quanto em quanto tempo, do enfermeiro, de quanto em quanto tempo, do auxiliar, do próprio agente comunitário. Então nisso a gente fraternizava com as equipes de uma unidade de saúde da família, é, de que forma essa equipe ia trabalhar com esses pacientes.*

*E era muito legal, porque a gente conseguiu fazer um trabalho que tinha continuidade, tinha uma programação, né. É, claro, a gente não trabalhava assim tão claramente com a, é, até chagava a fazer orientação e tal, mas não chagava a entregar uma prescrição de enfermagem que poderia até aquela época, ser feito, mas até por, talvez por dificuldade, sei lá, tinha bastante paciente na época. Então você veja, são clarezas assim que eu acho que vai facilitar o trabalho.*

A compreensão de o cuidado domiciliar envolve aspectos subjetivos e aspectos objetivos, e estes últimos são tão importantes quanto os primeiros. Quando a enfermeira vai até a casa do paciente, ela tem uma melhor compreensão do contexto e no que este interfere ou não no cuidado. Ela toma decisões a partir de fatos concretos, deixando os “achismos” de lado e agindo baseada no que ela realmente está vendo e sabe, a partir de toda sua bagagem teórica e prática, o que está fazendo e porque está fazendo daquela maneira e não de outra.

*O enfermeiro, quando faz cuidado domiciliar, precisa ter muitas características diferentes do trabalho no hospital. Quando a gente entra na casa das pessoas, tem que ter um certo cuidado, respeito, avaliar o ambiente (pois cada ambiente é diferente do outro), ver as condições que a família tem de cuidar do doente e as condições do próprio doente.*

*Eu acho assim, que você consegue trabalhar de uma forma melhor, com o usuário, com o indivíduo, porque você consegue a partir da realidade dele, do conhecimento dele, você consegue prestar um cuidado ou adequar*

*àquilo que, vamos dizer assim, o ideal do real, entendeu? Por exemplo, (...) saber que ele tem que comer proteína, e saber quais são os recursos que ele tem pra comer isso, e aí tentar adequar à realidade dele com o ideal, né? Eu acho que é, é isso é você também ajudar ele a identificar, por exemplo, dentro do que ele tem o que eu ele pode estar fazendo pra atingir aquilo que deveria ser. Né? (...).*

*(...) Então, nisso eu posso estar trabalhando a questão da independência dele, da própria autonomia como você fala e aí o enfermeiro também tem uma autonomia maior, eu vejo. Porque ele não fica preso, ou ele não deveria ficar preso a certas convenções, certo? Então, ele tem uma autonomia muito maior de criar, de ver dentro da realidade daquela pessoa. Ele conhece o ideal, e a partir do momento que ele conhece a realidade, ele consegue ver que (...) bom, o que eu posso fazer, como se fosse uma balança, né?*

Quando ela tem essa compreensão que existem elementos a serem observados no cuidado domiciliar, ela conseqüentemente tem um olhar diferenciado, pois percebe que a casa diz muito sobre determinada pessoa. Assim quando ela vai a casa, precisa observar as condições de higiene em que aquela família está vivendo, pois isso pode ter uma relação direta com saúde da mesma. Precisa verificar as condições financeiras da família, para certificar-se de que eles têm ou não condições de cuidar de seu familiar.

Também a estrutura da casa precisa ser observada, considerando que o paciente precisará de uma estrutura que suporte a manutenção dele na casa. Frente a estes aspectos a enfermeira tem condições de fazer um diagnóstico da realidade daquela família e traçar com precisão um plano de cuidados que possa realmente ser seguido.

*Aí, se sou convidada para entrar, eu entro e já vou analisando a casa, as condições de higiene e moradia e o ambiente familiar.*

*É, não é uma questão só de boa vontade, é uma questão de recursos mesmo, né, tem toda a parte de capacitação do domicílio, é, adaptação é, às vezes até material, que você tem que deixar na casa (...). Então assim, quais são os recursos que eu tenho disponíveis? Você até tem o conhecimento, mas aí a coisa começa a travar, daí quando ele vai, existe uma cobrança por parte da sociedade de impor pra você, veio aqui, e daí você não vai fazer nada? Né, então tem o outro lado também, então (...).*

É também conhecendo o contexto domiciliar que a enfermeira identifica muitas vezes a causa de certos problemas, aspecto que não poderia ser alcançado em ambiente hospitalar, pois no hospital é a família ou o paciente que conta como

são as condições da sua casa. Podendo não relatar informações importantes, ou porque realmente quer esconder determinadas informações, ou porque não considera importante relatar determinadas situações. Assim, quando a enfermeira está na casa, ela vê e julga o que é importante ser observado e alterado ou não. Entretanto, para que isto aconteça verdadeiramente ela precisa ter clareza dos elementos importantes a serem observados para desenvolver uma prática competente, e ela adquire isso através das bases teóricas, da sua experiência prática e também buscando aperfeiçoamento. É por este motivo que esta subcategoria é classificada como condição interveniente no processo deste estudo, pois a compreensão e observação ou não destes elementos podem interferir diretamente no desenvolvimento de suas competências.

*Então acho que a primeira coisa, você tem que fazer um diagnóstico da realidade. Você tem que ir lá na casa, não é mandar outra pessoa, é você como enfermeira ir lá, ver qual é a necessidade, ver qual é a demanda dessa família, o que eles esperam disso. O que eles querem e o que eles esperam, né?*

*Então não adianta eu visitar uma mãe, por exemplo, um casal, e atender a mãe na sala. Porque? Por que o bebê tem um (...) problema, por exemplo, é um prematuro e tá lá com problema respiratório né? (...), mas você vai lá e você olha e você identifica por exemplo, já aconteceu isso, de a parede tá com fungo no quarto do bebê. Então é uma coisa que pra mãe, ela não se atentou que o pulmão do bebê (...) é, mais sensível que o nosso, que absorve mais, então pode sim estar sendo aquela a causa (...).*

*E quando eu faço (...) quando eu vou na casa da mãe, quando eu observo isso, quando eu oriento isso, eu já oriento N coisas, N situações entendeu? De acordo com a queixa que ela tá me trazendo. E de acordo com aquilo que eu vejo. Então, geralmente eu olho. Quase 100% das casas tem animais, por exemplo, então hoje eu já aprendi a ter contato com os bichos também. Acaba que é parte da família, entendeu? Então eu não posso falar pra mãe "oh, quando você tá amamentando põe seu cachorrinho de lado", não adianta, o cachorrinho tá sentado no colo da mãe e mãe tá com o neném amamentando. E é comum isso.*

Conhecer os aspectos estruturais do contexto domiciliar oportuniza o conhecimento da realidade do paciente/família e a partir disso as orientações serão adequadas, bem como poderá ser seguida pelo paciente/família. Com isso o aspecto organizacional é fundamental, tanto no sentido de observação para o diagnóstico da realidade quanto no sentido de estabelecer prioridades. Porque o cuidado no domicílio também precisa ser sistematizado e organizado. Assim tem-se maior domínio da situação o que facilita a tomada de decisão.

*Considero sempre a realidade do paciente, em primeiro lugar. Não vou fazer orientações que eu sei que ele não vai poder seguir, seja por falta de recursos financeiros ou por outro motivo qualquer. Depois, considero o que aprendi, na faculdade, nos livros ou mesmo na prática, e que deu certo.*

#### **5.4 Desenvolvendo consciência de seus papéis profissionais**

E finalmente a última categoria que explicita o fenômeno “Desenvolvendo competências para o cuidado domiciliar da enfermeira”, composto pelas subcategorias “Assumindo papel educativo”, “Expressando papéis conexos no domicílio” e “Experenciando os resultados de uma prática competente no domicílio”. Esta categoria representa a consequência do fenômeno, pois é no papel profissional da enfermeira que se manifestam suas competências. É no seu agir no domicílio que demonstra uma prática competente.

Ao dispor-se ao cuidado domiciliar a enfermeira precisa tomar certos cuidados e ter clareza do seu papel profissional. Quando adentra a casa do paciente/família e cria com estes vínculos necessários à continuidade e a efetividade do cuidado é preciso saber diferenciar-se como profissional, ou seja, a enfermeira não é uma “amiga” que está ali de maneira subjetiva apenas ouvindo e confortando a família, ela é uma profissional que ouve objetivamente buscando dados que irão ajudar no plano de cuidados necessários para o paciente e família, assim como presta cuidado proporcionando um conforto com finalidade e intenção. Tem um “porque”, uma fundamentação nas suas ações.

Embora o domicílio seja o espaço “do paciente”, determinado por ele, a enfermeira tem muita autonomia dentro deste espaço e precisa utilizá-la de maneira sábia, atentando-se sempre para o motivo que a trouxe ali. Ele desempenha não apenas um papel de cuidadora, mas também o de educadora, orientando a família e paciente para os cuidados (autocuidado) que os mesmos devem ter a fim de recuperar-se de um dano e prevenir outros possíveis que possam surgir caso algumas medidas não sejam estabelecidas.

### 5.4.1 Assumindo papel educativo

No domicílio, além de seu papel de cuidadora, de realizar procedimentos visando o conforto do paciente, a enfermeira também desempenha um papel muito importante como educadora de saúde, visando promover a saúde e prevenir agravos. O seu papel de educadora vai além de simplesmente passar orientações, ela precisa identificar as limitações dos pacientes para saber até onde pode ensiná-lo ou até onde precisa fazer por ele.

*Outro fator para o qual o enfermeiro deve estar preparado é para as limitações de conhecimento quanto ao tipo de cuidado necessário para o doente e que deverá ser executado pelos membros da família, o que em muitas ocasiões gera resistência em aceitar ser o cuidador principal por considerar-se inapto para tal tarefa, isto provoca angustias e conflitos entre os envolvidos neste processo, sendo, portanto, de suma importância à participação do profissional enfermeiro que poderá administrar tais conflitos utilizando-se para isto sua capacidade de educador.*

*Ajuda a mãe, pra que (...) eu não faço por elas, não sou babá, não vou lá pra cuidar do bebê dela. Eu vou lá pra ensinar ela a cuidar corretamente do bebê dela, que seja uma coisa boa e evitar problemas. Então é bastante preventivo.*

Desempenhar um papel educativo na vida de alguém é algo de grande responsabilidade, pois a educação tem poder de transformação na vida das pessoas. Assim quando no domicílio a enfermeira conquista a confiança do paciente/família, eles tomam como verdade as orientações passadas por ela. E criam muitas expectativas em relação as suas orientações, por este motivo ela precisa ter cuidado com o que ensina e como ensina. Uma outra questão importante em relação ao papel educativo no cuidado domiciliar, é a questão ética, a enfermeira precisa ter muito conhecimento do que pode realmente delegar para o cuidador e família, lembrando que alguns procedimentos só cabe á ela legalmente realizar, no entanto ela não pode estar 24 horas por dia naquela casa com aquele doente, com isso precisa criar estratégias para não infringir nenhum princípio ético.

*Aí então, depois da conversa com o doente e seu cuidador, faço o procedimento que preciso fazer, sempre explicando o que vou fazer e orientando o cuidador, caso este precise fazer também. Pergunto sobre dúvidas que possam ter e faço as orientações voltadas a cada caso. As orientações podem ser do ambiente, higiene, formas de cuidar, como*

*também a maneira de se realizar tal procedimento ou de se tomar tal remédio.*

*Então vou lá e ensino, mas só o que eles realmente podem fazer, quando tem algum outro procedimento para ser feito, eu sempre falo 'oh, isso aqui você não faz, você espera que eu venho fazer ou então alguém da unidade', um auxiliar ou técnico, né?*

Este papel educador se concretiza quando ela articula e mobiliza habilidades para desenvolver-se como educadora, como por exemplo, a habilidade comunicativa. Assim habilidades como saber comunicar-se, juntamente com os conhecimentos necessários para realizar determinadas orientações e mais a postura profissional, são a expressão de um papel educativo competente, claro que sempre avaliando o que é possível ser feito ou não.

*Através da minha orientação, como que ela pode estar fazendo pra conseguir chegar o mais próximo desse ideal. Não dá pra gente só chegar lá e inventar moda, ele também tem que trabalhar o que é possível de ser feito.*

#### **5.4.2 Expressando papéis conexos no domicílio**

No domicílio a enfermeira tem a possibilidade de deixar-se perceber enquanto profissional. Para aproximar-se e relacionar-se com os integrantes da casa sobre suas questões de saúde e doença, a enfermeira que em sua essência domina o conhecimento técnico-científico em suas ações, precisa visualizar-se numa relação de poder não experienciada em outro ambiente, isto significa ter uma postura ética e autônoma diante das diversas situações em que estará exposta e que exigirá dela uma toda de decisão.

Exercer a profissão de enfermeira no contexto domiciliar requer o desenvolvimento de autocontrole, de independência e autonomia que a própria família investe a profissional. Com isto é importante que ela se reconheça como administradora da situação problema do paciente e sua família, para propor soluções compatíveis e que estejam ao alcance de todos.

*Eu acho que é muito mais abrangente (...) hoje (...) eu tenho muito orgulho hoje, ontem eu tava pensando que a enfermagem ta saindo daquele, não*

*sei se é julgada, não sei se é a palavra certa. Por exemplo, hoje uma consulta, eu faço consulta de enfermagem, o pessoal me pergunta “quanto que é sua consulta?” Entendeu? Você é visto hoje com um profissional e não como alguém que é um empregado entre aspas, de um médico. Faz aquilo que o médico manda, não é que (...) aquilo que ta dentro da lei que eu posso, eu que decido né? Então o enfermeiro tem muita autonomia no cuidado domiciliar, e ele precisa por em prática essa autonomia, precisa usar o espaço que é dele por direito.*

*Não chamaria de vínculo propriamente dito, mas de manter um profissionalismo evidente para que a família sinta segurança no que está recebendo do enfermeiro.*

Para desenvolver um papel competente no domicílio a enfermeira tem domínio técnico e tecnológico, mas também ter postura profissional. Assim ele se envolve no cuidado domiciliar, mas este é um envolvimento profissional, ela precisa ter clareza do seu papel e saber separar as situações, precisa envolver-se com objetivo terapêutico.

*Mas eu acho que tem muito a questão individual de cada um. Porque você tem que ter essa clareza, tem que ter a clareza de que você é um profissional, e (...) por mais sensibilizado por exemplo, é (...) tem lá uma adolescente com uma mãe que ta em fase terminal de câncer e eu tenho a mesma situação na família, se você não tem clareza do seu papel ali, você vai se deixar envolver sim, e vai se envolver mais do que você deveria. O deixar envolver não significa que você não possa ter sensibilidade pra coisa, eu acho que aí o grande diferencial é ter clareza de até onde você pode ir, mesmo você lançando mão do seu lado amigo, do seu lado família, da sua sensibilidade, você tem que ter muita clareza do seu papel ali.*

*(...) quando perde a noção do seu limite aí é complicado de separar as coisas. Por isso, é (...) tem o envolver-se de você permitir essa visão ampliada, mas é o envolver-se com clareza. Porque senão deixa de ser terapêutico, porque daí você faz parte, entendeu? Você passa a não ver mais, você se torna parte integrante daquilo, você não enxerga mais o certo e o errado, entendeu?.*

*Aí você passa a viver uma situação como se fosse um familiar nosso. Aí você age só com o sentimento, e quando você age só com o sentimento, você não usa a razão. Então assim, você tem que envolver-se, mas você tem que ter clareza do seu papel ali. Pra você não ser nem só, profissional técnico né? Uma coisa assim, o fazer pelo fazer, e nem é (...) o extremo, tem que ter o equilíbrio.*

Ainda é preciso conhecer limites interiores, saber até onde tem preparo técnico e também emocional para administrar determinadas situações. Ela desfaz-se de valores e julgamentos próprios para realizar um cuidado sem influência ou interferências externas, um cuidado competente. Com isso o papel profissional da

enfermeira é toda a sua prática competente, é quando ela articula, mobiliza e utiliza as competências teóricas e práticas para atuar profissionalmente no domicílio.

*(...) tem gente que quando vai num domicílio, tem que se conhecer e tem que saber é (...), se você realmente tem possibilidade, tem força interna, se é que dá pra chamar assim, sabe, pra trabalhar com esse tipo de coisa, é (...) a questão dos recursos, tanto do domicílio, da família, dos seus recursos mesmo, da instituição, o que você pode falar ou fazer para que isso aconteça (...).*

*Eu acho que sim. Porque veja bem, ela tem clareza do seu papel, ela lança mão de todas as habilidades, os conhecimentos e a experiência, o que eu tenho como resultado disso? É a manifestação de competências, você sabe até onde vai, sabe definir soluções de uma forma correta, encaminhamento de uma forma correta, dentro daquela visão ampliada que ela teve da situação. Eu acho que a chave da história aí é a clareza (...).*

#### **5.4.3 Experenciando os resultados de uma prática competente no domicílio**

A enfermeira experiencia os resultados de sua prática competente no seu papel profissional. Quando ela tem compreensão dos aspectos que são importantes para que o cuidado no domicílio realmente aconteça, quando através da sua *expertise* percebe o que precisa ser considerado e melhorado, quando ela busca aperfeiçoar-se e tem realmente clareza do seu papel no domicílio e articula habilidades, atitudes e conhecimentos adquiridos com na teoria e também na prática, e se identifica como profissional e sabe que o cuidado no domicílio exige muito mais dela enquanto profissional que lá precisa desempenhar vários papéis, muitas vezes ao mesmo tempo, o resultado disso é uma atuação competente no domicílio.

*Sim, com certeza. Porque ela é educadora, tem horas que ela tem que ser amiga, tem horas que ela tem que ser puramente profissional. Eu acho que embora ela seja um conjunto de competências, vamos dizer assim, ela lança mão de (...) pra ela exercer o papel profissional dela (...) exercer o papel profissional exigido naquele momento, ela vai lançar mão de experiências, conhecimentos ou sentimentos que for necessário para aquele momento. Então eu acho que o papel do enfermeiro no domicílio, ele é educador, ele é um profissional diferenciado, ele tem um papel articulador muito importante, mesmo que não tenha outros membros da equipe, mas ele articulador na própria casa. Mas ele lança mão também do lado, não só educador como profissional, mas ele lança mão do lado (...) acho que ele meio que incorpora, porque ele acaba se identificando de tal forma com a família, mesmo sem ter um envolvimento sentimental maior, ele lança mão de um lado meio família, sabe?*



*Então, eu acho assim que a grande paixão assim do cuidado domiciliar é essa, porque é um diferencial, você tem que ter percepção de que você agrega todos os seus conhecimentos, que você já tem, mas você tem que ir lá como se você tivesse indo despida, sabe dos seus valores, dos seus julgamentos.*

A prática competente da enfermeira possibilita a vivência de resultados favoráveis para o paciente/família e como consequência para ela também, pois tem satisfação pessoal e profissional, ao colher resultados positivos de sua prática. O ser competente da enfermeira se manifesta em seu ser pessoal. Não é possível desvincular uma coisa da outra, e usa isso não só na sua atuação como enfermeira, mas também na sua vida.

*Eu acho que isso reflete nela como pessoa, é claro que no papel profissional vai se refletir muito mais, ela vai estar usando todo o conhecimento teórico, ela vai estar usando toda a experiência, ela vai estar usando é (...) ela quanto ser né? Quanto pessoa mesmo, quanto a valores. Mas não dá pra separar, acho que isso vai traduzir ela enquanto pessoa, claro que ele vai se mostrar ou vai parecer mais em determinados momentos do que em outros. Talvez esse lado durante a prática profissional, mas eu não conseguiria separar uma coisa da outra. Você tá lançando mão a todo instante, mesmo que você não esteja atuando profissionalmente. Em momentos de vida mesmo, você pode estar usando o teu conhecimento teórico. Mesmo que você não esteja numa atuação profissional.*

*Pensando na enfermagem como um todo, que resultados eu quero disso? Eu quero um bom atendimento, quero conforto pro paciente, eu quero é (...) uma convalescença digna, um restabelecimento digno. Por outro lado também, tem a questão da satisfação profissional até mesmo, né? A partir do momento que eu estou chegando nesse resultado, eu tenho uma satisfação profissional lá. Então são vários lado dessa consequência assim. Tem o resultado pro paciente que eu quero que seja sempre o melhor, tem o lado do profissional. Então eu enquanto enfermeira quero atender da melhor forma pra ter o melhor resultado para aquele indivíduo com aquela família, porque eu também a partir disso vou ter uma satisfação pessoal com meu trabalho. E se for pensar em termos de instituição (...) eu acho que são três vertentes aí que podemos chamar. A instituição quer o quê? Reduzir custos, redução de infecção hospitalar, liberação de leitos hospitalares o mais rápido possível. Não é uma coisa estanque, cada pedacinho desses tem um (...) porque no final vai se somar e dar um bom resultado desse atendimento.*

Quando ela vai a casa e faz um diagnóstico da realidade, utilizando para isso sua capacidade de observação e avaliação, tendo clareza e objetividade nos dados que está buscando, faz um planejamento de suas ações e organiza o cuidado domiciliar, isto tudo é resultado de competências dela que quando mobilizadas trazem benefícios para ambos os lados.

*Eu acho que sim. Porque veja bem, ela tem clareza do seu papel, ela lança mão de todas as habilidades, os conhecimentos e a experiência, o que eu tenho como resultado disso? É a manifestação de competências, você sabe até onde vai, sabe definir soluções de uma forma correta, encaminhamento de uma forma correta, dentro daquela visão ampliada que ela teve da situação. Eu acho que a chave da história aí é a clareza (...).*

## 6 DISCUTINDO COM OS AUTORES

Conforme preconiza a Grounded Theory, após elucidação do fenômeno partimos para última etapa proposta pelo método que é a ir à literatura existente sobre o fenômeno explicitado: **Desenvolvendo competências para a prática do cuidado domiciliar: experiência da enfermeira**, e confrontar os resultados encontrados com o conhecimento já existente.

Com isso identificamos os aspectos mais relevantes do fenômeno, os que explicitam como acontece o desenvolvimento das competências da enfermeira para o cuidado domiciliar, e fundamentamos a importância desses conceitos (resultados – categorias) com outros autores. Concluindo a última etapa proposta pela Grounded Theory, foi possível construir o modelo teórico para o fenômeno encontrado. Segue o que a literatura diz sobre os conceitos que inter-relacionados fundamentam e constroem o modelo teórico proposto.

As categorias: “Utilizando conhecimentos necessários ao cuidado domiciliar”, “Aplicando Habilidades” e “Tendo Atitudes” são as categorias centrais do fenômeno. Elas representam as competências da enfermeira para o cuidado domiciliar. Estas categorias são denominadas competências seguindo o que é proposto por Perrenoud (1999) que diz serem conhecimentos, habilidades e atitudes articulados e mobilizados.

Frente a isto temos que ser competente não significa apenas ser detentor de um determinado conhecimento, mas saber o que fazer com este conhecimento. As competências ou habilidades de prestar serviços profissionais específicos, quando utilizadas na prática, podem ajudar a definir e valorizar o papel da enfermeira.

Para Antunes (2001, p. 17) “competente é aquele que pondera, aprecia, avalia, julga e depois de examinar uma situação ou um problema por ângulos diferentes encontra a solução ou decide”. Assim, quando a enfermeira vai à casa do paciente/família e observa o contexto domiciliar e familiar, colhe as informações necessárias, escuta todos os integrantes da casa e percebe cada situação sem fazer pré-julgamentos, envolvendo-se profissionalmente, ela avalia racionalmente. Com base em um diagnóstico feito por ela da realidade, define o que precisa ser feito e age fundamentada sob seus conhecimentos adquiridos, ou seja, age competentemente.

Seria insuficiente listar categoricamente quais são as competências de que a enfermeira do cuidado domiciliar deve ser detentora. Por este motivo trabalhamos com foco maior no desenvolvimento destas competências, fundamentadas no conceito de que as ações no domicílio são dinâmicas, exigindo a cada dia novas competências da enfermeira. Frente a isto, buscamos compreender como os conhecimentos adquiridos na formação e depois buscados por aperfeiçoamentos, constituem bases para o desenvolvimento e uso de suas competências.

Assim a subcategoria “Necessitando de bases teóricas para o cuidado domiciliar” representa um contexto para o desenvolvimento das competências da enfermeira, visto que é a partir da formação inicial que ela adquire os conhecimentos necessários não apenas para a prática do cuidado domiciliar, mas para as demais modalidades de atendimento à saúde, pois a sua formação é generalista e não especialista (BRASIL, 2001).

Os conhecimentos específicos para o cuidado domiciliar, ou aqueles que necessitam ser aprofundados e aperfeiçoados, a enfermeira busca conforme a necessidade sentida na sua prática diária do cuidado domiciliar, constituindo dessa maneira a subcategoria “Buscando Aperfeiçoamento” uma estratégia que a enfermeira utiliza para dar continuidade ao processo de desenvolvimento de suas competências.

Procuramos compreender com maior profundidade o que são de fatos esses conhecimentos significativos para a prática da enfermeira no cuidado domiciliar, já que constituem as bases para as suas competências, bem como para o constante desenvolvimento das mesmas.

O conhecimento instrumental, compreendido pela enfermeira como o conhecimento técnico-científico, entre outros, é o fator que embasa as práticas de uma profissão. E para a enfermagem em suas diferentes áreas de atuação, especialmente no cuidado domiciliar, especialidade que agrega uma gama de saberes amplos e diferenciados, a fim de atender as necessidades do indivíduo, sua família no contexto onde estão inseridos.

O conhecimento instrumental confere à Enfermagem uma série de conquistas que lhes são pertinentes, como por exemplo, a autonomia e a autodeterminação, que para Angelo (1994, p.13), ocorre quando o profissional “domina o conhecimento em seu campo, (...) cria conhecimento sobre sua prática e

(...) usa o conhecimento de maneira apropriada no cuidado de saúde”. Aspectos estes que sustentam uma assistência de enfermagem qualificada.

Também Gomes e Oliveira (2005), referem-se à autonomia como relacionada à identidade profissional, sendo que a mesma está respaldada nos saberes. Esta referencia consolida a necessidade de uma postura política da enfermeira, visto que o conhecimento político gera saber, e este confere poder com consequência, autonomia à enfermeira.

Como visto, as ações da enfermagem têm o conhecimento científico (instrumental) como uma de suas transações, assim corrobora-se com Souza e Hayman (2002), pois o considera um prelúdio ao afirmar que tal conhecimento é a fonte preliminar do conhecimento para o desenvolvimento do cuidado e, ainda, uma maneira de desenvolver as teorias originais dos cuidados; cujos fenômenos são testados empiricamente em situações práticas.

O conhecimento instrumental é a base para qualquer ação da enfermeira, assim não poderia ser diferente para o cuidado domiciliar. No entanto a enfermeira necessita também de outros conhecimentos que embasam o seu fazer. Ela utiliza também outros conhecimentos que agregam valores para o raciocínio clínico e tomada de decisão, como o conhecimento expressivo, definido nas falas das enfermeiras como conhecimento intuitivo. No entanto, cabe lembrar, que este deve ser usado conscientemente, pois as atitudes devem também estar embasadas em conhecimentos. O conhecimento intuitivo deve ser utilizado pela enfermeira no cuidado domiciliar de maneira intencional, com um propósito a ser alcançado.

O conhecimento intuitivo foi reconhecido na prática clínica de Enfermagem e destacou-se ao longo dos últimos 20 anos. As raízes da compreensão da intuição na enfermagem foram inicialmente identificadas por Carper (1978) que considerou a importância fundamental da intuição nas formas de saber em Enfermagem. A intuição como saber da enfermeira é definido, como uma percepção intuitiva que a possibilita experimentar elementos de uma situação clínica como um todo, e resolver um problema ou tomar uma decisão com limitada informação concreta (KING; APPLETON, 1997).

Com isso a enfermeira se baseia em fatos e conhecimentos concretos e também abstratos para tomar a decisão sobre determinadas ações. No entanto este conhecimento intuitivo não é algo que ela vai buscar em livros ou cursos, esse conhecimento a enfermeira desenvolve a partir de sua prática e de sua *expertise* no

cuidado domiciliar. Frente a isto percebe-se a influência não apenas das bases teóricas mas também da experiência prática no cuidado domiciliar para o desenvolvimento de competências para esta modalidade de cuidado a saúde. Assim a subcategoria “Experiência profissional norteando a prática do cuidado domiciliar” também é um contexto para o desenvolvimento das competências da enfermeira, fato que é possível de ser observado na seqüência desta reflexão.

Para O’Connell (1992), a enfermeira é uma *expert* quando possui conhecimento e experiência acumulada, sendo que assim ela terá condições de possuir uma compreensão adequada da prática da enfermagem. Corroborando, Guimarães (2005) traz em seu texto a afirmação de que o conhecimento teórico-prático é considerado um elemento necessário à intuição.

Com isto, esta associação entre concreto e abstrato (instrumental e expressivo) na enfermagem faz-se de fundamental importância, visto a necessidade de tratamento dos fatos, em muitas vezes, de forma qualitativa, pois é indissociável esta relação entre o concreto e o abstrato, visto o objeto de trabalho da profissão, o cuidado ao ser humano.

Tal associação entre concreto e abstrato é conferida com Trentini (2001), pois relembra que é possível associá-los, a fim de acrescentar conhecimentos à enfermagem e encontrar soluções de alguns problemas ainda irresolutos. Madureira (2004, p.358) ainda acrescenta, “a enfermagem abstrai a realidade com a finalidade de sistematizá-la”, resultando, desta forma, em uma melhor organização do processo de trabalho da profissão.

A ciência da Enfermagem caracteriza-se por ser uma “ciência humana, de pessoas e de experiências com campo de conhecimentos, fundamentações e práticas do cuidar dos seres humanos que abrangem do estado de saúde aos estados de doença, mediada por transações pessoais, profissionais, científicas, estéticas, éticas e políticas” (LIMA, 2005, p.71).

O conhecimento científico é fundamental, é a base para a atuação da enfermeira em qualquer modalidade de assistência que ela venha exercer. Como podemos perceber é ele que ancora também o conhecimento intuitivo. Guimarães (2005, p. 321) apresenta este fato com o seguinte relato

a intuição tem pelo menos duas pernas, uma que está ancorada no conhecimento anterior ou já dado, e outra que advém no momento presente em que está se dando. Sendo assim, por mais que apostemos no valor do

acontecimento e do devir, não deixamos de acentuar o valor da memória e do conhecimento acumulado. Neste sentido é bom frisar que a intuição não surge do nada, é necessário que o indivíduo esteja preparado para poder receber este novo conhecimento que emergirá.

O domicílio é um espaço laboral que exige da enfermeira uma capacidade ímpar para resolver as situações, porque este é um local único, no qual tudo e nada pode acontecer ao mesmo tempo. Assim a maneira como a enfermeira percebe a conjuntura domiciliar bem como os elementos pertinentes a esta, influenciará o desenvolvimento de uma prática competente. A categoria “Compreendendo o cuidado domiciliar e seus elementos” representa nesse processo o olhar da enfermeira para o contexto domiciliar, pois a partir do que ela considera e compreende como importante no domicílio é que suas ações aconteceram voltadas para esse olhar do contexto.

Com isto, esta diferenciação do ambiente laboral que o cuidado domiciliar traz consigo é verificada na definição de PUSCHEL, IDE e CHAVES (2005, p.466) ao conceituarem assistência domiciliar à saúde como um

atendimento multiprofissional ao indivíduo e à família, que acontece em cenários e contextos peculiares, que se configura enquanto elemento e produto de dinâmicas familiares e que pressupõe competências ampliadas para uma intervenção clínica e psicossocial, conforme demandas próprias, de modo a resgatar e a promover a saúde e a potência de vida, dentro das melhores expressões possíveis.

Conforme explicitado, o cuidado domiciliar exige do profissional uma compreensão ampliada de conceitos, dos mais variados, cuja ausência dos mesmos impossibilita uma atuação profissional efetiva e eficaz, pois além de considerar questões clínicas e psicossociais do indivíduo, o cuidado voltado à família, ao domicílio e a relação desta tríade é de fundamental importância. As particularidades de cada domicílio, requerem uma adaptação exímia do profissional a cada situação vivenciada.

O cuidado domiciliar tem uma característica muito maior do que um simples hospital em casa. Ele é o cuidado não só do doente, mas também da família e todo o contexto. Envolve perceber como as relações entre os integrantes da família acontecem e como estas interferem (ou podem interferir) no processo saúde-doença e também no cuidado. O Cuidado domiciliar ainda oportuniza à enfermeira, observar aspectos que não são possíveis de serem visualizados em ambiente hospitalar ou

ambulatorial, mesmo porque nem sempre o cliente conta tudo o que realmente acontece (e nem como acontece), por não julgar importante ou até mesmo por vergonha de dizer certas coisas. Com isso o domicílio torna-se um espaço onde a investigação para sistematização dos cuidados é mais fidedigna do que em outro ambiente.

O modelo hospitalocêntrico (biologicista) concentra-se na cura da doença sem preocupar-se com as interferências de valores culturais bem como as crenças das pessoas no seu processo saúde doença. O cuidado domiciliar preenche algumas dessas lacunas, visto que, ao adentrar na casa do paciente, o profissional de saúde percebe estas questões, pois está no “espaço do paciente”, é ele quem determina o que acontece ali. Cabe à enfermeira adaptar-se aquele espaço e não o contrário, como acontece no cuidado hospitalar. Esta nova realidade permite-lhe identificar os pontos favoráveis e os desfavoráveis no cuidado à saúde.

Ainda dentro deste “espaço”, a enfermeira identifica as reais necessidades de cuidado do paciente, podendo desta forma avaliar que orientações são necessárias realizar tanto para o paciente, preparando-o assim para o autocuidado, quanto para o cuidador.

Assim prestar cuidado no domicílio consiste em uma abordagem de cuidar e reabilitar o paciente em seu contexto familiar. No entanto saber conviver diariamente com famílias de diferentes classes sociais e econômicas, respeitando a privacidade, valores e crenças de cada uma delas, torna-se um desafio para os profissionais de saúde (SANTOS, 2005).

Além de aspectos objetivos ao cuidado no domicílio, cabe lembrar, que para uma prática competente no domicílio é necessário que o profissional atuante nesta modalidade de cuidado traga consigo toda uma carga de aspectos subjetivos. Como vimos anteriormente, o profissional precisa estar o tempo todo articulando bases expressivas e instrumentais, por isso a importância de preparar-se para cuidar no domicílio. É preciso que a enfermeira seja detentora de habilidades específicas, para perceber as singularidades de cada contexto e identificar até que ponto as mesmas auxiliam ou interferem no tratamento do cliente.

Igualmente, Lacerda (2000) afirma que a enfermeira quando se dispõe e se prepara para cuidar no domicílio desenvolve qualidades profissionais como sensibilidade e os atributos: maturidade, educação, saber entrar nos lares, saber conversar, ser flexível, criativa, ter objetivos de cuidado entre outros.



O domicílio não é apenas um espaço físico, mas o “local onde está a família e é nele que seus componentes se desenvolvem física, emocional, mental e espiritualmente, é aí que as primeiras relações sociais se estabelecem” (LACERDA, 1996, p.5). Ao adentrar na casa do cliente, a enfermeira deve desenvolver ações de interação com a família, exercitando habilidades de observação e percepção, para evitar que suas ações sejam centralizadas apenas no cliente. Considera também os problemas apresentados por outros fatores, como os recursos disponíveis no contexto domiciliar (econômicos, higiênicos, de segurança entre outros) e também as relações que ocorrem entre os integrantes deste contexto (LACERDA; OLINISKI, 2004).

Assim, o contexto domiciliar deve ser percebido pela enfermeira, de maneira abrangente, como um conjunto de coisas materiais, eventos físicos e emocionais e seres humanos que se relacionam entre si. Estes elementos são singulares, porém de interferência mútua e simultânea (LACERDA, 2000).

Sendo perceptível a extensa amplitude da atuação no cuidado domiciliar a Enfermagem nesta área adquire um papel fundamental e imprescindível, pois deve responder às necessidades apontadas, não apenas no intuito de efetuar regras e normas que lhes são impostas pelo serviço, mas satisfazer também, e principalmente, o paciente, bem como sua família.

O sucesso dos serviços de cuidado domiciliar depende da interação complexa entre paciente, família, e anseios da comunidade em geral, como também das metas de saúde do paciente/profissional e a disponibilidade de fontes de recursos para financiar tais serviços (KRUGER; GERALDO, 2001).

Atuar no domicílio exige competências específicas para compreender o contexto e saber agir eficazmente nas situações que surgem no domicílio e singulares a cada pessoa. Cuidar no domicílio refere-se a conhecer e saber utilizar os conhecimentos, habilidades e atitudes tanto instrumentais como expressivas, para desenvolver ações que visam um atendimento humanizado e qualificado junto ao ser humano.

Dentre as habilidades e atitudes que o enfermeiro deve assumir para atuar no domicílio está a capacidade de saber agir no melhor momento, com a intenção de potencializar tanto suas ações como os resultados esperados. Assim, além de ter bases científicas e a destreza manual, necessária ao desenvolvimento dos mais

diversos procedimentos, a enfermeira deve ser detentora de habilidades como a observação, que permite identificar aspectos favoráveis e desfavoráveis para a assistência à saúde do indivíduo e família. Nestas estão inclusas o contexto domiciliar, a família, o cuidador, as relações estabelecidas entre os integrantes da casa e o cotidiano da família. Ainda é inerente a ela, habilidades como criatividade, comunicação, trabalho em equipe (considerando tanto a equipe multiprofissional, como também os integrantes da casa), planejamento de suas ações e avaliação.

A enfermeira necessita ser detentora dos princípios científicos, pois como já visto, estes embasam a profissão enquanto ciência uma vez que subsidiam as ações desenvolvidas após uma “investigação adequada, diferenciando-as assim das desenvolvidas empiricamente”. Assim os princípios científicos sustentam a enfermeira no “juízo e adequada tomada de decisão relativos à assistência a ser implantada a um paciente, orientando suas ações conforme as necessidades das situações específicas assim o requerem” (JUNIOR; MUSSI; OHL; DUARTE, 2003, p.45).

A habilidade psicomotora (destreza manual) é indispensável à prática da enfermagem, pois é por meio dela que acontecem as

execuções das ações cuidativas como um meio e não como um fim em si mesmo, uma vez que o desempenho com competência, dos procedimentos que as envolvem, implica diretamente a qualidade dos resultados da assistência prestada (DUARTE; MUSSI; ZANEI, 2003, p.139).

Lembrando que as ações da enfermeira no domicílio, referentes às técnicas por ela desempenhadas (destreza manual), não são ações puramente tecnicistas, pois envolvem sua bagagem conceitual dentro de um processo constantemente crítico-reflexivo. Somente assim esta habilidade pode ser considerada uma competência da enfermeira.

A criatividade é uma ferramenta utilizada pela enfermeira na busca da resolução de problemas, tornando o seu fazer profissional mais estimulante. No entanto ela não se constitui somente em uma habilidade para resolução de problemas, pois a enfermeira pode habituar-se a utilizar o seu potencial criativo, por meio de uma reflexão diária de sua prática, criando assim novas alternativas que favorecem o seu desenvolvimento pessoal e profissional (SÁ; FUGITA, 2003).

Comunicação é um ato intrínseco ao ser humano, mas a comunicação que abordamos aqui, não trata apenas do uso da fala, da linguagem, mas sim de fazer-se entender. A comunicação não pode ser entendida apenas como verbal, a comunicação não verbal muitas vezes nos diz mais do que as palavras. É preciso que a enfermeira esteja aberta a todas as formas de comunicação, principalmente no domicílio, local no qual a comunicação tem de ser extremamente efetiva, visto que, na maioria das vezes a enfermeira não está com o paciente e família 24 horas por dia, assim todas as suas orientações necessitam ser realmente compreendidas para que sejam colocadas em prática.

E para realizar orientações efetivas, a enfermeira também precisa compreender o que o paciente e família estão lhe dizendo ou tentando dizer, por este motivo saber ouvir além do que realmente foi dito, é imprescindível para o sucesso de suas ações. Para Júnior e Matheus (2003, p. 72) quando a enfermeira realmente desenvolve esta habilidade comunicativa, a mesma se torna uma poderosa ferramenta “que garante a qualidade do processo de cuidar”.

Saber trabalhar em equipe além de uma habilidade é uma virtude da enfermeira no cuidado domiciliar, pois na maioria das vezes, a sua equipe é a própria família, assim a enfermeira precisa ter desenvolvidas todas as habilidades a fim de treinar esta “equipe” respeitando os princípios éticos que permeiam as práticas da enfermagem e confiando no trabalho de sua “equipe familiar”, pois é ela que dará continuidade no cuidado quando a enfermeira não está presente, e mesmo quando presente, e ela que a auxiliará nas diversas ações no domicílio. Para Bersusa e Riccio (2003) o trabalho em equipe promove a assistência integral ao paciente, fundamentado desta forma a importância desta habilidade. No entanto, segundo as autoras, todo trabalho em equipe pode gerar conflitos de vários tipos, assim a enfermeira precisa também ter a capacidade de saber gerenciar e administrar os possíveis conflitos que podem surgir.

E por fim, planejar e avaliar as ações no domicílio é uma habilidade que advém de uma prática crítica-reflexiva constante da enfermeira. Ainda, para realizar um planejamento que realmente norteie suas ações domicílio e que estas realmente atinjam com êxito os resultados esperados, a enfermeira mobiliza todos os seus conhecimentos pertinentes ao momento bem como sua capacidade observadora e criativa para traçar as melhores metas a serem alcançadas.

A etapa do planejamento não está completa se a enfermeira não avalia suas ações. Com isso a avaliação constitui-se em um instrumento que constantemente busca aperfeiçoar a prática profissional, pois é por através dela que a enfermeira julga se o seu planejamento realmente está alcançando os resultados anteriormente propostos e se esses resultados realmente estão solucionando os problemas iniciais. Ainda a avaliação permite a enfermeira melhorar e potencializar os resultados para uma prática cada vez mais competente. Faz-se necessário completar que a avaliação também é usada pela enfermeira, não apenas para resolução de problemas no contexto domiciliar, mas também é utilizada como auto-avaliação para sua atuação profissional, ou seja, avalia constantemente sua postura profissional.

Zanei, Silva, Riccio e Pellizzetti (2003, p. 111) afirmam que o “ato de avaliar é uma exigência constante, pois supõe-se que deva preceder às decisões, sejam simples ou complexas, em busca de melhores alternativas e/ou resultados”.

Frente ao exposto, apresentamos a seguir a categoria que representa os resultados do desenvolvimento das competências da enfermeira no cuidado domiciliar “Desenvolvendo Consciência de seus papéis profissionais”, pois as competências da enfermeira, desenvolvidas por ela durante toda a sua vivência prática e teórica, se manifesta no seu papel profissional. Entendemos que os conhecimentos, habilidades e atitudes específicos e necessários ao cuidado domiciliar são utilizados pela enfermeira na sua prática profissional bem como constantemente desenvolvidos nessa mesma prática, mostrando-se como um processo circular que torna sua prática cada vez mais competente.

Conhecer e aplicar as competências necessárias ao cuidado domiciliar constitui-se em um fator importante que auxilia a enfermeira na busca pela visibilidade e qualidade do cuidado prestado, permitindo também a solidificação desta modalidade de assistência. Para desenvolver uma prática competente no contexto domiciliar, é de suma importância que a enfermeira tenha sempre uma prática crítica e reflexiva, para que sua atuação neste contexto se resuma às ações mecanicistas, desqualificadas e tão pouco humanizadas (PUSCHEL; IDE; CHAVES, 2005).

## 7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A realização deste estudo me proporcionou grande satisfação pessoal e profissional. Viver a experiência de construir um modelo teórico que explicita as competências da enfermeira para o cuidado domiciliar mostrou-se um grande desafio, considerando a aproximação primária com a metodologia elegida para o desenvolvimento do trabalho e também pela restrição à literatura específica referente às competências da enfermeira para o cuidado domiciliar.

Fato este que fundamenta e reforça a importância do referencial metodológico escolhido, considerando que Grounded Theory é uma metodologia que constrói uma teoria fundamentada nos dados coletados a partir das falas dos sujeitos.

Desta forma foi possível responder a questão norteadora deste trabalho, ou seja, foi possível compreender como a enfermeira desenvolve competências na prática do cuidado domiciliar, e a partir disso, construir o modelo teórico para o fenômeno “Desenvolvendo competências para a prática do cuidado domiciliar: experiência da enfermeira”.

Este estudo traz implicações para a prática profissional, mas não apenas no cuidado domiciliar, visto que ele elucida questões referentes ao desenvolvimento das competências da enfermeira. Em qualquer prática de cuidado em saúde, a enfermeira necessita dispor-se para tal, necessita bases teóricas prévias e constante busca de aperfeiçoamento, e quando a partir de uma prática crítica e reflexiva, ela compreende e tem clareza do seu papel profissional e do que precisa ser considerado em sua prática, desenvolve-a com competência e conseqüentemente desenvolve outras competências a partir de sua prática.

Assim, na prática profissional do cuidado domiciliar, quando a enfermeira compreende como acontece o desenvolvimento de suas competências, percebe e reflete melhor sobre o seu processo de trabalho, identificando aspectos que precisam ser aprimorados ou então buscados a fim de suprir lacunas na sua prática. Quando reconhece quais competências são necessárias para a sua prática no domicílio, e compreende quais devem ser suas ações no domicílio e como elas devem ser executadas, ela tem um envolvimento maior e diferente na sua atuação, e isso refletirá resultados positivos tanto para o paciente e família quanto para a

própria enfermeira. Uma prática competente implica em maior visibilidade e reconhecimento do seu trabalho e isto traz satisfação pessoal e profissional. Ainda o reconhecimento de suas ações, como ações de qualidade e resolutividade, traz motivação à enfermeira, buscando desenvolver um cuidado diferenciado.

Para o paciente e família este trabalho também traz considerações, uma vez que com uma prática competente da enfermeira estes elementos serão beneficiados com um cuidado qualificado, individualizado e humanizado. A enfermeira consegue também com o paciente e família maior vinculação e continuidade ao cuidado, porque ela mostra-se digna de confiança, e esta é construída fundamentando suas ações nos princípios científicos que se tornam palpáveis para paciente e família quando a enfermeira consegue passar orientações que realmente são compreendidas e executadas com resultados positivos.

Isto é possível porque a enfermeira compreende que ser competente não é apenas ser detentora de conhecimentos específicos e/ou variados, mas sim que deve saber como utilizá-los em momento oportuno e para um fim pré-definido.

Entendendo que o cuidado domiciliar é uma modalidade crescente no sistema de saúde, a compreensão de como se desenvolvem as competências da enfermeira nesta prática contribuirá para que o sistema de saúde invista em programas de educação continuada para os profissionais de saúde, sendo que isso se refletirá na prática destes profissionais que operacionalizam este serviço. Isso implica em ações profissionais competentes e conseqüentemente maior visibilidade do serviço frente à sociedade, solidificando cada vez mais esta modalidade de assistência à saúde.

Compreender o desenvolvimento das competências para o cuidado domiciliar da enfermeira traz implicações para a formação do enfermeiro, uma vez que conhecendo quais competências são necessárias para a prática no domicílio os docentes de graduação tem um norte do que precisa ser considerado e abordado no ensino do cuidado domiciliar para formar futuros profissionais que realmente façam a diferença e transformem a profissão.

Este estudo mostra a necessidade de constantemente pesquisar a prática do cuidado domiciliar, pois entendo que é uma modalidade de assistência à saúde que em que os acontecimentos são dinâmicos assim como as competências. Por este motivo não podemos aceitar como verdade absoluta o que encontramos em um determinado momento, em uma determinada realidade. Com isso, se buscamos por

uma prática qualificada e competente, a pesquisa mostra-se uma importante ferramenta da enfermeira para aprimorar continuamente a sua atuação.

## 8 REFERÊNCIAS

ALLAN, G. A critique of using grounded theory as a research method. **Electronic Journal of Business Research Methods**, v. 2, n. 1, p. 1-10. 2003. Disponível em: <http://www.ejbrm.com/vol2/v2-i1/issue1-art1-allan.pdf>. Acesso em: 06/11/2008.

ANTUNES, C. **Como desenvolver as competências em sala de aula**. 4. ed. Petrópolis: Vozes, 2001, 4ªed. Fascículo 8, 87p.

ANGELO, M. Educação em enfermagem: a busca da autonomia. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 28, n. 1 p. 11-4, abr. 1994.

ARCUCIO, F. A.; SANTOS, M. A. O planejamento local de saúde. In: MENDES, E. V. (Org.). **A organização da saúde no nível local**. São Paulo: Hucitec, 1998. p. 69-87.

BACKES, D. S. **Vislumbrando o cuidado de enfermagem como prática social empreendedora**. 245 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2008.

BERSUSA, A. A. S.; RICCIO, G. M. G. Trabalho em equipe – Instrumento básico em enfermagem. In: Cinanciarullo, T. I. (Org.). In: **Instrumentos básicos para o cuidar: um desafio para a qualidade de assistência**. São Paulo: Editora Atheneu, 2003. cap. 7, p. 75-97.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução n. 96 de 10 de outubro de 1996. **Diário Oficial [da] União**, Brasília (DF); 1996. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/docs/Resolucoes/Reso196.doc>. Acesso em: 25/10/08.

BRASIL. Conselho Federal de Enfermagem. Resolução n. 267 Aprova a Regulamentação das empresas que prestam Serviços de Enfermagem Domiciliar – Home Care . **Diário Oficial** 12 de julho de 2001 Brasília (DF); 2001. Disponível em: <http://www.corenpr.org.br/legislacao/resoluca/resol082.htm>. Acesso em: 25/10/07.

BRASIL. Ministério da Educação – Conselho Nacional de Educação. Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Graduação em Enfermagem, Medicina e Nutrição. Brasília (DF); 2001. 38p. Disponível em: [http://portal.mec.gov.br/cne/index.php?option=com\\_content&task=category&sectionid=6&id=141&Itemid=617](http://portal.mec.gov.br/cne/index.php?option=com_content&task=category&sectionid=6&id=141&Itemid=617) Acesso em: 25/10/07.



BRASIL. Ministério da Educação e Cultura, Educação profissional. **Referências curriculares nacionais da educação profissional de nível técnico**. Brasília: MEC, 2000.

BRETAS, A. C. P. O enfermeiro e a política: questões para reflexão. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 16, n. 2, [editorial] abr./jun. 2003.

BENNER, P.; TANNER, C. How expert nurses use intuition. **American Journal Nurse**, v. 87, n. 1, p.23-31, jan. 1987.

BORGATTI, S. **Introduction to Grounded**. Disponível em: <http://www.analytictech.com/mb870/introtoGT.htm>. sd. Acesso em: 06/11/08.

BOUSSO, R. S. O processo de decisão familiar na doação de órgãos do filho: uma teoria substantiva. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, 2008 Jan-Mar; 17(1): 45-54.

CARRIJO, C. I. de S.; PONTES, D. O.; BARBOSA, M. A. Reflexão sobre a importância da temática saúde da família no ensino da graduação em enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 56, n. 2, p. 155-159, mar/abr. 2003.

CASSIANI, S. H. de B.; CALIRI, M. H. L.; PELÁ, L. T. R. A teoria fundamentada nos dados como abordagem da pesquisa interpretativa. **Rev.latino-am.enfermagem**, v. 4, n. 3, p. 75-88, dez, 1996.

COSTENARO, R. G. S.; LACERDA, M. R. **Quem cuida de quem cuida? Quem cuida do cuidador**. 2. ed. Santa Maria: Centro Universitário Franciscano, 2002.

DELGADO, J. J. Que é o “ser da família”? **Texto e Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 14, n. especial, p. 86-94, 2005.

DUARTE, Y. A. O.; DIOGO, M. J. E. **Atendimento domiciliário: um enfoque gerontológico**. São Paulo: Atheneu, 2000.

DUARTE, Y. A. de O.; MUSSI, F. C.; ZANEI, S. S. V. **Destreza manual e habilidades psicomotoras** – um instrumento básico de enfermagem. In: Cinanciarullo, T. I. (Org.). **Instrumentos básicos para o cuidar: um desafio para a qualidade de assistência**. São Paulo: Editora Atheneu, 2003. cap. 10, p. 137-149.

FARO, A. C. M. Aspectos teóricos sobre a família em um contexto histórico e social. **Saúde Pública Nursing**. Ed. Brasileira, n° 22. mar, 2000.

FLEURY, M. T.; FLEURY, A. Construindo o conceito de competência. **RAC Edição Especial**: 183-196, 2001.

FONTES, P. A. de C.; MARTINS, C. de L. A ética, a humanização e a saúde da família. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 53 n. especial, p. 31-33, dez. 2000.

GLASER, B. G. **The grounded theory perspective III: theoretical coding**. Chicago: Sociology Press, 2005.

GLASER, R. G. **Theoretical sensitivity**. Mill Valey: The Sociology Press, 1978.

GUIMARÃES, L. B. M. Intuição, pensamento e ação na clínica. **Interface**, Botucatu, v. 9, n.17, p. 317-32, mar./ago. 2005.

GOMES, A. M. T.; OLIVEIRA, D. C. de. A representação social da autonomia profissional do enfermeiro na saúde pública. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 58, n. 4, p. 393-398, jul./ago. 2005.

HAMPTON, D. C. Expertise: the true essence of nursing art. **Advanced Nursing Science**, Germatown, v. 17, n. 1, p. 1-14, 1994.

JUNIOR, A. B.; MATHEUS, M. C. C. Comunicação como instrumento básico em enfermagem. In: Cinanciarullo, T. I. (Org.). **Instrumentos básicos para o cuidar: um desafio para a qualidade de assistência**. São Paulo: Editora Atheneu, 2003. cap. 6, p. 61-74.

JUNIOR, A. B.; MUSSI, F. C.; OHL, R. I. B. DUARTE, Y. A. de O. Princípios científicos como instrumento básico em enfermagem. In: Cinanciarullo, T. I. (Org.). **Instrumentos básicos para o cuidar: um desafio para a qualidade de assistência**. São Paulo: Editora Atheneu, 2003. cap. 4, p. 39-46.

KELLE, U. **"Emergence" vs. "Forcing" of Empirical Data? A Crucial Problem of "Grounded Theory" Reconsidered**. Forum Qualitative Sozialforschung / Forum: Qualitative Social Research [On-line Journal], 2005: 6(2), Art. 27, paragraphs 49 e 50. Disponível em: <http://www.qualitative-research.net/index.php/fqs/article/view/467>. Acesso em: 06/11/08.

KING, I.; APPLETON, J. V. Intuition: a critical review of the research and rhetoric. **Journal of Advanced Nursing**, v. 26, n.1, p. 194-2002, 1997.

KIMURA, A. F.; TSUNECHIRO, M. A.; ANGELO, M. Teoria fundamentada nos dados. In: MERIGHI, M. A. B.; PRAÇA, N. de S. **Abordagens teórico-metodológicas qualitativas: a vivência da mulher no período reprodutivo**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2003.

KLOCK, A. D.; HECK, R. M.; CASARIM, S. T. Cuidado domiciliar: a experiência da residência multiprofissional em saúde da família/UFPel-MS/BID. **Texto e Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 14, n. 2, p. 237-245, abr./jun. 2005.

LACERDA, M. R. **Cuidado transpessoal de enfermagem no contexto domiciliar**. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 1996.

LACERDA, M.R.; COSTENARO, R. G. S. O cuidado como manifestação do ser e fazer da enfermagem. **Vidya**, Santa Maria, v. 1, n. 1, p. 32 nov. 1999.

LACERDA, M. R. **Tornando-se profissional no contexto domiciliar** - vivência do cuidado da enfermeira. 231f. Tese (Doutorado em Enfermagem). – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2000.

LACERDA, M. R. **Internamento/cuidado domiciliar: uma experiência de sucesso**. Curso proferido no 51º Congresso Brasileiro de Enfermagem, Florianópolis, 2 nov. 1999.

LACERDA, M. R.; OLINISKI, S. R. O familiar cuidador e a enfermeira: desenvolvendo interações no contexto domiciliar. **Acta Scientiarum Health Sciences**, Maringá, v. 26, n. 1, p. 239-248, 2004.

LACERDA, M. R.; ZAGONEL, I. P. S; MARTINS S. Padrões do conhecimento de enfermagem e sua interface ao atendimento domiciliar à saúde. **Online Brazilian Journal of Nursing**, Niterói, v. 5, n. 2, abr 2006. Disponível em: <http://www.uff.br/objnursing/viewarticle.php?id=747>. Acesso em: 07/06/07.

LACERDA, M. R.; GIACOMOZZI, C. M. ; OLINISKI, S. R. ; TRUPPEL, T. C. Atenção à saúde no domicílio: modalidades que fundamentam sua prática. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v.15, n 2, p. 88-95, mai/ago. 2006.

LACERDA M. R.; OLINISKI, S. R.; GIACOMOZZI, C. M.; VENTURI, K. K.; TRUPPEL, T. C. As categorias da assistência domiciliar e a prática dos profissionais de saúde – pesquisa exploratório-descritiva. **Online Brazilian Journal of Nursing**, Niterói, v. 6, n.0. Disponível em: <http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/viewArticle/557/127>. Acesso em 20/01/07.

LE BOTERF, G. **De la compétence**. Essai sur un attracteur étrange. Les Editions d'organisation, Paris, 1994.

LEGEWIE, H.; SCHERVIER-LEGEWIE, B. **Anselm Strauss: research is hard work, it's always a bit suffering. Therefore, on the Other Side Research Should be Fun**. Anselm Strauss interviewed by Heiner Legewie and Barbara Schervier-Legewie. Forum: Qualitative Social Research On-line Journal, 2004: 5(3), Art. 22. Disponível em: <http://www.qualitative-research.net/index.php/fqs/issue/view/14>. Acesso em: 6/11/08.

LIMA, M. J. O que é Enfermagem. **Cogitare Enfermagem**, Curitiba, v. 10, n. 1, p. 71-74, jan./abr. 2005.

MADUREIRA, V. S. F. Os saberes da enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 57, n. 3, p. 357-60, 2004.

MARTINS, R. B. Você é o autor. Disponível em: <http://www.centrorefeducacional.com.br/desencomp.htm>. Acesso em: 31/07/07

MENDES, M. A; BASTOS, M. A. R. Processo de enfermagem: seqüências no cuidar fazem a diferença. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 56, n. 3, p. 271-276, mai./jun. 2003.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 8. ed. São Paulo: Hucitec, 2004.

NASCIMENTO, E. S. do; SANTOS, G. F. dos; CALDEIRA, V. da R.; TEXEIRA, V. M. N. Formação por competência do enfermeiro: alternância teoria-prática, profissionalização e pensamento complexo. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 56, n. 4, p. 447-452, jul./ago. 2003.

O' CONNELL, D. Intuition and the nursing process. **Journal Contin. Educ. Nursing**, v. 23, n. 5, p.196, 1992.

PERRENOUD, P. Construir competências é viras as costas aos saberes ? **Pátio Revista Pedagógica**, n. 11, p. 15-19, nov 1999. Disponível em: [http://www.unige.ch/fapse/SSE/teachers/perrenoud/php\\_main/php\\_1999/1999\\_39.html](http://www.unige.ch/fapse/SSE/teachers/perrenoud/php_main/php_1999/1999_39.html). Acesso em: 03/07/07

PERRENOUD, P. **Construir as competências desde a escola**. Trad. Bruno Charles Magne. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 1999.

PERRENOUD, P. **Dez novas competências para ensinar**. Porto Alegre(RS): Artmed; 2000.

PERRENOUD, P. Programas escolares orientados para as competências. O que fazer da ambigüidade? **Pátio Revista Pedagógica**, v., n. 23, p. 8-11, set./out. 2002. Disponível em: [http://www.unige.ch/fapse/SSE/teachers/perrenoud/php\\_main/php\\_1999/1999\\_39.html](http://www.unige.ch/fapse/SSE/teachers/perrenoud/php_main/php_1999/1999_39.html). Acesso em: 31/07/07.

POLIT, D. F.; BECK, C. T.; HUNGLER, B. **Fundamentos da pesquisa em enfermagem**. Trad. Ana Thorell. 5. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.

PORTILLO, C. J.; SCHUMACHER, K. L. Graduate programs: advanced nurses in the home. **AACN-Clinical Issues**, v. 9, n. 3, p. 355-61, aug. 1988.

PÜSCEHL, V. A. de A.; IDE, C. A. C.; CHAVES, E. C. Instrumento para a abordagem psicossocial do indivíduo e da família na assistência domiciliar – condições de aplicabilidade. **Acta Paulista Enfermagem**, São Paulo, v. 18, n. 2, p. 203-212, abr/jun. 2003.

PÜSCEHL, V. A. de A.; IDE, C. A. C.; CHAVES, E. C. Competências psicossociais para a assistência domiciliar. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v, 58, n. 4, p. 466-70, jul./ago. 2005.

PÜSCHEL, V.A. A. **Abordagem construtivista no desenvolvimento de competências psicossociais para a assistência domiciliar**. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2003.

REINERS, A. A. O. Grounded theory: opção metodológica para a Enfermagem. **Revista Enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, v.6, n.2, p.370-376, dez. 1988.

RIBEIRO, V. E. S. **O domicílio como espaço de enfermagem: experiência da enfermagem canadense.** In: 50º Congresso Brasileiro de Enfermagem, 1998, Salvador. Anais. Salvador: ABEN – Seção Bahia, 1999.

RODRIGUES, A.; ALBUQUERQUE, C. H. L.; BENTO, C. A. C.; VIEIRA, J. M. A.; SILVA, J. G. A. O. B. de. **Grounded theory: problemas de alicerçagem.** Sd. Disponível em: [http://arodrigues.alfarod.net/docs/articles/2004\\_GroundedTheory.pdf](http://arodrigues.alfarod.net/docs/articles/2004_GroundedTheory.pdf). Acesso em: 12/09/08.

SÁ, A. C. de; FUGITA, R. M. I. A criatividade como instrumento básico em enfermagem. In: Cinanciarullo, T. I. (Org.). **Instrumentos básicos para o cuidar: um desafio para a qualidade de assistência.** São Paulo: Editora Atheneu, 2003. cap. 5, p. 47-60.

SOUSA, V. D.; HAYMAN de L. L. Desenvolvimento da teoria dos cuidados. **Online Brazilian Jornal Nursing**, Niterói, v. 1, n. 2. Disponível em: [www.uff.br/nepae/objn102sousaetal.htm](http://www.uff.br/nepae/objn102sousaetal.htm). Acesso em: 01/08/07

SANTOS, G. F. dos. Formação do enfermeiro na perspectiva das competências: uma breve reflexão. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 57, n. 1, p. 66-71, jan./fev. 2004.

SANTOS, N. C. M. **Home care: a enfermagem no desafio do atendimento domiciliar.** 1. ed. São Paulo: látria, 2005.

SHIMIZU, H. E.; LIMA, M. da G.; SANTANA, M. N. G. da S.T. O modelo de competências na formação de trabalhadores de enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 60, n. 2, p. 161-166, mar./abr. 2007.

SILVA, A. L. da; BALDIN, S. M.; NASCIEMENTO, K. C. do. O conhecimento intuitivo no cuidado de enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 56, n. 1, p. 7-11, jan./fev. 2003.

STRAUSS, A. L.; CORBIN, J. **Basics of qualitative research: grounded theory procedures and techniques.** California: Sage, 1991.

STRAUSS, A.; CORBIN J. **Pesquisa qualitativa: técnicas e procedimentos para o desenvolvimento de teoria fundamentada.** Trad. Luciane de Oliveira da Rocha. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2008.

TRENTINI, M., PAIM, L. Assistência e pesquisa em enfermagem: uma abordagem convergente-assistencial. **Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 10, n. 1, p. 11-31, jan./abr. 2001.

TIMOTEO, R. P. de S.; LIBERALINO, F. N. Reflexões acerca do fazer pedagógico a partir de referências e diretrizes educacionais para a formação em enfermagem. **Revista Brasileira Enfermagem**, Brasília, v. 56, n. 4, p. 358-360, jul./ago. 2003.

WALDOW, V. R. **Cuidado humano: o resgate necessário**. 2. ed. Porto Alegre: Sagra Luzzato, 1999.

WHITE, J. Patterns of knowing: review, critique, and update. **Advanced Nursing Science**, v. 17, n. 4, p: 73-86, 1995.

WITT, R. R.; ALMEIDA, M. C. de; ARAUJO, V. Nurses competencies in primary health care: a Delphy technique study. **Online Brazilian Journal of Nursing**, Niterói, v. 5, n. 3, [html], 16 dec 2006. Disponível em: <http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/viewArticle/546/124>. Acesso em: 03/05/07.

WITT, R. R.; ALMEIDA, M. C. P de. Competências dos profissionais de saúde no referencial das funções de saúde pública: contribuição para a construção de projetos pedagógicos na enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 56, n. 4, p. 433-438, jul./ago. 2003.

ZANEI, S. S. V.; SILVA, C. G.; RICCIO, G. M. G.; PELLIZZETTI, N. Avaliação – um instrumento básico de enfermagem. In: Cinanciarullo, T. I. (Org.). **Instrumentos básicos para o cuidar: um desafio para a qualidade de assistência**. São Paulo: Editora Atheneu, 2003. cap. 9, p. 111-136.

APÊNDICE

Apêndice 1 ..... 119



## Apêndice 1 – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você, Enfermeiro prestador de cuidado domiciliar, está sendo convidado a participar de um estudo intitulado “**COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO PARA O CUIDADO DOMICILIAR**”.

O objetivo da pesquisa é Construir um modelo teórico que explicita as competências do enfermeiro para o cuidado domiciliar a partir de sua perspectiva.

Você não experimentará desconfortos ou riscos, pois a sua participação será em responder, verbalmente, a uma entrevista semi-estruturada gravada de duração de 40 minutos (aproximadamente), e após transcrição, todas as fitas serão destruídas. Os benefícios esperados são: conhecer quais são as competências necessárias na formação do enfermeiro relativos ao cuidado domiciliar para que o mesmo esteja apto a desenvolver uma prática efetiva e qualificada.

A pesquisadora Fernanda Catafesta poderá ser contatada pelo e-mail [fernandacatafesta@yahoo.com.br](mailto:fernandacatafesta@yahoo.com.br), ou pelo telefone (41)8435-4505, em qualquer horário, poderá esclarecer dúvidas a respeito da pesquisa. Estão garantidas as informações que você queira, antes durante e depois do estudo.

A sua participação é voluntária. Você tem a liberdade de se recusar a participar ou, se aceitar, retirar seu consentimento a qualquer momento. Seu anonimato será preservado e você não receberá qualquer valor em dinheiro.

As informações do estudo poderão ser inspecionadas pelos pesquisadores e pelas autoridades legais. No entanto, em caso de divulgação em relatório ou publicação desta pesquisa, isto será codificado, e a **confidencialidade** mantida.

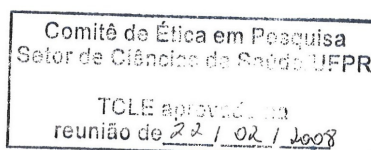
Eu, \_\_\_\_\_ li o texto acima e compreendi a natureza e objetivo deste estudo. Entendi que sou livre para interromper minha participação a qualquer momento sem justificar minha decisão e sem que esta me afete de qualquer forma. Eu concordo voluntariamente em participar deste estudo.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do participante

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Fernanda Catafesta  
Pesquisador

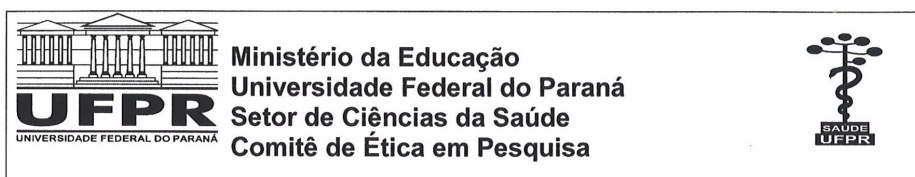
\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_



ANEXO

Anexo 1 ..... 121

## Anexo 1 – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa



Curitiba, 22 de fevereiro de 2008.

Ilmo (a) Sr. (a)  
**Fernanda Catafesta**  
Nesta

Prezado(a) Pesquisador(a),

Comunicamos que o Projeto de Pesquisa intitulado “**Competências para o cuidado domiciliar na formação do enfermeiro**” está de acordo com as normas éticas estabelecidas pela Resolução CNS 196/96, foi analisado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Setor de Ciências da Saúde da UFPR, em reunião realizada no dia 28 de novembro de 2007 e apresentou pendência(s). Pendência(s) apresentada(s), documento(s) analisado(s) e projeto aprovado em 22 de fevereiro de 2008.

Registro **CEP/SD**: 451.131.07.11      **CAAE**: 0083.0.091.000-07

**Conforme a Resolução CNS 196/96, solicitamos que sejam apresentados a este CEP, relatórios sobre o andamento da pesquisa, bem como informações relativas às modificações do protocolo, cancelamento, encerramento e destino dos conhecimentos obtidos.**

**Data para entrega do relatório final ou parcial: 22/08/2008.**

Atenciosamente



**Prof.ª. Dr.ª. Liliana Maria Labronici**  
Coordenadora do Comitê de Ética em  
Pesquisa do Setor de Ciências da Saúde

Prof.ª. Dra. Liliana Maria Labronici  
Coordenadora do Comitê de Ética  
em Pesquisa - SD/UFPR