

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
ESCOLA DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

Angélica Mônica Andrade

**APRENDIZAGEM REFLEXIVA DE ENFERMEIRAS NA ATENÇÃO DOMICILIAR:
CAMINHOS PARA UMA PRÁXIS CRIADORA**

Belo Horizonte

2017

Angélica Mônica Andrade

**APRENDIZAGEM REFLEXIVA DE ENFERMEIRAS NA ATENÇÃO DOMICILIAR:
CAMINHOS PARA UMA PRÁXIS CRIADORA**

Tese apresentada ao Programa de Pós-graduação da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais como critério para obtenção do título de Doutora em Enfermagem.

Área de Concentração: Saúde e Enfermagem

Linha de Pesquisa: Educação em saúde e em enfermagem

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Kênia Lara Silva

Belo Horizonte

2017

A553a Andrade, Angélica Mônica.
Aprendizagem reflexiva de enfermeiras na atenção domiciliar
[manuscrito]: caminhos para uma práxis criadora. / Angélica Mônica
Andrade. - - Belo Horizonte: 2017.
207f.: il.
Orientador: Kênia Lara Silva.
Área de concentração: Saúde e Enfermagem.
Tese (doutorado): Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de
Enfermagem.

1. Aprendizagem. 2. Serviços de Assistência Domiciliar. 3. Papel do
Profissional de Enfermagem. 4. Enfermeiras e Enfermeiros. 5. Cuidados de
Enfermagem. 6. Enfermagem. 7. Dissertações Acadêmicas. I. Silva, Kênia
Lara. II. Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de Enfermagem.
III. Título.

NLM: WY 115

ATA DE NÚMERO 94 (NOVENTA E QUATRO) DA SESSÃO PÚBLICA DE ARGUIÇÃO E DEFESA DA TESE APRESENTADA PELA CANDIDATA ANGÉLICA MÔNICA ANDRADE PARA OBTENÇÃO DO TÍTULO DE DOUTORA EM ENFERMAGEM.

Aos 28 (vinte e oito) dias do mês de agosto de dois mil e dezessete, às 13:00 horas, realizou-se no Anfiteatro da Pós-Graduação - 432 da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, a sessão pública para apresentação e defesa da tese "APRENDIZAGEM REFLEXIVA DE ENFERMEIRAS NA ATENÇÃO DOMICILIAR: CAMINHOS PARA UMA PRÁXIS CRIADORA", da aluna *Angélica Mônica Andrade*, candidata ao título de "Doutora em Enfermagem", linha de pesquisa "Educação em Saúde e Enfermagem". A Comissão Examinadora foi constituída pelas seguintes professoras doutoras: Kênia Lara Silva (orientadora), Maria Ribeiro Lacerda, Maria José Menezes Brito, Elysângela Dittz Duarte e Edna Aparecida Barbosa de Castro, sob a presidência da primeira. Abrindo a sessão, a Senhora Presidente da Comissão, após dar conhecimento aos presentes do teor das Normas Regulamentares do Trabalho Final, passou a palavra à candidata para apresentação de seu trabalho. Seguiu-se a arguição pelos examinadores com a respectiva defesa da candidata. Logo após, a Comissão se reuniu sem a presença da candidata e do público, para julgamento e expedição do seguinte resultado final:

APROVADA;

APROVADA COM AS MODIFICAÇÕES CONTIDAS NA FOLHA EM ANEXO;

REPROVADA.

O resultado final foi comunicado publicamente à candidata pela Senhora Presidente da Comissão. Nada mais havendo a tratar, eu, *Andréia Nogueira Delfino*, Secretária do Colegiado de Pós-Graduação da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, lavrei a presente Ata, que depois de lida e aprovada será assinada por mim e pelos membros da Comissão Examinadora. Belo Horizonte, 28 de agosto de 2017.

Prof. Dr. Kênia Lara Silva
Orientadora (Esc.Enf/UFMG)

Prof. Dr. Maria Ribeiro Lacerda
(Universidade Federal do Paraná)

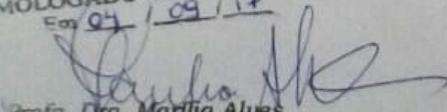
Prof. Dr. Maria José Menezes Brito
(Esc.Enf/UFMG)

Prof. Dr. Elysângela Dittz Duarte
(EEUFMG)

Prof. Dr. Edna Aparecida Barbosa de Castro
(UFJF)

Andréia Nogueira Delfino
Secretária do Colegiado de Pós-Graduação

HOMOLOGADO em reunião do CPG
Em 07 / 09 / 17


Prof. Dra. Marília Alves
Coordenadora do Colegiado de
Pós-Graduação em Enfermagem
Escola de Enfermagem/UFMG

Agradecimentos

A Deus, a Nossa Senhora das Graças e ao meu Anjo da Guarda que me deram forças para ir mais além, confortando-me e protegendo-me. “A Fé é a certeza das coisas que se esperam, e a prova das coisas que não se veem.” (Hebreus, 11,1).

Ao meu esposo Bruno, meu amor, por estar sempre ao meu lado, por me dar força e equilíbrio nos momentos em que a ansiedade, o cansaço e a angústia pareciam ser insuperáveis. Obrigada pelo amor, compreensão e companheirismo. Por dividir comigo, durante toda esta trajetória, as lutas e conquistas.

À minha família, em especial à minha mãe, que representa a base da minha existência. Por sempre acreditar e apoiar meus sonhos e ser a fonte de sabedoria e força necessária para concretizar as minhas conquistas.

À Professora Kênia Lara Silva pela dedicação, disponibilidade, compreensão, competência, ensinamentos, exemplo de profissionalismo e pelo incentivo constante na produção do conhecimento. Muito obrigada!

À Professora Maria José Menezes Brito por me acolher e orientar durante o mestrado e proporcionar esta trajetória. Também aos colegas da NUPAE, em especial à Professora Marília Alves.

Aos professores da banca de qualificação Maria José Menezes Brito e Maria Ribeiro Lacerda e às demais professoras da banca de defesa por disporem de seu tempo e de seu conhecimento em favor das contribuições para este estudo.

Aos colegas do NUPEPE, espaço de formação, discussão e produção coletiva, no qual foi possível amadurecer as ideias desta pesquisa. Em especial a Clarissa Terenzi Seixas e Patrícia Pinto Braga pelas valiosas contribuições e parcerias nas produções.

Às queridas amigas Shirlei Dias, Sônia Viana, Delma Aurélia e Raissa Souza pela presença amiga e inspiradora.

À Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais pelas oportunidades proporcionadas nesta caminhada.

Aos mestres da UFJF, onde iniciei minha formação acadêmica. Minha eterna gratidão e respeito! Em especial a Edna e Bernadete que me incentivam e direcionaram o caminho a ser perseguido.

Aos participantes da pesquisa pela abertura ao diálogo e experiências compartilhadas.

E a todos que me ajudaram e me apoiaram de diferentes formas... muito obrigada!

Uma vez fui viajar e não voltei

Uma vez fui viajar e não voltei.

Não por rebeldia ou por ter decidido ficar; simplesmente mudei.

Cruzei fronteiras que eu nunca imaginaria cruzar. Nem no mapa, nem na vida. Fui tão longe que olhar para trás não era confortável, era motivador.

Conheci o que posso chamar de professores e acessei conhecimentos que nenhum livro poderia me ensinar. Não por serem secretos, mas por serem vivos.

Acréscitei ao dicionário da minha vida novos significados para educação, medo e respeito.

Reaprendi o valor de alguns gestos. Como quando criança, a espontaneidade de sorrisos e olhares faz valer a comunicação mais universal que há – a linguagem da alma.

Fui acolhido por pessoas, famílias, estranhos, bancos e praças. Entre chãos e humanos, ambos podem ser igualmente frios ou restauradores.

Conheci ruas, estações, aeroportos e me orgulho de ter dificuldade em lembrar seus nomes.

Minha memória compartilha do meu desejo de querer refrescar-se com novas e velhas ares.

Fiz amigos de verdade. Amigos de estrada não sucumbem ao espaço, nem ao tempo. Amigos de estrada cruzam distâncias; confrontam os anos. São amizades que transpassam verões e invernos com a certeza de novos encontros.

Vivi além da minha imaginação. Contrariei expectativas e acumulei riquezas imateriais.

Permiti ao meu corpo e à minha mente experimentar outros estados de vivência e consciência.

Redescobri o que me fascina. Senti calores no peito e dei espaço para meu coração acelerar mais do que uma rotina qualquer permitiria.

E quer saber?

Conheci outras versões da saudade. Como nós, ela pode ser dura. Mas juro que tem suas fraquezas. Aliás, ela pode ser linda.

Com ela, reavaliei meus abraços, dei mais respeito a algumas palavras e me apaixonei ainda mais por meus amigos e minha família.

E ainda tenho muito que aprender.

Na verdade, tais experiências apenas me dirigem para uma certeza – que ainda tenho muito lugar para conhecer, pessoas a cruzar e conhecimento para experimentar.

Uma vez fui viajar, e foi a partir deste momento que entendi que qualquer viagem é uma ida sem volta. (Marcelo Penteado)

RESUMO

Aprendizagem reflexiva de enfermeiras na atenção domiciliar: caminhos para uma práxis criadora

A realização deste estudo partiu da premissa de que existem distanciamentos entre a formação acadêmica de enfermeiros e os processos necessários para a atuação na atenção domiciliar. Em consequência, a invisibilidade da atenção domiciliar na formação de enfermeiros lança a necessidade de aprendizagem em seu contexto de atuação, gerando implicações em sua práxis. A tese foi construída com sustentação nas categorias teóricas: Aprendizagem reflexiva e Práxis, segundo os referenciais de Donald Schön e Adolfo Sánchez Vázquez, respectivamente. Objetivou-se analisar o processo de aprendizagem e a práxis do enfermeiro na atenção domiciliar. Foi realizado um Estudo de Caso único, de natureza qualitativa, ancorado no referencial teórico-metodológico da dialética. A produção dos dados teve como cenário os serviços de atenção domiciliar do Sistema Único de Saúde dos municípios de Uberlândia e Betim, em Minas Gerais, e aconteceu em dois momentos: observação participante da atuação de treze enfermeiras e realização de entrevistas. Os dados foram submetidos à Análise de Discurso Crítica, na perspectiva de Fairclough, possibilitando a discussão de três categorias empíricas: Prática da enfermeira no domicílio: fazeres e saberes mobilizados pela reflexividade; Aprendizagem reflexiva: situações, fontes e mediadores; e Práxis no trabalho da enfermeira no domicílio. Os resultados indicaram a presença de fazeres e saberes mobilizados pela prática reflexiva da enfermeira no domicílio em um movimento contínuo e cíclico de aprendizagem evidenciado pelas práticas discursivas. A práxis no trabalho da enfermeira no domicílio acontece em uma relação dialética de interdependência entre teoria e prática, sendo construída por meio de adaptações e (re)invenções, em que a aprendizagem foi evidenciada em situações que despertam a reflexividade pela prática, experiência e experimentação. Os discursos sinalizam um caminho para a práxis criadora da enfermeira no domicílio, uma vez que o trabalho é marcado pela irrepetibilidade e imprevisibilidade. Dessa forma, existem forças que modificam o plano traçado exigindo a presença constantemente ativa da consciência e a capacidade de criação. Em outros momentos, evidenciou-se a reiteração da práxis, ainda que a autoconsciência fosse manifestada e acionada diante da necessidade de soluções para os problemas enfrentados na atenção domiciliar. Conclui-se que a prática de enfermeiras em atenção domiciliar se estabelece na combinação de uma práxis reiterativa, espontânea, reflexiva e criadora, pela ação e reflexão que advêm dos saberes acumulados durante a formação acadêmica ressignificados diante da realidade vivida no cotidiano do domicílio em um processo de aprendizagem reflexiva.

Descritores: Aprendizagem. Serviços de Assistência Domiciliar. Papel do Profissional de Enfermagem. Enfermeiras e Enfermeiros. Cuidados de Enfermagem. Enfermagem.

ABSTRACT

Reflective learning of nurses in home care: paths to reach a creative praxis

The execution of this study started from the premise that there are estrangements between the academic training of nurses and the processes required for working in home care. As a consequence, the invisibility of home care in the training of nurses highlights the need for learning in its work context, thereby generating implications in its praxis. The thesis was built on the basis of the theoretical categories: Reflective learning and Praxis, according to the frameworks of Donald Schön and Adolfo Sánchez Vázquez, respectively. This study was intended to analyze the learning process and the praxis of the nurse in home care. We performed a unique Case Study, with a qualitative nature, which was anchored in the theoretical-methodological framework of dialectics. The production of data took place in home care services of the Unified Health System in the cities of Uberlândia and Betim, in Minas Gerais, and happened in two moments: participant observation of the work of thirteen nurses and accomplishment of interviews. The data were submitted to Critical Discourse Analysis, under the Fairclough's perspective, which enabled the discussion of three empirical categories: Practice of the nurse at home: actions and knowledge mobilized by reflexivity; Reflective learning: situations, sources and mediators; and Praxis in the work of the nurse at home. The results signaled the presence of actions and skills mobilized by the reflective practice of the nurse at home in a continuous and cyclical movement of learning evidenced by the discursive practices. The praxis in the work of the nurse at home is revealed in a dialectical relationship of interdependence between theory and practice, which is built by means of adaptations and (re) inventions, where learning was evidenced in situations that arouse reflexivity, through practice, experience and experimentation. The discourses point out ways of reaching a path to the creative praxis of the nurse at home, since work is marked by unrepeatability and unpredictability. Accordingly, there are forces that modify the established plan, thereby requiring the constant and active presence of consciousness and the capacity for creation. At other moments, the reiteration of praxis was evidenced, although self-consciousness was manifested and triggered by the need for solutions to the problems faced in home care. We can conclude that the practice of nurses in home care is established in the combination of a reiterative, spontaneous, reflective and creative praxis, through the action and reflection arising from the knowledge gathered throughout the academic training, which is redefined in the face of the reality experienced in the daily life at home in a process of reflective learning.

Key words: Learning. Home Care Services. Nurse's Role. Nurses. Nursing Care. Nursing.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Lista de Quadros

Quadro 1 - Legislação Brasileira sobre Serviços de Atenção Domiciliar.....	32
Quadro 2 – Artigos incluídos no estudo, Belo Horizonte/MG, 2016.....	42
Quadro 3 – Caracterização das atividades realizadas por enfermeiros na atenção domiciliar, Belo Horizonte/MG.....	45
Quadro 4 – Resultado dos contatos telefônicos com os Serviços de Atenção Domiciliar de Minas Gerais.....	63
Quadro 5 – Consolidação dos resultados dos contatos telefônicos para seleção do cenário.....	64
Quadro 6 - Codificação adotada para transcrição das entrevistas.....	74
Quadro 7 - Caracterização dos participantes do estudo.....	76
Quadro 8 – Aspectos discursivos que emergiram durante a análise dos dados.....	80
Quadro 9 – Apresentação das categorias e subcategorias.....	82
Quadro 10 – Descrição das práticas realizadas nas visitas domiciliares por enfermeiras segundo dados da observação.....	90

Lista de Figuras

Figura 1 - Fluxo do processo de seleção dos estudos para a revisão integrativa.....	40
Figura 2 - Saberes para a atuação do enfermeiro em AD. Belo Horizonte/MG,2016.....	53
Figura 3 – Representação dos Setores Sanitários de Uberlândia, Minas Gerais.....	65
Figura 4 – Concepção tridimensional do discurso.....	78
Figura 5 – Padrões de conhecimento da enfermagem na AD.....	102
Figura 6 – Relação entre teoria e prática na atuação da enfermeira na AD.....	149
Figura 7 – Aprendizagem reflexiva na atuação das enfermeiras no domicílio.....	174

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AD	-	Atenção Domiciliar
ADC	-	Análise de Discurso Crítica
BDENF	-	Base de Dados Específica da Enfermagem
BVS	-	Biblioteca Virtual em Saúde
CINAHL	-	Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature
EMAD	-	Equipes Multiprofissionais de Atenção Domiciliar
EMAP	-	Equipes Multiprofissionais de Apoio
HC-UFU	-	Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia
IBECS	-	Índice Bibliográfico Espanhol de Ciências da Saúde
LILACS	-	Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde
MEDLINE	-	Medical Literature Analysis and Retrieval System Online
MG	-	Minas Gerais
PAD	-	Programa de Atenção Domiciliar
PID	-	Programa de Internação Domiciliar
RAS	-	Rede de Atenção à Saúde
RT	-	Responsável Técnica
SAD	-	Serviços de Atenção Domiciliar
SUS	-	Sistema Único de Saúde
TCLE	-	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UAI	-	Unidade de Atendimento Integrado
UAIs	-	Unidades de Atendimento Integrado
UNA-SUS	-	Universidade Aberta do SUS
VMI	-	Ventilação Mecânica Invasiva

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	11
2 REFERENCIAL TEÓRICO.....	20
2.1 Prática reflexiva segundo Donald Schön.....	20
2.2 Aproximação ao referencial de Práxis segundo Adolfo Sánchez Vázquez.....	22
3 REVISÃO DE LITERATURA.....	29
3.1 Conceitos e definições sobre atenção domiciliar.....	29
3.2 Atuação do enfermeiro na atenção domiciliar: uma revisão integrativa da literatura.....	36
4 CAMINHO METODOLÓGICO.....	57
4.1 Delineamento teórico-metodológico.....	57
4.2 Definição do caso de análise.....	60
4.3 Cenário do estudo.....	61
4.3.1 Cenário 1 – Serviço de Atenção Domiciliar de Uberlândia, Minas Gerais.....	65
4.3.2 Cenário 2 – Serviço de Atenção Domiciliar de Betim, Minas Gerais.....	67
4.4 Participantes do estudo.....	68
4.5 Produção dos dados: a vivência do trabalho de campo.....	69
4.6 Análise dos dados.....	77
4.7 Considerações éticas.....	82
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	85
5.1 Prática da enfermeira no domicílio: fazeres e saberes mobilizados pela reflexividade.....	85
5.1.1 A dinâmica do trabalho da enfermeira na atenção domiciliar: o conhecer-na-ação.....	85
5.1.2 Prática reflexiva da enfermeira no domicílio.....	106
5.2 Aprendizagem reflexiva: situações, fontes e mediadores.....	114
5.2.1 Situações que despertam a aprendizagem reflexiva e seus mediadores.....	115
5.2.2 Aprendizagem reflexiva: prática, experimentação e experiência.....	130
5.3 Práxis no trabalho da enfermeira no domicílio.....	143
5.3.1 Configuração da relação entre teoria e prática no domicílio.....	144
5.3.2 Adaptações da enfermeira no domicílio: entre o resultado ideal e o resultado real da atividade prática.....	150
5.3.3 (Re)invenção no trabalho da enfermeira no contexto domiciliar.....	161
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	177
REFERÊNCIAS.....	184
APÊNDICES.....	198
ANEXOS.....	206

Introdução

1 INTRODUÇÃO

A enfermagem, profissão e ciência imprescindível no campo da saúde, requer uma atuação condizente com as demandas e necessidades de saúde da população e com os preceitos estabelecidos pelas Políticas Nacionais de Saúde.

Na atualidade, ressalta-se o investimento na reversão do modelo assistencial e iniciativas que visam responder às necessidades decorrentes do envelhecimento populacional, demandas por melhor qualidade da atenção, por cuidados integrais e contínuos, com o processo de transformações no âmbito da organização do trabalho. Observa-se a ampliação de espaços de atenção não tradicionais como os serviços de atenção domiciliar (SILVA et al., 2010a). Segundo Lacerda, Oliniski e Giacomozzi (2004), a atenção domiciliar – AD - é uma prática antiga que foi substituída pelo modelo hospitalocêntrico, porém, que (res)surge como uma forma de personalização e humanização da assistência à saúde.

A AD consiste em uma modalidade de atenção à saúde favorável à concretização de novas formas de produção do cuidado e de atuação interdisciplinar em expansão no Brasil e no mundo (BRAGA et al., 2016; SILVA et al., 2010a). Trata-se de uma alternativa à internação hospitalar, que diminui tanto sua demanda como a sua duração e, conseqüentemente, reduz custos e riscos de complicações relacionadas ao ambiente hospitalar (BRASIL, 2016; FEUERWERKER, MERHY, 2008). Sobretudo, tem sido reconhecida como espaço favorável para um cuidado inovador e singular em saúde, com potencialidade para propiciar assistência centrada nas demandas e necessidades do usuário (BRAGA et al., 2016; BRASIL, 2016; ANDRADE, 2013; ANDRADE et al., 2013a; BRITO et al., 2013; SILVA et al., 2010a).

O enfermeiro tem centralidade na AD, seja na gestão dos serviços ou na assistência direta (ANDRADE et al., 2017; SILVA et al., 2012; STADJDUHAR et al., 2011; FURÅKER, 2012; LACERDA, 2010). Este profissional tem papel fundamental na AD, tanto pela coordenação do plano de cuidados no domicílio quanto pelo vínculo que estabelece com os usuários e familiares (SILVA et al., 2012; STADJDUHAR et al., 2011; FRANCO; MERHY, 2008). Ademais, esse protagonismo evidencia-se ao proporcionar a articulação entre a família e a equipe multiprofissional, uma vez que, de modo geral, cabe a ele a capacitação do cuidador familiar, supervisão do técnico de enfermagem e, ainda, a identificação de

demandas para outros profissionais (SILVA et al., 2012; FURÅKER, 2012). Outras habilidades consideradas significativas na atuação do enfermeiro no domicílio incluem, além da aptidão técnica, a capacidade de liderar, delegar, colaborar, ensinar, documentar e prestar conduta de qualidade (FURÅKER, 2012).

De acordo com Stadjuhar e colaboradores (2011), os enfermeiros são profissionais com grande capacidade para a tomada de decisão e prestação de cuidados avançados no domicílio. Há que se considerar o fato de o cuidado no domicílio exigir a mobilização de competências específicas, principalmente aquelas ligadas ao relacionamento interpessoal para atuar com pacientes, familiares e equipe multiprofissional, de autonomia, responsabilidade e, também, conhecimento técnico e científico (HERMANN et al., 2009; LACERDA, 2010).

Vale notar que o trabalho de enfermeiros na atenção domiciliar perpassa por uma inovação tecnológica, sobretudo no campo das tecnologias leves (ANDRADE et al., 2017; SILVA et al., 2010a). Assim, no domicílio, a solidariedade e a invenção passam a compor a caixa de ferramentas das equipes, configurando-se em um movimento de incorporação de novas tecnologias no fazer em saúde (FEUERWERKER; MERHY, 2008).

Reconhece-se, pois, a exigência de um perfil diferenciado de profissionais para atuar com as modificações que decorrem da recomposição tecnológica da assistência (SILVA; SENA, 2006). Diante disso, salienta-se que a incorporação de modos de operar em saúde também aponta para uma essencial transformação do perfil dos trabalhadores da saúde. Portanto, o processo de formação do enfermeiro, na contemporaneidade, torna-se um desafio pela exigência de formar profissionais com competência técnica e relacional, providos de conhecimento, raciocínio, percepção e sensibilidade para as questões da vida e da sociedade, capacitados para agir diante de contextos de incertezas e complexidade (WINTERS; PRADO; HEIDEMANN, 2016; LIMA et al., 2012).

Cabe ressaltar que a formação profissional do enfermeiro está orientada pelas Diretrizes Curriculares Nacionais de 2001 (DCN/ENF), que se direcionam para a formação de profissionais críticos, reflexivos, inseridos no contexto histórico-social, pautados por princípios éticos e capazes de intervir nos problemas/situações de saúde da população (WINTERS; PRADO; HEIDEMANN, 2016). Ademais, as DCN/ENF preconizam a formação generalista direcionada às novas práticas de

cuidar do enfermeiro (LIMA et al., 2016a). De tal modo, a formação profissional do enfermeiro deve também capacitá-lo para a prática do cuidado domiciliar.

Todavia, estudos indicam a invisibilidade do contexto da AD nos processos formativos do enfermeiro (ANDRADE et al., 2017; HERMANN et al., 2017; CUNHA et al., 2015; SILVA et al., 2014; HERMANN et al., 2014; CATAFESTA et al., 2009). A formação centraliza-se, muitas vezes, no contexto hospitalar, sendo a AD um desafio para o profissional da saúde em virtude de suas particularidades (CUNHA et al., 2014; PAIVA; ROCHA; CARDOSO, 2011; MINCHILLO, 2012). Mesmo quando presente, a formação acadêmica relacionada à AD tende a ser pontual diante da complexidade de atuação no domicílio (CUNHA et al., 2015). Hermann et al. (2017) reforçam o crescente número de pacientes que necessita de cuidados de saúde no domicílio e que, em contraste a este cenário, a formação dos profissionais de saúde não tem conseguido acompanhar com igual velocidade os avanços na área da AD.

Cunha e colaboradoras (2015) reforçam que existe um deficit de conhecimentos e habilidades afetando muitos dos profissionais envolvidos no cuidado domiciliar, tanto no setor público quanto no privado. As autoras destacam a “deficiência na formação acadêmica dos profissionais que atuam na AD” e reforçam que esta modalidade de cuidado se caracteriza por ser uma prática complexa que exige profissionais de saúde preparados para a assistência nas residências das pessoas” (CUNHA et al., 2015, p.7749).

Para o cuidado domiciliar, o enfermeiro necessita de conhecimento científico e tecnológico, bom relacionamento interpessoal, capacidade para unir o saber científico ao popular, bem como o técnico ao sentimental (RODRIGUES et al., 2016; GOMES et al., 2013). Ademais, o profissional precisa estar apto para atuar diante das diferentes situações que surgem no contexto do cuidado domiciliar, necessitando unir os diversos conhecimentos da profissão (RODRIGUES et al., 2016; FAVERO; MAZZA; LACERDA, 2012). Nesse contexto, “é necessário compreender que o cuidado desenvolvido no ambiente domiciliar possui características próprias”, conforme indicações de Favero, Mazza e Lacerda (2012, p. 494):

O profissional, ao adentrar nesse espaço, precisa estar preparado para esta prática, pois o cuidado domiciliar não pode ser visto como extensão do cuidado hospitalar. Ele é único. A enfermeira precisa conhecer a realidade, as relações familiares, as particularidades de cada família e, para isso, deve entender que o domicílio é local de domínio do cliente, seu refúgio, seu

território, um espaço privado. Adentrar neste universo é penetrar na vida da família, desvelar seus segredos, interferir em sua intimidade. É invadir um local considerado sagrado para muitos.

Assim, o contexto domiciliar deve ser entendido por meio de uma perspectiva ampla que vai além do espaço físico, que considera este ambiente como um conjunto de coisas, eventos e seres humanos interligados entre si cujas entidades representam caráter particular, interferente e simultâneo (FAVERO; MAZZA; LACERDA, 2012; LACERDA, 2010; LACERDA, 2000).

Destaca-se que a formação da enfermagem “precisa instrumentalizar o futuro profissional para as particularidades do cuidado domiciliar” (FAVERO; MAZZA; LACERDA, 2012, p. 495). “Fica claro, portanto, que o cuidado domiciliar deve fazer parte da graduação em enfermagem, área que representa um vasto campo de atuação em processo de expansão, mas que exige profissionais capacitados para desempenhá-lo” (HERMANN et al. 2014, p. 8).

Stadjuhar et al. (2011) indicam que enfermeiros aprendem a desenvolver o cuidado domiciliar por meio da educação formal e, também, da prática. Furåker (2012) ressalta que o conhecimento utilizado no cuidado domiciliar advém principalmente da experiência, incluindo a aprendizagem de como agir de acordo com as exigências da situação no domicílio, sendo estas muitas vezes imprevisíveis. Entretanto, Aleixo (2014) ressalta que existem poucos estudos desenvolvidos com o objetivo de identificar as atividades de aprendizagem das enfermeiras nos contextos de trabalho. Lundgren (2011) afirma que enfermeiros vivenciam a aprendizagem contínua no contexto do atendimento domiciliar, entretanto, pondera que pouco se sabe sobre as experiências de aprendizagem dentro desta modalidade de cuidado, sendo relevante o desenvolvimento de estudos nesta área.

Considerando que o conceito de aprendizagem está associado a um processo contínuo, torna-se significativo salientar que, dentre as diferentes concepções teóricas de aprendizagem, este estudo se alicerça na reflexividade, sendo adotados os pressupostos de Donald Schön, apoiados no pensamento de Dewey, acerca da reflexão. Destaca-se o conceito de aprendizagem como uma contínua reorganização e reconstrução da experiência, que ocorre todo o tempo e em todas as situações nas quais as pessoas agem e interagem, refletem e pensam (DEWEY, 2000). Ressalta-se, ainda, que a experiência não é o que acontece externamente, mas o

que acontece a cada pessoa. A experiência é singular e de alguma forma impossível de ser reproduzida (BONDÍA, 2011).

Schön (2000) descreve a prática profissional reflexiva como uma atividade em que o indivíduo reflete na ação e sobre a ação visando aprimorar continuamente o seu desempenho por meio de experiências. Nessa concepção, o profissional vivencia as próprias ações e as avalia em uma relação dialética na qual ele tenta perceber e compreender sua própria maneira de pensar e de agir, buscando avanços e conquistas em seu trabalho.

A partir de uma prática crítica e reflexiva, a atuação da enfermeira na AD requer “bases teóricas prévias e constante busca de aperfeiçoamento” e “consequentemente desenvolve outras competências a partir de sua prática” (CATAFESTA, 2008, p. 107). As competências da enfermeira começam a ser desenvolvidas ainda na formação e continuam em constante desenvolvimento na sua prática diária do cuidado domiciliar por meio de uma prática reflexiva. Assim, “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” (CATAFESTA, 2008, p. 79). Pelo exposto, considerando a insuficiência da formação acadêmica para a AD, ressalta-se que “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 consequentemente interfere no cuidado e organização do serviço” (CATAFESTA, 2008, p. 78).

Nesse contexto, o problema de pesquisa ora apresentado alude que, para a atuação do enfermeiro no domicílio, são necessárias competências profissionais que vão além do conhecimento técnico-científico, requerendo habilidades nem sempre priorizadas na graduação, tais como criatividade, capacidade de relacionamento interpessoal e de comunicação, inovação, capacidade de articulação com familiares, com profissionais de outras categorias e de outros serviços, assim como de outros setores. Assim, revelam-se distanciamentos entre a formação acadêmica de enfermeiros e os processos necessários para a atuação na AD. Em consequência, visualiza-se que a invisibilidade da AD na formação de enfermeiros lança a necessidade de aprendizagem em seu contexto de prática, gerando implicações em sua práxis.

Segundo Sánches Vázquez (2011), a práxis é a ação humana que é modificada por interferência da consciência, é a ação do homem sobre a matéria e a

criação, por meio dela, de uma nova realidade. Nesse sentido, a práxis é uma junção entre teoria e prática que se revela mediante a compreensão da realidade sustentada na reflexão teórica. Tal junção acontece de uma forma dialógica, uma vez que a atividade prática se sujeita à teorização e, ao mesmo tempo, a teoria se modifica de acordo com a exigência do real (SÁNCHEZ VÁZQUEZ, 2011).

A práxis, de acordo com Sánches Vázquez (2011), possui diferentes níveis dependendo do grau de criação ou humanização da matéria transformada que se apresenta no produto de sua atividade prática e no grau de penetração da consciência do sujeito ativo no processo prático. Assim, afirma-se que existem, em um primeiro nível, a práxis criadora e a reiterativa/imitativa e, no segundo nível, a práxis reflexiva e a espontânea.

A práxis criadora, também denominada de inovadora, conceitua-se como um ato que institui algo novo por meio da interferência da consciência e da prática humana. Esse nível de práxis requer reflexão e criação. O conceito de práxis reiterativa ou imitativa refere-se ao caráter de repetição de uma ação previamente criada, sendo que, nesse nível, estão incluídas ações mecânicas que não produzem mudanças qualitativas na realidade, ou seja, não transformam criativamente.

A práxis espontânea implica o grau de consciência necessário à execução de qualquer tarefa. De sua prática o sujeito não extrai os elementos que possam propiciar uma reflexão sobre a mesma. Por outro lado, a práxis reflexiva possui um elevado grau de consciência envolvido na atividade prática. Nesta, afirma-se a existência da consciência da práxis, ou seja, da autoconsciência prática. A práxis espontânea não é criadora, ao passo que a práxis reflexiva, por implicar uma reflexão sobre a práxis, contém em si as possibilidades de criação (SÁNCHEZ VÁZQUEZ, 2011).

Mediante o exposto, questiona-se: como ocorre o processo de aprendizagem na atuação do enfermeiro no domicílio? Adota-se, neste estudo, o pressuposto de que, na prática do enfermeiro no domicílio, há a mobilização de habilidades e conhecimentos para a atuação sobre o imprevisível. Assim, enfermeiros, no seu cotidiano de trabalho, expressam a reprodução do modelo de cuidado hospitalar, centrado nos profissionais e nos procedimentos que configuram uma práxis reiterativa e, outras vezes, uma práxis espontânea como reflexo da formação acadêmica. Ademais, a complexidade e a dinamicidade da AD também mobilizam nos enfermeiros a (re)invenção de novas maneiras de produção do cuidado com a

construção de uma práxis criadora e reflexiva por meio da aprendizagem reflexiva. Assim, o enfermeiro no cotidiano do trabalho no domicílio convive com o estabelecimento de uma práxis espontânea e reiterativa e uma práxis reflexiva e criadora, sendo essa relação permeada por relações de disputas, contradições e predomínio de uma sobre a outra em diferentes situações.

O conceito de aprendizagem reflexiva trata da possibilidade do sujeito refletir sobre a sua própria ação, independente do tempo e do espaço em que ocorra. A expectativa é de que a reflexão potencializa o desenvolvimento do pensamento e da ação. O profissional reflete sobre o quê e como está aprendendo, em um processo de auto-organização do próprio saber. É também capaz de distanciar-se da ação, observá-la e delimitá-la metodologicamente, comparando o que sabe com outros saberes possíveis.

Nessa perspectiva, defende-se a tese de que a prática de enfermeiros em atenção domiciliar se estabelece na combinação de uma práxis reiterativa, espontânea, reflexiva e criadora pela ação e reflexão advindas dos saberes acumulados durante a formação acadêmica ressignificados perante a realidade vivida no cotidiano do domicílio em um processo de aprendizagem reflexiva.

Objetivou-se, portanto, analisar o processo de aprendizagem e a práxis do enfermeiro na atenção domiciliar.

O Relatório da Tese está organizado em seis capítulos: o primeiro se refere a essa introdução, em que se apresenta a problematização em torno do objeto de pesquisa, com o apontamento dos principais conceitos que orientaram a construção do estudo. O segundo capítulo abrange o referencial teórico do estudo construído a partir das categorias teóricas Aprendizagem reflexiva segundo Donald Schön e Práxis na perspectiva de Sánchez Vázquez. Na sequência, no terceiro capítulo, encontra-se a revisão de literatura a respeito dos conceitos e definições sobre atenção domiciliar e, também, da atuação do enfermeiro nesta modalidade de atenção à saúde. No quarto capítulo estão descritas as escolhas metodológicas e, em especial, os processos de produção e análise de dados envolvidos nesta pesquisa. No capítulo cinco, apresentam-se os resultados e discussão do estudo que revelaram a aprendizagem reflexiva das enfermeiras na atenção domiciliar em três categorias empíricas, a saber: Prática da enfermeira no domicílio: fazeres e saberes mobilizados pela reflexividade; Aprendizagem reflexiva: situações, fontes e mediadores; e Práxis no trabalho da enfermeira no domicílio. Essas categorias são

analisadas, neste capítulo, e apresentadas contemplando os trechos dos discursos das enfermeiras, participantes da pesquisa. Por fim, no sexto capítulo, é construída uma síntese dos resultados encontrados que permitiram a verificação da Tese inicialmente construída.



Referencial teórica



2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 Prática reflexiva, segundo Donald Schön

O distanciamento entre a teoria e a prática na formação em saúde, e em especial, em enfermagem, é algo que se destaca na contemporaneidade.

O princípio da prática reflexiva, desenvolvido por Donald Schön (2000), trata da necessidade de profissionais refletirem sobre a sua própria prática na expectativa de que a reflexão seja um instrumento de desenvolvimento do pensamento e da ação.

Donald Schön foi professor no Instituto de Tecnologia de Massachusets. Formou-se em Filosofia em 1951, na Universidade de Yale, e foi mestre e Ph.D. em Filosofia pela Universidade de Harvard. Em sua atuação como pesquisador e consultor, Schön concentrou-se no aprendizado organizacional e na eficácia profissional (SCHÖN, 2000).

Schön propõe a reflexão-na-ação, definindo-a como o processo mediante o qual os profissionais aprendem a partir da análise e interpretação da sua própria atividade. Esse autor descreve a prática profissional reflexiva como uma atividade em que o indivíduo reflete na ação e sobre a ação, visando aprimorar continuamente o seu desempenho. Nessa concepção, o profissional vivencia as próprias ações e as avalia numa relação dialética, em que ele tenta perceber e compreender sua própria maneira de pensar e de agir, buscando avanços e conquistas em seu trabalho.

A reflexão-na-ação tem uma função crítica, questionando a estrutura de pressupostos do ato de conhecer-na-ação. As pessoas pensam criticamente sobre o pensamento que as levou a uma situação difícil ou uma oportunidade e podem, nesse processo, reestruturar as estratégias de ação, as compreensões dos fenômenos ou as formas de conceber os problemas (SCHÖN, 2000).

Dessa forma, a reflexão-na-ação é acompanhada de um conhecer-na-ação, isto é, de conhecimentos, valores, percepções, conceitos e pressupostos já aprendidos e que acompanham o profissional no seu dia a dia. Esse conhecer é implícito, chamado por Schön de “tácito”, ou seja, nem sempre pode ser descrito verbalmente para que seja compreendido (SCHÖN, 2000, p. 31). De tal modo, ele é obtido no fazer e nas relações com outras pessoas.

A reflexão-na-ação utiliza-se do conhecer-na-ação durante a prática profissional, pois é na atividade que surgem situações-problema a serem resolvidas de maneira espontânea e imediata. Existe, então, um período de reflexão que buscará o conhecimento necessário aplicável àquele problema, na intenção de consertar falhas e redirecionar a ação. Pode ocorrer também uma recombinação criativa de conceitos e ideias que levam à solução desejada. Dessa forma, a pessoa reflete na ação e durante esta, construindo conhecimento (SCHÖN, 2000).

O processo de reflexão-na-ação descrito até aqui é parte de um processo maior, chamado por Schön (2000) de reflexão sobre a reflexão-na-ação, que ocorre após a ação. Isso significa que, além de refletir durante a prática, é possível refletir sobre o próprio processo de reflexão-na-ação. Nesse momento, são interrogados não apenas o conhecimento empregado para a solução de situações-problema, mas a estrutura de pensamento que levou àquela solução. Questionam-se os caminhos escolhidos e o próprio ato espontâneo de construir e reelaborar o conhecimento, as percepções imediatas, as justificativas utilizadas para esta ou aquela decisão, ou seja, questiona-se de maneira rigorosa e crítica os pensamentos que afetaram a ação (SCHÖN, 2000).

Dessa forma, ancorado nas ideias de Donald Schön (2000), o profissional reflexivo é aquele que possui profundos conhecimentos teóricos os quais o ajudam a descrever, em algumas situações, o saber tácito, assim como as regras, valores, teorias, estratégias que conceberam a ação. Esse profissional é automotivado para continuar aprendendo, aperfeiçoando-se constantemente, ou seja, sua postura é de aprendizagem diária, pois observa e avalia as situações-problema, numa constante atitude para a melhoria da atuação.

Mediante o exposto, os pressupostos propagados por Donald Schön centram-se sua concepção de desenvolvimento de uma prática reflexiva, para a formação de um profissional reflexivo, em três ideias centrais: o “conhecimento-na-ação”, a “reflexão-na-ação” e a “reflexão sobre a reflexão-na-ação”. Assim, o princípio da aprendizagem reflexiva, desenvolvido por Donald Schön (2000), trata da necessidade de profissionais refletirem sobre a sua própria prática na expectativa de que a reflexão seja um instrumento de desenvolvimento do pensamento e da ação.

2.2 Aproximação ao referencial de Práxis segundo Adolfo Sánchez Vázquez

O termo “práxis” possui diferentes concepções teóricas e tem sido empregado como sinônimo da palavra “prática”. Entretanto, pelos pressupostos teóricos de Adolfo Sánchez Vázquez, identifica-se que “práxis” e “prática” são conceitos diferentes.

Adolfo Sánchez Vázquez foi um importante filósofo marxista que criticou os dogmatismos que tolhem o pensamento transformador. Estudou Filosofia na Universidade Autônoma do México, ao exilar-se no México em 1939. Foi professor emérito da Faculdade de Filosofia e Letras da Universidade Autônoma do México.

Em seu livro, “Filosofia da práxis”, Sánchez Vázquez conceitua a práxis como uma atividade consciente objetiva, sem que seja concebida com o sentido exclusivamente utilitário ao próprio agente. Em diversos momentos, o autor reforça o conceito de práxis, sendo citado a seguir. Para o autor (2011, p.32), o verdadeiro sentido da práxis se revela quando a mesma se apresenta como uma “atividade real, objetiva, material do homem, que só é homem como ser social prático”. A práxis é “atividade prática material, adequada a fins, que transforma o mundo — natural e humano” (p. 235). Ou seja, “a práxis se apresenta como uma atividade material, transformadora e adequada a fins” (p. 239), sendo uma “atividade teórico-prática” (p.264). Essa atividade real e objetiva é, simultaneamente, ideal, subjetiva e consciente. Destarte, existe uma unidade entre teoria e prática, existindo, porém, alguma distinção e relativa autonomia.

A esse respeito, cabe ressaltar que, segundo Sánchez Vázques (2011, p.221), “toda práxis é atividade, mas nem toda atividade é práxis”. Por atividade, entende-se que existe uma ação do homem sobre determinada matéria que transforma uma realidade, sendo o resultado da atividade um produto. Mais além, uma atividade propriamente humana se inicia com um resultado ideal, ou um fim, e termina com um resultado efetivo, real. Nesse sentido, em uma atividade humana existe a intervenção da consciência, que produz o resultado da ação duas vezes, como resultado ideal e resultado real.

Pelo estabelecimento desse fim, alude-se que “o homem nega uma realidade efetiva e afirma outra que ainda não existe”. Assim, o “fim prefigura idealmente o que ainda não se conseguiu alcançar” (p. 224). No estabelecimento dos resultados ideal e real, dois tipos de atividades são preponderantes: a cognoscitiva e teleológica. A

atividade cognoscitiva se refere a uma realidade presente que pretende conhecer e a atividade teleológica refere-se a uma realidade futura e, portanto, inexistente ainda. A elaboração de fins e a produção de conhecimento se constituem uma “íntima unidade”. Isso se deve ao fato de que “não se conhece por conhecer, mas, sim, a serviço de um fim”; por sua vez, “os fins que a consciência produz” gera uma exigência de realização. Do mesmo modo, todo resultado-fim pressupõe determinado conhecimento da realidade que é negada idealmente.

Dessa forma, a atividade da consciência, presente na atividade humana, apresenta-se como elaboração de fins (atividade teleológica) e produção de conhecimento (atividade cognoscitiva). E essas atividades “se encontram em uma unidade indissolúvel” (p. 226). Sánchez Vázquez (2011, p. 225) ressalta que o homem não só “antecipa o futuro com sua atividade teleológica; ao conhecer uma realidade presente, com base em seu conhecimento, pode prever uma fase de desenvolvimento que ainda não ocorre. Tal é a legítima função da previsão científica”. Com a previsão respaldada pelo conhecimento científico, antecipa-se idealmente o que ainda não existe realmente.

Ressalta-se, porém, que a atividade da consciência, por sua vez, tem um caráter teórico, tanto da produção de fins como da produção de conhecimento, pois não gera, por si só, uma transformação da realidade; sendo assim, não se configura como práxis (atividade objetiva, real).

Se não existir a atividade prática, a relação de finalidade da ação consciente não se efetiva, não se materializa. Portanto, a atividade teórica não é considerada por Sánchez Vázquez como uma práxis. Nesse sentido, a teoria é necessária, mas é insuficiente, pois ela transforma idealmente e não realmente. Entretanto, o autor pondera que não existe práxis como atividade exclusivamente material, isto é, sem a produção de fins e conhecimentos que caracteriza a atividade teórica.

A contraposição entre teoria e prática existe em decorrência de a primeira não se materializar, não se efetivar transformando uma realidade. Para que uma mudança real se realize, “é preciso atuar praticamente, ou seja, não se trata de pensar um fato e, sim, revolucioná-lo”. Assim, “os produtos da consciência têm de se materializar para que a transformação ideal penetre no próprio fato” (p. 241). Nesse contexto, existe uma oposição entre a teoria e a prática, oposição esta que é considerada relativa quando as relações têm uma base verdadeira, de mutualidade.

Por esse motivo, Sánchez Vázquez reformula essa relação quando diz se tratar mais de uma diferença do que de uma oposição.

A comparação entre teoria e prática se dá em duas vertentes: a do praticismo e a do pragmatismo. A primeira se manifesta por uma redução do prático ao utilitário. Assim, pela consciência comum, o prático, em um sentido exclusivamente utilitário, contrapõe-se a teoria. Nesse sentido, a teoria se torna desnecessária ou perigosa para a própria prática. Nesse campo, o ponto de vista do “senso comum” prepondera sobre as formulações teóricas e, assim, valoriza uma prática vazia de “ingredientes teóricos”. “A prática se basta em si mesma, e o ‘senso comum’ situa-se passivamente em uma atitude acrítica em relação a ela. O ‘senso comum’ é o sentido da prática” (p. 242). Nessa continuidade, o ponto de vista do “senso comum” configura-se em praticismo, ou seja, prática sem teoria. O pragmatismo, por sua vez, revela-se pela dissolução do teórico (verdadeiro) no útil e redução do prático ao utilitário. Nessa lógica, a verdade fica subordinada aos interesses de cada um dos homens, se manifestando ao que for melhor, mais vantajoso ou mais útil acreditar. Desse modo, a ação do homem se revela como subjetiva, individual, e não como atividade material, objetiva e transformadora.

Para além das diferenças, cabe ressaltar que “a práxis pode enriquecer a teoria” e, sobretudo, que existe uma “unidade entre teoria e prática e, nesse marco, da autonomia e dependência de uma com relação à outra” (p. 245). A práxis, nesse contexto, é uma atividade teórico-prática, em que sem uma ou outra não existe a práxis.

A atividade teórica existe pela prática e em relação a esta, já que na mesma encontra seu fundamento, seus fins e critério de verdade. Como fundamento da teoria, a prática determina o horizonte de desenvolvimento e progresso do conhecimento. A esse respeito, o progresso do conhecimento teórico surge vinculado às necessidades práticas dos homens. Pela prática e na prática, é possível reconhecer exigências que contribuem para ampliar tanto a perspectiva dos problemas como das soluções, e, assim, o conhecimento científico avança.

A prática como fim que determina a teoria se apresenta como relação entre uma “teoria já elaborada e uma prática que ainda não existe” (p. 258). Nesse contexto, “o homem pode sentir a necessidade de novas atividades práticas transformadoras para as quais carece ainda do necessário instrumental teórico” (p. 258). Dessa forma, existe um ciclo em que “a atividade prática que hoje é fonte da

teoria, exige, por sua vez, uma prática que não existe ainda e, dessa maneira, a teoria (projeto de uma prática ainda inexistente) determina a prática real e efetiva”. Em contrapartida, “a teoria que ainda não tem essa relação com a prática, porque de certo modo se adianta a ela, pode ganhar essa vinculação posteriormente” (p. 259). A esse respeito, a prática, concebida como uma práxis humana total, tem a primazia sobre a teoria e também uma íntima vinculação a ela. Entretanto, deve-se considerar que “a prática não fala por si mesma e exige, por sua vez, uma relação teórica com ela: a compreensão da práxis” (p. 261). Em tal sentido, a prática tem papel determinante como fundamento, critério de verdade e fim da teoria.

Nesse contexto, a primazia da prática em relação à teoria se mantém. E, diante disso, a teoria tem uma autonomia relativa em relação as necessidade práticas. A unidade entre teoria e prática implica, de modo simultâneo, uma oposição e autonomies relativas, sendo o lugar dessa unidade a própria prática. Cabe ressaltar que essa unidade entre teoria e prática pressupõe sua mútua dependência.

Assim, a prática também depende da teoria, não existindo sem o que Sánchez Vázquez chama de um mínimo de ingredientes teóricos: um conhecimento da realidade que é objeto da transformação, um conhecimento dos meios e de sua utilização (técnica exigida em cada prática), um conhecimento da prática acumulada, na forma de teoria que sintetiza ou generaliza a atividade prática, uma atividade finalista, ou antecipação dos resultados prévios, ideais, com a particularidade de que esses fins, para que possam cumprir sua função prática, têm de responder a necessidades e condições reais.

A práxis possui diferentes níveis, tendo como critérios niveladores “o grau de criação ou humanização da matéria transformada destacado no produto de sua atividade prática” e “o grau de penetração da consciência do sujeito ativo no processo prático” (SÁNCHEZ VÁZQUEZ, 2011, p. 267). Assim, existe por um lado a práxis criadora e a reiterativa e, por outro, a práxis reflexiva e a espontânea.

Na práxis criadora ou inovadora, a “criação não se adapta plenamente a uma lei previamente traçada, e desemboca em um produto novo e único” (p. 266). Essa práxis é determinante, pois é ela que permite ao homem enfrentar novas necessidades e novas situações. “O homem é o ser que tem de estar inventando ou criando constantemente novas soluções. Uma vez encontrada uma solução, não lhe basta repetir ou imitar o resolvido” e isso acontece pelas novas necessidades criadas por ele mesmo de acordo com as novas situações com as quais se depara

ou acontecem pelas novas exigências que a vida gera. Mas o homem não cria constantemente; ele só cria para adaptar-se a novas situações ou satisfazer novas necessidades. E quando essa exigência não se estabelece, o homem repete o que foi criado anteriormente, configurando a chamada “práxis reiterativa ou imitativa”.

Sánchez Vázquez (2011, p.269) enfatiza que “a atividade prática fundamental do homem tem um caráter criador”, mas junto a ela tem-se também a repetição. Assim, a “práxis é, por isso, essencialmente criadora. Entre uma e outra criação, como trégua em seu debate ativo com o mundo, o homem reitera uma práxis já estabelecida”. Para o autor, a fim de situar uma atividade prática determinada em um nível ou outro, é preciso considerar a relação entre a atividade da consciência e sua realização, característica do processo prático. “No processo verdadeiramente criador, a unidade de ambos os lados do processo — o subjetivo e objetivo, o interior e o exterior — se dá de um modo indissolúvel”. Na práxis criadora, existem três características distintivas, sendo: unidade indissolúvel, no processo prático, do subjetivo e do objetivo; imprevisibilidade do processo e do resultado; unidade e irrepetibilidade do produto.

Em relação à práxis reiterativa ou imitativa, esta age em conformidade com a lei previamente traçada, e cuja expressão se reproduz em vários produtos que mostram características idênticas. Essa práxis encontra-se em um nível inferior em relação à práxis criadora e não possui os três marcadores que caracterizam uma criação. Na práxis reiterativa, a margem do imprevisível estreita-se, pois seu modo de transformar já é conhecido, porque já foi criado antes. O resultado real corresponde igualmente ao idealizado no processo prático, e, assim, o resultado não tem incertezas. Nesse caso, o fazer é repetir ou imitar outro fazer. Essa práxis não produz mudanças qualitativas da realidade, mas possui um lado positivo: ampliar, aumentar quantitativamente o já criado.

De acordo com o grau de penetração da consciência do sujeito ativo no processo prático, a práxis ainda pode ser distinguida em espontânea e reflexiva. Ressalta-se que o autor não institui uma relação linear entre “práxis reflexiva e práxis criadora” e, em oposição, “práxis espontânea e práxis reiterativa”. Contrariamente, nega essa linearidade, ao afirmar a possibilidade de vínculos mútuos entre uma e outra práxis. A consciência prática é aquela que se ativa durante todo o processo prático, do início ao longo da realização de seus fins, agindo no seu transcurso, para converter o resultado ideal em real. Essa consciência que se eleva na práxis

criadora e que se debilita quando a atividade material assume um caráter mecânico, abstrato e indeterminado. Contudo, a consciência prática não se projeta apenas, mas se reconhece enquanto consciência, ou seja, essa consciência se volta a si mesma, sendo esta denominada como “consciência da práxis”. Ou seja, a consciência da práxis se manifesta quando existe uma autoconsciência prática.

O autor diferencia a consciência prática da consciência da práxis, mas reforça que ambas mostram a consciência em sua relação com o processo prático. Entretanto, enquanto a consciência prática é a consciência que impregna tal processo, que o rege ou se materializa ao longo dele, a consciência da práxis qualifica a consciência que se sabe a si mesma, na medida em que é consciente desta impregnação. Dessa forma, “toda consciência prática sempre implica certa consciência da práxis, mas as duas não estão num mesmo plano ou nível” (p. 295).

A práxis espontânea e a práxis reflexiva são distinguidas de acordo com o grau de manifestação da autoconsciência prática, ou seja, da consciência da práxis. A consciência prática está presente nos dois casos. Para qualificar de espontânea ou reflexiva a práxis, leva-se em conta “o grau de consciência elevada em um caso, baixa ou quase nula em outro”. Assim, pode-se dizer que a práxis espontânea implica o grau de consciência necessário à execução de qualquer tarefa (consciência prática). De sua prática, o sujeito não extrai os elementos que possam propiciar uma reflexão sobre a mesma. Por outro lado, a práxis reflexiva implica uma reflexão sobre a práxis (consciência da práxis).

Assim, é ressaltada a viável existência da consciência reflexiva em atividades mecânicas. Por exemplo, um trabalhador que executa uma atividade mecânica, fragmentada, possui como característica a repetição e, então, uma práxis reiterativa. Entretanto, esse trabalhador é capaz de ter um alto grau de consciência sobre a dinâmica de seu trabalho e condições nas quais ocorre. À vista disso, nota-se uma elevada “consciência reflexiva”, isto é, uma elevada “consciência da práxis”. Nesse caso, existe uma práxis reiterativa e uma reflexiva. Por outro lado, pode-se dizer que a existência de uma consciência da práxis, ou seja, de uma práxis reflexiva, amplia a possibilidade de transformação, isto é, de uma práxis criadora.



Revisão de literatura



3 REVISÃO DE LITERATURA

3.1 Conceitos e definições sobre atenção domiciliar

Os serviços de AD ressurgiram na década de 1960 e têm se expandido no país com maior força a partir da década de 1990, incorporados à oferta das práticas institucionalizadas no Sistema Único de Saúde (SUS) (SILVA et al., 2010a).

A expansão da AD à saúde decorre das consequências da transição demográfica e epidemiológica que iniciaram no século XX e são caracterizadas por mudanças tanto na estrutura populacional quanto no padrão de morbimortalidade brasileiro, respectivamente (BARRETO; CARMO, 2007).

A transição demográfica caracteriza-se por queda na taxa de natalidade que implica uma redução do crescimento populacional, associado ao aumento da expectativa de vida ao nascer, refletindo em um processo de envelhecimento da população com aumento da população de idosos. A transição epidemiológica caracteriza-se, entre outros fatores, pela redução de óbitos decorrentes de doenças infecto-parasitárias com aumento de óbitos relacionados a doenças crônico-degenerativas e também a causas externas (acidentes e violência). Salienta-se o surgimento da violência no cenário brasileiro como uma doença da modernidade, gerando impactos em sua estrutura decorrentes do alto índice de morte e incapacidade que proporciona (BARRETO; CARMO, 2007).

A AD surge, assim, mediante a necessidade de novas estratégias de saúde em busca de superação de um panorama no qual predomina o aumento da população idosa e das doenças crônico-degenerativas, assim como de sequelas por condições violentas de vida, o que acarreta uma maior demanda de serviços de saúde (TURCI, 2008). Acrescentam-se, como demanda, os crescentes custos com os cuidados em regime de internação hospitalar, busca por humanização da assistência à saúde e por redução de complicações decorrentes da hospitalização (TURCI, 2008). A opção do domicílio como lócus de atenção buscou racionalizar a utilização dos leitos hospitalares, reduzir os custos da assistência e estabelecer uma lógica de cuidado embasada na humanização, em uma tentativa de superar a crise do modelo de atenção hospitalar (SILVA et al., 2005; FEUERWERKER, MERHY, 2008).

A relevância dessa modalidade de atenção consiste em seu potencial em contribuir para a diminuição da sobrecarga do sistema de saúde, proporcionando, portanto, uma maior eficiência e eficácia do atendimento à saúde no Brasil (MARTINS; LACERDA, 2008).

Segundo Lacerda, Oliniski e Giacomozzi (2004), a AD é uma prática antiga, substituída pelo modelo hospitalocêntrico, mas que (res)surge como uma forma de personalização e humanização da prática assistencial à saúde.

A AD, assim, consiste em uma modalidade de atenção à saúde que pressupõe um cuidado centrado no usuário e nas suas necessidades. A AD é uma alternativa à intervenção hospitalar, de forma a reduzir a demanda ou período de internação no hospital, reduzir complicações decorrentes de longas internações hospitalares e diminuir os custos das tecnologias dos doentes hospitalizados (BRASIL, 2016; PAIVA; ROCHA; CARDOSO, 2011). Tal perspectiva representa esforços de mudança na organização dos serviços de saúde, os quais buscam superar o modelo assistencial centrado em cuidados hospitalares, embora se reconheça que os mesmos são imprescindíveis em situações específicas (ALVES et al., 2007).

Torna-se significativo ressaltar a existência de diferentes conceituações entre atenção, assistência, atendimento e internação domiciliar, muitas vezes usadas como sinônimos. Neste estudo, adota-se o conceito descrito por Lacerda e colaboradores (2006) segundo o qual a AD à saúde constitui-se em uma modalidade de maior amplitude, sendo um termo mais genérico, englobando e também representando o atendimento domiciliar, a visita e a internação domiciliares. Todos estes possibilitam a realização e a implementação da AD, de modo que todas as ações possam vir a influenciar o processo de saúde–doença das pessoas.

A AD surge, portanto, entre a rede hospitalar e a rede primária, integrando duas modalidades específicas: a assistência domiciliar e a internação domiciliar (BRASIL, 2004). Não obstante, a AD possui um conceito amplo “que contempla todas as atividades dos serviços de saúde que têm como lócus o domicílio, independentemente do nível de complexidade dessa atuação” (TURCI, 2008, p. 225).

É reconhecido que a AD propicia um cuidado inovador e singular em saúde, configurando-se como substitutivo, pois opera seguindo a lógica de desinstitucionalização (FEUERWERKER, MERHY, 2008). A particularidade do

trabalho nessa modalidade de assistência está associada ao uso de diferentes saberes além do científico, proporcionando uma relação mais próxima com usuários e famílias assistidos no seu cotidiano de vida. Assim, os profissionais podem “defrontar-se com universos culturais e sociais complexos e polêmicos”. E é nessa particularidade da AD que surge a possibilidade de “interação, superação de preconceitos, invenção de soluções e resgate de redes de solidariedade” (FEUERWERKER, MERHY, 2008, p. 183). Nessa perspectiva, acredita-se que o cuidado no âmbito da AD possua singularidades que a diferenciam de outros tipos de assistência, tornando-a especialmente importante para a configuração da Rede de Atenção à Saúde (RAS).

Os diferentes serviços de saúde necessitam de legislações específicas definindo seus conceitos, finalidades, atribuições e fluxos. Nesse sentido, alguns estudos sobre AD mostram a regulamentação deficitária de funcionamento predominante até meados de 2011, necessitando, dessa forma, de políticas públicas que favorecessem a incorporação de tais serviços no SUS (SILVA et al., 2010a; MARTINS; LACERDA, 2008). Nesse contexto, entre as legislações nacionais da AD, destacam-se as seguintes (QUADRO 1):

Quadro 1 - Legislação Brasileira sobre Serviços de Atenção Domiciliar

LEGISLAÇÃO	DATA	DEFINIÇÃO
Portaria 2416	23 de março de 1998	Estabelece requisitos para credenciamento de hospitais e critérios para a realização de Internação Domiciliar no SUS (BRASIL, 1998).
Portaria 1531	04 de setembro de 2001	Institui a Portaria GM/MS nº 1.531 para propiciar aos pacientes portadores de distrofia muscular progressiva o uso de ventilação mecânica não invasiva em domicílio, sob os cuidados de equipes específicas para tal, financiadas pelo SUS (BRASIL, 2001)
Lei 10424	15 de abril de 2002	Regulamenta a assistência domiciliar no SUS por meio de acréscimo de capítulo e artigos à Lei 8080 de 1990 (BRASIL, 2002a).
Portaria 249	16 de abril de 2002	Estabelece a assistência domiciliar como modalidade assistencial a ser desenvolvida pelo Centro de Referência em Assistência à Saúde do Idoso pela Portaria SAS/MS nº 249, 2002, em 16 de abril (BRASIL, 2002b).
RDC n. 11	26 de janeiro de 2006	Apresenta o regulamento técnico de funcionamento de serviços que prestam atenção domiciliar (BRASIL, 2006a).
Portaria 2529	19 de outubro de 2006	Estabelece a internação domiciliar no Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2006b).
Portaria 2029	24 de agosto de 2011	Institui a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (Revoga a Portaria 2529 de 2006) (BRASIL, 2011a).
Portaria 2527	27 de outubro de 2011	Redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 2011b).
Portaria 2959	14 de dezembro de 2011	Habilita estabelecimentos de Saúde contemplados com Serviço de Atenção Domiciliar (SAD) (BRASIL, 2011c).
Portaria 1533	16 de julho de 2012	Altera e acresce dispositivos à portaria 2527 de 27 de outubro de 2011, que Redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2012a).
Portaria 963 (Revogada pela Portaria 825)	27 de maio de 2013	Redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2013a).
Portaria 1505 (Revogada pela Portaria 825)	24 de julho de 2013	Fixa o valor do incentivo de custeio referente à implantação dos Serviços de Atenção Domiciliar (SAD) (BRASIL, 2013b).
Portaria 617	23 de abril de 2014	Estabelece recursos a serem disponibilizados aos Municípios com Serviço de Atenção Domiciliar implantado (BRASIL, 2014a).
Portaria 825	25 de abril de 2016	Redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e atualiza as equipes habilitadas (BRASIL, 2016).

Fonte: Elaborado para fins deste estudo.

Essas regulamentações favorecem a organização tanto do setor público como do privado, pois, inicialmente, não havia suporte, um padrão de licenciamento que orientasse o crescimento dessa modalidade, a assistência prestada ao usuário e consequentemente à família. Os serviços ofertados nos domicílios devem orientar-se

nas portarias para caracterizar as práticas de cuidado, de acordo com a complexidade do usuário (PIRES et al., 2013).

Observa-se uma lacuna, entre os anos de 2006 e 2011, no que concerne às legislações específicas para a AD no âmbito do SUS. Destaca-se, pois, a criação do Programa denominado “Melhor em Casa – A Segurança do Hospital no Conforto do seu Lar”, de iniciativa do Governo Federal Brasileiro. Tal iniciativa representa uma tentativa de ampliação das equipes de AD no Brasil e visa propiciar o cuidado no domicílio e articular os diferentes pontos da rede de atenção à saúde de modo a expandir a resolutividade e a integralidade do cuidado. Sobre tal aspecto, ressalta-se a publicação da Portaria N° 825, de 25 de abril de 2016, que redefine a AD no âmbito do Sistema Único de Saúde, reforçando a necessidade e a relevância de estudos voltados para a área de AD (BRASIL, 2016).

A Portaria 2.527/2011 substituiu a Portaria 2.029/2011, de maneira a melhor atender aos anseios da população e do sistema. Essa revogação inclui novamente a ampliação do recorte populacional dos municípios com menor porte populacional, para que também pudessem ter implantados em seu território os serviços de atenção domiciliar. Também estabeleceu normas de cadastro dos Serviços de Atenção Domiciliar (SAD) para as pessoas que clinicamente possam ser mantidas em casa e atendidas por equipe exclusiva a esse fim. Em 2013, por meio da Portaria 963, ocorre uma redefinição da AD no âmbito do SUS, estabelecendo a universalização, ou seja, uma possibilidade de todos os municípios aderirem ao Melhor em Casa. Apesar dos avanços da normativa em 2013, foi lançada a Portaria nº 825, de 27 de abril de 2016, que vem reforçar a Portaria nº 963, de maio de 2013, ao destacar a atualização das equipes cadastradas no Programa Melhor em Casa, para o cuidado a pacientes ventilados e a autorização da ventilação mecânica no domicílio desde que as equipes estejam habilitadas para tal (BRASIL, 2016).

A AD está organizada em três modalidades (AD1; AD2; AD3), definidas a partir da caracterização do paciente e do tipo de atenção e procedimentos utilizados para realizar o cuidado dos mesmos. O cuidado domiciliar é desenvolvido por profissionais que compõem as Equipes Multiprofissionais de Atenção Domiciliar (EMAD) e Equipes Multiprofissionais de Apoio (EMAP).

A AD1 é destinada ao usuário que requeira cuidados com menor frequência e com menor necessidade de intervenções multiprofissionais, uma vez que se pressupõe estabilidade e cuidados satisfatórios pelos cuidadores. Esses pacientes

são de responsabilidade das equipes de Atenção Básica, as quais recebem a contribuição dos Núcleos de Apoio a Saúde da Família (quando existentes) e ambulatórios de especialidades e de reabilitação (BRASIL, 2016).

Considera-se elegível na modalidade AD2 o usuário que, tendo indicação de AD e com o fim de abreviar ou evitar hospitalização, apresente afecções agudas ou crônicas agudizadas, com necessidade de cuidados intensificados e sequenciais, como tratamentos parenterais ou reabilitação; afecções crônico-degenerativas, considerando o grau de comprometimento causado pela doença, que demande atendimento no mínimo semanal; necessidade de cuidados paliativos com acompanhamento clínico no mínimo semanal, com o fim de controlar a dor e o sofrimento do usuário; ou prematuridade e baixo peso em bebês com necessidade de ganho ponderal (BRASIL, 2016).

A AD3 é ofertada para usuário com qualquer das situações listadas na modalidade AD2, quando necessitar de cuidado multiprofissional mais frequente, uso de equipamento(s) ou agregação de procedimento(s) de maior complexidade (p.ex., ventilação mecânica, paracentese de repetição, nutrição parenteral e transfusão sanguínea), usualmente demandando períodos maiores de acompanhamento domiciliar. O atendimento aos usuários elegíveis nas modalidades AD2 e AD3 é de responsabilidade do SAD (BRASIL, 2016).

A AD como uma alternativa à hospitalização diminui a demanda ou período de internação no hospital, o que gera o aumento da rotatividade de leitos e contribui para a redução dos custos por meio do apoio das equipes de atenção básica no cuidado àqueles pacientes que necessitam de assistência domiciliar e se beneficiam da mesma (BRASIL, 2012b; PAIVA; ROCHA; CARDOSO, 2011).

Todavia, devido ao seu caráter inovador ou desafiador, existe um longo caminho para a consolidação da AD no que diz respeito a essa perspectiva de produção de cuidado (PAIVA; ROCHA; CARDOSO, 2011; BRASIL, 2012b). Embora os aspectos positivos sobre a AD sejam relevantes, cabe ressaltar que existem críticas sobre sua operacionalização no contexto brasileiro. Carvalho e colaboradores (2015) reconhecem a prevalência da sobrecarga do cuidador que se responsabiliza pelos cuidados do usuário do serviço. Na AD, família assume para si a responsabilidade de procedimentos e cuidados complexos, anteriormente realizados por profissionais de saúde e nunca antes realizados pelos cuidadores. Existe, ainda, a fragilidade quanto ao suprimento de materiais de uso domiciliar, tal

como a oferta de fraldas e transporte por ambulância, existindo a transferência de custos para a família. Neste contexto, Carvalho e colaboradores (2015) apontam para a ausência de uma política de apoio mais efetiva aos familiares.

Essa modalidade de atenção à saúde ainda tem como desafio propor medidas públicas para o suporte ao cuidador e às famílias. Ressalta-se que os “custos da contribuição e das oportunidades de vida perdidas pelos cuidadores informais também deve ser” considerados, uma vez que esse aspecto é muito influenciado pelas perspectivas da sociedade quanto às obrigações da família nesses casos (SEIXAS et al., 2014, p. 32). Desta forma, “situa-se o desafio de incorporar ao cuidado domiciliar os custos transferidos pelas instituições às famílias, a destinação dos resíduos gerados, a conformação de redes de apoio social” (BRASIL, 2014b, p. 62).

Para isso, é necessária a reestruturação das práticas de cuidado que desafiam e/ou rompem com os modos hegemônicos, produzido pelo cuidado em saúde médico centrado, marcado pelo trabalho morto, com relações de poder impositivas e punitivas. Essa reestruturação das práticas possui um potencial de contribuição para o enfrentamento dos desafios impostos pelo desejo de inovação no modo de se construir a atenção à saúde (MERHY; FEUERWERKER, 2008). A AD apresenta-se como um campo de práticas de produção do cuidado em saúde, que almeja a transformação dos pensamentos do processo de saúde e doença da população por meio da ampliação da autonomia dos sujeitos (MERHY; FEUERWERKER, 2008; GOMES et al., 2012).

Assim, a AD é considerada uma possibilidade para atender os anseios do sistema, da população e da atenção assistencial, por apresentar o foco voltado para a produção do cuidado ativo e humanizado. Verifica-se o constante envolvimento governamental para estabelecer a normatização do programa que atenda a população necessitada de atendimento dessa modalidade, para não só responder às demandas emergentes do país, mas também a fim de consagrar o caráter vivo da produção do cuidado (BRASIL, 2012b).

Por isso, a AD está estruturada de acordo com os princípios do SUS na perspectiva das RAS, onde as práticas clínicas cuidadoras são baseadas nas necessidades do usuário, reduzindo a fragmentação da assistência. O modelo de atenção deve ser centrado no trabalho de equipes multiprofissionais e

interdisciplinares, além de estimular a participação ativa dos profissionais de saúde envolvidos, do usuário, da família e do cuidador (BRASIL, 2012b).

As práticas de saber na AD devem ser constituídas pela presença efetiva dos sujeitos em ação, como produtores e produtos desse mundo histórico social e subjetivo. Entretanto, grande parte das práticas possui ainda uma intensa vivência comportamental composta pelos modos hegemônicos (MERHY; FEUERWERKER, 2008). Para proporcionar a mudança do conceito e do processo de saúde, torna-se necessário envolver o contexto familiar e um conjunto de ações, de forma transversal na promoção da saúde, prevenção de doenças, tratamento e reabilitação de agravos, com a garantia de continuidade de cuidados (LAGANA et al., 2013; GOMES et al., 2012).

3.2 Atuação do enfermeiro na atenção domiciliar: uma revisão integrativa da literatura*

A Atenção Domiciliar - AD - consiste em uma modalidade de atenção à saúde favorável à concretização de novas formas de produção do cuidado e de atuação interdisciplinar, em expansão no Brasil e no mundo⁽¹⁾. Trata-se de uma alternativa à internação hospitalar, que diminui tanto a demanda por esta como sua duração e, conseqüentemente, reduz custos e riscos de complicações relacionadas ao ambiente hospitalar⁽²⁾. Sobretudo, tem sido reconhecida como espaço favorável para um cuidado inovador e singular em saúde, com potencialidade para propiciar assistência centrada nas demandas e necessidades do usuário⁽²⁾.

É preciso considerar que a Atenção Domiciliar é uma estratégia de intervenção em saúde que requer atenção profissional qualificada, pois reconhece-se que este tipo de cuidado exige mobilização de competências específicas,

* Material publicado na forma de artigo científico com a seguinte referência: Andrade AM, Silva KL, Seixas CT, Braga PP. Nursing practice in home care: an integrative literature review. Rev Bras Enferm [Internet]. 2017;70(1):199-208.

¹ Silva KL, Sena RR, Seixas CT, Feuerwerker LCM, Merhy EE. Home care as change of the technical-assistance model. Rev Saúde Pública. 2010[cited 2015 Mar 14];44(1):166-76. Available from: http://www.scielo.br/pdf/rsp/v44n1/en_18.pdf

² Feuerwerker LCM, Merhy EE. A contribuição da atenção domiciliar para a configuração de redes substitutivas de saúde: desinstitucionalização e transformação de práticas. Rev Panam Salud Publica. 2008[cited 2014 Mar 14];24(3):180-8. Available from: <http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v24n3/a04v24n3.pdf>

principalmente ligadas ao relacionamento interpessoal para atuar com usuários, familiares e em equipe multiprofissional, bem como autonomia, responsabilidade e conhecimento técnico e científico próprios do campo. Dessa forma, compreende-se que o trabalho na AD apresenta diversidade de ações e complexidade específicas que demandam experiência profissional e busca de qualificação para a atuação no domicílio⁽³⁾.

Estudos revelam que a centralidade do trabalho das enfermeiras na atenção domiciliar reside na gestão dos serviços ou na assistência direta⁽⁴⁾. Destaca-se, ainda, que este profissional desempenha papel fundamental, tanto pela coordenação do plano de cuidados no domicílio quanto pelo vínculo que estabelece com usuários e familiares⁽⁵⁾. Ademais, esse protagonismo evidencia-se por proporcionar a articulação entre a família e a equipe multiprofissional, uma vez que, de modo geral, competem ao enfermeiro a capacitação do cuidador familiar, a supervisão dos técnicos de enfermagem e a identificação de demandas para outros profissionais⁽⁴⁻⁵⁾. Assim, para a atuação no domicílio, ele deve apresentar habilidades básicas e avançadas, sendo que as competências para essa atuação precisam ser investigadas, divulgadas e sistematizadas⁽⁴⁾.

No entanto, há fortes evidências de que a formação acadêmica de enfermeiros no Brasil não contempla as exigências para o trabalho na AD, pois prevalece o modelo de ensino curativo, centrado na doença e não no sujeito, com predomínio de ações voltadas para o âmbito hospitalar^(3, 6). Identifica-se que o cenário de formação do bacharel em enfermagem na atualidade pouco abarca as concepções, as singularidades e o perfil necessário para atuação no cuidado domiciliar.

Considerando esta lacuna no processo formativo, ressalta-se que, de modo geral, o conhecimento para o cuidado domiciliar advém, sobretudo, da experiência,

³ Silva LK, Sena RR, Silva PM, Souza CG, Martins ACS. The nurse's role in home care: its implications for the training process. *Cienc Cuid Saude*. 2014[cited 2015 Apr 26];13(3):503-10. Available from: file:///C:/Users/Sony/Downloads/19227-114263-1-PB.pdf

⁴ Furaker C. Registered Nurses' Views on Competencies in Home Care. *Home Health Care Management Practice*. 2012;24(5): 221-7.

⁵ Silva KL, Sena RR, Silva PM, Braga PP, Souza CG. Supplementary home health care services and the inclusion of nursing in Belo Horizonte / Minas Gerais (Brazil). *Acta Paul Enferm*. 2012[cited 2015 Jun 02];25(3):408-14. Available from: http://www.scielo.br/pdf/ape/v25n3/en_v25n3a14.pdf

⁶ Andrade AM, Brito MJM, Von Randow RM, Montenegro LC, Silva, KL. Singularidades do trabalho na atenção domiciliar: imprimindo uma nova lógica em saúde. *R. pesq.: cuid. fundam*. Online. 2013[cited 2015 Jul 08];5(1):3383-93. Available from: file:///C:/Users/Sony/Downloads/2025-13876-1-PB%20(7).pdf

da aprendizagem diante das diversas situações que se apresentam no cotidiano da AD. Assim, há certa imprevisibilidade neste processo, uma vez que o profissional poderá não ter vivenciado anteriormente esta assistência em sua trajetória de formação na graduação em enfermagem⁽⁴⁾. Acredita-se, nesta investigação, que a aquisição de competências advindas da atuação sobre o imprevisível constitui uma particularidade e uma riqueza inerente à prática do enfermeiro no domicílio.

Diante das considerações apresentadas, indaga-se: como se estabelece a atuação do enfermeiro em serviços de atenção domiciliar? O objetivo deste estudo foi analisar a produção científica acerca da atuação do enfermeiro na atenção domiciliar em saúde.

Método

Optou-se por uma revisão integrativa da literatura, que consiste em um método de pesquisa utilizado com frequência na prática baseada em evidência cujo objetivo é reunir e sintetizar resultados anteriores a fim de elaborar uma explicação abrangente de um fenômeno específico. Assim, as conclusões são estabelecidas mediante a avaliação crítica de diferentes abordagens metodológicas⁽⁷⁾.

As etapas que conduziram esta revisão integrativa foram: elaboração da questão norteadora; definição das bases de dados e estabelecimento de critérios para inclusão e exclusão de estudos/amostragem ou busca na literatura; definição das informações a serem extraídas dos estudos selecionados; avaliação dos estudos incluídos na revisão integrativa; interpretação dos resultados; e, por último, apresentação da revisão/síntese do conhecimento⁽⁷⁾.

Os artigos foram identificados por busca bibliográfica realizada no período de janeiro a julho de 2015, nas seguintes bases de dados: Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (MEDLINE), consultada por meio do PubMed, Base de Dados Específica da Enfermagem (BDENF), Índice Bibliográfico Espanhol de Ciências da Saúde (IBECS) e Literatura Latino- Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), consultados pela Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), e

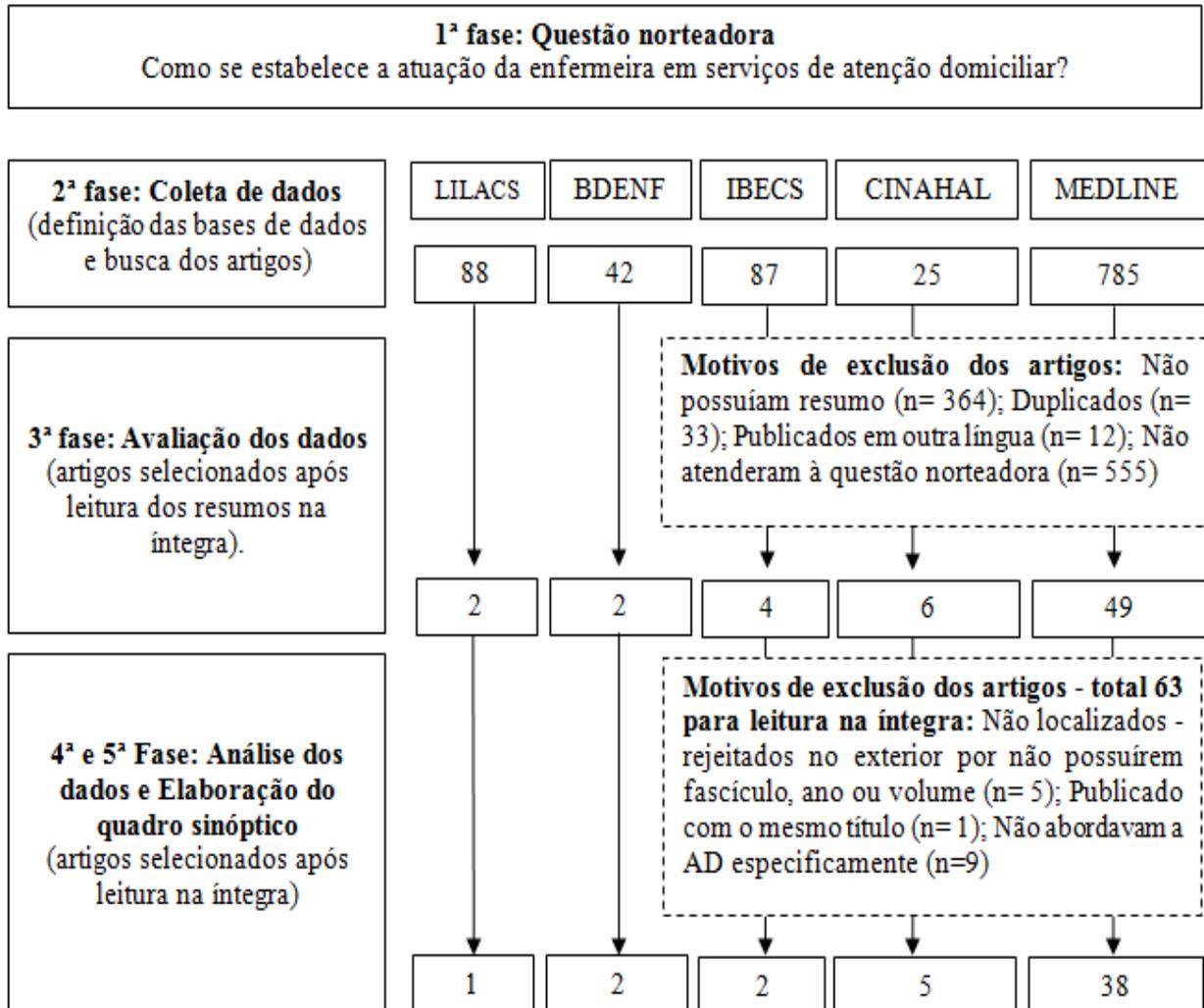
⁷ Souza MT, Silva MD, Carvalho R. Integrative review: what is it? How to do it? Einstein (São Paulo). 2010[cited 2015 Jan 06]; 8 Pt1:102-6. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/eins/v8n1/1679-4508-eins-8-1-0102.pdf>

Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature (CINAHL), acessada pelo Portal CAPES.

Foram incluídos no estudo os artigos publicados em inglês, espanhol e português, não delimitando data de publicação, que apresentassem resumos e informações sobre a atuação do enfermeiro na atenção domiciliar.

A estratégia de busca na base PubMed utilizou os seguintes termos: (("Home Nursing"[Mesh]) OR "Home Health Nursing"[Mesh]) OR "Home Care Services"[Mesh]) OR "Home Care Services, Hospital-Based"[Mesh]) OR "Homebound Persons"[Mesh])) OR (("Home Nursing"[Title/Abstract] OR "Home Health Nursing"[Title/Abstract] OR "Home Care Services"[Title/Abstract] OR "Homebound Persons"[Title/Abstract])) AND (("Nurse's Role"[Mesh]) OR "Nurse's Role"[Title/Abstract])). Estratégias equivalentes foram adotadas para as demais bases.

Na busca inicial, encontrou-se um total de 1027 publicações. Pela leitura dos títulos e resumos, foi possível excluir aquelas em duplicidade nas diferentes bases de dados, estudos que não atendiam aos critérios de inclusão ou ao tema proposto. Destes, foram selecionados 63 artigos para leitura na íntegra, dos quais 35 estavam disponíveis na forma completa e 28 precisaram ser buscados com auxílio do sistema de Comutação Bibliográfica. Destes, 22 foram localizados, cinco rejeitados por não possuírem fascículo, ano ou volume e, ainda, identificou-se um artigo publicado com o mesmo título de outro, sendo este eliminado. Dessa forma, dos 57 lidos na íntegra, 48 responderam à questão norteadora e, portanto, constituíram a amostra final desta revisão (Figura 1).

Figura 1 - Fluxo do processo de seleção dos estudos para a revisão integrativa

Fonte: Dados da pesquisa, 2016.

Para favorecer a validação da seleção das publicações para análise, na quarta fase da pesquisa, os artigos foram avaliados por dois revisores da equipe composta por quatro pesquisadores, com *expertise* na área, mediante seleção independente considerando os critérios de inclusão e exclusão, e norteados pela pergunta de pesquisa. Cada revisor registrou sua avaliação e justificativa de inclusão ou exclusão do artigo em um instrumento que continha os respectivos títulos, resumos e base de dados.

Os resultados da quarta fase foram comparados e as discordâncias solucionadas por consenso entre os revisores ou com a inclusão de um terceiro revisor, quando necessário. Dentre as 57 publicações avaliadas nesta etapa, 48

foram selecionadas pelos dois pesquisadores e incluídas e quatro (4) não foram selecionadas por ambos, sendo excluídas automaticamente. Identificou-se um total de cinco discordâncias (8,7%) entre os revisores e, após reavaliação, estes artigos foram excluídos por não abordarem a AD diretamente. Este processo de validação da seleção da amostra final dos artigos permitiu a inclusão de estudos que apresentassem consistências e contribuíssem para o alcance do objetivo e a exclusão de outros que não contemplassem os requisitos necessários.

Na quinta fase da pesquisa, as publicações foram analisadas e os dados interpretados de forma organizada e sintetizados por meio da elaboração de um quadro sinóptico contendo os seguintes itens: identificação do artigo; autores; ano e periódico de publicação; local (país/cidade) de realização; objetivos; desenho metodológico; principais resultados; e descrição da atuação do enfermeiro na AD.

Avaliou-se a qualidade dos estudos com base na classificação do nível de evidência (NE)⁽⁸⁾, optando-se pelo grupamento das publicações da seguinte forma: nível I - evidência obtida do resultado de metanálise de estudos clínicos controlados e com randomização; nível II - evidência obtida em estudo de desenho experimental; nível III - evidência obtida de pesquisas quase-experimentais; nível IV – evidências obtidas de estudos descritivos ou com abordagem metodológica qualitativa; nível V - evidências obtidas de relatórios de casos ou relatos de experiências; nível VI - evidências baseadas em opiniões de especialistas ou com base em normas ou legislação. Esta classificação permitiu identificar o perfil dos estudos desenvolvidos acerca do tema investigado.

A pesquisa levou em consideração os aspectos éticos da pesquisa, respeitando a autoria das ideias, os conceitos e as definições presentes nos artigos incluídos na revisão.

Resultados

Foi possível selecionar 48 artigos que atendiam aos critérios de inclusão para alcance do objetivo proposto⁽⁹⁻⁵⁶⁾, conforme exposto no Quadro 2.

⁸ Stetler CB, Brunell M, Giuliano KK, Morsi D, Prince L, Newell-Stokes V. Evidence-based practice and the role of nursing leadership. J Nurs Adm. 1998; 28(7-8):45-53.

⁹⁻⁵⁶ Quadro 2.

Quadro 2 – Artigos incluídos no estudo, Belo Horizonte/MG (2016)

Citação	Referência
(9)	Zarchi K, Latif S, Haugaard VB, Hjalager IR, Jemec GB. Significant Differences in Nurses' Knowledge of Basic Wound Management – Implications for Treatment. <i>Acta Derm Venereol.</i> 2014;94(4):403-7.
(10)	Devik SA, Enmarker I, Hellzen O. When expressions make impressions - Nurses' narratives about meeting severely ill patients in home nursing care: A phenomenological-hermeneutic approach to understanding. <i>Int J Qual Stud Health Well-being.</i> 2013;17;8:21880.
(11)	Doyle C, Buckley S. An account of nursing a child with complex needs in the home. <i>Nurs Child Young People.</i> 2012;24(5):19-22.
(12)	Brinkkemper T, Klinkenberg M, Deliens L, Eliel M, Rietjens JA, Zuurmond WW, Perez RS. Palliative sedation at home in the Netherlands: a nationwide survey among nurse. <i>J Adv Nurs.</i> 2011;67(8):1719-28.
(13)	Stajduhar KI, Funk L, Roberts D, McLeod B, Cloutier-Fisher D, Wilkinson C, et al. Home care nurses' decisions about the need for and amount of service at the end of life. <i>J Adv Nurs.</i> 2011;67(2):276-86.
(14)	Katakura N, Yamamoto-Mitani N, Ishigaki K. Home-visit nurses' attitudes for providing effective assistance to clients with schizophrenia. <i>Int J Ment Health Nurs.</i> 2010;19(2):102-9.
(15)	Skott C, Lundgren SM. Complexity and contradiction: home care in a multicultural area. <i>Nurs Inq.</i> 2009;16(3):223-31.
(16)	McGarry J. Defining roles, relationships, boundaries and participation between elderly people and nurses within the home: an ethnographic study. <i>Health Soc Care Community.</i> 2009;17(1):83-91.
(17)	Porter EJ. The personal impact of home-care nursing: an alternative perspective to home-care satisfaction. <i>Res Gerontol Nurs.</i> 2008;1(2):105-15.
(18)	Williamson KM. Home health care nurses' perceptions of empowerment. <i>J Community Health Nurs.</i> 2007;24(3):133-53.
(19)	Lewis M, Noyes J. Risk management and clinical governance for complex home-based health care. <i>Paediatr Nurs.</i> 2007;19(6):23-8.
(20)	Schoot T, Proot I, Legius M, Meulen R, Witte L. Client-centered home care: balancing between competing responsibilities. <i>Clin Nurs Res.</i> 2006;15(4):231-54; 255-7.
(21)	Spiers J. Expressing and responding to pain and stoicism in home-care nurse-patient interactions. <i>Scand J Caring Sci.</i> 2006;20(3):293-301.
(22)	Stoltz P, Lindholm M, Udén G, Willman A. The meaning of being supportive for family caregivers as narrated by registered nurses working in palliative home care. <i>Nurs Sci Q.</i> 2006;19(2):163-73.
(23)	Duke M, Street A. Tensions and constraints for nurses in hospital-in-the-home programmes. <i>Int J Nurs Pract.</i> 2005;11(5):221-7.
(24)	Lacerda MR, Oliniski SR. Family members interacting with the nurse within the home context. <i>Rev Gaucha Enferm.</i> 2005;26(1):76-87.
(25)	Navaie-Waliser M, Misener M, Mersman C, Lincoln P. Evaluating the needs of children with asthma in home care: the vital role of nurses as caregivers and educators. <i>Public Health Nurs.</i> 2004;21(4):306-15.
(26)	Spiers JA. The interpersonal contexts of negotiating care in home care nurse - patient interactions. <i>Qual Health Res.</i> 2002;12(8):1033-57.
(27)	Murashima S, Nagata S, Magilvy JK, Fukui S, Kayama M. Home care nursing in Japan: a challenge for providing good care at home. <i>Public Health Nurs.</i> 2002;19(2):94-103.
(28)	Johansen E, Fagerström L. An investigation of the role nurses play in Norwegian home care. <i>Br J Community Nurs.</i> 2010;15(10):497-502.
(29)	Dewar A. Assessment and management of chronic pain in the older person living in the community. <i>Aust J Adv Nurs.</i> 2006;24(1):33-8.
(30)	Purkis ME, Bjornsdottir K. Intelligent nursing: accounting for knowledge as action in practice. <i>Nurs Philos.</i> 2006;7(4):247-56.
(31)	Duke M, Street A. Hospital in the home: constructions of the nursing role - a literature review. <i>J Clin Nurs.</i> 2003;12(6):852-9.
(32)	Bocchi SCM. O papel do enfermeiro como educador junto a cuidadores familiares de pessoas com AVC. <i>Rev Bras Enferm.</i> 2004;57(5):569-73.

Continuação

Código	Referência
(33)	Corrales-Nevadoa D, Palomo-Cobos L. La importancia de la longitudinalidad, integralidad, coordinación y continuidad de los cuidados domiciliarios efectuados por enfermería. <i>Enferm Clin.</i> 2014;24(1):51-8.
(34)	Sánchez-Martín CI. Cronicidad y complejidad: nuevos roles en Enfermería. <i>Enfermeras de Práctica Avanzada y paciente crónico. Enferm Clín.</i> 2014; 24(1): 79-89.
(35)	Catafesta F, Lacerda MR. Competências do enfermeiro necessárias para o desenvolvimento do cuidado domiciliar: reflexão. <i>Online braz. j. nurs.</i> 2008;7:1-10.
(36)	Gomes IM, Kalinowski LC, Lacerda MR, Ferreira RM. A atenção domiciliar à saúde e seu estado da arte: Estudo bibliográfico. <i>Online braz. j. nurs.</i> 2008;7(3).
(37)	Ervin NE, Chen SP, Upshaw HS. Nursing care quality: process and outcome relationships. <i>Can J Nurs Res.</i> 2006;38(4):174-90.
(38)	Rodriguez D, Long CO. Emergency preparedness for the home healthcare nurse. <i>Home Healthc Nurse.</i> 2006;24(1):20-7.
(39)	Sawyer PP. Bioterrorism: are we prepared? <i>Home Healthc Nurse.</i> 2003;21(4):220-3.
(40)	McWilliam CL, Godfrey B, Stewart M, Sangster J, Mitchell J, Cohen I. Evolving the delivery of acute care services in the home. <i>Home Health Care Serv Q.</i> 2003;22(1):55-74.
(41)	Pardue KT. Illuminating the experience of student precepting: insights and narratives from home care nurses. <i>Home Healthc Nurse.</i> 2002;20(3):163-7.
(42)	Hughes LC, Robinson LA, Cooley ME, Nuamah I, Grobe SJ, McCorkle R. Describing an episode of home nursing care for elderly postsurgical cancer patients. <i>Nurs Res.</i> 2002;51(2):110-8.
(43)	Landry MT, Landry HT, Hebert W. A tool to measure nurse efficiency and value. <i>Home Healthc Nurse.</i> 2001;19(7):445-9.
(44)	Blue CL, Purath J. Continuing education. Home care of the epidural analgesia patient: the nurse's role. <i>Home Healthc Nurse.</i> 1989;7(4):23-32.
(45)	Gorski LA. Integrating standards into practice. Revised standards for home care infusion: what has changed? <i>Home Healthc Nurse.</i> 2006;24(10):627-31.
(46)	Frantz AK, Walters JI. Recovery from coronary artery bypass grafting at home: is your nursing practice current? <i>Home Healthc Nurse.</i> 2001;19(7):417-24.
(47)	Langan JC. Abdominal assessment in the home: from A to Zzz. <i>Home Healthc Nurse.</i> 1998;16(1):50-7.
(48)	Duffy B. Using a creative teaching process with adult patients. <i>Home Healthc Nurse.</i> 1997;15(2):102-8.
(49)	Klug RM. Clarifying roles and expectations in home care. <i>Pediatr Nurs.</i> 1993;19(4):374-6.
(50)	Roberts D, McLeod B, Stajduhar KI, Webber T, Milne K. Applying research into practice: a guide to determine the next palliative home care nurse visit. <i>Home Healthc Nurse.</i> 2014;32(2):88-95.
(51)	Ogata Y, Kobayashi Y, Fukuda T, Mori K, Hashimoto M, Otosaka K. Measuring relative work values for home care nursing services in Japan. <i>Nurs Res.</i> 2004;53(3):145-53.
(52)	Ward-Griffin C, McWilliam C, Oudshoorn A. Negotiating relational practice patterns in palliative home care. <i>J Palliat Care.</i> 2012;28(2):97-104.
(53)	Kovner C, Menezes J, Goldberg JD. Examining nurses' decision process for medication management in home care. <i>Jt Comm J Qual Patient Saf.</i> 2005;31(7):379-85.
(54)	Lehoux P, Richard L, Pineault R, Saint-Arnaud J. Delivery of high-tech home care by hospital-based nursing units in Quebec: clinical and technical challenges. <i>Nurs Leadersh (Tor Ont).</i> 2006;19(1):44-55.
(55)	Davies B, Oberle K. Dimensions of the supportive role of the nurse in palliative care. <i>Oncol Nurs Forum.</i> 1990;17(1):87-94.
(56)	Giesbrecht MD, Crooks VA, Stajduhar KI. Examining the language-place-healthcare intersection in the context of Canadian homecare nursing. <i>Nurs Inq.</i> 2014;21(1):79-90.

Fonte: Dados da pesquisa, 2016.

O maior número de publicações incluídas foi da MEDLINE (79%) e, na sequência, da CINAHL (10%). Houve predomínio do idioma inglês (87,5%), presente

em 42 publicações, seguido de quatro artigos publicados em português e dois em espanhol. Os 48 artigos selecionados foram publicados entre 1989 e 2014, sendo que 19% datam de 2006, 10,4% de 2014 e 10,4% de 2002, com predominância de estudos norte-americanos (31,2%) e canadenses (23%). Os outros artigos são provenientes dos seguintes países: Brasil (8,3%), Japão (6,3%), Noruega (4,2%), Holanda (4,2%), Suécia (4,2%), Inglaterra (4,2%), Austrália (4,2%), Espanha (4,2%), Dinamarca (2%), Irlanda (2%) e Islândia (2%).

Em relação aos tipos de estudos incluídos, o nível de evidência IV prevaleceu em 86% da amostra selecionada (18 estudos qualitativos, 18 revisões de literatura e cinco estudos descritivos), o nível V em 8% (três estudos de reflexão e um relato de experiência), o nível de evidência I em 4% (dois estudos randomizados) e o nível VI em 2% (um guia de normas).

Na análise dos estudos, constatou-se que a atuação do enfermeiro na AD possui complexidade e diversidade de ações que permitiram construir duas (2) categorias temáticas, a saber: “Ações do enfermeiro na atenção domiciliar” e “Saberes necessários para a atuação do enfermeiro na atenção domiciliar”.

Ações do enfermeiro na atenção domiciliar

A análise dos artigos indica que o enfermeiro ocupa papel central na AD^(13, 25, 27, 33, 40, 46). A relevância de sua atuação se revela por ser considerado especialista em clínica^(11, 27, 34, 56), coordenador do cuidado^(12, 15, 27, 34, 40, 43) e gerente de caso^(15, 40, 43), responsável pela prestação de diversos cuidados aos pacientes⁽⁴⁰⁾ e, também, por exercer uma importante função de liderança^(27, 40). A este respeito, tem se revelado, na literatura, como profissional fundamental na construção deste tipo de cuidado⁽¹³⁾.

A atuação do enfermeiro na AD é influenciada tanto pelo perfil dos pacientes quanto pela lógica peculiar que predomina no domicílio. Na AD, ele atende a um perfil diversificado, sendo possível identificar nesta revisão predomínio de pacientes em cuidados paliativos^(12-13, 22, 27, 33, 50, 52, 55) e idosos^(16, 28-29, 35), ainda que os artigos analisados também tenham evidenciado ações no atendimento a crianças^(11, 19, 25) e jovens⁽²⁸⁾ com necessidades complexas, assim como a pessoas com transtorno mental^(14, 27).

A revisão dos artigos revelou que enfermeiros realizam ações diversificadas na AD, tais como apoio interpessoal, educação em saúde a pacientes, familiares e cuidadores, realização de procedimentos técnicos e supervisão clínica e administrativa, conforme apresentado no Quadro 3.

Quadro 3 – Caracterização das atividades realizadas por enfermeiros na atenção domiciliar, Belo Horizonte/MG (2016)

Ações interacionais	Relação de ajuda / Interação ^(14, 17-20, 24-25, 29-30, 35, 42, 44, 46, 48-49, 54) Apoio afetivo, mental ou psicológico ^(37, 40,42, 46,51,55) Comunicação ^(12, 18, 21, 51, 56) Relação de confiança ^(10, 22, 26,42, 56) Negociação ^(16, 21, 26, 52) Respeito ^(11, 41, 56) Diálogo ^(20, 26) e escuta ⁽¹⁸⁾
Ações educacionais	Orientações a famílias, cuidadores e/ou pacientes ^(13, 19, 25, 27, 29, 32, 36-40, 44-46, 48, 51,53) Desenvolvimento de estratégias de ensino ⁽⁴⁸⁾ Educação sobre recursos sociais ⁽⁵¹⁾ Preparo de paciente, família e rede de vizinhos e outros setores para prevenção de riscos em casos de emergências ⁽³⁸⁾ Orientações a outras enfermeiras ⁽⁴⁰⁾
Ações assistenciais	Gestão ou infusão de medicamentos ^(12, 27, 28, 30,44-45, 53, 54) Cuidado agudo no domicílio ^(15, 17, 23, 27, 31, 46, 54) Manejo clínico de feridas ^(9, 28, 46, 51) Gestão da dor ^(29, 44, 46) Cuidados na nutrição parenteral, diálise peritoneal e oxigenoterapia ⁽⁵⁴⁾ Visita domiciliar ^(14, 37, 41,50) Avaliação de riscos e prevenção de complicações ^(19, 45) Procedimentos técnicos: avaliação física ^(37, 46-47) , higiene pessoal ^(27-28, 51) , realização de enema ^(27, 51) , verificação de sinais vitais ⁽⁵¹⁾ , cuidados de decúbito ⁽²⁷⁾ , exercícios para deambulação ⁽⁵¹⁾ , assistência para as atividades da vida diária ⁽²⁷⁾ , tratamento bucal ⁽²⁷⁾ e atendimentos em casos de emergência ⁽²⁷⁾ .
Ações administrativas	Supervisão clínica e administrativa ⁽⁴³⁾ Planejamento e organização das VDs ^(12, 37, 41) Coordenação do cuidado ^(12, 15, 27, 34, 40, 43) Gestão de caso ^(15, 33, 40, 43)

Fonte: Dados da pesquisa, 2016.

A interação entre enfermeiros e pacientes, familiares e/ou cuidadores se configura como ação fundamental no contexto domiciliar, indicada em 31 publicações, conforme apresentado no Quadro 3. Os artigos indicam que enfermeiros devem ter habilidades na construção de um relacionamento eficaz com os pacientes. A negociação e a interação enfermeiro-paciente aparecem como

destaques, sendo o cuidado mediado pelo diálogo^(16, 26). As formas como papéis e relacionamentos são construídos, negociados e vivenciados destacam a relevância das relações entre enfermeiros e pacientes na definição das experiências e percepções de ambos na qualidade do cuidado geral⁽¹⁶⁾.

Grande parte do tempo de prestação de cuidados de enfermeiros na AD é dedicada à escuta ativa de pacientes, na tentativa de confortá-los⁽¹⁸⁾. Em um dos estudos, o enfermeiro emergiu como profissional sensível à demanda dos pacientes, de modo que as ações de ser agradável e dialogar são estratégias de cuidado aliadas à consciência e à responsabilidade⁽²⁰⁾.

A interação interpessoal se destaca no cuidado paliativo domiciliar^(22, 52), contexto em que este profissional despende esforço contínuo para o preparo da família em relação à evolução do paciente e às responsabilidades, facilitando o cuidado e oferecendo suporte emocional⁽²²⁾.

Na relação com os cuidadores, age como um facilitador, incentivando que expressem suas preocupações e experiências no cuidado ao paciente e buscando, ainda, o conforto físico, emocional e mental de pacientes e cuidadores⁽⁴⁸⁾. Outrossim, na relação interpessoal, apresenta-se aberto ao outro⁽¹⁰⁾ e é considerado capaz de cuidar com amor, compaixão e confiança, assim como um “conselheiro”, por ouvir e acolher famílias em relação a preocupações e medos⁽¹¹⁾.

Os resultados desta revisão indicam que enfermeiros são essenciais no cuidado ao paciente no domicílio, tanto pelos conhecimentos específicos em relação aos projetos terapêuticos quanto por estarem na linha de frente para ensinar ao paciente e à sua família os cuidados necessários, por exemplo, no manejo de equipamentos de forma segura e eficiente⁽¹¹⁾. Assim, o enfermeiro na AD realiza atividades de cunho clínico e educativo⁽²⁵⁾, sendo considerado um “*expert técnico*”.

Diversos estudos mostram que a educação em saúde realizada por enfermeiros pode melhorar os conhecimentos dos pacientes, cuidadores e familiares em diferentes situações de cuidado no domicílio, sendo este um aspecto de destaque, tal como mencionado em 21 artigos, conforme o Quadro 3.

Nesse contexto, destaca-se que estes profissionais devem fornecer informações em tempo hábil e adequado, considerando as distintas habilidades, idades, culturas, línguas e preferências dos pacientes, familiares e cuidadores. Esta tarefa exige alta qualidade de comunicação e tradução do conhecimento⁽⁵⁶⁾, assim como estratégias criativas para um processo de ensino criativo e eficiente⁽⁴⁸⁾.

Alguns estudos apontam ainda para seu papel na experiência do paciente e de seus familiares⁽¹²⁾. Ademais, a educação de pacientes e cuidadores para o cuidado constitui uma estratégia para a continuidade do cuidado⁽³⁴⁾. Porém, salienta-se que, embora muitos materiais de ensino estejam à disposição do enfermeiro, nem todos se sentem confortáveis para o ensino no ambiente doméstico⁽⁴⁸⁾.

Os resultados indicam que enquanto alguns enfermeiros de AD realizam essencialmente as visitas aos pacientes e os cuidados previstos ou prestam assistência aliada à supervisão clínica, outros, descritos como enfermeiros administrativos, realizam, sobretudo, supervisão clínica e administrativa⁽⁴³⁾.

A visita domiciliar foi aludida como uma importante função deste profissional^(14, 37, 41, 50), a qual requer planejamento⁽³⁷⁾ e organização⁽⁴¹⁾, por exemplo, na tomada de decisão sobre o momento ideal da próxima visita para pacientes e suas famílias, processo no qual enfermeiros novatos e experientes apresentam dificuldades⁽⁵⁰⁾. O planejamento da assistência no contexto domiciliar é caracterizado como prática complexa que envolve várias metas, inclusive o relacionamento e a avaliação das necessidades e capacidades do paciente e da família, a carga de trabalho e os recursos para o cuidado domiciliar⁽¹³⁾.

Na condição de gestores do cuidado, enfermeiros domiciliares avaliam as necessidades dos pacientes em todos os aspectos do estado de saúde (física, mental, social) e constroem um plano de cuidados. Assim, fornecem ou organizam serviços para prevenção da crescente fragilidade ou no sentido de evitar o aumento de problemas de saúde⁽²⁷⁾.

O enfermeiro é considerado fonte de *expertise* nas ações de cunho clínico e técnico⁽¹¹⁾. No processo de gestão de medicamentos, deve seguir a preparação, verificação e administração de medicamentos; atualizar conhecimentos sobre medicamentos; monitorar a eficácia do tratamento; e notificar reações adversas⁽⁵³⁾. Destaque se faz necessário para a monitorização cuidadosa que, se realizada na AD, tem potencial para diminuir o impacto dos efeitos adversos das drogas⁽⁴³⁾. Não obstante, salienta-se a importância da padronização das práticas de administração de medicamentos no cuidado domiciliar⁽⁴⁵⁾. A respeito do manejo de feridas, as enfermeiras de AD têm mais conhecimento que as de outros setores de cuidados⁽⁹⁾ e tal ação é um desafio do cuidado domiciliar⁽²⁸⁾.

No que se refere à abordagem da dor no cuidado domiciliar, a dor crônica é um problema generalizado e complexo, abordado como difícil de tratar de forma

adequada, permeado por muitos desafios⁽²⁹⁾. As intervenções de enfermagem que ajudam os pacientes a alcançar o controle sobre sua dor são consideradas úteis. Entre as ações, o toque terapêutico⁽²⁹⁾, o manejo na analgesia epidural⁽⁴⁴⁾ (Estados Unidos), o uso de técnicas não invasivas de alívio da dor⁽⁴⁴⁾ e o controle e avaliação⁽⁴⁶⁾ possibilitam redução significativa da dor e ansiedade nos pacientes.

O enfermeiro é considerado responsável por demandas agudas de cuidado⁽²⁸⁾, como o cuidado domiciliar no pós-operatório de revascularização miocárdica⁽⁴⁶⁾. Outra ação que se destaca nos artigos analisados refere-se à avaliação e gestão de riscos clínicos no domicílio como atividade para minimização de problemas⁽¹⁹⁾. O desenvolvimento e a aplicação de estruturas de governança e gestão de risco clínico fazem parte tanto dos cuidados a crianças com necessidades complexas e suas famílias⁽¹⁹⁾, dos casos de intercorrências no atendimento domiciliar⁽³⁸⁾ quanto da avaliação de suspeita de um agente biológico⁽³⁹⁾.

Saberes necessários para a atuação do enfermeiro na atenção domiciliar

Os artigos analisados nesta revisão indicam que as enfermeiras precisam estar preparadas para a atuação em condições de imprevisibilidade^(13, 15, 30, 41) próprias do trabalho no domicílio. O espaço de AD requer um enfermeiro altamente qualificado, polivalente e comprometido⁽³³⁾, que possua amplas competências clínicas e assistenciais e grau de autonomia para desenvolver seu trabalho, realizando acompanhamento contínuo de seus pacientes, com condições agudas e crônicas, no âmbito familiar e na comunidade, e com equilíbrio de ações curativas e preventivas⁽³³⁾. Além disso, seu papel na atuação no cuidado domiciliar baseia-se no reconhecimento de sua competência no que diz respeito aos seus saberes, suas habilidades, sua aptidão e experiência⁽¹⁸⁾.

Entretanto, no que se refere aos desafios inerentes à complexidade da atuação do enfermeiro na atenção domiciliar, foi possível identificar que o pouco treinamento ou reduzida experiência em serviços de AD⁽¹⁹⁾ e a falta de preparo e de conhecimento⁽²⁸⁻²⁹⁾ podem influenciar negativamente o cuidado domiciliar. A análise dos artigos também indica que estes profissionais trabalham em um ambiente totalmente diferente do qual foram treinados⁽⁴⁹⁾. No entanto, alguns desses desafios poderiam ser superados com o fortalecimento de iniciativas de formação profissional, por exemplo, mediante a adequação dos currículos das faculdades e escolas de

enfermagem de forma a prever a preparação dos estudantes em espaços próprios para o trabalho no domicílio⁽⁴⁹⁾.

No âmbito do espaço domiciliar, foi possível identificar diferentes saberes necessários utilizados pelo enfermeiro^(13, 23, 30, 35). Um enfermeiro *expert* na AD é capaz de interagir com o paciente e a família empregando o conhecimento técnico e científico, sociocultural, ético e estético e também o conhecimento intuitivo de maneira singular, sendo capaz de sentir e perceber situações peculiares do cuidado domiciliar, utilizando-as para um bem comum⁽³⁵⁾.

As habilidades de perceber questões e interpretar situações no domicílio podem ser influenciadas por conhecimentos prévios, experiência, formação, estratégias cognitivas, filosofias de cuidado e percepções individuais⁽¹³⁾. Para esta avaliação são necessários profissionalismo⁽²³⁾, vivência prática^(13, 23), conhecimento⁽¹³⁾, intuição pessoal⁽¹³⁾ e habilidades de tomada de decisão⁽²³⁾.

O conhecimento para a atuação do enfermeiro na AD pode ser obtido por meio de vivências dos colegas, da aprendizagem pela experiência⁽²⁸⁻²⁹⁾, da Prática Baseada em Evidências e da intuição⁽³⁰⁾. Em decorrência da singularidade da AD, ele recorre a conhecimentos teóricos para a prática, mas que precisam de adaptação de acordo com a realidade⁽³⁰⁾, sendo fundamental a flexibilidade para o e no trabalho⁽¹³⁾. Também é preciso relacionar teoria e prática, em um processo contínuo de busca e aperfeiçoamento e com base em uma postura política ao atuar no domicílio⁽³⁵⁾.

Ademais, as ações do enfermeiro na AD envolvem a prática reflexiva e não mecanicista⁽³⁵⁾. Desse modo, identificou-se a necessidade de reflexão no desenvolvimento de seu trabalho no contexto domiciliar^(10, 14-15, 20, 35). A reflexão é essencial para o reconhecimento de fragilidades e/ou limites diante de situações que exigem resignificação no trabalho na atenção domiciliar. Como exemplo, observou-se que as ações de enfermeiros no campo de saúde mental e a reflexão sobre estas lhes permitem adquirir práticas que ajudam os clientes com doença mental⁽¹⁴⁾.

A prática reflexiva é importante para o desenvolvimento de um cuidado competente no contexto domiciliar, o que impossibilita que a atuação do enfermeiro neste contexto se resuma a ações mecanicistas, desqualificadas e pouco humanizadas⁽³⁵⁾. As recomendações para a prática envolvem reflexão ética e crítica, autonomia profissional, autoafirmação e apoio organizacional⁽²⁰⁾. As vivências de enfermeiros e a reflexão sobre essas experiências permitem a adoção de atitudes

eficazes em sua atuação na AD⁽¹⁴⁻¹⁵⁾ e reforçam a necessidade de espaços de reflexão da prática do cuidado⁽¹⁵⁾.

Discussão

A análise das descrições metodológicas dos estudos incluídos e seus respectivos níveis de evidências revelam, no que se refere à temática atuação do enfermeiro na AD, predomínio de estudos qualitativos, revisões de literatura e estudos descritivos (86%), o que permite inferir ser um tema ainda pouco explorado no desenvolvimento de estudos como metanálises e pesquisas experimentais. Destaca-se, pois, que as pesquisas mais frequentes apresentam baixo nível de evidência⁽⁸⁾, aspecto que demonstra que a enfermagem ainda necessita avançar na realização de pesquisas clínicas.

Nesta revisão, foi possível identificar que as ações desenvolvidas por enfermeiros no contexto domiciliar se configuram na utilização de diferentes tecnologias⁽⁵⁷⁾. O termo “tecnologia” adotado para a análise dos artigos seguiu o agrupamento em: Tecnologia leve; Tecnologia leve-dura; e Tecnologia dura⁽⁵⁷⁾. As tecnologias leves são aquelas empregadas para estabelecer as relações no encontro entre trabalhadores e usuários, por meio da escuta, criação de vínculo e confiança. As leve-duras exprimem o arranjo do saber estruturado, expresso em protocolos, manuais, fluxos e conhecimentos específicos. E as tecnologias duras incluem equipamentos, máquinas, instrumentos, exames laboratoriais e de imagem e medicamentos.

A revisão mostrou que as ações prestadas por enfermeiros no domicílio se configuram na utilização de tecnologias leves, leve-duras e duras. No campo das tecnologias leves, a interação entre enfermeiros e pacientes, familiares e/ou cuidadores se configura como uma ação importante na AD. Assim, as tecnologias leves de cuidado aparecem em ações como escuta ativa, apoio, conforto, respeito, relação de ajuda e diálogo, comunicação efetiva e no estabelecimento de uma relação de confiança com usuários e familiares, o que constitui parte fundamental do trabalho deste profissional na AD⁽⁵⁸⁻⁶⁰⁾.

⁵⁷ Merhy EE, Onocko R. Agir em Saúde: um desafio para o público. São Paulo: Hucitec; 1997.

A análise permite inferir que este processo de construção de vínculo e relação interpessoal é favorável ao desenvolvimento, por parte do enfermeiro, de habilidades e competência profissional condizentes com as necessidades, demandas e imprevisibilidades que se apresentam no cotidiano da AD.

No âmbito das tecnologias leve-duras, os resultados revelam atuação frequente no ensino de cuidados necessários ao paciente e à sua família. O enfermeiro que atua na atenção domiciliar deve ser sensível à demanda do cliente e, ainda, demonstrar desejo de ensinar e interesse na busca pelo bem-estar daqueles de quem cuida. Assim, para aproveitar ao máximo o ambiente domiciliar de aprendizagem com pacientes, deve avaliar, projetar, desenvolver, implementar um plano de ensino individualizado para cada situação⁽⁶¹⁾. Destarte, a educação em saúde é evidenciada nesta revisão como importante prática do enfermeiro na AD, que ajuda pacientes, familiares e cuidadores a construírem conhecimentos e habilidades⁽⁵⁸⁻⁶³⁾, assim garantindo a compreensão do projeto terapêutico⁽⁵⁾ e a continuidade do cuidado na ausência da equipe. A educação em saúde é, portanto, uma tecnologia que precisa ser explorada e valorizada nos serviços de atenção domiciliar para sua efetivação.

A análise revelou que a realização de visita domiciliar é considerada uma tecnologia leve-dura que requer planejamento, organização e tomada de decisão. Outras ações realizadas pelo enfermeiro no cuidado domiciliar e que incorporam tecnologias leve-duras são: assistência ao paciente, supervisão clínica e supervisão administrativa⁽⁵⁸⁾. É possível também perceber que, na atenção domiciliar, este profissional é considerado fonte de conhecimento aprimorado na clínica e na realização de técnicas. Assim, no contexto domiciliar, o manejo de feridas⁽⁶⁰⁾, a

⁵⁸ Valle ARMC, Andrade D. Skills and attitudes of nurses in home care: bases for prevention of risk of infection. Rev Min Enferm. 2015[cited 2016 Jan 05]; abr/jun; 19(2): 67-72. Available from: <http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/1006>

⁵⁹ Sousa JM, Alves ED. Nursing competencies for palliative care in home care. Acta paul. enferm. Acta paul. Enferm. 2015[cited 2016 Mar 05]; 28(3):264-9. Available from: http://www.scielo.br/pdf/ape/v28n3/en_1982-0194-ape-28-03-0264.pdf

⁶⁰ Queiroz ACCM, Mota DDCF, Bachion MM, Ferreira ACM. Pressure ulcers in palliative home care patients: prevalence and characteristics. Rev Esc Enferm USP 2014[cited 2015 Nov 10]; 48(2):264-71. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v48n2/0080-6234-reeusp-48-02-264.pdf>

⁶¹ Oliveira ARC, Araujo TL, Costa AGS, Morais HCC, Silva VM, Lopes MVO. Evaluation of patients with stroke monitored by home care programs. Rev Esc Enferm USP 2013[cited 2016 Jan 05]; 47(5):1147-53. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v47n5/0080-6234-reeusp-47-05-1143.pdf>

gestão do risco⁽⁵⁸⁾ e a gestão da dor se destacam no rol de seus conhecimentos específicos, dentre os considerados por si só como uma tecnologia leve-dura.

As tecnologias duras são utilizadas especialmente na realização de alguns cuidados específicos, com destaque para antibioticoterapia endovenosa, nutrição parenteral, diálise peritoneal e oxigenoterapia. Ainda como uma tecnologia dura, a administração de medicamentos surge como prática que requer padronização⁽⁵⁹⁾. Destaca-se que mesmo nas ações baseadas em tecnologias essencialmente duras, na AD o enfermeiro utiliza também tecnologias leves e leve-duras. Nesta perspectiva, suas ações no contexto domiciliar são permeadas por vínculo, diálogo, negociação, apoio e conforto a pacientes e familiares e educação em saúde com vistas a melhorias no cuidado domiciliar.

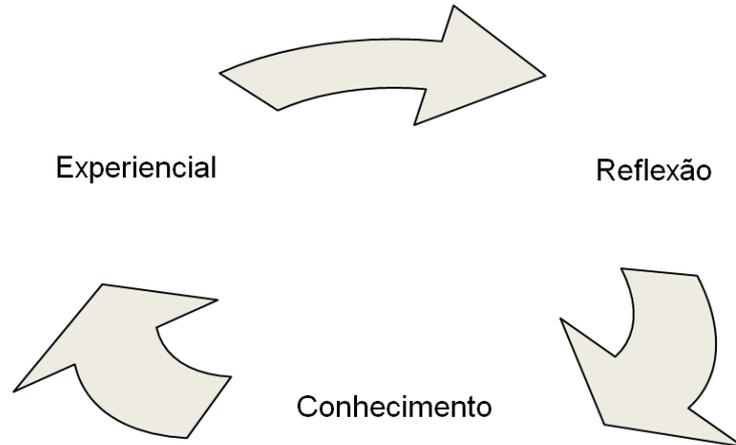
Assim, a atuação de enfermeiros de cuidados domiciliares incorpora estas distintas e complementares modalidades de tecnologias. Eles realizam ações assistenciais, educacionais e de gestão do cuidado e qualificam a atenção por meio de inovação tecnológica, com valorização, sobretudo, da utilização de tecnologias leves e leve-duras. Outrossim, o potencial de reflexão das enfermeiras durante sua atuação na AD permeada por escuta, apoio e relação interpessoal centrada em conhecimentos, saberes diversos, experiências e responsabilidades contribui para que sua atuação seja considerada central no desenvolvimento de ações complexas no cuidado domiciliar.

A análise dos artigos também permitiu identificar que a AD possui uma especificidade do cuidado em decorrência das circunstâncias inesperadas que se manifestam no domicílio. Além disso, deve considerar o cotidiano de vida das famílias em seus espaços de domínio, seus costumes e sua cultura, tendo sensibilidade e resolutividade nas diferentes conjunturas que vão surgindo no contexto domiciliar⁽²⁻³⁾.

Percebe-se que a atuação do enfermeiro na AD configura-se na articulação de saberes que proporcionam mobilizar competências por meio da aquisição de conhecimentos associada a vivências no trabalho e prática da reflexão (Figura 2).

⁶² Campos CVS, Silva K. Cateterismo vesical intermitente realizado pelos cuidadores domiciliares em um serviço de atenção domiciliar. Rev Min Enferm. 2013[cited 2016 Jan 05];out/dez; 17(4): 753-762. Available from: <http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/885>

⁶³ Machado ALG, Silva MJ, Freitas CHA. Assistência domiciliária em saúde: um olhar crítico sobre a produção científica de enfermagem. Rev. bras. enferm. 2011[cited 2016 Jan 12]; 64(2): 365-9. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v64n2/a23v64n2.pdf>

Figura 2 - Saberes para a atuação do enfermeiro em AD. Belo Horizonte-MG, 2016

Fonte: Dados da pesquisa, 2016.

Considerando a especificidade e a complexidade do cuidado no domicílio, para a atuação na AD é preciso que o enfermeiro possua qualificação e competências diferenciadas, uma vez que o despreparo e o desconhecimento podem interferir negativamente no cuidado domiciliar⁽⁵⁸⁾. A atuação na AD requer ainda a mobilização de competências específicas, como habilidades ligadas ao relacionamento interpessoal para trabalhar com pacientes, familiares e equipe multiprofissional, além do conhecimento técnico e científico⁽³⁾. Isso implica a necessidade de formação diferenciada para responder a uma complexidade crescente no campo da AD.

Contudo, na formação de enfermeiros predomina o modelo de ensino biomédico, ou seja, o cuidado centrado na doença e não no sujeito, prevalecendo o ensino focado nos cuidados hospitalares^(3,6). Reconhece-se, pois, que o ambiente domiciliar apresenta especificidades que devem ser consideradas durante tal processo de formação⁽⁶⁴⁾.

Para a atuação na AD, é fundamental que o enfermeiro possua conhecimento técnico e científico, como também sociocultural, ético, estético e intuitivo, relacionando teoria e prática, numa busca contínua de atualização. Tais

⁶⁴ Braga PP, Sena RR, Seixas CT, Castro EAB, Andrade AM, Silva YC. Oferta e demanda na atenção domiciliar em saúde. *Ciênc. saúde coletiva*. 2016[cited 2016 Jan 05]; 21(.3): 903-12. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v21n3/1413-8123-csc-21-03-0903.pdf>

conhecimentos podem ser adquiridos por meio da troca de experiências, de aprendizagem pela experiência, de intuição e por estudos voltados para a Prática Baseada em Evidências. Salienta-se que a aplicação do conhecimento precisa ser contextualizada ao cuidado domiciliar, dada a sua singularidade. O conhecimento utilizado no cuidado domiciliar advém, sobretudo, da experiência, incluindo a aprendizagem de como agir em situações de imprevisibilidade, uma particularidade do trabalho no domicílio⁽⁴⁾. O trabalho do enfermeiro na AD envolve, portanto, complexidade e requer flexibilidade, criatividade e adequação à realidade conferida pelas diferenças ambientais, culturais e sociais⁽⁶⁵⁾. Ademais, o cuidado no domicílio possibilita refletir sobre as relações entre profissionais de saúde, usuários e famílias, numa perspectiva mais horizontalizada⁽³⁾.

Diante do exposto, constata-se que a atuação do enfermeiro no domicílio exige a mobilização de diferentes áreas de saber e elementos de inovação que devem ser incorporados na formação deste profissional.

Conclusão

Os estudos selecionados para esta revisão mostram que as ações do enfermeiro na AD perpassam a supervisão clínica e administrativa e a assistência mediada por procedimentos relacionais, educacionais e técnicos, requerendo diferentes tecnologias por ele utilizadas no contexto domiciliar. Este profissional desempenha papel fundamental na AD tanto por coordenar o plano de cuidados no domicílio quanto pelo vínculo que estabelece com os usuários, familiares e cuidadores.

Cabe ressaltar que tais características também podem ser vislumbradas no trabalho em saúde em diferentes contextos. Entretanto, acrescenta-se o fato de que a AD configura-se como um espaço de atenção à saúde não tradicional, em que o profissional realiza o cuidado no domicílio - espaço de domínio do paciente. Ademais, tal cuidado perpassa distintas formas de atuação e tecnologias, sendo

⁶⁵ Silva DC, Santos JLG, Guerra ST, Barrios SG, Prochnow AG. O trabalho do enfermeiro no serviço de internação domiciliar: visão dos familiares cuidadores. *Cienc Cuid Saude*. 2010[cited 2015 Jul 05]; 9(3):471-478. Available from: <http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/viewFile/8478/6638>

singular, em especial, no que se refere à centralidade do usuário e das famílias na estruturação e gestão dos projetos terapêuticos.

A análise dos artigos permite identificar que o papel do enfermeiro no domicílio possui características singulares e, conseqüentemente, o processo de trabalho é influenciado pelo perfil dos pacientes e pela lógica que se organiza no domicílio.

Também foi possível identificar que o pouco treinamento ou reduzida experiência na AD e a falta de preparo e de conhecimento podem influenciar o cuidado domiciliar, gerando desafios para a atuação do enfermeiro, que podem ser amenizados por meio do fortalecimento de iniciativas de formação profissional.

Ficou evidente que, no âmbito do espaço domiciliar, diferentes saberes são necessários, sendo fundamental a interação entre teoria e prática, num constante aperfeiçoamento das ações e com base em uma postura política ao atuar no domicílio. O conhecimento é adquirido por meio de compartilhamento de vivências dos colegas e pela aprendizagem pela experiência.

A necessidade da prática reflexiva na atuação do enfermeiro neste tipo de cuidado também foi evidenciada, pois nele acontecem encontros cujas expressões podem impor desafios ao trabalho diário deste profissional. Algumas dificuldades podem ser contornadas por meio do fortalecimento da formação profissional, enquanto outras requerem intuição e reflexão para os cuidados.

Conclui-se, pois, que a atuação do enfermeiro no espaço domiciliar é fundamental e ampla. As ações relacionais e educacionais se destacam, sendo necessárias inclusive nos cuidados técnicos. Assim, reconhece-se, pela revisão, que o enfermeiro utiliza diferentes tecnologias no contexto de AD, com destaque para as leves e leve-duras.

Reforça-se que as evidências deste estudo não representam uma garantia de realização de todas as ações em todos os cenários de AD, uma vez que tais atividades são consideradas complexas e apresentam singularidades de acordo com cada caso. Ademais, torna-se relevante a realização de pesquisas que descrevam a atuação do enfermeiro e o processo formativo para a AD, a fim de analisar a potencialidade desse profissional em responder às necessidades de cuidados complexos de pacientes por ele atendidos.



Caminha Metodológica



4 CAMINHO METODOLÓGICO

4.1 Delineamento teórico-metodológico

Foi realizada uma investigação de natureza qualitativa ancorada no referencial teórico-metodológico da dialética. A pesquisa qualitativa busca as singularidades e os significados dos fenômenos, assim como os aspectos que os tornam específicos (qualidade). O método qualitativo se preocupa com a dimensão sociocultural do fenômeno “que se expressa por meio de crenças, valores, opiniões, representações, formas de relação, simbologias, usos, costumes, comportamentos e práticas” (MINAYO, 2017, p. 2).

A abordagem qualitativa pressupõe a investigação de fenômenos humanos, repletos de singularidades, permitindo a atribuição de significados aos fatos e às pessoas em interações sociais que podem ser descritas e analisadas e não mensuradas quantitativamente (BOSI, 2012). Adota uma perspectiva de análise de fenômenos que reconhece a pluralidade cultural e a relevância dos sujeitos, incluindo a voz dos atores sociais (BOSI, 2012).

Na pesquisa qualitativa, os pesquisadores ressaltam “a natureza socialmente construída da realidade, a íntima relação entre o pesquisador e o estudo e buscam soluções para questões que realçam o modo como a experiência social é criada e adquire significado para as pessoas” (SOUSA; ERDMANN; MAGALHÃES, 2016, p. 99-100). Esse tipo de investigação “envolve uma abordagem naturalista e interpretativa pela qual os pesquisadores estudam as coisas em seus cenários naturais, tentando entender ou interpretar os fenômenos em termos dos seus significados” (SOUSA; ERDMANN; MAGALHÃES, 2016, p. 100). As experiências de vida são essenciais para compreender determinada circunstância e possibilita “aos pesquisadores analisar e revelar novos significados e entendimentos que estão enraizados nas vivências das pessoas” (SOUSA; ERDMANN; MAGALHÃES, 2016, p. 101). Os resultados da pesquisa qualitativa podem nortear atos de cuidado, arranjos da prática em saúde e enfermagem, recriação de estilos de cuidado e de ver o mundo sob uma perspectiva multifocal e complexa (SOUSA; ERDMANN; MAGALHÃES, 2016).

Segundo Minayo (2012), a pesquisa qualitativa relaciona-se com a valorização dos significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes,

correspondendo a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que vão além da operacionalização de variáveis.

Adotou-se o “estudo de caso” como estratégia de investigação. Segundo Yin (2015), o método de estudo de caso tem como objetivo analisar uma unidade social buscando responder “como” e “por que” os fenômenos ocorrem, sendo, portanto, coerente com a proposta deste estudo. Assim, a natureza do problema e os detalhes do fenômeno a ser analisado justificam a escolha da realização de um estudo de caso, dentro da perspectiva de se preocupar em detalhar e descrever em profundidade determinado fenômeno. Desse modo, a estratégia é adequada quando se trata de questões nas quais estão presentes fenômenos contemporâneos inseridos em contextos da vida real, contribuindo de forma inigualável para compreensão de fenômenos complexos, nos níveis individuais, organizacionais, sociais e políticos (YIN, 2015).

Yin (2015) acrescenta que o estudo de caso é utilizado como estratégia adequada quando se trata de questões inseridas no contexto de vida real e diária, contemplando pesquisas que buscam compreender fenômenos complexos, como estudos organizacionais. O estudo de caso é descritivo e interpretativo porque se propõe a conhecer e descrever a realidade do campo pesquisado, assim como os fenômenos, e analisá-lo para, depois, interpretá-lo.

Em investigações nas quais o estudo de caso é utilizado, o pesquisador é levado a considerar as múltiplas inter-relações dos fenômenos específicos por ele observados. O estudo de caso é constituído por um estudo amplo e exaustivo de um ou poucos objetos, permitindo conhecimento detalhado e amplo. Este método contribui expressivamente para esclarecer fenômenos que ocorrem em situações muito complexas e não possibilitam utilizar outros delineamentos (YIN, 2015).

Os estudos de caso enfatizam a interpretação em contexto para a compreensão da manifestação geral de um problema, devem ser considerados alguns elementos, como as ações, as percepções, os comportamentos e as interações das pessoas. Esses elementos devem ser relacionados à situação específica em que ocorrem ou à problemática determinada à qual se encontra ligada. Os estudos de caso buscam retratar a realidade de forma completa e profunda; o pesquisador busca revelar a situação ou problema em sua totalidade e, portanto, revelando sua multiplicidade e dimensões (LUDKE; ANDRÉ, 2013).

Adota-se, neste estudo, o referencial teórico-filosófico da Dialética como estratégia de conhecimento da realidade. A opção por esse referencial revela o entendimento de que a natureza e a sociedade vivem movimentos contínuos e permanentes de transformações e de superação das contradições pela práxis. O método dialético apresenta uma concepção de homem, de sociedade e da relação homem–mundo que privilegia a historicidade e a autoria dos sujeitos sociais (MINAYO, 2012).

A opção por este referencial parte da tentativa de compreender o fenômeno de forma crítica, considerando o contexto social, uma vez que a relação do fenômeno com a vida social consiste em um processo de movimento permanente na sociedade e engloba tanto os aspectos históricos quanto as transformações e superações das contradições entre a prática social e a estrutura social.

A dialética contempla três princípios: a *especificidade histórica*, a *totalidade* e a *união de contrários*. Goldmann (1980) aponta que tudo quanto ultrapassa o indivíduo para atingir a vida social constitui acontecimento histórico, explicando, assim, a especificidade histórica. A *totalidade* pode ser entendida como o princípio que conduz a investigação e a análise dos fatos, no qual se deve apreender os fenômenos em sua autorrelação e heterorrelação, em suas relações com a multiplicidade de seus próprios ângulos e de seus aspectos intercondicionados, em seu movimento e desenvolvimento, em sua multiplicidade e condicionamentos recíprocos por outros fenômenos ou grupos de fenômenos (JOJA, 1964, p.53). O terceiro princípio da dialética é a *união dos contrários*, presente na totalidade e nas partes dela em vários movimentos de entrelaçamento e de conflitos (MINAYO, 2012). Desse modo, a dialética contribuiu para evidenciar as contradições presentes no cotidiano das enfermeiras que atuam e aprendem na AD.

Segundo Minayo (2012), é necessário o detalhamento das formas de investigação do objeto de estudo. Segundo essa autora, o trabalho de campo é uma importante possibilidade de aproximação com o que se quer conhecer, como também de propiciar a criação de conhecimentos a partir da realidade presente no campo de estudo.

A seguir, estão descritos a trajetória metodológica, o cenário da pesquisa, os participantes do estudo, as estratégias de coleta e de análise de dados e as questões éticas.

4.2 Definição do caso de análise

Neste estudo, questiona-se como ocorre o processo de aprendizagem na atuação do enfermeiro no domicílio. A realização de uma revisão de literatura integrativa sobre a atuação do enfermeiro na AD permitiu identificar que, no espaço domiciliar, predomina a diversidade e complexidade de ações do enfermeiro com uso de diferentes tecnologias, seguindo uma incorporação de tecnologias leves, leve-duras e duras (ANDRADE et al., 2017). A complexidade da atuação do enfermeiro na AD revela-se no cotidiano do trabalho e, sobretudo, em ações específicas de acordo com o perfil das demandas de pacientes do serviço, tais como nos cuidados de alta densidade tecnológica e também cuidados paliativos, gestão da dor crônica, gestão de medicamentos e gestão de feridas, englobando diferentes perfis de pacientes e tipos de cuidados prestados. Os resultados demonstraram que quatro grandes áreas de atuação do enfermeiro no cuidado domiciliar se destacam no uso de alta tecnologia: antibioticoterapia endovenosa, nutrição parenteral, diálise peritoneal e oxigenoterapia (ANDRADE et al., 2017).

Portanto, tomando por referência o resultado da revisão de literatura de que quanto maior a complexidade do cuidado na AD mais se exige mobilização dos saberes e a necessidade da aprendizagem das enfermeiras, o caso em estudo foi definido como “a atuação do enfermeiro na atenção domiciliar de alta complexidade”.

Na configuração da Política Nacional de Atenção Domiciliar, a AD é categorizada em três modalidades, AD1, AD2 e AD3, segundo a complexidade de cuidado do usuário. Pela Portaria 963, de 27 de maio de 2013, em vigor na época da construção do projeto de pesquisa, a AD1 refere-se ao atendimento de cuidados de menor complexidade realizado pelas Unidades Básicas de Saúde. A modalidade AD2 destina-se aos usuários que demandem cuidados de maior complexidade, os quais podem ser realizados no domicílio, tais como curativos complexos, cuidados com dispositivo de traqueostomia, necessidade de cuidados paliativos e de medicação endovenosa, muscular ou subcutânea. A terceira modalidade (AD3) é a que exige maior complexidade do cuidado, dedicando-se aos usuários que necessitam de pelo menos um dos cuidados na modalidade AD2 e, ainda, do uso de Suporte Ventilatório não invasivo (Pressão Positiva Contínua nas Vias Aéreas – CPAP ou Pressão Aérea Positiva por dois Níveis - BIPAP) e/ou diálise peritoneal e/ou paracentese (BRASIL, 2013, p1).

Mediante o exposto, nota-se que os perfis de atendimento na AD são diversificados. Entretanto, não é exigida pela política pública de AD brasileira a oferta de serviços exclusivos para cada tipo de demanda.

Transpondo os achados da revisão de literatura para a realidade brasileira, de oferta de serviços de AD pelo sistema público de saúde, pelo Programa Melhor em Casa, a complexidade na atuação do enfermeiro na AD se expressa de forma evidente nos cuidados prestados pela AD3 e em determinados perfis de atendimentos na modalidade AD2. Ademais, cada equipe de AD pode prestar assistência, simultaneamente, a usuários com diferentes demandas e necessidades inseridas nas modalidades de atenção domiciliar AD2 e AD3. Dessa forma, foi realizado um estudo de caso único, considerando a atuação do enfermeiro na atenção domiciliar de alta complexidade, conforme manifesto na revisão: nutrição parenteral, diálise peritoneal, administração de medicamentos via parenteral (subcutânea, intramuscular e endovenosa), oxigenoterapia (incluindo a ventilação mecânica invasiva e a não invasiva), cuidados paliativos e cuidados com feridas complexas. Entretanto, em decorrência da dinamicidade da AD, outras práticas também poderiam ser acrescentadas.

Segundo Yin (2015), os estudos de casos que apresentam projetos de caso único analisam o objeto ou fenômeno em determinado contexto, sendo válidos e decisivos quando para testar uma teoria, quando o caso é raro ou extremo ou quando o caso é revelador.

4.3 Cenário do estudo

O trabalho de campo possibilita ao pesquisador a incorporação e superação de questões que já se encontram produzidas. Considera-se a complexidade do cuidado como sendo um fator indutivo para a mobilização de conhecimentos e de saberes relevantes para a análise da aprendizagem reflexiva do enfermeiro na atuação na AD. A definição dos cenários foi realizada levando em conta o caso do estudo: “a atuação do enfermeiro na atenção domiciliar de alta complexidade”.

Foi realizada uma fase exploratória por meio de contato telefônico com os serviços de AD de Minas Gerais, buscando-se identificar os serviços nos quais enfermeiros atuam e realizam práticas de alta complexidade. Essa comunicação possibilitou o contato com o coordenador da AD ou com o próprio enfermeiro do

serviço. Para essa fase, foi utilizado um protocolo de contato telefônico para investigar: se os enfermeiros realizavam as práticas de alta complexidade; o tempo de atuação do enfermeiro; e se existia alguma formação específica desse profissional (APÊNDICE 1).

Para tal etapa, foi utilizado o mapeamento dos serviços de AD de Minas Gerais, uma fase do projeto de pesquisa desenvolvido pelo Núcleo de Estudos e Pesquisas sobre Ensino e Prática de Enfermagem (NUPEPE) da Escola de Enfermagem da UFMG, intitulado “*Atenção Domiciliar em Saúde: efeitos e movimentos na oferta e demanda no SUS*”. Assim, o contato telefônico foi realizado com representantes dos 22 municípios que possuíam Serviços de Atenção Domiciliar vinculados ao Programa Melhor em Casa de Minas Gerais (MG): Barbacena, Belo Horizonte, Betim, Caratinga, Contagem, Francisco Sá, Ibirité, Itaobim, Jaíba, Juiz de Fora, Lagoa Santa, Monte Carmelo, Montes Claros, Nova Lima, Pará de Minas, Poços de Caldas, São João do Paraíso, São Lourenço, Uberaba, Uberlândia, Varginha e Vespasiano. A descrição dos resultados dessa etapa está apresentada no Quadro 4.

Quadro 4 – Resultado dos contatos telefônicos com os Serviços de Atenção Domiciliar de Minas Gerais (2015)

Município	Nº de enfermeiros	Nutrição parenteral	Díalise peritoneal	Medicamento	VMNI	Oxigenoterapia	VMI	Feridas complexas	Cuidado paliativo
Barbacena	1	X		X		X		X	X
Betim	7			X	X	X	X	X	X
Caratinga	1			X		X		X	X
Contagem	15			X		X		X	X
Francisco Sá	1			X	X			X	X
Ibirité	2			X		X		X	X
Itaobim	1			X		X		X	X
Juiz De Fora	5			X				X	X
Lagoa Santa	1	X				X		X	X
Monte Carmelo	1			X	X	X	X		X
Montes Claros	9			X	X	X		X	X
Nova Lima	4	X						X	
Pará De Minas	2			X	X	X		X	X
Poço De Caldas	1			X	X	X	X	X	X
Uberaba	2			X		X		X	
Uberlândia	11		X	X	X	X	X	X	X
Varginha	1			X	X	X		X	X
Vespasiano	2		X	X	X	X		X	X

Fonte: Elaborado pela autora.

Salienta-se que não foi possível realizar essa etapa em quatro municípios: um não aceitou participar (Belo Horizonte); um estava desativado (São João do Paraíso); em um não se conseguiu estabelecer contato (Jaíba); e, no outro município, o profissional responsável estava em férias (São Lourenço) no período da realização da ligação. Assim, nos 18 municípios cujos representantes foram contatados, foi possível identificar o número de 66 enfermeiros dos SADs de Minas Gerais.

Os primeiros critérios de escolha destinados à definição dos cenários para a análise em profundidade do caso em estudo foram: atuação do enfermeiro em práticas de alta complexidade e número de enfermeiros atuantes (QUADRO 5).

Quadro 5 – Consolidação dos resultados dos contatos telefônicos para seleção do cenário

Município	Nº de enfermeiros	Atendimentos de alta complexidade realizados pelos enfermeiros
Barbacena	1	5
Betim	7	6
Caratinga	1	4
Contagem	15	4
Francisco Sá	1	4
Ibirité	2	4
Itaobim	1	4
Juiz De Fora	5	3
Lagoa Santa	1	4
Monte Carmelo	1	5
Montes Claros	9	5
Nova Lima	4	2
Pará De Minas	2	5
Poço De Caldas	1	6
Uberaba	2	3
Uberlândia	11	7
Varginha	1	5
Vespasiano	2	6

Fonte: Elaborado pela autora.

Assim, o município de Uberlândia se destacou, pois, de acordo com o resultado do contato telefônico, os 11 enfermeiros realizam na AD sete tipos de atendimentos considerados de alta complexidade nesse município.

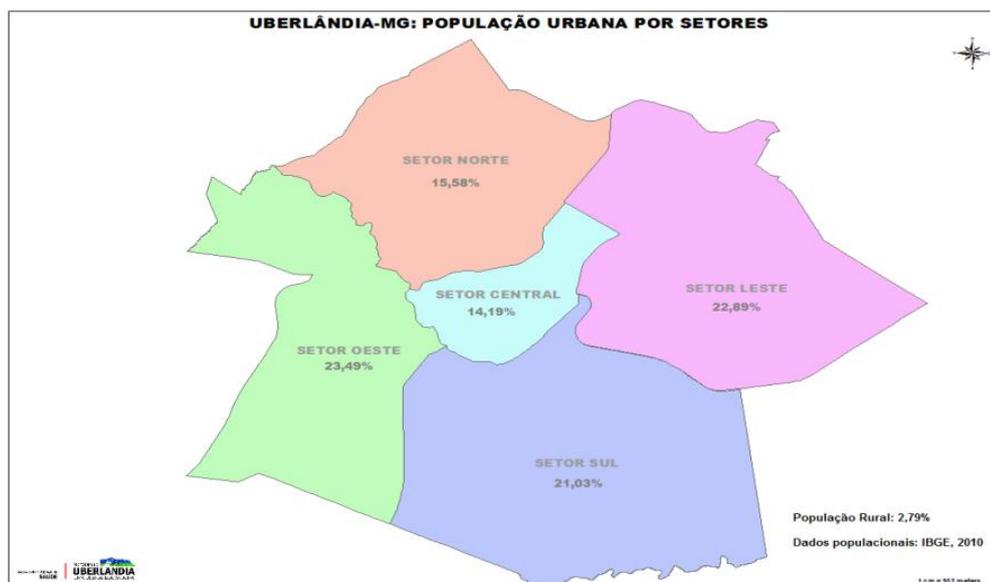
Outro critério considerado foi a indicação da realização de ventilação mecânica invasiva e/ou não invasiva. Pacientes sob Ventilação Mecânica têm sido apontados como importantes demandantes de cuidados longitudinais, contínuos e de longa duração na AD (BRAGA et al., 2016; DYBWIK et al., 2010). Além de Uberlândia, os SADs de Betim, Monte Carmelo e Poços de Caldas ofertavam tal cuidado. Dessa forma, o SAD de Betim foi selecionado por também atender aos primeiros critérios de inclusão (diversidade de práticas de alta complexidade e número de enfermeiros atuantes).

A seguir, apresenta-se a descrição dos cenários deste estudo.

4.3.1 Cenário 1 – Serviço de Atenção Domiciliar de Uberlândia, Minas Gerais

O município de Uberlândia está localizado no estado de Minas Gerais, na Região Ampliada de Saúde do Triângulo Norte, a 553 km de Belo Horizonte. A população de Uberlândia, em 2010, era de 604.013 habitantes, dos quais 2,77% residem na zona rural, o correspondente a 16.745 habitantes. Conforme a Figura 3, atualmente, o município subdivide-se em cinco setores sanitários: Norte, Sul, Oeste, Leste e Central (UBERLÂNDIA, 2014).

Figura 3 – Representação dos Setores Sanitários de Uberlândia, Minas Gerais.



Fonte: UBERLÂNDIA. Secretária Municipal de Saúde. Prefeitura de Betim. Plano Municipal de Saúde de Uberlândia 2014/2017.

Em relação à estrutura organizacional da rede municipal de saúde e serviços de Uberlândia, as unidades estão regionalizadas em setores sanitários (Centro, Leste, Norte, Oeste e Sul) e possuem um total de 48 Equipes de Saúde da Família (ESFs) distribuídas em 44 Unidades Básicas de Saúde da Família, entre rurais e urbanas, e mais duas Unidades de Apoio à Saúde na zona rural. Com esse número de ESFs, tem-se uma cobertura populacional assistida de 27%, correspondente a cerca de 176.344 pessoas e 48.984 famílias. O município possui também oito

Unidades Básicas de Saúde convencionais, responsáveis pela cobertura de 26% da população, assistindo aproximadamente 159.110 pessoas. Composto o conjunto de equipamentos públicos de saúde que integram os setores sanitários estão as oito Unidades de Atendimento Integrado (UAIs), responsáveis pela cobertura do atendimento de 38,42% da população, o Hospital e Maternidade Municipal Dr. Odelmo Leão Carneiro, cinco Centros de Atenção Psicossocial e o Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia (UBERLÂNDIA, 2014).

O programa Melhor em Casa de Uberlândia teve início em 2013. Antes disso, o Hospital das Clínicas, vinculado à Universidade Federal de Uberlândia (HC-UFU), já ofertava a modalidade atenção domiciliar dividida em Programa de Atenção Domiciliar (PAD) e Programa de Internação Domiciliar (PID). Em 2013, o projeto foi aprovado e vinculado ao Programa Melhor em Casa, do Ministério da Saúde, e a organização sobre a divisão dos serviços de atenção domiciliar foi realizada seguindo os critérios de perfil de atendimento. Assim, o serviço do HC-UFU, chamado atualmente de Programa de Atenção Domiciliar (PAD-UFU), ficou com duas equipes de AD para o atendimento a pacientes com necessidades de ventilação mecânica, invasiva ou não invasiva, oxigenoterapia e atendimento pediátrico; e também para os pacientes que tivessem alta do próprio serviço hospitalar do HC com critérios para admissão na AD. À rede municipal foram vinculadas cinco novas equipes, chamadas de SAD, destinadas ao atendimento de pacientes que necessitam ser cuidados por uma equipe multiprofissional e que não possuam dispositivos como os de oxigenoterapia ou ventilação mecânica. Atualmente, esses critérios ainda predominam na organização do serviço, independentemente do lugar onde os pacientes residam.

O cenário de Uberlândia que compôs essa pesquisa foi o serviço da rede municipal. O serviço vinculado ao HC-UFU não foi um cenário em virtude da necessidade de aprovação pelo Comitê de Ética local, o que não ocorreu em tempo hábil para a realização da pesquisa.

O SAD de Uberlândia atende uma média de 300 pacientes continuamente. O programa é composto por enfermeiros, médicos, fisioterapeutas, assistentes sociais, psicólogos, terapeuta ocupacional, dentista e técnicos de enfermagem.

Cada setor sanitário (Norte, Sul, Oeste, Leste e Central), também denominado de região, possui uma EMAD, sendo organizado ainda pelo horário de atendimento (manhã ou tarde). Então, por essa organização, cada equipe é

responsável pelos pacientes de acordo com um território definido, tendo uma média de 30 pacientes admitidos.

No município, a modalidade de atendimento aos usuários é dividida em AD1, AD2 e AD3. O paciente da AD1 possui dificuldade em ir até o posto de saúde ou ambulatório. Esse perfil AD1 é acompanhado pelo SAD e posteriormente transferido para os cuidados da atenção primária. Os pacientes AD2 e AD3 são complexos. Os AD2 necessitam de antibióticos, anticoagulantes, possuem úlceras por pressão, necessitam de maior acompanhamento profissional, há pacientes que são ostomizados, bem como usuários e família que não sabem lidar com essa nova condição. O paciente AD3 possui ventilação invasiva 24 horas, alguns estão em cuidados paliativos, sendo acompanhado até o óbito em casa. Nesses casos, a equipe busca dar suporte para o usuário não sofrer até que o óbito aconteça e suporte à família depois do óbito.

A equipe possui uma sala, localizada na Unidade de Atendimento Integrado (UAI) da região central, para que os profissionais possam realizar reuniões semanais, capacitações para a equipe e onde se encontram diariamente para planejar suas visitas. Próximo a essa sala está localizado um almoxarifado onde ficam guardados materiais e medicações para serem distribuídas pelo SAD.

4.3.2 Cenário 2 – Serviço de Atenção Domiciliar de Betim, Minas Gerais

O município de Betim faz parte da região metropolitana de Belo Horizonte, possui extensão de 346 km² e está a 30 km da capital mineira (BETIM, 2014). Segundo o IBGE (2015), a população estimada para 2015 era de 417.307 habitantes, sendo a quinta maior cidade de Minas Gerais em população.

Betim possui quatro UAIs, que foram implantadas em locais estratégicos, localizadas em quatro regiões distintas: Alterosas, Guanabara, Sete de Setembro e Teresópolis, o que possibilita o atendimento aos usuários de toda extensão do município (BETIM, 2014). Todas as UAIs realizam atendimento de média e alta complexidade a adultos e, destas, apenas as UAI Sete de Setembro e Teresópolis fazem atendimento pediátrico. O município também conta com 34 Unidades de Atenção à Saúde, totalizando 77 equipes de Saúde da Família e 16 equipes de Agentes Comunitários de Saúde (BETIM, 2014).

Esse município é um pioneiro na AD em MG, que foi criada em 1996. Em cada UAI está lotada uma EMAD. A Secretaria Municipal de Saúde implementou, desde maio de 2009, a Política Municipal de Atenção Domiciliar, que compreende dois programas: o Programa de Internação Domiciliar (PID), oferecido pelas Unidades de Atendimento Imediato; e o Programa de Atendimento Domiciliar, realizado pelas Unidades Básicas de Saúde. O cenário deste estudo foi composto pelo programa denominado PID.

4.4 Participantes do estudo

Segundo Minayo (2012), a definição de amostragem significativa na pesquisa qualitativa não pressupõe o critério numérico, entretanto a preocupação essencial é com o aprofundamento e a abrangência do caso estudado. Ressalta-se que “uma amostra qualitativa ideal é a que reflete, em quantidade e intensidade, as múltiplas dimensões de determinado fenômeno e busca a qualidade das ações e das interações em todo o decorrer do processo” (MINAYO, 2017, p. 10).

Para a escolha dos participantes da pesquisa, deve ser levado em consideração quem são os indivíduos sociais que têm maior vinculação com o problema a ser investigado (MINAYO, 2012). Torna-se significativo incluir nesta pesquisa os enfermeiros que atuam nas equipes de AD nos cenários escolhidos.

No SAD de Uberlândia, nove enfermeiras compõem as equipes, sendo uma a Responsável Técnica (RT). A RT realiza visitas na UAI para captação de pacientes e visitas domiciliares esporadicamente, segundo a necessidade, e foi incluída no estudo por este motivo. Conforme descrito, existem equipes para o atendimento de uma determinada região ou setor sanitário, segundo o turno de trabalho (p.ex.: Oeste Manhã, Oeste Tarde etc.). Das oito enfermeiras, uma atua em duas equipes diferentes nos turnos Manhã e Tarde (Leste Manhã e Central Tarde), quatro atuam exclusivamente em uma equipe dentre as regiões da Manhã, duas da Tarde e uma enfermeira atua em horário especial para atender os trabalhadores (das 16h às 22h). As nove enfermeiras do SAD de Uberlândia foram participantes deste estudo.

No SAD de Betim, seis enfermeiros compõem as equipes. A coordenadora local também é enfermeira, mas realiza apenas ações administrativas e não foi incluída no estudo por este motivo. No período de coleta de dados, uma enfermeira estava de licença-maternidade e outra estava em férias, não participando, portanto,

do estudo. Neste município, somaram-se quatro participantes, três mulheres e um homem. Para evitar a identificação destes, optou-se pela padronização do gênero feminino para referenciá-los. Totalizaram-se 13 enfermeiras como participantes do estudo.

4.5 Produção dos dados: a vivência do trabalho de campo

Na pesquisa qualitativa, o pesquisador coleta dados “empíricos que tenham uma ligação com a questão para, então, analisá-los e escrever a respeito tendo como competência o mundo da experiência vivida, pois é nele que a crença individual, a ação e a cultura entrecruzam-se (SOUSA; ERDMANN; MAGALHÃES, 2016, p. 102). Para a análise em profundidade da atuação da enfermeira na AD de alta complexidade, a produção dos dados no percurso metodológico do estudo aconteceu em dois momentos, descritos a seguir:

- Primeiro momento: observação participante periférica da atuação das enfermeiras nas práticas de AD de alta complexidade com registro em diário de campo;
- Segundo momento: realização de entrevistas guiadas por um roteiro semiestruturado com gravação de áudio e registro em notas de campo com impressões do pesquisador.

O primeiro momento foi realizado por meio da observação participante periférica guiada por um roteiro orientador (APÊNDICE 2) para acompanhamento do trabalho de enfermeiros no domicílio.

Segundo Minayo (2012), a observação é um instrumento essencial para a coleta de dados na pesquisa qualitativa. Essa técnica de coleta de dados permite uma aproximação com o fenômeno pesquisado, pois possibilita ao pesquisador participar da vida diária dos sujeitos pesquisados para apreender os significados que os mesmos atribuem à realidade que os cerca e a suas próprias ações (LUDKE; ANDRÉ, 2013).

A observação pode ser classificada em não participante e participante. Na primeira, o pesquisador permanece distante do processo que está pesquisando, tendo um papel de espectador do objeto observado (GIL, 2010). Na observação não participante, os sujeitos da pesquisa não sabem que estão sendo observados, o observador não está diretamente envolvido na situação analisada e não interage

com objeto da observação. Já a técnica de observação participante se realiza por meio do contato direto do pesquisador com o fenômeno observado para ter acesso a informações a respeito da realidade dos atores sociais em seus próprios contextos. O observador, enquanto parte do contexto de observação, estabelece uma relação face a face com os observados (MINAYO, 2012).

A observação participante é um procedimento de coleta sistematizada de dados que permite identificar as atividades nas quais as pessoas estão inseridas no contexto da ação (LAPASSADE, 2001). Assim sendo, esta técnica foi selecionada para subsidiar a produção dos dados, uma vez que para captar a atuação da enfermeira e suas manifestações de aprendizagem e reflexividade seria necessário um olhar mais próximo da realidade.

Existem três tipos de observação participante que se diferem pelo grau de interação e envolvimento com o grupo: periférica, ativa e completa. Neste estudo, utilizou-se a participante periférica, uma opção estratégica com vistas a ampliar a compreensão do objeto estudado. A observação participante periférica considera que existe um efeito do observador no grupo em decorrência de sua presença. No entanto, ressalta-se que o pesquisador deve assumir distanciamento para não comprometer a análise da realidade empírica; a sua participação será para permitir a apreensão dos aspectos investigados (LAPASSADE, 2001).

A fase observacional foi realizada durante o trabalho das enfermeiras no domicílio. A entrada do pesquisador nos domicílios foi precedida da autorização dos profissionais que conduziam as práticas de cuidado, assim como dos usuários ou responsáveis. Durante essa solicitação, o pesquisador apresentou o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE 4 E 5) e informou de maneira a situá-los sobre os objetivos do estudo. Ressalta-se que todos os usuários ou responsáveis aceitaram a presença da pesquisadora.

Faz-se necessário destacar que o tempo de observação exige procurar e superar as observações pontuais. Entretanto, a presença do observador não deve interferir na conduta e espontaneidade das pessoas (MINAYO, 2012). O maior tempo de permanência no campo favorece para que os membros do grupo se acostumem com a presença do pesquisador (MINAYO; ASSIS; SOUZA, 2005).

De forma a superar percepções pontuais, no SAD de Uberlândia, foram realizadas 166 visitas a 141 pacientes, ocorridas no período de 26 de maio de 2016 a 4 de julho de 2016, totalizando 149 horas e 30 minutos de observação. Essas

peças foram acompanhadas, majoritariamente, em visitas assistenciais de cuidado paliativo, óbito e pós-óbito, de alta, de admissões, de administração de medicamento, realização de curativo complexo, cuidados com oxigenoterapia, realização de paracentese, de avaliação e de atendimento a intercorrências. No PID de Betim, foram realizadas 106 visitas a 45 pacientes, ocorridas no período de 12 de setembro de 2016 a 20 de dezembro de 2016, totalizando 117 horas de observação. A maioria das visitas ocorreu para realização de curativo, administração de medicamento, avaliação clínica, cuidado paliativo e cuidados com oxigenoterapia e ventilação mecânica (inclusive pediátrica). A definição dessa quantidade de horas deu-se pelo fato do esgotamento, em determinado momento, das aparições de novas situações, passando a ocorrer apenas repetições de fatos, considerando a condição de resposta à pergunta de pesquisa como um critério de interrupção. Neste sentido, cabe ressaltar que “não há medida estabelecida *a priori* para o entendimento das homogeneidades, da diversidade e da intensidade das informações necessárias a um adequado trabalho de pesquisa”. Do mesmo modo, “não existe um ponto de saturação *a priori* definido e nunca a quantidade de abordagens em campo pode ser uma representação burocrática e formal estabelecida em números” (MINAYO, 2017, p. 10).

Dessa forma, foi possível participar do cotidiano das enfermeiras e buscar captar as situações de aprendizagem durante suas ações, seja por meio das conversas durante as práticas assistenciais, seja nos relatos dos participantes envolvidos, na sala do SAD, no traslado para as visitas aos usuários e nos domicílios.

A observação permitiu o contato com as enfermeiras em "ato", possibilitando a análise de situações que envolveram dificuldades, reinvenções e aprendizado no cotidiano do trabalho. Ressalta-se a importância desta técnica, uma vez que, na cena concreta ou “em ato”, expressam-se valores, conceitos e estratégias que não necessariamente seriam captados em outros meios. Nessa etapa, foram utilizados o diário de campo e a gravação de áudio para transcrição.

A observação foi registrada no diário de campo, permitindo retratar os momentos vivenciados, de maneira a mostrar a realidade da atuação da enfermeira, de forma fidedigna, por meio dos trechos das conversas ou da interpretação das cenas vivenciadas. O diário de campo possibilita a organização e registro de percepções e experiências do pesquisador, sendo considerado um instrumento

utilizado para registro das percepções, inquietações, questionamentos e informações que não são contempladas por meio do uso de outras técnicas (MINAYO, 2012).

O diário de campo permite a realização de anotações “condensadas” sobre os atores envolvidos, objetivos das práticas, tecnologias e metodologias de trabalho utilizadas, dinâmica das atividades, sentimentos e posturas expressas, dizeres e atitudes que se destacaram. Assim, ao final de cada observação, foram registradas, também, as percepções e análises do pesquisador perante o observado. Seguindo as orientações de Spradley (1980), os registros condensados podem, posteriormente, ser transformados em registros “expandidos” por meio da organização das anotações e construção de textos com características descritivas e reflexivas.

Os registros iniciais foram realizados durante as visitas pela própria pesquisadora, com anotações de pontos principais e descritos em profundidade após as visitas, no mesmo dia da observação, possibilitando maior detalhamento das ações das enfermeiras nas cenas e das percepções do observador. O diário de campo construído pela observação possui 277 páginas de texto em Word, com formatação padrão A4, espaço simples, Arial 12. As notas de campo receberam uma codificação com a seguinte sequência de informações: “Diário de Campo – Data – Local ou número da visita – Participante”, por exemplo, “Diário de Campo – 26/05/2016 – sede – U02”. Para o terceiro campo de informação, segue-se o detalhamento de significados dos termos utilizados: “sede” refere-se ao espaço da sede do SAD; “trajeto” às observações realizadas durante a locomoção para as visitas; “V” seguido de número (VNº) refere-se ao número correspondente da visita. Nessa codificação, as enfermeiras participantes receberam uma identificação atribuída por uma classificação alfanumérica composta pela letra inicial do município (U para Uberlândia e B para Betim) e o número de 01 a 09 para Uberlândia e de 01 a 04 para Betim, atribuídos aleatoriamente.

O segundo momento da coleta de dados consistiu na realização de entrevista, considerada o procedimento mais utilizado dentre os diferentes tipos de técnicas para a coleta de dados em trabalhos de campo. A entrevista foi escolhida por proporcionar a obtenção de dados subjetivos e objetivos, sendo que opiniões e valores dos sujeitos são imprescindíveis para o reconhecimento do objeto deste estudo (MINAYO, 2012). O informante, seguindo espontaneamente a linha de seu

pensamento e de suas experiências dentro do foco principal colocado pelo investigador, começa a participar na elaboração do conteúdo da pesquisa.

As entrevistas foram orientadas por um roteiro semiestruturado, o qual contou com questões abertas que possibilitaram a liberdade para explorar a temática em estudo, relato de experiência ou ponto de vista (MINAYO; ASSIS; SOUZA, 2005) (APÊNDICE 3). Terminada a primeira versão do roteiro, seguiu-se a fase de sua adequação por meio da realização de entrevista piloto com duas enfermeiras com experiência em AD, que foram gravadas e transcritas. Após a entrevista piloto, adequações foram realizadas considerando a apreciação sobre a linguagem, a compreensão das perguntas feitas pelo entrevistador, a verificação da necessidade de alteração de perguntas e a verificação da necessidade de inclusão de perguntas ao roteiro original.

As entrevistas aconteceram após toda a parte observacional realizada no acompanhamento do trabalho da enfermeira no domicílio, de acordo com o cenário. Foram agendadas e realizadas individualmente, após a autorização dos sujeitos e dos dirigentes da instituição, sendo gravadas e transcritas posteriormente. Durante a realização das entrevistas foram registradas notas de observação com impressões do pesquisador.

Foi oportuna a condução de entrevistas como estratégia de coleta de dados para a investigação e obtenção de informações em relação às diferentes vivências referentes ao processo de aprendizagem reflexiva das enfermeiras no que concerne à sua atuação na AD de alta complexidade. Destaca-se que foi especialmente relevante o momento de sua realização após toda a parte observacional. A observação permitiu a aproximação da pesquisadora com os profissionais, aumentando o vínculo e a confiança entre os envolvidos.

Em um ambiente de confiança e empatia, os entrevistados permitem o acesso a elementos muito importantes para novas descobertas pela constatação ou refutação dos pontos identificados na observação (MINAYO; ASSIS; SOUZA, 2005). Além disso, a entrevista é um momento em que o participante pode expor os fatos não ditos de outras maneiras. Assim, a entrevista busca captar a percepção e a perspectiva dos participantes, dando-lhes voz.

Foram realizadas entrevistas com as nove enfermeiras do SAD de Uberlândia, com duração média de 36 minutos, totalizando 5 horas e 27 minutos (mínimo de 16 minutos e máximo de 52 minutos); e com quatro enfermeiras do PID

de Betim, com média de 53 minutos de entrevista, um total de 3 horas e 31 minutos (mínimo de 21 minutos e máximo de 1 hora e 14 minutos). Foram entrevistadas 13 enfermeiras, perfazendo um total de 8 horas e 58 minutos de tempo das entrevistas que foram gravadas e transcritas na íntegra, de forma a possibilitar a captação formal do discurso narrado sobre o tema, acompanhar e complementar as informações provenientes das observações.

De posse das entrevistas, foi realizada a transcrição na íntegra, com o auxílio do programa InqScribe®, gerando um banco de dados de textos provenientes das entrevistas, seguida da leitura do material de modo concomitante à audição das mesmas, buscando uma transcrição fiel à fala dos entrevistados. O total das transcrições consta de 169 páginas de texto em Word, com formatação padrão A4, espaço simples, Arial 12. A fala gravada nas entrevistas foi transcrita, evidenciando justaposições entre falantes, pausas, silêncios, entonação, ênfase, interrupções e trechos incompreensíveis. Para a análise, foram adotadas convenções para transcrições segundo a descrição do QUADRO 6. A convenção de transcrição traz adaptações ao padrão sugerido por Kock (1997), assim como os modelos de transcrições e orientações descritos por Fairclough (2001) e Magalhães (2000), no que diz respeito às direções referentes aos recursos para análise de discurso.

Quadro 6 - Codificação adotada para transcrição das entrevistas

Códigos	Ocorrência	Exemplificação
[[Falas simultâneas	[[É:: porque na:: minha rotina de serviço
(+)	Pausas e silêncios de até 1,5 segundos(+), sendo cada (+) para cada 0,5 segundo. Acima de 1,5 segundo cronometrar e colocar entre parentes.	(+) É...é... assim é:: acaba que
(), (incompreensível) ou (suposição)	Dúvidas ou sobreposições	atenção domiciliar... (incompreensível)
/	Truncamentos bruscos	que eu pen/ que
LETRAS MAIÚSCULAS	Ênfase ou acento forte	ELES quisessem trabalhar
::	Alongamento de vogal	ao longo do:: do tempo de EXPERIÊNCIA::
(())	Comentários do analista	nós duas e não demos conta ((risos))
-----	Silabação	que foi uma por-ca-ri-a, uma PORCARIA!
Própria letra	Repetições	deixa eu ver, e e e...
- eh, ah, oh. ih:::, mhm, ahã	Pausa preenchida, hesitação ou sinais de atenção	Ah, isso é complicado

Fonte: Kock (1997) - adaptado pela autora (2016).

Também foi adotado o uso de reticências entre colchetes, [...], para indicar recortes dentro do mesmo discurso. As entrevistas também receberam a identificação dos participantes e codificação das entrevistas atribuindo a mesma classificação alfa numérica adotada no Diário de Campo, composta pela letra inicial do município (U para Uberlândia e B para Betim) e o número de 01 a 09 para Uberlândia e de 01 a 04 para Betim, atribuídos aleatoriamente.

A seguir, apresenta-se uma caracterização dos participantes do estudo que permite identificar o tempo de formação acadêmica, o tempo de atuação e a qualificação em AD e, ainda, os quantitativos da observação e da entrevista realizadas (QUADRO 7).

Quadro 7 - Caracterização dos participantes do estudo

Identificação	Ano de graduação	Qualificação específica em AD	Tempo de atuação na AD	Número de visitas na observação	Número de pacientes visitados	Tempo de observação	Tempo de entrevista
U01	2011	Sim (UNA-SUS ⁶⁶)	5 anos	20	16	20 horas	44 minutos
U02	2010	Incompleta (UNA-SUS)	3 anos	35	29	35 horas e 10 minutos	52 minutos
U03	2004	Sim (UNA-SUS)	3 anos	10	8	12 horas	32 minutos
U04	2012	Não	2 anos e 2 meses	4	4	3 horas e 30 minutos	33 minutos
U05	2008	Não	1 ano	17	17	14 horas e 20 minutos	35 minutos
U06	2007	Sim (UNA-SUS)	4 anos	15	15	13 horas e 40 minutos	49 minutos
U07	2004	Não	2 anos	23	15	14 horas e 20 minutos	16 minutos
U08	2010	Não	1 ano	37	32	25 horas e 30 minutos	29 minutos
U09	2010	Não	4 anos	5	5	11 horas	37 min
B01	2008	Não	5 anos	25	9	25 horas	56:05
B02	1988	Não	10 anos	8	6	16 horas	59:46
B03	2005	Não	6 anos	20	12	20 horas	21:03
B04	2007	Não	3 anos	53	18	56 horas	1 hora e 14 min
Total				272	186	266 horas e 30 minutos	8 horas e 58 minutos

Fonte: Elaborado pela autora.

A produção dos dados garantiu os aspectos de qualidade da pesquisa qualitativa, quais sejam: credibilidade, transferibilidade e confirmabilidade. O critério da credibilidade refere-se à execução da pesquisa de forma que seus resultados sejam dignos de confiança e foi alcançado pela permanência e engajamento do pesquisadora no campo e, também, pelo uso de técnicas de triangulação dos dados (GODOY, 2005). A transferibilidade foi alcançada pela descrição densa do fenômeno estudado, permitindo ao leitor o julgamento sobre a possibilidade de transferência dos resultados encontrados para outros contextos (GODOY, 2005). A

⁶⁶ UNA-SUS – Universidade Aberta do SUS (Curso de Especialização em Atenção Domiciliar)

confirmabilidade envolve avaliar se os resultados estão coerentes com os dados coletados (GODOY, 2005), o que foi possível pela validação da análise dos dados pelas discussões com a orientadora e grupo de pesquisa.

4.6 Análise dos dados

A análise das evidências de um estudo de caso é um dos aspectos menos desenvolvidos e mais complicados de se realizar (YIN, 2015). Os estudos de caso usam várias fontes de informação. O pesquisador deve recorrer a uma variedade de dados os quais são coletados em diversas situações. Por meio da triangulação, as descobertas do estudo de caso são sustentadas por mais de uma fonte de evidência (YIN, 2015). Neste estudo foi utilizada a análise de dados resultantes de entrevistas e observações registradas em diário de campo. Assim, os estudos de caso buscam representar distintos pontos de vista numa situação social. O pesquisador procura trazer, para o estudo, essa divergência de visões expondo seus achados no relatório de estudo de caso.

A análise do estudo foi conduzida pela interpretação das categorias de análise, a saber: Aprendizagem reflexiva e Práxis, ancoradas nos referenciais teóricos de Donald Schön e Adolfo Sánchez Vázquez, respectivamente. A análise dos casos possibilita o aprofundamento da compreensão da práxis da enfermeira na sua relação com a aprendizagem reflexiva de enfermeiras na AD.

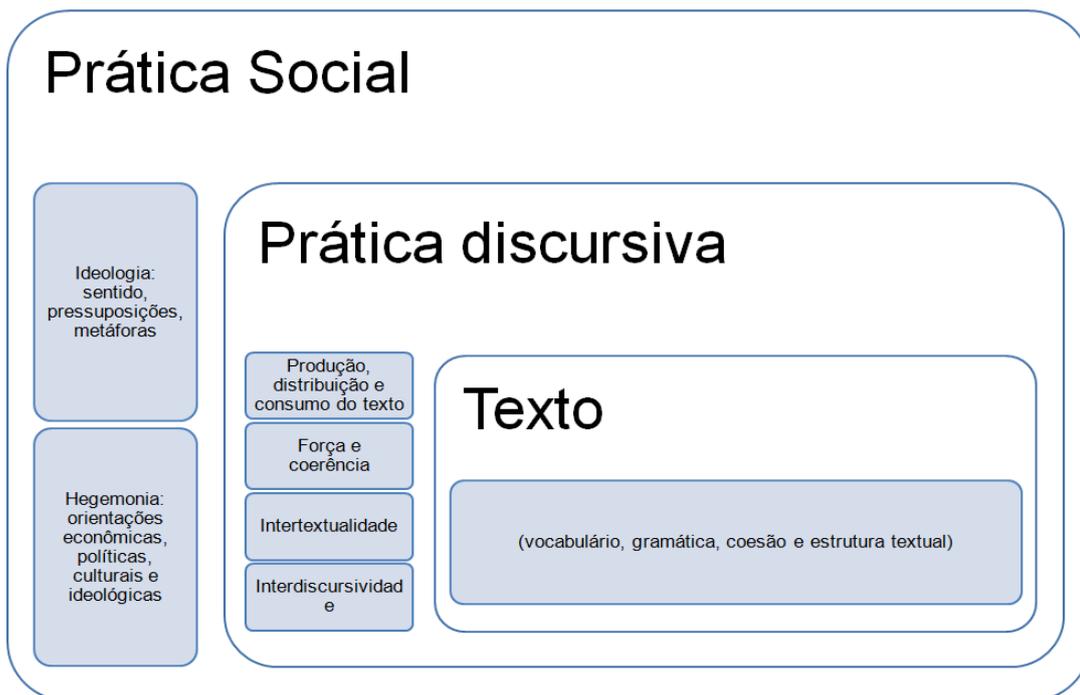
Os dados empíricos foram analisados buscando revelar o conteúdo manifesto nos discursos, correlacionando-o ao referencial teórico que sustentou a descrição das categorias analíticas. Para a análise dos dados, foi realizada a Análise de Discurso Crítica (ADC), na perspectiva de Fairclough (2008), para apreender a prática social dos indivíduos pela linguagem utilizada nos discursos, considerando a realidade vivida e condicionados à historicidade. Ressalta-se que os discursos refletem entidades e relações sociais, bem como as constroem ou as constituem como entidades-chave de diferentes modos e posicionam as pessoas de diversas maneiras como sujeitos sociais (FAIRCLOUGH, 2008).

Por representar o local de sua produção, é possível, por meio da ADC, compreender o contexto social do objeto estudado e os aspectos que possam complementá-lo, assim como as ideologias utilizadas pelos grupos de domínio e as

estratégias discursivas utilizadas para a manutenção das mesmas (FAIRCLOUGH, 2008; RESENDE; RAMALHO, 2004).

O modelo tridimensional de análise de discurso proposto por Fairclough (2008) distingue três dimensões no discurso — texto, prática discursiva e prática social —, segundo propósitos analíticos (FIGURA 4).

Figura 4 – Concepção tridimensional do discurso



Fonte: Adaptado de Fairclough (2008).

O modelo de análise de discurso é pormenorizado em categorias, a saber: vocabulário, gramática, coesão, estrutura textual, força, coerência e intertextualidade. A união desses itens forma um padrão para a análise que envolve aspectos de sua produção e interpretação, como também as propriedades formais dos textos (FAIRCLOUGH, 2008). A representação diagramática da concepção tridimensional do discurso consiste em uma tentativa de reunir três dimensões analíticas indispensáveis na análise de discurso: a análise textual descritiva; a interpretação da prática social como algo produzido e compartilhado pelas pessoas; e a interpretação da prática social em relação às estruturas sociais (FAIRCLOUGH, 2008).

Na análise dos textos, podem ser empregados quatro itens: vocabulário, gramática, coesão e estrutura textual. No estudo do vocabulário, busca-se identificar

palavras individuais. Na categoria “gramática”, a análise se volta para o modo como as palavras são combinadas em frases e orações. Pela coesão, busca-se a análise das conexões entre as frases por meio de mecanismos de referência, palavras de mesmo campo semântico, sinônimos próximos e conjunções. Na categoria “estrutura textual”, identificam-se propriedades organizacionais do texto em larga escala, as maneiras e a ordem em que elementos são combinados (FAIRCLOUGH, 2001; RESENDE; RAMALHO, 2004).

Na prática discursiva, são analisadas a produção, distribuição e consumo textual que variam de acordo com os fatores sociais. Analisam-se também as categorias “força dos enunciados”, “coerência” e “intertextualidade” (FAIRCLOUGH 2001; RAMALHO; RESENDE, 2011). Ao analisar a força dos enunciados, buscam-se atos de fala desempenhados. A coerência perpassa as conexões e inferências necessárias e seu apoio em pressupostos ideológicos. Na análise intertextual, identificam-se as relações dialógicas entre o texto e outros textos (intertextualidade) e as relações entre ordens de discurso (interdiscursividade) (RESENDE; RAMALHO, 2004).

A análise da prática social refere-se aos aspectos ideológicos e hegemônicos na instância discursiva analisada (RESENDE; RAMALHO; 2004). Por meio do discurso, é possível compreender o que está sendo constituído socialmente através de identidades sociais, relações sociais e sistemas de conhecimento e crença.

A análise dos dados iniciou com uma primeira leitura cuidadosa das transcrições das entrevistas e do diário de campo. Somente na segunda leitura, foram registrados grifos e comentários a respeito dos textos, já iniciando uma seleção prévia de recortes potenciais. Tais leituras foram realizadas seguindo a ordem de realização das entrevistas. Dessa forma, a transcrição da entrevista e o diário de campo construído durante a observação do trabalho de campo da participante U01 foram os primeiros dados a serem analisados. Em uma terceira leitura, foram realizados os recortes dos discursos que potencialmente responderiam ao objetivo do estudo. Mediante a seleção dos excertos discursivos, foi construído um texto com a descrição dos dados referentes a cada enfermeira, separadamente, apresentando a atuação de cada uma. Após esse momento, realizou-se uma análise transversal da atuação das enfermeiras, buscando identificar elementos comuns. Nesse momento, um novo texto foi produzido, apresentando as duas categorias de

análise, Práxis e Aprendizagem Reflexiva, acompanhada de uma análise de quais aspectos discursivos foram utilizados para abordar esses conceitos.

Após essa fase, em outros momentos distintos, novos processos de categorização dos dados foram realizados. Tratou-se de uma tarefa trabalhosa, demorada, mas que buscou apresentar os dados especificamente relacionados à questão de pesquisa. Como a unidade mínima de análise em ADC é o texto, buscou-se apresentar os recortes selecionados para análise de modo que não se constituíssem de enunciados isolados, mas de trechos significativos em seu conjunto. Os excertos receberam uma numeração de acordo com sua apresentação no corpo do texto como forma de organizar a apresentação dos exemplos.

Em uma aproximação com as categorias de análise, da ADC, propostas por Fairclough (2008), destaca-se que não se pode definir a priori quais as dimensões que serão utilizadas para a análise dos discursos. É sempre uma consequência do próprio texto e da questão de pesquisa (RAMALHO; RESENDE, 2011). As categorias de análise textual são formas e significados textuais conjugados a formas singulares de representar, “de (inter)agir e de identificar(-se) em práticas sociais situadas”. Por meio delas, é possível “analisar textos buscando mapear conexões entre o discursivo e o não discursivo, tendo em vista seus efeitos sociais” (RAMALHO; RESENDE, 2011, p. 161).

Durante a análise dos dados, os aspectos discursivos, conforme Fairclough (2001) e Ramalho e Resende (2011), que emergiram foram: afirmações avaliativas, modalidade epistêmica pelo uso de frases interrogativas, metáforas, afirmação com modalidade deôntica, metadiscurso, ironia, interdiscursividade. No Quadro 8, apresenta-se uma exemplificação de cada elemento textual discursivo que emergiu durante a análise. Para tanto, optou-se por demonstrar o seu conceito e um exemplo de excerto do discurso.

Quadro 8 – Aspectos discursivos que emergiram durante a análise dos dados.

Aspecto discursivo	Conceito	Exemplo da análise (discursos das enfermeiras)
Afirmação avaliativa	Apresenta juízo de valor. Afirmações acerca do que é considerado desejável ou indesejável, relevante ou irrelevante.	“é difícil de resolver” “Se deu certo deu, beleza, se não deu eu pego e mudo”
Modalidade epistêmica interrogativa	Refere-se ao comprometimento com a "verdade".	“será que eu fiz certo?” “Será que não tem mais nada que eu possa fazer? Será?”

Continuação

Aspecto discursivo	Conceito	Exemplo da análise (discursos das enfermeiras)
Afirmção com modalidade deôntica	Refere-se ao comprometimento com a obrigatoriedade/necessidade.	“você tem que saber” “você tem que ajustar a fala”
Metadiscorso	Uso de expressões evasivas, tentativa de controle sobre a formulação do discurso.	“muita coisa a gente não consegue:: cumprir. Não é que assim, não consegue”
Ironia	Possui uma natureza intertextual: um enunciado irônico ecoa o enunciado de um outro. "Dizer uma coisa e significar outra".	“tudo lindo e maravilhoso” “toda técnica estéril bonitinha”
Interdiscursividade	Diferentes discursos articulados no texto.	“não que a gente realiza o procedimento errado no domicílio, [...] tem portarias do Ministério da Saúde que EMBASAM a gente na nossa prática no domicílio mesmo [...] Mas [...], nem todo domicílio vai ter uma luz perfeita” (Discurso normativo / Discurso prático) “você vai conseguir continuar com a sua técnica, seja ela estéril, seja ela só limpa” (Discurso literário)
Pressuposição	Proposições tomadas pelo produtor do texto como já estabelecidas ou dadas.	“porque na área hospitalar você tem tudo” “a única diferença é que em casa você não tem o recurso que você tem no hospital”
Representação de eventos/atores sociais	Representação de práticas sociais construídas a partir de determinados pontos de vista e, por isso, representam atores, eventos envolvidos nas práticas de diferentes maneiras.	“A teoria é bem teoria mesmo” “então eu costumo dizer que na atenção domiciliar quem toca a campanha e pede licença para entrar somos nós, e não num ambiente fechado”
Temporalidade	Revela as séries de tipos de texto nas quais ou das quais é transformada.	“você vai aprendendo é com o tempo mesmo” “o que você vai mudando é:: amadurecendo, é questão de prática, de técnica, ganhando experiência”
Intertextualidade	Combinação da voz de quem pronuncia um enunciado com outras vozes que lhe são articuladas.	“Ah:: ((YYY)) faz assim que eu tentei e deu certo. Faz assim que eu tentei e deu certo” “faz isso isso isso e isso, entendeu?”

Fonte: Elaborado pela autora segundo Fairclough (2001) e Ramalho e Resende (2011).

Para a construção dos resultados, procedeu-se à análise dos eventos discursivos, entendidos como partes de uma prática discursiva, considerando as dimensões tridimensionais texto, prática discursiva e prática social no contexto

sócio-histórico e das transformações sociais (FAIRCLOUGH, 2008; MAGALHÃES, 2004). Seguindo as diretrizes propostas por Fairclough (2008), a análise e a apresentação do *corpus* progrediram da interpretação à descrição e voltaram à interpretação, em um processo contínuo, refletindo o que acontece na prática, em que as dimensões da análise, decisivamente, encontram-se superpostas na prática.

A apresentação e a discussão dos resultados da análise dos dados deste estudo foram organizadas em forma de categorias de análise (com categorias e subcategorias), conforme mostra o Quadro 9.

Quadro 9 – Apresentação das categorias e subcategorias

Categorias	Subcategorias
5.1 Prática da enfermeira no domicílio: fazeres e saberes mobilizados pela reflexividade	5.1.1 A dinâmica do trabalho da enfermeira na atenção domiciliar: o conhecer-na-ação
	5.1.2 Prática reflexiva da enfermeira no domicílio
5.2 Aprendizagem reflexiva: situações, fontes e mediadores	5.2.1 Situações que despertam a aprendizagem reflexiva e seus mediadores
	5.2.2 Aprendizagem reflexiva: prática, experimentação e experiência
5.3 Práxis no trabalho da enfermeira no domicílio	5.3.1 Configuração da relação entre teoria e prática no domicílio
	5.3.2 Adaptações da enfermeira no domicílio: entre o resultado ideal e o resultado real da atividade prática
	5.3.3 (Re)invenção do trabalho da enfermeira no contexto domiciliar

Fonte: Elaborado pela autora.

4.7 Considerações éticas

A respeito dos aspectos éticos, ressalta-se que o projeto de pesquisa foi encaminhado para análise e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa de Seres Humanos da Universidade Federal de Minas Gerais (CAAE: 51528815.0.0000.5149) e pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Prefeitura Municipal de Betim (CAAE 51528815.0.3002.5651) (ANEXO), Parecer de número 1590828, a fim

de respeitar os princípios éticos da pesquisa, em conformidade com a Resolução Nº 466, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2012c).

Foram respeitados todos os direitos dos participantes do estudo, garantindo-lhes a liberdade de recusar a participar ou retirar seu consentimento no decorrer do trabalho. Aos participantes que aceitaram participar da presente pesquisa, durante as fases de observação e entrevistas, foi entregue um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido em duas vias (APÊNDICES 4 e 5), que foi preenchido e assinado. Também foi assegurado o caráter anônimo dos sujeitos e das instituições, bem como suas identidades protegidas. Ressalta-se que a fase de coleta de dados foi realizada somente após a apreciação e aprovação pelos Comitês de Ética.

Resultados e Discussão

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

5.1 Prática da enfermeira no domicílio: fazeres e saberes mobilizados pela reflexividade

Esta categoria se divide em duas subcategorias: “A dinâmica do trabalho da enfermeira na atenção domiciliar: o conhecer-na-ação” e “Prática reflexiva da enfermeira no domicílio”. Na primeira, está descrita a dinâmica do trabalho da enfermeira, enfatizando o seu fazer no domicílio. Para isso, as unidades de análise do caso em estudo foram apresentadas pela descrição de cenas observadas no cotidiano das enfermeiras participantes. Em face das circunstâncias observadas, foi possível identificar elementos do ato de conhecer-na-ação, conforme os pressupostos teóricos de Donald Schön. A segunda subcategoria apresenta as cenas cotidianas e os discursos das enfermeiras em que a incerteza surge dando vez ao elemento-surpresa no trabalho na AD. Foi possível vislumbrar que tal característica repercute na reflexão-na-ação e na reflexão sobre a reflexão-na-ação.

5.1.1 A dinâmica do trabalho da enfermeira na atenção domiciliar: o conhecer-na-ação

Nesta subcategoria, apresenta-se o desenvolvimento do trabalho das enfermeiras, indicando os modos de agir no domicílio. Na atuação da enfermeira na AD, foi possível observar que existem singularidades derivadas da imprevisibilidade do domicílio e, também, repetições de um padrão de ações cotidianas.

Existem diferenças na dinâmica do trabalho da enfermeira nos cenários do estudo em decorrência da organização do trabalho de cada serviço.

Em Uberlândia existe uma sede única em uma sala ampla, localizada em uma Unidade de Atendimento Integrado (UAI) do município. Todos os profissionais e gestores se encontram neste espaço. Foi possível notar uma interação harmoniosa entre os profissionais. Nesse espaço, as enfermeiras também têm contato com a enfermeira responsável técnica (RT), que, diariamente, acompanha o planejamento e o desenvolvimento das visitas. Outra característica do SAD Uberlândia, e que repercute no trabalho da enfermeira, refere-se à forma de distribuição das atividades e das visitas. A enfermeira RT se responsabiliza pela supervisão e planejamento das

atividades dos técnicos de enfermagem e realiza, diariamente, uma escala para a administração de medicações e, também, de curativo, para os turnos da Manhã, Tarde e Horário do Trabalhador. Para essas atividades, durante os dias de semana, somente os técnicos de enfermagem realizam as visitas (um ou mais de um técnico de enfermagem), exceto no turno denominado Horário do Trabalhador, quando a enfermeira também acompanha. Assim, em muitos casos, as enfermeiras das equipes planejam suas visitas para outras ações (curativos complexos, cuidado paliativo, avaliação diária ou semanal, entre outros) e os técnicos de enfermagem realizam administração de medicações e/ou curativos. Durante os dias de semana, as enfermeiras realizam, por vezes, as visitas acompanhadas por médicos de suas equipes.

Em muitos momentos observados, foi possível notar que as enfermeiras, ao chegarem à sala do SAD, organizam os prontuários, priorizam os pacientes que serão visitados no dia e organizam, no almoxarifado, as suas caixas com os materiais que serão levados nas visitas. Das nove enfermeiras participantes do estudo, sete demonstram grande envolvimento na condução do planejamento e organização do trabalho de suas equipes, no plano das avaliações e definições das rotas a serem seguidas. Uma enfermeira acompanha o planejamento realizado pela médica de sua equipe e outra enfermeira atua no Horário do Trabalhador, atendendo às escalas realizadas pela enfermeira RT que destina o atendimento aos casos de antibioticoterapia e outros necessários.

(1) Geralmente quem planeja as visitas e separa os prontuários dos pacientes é a enfermeira. Ela diz: "O médico só vai". (Diário de Campo – 06/06/2016 – trajeto - U01)

(2) Na sala, a médica fica sentada, e a enfermeira separa os prontuários para as visitas. A enfermeira foi organizar os materiais da caixa. (Diário de campo - 23/06/2016 – sede – U03)

Nos finais de semana e feriados, a rotina é diferente. A escala das visitas é programada pela enfermeira RT do SAD e geralmente é para atendimento de casos de antibioticoterapia (ATB), realização de curativos complexos, visitas a pacientes em cuidado paliativo e atendimento de intercorrência. A rota para o trajeto é realizada, inicialmente, de acordo com os horários de administração das medicações. Caso não tenha prioridade pelo critério de horário, a rota é planejada conforme a proximidade dos locais de residência dos pacientes. Na escala de fins de

semana e feriados, são alocados enfermeiras e técnicos de enfermagem, e os médicos quando precisam completar carga horária. Nesses dias, os profissionais atendem pacientes de todos os setores sanitários de Uberlândia, o que requer muito tempo no trajeto. Segue um relato de uma cena das atividades das enfermeiras do SAD de Uberlândia, realizada em dia de feriado:

- (3) Ao entrar na sala sede do SAD, a enfermeira verificou a escala realizada pela RT previamente. Após isso, sentou-se à mesa e procedeu à leitura do livro de registro. Durante a permanência na sala, a enfermeira atende ligações de pacientes ou cuidadores. Atendeu uma ligação de uma cuidadora informando que o paciente estava “tirando a sonda”. A enfermeira a orientou enrolar uma toalha para “amarrar” e conter o paciente na cama. [...] Ela organiza os materiais que serão levados para as visitas. O almoxarifado se localiza em outra sala, distante aproximadamente 20 metros da sala da equipe. Organiza uma caixa grande, com ajuda de uma técnica de enfermagem (TE) (caixa com materiais para caso seja necessário, tais como luvas, materiais para medicação e para curativo), duas maletas de mão (uma de antibioticoterapia [ATB] e outra com materiais para curativo) e uma bolsa de mão (esfigmomanômetro, estetoscópio, oxímetro de pulso e termômetro). Ela as deixa do lado de fora do almoxarifado e os motoristas pegam e levam para o carro. A caixa grande foi no porta-malas, e no banco de trás colocou as duas maletas de mão e a bolsa de mão. A enfermeira também leva no carro a escala de visitas e os prontuários dos pacientes. Voltando para a sede, a enfermeira guarda os materiais, envia o que for necessário para esterilizar no hospital municipal e repõe a caixa. Vai para a sala, faz os registros nos livros de plantão, liga para as técnicas de enfermagem (que foram em outro carro para fazer ATB) a fim de saber se está tudo bem. Atende ligações. Uma cuidadora de paciente da sua área ligou. A enfermeira me contou que era uma paciente que estava indo a óbito e que disse que iria vê-la no outro dia. Também faz o registro no e-SUS, quando possível (Diário de Campo – 26/05/2016 – sede - U02)

No trajeto para os domicílios, foi possível observar que algumas enfermeiras liam os registros em prontuários para acompanhar a evolução do paciente.

A rotina da realização *in loco* das visitas inclui chamar o paciente ou cuidador, sendo necessário por vezes ligar, utilizando o próprio telefone celular, pedir licença para entrar na casa, cumprimentar os presentes, perguntar como o paciente está (direto a ele ou ao cuidador), aferir alguns sinais (frequência cardíaca, pressão arterial e saturação de oxigênio, utilizando o estetoscópio, esfigmomanômetro e o saturímetro), conversar com o cuidador e com o paciente, dar os encaminhamentos, entregar materiais, se necessário, e fazer os registros (no próprio domicílio ou na sede). Observou-se que apenas uma enfermeira realiza os registros ainda na própria residência do paciente.

- (4) A enfermeira fala que gosta de fazer o registro no domicílio e diz que é “porque na sala tem muita gente e é difícil raciocinar”. (Diário de Campo – 06/06/2016 – V36 - U01)

Outro ponto observado é que, durante as visitas aos pacientes, a maioria das enfermeiras é bastante atenciosa com eles e com a família. Foram raros os momentos em que o contrário foi observado.

Cada enfermeira possui uma pasta com os documentos que são necessários durante a visita: receituário, folha de evolução, carbono, folha de planejamento de medicação, entre outros instrumentos. Em vários momentos, os encaminhamentos durante as visitas domiciliares incluem a anotação de um recado em um papel preso por clipe na capa do prontuário. Esse recado pode ser para a equipe ou mesmo um lembrete para a própria enfermeira (como pedir troca de receita ou um relatório para solicitar benefício).

No cenário Betim, existe uma sede administrativa própria onde fica a equipe de coordenação, sendo que cada Equipe Multiprofissional de Atenção Domiciliar se localiza em uma sala nas UAIs do município. A EMAP se centraliza em uma sala separada em uma das UAIs. A maioria dos encontros observados entre os profissionais se restringiu aos componentes da própria EMAD e foi possível notar uma diferença na interação entre os profissionais de acordo com cada equipe. Das três EMADs que foram cenários do estudo, em duas foi possível observar uma desarticulação entre as ações dos profissionais; e, em uma, relação harmoniosa e integrada. Outra característica refere-se à forma de distribuição das atividades e das visitas. Em duas EMADs, o perfil de pacientes admitidos e a rotina de organização das visitas são muito influenciados pela decisão médica. Na outra EMAD, a enfermeira possui uma grande potência na gestão e condução dos casos admitidos.

No SAD de Betim, existe um carro para cada EMAD, para o transporte de toda a equipe em conjunto para a realização das visitas. Dessa forma, saem para as visitas a enfermeira, os técnicos de enfermagem e, por vezes, a médica e a assistente social. Assim, em muitos casos, as enfermeiras das equipes planejam e acompanham as visitas para ações cujo foco é a atuação de outro profissional (avaliação médica, realização de curativo simples, administração de medicação). Uma potência nessa forma de organização é a ação interdisciplinar, possibilitando a discussão de casos e a execução de um plano de cuidados coletivo. Entretanto, isso não se efetiva em todas EMADs. Pela observação, foi possível evidenciar que a

ação isolada de cada categoria profissional sobressai no trabalho desenvolvido em duas EMADs. Assim, por vezes, foi observado que toda a equipe entrava no domicílio; e enquanto um profissional realizava uma ação, por exemplo, uma avaliação clínica, a enfermeira, os técnicos de enfermagem e a assistente social ficavam do lado de fora da residência, na varanda ou quintal. No momento da avaliação de sinais vitais, um técnico entrava. Quando era o momento da realização do curativo, a enfermeira entrava e os outros saiam. Dessa forma, não foi observado em ato, em duas EMADs, uma discussão de caso efetiva e interdisciplinar. Em outra EMAD, o contrário se manifestou, e, nesta, a enfermeira liderava uma ação conjunta e interdisciplinar com toda a equipe.

- (5) A enfermeira pergunta se conseguiu coletar o escarro para o exame. Pergunta sobre tosse e alimentação. A assistente social assumiu a abordagem, e a enfermeira sentou em um banquinho para fazer o registro. Uma técnica de enfermagem afere sinais e a outra prepara a medicação. (Diário de campo – 12/09/2016 – V04 – B01)
- (6) Visita para admissão na UAI. A médica do SAD fez o encaminhamento, e a enfermeira foi realizar a admissão, sozinha. Chega à enfermaria, fala que é enfermeira do Melhor em Casa. Explica os objetivos do programa. [...] Durante as orientações para a admissão, fala que sabe que é muita coisa, mas que ela tem que falar. [...]. (Diário de campo – 13/09/2016 – V13 – B02)
- (7) A médica é quem faz todo o exame, prescreve a medicação e orienta sobre cuidados. A enfermeira só observa, escurada em uma porta. Enquanto isso, a técnica de enfermagem procura manga no quintal. (Diário de campo – 08/11/2016 – V34 – B03)
- (8) A enfermeira ficou do lado de fora da casa. Só a médica entrou. A enfermeira demonstrou preocupação com minha presença e falou que “não tem nada de enfermagem, só critério clínico mesmo”. (Diário de campo – 09/11/2016 – V44 – B03)
- (9) Admissão de criança com traqueostomia. Médica e enfermeira lavam mãos no banheiro. A médica chega e ausculta pulmão e pergunta a enfermeira se acha que a elevação da cabeceira está boa. Ela falou que não, que está baixa. A médica faz orientações iniciais. A TE faz avaliação de sinais. Enquanto isso, a enfermeira faz os registros, preenche a ficha de requisição de materiais para o PAD e, de tempos em tempos, parava e olhava a cena de atuação da médica, demonstrando estar prestando atenção. A médica pergunta se a equipe quer falar algo. A enfermeira fala que se tiver complicação grave é para levar para a UAI ((YYY)), pois é a mais próxima. Depois falou que a médica explicou muito bem e reforçou algumas orientações. Perguntou à mãe se ela está segura e se sabe fazer a técnica de aspiração [...]. (Diário de campo – 25/11/2016 – V60 – B04)

Pela observação da atuação da enfermeira na AD, nos dois municípios, foi possível notar que a organização de trabalho é diversificada, e isso se deve à

combinação do trabalho em ato e do envolvimento de cada profissional na condução do cuidado.

O agrupamento dos motivos de visitas se deu, *a priori*, pela definição do caso em estudo. Considerou-se a atuação do enfermeiro na atenção domiciliar de alta complexidade, conforme evidenciada na revisão de literatura realizada: nutrição parenteral, diálise peritoneal, administração de medicamentos via parenteral (subcutânea, intramuscular e endovenosa), oxigenoterapia (incluindo a ventilação mecânica invasiva e a não invasiva), cuidados paliativos e cuidados com feridas complexas (ANDRADE et al., 2017). Ademais, outros motivos se destacaram no quantitativo das visitas observadas, entre elas as visitas para avaliação ou para atendimento a intercorrências, admissão, realização de paracentese e, também, as de atendimento a crianças. Ressalta-se que não foram observadas práticas de nutrição parenteral e diálise peritoneal, pois não havia pacientes com necessidades destes procedimentos durante o período de coleta de dados nos dois municípios.

O Quadro 10 apresenta a descrição das atividades realizadas nas visitas domiciliares, de acordo com a principal prática desenvolvida pela enfermeira, conforme os dados da observação.

Quadro 10 – Descrição das práticas realizadas nas visitas domiciliares por enfermeiras segundo dados da observação

TIPO DE PRÁTICA OBSERVADA	NUMERO DE VISITAS
Cuidados com feridas	85
Outras ações*	71
Administração de medicamentos via parenteral	55
Cuidados paliativos	36
Atendimento à criança	14
Oxigenoterapia e ventilação mecânica	11
Nutrição parenteral	0
Diálise peritoneal	0

*Outras ações: avaliações, atendimento a intercorrências, admissão de pacientes e realização de paracentese.

Fonte: Elaborado pela autora.

A observação das práticas permitiu evidenciar que as enfermeiras agiam espontaneamente em muitas situações, sendo, portanto, revelado o conhecimento-na-ação. Tal fato é relevante para este estudo, uma vez que a prática reflexiva

utiliza-se do conhecer-na-ação durante a ação profissional, pois é na atividade que surgem situações-problema a serem resolvidas de maneira espontânea e imediata. O conhecer-na-ação constitui-se o primeiro momento da reflexão-na-ação, sendo importante a descrição da dinâmica do trabalho da enfermeira na AD.

Como exposto, a prática mais frequente realizada pelas enfermeiras nas visitas domiciliares foi a realização de cuidados a feridas. Foram acompanhadas 85 visitas nas quais foi possível identificar relevância ao desempenho do papel da enfermeira na assistência ao paciente que possui lesão. Sua atuação incluiu avaliar o paciente e a ferida, prescrever e executar o curativo, orientar cuidadores e acompanhar a evolução da lesão.

Para a avaliação do paciente e da ferida, foram observadas algumas ações apresentando um padrão de repetição durante as visitas. Entre elas, destacam-se a coleta de informações a respeito do paciente, leitura de prontuário, perguntas sobre presença de febre, padrão de eliminações, ingestão de água e avaliação de sinais vitais. Em relação à avaliação e evolução da lesão, foi possível notar a realização de exame da pele, seleção de coberturas variadas para o tratamento e realização de técnicas de debridamento.

(10) Ela usa luva de procedimento para fazer a limpeza e o soro em jato, utilizando gaze para tirar excesso de secreção. [...] Na avaliação falou em voz alta me chamando para ver: “é, esse tecido aqui tá demais, né, eu acho que pode tirar. Não sei se tem...”. Enquanto fala, ela continua avaliando a ferida. Disse: “vou tirar sim, vou fazer um debridamento”. [...] Da maleta, ela pega um par de luvas estéreis e um *kit* de debridamento. A enfermeira fez o procedimento realizando falas durante o momento. [...] Na realização do debridamento, a enfermeira disse: “aqui no domicílio a gente não tem todas as condições, por exemplo, não tem campo fenestrado. Mas a gente faz a técnica correta usando gaze e sem contaminar”. [...] Durante todo o procedimento a enfermeira ficou sentada na própria cama da paciente. Ela mesma afastou a cama que estava encostada na parede [...] (Diário de Campo – 26/05/2016 – V05 - U02)

(11) A enfermeira chamou e, ao chegar a casa, colocou uma luva e retirou os curativos para avaliar o leito da ferida. Passa o dedo para verificar se tem secreção. [...] Fala que “parece ser fáschia muscular, porque as fibras estão muito organizadas”. (Diário de Campo – 06/06/2016 – V36 - U01)

Em relação à presença de outros profissionais no momento da realização do curativo, não houve um padrão único de condução do caso. Por vezes, a enfermeira deixava que o técnico de enfermagem realizasse o curativo, mas sempre avaliando o aspecto da lesão. Em outros momentos, a enfermeira executava uma parte do curativo e ainda, em outros, foi possível notar que ela realizava todo o procedimento

enquanto os técnicos aferiam sinais vitais. No município de Betim, foi conduta-padrão a enfermeira assumir a realização do curativo quando o técnico estivesse presente na condução da visita.

- (12) A paciente tem uma ferida proveniente de uma erisipela bolhosa associada a uma possível úlcera venosa. No carro, a enfermeira disse que era um curativo muito difícil, muito grande. [...] A enfermeira faz o curativo em uma perna, e a TE faz na outra. A enfermeira fica agachada para fazer o curativo. A papaína acabou, e a enfermeira falou que podia cortar o frasco [...] passa o dedo dentro do frasco para “aproveitar o restinho da papaína”. (Diário de Campo – 12/06/2016 – V47 - U07)
- (13) [...] O médico e a enfermeira discutem a possibilidade de realizar o debridamento. A enfermeira acha que está muito superficial e definem ser melhor debridar a capa de tecido necrótico. [...] A enfermeira organiza os materiais e auxilia o médico. [...] Ele pede fio de sutura, e ela diz que não tem. O médico pede fósforo para cauterizar um ponto de sangramento, e a cuidadora diz que não tem. A enfermeira sugere fazer um curativo compressivo para estancar sangramento. [...] O médico ajuda colocando o esparadrapo no curativo realizado pela enfermeira. (Diário de Campo – 05/06/2016 – V28 - U08)

A avaliação da ferida foi algo que as enfermeiras demonstraram domínio. A prescrição do tipo de cobertura é realizada pela enfermeira, exceto a Papaína que é prescrita pelo médico em Uberlândia. No município de Betim, um diferencial notado foi o Programa Farmácia Viva, o qual oferece alternativa terapêutica em consonância com a política das Práticas Integrativas e Complementares de Saúde, responsável pela manipulação de fitoterápicos e homeopáticos, citado por todas as enfermeiras que realizaram curativo durante a observação. Nesse cenário, as enfermeiras recebiam uma capacitação que possibilita que sejam prescritoras de coberturas fitoterápicas. A prescrição do curativo pelas enfermeiras é considerada uma importante ferramenta para a continuidade dos cuidados ao paciente.

- (14) A enfermeira orienta a família a comprar Hidrogel. Fala como deve pedir e onde se localiza nas farmácias. [...] A enfermeira faz uma receita da cobertura. A cuidadora perguntou se ela está estudando pra médica, porque ela tem o jeito, enquanto a enfermeira fazia a receita. (Diário de Campo – 06/06/2016 – V36 - U01)
- (15) Primeira visita ao paciente que possui osteomielite. A enfermeira leva a maleta de medicação e curativo. [...] Faz o atendimento na varanda da casa. [...] A enfermeira avalia a ferida. Organiza os materiais sobre a grade de proteção da varanda. [...] Usa coberturas fitoterápicas. [...] protege os materiais cortantes em uma caixa de inox encapada pelas luvas de procedimento que usou. (Diário de Campo – 11/11/2016 – V215 – B04)
- (16) A enfermeira me fala que o paciente tem uma “ferida enorme” proveniente de uma picada de aranha-marrom. [...] a enfermeira faz o registro no

prontuário, onde tem uma prescrição do curativo. Eu pergunto sobre isso, e a enfermeira diz que “é para tentar padronizar o procedimento no paciente”, mas mesmo com a prescrição, cada profissional realiza de um jeito. (Diário de Campo – 19/06/2016 – V62 - U02)

A orientação de cuidadores para a continuidade da realização dos curativos foi uma conduta frequente nas ações da enfermeira. Para tanto, as enfermeiras utilizavam adequação da linguagem com exemplos a fim de facilitar o aprendizado do procedimento. Também demonstraram a realização do curativo para os cuidadores ou os solicitavam para demonstrar como deveria ser realizado para, assim, verificar a necessidade de mais orientações.

(17) O curativo é realizado com papaína, que já havia sido prescrita pela médica da área. A enfermeira coloca-a na gaze e orienta como fazer. “Tem que esparramar a papaína na gaze, só não passa na parte vermelha”. (Diário de Campo – 12/06/2016 – V43 - U07)

(18) A enfermeira posiciona a paciente para ver a ferida e orienta os familiares a colocarem “um traçado, tipo um lençol dobrado para facilitar a movimentação da paciente”. Orientou: “Precisa mudar de posição de duas em duas horas porque se deixar de um lado só vai abrir outra ferida”. Orienta a observar se está com odor mais forte e usar o soro com o “buraco pequeno mesmo, para sair um jato para limpar a ferida”. A enfermeira retira o curativo anterior e, na avaliação, fala que tem muito tecido desvitalizado, explica que é um tecido ruim para a paciente. [...] O curativo é feito perto da nova cuidadora, pois ela vai continuar a realizá-lo. Então, a enfermeira direciona a explicação para a ((YYY)), entendendo que ela o fará depois. Explica detalhadamente [...] “onde tiver amarelo, preto e marrom pode usar colagenase e o hidrogel onde tiver vermelho”. [...] Orientou a ligar em caso de dúvidas, que eles explicam quantas vezes forem necessárias. [...] No carro, a enfermeira disse que é difícil para os cuidadores realizarem o curativo assim; e que entende o lado do cuidador. (Diário de Campo – 26/05/2016 – V05 - U02)

A avaliação da evolução da ferida foi algo que também se destacou no trabalho das enfermeiras. A utilização de fotografias para acompanhar a evolução da mesma foi algo que aconteceu de forma recorrente. O acompanhamento da melhora de uma lesão foi identificado como gerador de satisfação às profissionais.

(19) Paciente com traqueostomia e úlceras. A enfermeira me mostra fotos da ferida, realizadas no período da admissão, para demonstrar evolução da mesma. Nesse momento, apresenta-se sorridente dizendo que fica feliz ao ver a melhora. Disse que o cuidador já está capacitado para realizar o curativo. A enfermeira retira a cobertura, avalia a ferida e realiza novamente a técnica do curativo, utilizando óleo e pomada gel de calêndula a 10%. (Diário de Campo – 05/12/2016 – V229 – B04)

A segunda prática mais observada nas visitas domiciliares foi a condução de ações diversas que incluíram avaliações, atendimento a intercorrências, admissão

de pacientes e realização de paracentese, com 71 casos observados. A atividade denominada pelas enfermeiras de “avaliações” inclui ações diversas, como troca de cateter de cistostomia ou gastrostomia, realização de punção arterial e cateterismo vesical de alívio para coleta de material para exame laboratorial, manejo de sonda nasoenteral, retirada de sonda vesical de demora e auxílio no procedimento “paracentese”.

(20) A enfermeira abre os materiais para a paracentese em uma cama de solteiro ao lado. Abre os campos e os instrumentais estéreis. Pega os materiais na caixa de paracentese e auxilia no procedimento. [...] Faz a fixação do cateter, pois o médico não conseguiu. (Diário de Campo – 27/05/2016 – V12 – U02)

(21) A paciente estava no sofá. A enfermeira senta ao lado, afere sinais e pega materiais para punção de acesso para coleta. O médico sentado no sofá ao lado. [...] conseguiu puncionar a artéria radial e fazer a coleta do sangue. (Diário de Campo – 05/06/2016 – V27 – U08)

Nas visitas para avaliação clínica com a presença do médico, foi determinante a realização de aferição de sinais vitais pela enfermeira ou pelo técnico de enfermagem, se presente. Na condução de orientações de cuidados, a enfermeira se fez muito presente nas visitas acompanhadas por médicos; em certos momentos, havendo um trabalho integrado.

(22) O médico me fala que esse paciente era morador de rua. Teve convulsão e queda neurológica, com perda de função motora. O irmão que é idoso assumiu o cuidado. O médico cumprimenta e conversa com os dois. Enquanto isso, a enfermeira avalia os sinais. (Diário de Campo – 05/06/2016 – V33 – U08)

(23) A enfermeira faz punção na artéria radial para coleta de sangue, para avaliar função renal, mas tem dificuldade. [...] O médico fala que vai puncionar a femoral. [...] O médico pergunta a enfermeira a quantidade de sangue necessária, e ela responde “10 ml”. [...] O médico pede a enfermeira para ajudar segurando o abdômen da paciente. [...] O médico não conseguiu, e a enfermeira assumiu e avaliou o outro lado. Disse: “Aqui está melhor doutor. Quer que eu tente doutor?”. [...] A enfermeira tentou e conseguiu. Durante o seu procedimento, o médico a auxilia e diz: “Isso que é enfermeira boa”. (Diário de Campo – 11/06/2016 – V41 – U08)

No atendimento de intercorrências, foi possível identificar diferença na forma da condução dos casos, sendo definidora a presença do médico. Esses atendimentos são solicitados após a saída da enfermeira para a realização das visitas programadas. Quando presente, o médico assumia a avaliação e a prescrição de conduta; e quando ausente, a enfermeira assumia a condução e a tomada de

decisão a respeito do caso, sendo frequente ligar para médico de outra equipe para solicitar apoio na ação. A intercorrência na AD requer tomada de decisão multidisciplinar, buscando garantir encaminhamentos para a melhoria do paciente.

- (24) Essa visita objetiva atender uma intercorrência: dor por cálculo renal. [...] O paciente fala que está com muita cólica renal. [...] A enfermeira faz o exame abdominal no paciente e pede para ver os exames. Explicou-me que ele tem vários cálculos nos rins e ureter, mais de 20, sendo um com mais de 20 cm de diâmetro. Falou que é um caso para resolução cirúrgica. A enfermeira falou que ligaria para o médico. [...]. Falou com a médica da outra equipe e anotou em um papel a prescrição da mesma. (Diário de Campo – 06/06/2016 – V39 – U01)

Quanto as 54 visitas nas quais aconteceram administração de medicamentos, foi possível identificar que a enfermeira tem domínio em relação ao conhecimento teórico e técnico. Em seu cotidiano de atuação na AD, notou-se uma diferença na conduta em relação à presença de outro profissional — no caso, o técnico de enfermagem. Quando esse profissional esteve ausente, a enfermeira assumia o preparo e a administração da medicação. Se acompanhada do técnico de enfermagem, a enfermeira assumia quando o mesmo possuía dificuldade na punção ou mesmo auxiliava na fixação de um acesso e ainda realizava a supervisão da ação e orientação em caso de dúvida sobre o procedimento.

- (25) [...] A punção está na jugular. A TE (técnica de enfermagem) prepara a medicação e conecta ao acesso venoso. Como teve resistência na infusão, a enfermeira assume e diz ser resistência postural. Orienta o paciente sobre posicionamento. [...] e espera toda a medicação ser infundida. (Diário de Campo – 12/12/2016 – V238 – B04)
- (26) [...] Não conseguiram o acesso venoso periférico (AVP), e a TE menciona a possibilidade de realizar hipodermoclise. Mas a enfermeira tenta puncionar mais uma vez, obtendo êxito. [...] No carro, a enfermeira falou que puncionou mais uma vez para não perder a dose da medicação que já havia sido preparada. (Diário de Campo – 22/06/2016 – V14 – U05)
- (27) A enfermeira prepara a medicação e faz via hipodermoclise. Fica pensativa e fala que está em dúvida em relação ao cálculo da medicação. Continua pensativa e descreve como será, em baixa tonalidade. Em seguida, prepara e administra. (Diário de Campo – 04/07/2016 – V160 – U03)
- (28) [...] A enfermeira pede o material da medicação e prepara em cima de outra cama. Administra via hipodermoclise. Relata que não correu bem e, por isso, pede uma almofada para posicionar o braço de modo a melhorar o gotejamento. [...] (Diário de Campo – 26/06/2016 – V129 – U02)

Uma ação observada concerne ao processo de supervisão da equipe técnica de enfermagem. A orientação de técnicos de enfermagem a respeito da

administração de medicamento foi observada na execução do cuidado no domicílio, no trajeto no carro ou mesmo na sala da sede do serviço. Em uma EMAD, estava presente um cartaz indicando orientações a serem consideradas para a administração de medicamento, sendo essa uma ação de enfermeiro para nortear as condutas das equipes.

- (29) [...] Paciente possui cateter venoso central (CVC). A enfermeira pergunta a TE se já fez medicação em CVC e explica: “Tem que tirar 3 ml do cateter por causa da heparina e injetar 20 ml de soro antes da medicação”. Explica mais de uma vez porque a TE apresentou dificuldade. [...] No carro, a TE pergunta por que tem que fazer todo aquele processo e a enfermeira explica. (Diário de Campo – 19/06/2016 – V59 – U02)
- (30) Na sala, me diz que faz orientações aos técnicos de enfermagem, pois muitas vezes eles fazem as visitas sozinhos, especialmente nos fins de semana. Disse que tenta levar atualizações para o serviço. (Diário de campo – 13/09/2016 – Sede - B02)

Outra ação de domínio da enfermeira referiu-se às orientações destinadas aos pacientes ou aos cuidadores. Tais ações foram observadas nas orientações para a administração de medicamento pela família, para o fechamento do sistema de infusão, para a guarda de medicações e para o cuidado com o acesso venoso.

- (31) A enfermeira pergunta à cuidadora se ela sabe “fechar a torneirinha” (o three way) e demonstra dizendo “é só virar a bundinha”. Explica e mostra como é o procedimento. (Diário de Campo – 28/05/2016 – V14 – U05)
- (32) [...] orienta a cuidadora sobre a aplicação da heparina e informa que administração será realizada pela família. [...] O paciente falou que ele mesmo iria administrar. [...]. A enfermeira demonstrou como é a agulha, disse que “é pequeninha”. Pede pra o paciente quebrar o frasco e explica como deve ser realizado o procedimento. [...] o próprio paciente já faz. [...] A enfermeira orienta sobre os cuidados com o armazenamento das medicações e sobre descarte das agulhas [...]. (Diário de Campo – 04/06/2016 – V26 – U05)

As visitas domiciliares destinadas ao cuidado paliativo tiveram uma participação efetiva das enfermeiras. As 36 práticas observadas evidenciaram a presença de trabalho em equipe multiprofissional, o apoio emocional à família e os cuidados de conforto ao paciente.

- (33) Ao chegar a casa, U02 bate no portão e a filha da paciente nos recebe com lágrima nos olhos, abraça a enfermeira dizendo que “ela está indo”. Entramos e ao chegar próximo à porta do quarto onde estava a paciente, a enfermeira percebeu que ela tinha acabado de falecer. [...] A enfermeira entrou devagar e apoiou a filha. U02 encostou-se à senhora ((YYY)) e verificou pulso, confirmando sua ausência. Abraçou os familiares e também chorou junto. [...] A enfermeira retirou o AVP e os dispositivos de

oxigenoterapia. Ajudou a filha a retirar os cobertores e a dobrá-los, em um silêncio respeitoso, muitas vezes de cabeça baixa. [...] Ao chegarmos à sede do SAD, U02 me disse: “É, mais intenso que isso, não tem jeito”. (Diário de campo - 27/05/2016 – V10 – U02)

- (34) [...] A enfermeira afere a pressão e orienta as filhas para não ficar repetindo toda hora. A enfermeira conversa com as filhas do paciente e diz “ele não está sentindo dor, a respiração está mais lenta não é porque está ruim, é a vela que está acabando de queimar e apagar. Ele está indo com serenidade no rosto, sem agonia, [...]. A entrega, o desapego é a forma mais linda de amor. Vocês estão entregando ele para quem entregou pra vocês”. A filha, chorando, diz “que coisa mais linda, minha filha”. A enfermeira orienta sobre os procedimentos em caso do óbito: “Vou deixar meu telefone e pode ligar direto pra mim” e também orienta a ligar na funerária se for de madrugada e no outro dia a médica vai para atestar. [...] (Diário de campo - 23/06/2016 – V83 – U05)

O atendimento a crianças no domicílio, observado em 14 visitas, foi realizado por duas enfermeiras entre as participantes do estudo. A prática, segundo os dados da observação, possui particularidades em decorrência das características próprias da pediatria.

- (35) A enfermeira prepara os materiais para as visitas. Menciona que o atendimento será a uma criança para administração de medicamento e que considera muito difícil atender esse público, uma vez que todo o processo é diferente, “a dose é diferente, o cálculo é diferente, a punção é diferente, a presença da mãe é diferente”. Afirma que a equipe não tem preparo para este tipo de prática. No domicílio, a enfermeira conversa com os pais e esclarece dúvidas sobre o atendimento [...]. (Diário de campo - 16/09/2016 – V181 – B02)
- (36) “Essa criança veio para gente como uma criança toda problemática, ela tinha lábio leporino, tinha uma fenda no céu da boca, aí já chegou desnutrida, já chegou com traqueostomia, chegou com a fenda palatina e com difícil acesso”. Segundo a enfermeira, a mãe possuía uma dificuldade imensa para lidar com essa nova situação, “a mãe chegou toda desestruturada”. A enfermeira informa que atualmente a mãe está capacitada e que a criança melhorou muito. A enfermeira demonstra muita satisfação ao descrever a evolução da criança. (Diário de campo - 12/12/2016 – V240 – B04)
- (37) Criança de cinco anos possui paralisia cerebral. A enfermeira chega depois da equipe. Demonstra muita liberdade ao entrar no quarto da criança, conversar de forma mais espontânea com a mãe e brinca com a criança, que sorriu muito para a enfermeira. A enfermeira menciona que a condição do menino é estável. Pergunta à mãe se tem algo para falar com ele, verificou o Bipap. [...]. (Diário de campo - 28/11/2016 – V226 – B04)

Os pacientes que faziam uso de oxigenoterapia ou ventilação mecânica domiciliar estavam admitidos há mais tempo no programa. Dessa forma, nas 11 visitas acompanhadas, não foi realizado treinamento inicial, mas as orientações com

pacientes, familiares ou cuidadores quanto ao manuseio dos equipamentos foram observadas.

- (38) [...] A paciente estava no banho. A enfermeira conversou com a filha sobre os cuidados com o circuito do ventilador. Falou que está condensando por causa da mudança do tempo, “está mais frio, está mais calor, está úmido, aquece mais lá, está mais frio, o que vai acontecer, vai condensar, vai dar mais líquido”. Orientou que, nesses casos, será necessário aumentar a limpeza do sistema [...]. No carro, a enfermeira menciona que “para a ventilação no domicílio, a família tem que ser orientada com essas coisas”. (Diário de campo - 25/11/2016 – V222 – B04)

As práticas descritas anteriormente foram agrupadas pelo motivo principal da realização da visita. Entretanto, cabe destacar que outras ações aconteceram durante a condução das visitas domiciliares, entre elas a identificação da demanda de outros profissionais de saúde e o estabelecimento de vínculo com paciente e família, especialmente nos casos de cuidados mais prolongados, como nos cuidados paliativos e nos atendimentos a crianças e a pacientes com feridas.

- (39) [...] A cuidadora pergunta sobre higiene oral [...]. A enfermeira relata que vai pedir a visita do dentista e orienta que “é importante cuidar porque uma doença no dente pode parar lá no coração”. Orientou a usar enxaguante bucal em uma gaze enrolada em uma espátula. A cuidadora também pergunta sobre o uso de suplemento [...]. A enfermeira menciona que vai solicitar visita da nutricionista. (Diário de campo - 26/05/2016 – V03 – U02)
- (40) [...] (após realizar o curativo e atender a paciente). A enfermeira vai até a cozinha tomar café e conversa com a filha da paciente sobre os cuidados. [...] No carro, a enfermeira falou que é importante parar e conversar com a filha, pois, nesse momento, a família se sente acolhida. [...] Falou que aprendeu a demorar mais no café [...]. Segundo ela, isso é importante para a construção do vínculo e da relação de confiança com a família. (Diário de campo - 24/06/2016 – V97 – U06)
- (41) A enfermeira narra a história do paciente para a médica durante o trajeto. [...] Ao chegar, a enfermeira chama pelo nome da filha e a trata com muito carinho. [...] Informa que vai solicitar ao dentista uma avaliação. [...] Avalia a lesão na região trocantérica, relata à médica que está com uma área de solapamento e pus e sugere que será necessária prescrição de ATB. [...] A médica prescreve clindamicina e a enfermeira menciona que irá buscar uma doação, pois considera que a medicação tem um preço alto e inacessível para a família. [...]. (Diário de campo - 27/06/2016 – V136 – U04)

As cenas do trabalho da enfermeira na AD podem ser descritas em termos de estratégias, compreensão de fenômenos e formas de conceber uma tarefa ou problema adequado à situação, sendo atos de conhecer-na-ação. O conhecer-na-ação representa conhecimentos, valores, percepções, conceitos e pressupostos já

aprendidos e que acompanham as enfermeiras em seu dia a dia. Esse conhecer é implícito, chamado por Schön de “tácito”, ou seja, nem sempre pode ser descrito verbalmente para que seja compreendido (SCHÖN, 2000, p. 31). De tal modo, ele é obtido no fazer e nas relações com outras pessoas.

Assim, o ato de conhecer-na-ação permite ao profissional ser apto às suas tarefas. Essa aptidão se revelou, na atuação das enfermeiras, durante a realização de ações de forma habilidosa, realizando ajustes de suas respostas perante as variações nos fenômenos. Ressalta-se a utilização proposital do termo “variação”, em vez de surpresa, pois as mudanças no contexto e na resposta não ultrapassaram as fronteiras do familiar, pelo ponto de vista da pesquisadora. Essa ressalva é válida, pois Schön descreve que um executante habilidoso pode demonstrar um ato de conhecer-na-ação e, na verdade, pode integrar a reflexão-na-ação no decorrer de uma tarefa em andamento.

Diante disso, os dados indicam, na prática profissional das enfermeiras no âmbito domiciliar, a manifestação do conhecer-na-ação, expressão cunhada por Schön (2000). Para esse autor, as situações da prática profissional são caracterizadas pela incerteza, desordem e indeterminação. Nesse sentido, o conhecer-na-ação refere-se a uma prática com a aplicação dos conhecimentos para as decisões instrumentais, sendo inerente à ação inteligente (SCHÖN, 2000).

Uma ação inteligente, segundo o autor, refere-se a uma atividade que requer um processo de ajuste e expectativa sequencial de detecção e correção de erro. A expressão *conhecer-na-ação* refere-se aos tipos de conhecimento revelados nas ações inteligentes, em que o ato de conhecer está na ação, revelado pela “execução capacitada e espontânea da *performance*”. Para Schön (2000), esse tipo de conhecimento advém de uma experiência em que o reconhecimento é imediato, impossível de ser verbalmente explícito.

Desse modo, o conhecer-na-ação constitui o primeiro processo para o desenvolvimento dos talentos artísticos profissionais e, também, para formar um profissional reflexivo, pois, segundo Schön (2000), saber mais do que quanto se pode explicar constitui uma maneira de saber tácito.

O processo dinâmico de conhecer-na-ação é caracterizado por processos mentais por meio dos quais ocorre julgamento, decisão e ação espontâneos, sem que as regras ou os procedimentos empregados sejam descritos verbalmente. Portanto, o “conhecer-na-ação é um processo tácito, que se coloca

espontaneamente, sem deliberação consciente e que funciona, proporcionando os resultados pretendidos”, enquanto a situação permanecer dentro dos limites da normalidade, do que é comum (SCHÖN, 2000, p.33). Na prática, na execução momento a momento de um processo, a pessoa coloca em ação um vasto repertório de imagens de contextos e ações. O profissional, nesse contexto, pode responder à variação durante a execução de uma prática, sendo essa resultante de mudanças no contexto e na resposta que nunca ultrapassam as fronteiras do familiar, do conhecido. Portanto, o conhecer-na-ação pode ser descrito em termos de técnicas, captação de acontecimentos e maneiras de realizar o trabalho.

As ações das enfermeiras revelam padrões de prática profissional, tais como durante a realização de curativos, a avaliação de sinais vitais e exame físico e a administração de medicamentos. Para Schön (2000, p. 36), uma “prática profissional é o domínio de uma comunidade de profissionais que compartilham, nos termos de John Dewey, as tradições de uma vocação”. Os profissionais “compartilham convenções de ação que incluem meios, linguagens e ferramentas distintivas e operam dentre de tipos específicos de ambientes”. Suas práticas estão “social e institucionalmente padronizadas, de forma a apresentar ocorrências repetidas de tipos particulares de situações. Assim, “o processo de conhecer-na-ação de um profissional tem suas raízes no contexto social e institucionalmente estruturado do qual compartilha uma comunidade de profissionais” (SCHÖN, 2000, p. 37).

Dessa forma, os achados revelaram um *corpus* de práticas que faz parte do processo de conhecer-na-ação, refletindo o processo de formação de enfermeiros. Entretanto, cabe ressaltar que as participantes deste estudo possuem experiências diferentes, tanto em relação ao tempo de prática quanto aos locais e tipos de vivências pessoais e profissionais. A esse respeito, Schön (2000) ressalta que as pessoas que exercem uma profissão são diferentes entre si, em suas experiências anteriores, especializações e perspectivas particulares que levam para seu trabalho e em seus estilos de execução. Contudo, elas compartilham um “corpo de conhecimento profissional explícito e organizado mais ou menos sistematicamente” (SCHÖN, 2000, p. 37).

Os atos de conhecer-na-ação se manifestam na repetição de atividades que imprimem a lógica de organização de cada serviço e, ainda, os traços característicos da profissão. Isso foi observado na sequência de ações realizadas durante as visitas domiciliares, como a aferição de sinais vitais, perguntas sobre as condições do

paciente, bem como nas técnicas de realização de uma punção de acesso venoso, de um curativo complexo e de administração de medicamento. Entretanto, o local de desenvolvimento dessas atividades, o domicílio, produz variações que exigem um conhecer-na-prática, as quais, por vezes, fogem da reprodução de padrões. Citam-se cenas nas quais foram predominantes: pedir licença e pedir para prender o cachorro a fim de adentrar no lar do paciente, sentar e tomar um café junto da família para proporcionar uma escuta diferenciada, aguardar o término de um banho para o atendimento, compartilhar o mesmo espaço, oferecer cuidado com diferentes profissionais e com os familiares, realizar o curativo agachada e sentar na cama para realizar um curativo.

Cabe ressaltar que tais ações também podem ser vislumbradas no trabalho em saúde em diferentes contextos. Entretanto, acrescenta-se o fato de que a AD configura-se como um espaço de atenção à saúde não tradicional, em que o profissional realiza o cuidado no domicílio - espaço de domínio do paciente. Ademais, tal cuidado perpassa distintas formas de atuação e tecnologias, sendo singular, em especial, no que se refere à centralidade do usuário e das famílias na estruturação e gestão dos projetos terapêuticos (ANDRADE et al., 2017). Retoma-se que o contexto domiciliar deve ser compreendido 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 únicos, porém possuem interferência mútua e simultânea (LACERDA, 2000), o que caracteriza a singularidade da AD.

O conhecer-na-ação no trabalho da enfermeira no domicílio requer a utilização de diferentes conhecimentos, que podem ser descritos conforme propõe Carper (1978). A autora apresentou a existência de quatro padrões fundamentais de conhecimento em enfermagem: empírico, ético, estético e pessoal. Tal definição possui importância por defender a necessidade de utilização, pela enfermagem, de outros padrões de conhecimento, além do empírico utilizado anteriormente. Por meio desses quatro padrões de conhecimento, pode-se organizar o corpo de conhecimento da enfermagem, que se fundamenta como base para uma prática de enfermagem, e também elucidar configurações de pensar sobre os fenômenos próprios da profissão (CARPER, 1978).

O conhecimento empírico é objetivo, abstrato, exemplar e verificável. Quando confirmado pelo uso de testes repetidos ao longo do tempo, é concebido em

generalizações científicas, leis, teorias e princípios que explicam e preveem (CARPER, 1978). O conhecimento estético é expressivo, subjetivo e exclusivo. A estética corresponde à arte da enfermagem, tornando-se aparente no cuidar. O conhecimento pessoal refere-se ao modo como as enfermeiras notam a si mesmas e o cliente. O conhecimento pessoal é subjetivo e gera a totalidade e a integridade nos encontros pessoais. Este tipo de conhecimento é o que promove a totalidade e a integridade no relacionamento pessoal, recusando uma orientação manipuladora e impessoal (DIAS, 2013). O conhecimento ético refere-se ao código moral da enfermagem e fundamenta-se no comprometimento de servir e respeitar a vida humana. Este padrão tem como guia a responsabilidade, o julgamento sobre o que é benéfico ou não, se deve ou não ser realizado, o que demanda do profissional clareza e conhecimento dos princípios éticos da profissão e da sociedade fundamentando suas ações. Compete ao enfermeiro realizar a melhor escolha, determinar o que é adequado em determinada circunstância.

Pelos excertos do diário de campo apresentados, é possível evidenciar os quatro padrões de conhecimento na atuação das enfermeiras na AD conforme demonstrado na Figura 5.

Figura 5 – Padrões de conhecimento da enfermagem na AD



Fonte: Elaborada pela autora a partir das definições de Carper (1978).

Cada padrão de conhecimento “em sua dimensão pode subsidiar em maior ou menor proporção uma ação, mas não de forma exclusiva e suficiente, pois necessita da interligação entre eles para a realização do cuidar com excelência” (LACERDA; ZAGONEL; MARTINS, 2006, p. 7).

O conhecimento empírico está presente no domínio dos aspectos teóricos, científicos, demonstrado pelas enfermeiras sobre organização do serviço e planejamento das ações, avaliação de feridas complexas e prescrição de coberturas, administração de medicamentos, oxigenoterapia (incluindo a ventilação mecânica invasiva e a não invasiva), cuidados paliativos, avaliação clínica e atendimento a intercorrências e demandas, gestão de risco e sobre as especificidades de atendimento a crianças.

No âmbito da atuação das enfermeiras na AD, o conhecimento empírico é relevante para o cuidado do indivíduo e de sua família. Enfermeiras necessitam de conhecimento que respalde suas ações e possibilite a clareza e o domínio sobre o cuidado a ser prestado. Neste sentido, o conhecimento teórico é fundamental para a realização do cuidado (“a gente faz a técnica correta usando gaze e sem contaminar”, “parece ser fáscia muscular, porque as fibras estão muito organizadas”, “A enfermeira sugere fazer um curativo compressivo para estancar sangramento”, “a enfermeira faz o registro no prontuário, onde tem uma prescrição do curativo [...] que ‘é para tentar padronizar o procedimento no paciente’”, “Precisa mudar de posição de duas em duas horas, porque se deixar de um lado só, vai abrir outra ferida”, “A enfermeira faz o exame abdominal no paciente e pede para ver os exames”, “Como teve resistência na infusão, a enfermeira assume e diz ser resistência postural”, “verificou o Bipap”). Ressalta-se que o padrão empírico é importante na AD, mas que não se sustenta sozinho (LACERDA; ZAGONEL; MARTINS, 2006).

O padrão estético permeia o cuidado de enfermagem, pois corresponde à arte e ao ato da enfermagem, tornando-se visível no cuidar (DIAS, 2013). Segundo Carper (1978), o padrão estético se evidencia mediante ações, comportamentos, atitudes, condutas e interações com as pessoas. A intuição, a criatividade e a interpretação são componentes centrais da estética (DIAS, 2013). O conhecimento estético pode ser relacionado com o “saber como” durante a realização do cuidado (CESTARI, 2003). Na AD, este conhecimento se expressa pela criatividade e intuição presente no processo de interação entre enfermeira e cliente na utilização

de recursos do domicílio para a realização de procedimentos, no saber como agir em relação às diferenças individuais visando criar um resultado positivo e na empatia ao buscar proporcionar conforto a pacientes e familiares.

Para a ação ter uma qualidade estética é necessária a unidade de fins e meios (CARPER, 1978). Assim, na atuação das enfermeiras nota-se a presença de um processo criativo e intuitivo na utilização de recursos do contexto domiciliar para a realização do cuidado (“aqui no domicílio a gente não tem todas as condições, por exemplo, não tem campo fenestrado”, “Organiza os materiais sobre a grade de proteção da varanda”; “pede uma almofada para posicionar o braço de modo a melhorar o gotejamento”, “pede o material da medicação e prepara em cima de outra cama”). O “saber como” inclui o planejamento e a execução de intervenções de enfermagem que emergem das situações particulares junto aos pacientes e familiares. O conhecimento estético, para Carper (1978), permite ir além dos limites e circunstâncias de um momento particular, de sentir o significado do momento e de visualizar o que é possível realizar. É por meio da compreensão do significado do momento de cuidado entre o profissional e o paciente, que torna a ação resultante significativa, sendo considerada arte (LACERDA; ZAGONEL; MARTINS, 2006).

A natureza do conhecimento estético busca fazer com que a enfermeira atue de uma maneira que adapte a situação, de acordo com os meios, para alcançar um resultado desejado. Concentra-se em saber como agir em relação às diferenças individuais com a finalidade de criar um resultado positivo. A empatia também é importante para que se possa conhecer a experiência particular e singular da outra pessoa (CARPER, 1978). Ao se colocar no lugar do outro, a enfermeira atribui significado ao momento e, conseqüentemente, modifica sua forma de agir (“a enfermeira direciona a explicação para a ((YYY)), entendendo que ela o fará depois [...] disse que é difícil para os cuidadores realizarem o curativo assim; e que entende o lado do cuidador”).

O conhecer e reconhecer outro ser humano como pessoa acontece por meio do conhecimento de si mesmo. Assim, o apoio emocional, o respeito e o estabelecimento de vínculos representam o conhecimento pessoal presente na prática da enfermeira na AD. O ato de chorar junto com a família indica a valorização da condição humana presente no cuidado, que se manifesta pelo autoconhecimento. Desta forma, o padrão pessoal indica que para atingir a condição ideal para realizar o cuidado deve-se estar disposto e receptivo ao outro, “compreender suas

necessidades despindo-se de todo e qualquer juízo pessoal e utilizar, com supremacia, sua imparcialidade”. Também deve “ouvir com sabedoria, lançar mão da reciprocidade, não apropriar-se do poder sobre o outro, facilitar as tomadas de decisões, reconhecer e incentivar o indivíduo a assumir seu próprio cuidado”. Em sua aplicabilidade no domicílio, a enfermeira deve “ter clareza de que ao realizar o cuidado domiciliar, com sua característica de respeito e sensibilidade ao contexto e situações vividas pelo paciente e seus familiares, não pode confundi-lo com seus próprios sentimentos” e, ainda, deve “agregar, além de sua competência enquanto profissional, também a sua contribuição enquanto pessoa” (LACERDA; ZAGONEL; MARTINS, 2006, p. 4).

A noção de responsabilidade presente no cuidado realizado pelas enfermeiras e a busca de prestação de melhores ações representam o padrão ético de conhecimento. Isso se revela na identificação da demanda para outros profissionais de saúde, na orientação realizada a cuidadores para a continuidade do cuidado, na satisfação ao perceber melhora da condição dos usuários atendidos e no acionamento da rede social ao buscar doação de medicamentos para a família. No atendimento domiciliar à saúde, o padrão ético auxilia o enfermeiro a alcançar “uma decisão que possa beneficiar o indivíduo em todos os sentidos ou na decisão que menores danos” ou consequências “possam trazer, vislumbrando a melhoria da qualidade de vida para o indivíduo e sua família que se encontra sob seus cuidados” (LACERDA; ZAGONEL; MARTINS, 2006, p. 5).

Na atuação no domicílio, as enfermeiras, participantes do estudo, utilizam os padrões de conhecimento e agem reproduzindo, com domínio, um campo de conhecimento técnico-científico, humano, responsável e sensível, que se dissolve no ato de agir espontaneamente, sendo executado e aprendido momento a momento. Assim, em alguns desses momentos, as variações se evidenciaram e exigiram a prática reflexiva de profissionais no nível do conhecer-na-ação. Por exemplo, durante uma visita de pós-óbito, a enfermeira realizou um conjunto de ações consideradas padrão para essa finalidade, tais como verificar pulso, orientar família sobre como serão as próximas condutas.

Entretanto, no agir, foi possível observar o chorar junto, o silêncio e a solidariedade que representam o ato de conhecer-na-ação, um tipo de conhecimento que a enfermeira possui na execução do ato em si. Mesmo que em tais características se reproduzam relações e se empreguem tecnologias do cuidado de

diferentes espaços da saúde, que não somente o domicílio, as enfermeiras, em seu trabalho na AD, inevitavelmente são confrontadas em situações que questionam os modos de fazer instituídos. A singularidade existe ao confrontar as profissionais quanto à realidade social na qual a família está inserida, à sua rotina, seus valores e às formas de cuidar ali instituídas (BRASIL, 2012b). Suas ações são permeadas de um saber fazer inteligente, espontâneo, que vai acontecendo à medida que os fatos vão ocorrendo. Não deve ser confundido com as “teorias” da ação, que são elaborações teóricas estáticas, ao passo que o conhecer-na-ação constitui uma elaboração dinâmica.

5.1.2 Prática reflexiva da enfermeira no domicílio

As práticas das enfermeiras na AD se apresentaram como espontâneas em determinadas situações. Nelas, a enfermeira executa as atividades com reconhecimento, decisão e ajuste de maneira natural aos contextos familiares. No entanto, Schön reforça que nem sempre a prática profissional é assim. Por vezes, um elemento-surpresa, e não mais variação, pode se manifestar seja por meio de uma rotina comum que produz um resultado inesperado, um erro não resolvido pela correção executada ou por meio de ações comuns que produzem resultados comuns, mas que existe algo nelas gerador de um reconhecimento de estranheza, pela mudança na forma de ver e reconhecer a ação. Nesses casos, algo não está de acordo com as expectativas do profissional, podendo gerar uma resposta por meio da reflexão (SCHÖN, 2000).

Nesse sentido, apresentam-se, a seguir, os achados do estudo que indicam as práticas de reflexão que surgem no e/ou do trabalho da enfermeira no domicílio. Nota-se a reflexividade sendo evidenciada por meio do uso dos seguintes recursos discursivos: silêncio durante a observação, afirmações avaliativas, modalidade epistêmica pelo uso de frases interrogativas e metáforas. Tais elementos indicam, respectivamente, a manifestação de reflexão; o processo de avaliação contínua do trabalho; um processo de elaboração mental reflexivo acerca das situações problemáticas ao profissional; e representações dos desafios diante de situações conflitantes.

A reflexão pode acontecer “no meio da ação, sem interrompê-la”, em um presente-da-ação, quando “ainda se pode interferir na situação em

desenvolvimento”. Nesse caso, o pensar serve para dar nova forma ao que está sendo feito, enquanto ainda o profissional o faz. Esse processo Schön denomina de reflexão-na-ação (2000, p. 32).

Ressalta-se, tal como o conhecer-na-ação, a reflexão-na-ação como sendo um processo que o profissional pode desenvolver sem que seja necessário dizer o que está fazendo (SCHÖN, 2000). Dessa maneira, os achados da observação do trabalho da enfermeira possibilitaram identificar a presença de cenas de manifestação da pausa na ação, acompanhada pelo silêncio, como um momento que mobiliza a reflexão, tal como observada nas práticas de cuidados a feridas e lesões, em atendimentos de intercorrência e à criança e, também, em cuidados paliativos.

- (42) [...] a enfermeira coloca luvas-procedimento e realiza a avaliação do leito da ferida. [...] Fica pensativa, em silêncio, olhando para a ferida, alterando a expressão facial. (Diário de Campo – 06/06/2016 – V36 - U01)
- (43) O médico avaliou a gastrostomia e verificou a presença de extravasamento de líquido. Chama a enfermeira para avaliar [...] que indicou realizar procedimento igual de outro caso: “faz ponto-bailarina, igual ao (YYY)”. A enfermeira observa e, após pensar um pouco em silêncio, diz que acha que não iria ajudar. [...] (Diário de Campo – 22/06/2016 – V76 – U06)
- (44) A enfermeira solicita ajuda da família para segurar o braço do paciente. Explica que serão “duas picadinhas porque são dois exames diferentes”. [...] Para definir se serão duas punções, a enfermeira demonstra pensar sobre o que vai realizar. Ela menciona, em voz baixa: “Não sei. Acho vou ter que fazer duas”, pausa em silêncio, olhando para a maleta. “Vou tentar em uma só”, pausa, “Vou ver”. [...] (Diário de campo - 23/06/2016 – V82 – U03)

Em todos os casos, a pausa em silêncio parece suscitar uma reflexão para uma tomada de decisão. Nota-se, no excerto 45, a presença da metáfora “Eu fiquei sem chão”, presente no discurso de U01, a qual indica que a dificuldade para explicar ao paciente que ele possuía uma doença terminal mediou um momento de reflexão durante a visita. Assim, a metáfora, como um elemento discursivo, foi utilizada para realçar a dificuldade vivenciada, podendo representar o seu momento de silêncio.

- (45) A enfermeira informa que a próxima visita será a um paciente com adenocarcinoma de reto com metástase pulmonar, que realiza hemodiálise três vezes por semana. A eliminação urinária é por meio de sonda vesical de demora e nefrostomia devido à insuficiência renal aguda, além de jejunostomia ativa e colonostomia improdutiva. A admissão é para cuidado paliativo. [...] Fomos para a sala da casa do paciente. Este, sentado em um

sofá; o filho, em outro, posicionado de forma perpendicular. A enfermeira sentou em uma cadeira, de frente aos dois. Ela pergunta se os profissionais que encaminharam explicaram sobre como é o programa Melhor em Casa. O paciente e o filho falam que não. A enfermeira levanta as sobancelhas e fica em silêncio por aproximadamente cinco segundos. Ela perguntou novamente e obteve a mesma resposta. A enfermeira explica sobre os cuidados paliativos e demonstra dificuldade para tal: expressão de preocupação, fala com tom baixo, bem pausadamente, intercalando com momentos de silêncio. Demonstrou tentar falar com muito cuidado. A expressão do paciente também me chamou muito atenção: olhos bem abertos, lábios apertados e uma expressão de preocupação e inocência ao mesmo tempo [...]. No carro, a enfermeira fala: "Como que o oncologista não explicou? Como que não explica que o paciente não tem cura?! Como que não fala que o paciente vai morrer?". A enfermeira falou: "Eu fiquei sem chão. Eu não sabia o que eu ia fazer". (Diário de Campo – 27/06/2016 – V134 - U01)

A reflexão-na-ação pode ocorrer pelo ato de pensar a respeito do que está sendo realizado, de modo a descobrir como o ato de conhecer-na-ação pode ter colaborado para um resultado inesperado. Assim, essa reflexão pode se revelar em uma pausa durante a ação para fazer o que Hanna Arendt (1971 apud Schon, 2000, p. 32) chama de "parar e pensar". A reflexão pode ocorrer no meio da ação, sem interrupção, de forma que ainda se pode interferir na situação em desenvolvimento. Nesse caso, o pensar serve para dar nova forma ao que se faz no presente.

Para Arendt (2010), a falta de pensamento é uma experiência comum na vida cotidiana, em que dificilmente as pessoas têm tempo e muito menos desejo de parar e pensar. Segundo a autora, todo pensar é um repensar, uma vez que alude à memória (ARENDR, 2010). O pensar demanda um "pare-e-pense", sem o qual não é possível buscar o significado, que se revela na reflexão (ANDRADE, 2013c) Ressalta-se que "No âmbito mais prático, Arendt assinala que a atividade do pensar estará sempre presente quando tivermos que tomar novas decisões suscitadas por momentos de dificuldades" (GUERRA, 2014, p. 164).

Ademais, cabe ressaltar que, para Alfaró-Lefevre (1996), o pensamento quando realizado com controle adquire uma característica crítica e reflexiva. Ele é uma atividade mental que pode acontecer sem objetivo e descontrolado. Entretanto, o pensamento crítico é controlado, proposital e mais adequado para atingir os benefícios de uma ação. Destarte, o pensamento crítico pode ser conceituado como o processo intelectual disciplinado do indivíduo ao desempenhar os atos de conceitualização, aplicação, análise, síntese e avaliação de informações obtidas ou geradas por meio da observação, experiência, reflexão, raciocínio ou comunicação.

Para pensar criticamente é preciso estimular o ato reflexivo, sendo necessário desenvolver a capacidade de observação, análise, crítica, autonomia de pensar, tornar-se agente ativo nas transformações da sociedade, buscar interagir com a realidade. O pensamento crítico-reflexivo é essencial e pode nos ajudar, por exemplo, na identificação de problemas reais e potenciais; a tomar decisões sobre um plano de ação; a reduzir riscos de obter resultados indesejáveis; a aumentar a probabilidade de alcançar resultados benéficos e a descobrir maneiras de nos melhorarmos, de contribuir para o aprimoramento de nossa equipe e de nossa prática (ALFARO-LEFEVRE, 1996).

Schön (2000) descreve que, no processo de reflexão-na-ação, existe uma sequência de “momentos”, nem sempre tão clara, um em relação ao outro. A sequência de momentos da reflexão-na-ação refere-se à transição entre o ato de conhecer-na-ação e o surgimento de respostas de rotina produtoras de algo inesperado, uma surpresa, que não se enquadra nos elementos do conhecer-na-ação. A surpresa, por sua vez, proporciona o fato de se destacar, de chamar a atenção. A seguir, a surpresa leva à reflexão dentro do presente-da-ação. Nesse momento, a reflexão é consciente, mesmo que não seja transmitida por meio de palavras. A reflexão-na-ação tem uma função crítica e desencadeia a incerteza quanto à estrutura de pressupostos do ato de conhecer-na-ação e, assim, a busca por novas formas de fazer. A reflexão gera o experimento imediato que pode funcionar, resultando o que foi pretendido, ou pode produzir novas surpresas que exijam uma maior reflexão e experimentação. Independentemente da sequência desses momentos, o que define a reflexão-na-ação e a distingue de outras formas de reflexão “é sua imediata significação para a ação” (SHÖN, 2000, p. 34).

A esse respeito, nota-se nos excertos 42 a 45 uma semelhança da sequência de momentos do conhecer-na-ação com a reflexão-na-ação. A realização de um curativo, a avaliação de uma gastrostomia, a realização de punção para coleta de sangue, a retirada de uma sutura ou a admissão de um paciente para o cuidado paliativo são ações rotineiras, observadas na atuação do enfermeiro na AD. Entretanto, em cada uma delas, alguma situação específica chamou a atenção da enfermeira e suscitou a necessidade de parar para pensar, de identificar o que proporcionou a mudança da variação do fenômeno para a surpresa. Assim, por exemplo, durante a avaliação da gastrostomia foi comum identificar, durante a observação, a avaliação do aspecto do local da inserção da sonda e da infusão do

alimento, que requerem o conhecer-na-ação. Entretanto, durante a ação, a enfermeira identifica que algo saiu da normalidade, uma dilatação do orifício acompanhado de extravasamento de conteúdo gástrico, o qual, por sua vez, lesionou a pele do paciente. Nesse momento, diante de uma situação geradora de um estranhamento, a enfermeira mobiliza, conscientemente, a busca de soluções que serão experimentadas, testadas em ato, durante a ação. Essa cena observada de avaliação de gastrostomia, no município, exemplifica uma reflexão-na-ação.

Durante a realização do experimento imediato, produto de uma reflexão-na-ação, a mobilização de soluções e o fazer são sustentados por uma avaliação contínua de seu trabalho, destacada pelo uso de afirmações avaliativas nos discursos (“Se der certo”, “pode não dar certo”, “é difícil de resolver”, “Se deu certo deu, beleza, se não deu eu pego e mudo”, “Aí a gente vai tentando pra ver quê que vai dar certo”). A reflexão na ação, nesses casos, permite avaliar o que deu certo no experimento e a necessidade de mudanças, em busca de melhorias para o paciente.

(46) [...] Se der certo com o jeito, que seu colega te: (+) te explicou, já é u:::ma contribuição pra você né? Você aprendeu a mexer, daqui... trabalhar daquela forma, (+) trabalhar com aquele, com aquele procedimento, então é:, tudo é ganho né? E mesmo pode não dar certo né? [...] Então não é por esse caminho eu não vou mais né? Então tudo é um aprendizado. (Entrevista U02)

(47) Se você está com um problema na casa do paciente, e é difícil de resolver, às vezes você até resolve, e até leva isso para o resto da equipe, pra sua vida, para sua casa, pro seu relacionamento. É a parte bacana. [...] Ou então:: eu tipo assim, “eu vou fazer TAL COISA”. Ponho em prática. Se deu certo deu, beleza, se não deu eu pego e mudo. E vai tentando. Aí a gente vai tentando pra ver quê que vai dar certo. (Entrevista U06)

Schön (2000, p. 33) denomina a busca de soluções para situações problemáticas como “processo de tentativa e erro”. Observa-se que, durante a ação, a enfermeira idealiza procedimentos para resolver algum problema, desvenda surpresas desagradáveis e produz invenções corretivas. As tentativas não se relacionam aleatoriamente umas com as outras. A reflexão sobre cada tentativa e seus resultados viabiliza o campo para uma próxima ação. Dessa maneira, é possível evidenciar o aprendizado de soluções, mediante a prática reflexiva, que proporciona a reprodução da ação em situações posteriores.

A reflexão-na-ação se faz presente em um processo contínuo na atuação das enfermeiras no domicílio. Assim, trata-se de um benefício relevante, no qual a abstração do saber por meio da experimentação abre possibilidade de utilização

para a correção de falhas ou busca de melhorias ao longo do processo vivenciado, estabelecendo novo padrão de conduta a ser seguido.

Assim, os discursos a respeito da efetividade das práticas das enfermeiras revelam que a reflexão é importante para a reprodução de ações de sucesso em casos semelhantes e, também, para reformulação para ações futuras. Vale notar que uma situação de cuidado vivenciada, tal como uma orientação a um cuidador, que mobiliza a busca de solução, suscita a reflexão no trabalho e para o trabalho, como demonstram os trechos discursivos 48 a 50. Ressalta-se que os excertos discursivos são demarcados por interrogações, intercaladas por afirmações (“Será que eu fiz certo?”, “Será que é isso mesmo?”, “Será que não tem mais nada que eu possa fazer? Será?”, “O quê que posso tentar?”), referem-se à modalidade epistêmica presente no discurso, a qual representa a busca pelo comprometimento com a verdade (REZENDE; RAMALHO, 2006), no caso, para a reflexão presente na busca de respostas aos processos de incerteza presentes no trabalho.

- (48) [...] às vezes assim você revê uma orientação, uma fala sua, eu, eu é demais assim, eu penso, e assim, eu penso muito, tanto aqui durante como depois que a gente sai daqui, às vezes a gente até, marido que escuta tudo, conta todas as histórias, e aí ele dá um palpite e ele te dá outra visão e você fala: “Nossa eu não tinha pensado por esse ponto” né porque assim, você vai rever, será que eu fiz certo? [...] (Entrevista U02)
- (49) Eu reflito tanto pra pra pra pra:: atuar com outro pacientes, porque é meio assim, tem sempre um paciente que volta ou que chega parecido com um que a gente já teve, então cada vez que você tem uma prática positiva, você pode aplicar depois na mesma situação com outro paciente [...] Eu acho que é buscar o completo, no próximo você tem mais tranquilidade, mais segurança de saber se isso deu certo, vai dar certo também, e se não der certo, não é porque foi você que deixou de fazer alguma coisa, é porque:: algo fez ser diferente mesmo:: (Entrevista U03)
- (50) [...] Eu fico o tempo inteiro perguntando: “Será que é isso mesmo? Será que não tem mais nada que eu possa fazer? Será?” Aí:: é quando às vezes a gente troca até experiência né, essa dona ((YYY)) mesmo, a gente conversou com várias que possuíam casos diferentes, por causa do distúrbio mental dela. A gente sempre fala “a gente está fazendo isso, mas será que a gente pode fazer mais alguma coisa?”. Porque eu acho que o mais importante na nossa profissão é você saber que você está fazendo seu MELHOR pra qualidade de vida do paciente né, então se você não estiver fazendo, não tem o porquê você fazer. E você só vai saber se vai estar fazendo ou não quando você reflete. Aí você pensa assim: “Não, eu acho que eu posso fazer aquilo, vamos tentar aquilo?”. E aí:: eu acho que a gente pensa todo dia, cada situação diferente que a gente pega. Eu particularmente mesmo penso. Eu penso até lá em casa, eu fico assim “meu Deus, o quê que eu vou arrumar com o ((YYY))? O quê que posso tentar?”. E a gente fica tentando buscar:: [...] (Entrevista U04)

Evidencia-se nesses trechos discursivos que a reflexão-na-ação possibilita o pensar criticamente sobre a situação-surpresa e possibilita, nesse processo, reorganizar as estratégias de ação, a compreensão dos fenômenos ou as formas de conceber os problemas (SCHÖN, 2000). Para esse pensador, nesse tipo de reflexão, a imediata significação para a ação pode também proporcionar pensamentos que afetam o que se faz no presente, bem como possibilitar as suas reproduções em futuros casos semelhantes de situações.

Nesse contexto, nota-se, nos excertos 48 a 50, a presença também da reflexão sobre a reflexão-na-ação (“Eu penso muito, tanto aqui durante como depois que a gente sai daqui [...] você vai rever, será que fiz certo?”, “Eu penso até lá em casa”). Tal reflexão é o processo que leva o profissional a progredir no seu desenvolvimento e a construir a sua forma individual de conhecer, ajudando a determinar as atitudes futuras, a compreender futuros problemas ou a descobrir novas soluções (SCHÖN, 2000). Quando a profissional pensa sobre sua experiência, é possível conformar a compreensão do problema ou conceber uma solução melhor ou mais geral para ele. Nesse contexto, a reflexão presente sobre a reflexão-na-ação anterior possibilita o início de um “diálogo de pensar e fazer” por meio do qual o profissional pode se tornar ainda mais habilidoso, caracterizando a aprendizagem na atuação da enfermeira (“no próximo você tem mais tranquilidade, mais segurança”).

Schön (2000, p.63) destaca que cada vivência nova de reflexão-na-ação “enriquece o repertório” do profissional. Segundo o autor, a “reflexão-na-ação em um caso único pode ser generalizada para outros casos”, contribuindo, assim, “para o repertório de temas exemplares do profissional, a partir dos quais, em casos posteriores de sua prática, ele poderá compor novas variações”.

Não obstante, reforça-se que a dúvida perante a condução de casos no domicílio se manifesta na ação cotidiana das enfermeiras. A imprecisão revelada nesses casos, por meio do recurso avaliativo do discurso (“dificuldade que você esteja passando com o paciente”), torna-se um disparador para a reflexão-na-ação, demonstrada pela pausa em silêncio e ainda para a reflexão sobre a reflexão-na-ação, evidenciada por afirmações (“um paciente traz essa reflexão, para mim né, para todos os outros, me faz parar para pensar, será que está certo, será que é só com esse, será que é com todo mundo?”). Nesse sentido, no contexto do estudo, um momento de incerteza, que suscita a reflexão na ação, engatilha, em determinadas

situações, a reflexão sobre a reflexão na ação que permite uma avaliação e reprodução das atividades realizadas, e não somente o agir caso a caso.

- (51) A enfermeira conversa comigo sobre o uso da malha e pondera que é por último. Fica pensativa e fala que não tem sentido usar antes. Na outra paciente (visita 60), o cuidador pediu para colocar antes da atadura. Ela envia mensagem no grupo de WhatsApp de enfermeiras para perguntar o que as colegas acham. E orienta a técnica de enfermagem a colocar “por último mesmo, uma vez que o sentido da malha é ser por último”. (Diário de Campo – 19/06/2016 – V62 - U02)
- (52)[...] Muda, às vezes, um exemplo de um paciente ou, então, uma dificuldade que você esteja passando com o paciente pode ser muito parecida com o outro. Às vezes:: você tenta levar a mesma resolução pro outro paciente. Às vezes, quase sempre nunca dá certo porque são pessoas diferentes e realidades diferentes né. Mais:: (+) faz pensar também é:: te faz questionar às vezes você também, não:: um paciente te faz. Às vezes, você está com um problema na casa do paciente e aí você começa a pensar se os outros pacientes estão com o mesmo problema e você começa a questionar se o problema não é você, se você não está fazendo alguma coisa errada. Então:: te faz meio que parar né, e aí falar eu estou tendo esse problema específico de cuidados de enfermagem, nesse paciente, não, então eu vou olhar o resto tudo para ver se eu estou tendo esse mesmo problema, para ver se é só com esse, às vezes eu estou fazendo alguma coisa errada e eu nem estou sabendo. Então:: um um um paciente traz essa reflexão, para mim né, para todos os outros, me faz parar para pensar, será que está certo, será que é só com esse, será que é com todo mundo? Te faz dar uma geral, observar o restante dos pacientes para ver se é assim também, conversar com as outras enfermeiras para ver se o problema é só comigo, se é só específico desse. É um um um momento bacana assim, poder, faz a gente questionar muita coisa. (Entrevista U06)

Os discursos indicam que o lidar com pacientes e cuidadores que não reproduzem os cuidados esperados pela equipe é uma situação que suscita a reflexividade. Pelo relato de U06, no excerto 53, identificam-se dois casos de difícil condução, referentes ao desenvolvimento do cuidado pelos familiares e pela própria paciente. O modo interrogativo presente no discurso indica um processo de elaboração mental reflexivo acerca das situações problemáticas ao profissional. Ademais, o uso da metáfora discursiva representa a ação diante de situação conflitante, desafiadora (“você fica meio de mãos atadas”) que produz processo de mudança na forma de agir mediado pela reflexão.

- (53) Mas eu sempre falo “será que passou alguma coisa despercebida, de mim, pra deixar ela chegar a esse ponto assim?”, “Deixa que Deus olha, não preciso fazer nada não, deixa que Deus me cuida” (fala da paciente). Então eu vi ela ali, igual semana passada, eu fiquei pensando assim: “nossa:: será que passou alguma coisa que eu não vi, não é possível?” [...] E pra mim, a situação mais complexa e difícil, a gente cita muito não ter cuidador né. [...] Mas:: pra mim o mais difícil é quando você TEM a pessoa presente, você

tem o cuidador presente, mas vê o paciente definhando, não tem cuidado [...]. Então:: assim, você fica meio de mãos atadas, pensa, “ah, mas como é que faz então?”. [...] Nossa:: eu fiquei muito:: brava nessa casa, briguei com todo mundo, falei que eles não cuida::vam, que chamar a ASSISTENTE SOCIAL. Até que eu descobri que esse pai BEBIA MUITO, BATIA MUITO na mãe e nas filhas, VIOLENTOU duas das filhas, que eram as filhas que não queriam passar nem perto do quarto, aí você:: pra mim foi o caso que MAIS marcante. E você fala assim: “GENTE como que eu agora vou falar que eles têm que continuar cuidando”. [...] P - Isso contribuiu para alguma mudança? E - Demais:: da conta, que aí eu parei de já chegar brava na casa dos pacientes, que a gente fica muito focada que “oh, o paciente tá sujo, que ele não tá comendo e não tá tomando banho, então tem que dar banho, tem que dar comida”, e esquece:: do que tem por trás né [...] (Entrevista U06)

Nota-se, na fala de U06, a reflexão na ação e a reflexão sobre a reflexão ao dizer que, durante e mesmo depois de seu trabalho, é comum pensar e refletir buscando soluções para melhoria dos pacientes. Pela reflexão, a enfermeira busca diferentes formas para o cuidado, permitindo o aprendizado durante a prática e pela prática. A enfermeira ao refletir na e sobre sua prática vivencia a transformação de sua forma de ser e de agir. Em face do exposto, a reflexão-na-ação e a reflexão sobre a reflexão-na-ação possibilitam ao profissional a capacidade de uma transformação do saber pensar e do saber fazer, pois a ação cotidiana de reflexão propicia um constante diálogo entre teoria e prática (SCHÖN, 2000).

Foi possível identificar que, na dinâmica de trabalho das enfermeiras, revelam-se os elementos de uma prática reflexiva: o conhecer-na-ação, a reflexão-na-ação e a reflexão sobre a reflexão-na-ação. Assim, o conhecer-na-ação se manifesta em suas práticas, quando atuam perante situações que lhe são familiares e, para tanto, acionam conhecimentos adquiridos por meio da formação e de suas experiências, reproduzindo uma prática social, que é a enfermagem. Contudo, em determinados momentos, a surpresa, que supera a variação, revela-se nas ações que são acompanhadas ou que mobilizam reflexões (na-ação e sobre a reflexão-na-ação). A reflexão, por sua vez, proporciona a aprendizagem das enfermeiras na AD.

5.2 Aprendizagem reflexiva: situações, fontes e mediadores

Para explorar a aprendizagem da enfermeira na AD, primeiramente, foi necessário demonstrar a dinâmica de sua atuação. Na primeira categoria foi possível identificar que o conhecer-na-ação, a reflexão-na-ação e a reflexão sobre a reflexão-na-ação são fatores que perpassam o fazer da enfermeira.

A presente categoria retrata situações, fontes e mediadores que subsidiam a aprendizagem da enfermeira na AD, que ocorre de forma contínua e na prática alicerçada, especialmente, pela reflexão. Dessa forma, os resultados estão apresentados em duas subcategorias: Situações que despertam a aprendizagem reflexiva e Aprendizagem reflexiva: prática, experiência e experimentação.

Os elementos discursivos que evidenciaram esses achados foram afirmações avaliativas, temporalidade, metáforas, intertextualidade e afirmação deôntica, que indicam, respectivamente, a importância da vivência prática para o aprendizado; a aprendizagem contínua; a ênfase na experiência e, também, na formação acadêmica insuficiente; a aprendizagem com o outro e a necessidade e/ou obrigatoriedade de saberes.

5.2.1 Situações que despertam a aprendizagem reflexiva e seus mediadores

Os discursos indicam a insuficiência da formação acadêmica na preparação das enfermeiras para a ação diante das diversas situações que se destacam na AD. A “formação hospitalar”, no relato de U03, representa-se pautada no modelo hegemônico curativista, sendo insuficiente para a atuação no ambiente domiciliar. Nota-se a deficiência de conhecimentos específicos para a prática acerca das particularidades da AD. De forma contraditória, é importante ressaltar que, no contexto de uma insuficiência da formação, a enfermeira precisa saber “tudo”, tendo como necessidade possuir conhecimentos de ordem técnica, clínica e relacional. A modalidade deôntica no discurso indica que a enfermeira “tem que saber de tudo um pouco”. Para valorizar a contradição entre o conteúdo necessário para atuar no contexto domiciliar e o construído pela formação, as participantes utilizam as metáforas “VAI NU E CRU” e “tem que:: rebolar”.

(54) [...] Eu acho que primeiro isso tinha que começar desde a nossa formação né, porque:: NÃO TEM NADA de atenção domiciliar. Então [...] você não vê isso. Então:: o enfermeiro quando ele vai dar a atenção domiciliar, ele VAI NU E CRU. [...] Então eu acho que:: isso poderia ser mais investido nessa questão mesmo:::, da educação mesmo, sabe? Mas desde::: o início, pelo menos, porque:: tem coisas que não tem como, mas:: pelo menos o básico você consegue pros enfermeiros não chegarem TÃO:: DESPREPARADOS. (Entrevista U04)

(55) [...] a enfermeira tem que saber de tudo um pouco, tem que ter conhecimento técnico porque não é qualquer coisa que dá para fazer em

casa. [...] Eu tinha pouco conhecimento técnico, então é era tudo muito novo pra mim, é (+) tudo muito novo. Até algumas decisões assim que pra tomar eu tinha uma certa DIFICULDADE. Tenho que saber a técnica certa, dosagem do antibiótico, intervalo entre doses, tudo, TUDO, passagem de sonda, tudo, coleta de exame, tem que achar a veia do pé, tem que:: rebolar né, então e isso tudo eu não tinha não, mas ia né. (Entrevista U05)

(56) Ah, eu acho que ele (o enfermeiro) tem que saber de tudo. [...] mas eu acho que tem que saber muito disso, e saber como é lidar com o emocional das pessoas assim. [...] Então, você tem que saber muito, assim, como lidar com o emocional. [...] (Entrevista U08)

(57)[...] se o enfermeiro tivesse uma formação né, um espaço de reflexão mesmo em que ele pudesse perceber como que a assistência domiciliar ocorre, quais são os desafios que a gente tem dentro de uma assistência domiciliar né, qual é o perfil que a enfermeira tem que ter para que ele possa realmente prestar uma assistência de qualidade para o paciente dentro do domicílio né, qual é o papel de cada um dentro dessa assistência domiciliar [...] eu acho que isso poderia realmente fazer uma grande diferença e que a gente poderia ter um curso de formação que favorecesse esses aspectos da gente na atenção domiciliar. [...] Ah essa própria formação né, essa preparação para ele realmente conhecer e saber a complexidade da assistência domiciliar, o papel dele dentro dessa assistência, não só o papel técnico, mas um papel humano, um papel de profissional inserido dentro de uma equipe, a questão mesmo do trabalho domiciliar, quais são as técnicas que a gente mais utiliza (Entrevista B02)

Os discursos indicam quão importante é investir na formação no preparo de enfermeiros desde a graduação para o trabalho na AD. Identificam-se afirmações que indicam o modelo hegemônico de ensino, centralizado na prática hospitalar, descontextualizado com os conceitos relacionados à especificidade da AD. Os participantes ressaltam que o ambiente domiciliar é diferente do hospitalar e revelam uma dissonância da formação em ambiente diferente daquele no qual foram treinados. Percebe-se, na maioria das vezes, que nos cursos de graduação em saúde “a formação dos profissionais de saúde pouco aponta para as questões de cuidado no domicílio, suas perspectivas, peculiaridades e o perfil necessário para um profissional trabalhar nesta especialidade” (LACERDA, 2010, p. 2622).

A atuação da enfermeira no domicílio aponta para a mobilização de habilidades ligadas ao relacionamento interpessoal para atuar com pacientes, familiares e equipe multiprofissional, além do conhecimento técnico e científico. Entretanto, na formação dos profissionais de enfermagem, há fragilidades para atuação no domicílio, uma vez que prevalece o modelo de ensino biomédico, com o cuidado centrado na doença, e não no sujeito, predominando o ensino focado no âmbito hospitalar (SILVA et al., 2014; ANDRADE et al., 2013b). Portanto, torna-se necessária a inclusão de “novas abordagens que capacitem o profissional para a

prestação de um cuidado humanizado que leva em consideração o cotidiano de vida das famílias em seus espaços de inserção, costumes e cultura; sensibilidade e eficácia nas diversas situações que surgem no contexto domiciliar” (SILVA et al., 2014, p. 504).

Destaca-se o contexto domiciliar como possuidor de singularidades que precisam ser consideradas durante o processo de formação das enfermeiras. Entretanto, essa formação pouco aposta nos aspectos relativos ao cuidado domiciliar, em suas perspectivas, particularidades e no perfil necessário para um profissional trabalhar nessa área (LACERDA, 2010). Assim, “o cuidado domiciliar deve fazer parte da Graduação em Enfermagem, área que representa um vasto campo de atuação em processo de expansão, mas que exige profissionais capacitados para desempenhá-la” (LIMA et al., 2016a, p. 5008).

Não obstante, no que se refere à insuficiência do processo formativo da enfermeira para a atuação na AD, outros aspectos também precisam ser considerados, entre eles o distanciamento de teoria e prática, assim como de ensino e serviço.

Schön (2000, p.7) aponta que os currículos das universidades privilegiam o conhecimento sistemático, de preferência científico. A racionalidade técnica, a epistemologia da prática predominante nas faculdades, põe em risco a competência profissional, na forma de aplicação de conhecimento privilegiado a problemas instrumentais da prática. Acrescenta que o “currículo normativo das escolas e a separação entre a pesquisa e a prática não deixam espaço para a “reflexão-nação”, criando, assim, um dilema entre o rigor e a relevância para educadores, profissionais e estudantes”. O autor pondera que, a despeito da relevância do conhecimento científico, “os problemas da prática do mundo real não se apresentam aos profissionais como estruturas bem-delineadas”. E, portanto, a formação deveria incluir o ensino prático reflexivo, uma vez que, segundo Hatlevik (2012), a prática reflexiva é identificada como um ponto-chave para preencher a lacuna entre teoria e prática, permitindo a vinculação e o reforço do conhecimento teórico e prático.

Assim, “fica claro que, neste novo século, não é mais possível formar profissionais voltados somente à racionalidade técnica tão contestada na atualidade” (LIMA et al., 2016a, p. 5003). Ademais, Abrahão e Merhy (2014, p. 315) ressaltam que “o ensinar centrado no saber científico, de modo exclusivo, produz processos

em que o complexo mundo do usuário e daquilo que ele busca nos serviços de saúde ganha pouca visibilidade e pertinência”.

A formação acadêmica da enfermeira, na contemporaneidade, possui um grande desafio: formar profissionais com competência técnica e política, dotados de conhecimento, raciocínio, percepção e sensibilidade para que se tornem agentes inovadores e transformadores do mundo do trabalho (LIMA et al., 2012; WINTERS; PRADO; HEIDEMANN, 2016). A esse respeito, Winters, Prado e Heidemann (2016, p. 251) afirmam que somente “por meio da inserção do aluno na realidade é que ele vai tomar consciência de si e do mundo, ele se apropria da realidade, reflete sobre ela e depois de admirá-la, ele a transforma de acordo com suas ações”. Assim, para as transformações almejadas no mundo do trabalho, é necessário que a formação contribua para a constituição de profissionais críticos, criativos e reflexivos.

Para a atuação na AD, os resultados indicam que são necessários diversos saberes, sendo realçada a complexidade dessa modalidade de cuidado e os diferentes papéis (técnico e humano) que a enfermeira assume dentro da mesma. Nos excertos 55 e 56, as afirmações deônticas “tem que saber de tudo” ressaltam que a enfermeira deve possuir saberes técnicos, tais como administração de medicações e punção venosa, realização de cateterismos e procedimentos de coleta de material para exame laboratorial; e saberes que sustentam a relação emocional.

A esse respeito, cabe destacar que o enfermeiro que atua na AD de forma eficiente consegue relacionar com o paciente e a família aplicando conhecimentos de origem técnica, científica, sociocultural, ética e estética e também o conhecimento intuitivo e sensível de maneira singular (CATAFESTA; LACERDA, 2008). Retoma-se a concepção da apropriação dos padrões de conhecimento em enfermagem, segundo Carper (1978), na AD, conforme explicitado na subcategoria 5.1.1. Para a atuação na AD, as enfermeiras utilizam “o conhecimento como sustentáculo para suas ações porque o cuidado no domicílio exige seu saber/pensar/agir, uma vez que é preciso observar, analisar, cuidar e orientar para apresentar resolutividade aos problemas encontrados” (LACERDA; ZAGONEL; MARTINS, 2006, p. 2). Diante disso, cada conhecimento é necessário em sua dimensão (empírico, estético, pessoal e ético), ressaltando que os padrões são correlacionados e interdependentes.

Assim, torna-se um desafio para o enfermeiro domiciliar “a reflexão e principalmente a utilização dos padrões do conhecimento” de modo a atribuir ao

cuidado domiciliar “um toque especial de sensibilidade, humanização, cultura, preceitos morais, ciência, priorizando a interação, afinando suas percepções, enquanto adquirir a habilidade e competência de inter-relacionar cérebro-coração-mãos” (LACERDA; ZAGONEL; MARTINS, 2006, p. 8). Esses saberes ainda se tornam mais complexos pela necessidade de serem utilizados no domicílio, espaço de domínio do paciente, em que a centralidade do usuário e das famílias no processo de cuidar se manifesta. Assim, fazem-se necessárias iniciativas de fortalecimento da formação acadêmica e profissional, com valorização de espaços para a reflexão.

As participantes mencionam a aprendizagem desencadeada pela vivência de situações de incerteza, singularidade e conflito. Dentre elas, destacam-se o cuidado a feridas, o cuidado paliativo, a administração de medicamento, a tomada de decisão, atendimento a intercorrências e o trabalho em equipe.

A avaliação e o manejo de feridas são situações que requerem estudo e aprendizagem, sendo muito frequentes na AD. A metáfora “comecei muito crua” indica o deficit na formação acadêmica em relação aos cuidados com feridas. A experiência prática é considerada um marcador para a busca de evidências científicas.

(58) Ela afirmou: “comecei muito crua no Melhor em Casa”. Relata que estudava muito sobre ferida porque tinham muitos pacientes admitidos no SAD para este cuidado. Relata que ela estudava em casa e treinava no serviço. (Diário de Campo – 06/06/2016 – trajeto - U01)

(59) É das feridas, ((barulho externo)) não passam (na faculdade). Nenhum, nenhum, nenhum. Então eu tive que estudar, pegar livro emprestado. Eu estudava, depois tinha que vir trabalhar, eu trabalhava:va à tarde, noite: e:: eu tinha que estudar tudo. Eu via uma ferida em um paciente e eu ia pro livro, ficava na internet procurando, o que que eu passava, o que que eu não passava. [...] Eu ia no congresso e tinha a parte da ferida eu largava as outras coisas e ia pra ferida porque eu tinha que ir onde eu tinha deficiência. E:: se eu tenho deficiência pra isso eu tinha que me virar né, porque:: né, eu preciso. E aí eu fui estudando::, pergunta pra um, pergunta pra outro, pega um livro, lê mais um pouquinho, liga pra um colega. Fui fazendo assim. (Entrevista U1)

Revela-se que a abordagem paliativa é uma dificuldade, sendo outra situação da atenção domiciliar que exige aprendizagem. Os discursos indicam ser o cuidado paliativo a situação mais complexa na AD. As participantes afirmam que esse tema não é tratado na formação acadêmica e permite inferir a existência de uma dificuldade para o “dar a notícia do óbito” ou da sua proximidade. Para além das

similaridades desta ação em outros cenários, ressalta-se o fato de a equipe conviver e trabalhar com a possibilidade do morrer no domicílio. Na AD, o atendimento inicia com a elaboração do perfil do domicílio, que subsidiará a estratégia em abordar a iminência do óbito com os familiares. “Mais que tranquilizar os familiares a respeito do óbito no lar”, os profissionais também trabalham com a aceitação da família (BRASIL, 2014b, p. 116).

(60)[...] Nossa, é muito complicado:: E aí você tentar ajudar a família, você tem que acabar se ajudando também porque/porque né SOFRE com aquilo ((voz tremida)), mas você não pode sofrer muito porque a família que está ali sofrendo né/é difícil né:: se distanciar né. Eu acho é a é a que a parte que eu me vejo assim, que eu mais aprendo aqui, então, a cada, a cada paciente que a gente passa por isso, seja paliativo seja não:: Às vezes, é um paciente que você nunca espera que vai evoluir a óbito e no outro dia você fica sabendo que morreu né? Eu tive uma paciente semana passada que aconteceu isso e aí você tem que ir lá:: e encarar a família e.. e sabe, e o/ e dar um apoio à família, é muito dif/ eu acho que é a parte mais, mais difícil mesmo, é a que mais você aprende. (Entrevista U02)

(61) [...] O que eu acho difícil não é o paciente, é a família. O quê que eu vou falar pra família. Isso aí realmente eu ainda tenho dúvida ainda, saber o quê que eu posso falar. Se eu posso falar assim, "Ah, ele vai falecer, ele tá morrendo!", e aí eu não sei se a família vai aceitar bem o que eu vou falar. Mas isso aí, eu achei que melhorou bastante, mas é um dos pontos que eu preciso melhorar. [...] Uma coisa que eu tenho muita dificuldade é com pós-óbito. Eu não sei o quê que eu falo, eu não sei como que eu chego, é muito difícil. (Entrevista U08)

O aprendizado de como lidar com as situações de óbito também se evidencia pela vivência prática, aprimorada com o tempo. Destaca-se, ainda, que a experiência proporciona maior segurança para essa abordagem.

(62)PALIATIVO eu era muito, muito, muito ruim. Pra falar que eles (pacientes) iam morrer, [...] tipo aqui eu tenho que fazer isso, que a enfermeira tem que falar pra família, que o paciente vai morrer. Isso não é comum. E a enfermeira nem:::chega:::perto na hora da notícia né. Aquiii nem te conto. Então:: cada dia eu fui aprimorando um pouquinho né, mas tem que melhorar muito porque ainda eu fico meio empacada na hora de falar, sabe. Não gosto muito de fazer pós-óbito. Me manda trabalhar um paliativo inteiro. Mas me manda fazer pós-óbito não, que eu quero morrer (risos). Eu fico parecendo uma tábua ((risos)) estátua ((risos)) não tenho o que falar. (+) é muuuuito é muito delicado, (+) e às vezes eu não sei o que falar. (Entrevista U01)

(63)[...] então:: eu tentava assim, eu aprendo muito observando, então acho que esses três anos, eu vivi pra isso, pra observar, como que tratava o paliativo, assim, como que falava, o que que podia ser falado. Então, hoje eu estou um pouquinho mais pra frente. Não falo assim que eu sento e dou:: aquela aula de paliativo pra família, não. É umas conversas corriqueiras assim que que eu tô vendo que pra mim tá fazendo bem, eu acho que eu tô mais envolvida com esse tipo:: de paciente. [...] Não tenho muita experiência em cuidar de paciente desse tipo, aprendi aqui também! [...] assim eu acho que

eu tinha muito medo né, de falar alguma coisa erra::da:: alguma coisa que atrapalhar todo aquele, O PALIAR daquele paciente::, hoje eu tô, mais segura. Pra mim esses três anos de aprendizado está fazendo mais diferença agora, (++), bastante. [...] Então assim, eu sofria demais, todo pós-óbito eu chorava. Então eu ia fazer visita de pós-óbito e aí a família estava chorando e eu tava chorando junto. Então:: eu sofria muito:: Eu nem era muito de falar no pós-óbito, o médico que falava mais que eu. (+) [...] E eu ficava muito olhando e chorando. Nesses quatro anos::, é o que mudou::, eu aprendi e gosto do pós-óbito, eu gosto de saber como que a família ficou depois. (Entrevista U06)

Para aprender e melhorar sua abordagem em casos de óbito, os relatos revelam que a observação do trabalho dos profissionais de outras categorias é significativa, pois possibilita a reprodução em outros momentos. O estudo também se revela como uma fonte de conhecimento e sobre essa questão a participante U03 marca a diferença entre a teoria e a prática.

(64)A ((YYY)) psicóloga. É ela que conversa. Porque às vezes eu não sei o que falar e eu fico prestando atenção nela pra ver se eu consigo falar ((risos)) nos outros. Às vezes, eu consigo, depende muito da proximidade com o paciente. Se você for muito próximo do paciente da família, aí eu consigo fazer pós-óbito de boa. Se:: eu não sou tanto, (+) aí:: eu fico parecendo um poste ((risadas)). Porque você vai fazer o quê, né? Porque tudo que você fala (+) é válido né, totalmente. (Entrevista U01)

(65)No carro, durante o trajeto, a enfermeira relata que aprende muito com a médica sobre a abordagem no cuidado paliativo [...]. (Diário de campo - 23/06/2016 – trajeto – U03)

(66)P – Na observação, eu acompanhei um momento seu com a Dra. ((YYY)), de orientação de cuidados paliativos. E aí você, ela me falou que aprendeu muito, a abordagem de dar a notícia pra família. Você pode falar um pouco disso, como que foi esse seu aprendizado? E - Eu aprendi observando né, porque a doutora ((YYY)) ela tem muito manejo, ela tem um jeito muito peculiar de lidar com o paliativo, então eu aprendi observando ela fazer mesmo sabe, eu vejo ela conversando::, eu estudo, sempre que surge alguma coisa eu dou uma lida pra poder aprender a teoria do paliativo, apesar de que a teoria é bem diferente da prática porque cada família lida de um jeito com a mesma situação, e a, até dentro da família, cada pessoa lida de um jeito, né, eu acho que a "chave" é a palavra paciência, paciência e disponibilidade de estar ali com a família, de ouvir, de acolher, né, porque tecnicamente falando, é, é um pouco perfeito, a medicação que você faz::, uma aspiração::, um balão de oxigênio, agora o contexto disso, o além disso, de você estar ali, presente pra família, disponível pra família, que eu acho que é o maior aprendizado [...]. (Entrevista U03)

Schön (2000) destaca que a observação de um “processo de ação” desenvolvido por outro agente possibilita a reflexão-na-ação. Ao tentar realizar a ação como foi vista, o profissional reflete-na-ação tanto sobre o processo que foi observado quanto sobre as expectativas de reproduzi-lo.

Ademais, a observação dos colegas e de outros profissionais se configura como uma importante forma de aprendizado durante o desempenho das funções nos contextos de trabalho (ALEIXO, 2014).

A aprendizagem do procedimento hipodermóclise também se revelou como uma necessidade para a atuação na AD. Esse procedimento era desconhecido e seu aprendizado foi mediado pela prática e pela capacitação realizada pela coordenação do serviço e, também, pela busca na literatura realizada pela enfermeira.

(67) A PARTE técnica eu aprendi mui::to:: A sorte é que eu não tenho medo de fazer as coisas. Porque:: a hipodermóclise eu aprendi/ eu sabia a técnica no papel, eu, eu NUNCA TINHA VIS::TO a hipodermóclise na minha vida. [...] (Entrevista U01)

(68) HIPODERMÓCLISE, que você não conhece [...], você vem conhecer aqui, que é uma coisa que existe, mas que você, você não é feito né, que quase ninguém conhece. A gente chega aqui e a gente conhece e vê como você pode usar, você pode usar para tanta coisa e até então você nem, você não sabia (+) né (Entrevista U02)

(69) É:: eu acho procedimento técnico que eu nunca tinha visto nem:: durante a faculdade, que a gente viu aqui foi hipodermóclise, por exemplo né, que é um procedimento que a gente utiliza muito, [...] então é o tipo de procedimento que a gente aprendeu aqui né? Que eu acho que só aqui mesmo. Que nenhum outro lugar de Uberlândia tem o costume de utilizar e a gente utiliza muito. [...] (Entrevista U04)

(70) Uma coisa assim, que eu não tinha prática é com medicação por hipodermóclise, que eu tive que aprender, a ((YYY)) me deu algumas aulas. Isso aí, eu nem vi, aí fui procurar saber que medicação que pode fazer, como é que funciona. (Entrevista U08)

Os relatos indicam o trabalho em equipe como sendo uma situação de difícil condução, que requer aprendizado perante as particularidades e os diferentes modos de agir de cada profissional. Esse aprendizado acontece, especialmente, pela experiência vivenciada no trabalho na AD. A respeito das relações interpessoais, a aprendizagem também é descrita como algo que acontece com o tempo de prática. Assim, a convivência é ressaltada como um aspecto que propicia a aprendizagem na AD.

(71) [...] porque assim, antes eu batia muita cabeça (+) sabe? Muito nisso que eu estou te falando, eu vô no... eu não considerava o PACIENTE MEU, PACIENTE SEU, PACIENTE do Norte, do Leste, Oeste, [...], "OLHA O PACIENTE É DO SAD", e na... então, assim, eu sempre levo isso, eu..eu que trabalho final de semana, às vezes algumas das meninas não trabalham, eu vou em paciente de todo mundo, né? Aí você chega num paciente que... que não é da sua região e você vê que está fazendo errado,

“você não pode corrigir? [...] E aqui é da mesma forma, a gente vai, vai aprendendo, vai vivendo, vai se adaptando, né? Vai conhecendo as pessoas (profissionais da equipe), vai se adaptando às pessoas [...] isso é uma prova do aprendizado está vindo, porque eu aprendi (+) que eu não era assim, isso se fosse antes eu mudaria né (uma cobertura para uma ferida), na hora eu ia FALAR: “não, mas eu acho que tem que ser assim, vamos passar esse aqui, vamos tirar esse aqui, vamos pegar aqui, e tal”, agora não, então com o passar do tempo, eu vi que a gente não pode ser assim porque: você tem que trabalhar com todo mundo sabe? [...] então assim eu acho que se aprende muito o trabalho em equipe, justamente isso que eu estava te falando, se adaptar a minha equipe a conhecer, tentar conhecer ou achar que conhece seu colega, cada colega e trabalhar de acordo com aquele que você está ali no momento, sabe? (Entrevista U02)

(72)[...] você lidar com o outro, às vezes até com a própria equipe, porque onde tem muita gente, sempre tem as picuinhas de sempre, então o mais desgastante aqui é o relacionamento do que o trabalho. [...] Então, por isso eu acho que isso é o mais difícil. P - E tem como aprender isso? E - ((suspiro)) Aí foi: a, a experiência vai... o tempo assim, você vai como: você vai aprendendo, conhecer cada um, você vai aprendendo: você já sabe o perfil de cada um, você já sabe o perfil de cada colega de trabalho, [...]. Então: com o tempo, a maturidade, a experiência, você vai aprendendo a detectar isso sabe? E aprendendo a conviver com isso, porque para mim é o mais difícil. É conviver com o outro, com o próximo. (Entrevista U04)

A aprendizagem também se manifesta em relação à condução de intercorrências com o paciente. Assim, o agir diante de incertezas em relação à condição clínica do paciente é um aspecto que evolui com passar do tempo. Destaca-se que nas condições de incertezas, zonas indeterminadas da prática, revelam-se a prática reflexiva, em um processo contínuo de aprendizagem. No início de sua atuação na AD, U08 ressalta: achou que não iria conseguir trabalhar em virtude das dificuldades e das dúvidas as quais vivenciava. Observa que, pela prática, essa situação modificou e, atualmente, considera “tudo mais fácil”.

(73)[...] assim é::, eu já me preparei pra algumas coisas que eu não sabia resolver, [...] o que eu, às vezes, fico em dúvida, quando eu vou numa casa, eu procuro saber se eu posso esperar o médico ir, que às vezes, o paciente está com uma dispneia leve, e o paciente é acamado, tem várias comorbidades. Aí eu penso, “nossa mas se eu não chamar o médico agora, ele pode evoluir pra uma coisa pior”. AGORA eu tô mais tranquila, mas no início, eu tinha muita dúvida, tanto é que eu falava assim: “Ah, então amanhã, ou você encaminha pra UAI e ou ligava no programa, falava com as meninas”, aí agora eu tenho mais segurança de saber. [...]. Hoje não, hoje como eu conheço todos os pacientes, conheço a rotina da médica como ela trabalha, ela chega de manhã eu já separei os pacientes. Eu sei quem tem intercorrência, quem tem... que ela precisa de ir, quem ela ainda não foi [...], que hoje eu sei planejar, saber quem que a médica, é prioridade pra eu ir, então eu acho tudo mais fácil. Mas no início, a primeira semana, os primeiros 15 dias que eu fui pra atenção domiciliar eu pensei assim: “Nossa, eu não vou conseguir” [...]. Então, eu pensava assim: “Nossa, mas isso aqui parece que é mais difícil do que::” ((risos)). (Entrevista U08)

A vivência e o conhecimento são fatores que conferem segurança para a prática profissional da enfermeira na AD. Assim, quando a enfermeira realiza com menor frequência determinados procedimentos e técnicas, em sua rotina de serviço, revela-se que a falta de prática cotidiana contribui para manter a insegurança e as incertezas no desenvolvimento de seu trabalho.

(74)[...] Aqui no serviço:: eu aprendi muita coisa, hipodermóclise, eu ainda acho que eu tenho que aprender muito ainda, sobre é:: fazer sonda, gastrostomia, às vezes, o paciente perde, a gastrostomia, e tem que trocar, então são coisas que não acontecem rotineiramente comigo e quando acontece eu assim, já é um pouco dos casos que eu pego entendeu, e:: é mais é isso mesmo, gastrostomia, sondagem, nasoenteral, (+) só. [...] [[É:: porque na:: minha rotina de serviço à ((X)), entã::o são poucos os casos que acontece, entendeu? Então quando acontece, a gente fica por praticar menos né, então a gente fica mais em dúvida né, mais apreensiva. (Entrevista U07)

(75)Acho que eu fiquei mais segura, [...] a partir de quando você tem mais conhecimento você fica mais seguro, e a partir do que você pratica mais, você vai ficando mais seguro naquela práti/. Para fazer uma sonda, igual uma gastrostomia eu nunca tinha trocado. Então assim, agora é uma rotina, e você vai ficando mais seguro, mais tranquilo que você está fazendo certo. Antes eu era bem mais imatura, assim, eu acredito, né! Por não lidar tão de perto com o paciente domiciliar. (Entrevista U05)

(76)Ah muita coisa, eu tenho mais segurança, eu tenho mais conhecimento, eu procurei mesmo, eu acho que isto, eu tenho mais PRÁTICA, mais experiência eu me sinto mais segura sabe de discutir um caso, humildade eu sempre tive de falar que não sei quer dizer para mim é tranquilo nunca tive, mas eu sinto que hoje eu tenho mais segurança sabe, de chegar no domicílio e falar assim: “não, a senhora não precisa voltar lá na UAI, dá para gente esperar vamos observar mais” ou então falar assim: “não, a senhora precisa ir para uma avaliação médica”; e eu tenho até mais coragem de me colocar, de colocar minha opinião. (Entrevista B01)

A enfermeira menciona que outra forma de aprender é pelos estudos, utilizando pesquisas pela internet ou, ainda, pela capacitação realizada pela coordenação do serviço. Relata, também, que “espera acontecer” sugerindo o aprender na prática. Esses aspectos são contemplados pelo tempo de prática, o qual indica que o acúmulo de experiências confere mais segurança para a realização de alguns procedimentos.

(77)Ah! Ou eu pesquiso mesmo na internet ou, às vezes, eu solicito pra coordenadora, né, alguma capacitação, ou realmente é esperar acontecer. [...] Assim::, com o decorrer do tempo eu me sinto mais técnica né, aprendo mais técnicas né, puncionar, é:: de coleta, que era uma área que eu não:: tinha muita prá:tica né, então assim, nessa parte eu aprendi muito, muito. [...] (Entrevista U07)

Por outro lado, é possível identificar que o conhecimento para a atuação na AD não é adquirido por meio de livros, e sim pela vivência cotidiana e pelo compartilhamento de informações entre diferentes atores. Esse conhecimento é adquirido pela prática, sendo reforçada a necessidade de especializações e a não existência de tais aspectos em literatura específica.

- (78) E aí fui aprendendo assim, na prática, com o domiciliar precisava mais disso sabe? Você ter:: uma pós-graduação mais be::m feita, uma coisa mais:: específica. Porque você vai muito no improvisado, do que você acha. Não tem artigo, no livro, não tem. (Entrevista U01)
- (79)[...] Porque como:: eu te falei, são coisas que você não acha:: no livro, não acha em lugar nenhum. Então são coisas que você aprende no dia a dia, na vivência [...] (Entrevista U04)
- (80) E aí foi com a prática mesmo. Não tenho nenhum livro que assim que lê, que fala, que você vai passar por isso tudo. ((risos)) Ai, ai, se tivesse tava ótimo, seria bom. Mas é calma. (Entrevista U05)

Evidencia-se, portanto, que o processo de aprendizagem para o trabalho na AD possui mediadores que o favorecem. O aprendizado mediado pelo convívio com a equipe é evidenciado nos discursos. A intertextualidade presente no relato indica as vozes de outros profissionais em um processo de troca de informação e compartilhamento de experiências. O relato de U04 indica, ainda, que o aprender depende das características individuais da pessoa que for parceira da equipe, por meio de uma pressuposição presente no discurso.

- (81)[...] Então, se ele acha uma pessoa boa na vida dele, pra poder pra ajudar, ótimo! Ele vai dar superbem. Agora, se ele acha alguma pessoa, algum companheiro, que não são tão bons assim, que é o que a maioria das vezes acontece, ele vai ter muita dificuldade. [...] Então são coisas que você aprende [...] é com a experiência do outro. “Ah: ((YYY)) faz assim que eu tentei e deu certo. Faz assim que eu tentei e deu certo” (fala de outro profissional). Então:: é uma tentativa atrás da outra, que você só consegue com o tempo mesmo. [...] (Entrevista U04)
- (82) P - E o quê que faz você aprender mais? E - (+) É...é... assim é:: acaba que a gente també::m conversa com a equipe né, a equipe da tar:de e vai aprenden::do [...]. (Entrevista U07)
- (83) [...] meu pensamento é que eu não sei tudo. Então tem muita coisa que chega aqui, eu não sei. Muito paciente que às vezes você vai na casa, você abre um curativo lá, (+) você olha, você não sabe por onde você começa. [...] Por exemplo, a paciente fez períneo, fez cirurgia (+), eu num acho... até então, eu nunca peguei numa paciente, com períneo, NÃO DAQUELE JEITO assim, [...] Então tipo assim, aí eu fui, passei e não dei conta. Aí eu pedi pra uma colega, que passou, também não deu conta. [...] e chamei

outra colega pra ir lá comigo, e nós fomos, nós duas e não demos conta ((risos) [...]. Trocar ideia:::, com o curativo, se ele está com um curativo que não está evoluindo bem, (+) A:í, “que você acha fulana?” [...] (Entrevista U02)

Identifica-se pelos excertos que o processo de aprendizagem no trabalho e para o trabalho na AD tem interfaces com o compartilhamento de informações mediado pela supervisora, pelos colegas e por profissionais de outras categorias da equipe e, ainda, pelo convívio com os cuidadores. Reforça-se, portanto, o aprendizado com o outro.

(84) [...] E aí:: a gente aprendia pelo que as enfermeiras supervisoras passavam pra gente como é que devia ser feito, só que a gente não tinha muita certeza. E eu fui adaptando ao meu jeito. Particular, alguma coisinha que eu via que eu não dava conta de fazer do jeito que elas queriam. Eu fui aprendendo mais assim com elas e:: adaptando. [...] algumas coisinhas que eu fui aprendendo, gastro (+) primeira gastro (gastrostomia) que fui, ele ((médico na visita)) falou “faz isso, isso, isso e isso, entendeu?” Entendi. “Você acha que dá conta?”. Acho que dou. E eu passei tranquilo. (Entrevista U01)

(85)A cuidadora disse que depois do banho, ela usa um secador de cabelo para secar e aquecer a pele da paciente. A enfermeira disse com a cuidadora: “Essa é nova! Essa técnica aí eu não conhecia não, a ideia é boa”. [...] E menciona durante o trajeto: “A gente aprende muita coisa com os cuidadores”. (Diário de Campo – 26/05/2016 – V02 - U02)

Essa análise encontra respaldo nas colocações de Aleixo (2014), de que os profissionais aprendem por meio da interação com colegas, questionando, discutindo e partilhando com os colegas situações relevantes do trabalho e solicitando aconselhamento ou retorno da parte dos mesmos. A autora também identificou que a interação com os pacientes e com a família é um facilitador para aprendizagem.

Hermann e colaboradoras (2017) indicam que é possível aprender ao trocar experiências com profissionais que já atuaram ou atuam na AD, ao observar a atuação desses profissionais, bem como ao praticar o cuidado domiciliar. Andrade et al. (2017) e Lundgren (2011) também indicam que a aprendizagem pode acontecer por meio da troca de experiências e pela experiência. No entanto, Lundgren (2011) ressalta que os atuais procedimentos organizacionais permitem muito pouco tempo para a troca de ideias e experiências, para a interação com outros enfermeiros, reduzindo a potencialidade das oportunidades para construir novos conhecimentos. Assim, considera-se que, após a sua educação formal, os enfermeiros têm poucas

oportunidades para ampliar e aumentar o seu conhecimento e, ainda, quaisquer outras iniciativas de aprendizagem são consideradas como da responsabilidade individual da enfermeira (LUNDGREN, 2011). Pondera que a gestão precisa considerar o local de trabalho como um ambiente de aprendizagem, uma vez que os enfermeiros precisam de algum tempo para uma reflexão e revisão de suas ações de cuidado no domicílio, bem como um tempo para a interação com seus colegas, a fim de atualizar os seus conhecimentos (LUNDGREN, 2011).

O uso de recursos como telefone, foto, filme e aplicativo de mensagens é mencionado como mediador que facilita o aprendizado na atualidade. Tais artefatos potencializam a aprendizagem (LUNDGREN, 2011).

(86)[...] Aprendi por TELEFONE [[. [...]. E eu liguei para a ((RT)) e contei que não tinha acesso, e como que eu faço:: e ela fala "faz hipodermóclise". E eu falei "não sei não, ((risos)) não sei não". Aí ela falou. "Uai. Você quer tentar? Se você quiser tentar:: se não, a gente manda o paciente para a UAI". [...] Aí ela falou: "Você anima?". Posso até tentar, não tenho nada a perder! Se não machuca, né. Aí foi. A ((TE)) foi pegando as coisas para mim e eu segurando o telefone com o ombro, e depois quando a ((TE)) terminou de pegar as coisas pra mim ela pegou o telefone e, e no fim deu certo. ((risos)) nunca mais eu esqueci, né? Porque quando você aprende num aperto desse ((risos), você nunca:: mais esquece. [...] e aí que fui falar com a ((RT)), e eu rindo:: "Está tudo ótimo! Está tudo fantástico". E no final, deu certo ((risos)). E eu aprendi hipodermóclise! ((risos)). (Entrevista U01)

(87)Mol..Mostra uma foto.., e aí a:: hoje em dia você pode mostrar a foto de tudo, né? Filme e tudo, quê que você acha?". "Ah:: eu acho que você tinha que passar isso, tenta com isso", e:: aí você vai evoluindo, você vai melhoran::do. (Entrevista U02)

Aleixo (2014) ressalta que a aprendizagem também é favorecida pela pesquisa bibliográfica, isto é, nas fontes formais e sistematizadas do conhecimento, tais como as bases de dados científicos, bibliotecas, recorrência à leitura de livros, periódicos, documentos ou a *sites* pertinentes na internet. Ademais, tendo em conta o discurso dos participantes, verifica-se que a internet constitui a ferramenta de preferência nesse âmbito. Outrossim, estudo de Hermann e colaboradoras (2017, p. 8) evidenciou que para adquirir os atributos essenciais para o cuidado domiciliar "é necessário estudar, por meio de referenciais teóricos, artigos, estudos de caso, pós-graduações e cursos de atualizações específicos na área". Segundo Andrade et al. (2017), a aprendizagem também pode acontecer por estudos voltados para a Prática Baseada em Evidências.

Incluem-se ainda como mediadores para a aprendizagem a conversa entre os profissionais da equipe, o auxílio da busca na internet e o aplicativo de mensagem.

(88) Tudo, a gente busca em tudo, a gente pesquisa, a gente pergunta, a gente pede para os próprios colegas mesmo, [...] até a fonoaudióloga, esses dias mesmo eu perguntei um negócio para ela, a questão de engasgo, e ela foi te explicando. A equipe assiste e traz muitos artigos pra gente, mostra muita coisa, assim a gente troca muito vídeo na internet, o WHATTSAPP é uma maravilha pra isso, a gente troca muito artigo pra isso. “Ah! Lembra daquela paciente que eu falei que poderia fazer tal coisa?”, aí elas mandam o artigo do que que é, e que poderia ter feito, e aí você acaba aprendendo com o outro, às vezes, não é nem você que está executando, o cuidado né, mas a gente discute aqui, conversar, conversa pouco, ainda mais à tarde, a gente discute muito, aí a gente dá muito palpite um no outro, você está escutando um colega contar de um caso, você já entra com um caso que tinha parecido: “Ah! Eu já tive um paciente assim, eu fiz assim, assado”. “Ah isso aqui deu certo e isso aqui deu errado, não faz assim não que isso não dá certo”, e aí a gente vai trocando experiência e vai aprendendo né, até de conversar, de passar um caso interessante a gente sempre passa, um caso tri::ste a gente discute muito assim disso, né aí entra mais a parte da psicologia, e todo mundo fica: (+) fica motivado por causa da paciente, paciente jovem que está com câncer terminal, aí TODO MUNDO, sabe, aí afeta todo mundo, não tem jeito, e aí acaba que a gente aprende a lidar com isso, o psicólogo vai conversa muito com a gente, então assim no próprio dia a dia a gente vai, vai aprendendo, vai evoluindo, vai trocando EXPERIÊNCIA mesmo:: (Entrevista U02)

No relato de U02, nota-se, mais uma vez, que o compartilhamento de experiências entre os profissionais da equipe é um facilitador para o aprendizado. Entretanto, observa-se a busca de validação de alguns aspectos pela literatura científica, indicando a concepção hegemônica do conhecimento. Acredita-se que a ciência é hegemônica na prática social da racionalidade técnica, na qual todo “conhecimento profissional baseia-se em um alicerce de fatos” (SCHÖN, 2000, p. 39). Pondera-se que a epistemologia positivista, ou seja, da racionalidade técnica, baseia-se em três dicotomias, manifestas pela separação entre meios e fins, entre pesquisa e prática e entre fazer e conhecer. Entretanto, pela prática reflexiva, tais dicotomias não se sustentam, uma vez que a prática se assemelha à pesquisa; meios e fins são concebidos de forma interdependente ao problema; e o conhecer e o fazer são inseparáveis (SCHÖN, 2000). Dessa forma, para além de valorizar uma prática pela prática, os resultados indicam que a aprendizagem acontece sobre a prática reflexiva, na qual a prática e a teoria se constituem mutuamente.

Para além das diferenças, cabe ressaltar que “a práxis pode enriquecer a teoria” e, sobretudo, que existe uma “unidade entre teoria e prática e, nesse marco, da autonomia e dependência de uma com relação à outra” (SÁNCHEZ VÁZQUEZ,

2011, p. 245). A práxis, nesse contexto, é uma atividade teórico-prática, em que sem uma ou outra não existe a práxis.

Segundo Sánchez Vázquez (2011), a atividade teórica existe pela prática e em relação a esta. Alude que na prática a teoria encontra seu fundamento, seus fins e critério de verdade. Assim, o progresso do conhecimento teórico surge incorporado às necessidades práticas reais. Pela prática e na prática, é possível reconhecer exigências que contribuem para ampliar tanto a perspectiva dos problemas como das soluções. Dessa forma, existe um ciclo em que “a atividade prática que hoje é fonte da teoria, exige, por sua vez, uma prática que não existe ainda e, dessa maneira, a teoria (projeto de uma prática ainda inexistente) determina a prática real e efetiva”. Em contrapartida, “a teoria que ainda não tem essa relação com a prática, porque de certo modo se adianta a ela, pode ganhar essa vinculação posteriormente” (SÁNCHEZ VÁZQUEZ, 2011, p. 259). A esse respeito, a prática, concebida como uma práxis humana total, tem a primazia sobre a teoria e também uma íntima vinculação a ela. Entretanto, deve-se considerar que “a prática não fala por si mesma e exige, por sua vez, uma relação teórica com ela: a compreensão da práxis” (SÁNCHEZ VÁZQUEZ, 2011, p. 261).

Os resultados apresentados nesta primeira subcategoria reforçam a insuficiência da formação acadêmica das enfermeiras para a atuação na AD. Para seu trabalho, as enfermeiras mobilizam habilidades ligadas ao relacionamento interpessoal para atuar com pacientes, familiares e equipe multiprofissional, além do conhecimento técnico e científico. A aprendizagem é estimulada pela vivência de situações imprecisas, particulares e desafiadoras que surgem no âmbito domiciliar. Dentre elas, destaca-se a singularidade do cuidado a feridas, do cuidado paliativo, da administração de medicamento, da tomada de decisão, do atendimento a intercorrências e do trabalho em equipe no contexto da atenção domiciliar que diferencia a realização destas ações em outros espaços da assistência. Os achados indicam que existem formas dominantes e periféricas de aprendizagem. De forma central, desponta-se a prática como um importante lócus e fonte de aprendizagem. Nela, as situações de incerteza ou de surpresa se revelam, e as enfermeiras encontram mediadores que proporcionam o aprendizado. De forma periférica, está o aprendizado pelo convívio com a equipe, pela observação do trabalho de outros profissionais, pelo compartilhamento de saberes, pelo uso de artefatos e pela fundamentação teórica.

5.2.2 Aprendizagem reflexiva: prática, experimentação e experiência

Os discursos indicam o processo de aprendizagem como sendo associado à adaptação do fazer no domicílio, que é uma forma de manifestação da reflexão e da consciência. A aprendizagem apoiada pela vivência prática e reflexiva é realçada pela pressuposição, presente no discurso, de que não existem protocolos específicos para a AD, havendo ainda a necessidade de construir os modos de se fazer no domicílio. Assim sendo, a falta de preparo e o pouco conhecimento sobre a AD são destacados nos discursos. Ademais, as metáforas discursivas utilizadas por B01 e U05 (“foi na marra” e “não tem uma mágica”) reforçam o desafio para o aprender a trabalhar na AD, o qual acontece pela experiência cotidiana. Observa-se o uso de afirmações avaliativas que retratam a prática como um importante recurso para a aprendizagem de procedimentos técnicos, de tomada de decisão, de aspectos relacionados às questões sociais e de organização do trabalho no âmbito domiciliar.

(89)P- Como você foi aprendendo a trabalhar na atenção domiciliar? E- Meio que sozinha. ((risos)) porque na verdade::de como é uma área nova, não tem protocolo, não tem POP focado, não tem nada. [...] Mas foi bom porque eu aprendi bastante a parte de procedimentos em casa. (Entrevista U01)

(90)Mas você vai improvisando é com o tempo e com a prática mesmo, que você tá pegando. Isso aí não tem como você estudar, né?((risos)) Você não consegue. [...] Na atenção domiciliar, é igual eu falei, depende muito, né:: porque é muito improvisado. Nem sempre você consegue fazer do jeito que está na teoria. Mas sempre você tem que tentar fazer da maneira mais segura pro paciente, né. (Entrevista U04)

(91)P- Como você foi aprendendo a trabalhar na atenção domiciliar? E- Olha foi na marra, porque na verdade, assim, eu não tive nenhum preparo, eu não conhecia, não tinha experiência, na verdade foi um desafio, porque na época a enfermeira que:: a pergunta é como que eu aprendi, né! A enfermeira tinha que sair, [...] ela me passou muita pouca coisa e foi na marra mesmo, foi com experiência mesmo que eu fui aprendendo a lidar com as situações, com a dinâmica com a administração de tudo, sabe eu não tive preparo nenhum não, foi na marra. [...] É só com o dia a dia mesmo, vivendo as experiências e contornando e discutindo. (Entrevista B01)

(92)P - Como você foi aprendendo a atuar na atenção domiciliar? E - Na prática mesmo porque, assim... você cuidando ali, porque aqui foi onde eu mais aprendi. A prática de procedimento, de:: triar paciente, saber o que é urgente, o que não é, o que:: os processos, de tudo assim. [...] a gente pensa que é simples, mas é muito mais complexa que a, a gente imagina. Questão social, vejo muito isso, o problema social é muito, às vezes a gente não consegue resolver. Não está dentro da sua alçada assim, a gente consegue até um certo ponto, depois é com a família, aí já tá fora do nosso poder. [...]

E no início eu acho que eu nem sabia muito disso, no início era assim, nossa totalmente... P - Como você aprendeu::? E - Como eu aprendi? Foi a prática, eu não sei te falar, não tem uma mágica, né ((risos)). Mas foi a prática, é, foi a prática, todo dia ali vivenciando tudo mesmo. E com muita orientação, assim, muita orientação da EQUIPE. [...] (Entrevista U05)

Lundgren (2011) afirma que mesmo quando o serviço de AD é baseado em rotinas e procedimentos explicitados previamente, enfermeiros têm um grande grau de liberdade em que eles podem organizar e instigar suas próprias soluções criativas para os problemas excepcionais ou imprevistos com base em seu conhecimento e experiência anterior. A complexidade do trabalho da enfermeira na AD se estabelece pela relação de vários aspectos, dentre eles a prestação direta do cuidado, a organização do trabalho da equipe de enfermagem e treinamento do cuidador domiciliar, a função como referência na elaboração e gestão do projeto terapêutico dos usuários, responsabilizando-se por acionar outros profissionais para a assistência. Ainda, a enfermeira atua considerando o ambiente sociocultural, a condição econômica, as intersubjetividades presentes nas relações da família e o significado da doença no meio familiar (SILVA et al., 2014).

Ressalta-se que a adaptação citada nos discursos confere uma característica de imprevisibilidade no trabalho domiciliar, implicando em reflexão-na-ação. Nesse contexto, enfermeiras evidenciam, em sua prática, casos que não estão “no manual”, conforme Schön (2000, p. 17). A modalidade deôntica, presente do discurso de U04, representa a necessidade de tentativa de realização de ações que se aproximem da teoria, mencionada como distante da prática. Assim, o “você tem que tentar fazer” indica a noção de experimento que Schön (2000) atribui como inerente à reflexão-na-ação.

A aprendizagem na prática é revelada para expressar a necessidade de aprender no trabalho e para o trabalho na AD. Indica-se que a reflexão sobre a reflexão-na-ação também se revela no processo de aprendizagem da enfermeira. A prática cotidiana apoiada pela reflexividade proporciona um aprendizado empírico que constrói a experiência, representada metaforicamente no discurso como “malícia”, possibilitando a reprodução de ações que tiveram sucesso em outros casos ou cenários e, ainda, a melhoria das ações consideradas erradas.

(93)Ah, é no dia a dia, é no dia a dia, você erra num caso, depois que passou você fala: “Nossa gente, aquele senhor tinha aquilo mesmo e eu não percebi, a gente podia ter barrado”; “Nossa e aquele mocinho, hein, eu

podia ter voltado, eu podia ter discutido isso” sabe, só mesmo no dia a dia que você aprende isso. [...] [...] você vai aprendendo é nesse sentido, [...], mas é experiência mesmo, vai ficando o exemplo de um para o outro. [...] É, e eu uso como exemplo o tempo todo e sempre vou usar. (Entrevista B01)

(94)[...] então assim, é no dia a dia mesmo, é o aprendizado, a gente não detém todo saber, todo dia você vai aprendendo uma coisa, uma coisa que você aprende na casa do paciente, mais para frente você vai ter que fazer aquilo ali para poder ser aplicado em outra família em outro paciente [...] você vai aprendendo, você vai pegando a malícia que você deixou passar em um, você vai aplicando em outro e assim vai [...] então são situações que você vivencia no paciente e você fica com aquilo na cabeça, você pensa: “Nossa aconteceu isso, o que eu posso fazer para poder melhorar para um outro paciente que acontecer da mesma forma?”. É uma forma de reflexão. (Entrevista B04)

(95)Porque foi muito assim, eu aprendi muito na prática. Foi assim que, que eu fui me adaptando. Porque:: no começo foi mais difícil. Agora já está mais tranquilo. (Entrevista U06)

Extraem-se dos discursos duas formas de aprendizado pela prática reflexiva: o experimento ou experimentação e a experiência. A experimentação ou o experimento são práticas que compõem a reflexão-na-ação. Durante a prática, as enfermeiras mencionaram que realizam ações buscando um cuidado contextualizado ao domicílio e que, para isso, em momentos de incertezas, elas buscam soluções para determinadas situações problemáticas.

(96)Igual mesmo essa paciente lá, eu nunca usei permanganato de potássio em ferida oncológica. NUNCA. Nem ouvi falar. Nem em literatura tem. Aí:: a gente foi pesquisar com.. No:: Hospital ((YYY)) que eles tavam usando, aí:: eles falaram “ó tenta permanganato”. Então vamo tentar uê, não custa nada, né? Porque o odor:: é muito forte. Aí:: eles falaram “usa o permanganato”. E está usando, nossa, melhorou demais o odor. Então, uma coisa que não tem nem descrito na literatura. Pra ela não vai fazer mal né, é um paciente terminal, que a gente está tentando melhorar pelo menos a qualidade porque o odor era muito forte. E melhorou assim:: absurdamente, você não sente mais. Então, é assim::, é ir buscando [...] (Entrevista U04)

Conforme U04 exemplifica, para saber se uma determinada solução terá resultado benéfico, é preciso colocá-la em prática. Entretanto, nota-se a presença de uma conversa reflexiva antes da aplicação da solução, no caso uma “nova” cobertura. Ao ter conhecimento da possível solução, a enfermeira chega à conclusão de que não iria fazer mal ao paciente e, por essa reflexão, a decisão foi de executá-la. Uma vez colocada em prática, há ainda a avaliação e, quando um resultado positivo é alcançado, esse experimento enriquece o repertório do profissional.

Segundo Schön (2000), a noção de experimento está diretamente associada à reflexão-na-ação e indica que o “ver como” não é suficiente, sendo necessário o

“fazer como”. Pelo excerto 96, de U04, não basta saber que o “permanganato de potássio” é bom para ferida oncológica, foi necessário fazer, testando em ato. Segundo o autor (2000, p. 63), “quando um profissional vê uma situação nova como um elemento de seu repertório, ele tem uma maneira nova de ver e uma nova possibilidade de agir, mas a adequação e a utilidade dessa nova visão ainda deverá ser descoberta na ação”.

Para a experimentação, o profissional realiza uma “conversação reflexiva com sua situação, que é um experimento de reconstrução da concepção”. Assim, a partir de seu repertório de exemplos, imagens e descrições, acionado por vezes por artefatos utilizados para a aprendizagem, tais como recursos de foto, vídeo, ligação e mensagem, o profissional deduz (por meio do “ver como”) uma forma de realizar a situação atual e única e avalia se ele pode resolver o problema, se valoriza o que resultará quando o resolver, se ele adquire, na situação, uma coerência entre suas teorias e valores, se ele pode manter o andamento da investigação (“Pra ela não vai fazer mal né”). Dessa forma, no “interior do experimento para definir o problema, localizam-se também experimentos locais de vários tipos” (SCHÖN, 2000, p. 63). Nota-se que existe um rigor na experimentação, ou seja, para a definição do problema presente na situação da prática, o profissional realiza uma reflexão sobre a situação-problema, sendo por si só um primeiro experimento.

Cabe destacar que, segundo Rolfe (2016), existe rigor orientado para a ação da experimentação, que é perfeitamente adequado à prática, a partir da qual o papel do praticante é provocar a mudança. Afirma que o praticante reflexivo está sempre experimentando e ensaiando novas ideias e ações. A prática reflexiva é, portanto, sempre experimental.

Dessa maneira, considerando que, segundo Schön (2000, p. 63), a “reflexão-na-ação envolve, necessariamente, experimento”, ressalta-se que os resultados evidenciam, na prática da enfermeira na AD, a existência de experimentos realizados durante o ato de reflexão-na-ação, tal como indica o relato de U03.

(97)[...] É no dia a dia mesmo, sabe, [...], tentando de um jeito e se não dava certo, fazia de outro, é:: foi mais uma questão de erro e acerto mesmo e ir adaptando. (Entrevista U03)

Durante a concretização do experimento imediato pelas enfermeiras, produto de uma reflexão-na-ação, a elaboração e o teste de soluções são sustentados por avaliações (“tentando de um jeito e se não dava certo, fazia de outro”, “uma questão

de erro e acerto mesmo”). Para van Woerkom (2003), a reflexão leva à consciência de assuntos indesejáveis, tal como o erro. Ainda segundo a autora, o aprender com os erros significa interpretá-los como algo positivo, ou seja, como uma fonte de melhoria ou de aprendizagem.

Nos excertos 91, 93 e 94, é possível evidenciar que os erros podem ajudar a corrigir suposições falsas, romper a rotina inadequada e estimular a exploração e novas descobertas (“É só com o dia a dia mesmo, vivendo as experiências e contornando e discutindo”; “você erra num caso [...]você vai aprendendo é nesse sentido [...] vai ficando o exemplo de um para o outro”; “você vai pegando a malícia que você deixou passar em um, você vai aplicando em outro e assim vai”). Assim, o *feedback* negativo sob a forma de erros, embora potencialmente frustrante, é particularmente útil para facilitar a aprendizagem.

Segundo Schön (2000), existem três tipos de experimentos: exploratório, para teste de ações e para teste de hipóteses. O experimento exploratório acontece quando a ação acontece apenas para ver o que dela deriva, sem que existam previsões ou expectativas. Esta é bem-sucedida quando leva a alguma descoberta. O experimento para teste de ações é uma atitude deliberada tomada com a finalidade em mente, quando se faz algo para produzir uma mudança desejada. Nesse caso, “a ação é afirmada quando produz aquilo para o que foi destinada e é negada quando não o produz”. O experimento para teste de ações pode produzir efeitos benéficos sem pretender, mas coisas ruins podem acompanhar a produção de resultados pretendidos. E o experimento para teste de hipóteses é central ao modelo de conhecimento profissional pautado na racionalidade técnica. Schön (2000, p. 65) ressalta que no contexto prático, diferentemente do contexto de pesquisa, quando “o profissional reflete-na-ação, em um caso que ele percebe como único, prestando atenção ao fenômeno e fazendo vir à tona sua compreensão intuitiva”, sua experimentação “é, ao mesmo tempo, exploratória, teste de ações e teste de hipóteses” (SCHÖN, 2000, p. 65).

À luz dos achados, considera-se que na prática reflexiva das enfermeiras estão presentes os três níveis do experimento. Quando a enfermeira seleciona uma conduta para um caso problemático, ela assume uma sequência de ações cuja intenção é transformar a situação em outra que seja adequada à evolução do paciente. Ela toma a atitude com a finalidade em mente: “Mas sempre você tem que tentar fazer da maneira mais segura pro paciente”; “Pra ela não vai fazer mal né”.

Seu experimento de teste de ações acontece porque ela resolve o problema estabelecido e porque, além disso, aprova o que pode fazer com o que obtém (“melhorou assim:: absurdamente”). Suas ações também funcionam como testes exploratórios, visto que suas ações estimulam a resposta da situação, o que a leva a uma apreciação da evolução do caso problemático que vai além de sua percepção inicial do problema (“eu nunca usei permanganato de potássio em ferida oncológica. NUNCA. Nem ouvi falar. Nem em literatura tem. [...] Então vamo tentar uê, não custa nada [...] Então, é assim::, é ir buscando”). Além disso, a nova concepção do problema produzida pela enfermeira carrega consigo uma hipótese a respeito dessa situação (“a gente, está tentando melhorar pelo menos a qualidade porque o odor era muito forte”).

Schön (2000) pondera que, no contexto prático, o ato de experimentar pode ser arriscado, pois a situação prática muitas vezes é incerta. O profissional que reflete-na-ação deve “estar aberto a aprender” por meio da reflexão sobre a resistência da situação, de que sua hipótese pode ser inadequada e de que forma isso acontece. Além disso, deve-se considerar que, durante o experimento na prática, existem mudanças dos fenômenos na medida em que se experimenta (SCHÖN, 2000). E isso requer a ação consciente por meio da prática reflexiva, que proporciona o aprendizado, tal como evidenciado nos excertos 98, 99 e 100.

(98) [...] às vezes chega uma coisa para você, às vezes você tem que falar para a família: “Olha não sei, vou procurar saber”. Porque isso acontece, a gente não é detentor de todo o saber [...]. (Entrevista B04)

(99) Então, em cuidados paliativos [...], por exemplo, o mais difícil é a não aceitação, né? Porque por mais que às vezes o cuidador tenha consciência que o outro está indo a óbito [...] tem uns que não querem, que não aceitam. Então isso, às vezes, atrapalha um pouco. Não é que atrapalha um pouco, mas faz com que a gente tenha que mudar um pouco de rumo e às vezes até o próprio cuidado. (Entrevista U04)

(100) [...] você tenta fazer a melhor prática possível. [...] então com certeza essa reflexão ela serve para prática mesmo. Como que eu posso fazer diferente, né? Será que se a gente conversar, fizesse um plano terapêutico para esse paciente poderia mudar essa situação? Isso traz sim para a prática também um certo jeito, você faz, você reflete, e amanhã você muda o jeito na prática [...] (Entrevista U09)

O experimento imediato, no presente-da-ação, configura-se em um dos momentos da reflexão-na-ação. Entretanto, importante salientar que, retrospectivamente, a reflexão sobre a reflexão-na-ação se configura em uma

experiência do profissional. Para que esta seja validada como aprendizagem, deve-se refletir sobre ela, o que envolve uma atividade intelectual intensa. A reflexão sobre a reflexão-na-ação é evidenciada nos excertos 93 e 94 (“depois que passou você fala: “Nossa gente aquele senhor tinha aquilo mesmo e eu não percebi, a gente podia ter barrado”; “[...] você vai aprendendo é nesse sentido, [...], mas é experiência mesmo, vai ficando o exemplo de um para o outro. [...] É, e eu uso como exemplo o tempo todo e sempre vou usar”; “então são situações que você vivencia no paciente e você fica com aquilo na cabeça, você pensa: “Nossa aconteceu isso, o que eu posso fazer para poder melhorar para um outro paciente que acontecer da mesma forma?”; “É uma forma de reflexão.”). Assim, a experiência refletida gera conhecimento sobre o fenômeno, constituindo um meio de compreensão da construção da prática (SCHÖN, 2000). Na reflexão sobre a reflexão-na-ação, o profissional busca a compreensão do pensamento, das teorias e representações que guiaram suas ações para construir novos raciocínios, novas maneiras de pensar, compreender e agir. Assim, a reflexão e o experimento surgem como elementos essenciais da experiência e, portanto, da aprendizagem.

A aprendizagem por meio da experiência também foi frequentemente mencionada nos discursos dos participantes (“foi com a experiência mesmo que eu fui aprendendo a lidar com as situações”; “é experiência mesmo, vai ficando o exemplo de um para o outro”).

Segundo van Woerkom (2003), a reflexão é a chave da aprendizagem a partir da experiência. Ao estudar a literatura sobre reflexão no local de trabalho, van Woerkom (2003) afirma que a autorreflexão crítica, presente na reflexão sobre a reflexão-na-ação, refere-se à experiência de aprendizagem mais importante. Este tipo de reflexão está presente quando o profissional reavalia a maneira como coloca os problemas, as próprias perspectivas de significado e reavalia a própria orientação para perceber, conhecer, crer, sentir e agir (“você revê uma orientação, uma fala sua [...] você vai rever, será que eu fiz certo?” [...] (Entrevista U02)). E é a reflexão sobre o trabalho que contribui para o autodesenvolvimento do profissional. A reflexão é importante para examinar a própria experiência a fim de avaliar a sua eficácia e melhorar o desempenho (VAN WOERKOM, 2003). Desta forma, os achados deste estudo condizem com o que afirma Santos (2009), de que é a reflexão que sustenta os pressupostos da aprendizagem pela experiência.

Ressalta-se, ainda, que Schön (2000) considera a aprendizagem proporcionada pela reflexão sobre a reflexão-na-ação a partir da significação que foi apropriada e assimilada pessoalmente pela experiência. Os praticantes reflexivos tornam isso possível utilizando um processo de aprendizado cíclico, refletindo sobre as experiências passadas, a fim de obter novos conhecimentos sobre sua prática, podendo reproduzir em situações semelhantes.

Pode-se afirmar que a aprendizagem das enfermeiras que atuam na AD apoia-se em cada experiência de reflexão-na-ação e reflexão sobre a reflexão-na-ação, e isso enriquece o repertório do profissional (SCHÖN, 2000). Segundo esse autor, é a “capacidade de ver situações não familiares como familiares, e de proceder nas primeiras”, como já realizado nas anteriores, que habilita o profissional a associar uma experiência passada a um caso único, termo já mencionado como uma situação problemática, um caso que “não está no manual” (SCHÖN, 2000, p. 17). Assim, é a “capacidade de ver como e fazer como” que permite “dar um sentido a problemas que se encaixam em regras existentes” (SCHÖN, 2000, p. 63).

Santos (2009) afirma que a reflexão possibilita a construção do saber e permite a autonomia profissional, o aprender a aprender e a consciência da tomada de decisão. A prática reflexiva permitindo a atribuição de sentido às experiências de vida produz conhecimento. A experiência não se limita ao vivido concreto, mas a uma atividade intelectual intensa. Por um lado, de apreensão da experiência; e, por outro, da sua transformação. Isso implica um conhecimento do tipo intuitivo, instantâneo; e um conhecimento de compreensão, mais refletido e distante.

Alarcão (2001 *apud* Santos, 2009) defende que a atribuição de significado à experiência decorre do processo de reflexão e interpretação da mesma. A reflexão pode melhorar a capacidade de aprender continuamente com a experiência, constituindo-se um instrumento determinante para a aprendizagem experiencial; e ela possui uma característica singular no que se refere a sua subjetividade, pois “as reflexões de duas pessoas não são, provavelmente, as mesmas” (SANTOS, 2009, p. 112).

Outra concepção sobre experiência é de Bondía (2002, p. 21), que a toma como “o que nos passa, o que nos acontece, o que nos toca. Não o que se passa, não o que acontece, ou o que toca”. Esse autor discute a experiência como algo singular, único, que se diferencia da informação. Para tal autor, a experiência “é cada vez mais rara por excesso de trabalho”, pois, para que a experiência exista, é

necessário “parar para pensar, parar para olhar, parar para escutar, pensar mais devagar, olhar mais devagar e escutar mais devagar; parar para sentir, sentir mais devagar, demorar-se nos detalhes” e, ainda, “suspender o automatismo da ação, cultivar a atenção e a delicadeza, abrir os olhos e os ouvidos, falar sobre o que nos acontece, aprender a lentidão, escutar os outros, cultivar a arte do encontro, calar muito, ter paciência e dar-se tempo e espaço” (BONDÍA (2002, p. 24). Desse modo, a experiência é algo subjetivo que acontece com cada pessoa de forma única. Por essa concepção, é diferente estar em uma situação ou viver uma situação. A experiência se dá na vivência das situações, pois ela (vivência/experiência) nos toca, irrompe em acontecimento e, ao passar por nós, nos forma e nos transforma. “Somente o sujeito da experiência está, portanto, aberto à sua própria transformação” (BONDÍA, 2002, p. 26).

Os resultados evidenciaram que as enfermeiras aprendem pela experiência. Os discursos indicam que algumas situações singulares da AD provocam transformações em suas formas de agir durante a atuação no domicílio, bem como em suas vidas pessoais. A relação com cuidadores e pacientes, o cuidado paliativo, a vivência da realização do cuidado perante a realidade dos pacientes e de suas famílias são situações que produzem processos de mudança nas formas de agir e de ser das enfermeiras, tal como representa o realce metafórico “me mudou assim oh:: da água pro vinho” e os demais trechos dos discursos.

(101)É. Tipo assim. Eu é:: (++) muitas das coisas que a gente vê, muita pobreza, é falta de coisas assim materiais. [...] :: eu chegava aqui, quando eu vim pra cá, era muito triste, é muito. Então eu ficava impactada, assim. Com o nível da pobreza, sabe? De não ter dinheiro pra comprar um remédio de cinco reais. [...] E aí essa questão sempre fica muito na minha mente, sabe? As coisas que acontecem:: as casas muito po::bres. E::: muito de meu reclamamento/de minha reclamação diminuiu um pouco com essa questão de dinhe::iro. Tem, não tem? ‘Tá bão’. [...] E eu não era muito assim não, eu era:: muito material, muito apegada. E eu desapeguei muito. (Entrevista U01)

(102)É:: eu acho que a situação mais complicada para mim que exige muito de mim é a questão do óbito mesmo, no domicílio, né:: porque é:: eu acho óbito domiciliar muito boniTO, de se falar dele né, de se colocar ele para a família, mas na hora de acontecer não é tão bonito assim::, sabe? Então:: é:: são coisas que a gente vai aprendendo. [...] Eu acho que para mim esse é um aprendizado muito grande, muito grande. [...] Então eu acho que é tudo difícil, mas, mas é uma das coisas que mais.. me.. me.. eu mais me vejo amadurecer, sabe? Em cada situação que eu passo, cada paciente que eu passo, eu.. eu consigo lidar melhor com a situação, eu consigo orientar melhor a.. a família (+) né. E:: eu acho que isso é de acordo com tudo o que eu já vivi aqui, é de acordo com o aprendizado mesmo, né? É experiência. [...] (Entrevista U02)

(103)[...] a teoria (do cuidado paliativo) é bem diferente da prática porque cada família lida de um jeito com a mesma situação, e a, até dentro da família, cada pessoa lida de um jeito, né, eu acho que a "chave" é a palavra paciência, paciência e disponibilidade de estar ali com a família, de ouvir, de acolher, né, porque tecnicamente falando, é, é um pouco perfeito, a medicação que você faz::, uma aspiração::, um balão de oxigênio, agora o contexto disso, o além disso, de você estar ali, presente pra família, disponível pra família, que eu acho que é o maior aprendizado, sem esse negócio de tenho 10 minutos pra fazer isso porque a 5 minutos tenho que fazer outra coisa, então é isso. (Entrevista U03)

(104)Então:: eu parei de ser muito assim, afoita, e passei a observar melhor né, vamos ver o que está acontecendo aqui nessa casa [...] Esse foi o caso que me mudou assim oh:: da água pro vinho. [...] Mudou bastante os meus conceitos. Agora:: eu já sei ficar ali meio que no meio termo. [...] (Entrevista U06)

É evidente que as transformações acontecem mediante as vivências de cada enfermeira no contexto domiciliar (“eu não era muito assim não”; “me vejo amadurecer”). Para que aconteçam, tal como alude Bondía (2002), é necessário dispor de tempo para o encontro com o outro, para sentir e viver a situação. Assim, os discursos indicam que a atuação na AD potencializa o aprendizado e transformação de suas ações (“Parei de ser assim, afoita, e passei a observar melhor”; “a "chave" é a palavra paciência, paciência e disponibilidade de estar ali com a família, de ouvir, de acolher [...] você estar ali, presente pra família, disponível pra família, que eu acho que é o maior aprendizado”). Destaca-se que o saber de experiência é “o que se adquire no modo como alguém vai respondendo ao que vai lhe acontecendo ao longo da vida e no modo como vamos dando sentido ao acontecer do que nos acontece” (BONDÍA, 2002, p. 26).

A ciência moderna desconfia da experiência e a converte em ciência experimental. O experimento, segundo Bondía (2002, p. 28), é uma etapa no caminho seguro e previsível da ciência. E, assim, a experiência convertida a um experimento é “o modo como o mundo nos mostra sua cara legível, a série de regularidades a partir das quais podemos conhecer a verdade do que são as coisas e dominá-las” (BONDÍA, 2002, p. 28), e não mais “o que nos acontece e o modo como lhe atribuímos ou não um sentido”. O experimento, pela lógica da ciência, é genérico, sua lógica produz acordo, consenso ou homogeneidade entre os sujeitos, é repetível, predizível e previsível. Pode-se afirmar que essa definição de experimento vai ao encontro do que Schön (2000) refere ao produto da

racionalidade técnica, criticada por ele, e que não se aplica ao contexto prático do trabalho.

O fazer da enfermeira possui características que são produtos de uma racionalidade técnica, tal como o conhecimento sobre a dosagem ou a via de uma medicação, a ação de uma cobertura para ferida. Entretanto, pelos excertos 98 a 101, é possível evidenciar que, na AD, a enfermeira vivencia situações, tais como a relação com cuidadores e pacientes, o cuidado paliativo, o cuidado perante a realidade dos pacientes e de suas famílias, que podem ser explicadas como experiência singular, irrepetível e incerta, que, em sua lógica, produz diferença, heterogeneidade e pluralidade. Ademais, uma vez “que não se pode antecipar o resultado, a experiência não é o caminho até um objetivo previsto, até uma meta que se conhece de antemão, mas é uma abertura para o desconhecido, para o que não se pode antecipar nem ‘pré-ver’, nem ‘pré-dizer’” (BONDIA, 2002, p. 28).

Os discursos das enfermeiras revelam que a experiência é uma importante fonte de aprendizado pela prática reflexiva. A aprendizagem pela experiência é evidenciada nos excertos discursivos 91, 92, 93, 94, 97 e 99 (“foi com experiência mesmo que eu fui aprendendo a lidar com as situações, com a dinâmica com a administração de tudo. [...] É só com o dia a dia mesmo, vivendo as experiências e contornando e discutindo”; “é no dia a dia, é no dia a dia [...], mas é experiência mesmo, vai ficando o exemplo de um para o outro”; “isso é de acordo com tudo o que eu já vivi aqui, é de acordo com o aprendizado mesmo, né? É experiência”). Em estudo de Lundgren (2011), a aprendizagem de enfermeiros de atendimento domiciliar foi baseada principalmente em experiência. A formação pela experiência é um processo de aquisição de saberes mediante situações vividas pelo indivíduo no seu cotidiano. Assim, o contexto em que o indivíduo se situa, assim como as influências externas (socioprofissionais, familiares, econômicas e políticas), tem um caráter formativo contínuo (ALVES, 2008).

A aprendizagem nos contextos de trabalho tem sido valorizada progressivamente, pois a prática profissional é um espaço onde se elaboram e se validam saberes e onde os profissionais se transformam e se desenvolvem. Assim, a aprendizagem, nesses contextos, surge como um elemento fundamental para o desenvolvimento profissional (ALEIXO, 2014).

De acordo com Schön (1987), o valor epistemológico da prática, tal como o conhecimento que resulta da prática inteligente e refletida, admite solução a

assuntos novos e complexos. Desse modo, conceitua a atividade profissional como uma atuação inteligente e flexível, situada e refletida, que surge a partir da união da ciência, da técnica e da arte, e que necessita um saber-fazer sólido, teórico e prático, inteligente e criativo, permitindo que os profissionais atuem em contextos instáveis e complexos, impondo uma competência artística aos mesmos.

Cabe ressaltar que existem diferenças no que se refere à aprendizagem nos âmbitos de educação formal e de trabalho. Para Aleixo (2014), a aprendizagem no contexto de trabalho é gerenciada pelos próprios profissionais, que podem eleger as suas próprias atividades de aprendizagem. Já nos contextos educacionais, é normalmente o professor/formador que faz a escolha das mesmas. Assim, o aprendizado é um processo de aquisição de saberes a partir das situações vividas pelo indivíduo no seu cotidiano de trabalho.

O aprendizado na vivência do trabalho na AD se revela por meio do elemento discursivo “temporalidade”, que reforça a incorporação de saberes apreendidos em cada situação de cuidado, a cada paciente. Assim, identifica-se a aprendizagem contínua, presente no trabalho na AD.

(105)Então, assim, o aprendizado ele está sendo no dia a dia, a cada dia a gente aprende uma coisa, bom eu acho que essa questão do aprendizado é no dia a dia mesmo que eu estou te falando. (Entrevista B04)

Na aprendizagem ao longo do tempo de trabalho na AD, observa-se um processo de aprender ao longo da vida, sendo a experiência cotidiana significativa para o aprendizado na atenção domiciliar. Revela-se a descoberta de novas formas de se fazer, sustentada nas experiências adquiridas, sendo aplicável aos procedimentos técnicos e também relacionais.

(106)[...] Você tem mais é::: (+) como que fala (++) você entende mais o que eles estão passando, sabe? De um paciente pro outro, então com um aprendi uma coisinha::, com outro aprendi outra, você vai juntando conhecimento e a cada dia mais você vai melhorando. (Enfermeira U01)

(107)[...] A enfermeira relata que durante o início da atuação na AD é importante que a equipe tenha paciência. “A médica no início ficava quietinha me esperando. Eu às vezes demorava 40 minutos pra pegar um acesso”. (Diário de Campo – 06/06/2016 – trajeto - U01)

(108)[...] Assim:: ao longo do:: do tempo de EXPERIÊNCIA:: a gente vai aprimora::ndo, né? Eh::, vai ten::do EXPERIÊN::CIAS que fazem a gente, a gente descobrir formas novas de se fazer um procedimen::to, de fazer um curati::vo, né, de se tratar alguma coisa com o paciente, até mesmo de CONVERSAR com o paciente sobre alguma coisa, (+), né? Então acho que

é pelo convívio mesmo, de acordo com o que a gente vai vendo no dia a dia né. A gente aprende um pouquinho com cada paciente que a gente passa, né? (Entrevista U02)

A temporalidade indica que a experiência adquirida pela prática cotidiana é fortalecida pelo aprimoramento de conhecimento. Tal aspecto também aparece no excerto 109 por meio da representação dos atores e eventos sociais considerados fontes de conhecimento (paciente, situação e equipe).

(109)(+) Eu acho que a atenção domiciliar você vai aprendendo é com o tempo mesmo, com cada experiência que você vai tendo com cada paciente, com cada família porque cada caso é diferente, né? E eu acho que por mais que você quer aprender, você nunca sabe, porque cada situação é:: às vezes é o procedimento em si, a patologia, às vezes é a mesma. Mas como muda o ciclo, então muda tudo. Então:: é por isso você vai aprendendo mesmo a cada dia a dia, né. Você aprende é com o paciente mesmo, né, com a situação, às vezes a própria equipe também, né. Você vai aprimorando cada vez mais o conhecimento. (Entrevista U04)

As enfermeiras se desenvolvem e aprendem continuamente no trabalho, e este lhes oferece muitas oportunidades diferentes de fazê-lo (POELL; KROGT, 2014; LUNDGREN, 2011; JANTZEN, 2008; MUNRO, 2008). É importante estabelecer o conceito de desenvolvimento profissional e a aprendizagem por meio do trabalho como um processo contínuo, válido e acreditado, que faz parte de uma trajetória de aprendizagem ao longo da vida para enfermeiros qualificados, porque a enfermagem é uma profissão baseada na prática (MUNRO, 2008).

Os achados descritos nesta segunda subcategoria retratam a aprendizagem no e para o trabalho na AD. A prática reflexiva possibilita um aprendizado empírico por meio do experimento/experimentação e da experiência. A experimentação ou o experimento são práticas que compõem a reflexão-na-ação e que são realizadas, especialmente, na busca de soluções diante de situações problemáticas. O experimento, como parte da reflexão-na-ação, permite colocar em prática, testando em ato a viabilidade de uma determinada solução, proporcionando a aprendizagem pela prática reflexiva.

Os resultados também evidenciam que a reflexão sobre a reflexão-na-ação se configura em aprendizagem pela experiência. Nesta perspectiva, a aprendizagem ocorre a partir da significação que foi apropriada e assimilada pessoalmente pela vivência de cada enfermeira. A prática reflexiva impulsiona a aprendizagem pela experiência, que se caracteriza pela subjetividade. A análise ainda sinaliza que a

aprendizagem ocorre ao longo do tempo de trabalho na AD, sendo expressiva a experiência cotidiana para o aprendizado na atenção domiciliar.

Foi possível revelar, nesta categoria, que a insuficiência da formação acadêmica foi determinante para o distanciamento entre prática e teoria. Na atuação da enfermeira na AD, ocorre um processo de aprendizagem fundamentado na prática reflexiva, pela qual a experiência possui significações para o processo prático. A aprendizagem é proporcionada pelo convívio com a equipe e, do mesmo modo, com cuidadores e pacientes, sendo importante a observação do agir do outro. A utilização de artefatos, tal como o telefone, também possibilita a aprendizagem, que igualmente acontece mediante a busca de informações teóricas, mediante uma necessidade advinda da prática.

5.3 Práxis no trabalho da enfermeira no domicílio

Os achados evidenciados nas duas primeiras categorias revelaram que a reflexão acompanha as ações das enfermeiras no domicílio, estando presente especialmente em situações de surpresas ou incertezas em suas práticas. Ressalta-se que a reflexividade no trabalho possui uma intencionalidade pautada na ação da consciência das enfermeiras, ou seja, a reflexão é desenvolvida pelas participantes do estudo mediante a experiência da visão crítica sobre si mesma e sobre o outro, além da reflexão na e sobre a ação. É possível definir a prática reflexiva como o crescimento intrínseco, com o propósito de achar uma solução (SCHÖN, 2000), que proporciona a aprendizagem. Neste sentido, a intencionalidade da reflexividade permite que o profissional possa produzir conhecimentos com base em sua prática laboral. A busca de melhoria para os pacientes rege as ações que são realizadas pelas enfermeiras. Desta maneira, revela-se a práxis das enfermeiras na AD, que, segundo Sánchez Vázquez (2011), é uma atividade consciente objetiva, sem que seja concebida com o sentido exclusivamente utilitário ao próprio agente.

Os resultados indicam que a AD possui particularidades referentes à prática da enfermeira, as quais se configuram como algo essencial para o desenvolvimento do trabalho no domicílio, em que a adaptação se torna necessária. Para tanto, a criatividade, a flexibilidade, a inovação e a adaptação são características que despontam no trabalho da enfermeira. Ainda, as participantes do estudo pontuam

um distanciamento entre a prática na AD e os aspectos abordados na teoria, sendo esta exemplificada por meio de livros, artigos, protocolos e, também, formação acadêmica.

Três subcategorias emergiram na análise da práxis da enfermeira na AD: Configuração da relação entre teoria e prática no domicílio; Adaptações da enfermeira no domicílio: entre o resultado ideal e o resultado real da atividade prática; (Re)invenção no trabalho da enfermeira no contexto domiciliar. Nessas subcategorias, alguns recursos discursivos se destacaram, entre eles a modalidade deôntica discursiva que se evidencia enfatizando a obrigatoriedade ou necessidade de realizar adaptações ou (re)invenções na AD; o metadiscurso, a ironia e o interdiscurso para mencionar a dualidade entre teoria e prática; e as metáforas que realçam as adaptações e características das enfermeiras para essa atividade.

5.3.1 Configuração da relação entre teoria e prática no domicílio

Observa-se nos discursos a relação dicotomizada entre teoria e prática no contexto da AD. A prática é representada como “mais importante” e a teoria como algo distante da aplicação ao contexto domiciliar. Nota-se nos discursos a presença de afirmações avaliativas que retratam a AD como um espaço de cuidado possuidor de singularidades que exigem adaptações da teoria à prática. Tal exigência é evidenciada pelo elemento discursivo da modalidade deôntica (“você tem que”), o qual indica a obrigatoriedade ou necessidade de adequação à realidade do domicílio.

(110) [...] É porque assim, na verdade::, na prática, se você tem uma teoria, a prática fica mais fácil. Então:: foi mesmo com o dia a dia mesmo ou:: com:: as enfermeiras colegas, que às vezes tinham mais experiência nessa prática, nessa coisa [...] Mas eu acho que o que é mais importante é a prática. (Entrevista U04)

(111) Acho que teoria é muito diferente, tudo que eu já aprendi é muito diferente, na atenção domiciliar. É muito improviso, é muito (+) criatividade mesmo, é uma abordagem familiar, então, assim, a teoria que eu aprendi é como se eu nem precisasse na atenção domiciliar. É totalmente diferente. Por exemplo, uma passagem de sonda vesical de demora, que na teoria você aprende a ter campo estéril, tudo certinho, uma pinça e tal, mas às vezes você tem que improvisar um campo com a embalagem da luva, entendeu, e não tem compressa estéril, às vezes nem tem pinça a gente tem, então, assim, você vai ter que pôr a mão com a gaze mesmo com a luva e você improvisa, umas coisas, assim, que eu vejo que aqui é diferente. Dieta por exemplo, no hospital você tem só a industrializada, hoje em dia você pode

passar um monte de alimentos em um mingauzinho para o paciente, né, antes era só industrializado e olhe lá. Você vê que várias outras opções, tem a questão do óleo, por exemplo, o AGE, a gente orienta usar óleo de canola. Quando você vai ver numa faculdade que você vai usar o óleo de canola? Nunca né? Mas é o que tem, o que paciente tem, você tem que se adequar à realidade dele. Então, são coisas assim. Curativo também improvisa muito. (Entrevista U05)

A teoria e a prática, bem como suas relações, são duas maneiras de comportamento do homem perante a realidade, as quais se estabelecem em estreita unidade. A atividade prática que se manifesta no trabalho humano é uma ação adequada a fins. “Na atividade prática, o sujeito age sobre uma matéria que existe independentemente de sua consciência e das diferentes operações ou manipulações exigidas para sua transformação” (SÁNCHEZ VÁZQUEZ, 2011, p 227). Pode-se dizer que o objeto da atividade prática é o homem real, o fim é a transformação real, objetiva do mundo (natural ou social) para atender à determinada necessidade humana, e o resultado é uma nova realidade, a qual persiste independentemente do sujeito ou dos sujeitos concretos que a elaboraram com sua atividade subjetiva.

Foi possível identificar, nos discursos, que as entrevistadas ora destacam que não conseguem cumprir o que está na teoria, ora ponderam essa afirmação. Esses conceitos estão articulados a uma representação social de eventos por meio do metadiscurso, que indica a reformulação de sua própria expressão pelo sujeito. A utilização do metadiscurso, neste caso, indica um cuidado na elaboração do discurso pelas enfermeiras, ao mencionar sobre o distanciamento entre teoria e prática, buscando aludir que na prática os aspectos teóricos não são desrespeitados. Também é possível identificar a ironia no discurso, ao observar o uso da expressão “tudo lindo e maravilhoso” e do diminutivo em algumas palavras para se referir à teoria que se distancia de sua operacionalização no contexto da atividade prática. Ecoa seu enunciado, mas há uma disparidade entre o significado ao qual a entrevistada dá voz e a função real do enunciado: expressar algum tipo incoerência entre a teoria aplicada à prática.

(112)A teoria é bem teoria mesmo, porque...? ((risos)) muita coisa a gente não consegue:: cumprir. Não é que assim, não consegue, é, é domiciliar, é:: igual eu te falei, não existe muito protocolo ainda::.. Tem que ter. [...] O paciente não é quietinho pra passar uma sonda, a perninha dele não irá ficar igual está no livro, não vai! A caminha dele não vai ser dobrada da forma que o livrinho indica, não vai, porque na primeira mexida que ele der sai tudo. Entendeu? Então você tem que saber (+) ponderar. O que é

teórico e o que dá para você adaptar. E você fica sofrendo, porque não está fazendo igualzinho o livro manda. [...] (Entrevista U01)

- (113)Eu já aprendi? A teoria só deu um, um (+) norte bem por cima, pra, pra prática mesmo, um norte bem por cima, porque na hora que você vai pra prática é totalmente diferente, é só o básico do básico assim, que você, igual pra fazer um curativo, você tem que estudar toda técnica estéril bonitinha, o usa da pinça lá, e (+) o óleo, o ácido graxo, e todo campo bonitinho, mas na hora que você vai pra prática é diferente, você usa a gaze, tem paciente que não, que tem época que falta gaze aí você usa um paninho, então a, a técnica, (+) a teoria te dá um norte mesmo, você sabe que::, não que você esteja fazendo de maneira errada, só que a gente está fazendo de acordo com as possibilidades. É isso. (Entrevista U05)

Os discursos expressam a necessidade de a enfermeira ter capacidade de adequar a teoria à prática, pelo uso repetido da modalidade deôntica (“você tem que”) reforçada pela expressão metafórica (“jogo de cintura”). Assim, há a necessidade de adaptação, observada pelo uso de metáfora discursiva (“monte de gambiarra”).

- (114)Tem que ter muito jogo de cintura que contribua pra minha prática, e eu melhorei muito na atenção domiciliar justamente por isso, criatividade, improvisação, jogo de cintura. [...] mas a diferença da teoria com a nossa prática é:: como eu disse a sensibilidade, a criatividade ela tem que estar junto com a enfermeira pra fazer algum procedimento no domicílio (Entrevista U09)

- (115)[...] tem outra coisa que a gente lida demais na atenção domiciliar que é o improvisado né, tem que saber improvisar, saber lidar com a dificuldade às vezes de um material que precisa ou mesmo um ambiente que não favorece uma técnica que você precisa fazer, a gente precisa ter esse jogo de cintura de estar lidando com isso e de certa forma não ferir a família diante de uma realidade e fazer o que a gente tem que fazer mesmo, o que a gente tem que executar. (B02)

- (116)[...] é:: quando a gente está na faculdade a gente aprende tudo lindo e maravilhoso, acho que é correto, acho que tem que ensinar assim. Mas quando você chega dentro da casa de um paciente você tem que ajustar tudo, você tem que ajustar a fala, você tem que ajustar como você se porta diante da família, dos acompanhantes, você tem que ajustar o cuidado com esse paciente, você tem que fazer um monte de gambiarra [...] aí quando você chega dentro da casa, às vezes você tem que se adaptar porque você não consegue colocar 100% da teoria né, as técnicas de assepsia ((ri)) foge um pouco, porque no caso excelente não tem condições, é:: você entra dentro de casas que são muito limpas, casa boas, mas às vezes você entra dentro de uma casa que a higiene é precária porque a família não tem condição de arrumar, de limpar, de comprar um sabão, um sabonete, um desinfetante, não tem, então, assim, a teoria é bom, mas você tem que ter um jogo de cintura para você tentar colocar o máximo da teoria dentro da prática, dentro de um ambiente residencial que é diferente de um ambiente hospitalar. (Entrevista B04)

Nota-se, nos discursos, uma significação de importância para a necessidade e obrigatoriedade de adaptação no domicílio. Os interdiscursos normativos e literários (“você vai conseguir continuar com a sua técnica, seja ela estéril, seja ela só limpa”; “tem portarias do Ministério da Saúde”) impõem um teor de recomendação ao discurso que, na prática, opera adaptando-se à realidade. Entretanto, ressalta-se a tentativa de não banalizar a relevância das evidências científicas para a prática por meio do recurso metadiscursivo (“Mas a gente não pode é desprezar:: o que é certo, e o que a gente aprende na teoria né”; “A gente adapta, mas é universal”; “ASSIM, não que a gente realiza o procedimento errado no domicílio”). O uso do metadiscorso pode ser evidenciado pelas expressões evasivas, tais como “mas” e “assim”, e indica uma tentativa de controle do discurso e, também, uma relação dialética entre discurso e subjetividade. Diante disso, as participantes se posicionam e se constituem no discurso, mas elas também se envolvem na prática que contesta e reestrutura as ordens de discurso que as posicionam.

(117)[...] E aí é na hora mesmo que você vai vendo o que você vai adaptar que vai dar certo pro paciente, que não vai trazer prejuízo nenhum pra ele, e que você vai conseguir continuar com a sua técnica, seja ela estéril, seja ela só limpa. (Entrevista U04)

(118)Então, mas:: a:: ESSÊNCIA da teoria, daquilo, eu sei que sonda vesical de demora eu não posso contaminar, então isso fica. Eu sei que troca de cânula de traqueo também é estéril, então:: isso fica, tem coisa que não muda, mas a gente adapta. Aí o serviço te ensina isso. [...] É igual isso que te falei, é:: ADAPTAÇÃO. Serviço domiciliar eu acho que basicamente é adaptação. Mas a gente não pode é desprezar:: o que é certo, e o que a gente aprende na teoria, né. Igual tô te falando, o curativo tem que ser feito de um jeito, vamos fazer desse jeito, a sonda passa deste jeito? Então nós vamos manter ele desse jeito, é troca de gastrostomia:: enfim, esses cuidados básicos, punção, fazer uma medicação, colocar um rótulo no soro, isso é universal, né. A gente adapta, mas é universal. Eu:: particularmente, eu sofri um pouco porque:: (+) fiquei imaginando: “gente será que tô fazendo errado?”. Nossa, eu preciso de um trem aqui para trocar essa cânula, passar essa sonda, no hospital a gente fazia assim, assim assado. Então deixa assim um pouco frustrada no começo, eu fiquei um pouco frustrada e pensava: será que eu estou fazendo o certo ou o errado? (Entrevista U06)

(119)P - Como você relaciona a teoria com a prática no contexto da atenção domiciliar? E- Bastante diferente! ASSIM, não que a gente realiza o procedimento errado no domicílio, [...] tem portarias do Ministério da Saúde, que EMBASAM a gente na nossa prática no domicílio mesmo. Mas [...], nem todo domicílio vai ter uma luz perfeita, nem todo domicílio vai ter um apoio de braço pra punção, nem todo domicílio você vai conseguir colocar o paciente auxiliando o médico em algum tipo de procedimento, nem todo domicílio vai ter uma cama que você consegue descer ou subir, enfim então é muito diferente a teoria pra nossa prática. Apesar da gente já estar

embasado, né, com protocolos e não estar fazendo indicação errada, mas a assepsia desse tipo de procedimento não vai ter, eu não vou ter um suporte de soro, então a prática é muito diferente da teoria, muito diferente da teoria. [...] Então só para isso, tem que ver que a teoria que a gente aprende é totalmente diferente da que a gente aplica, é claro que a nossa prática é baseada em evidências em produção científica claro, mas voltada para atenção domiciliar, o que tem de novo para gente aplicar na prática, mas é diferente totalmente. (Entrevista U09)

Ressalta-se, ainda, pelo excerto 118, o aprendizado referente ao processo de agir adequando, durante a ação intencional, um resultado ideal ao real (“Aí o serviço te ensina isso”). Evidencia-se que, em um primeiro momento, a enfermeira U06 sofria por entender que a adequação seria uma atividade errada em seu trabalho. Desse modo, as adaptações ocorrem de forma recorrente no trabalho da enfermeira na AD, sendo apresentadas na próxima subcategoria.

Em face das relações entre teoria e prática, “a práxis é, na verdade, atividade teórico-prática, isto é, tem um lado ideal, teórico, e um lado material propriamente prático, com a particularidade de que só artificialmente, por um processo de abstração”, pode-se separar, isolar um do outro (SÁNCHEZ VÁZQUEZ, p. 264). Assim, é possível afirmar que a práxis é uma atividade prática associada à atividade consciente (teórica, subjetiva). Dessa união, produz-se transformação da realidade (real, objetiva).

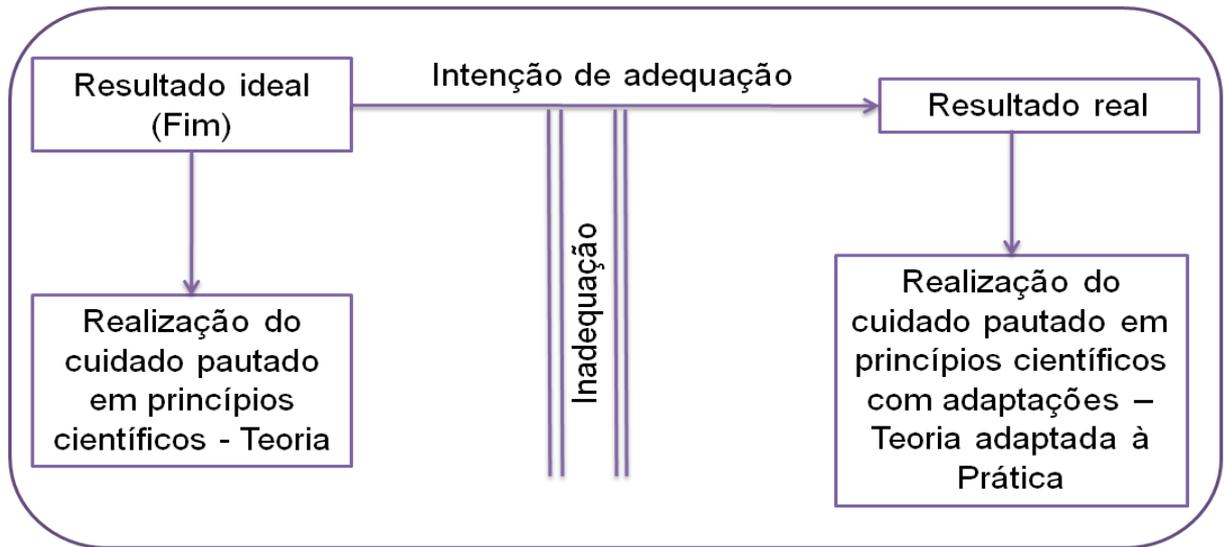
Decorre dos discursos a intencionalidade no trabalho das enfermeiras ao mencionarem que buscam realizar suas ações da melhor forma para o paciente (“não vai trazer prejuízo para ele”). Dessa maneira, as adaptações são realizadas conscientemente, buscando-se adequar o saber provindo da evidência científica, adquirido por meio da formação acadêmica ou normalizado por meio de protocolos para o contexto da AD (“nossa prática é baseada em evidências em produção científica, claro, mas voltada para atenção domiciliar”; “mas é diferente totalmente”). Nota-se que as enfermeiras reproduzem essa conjugação dialética entre teoria e prática de modo similar a uma relação entre certo e errado. Na prática, por meio da consciência, elas buscam verificar potenciais erros no ato, no decorrer da ação, realizando adaptações constantes a fim de evitá-los (“na hora mesmo que você vai vendo o que você vai adaptar que vai dar certo”; “será que eu tô fazendo o certo ou o errado”).

A esse respeito, é humanamente comum “que, por mais que o resultado real diste do ideal, trata-se, em todo caso, de adequar intencionalmente o primeiro ao

segundo”. Isso significa que o resultado obtido não tem de ser necessariamente igual ao modelo ideal previamente elaborado, “a adequação não tem por que ser perfeita” (SÁNCHEZ VÁZQUEZ, 2011, p. 222-223).

Nesse sentido, os discursos apontam que o resultado ideal (a finalidade), na AD, é a realização de uma ação de cuidado que atenda às exigências científicas e que, pela adequação realizada de forma intencional, consciente, o resultado real é o cuidado realizado da melhor forma, sem prejudicar o paciente, por meio de adaptações, conforme ilustra a Figura 6.

Figura 6 – Relação entre teoria e prática na atuação da enfermeira na AD



Fonte: Elaborada pela autora apoiada no referencial de Sánchez Vázquez (2011).

Diante dessas circunstâncias, o produto da ação é o resultado real de um processo que tem seu início no resultado ideal (fim). Segundo Sánchez Vázquez (2011, p. 266), as “modalidades da atuação” durante uma atividade prática são presididas pelo fim, pelo resultado ideal. Entretanto, elementos não ideais podem entrar nesse processo de atividade implicando uma esfera imprevisível, isto é, na qual não se tem segurança de domínio.

Portanto, durante a atividade da enfermeira na AD, existe sempre uma inadequação (“nem todo domicílio vai ter uma luz perfeita [...] vai ter um apoio de braço pra punção [...] vai ter uma cama que você consegue descer ou subir [...] mas a assepsia desse tipo de procedimento não vai ter, eu não vou ter um suporte de soro, então a prática é muito diferente da teoria”) entre o modelo ideal (com base em evidência científica) e sua realização (cuidado realizado pela adequação). No

contexto da inadequação e do imprevisível, o fim não pode deixar de dominar e, assim, a consciência precisa se manter no processo prático e não pode limitar-se a traçar um fim ou modelo ideal imutável, e sim precisa se manter ativa modificando, caso necessário, o fim previsto em prol de sua realização.

Não obstante, a “atividade prática implica não só a sujeição de seu lado material a seu lado ideal, como também na modificação do ideal em face das exigências do próprio real (matéria-prima, atos objetivos, instrumentos ou meios, e produto)”. Assim, a “prática exige uma constante passagem de um plano a outro, o que só pode ser assegurado se a consciência se mostrar ativa ao longo de todo o processo prático” (SÁNCHEZ VÁZQUEZ, 2011, p. 266).

Mediante o exposto, pode-se afirmar que existem diferenças entre os aspectos teóricos e práticos, na atuação do enfermeiro na AD, em que a primazia da prática se evidencia. Entretanto, considerando a práxis como uma atividade teórico-prática indissolúvel, a atividade prática da enfermeira no domicílio se desenvolve buscando atingir o fim, sendo o ideal o resultado previsto por protocolos e livros (baseado em seus conhecimentos teóricos). Contudo, perante as exigências presentes no domicílio (ambiente, materiais físicos e instrumentais) e em decorrência de sua particularidade, a atividade da consciência se torna ativa durante todo o processo prático, em uma constante modificação e adaptação do ideal para a efetivação do real. A busca de efetivação do cuidado para proporcionar o melhor para o paciente se revela de forma contínua, na ação das enfermeiras, em ato, permeada pela ação consciente e intencional.

5.3.2 Adaptações da enfermeira no domicílio: entre o resultado ideal e o resultado real da atividade prática

Segundo Sánchez Vázquez (2011), a atividade prática objetiva um resultado ideal. Por meio da ação da consciência, as adaptações no processo prático se tornam importantes para o alcance de um resultado real, transformador de uma realidade. Nesse contexto, os resultados indicam que o trabalho no domicílio possui particularidades que requerem adaptações, também denominadas de adequação ou imprevisto pelas participantes, ocorrendo de diversas maneiras e em diferentes momentos.

- (120) Olha, improvisar a gente improvisa muito, mas em função de condição ambiental, material, às vezes você precisa correr um soro, um medicamento não tem onde você pendurar então este tipo de improvisação a gente é mestre nisso, é:: bota um cabide na janela em guarda-roupa, de improviso isto [...]. (Entrevista B01)
- (121) A enfermeira fica agachada pra tentar fazer a punção. Reutiliza o mesmo jelco e tenta fazer na mesma veia e fala que não está achando boa. A enfermeira que conseguiu fazer a punção. No carro, a enfermeira fala: “Você viu as condições que a gente tem que fazer? Tem que improvisar tudo”. (Diário de campo - 24/06/2016 – V111 – U07)
- (122) [...] Alguma coisa assim que a gente tem que aprender muito é improvisar, né. Isso aí a gente faz bastante. [...] (++) Ah, esses dias pra trás ((risos)), eu estava na casa de uma paciente e eu levei o aspirador e não tinha:, aquela conexão de látex para o aspirador, eu nem sabia que funcionava. Aí eu peguei um equipo e coloquei, e deu supercerto assim, é só improviso (risos). De pendurar soro também, quando você vai pra um procedimento estéril você arrumar um local assim, que não é um local apropriado né, às vezes você faz em cima de um móvel, e é tudo um improviso. (Entrevista U08)

Salienta-se, pelas expressões “a gente é mestre nisso”, “Tem que improvisar tudo”, “Isso aí a gente faz bastante”, “é só improviso”, “é tudo um improviso”, “o que a gente mais usa” que a ação construída na AD apresenta recorrência, tendo característica contextual. Assim, as adaptações durante a prática da enfermeira no domicílio se apresentam em toda sua atuação evidenciadas por pressuposições discursivas, sendo esse elemento, segundo Fairclough (2008), um indicador de uma “verdade” já estabelecida.

- (123) Como a paciente estava pedindo a todo minuto para colocar água na boca, a enfermeira falou que iria improvisar e dar um jeito. A enfermeira pegou um equipo, cortou e deixou para usar como canudo. (Diário de campo - 03/07/2016 – V155 – U08)
- (124) Eu vou te dar vários exemplos que eu estou lembrando agora, por exemplo, assim quando a gente vai fazer medicação na casa do paciente o que a gente mais usa é o improviso para poder pendurar o soro, ou usa cabide, ou acha um prego na parede, ou usa o basculante da janela, sabe a gente tem que improvisar para poder fazer a medicação em casa, [...] (Entrevista B03)

No excerto discursivo 125, nota-se que o termo “adequação”, em um primeiro momento, é utilizado para substituir o termo “adaptação”, sendo descrito como “melhor palavra”. Entretanto, observa-se a repetição do termo que se pretendia trocar ao se referir novamente ao distanciamento entre resultado ideal e resultado real, neste caso, entre teoria e prática. Neste discurso de U03, por meio do recurso metadiscursivo, evidencia-se a tentativa de reformulação da frase, buscando um controle de seu próprio discurso. O uso da afirmação deôntica “você tem que” e da

metáfora “ir por outros caminhos” reforça a necessidade de se adaptar à realidade de cada família.

(125) (++) É eu acho que é adaptação, é adaptação, é:: (++++) adequação acho que é a melhor palavra. Porque, é, a teoria do paliativo, o que significa paliativo, a abordagem, elas tem, tipo, uma certa lógica, assim, você faz isso, isso e isso, mas às vezes isso, isso e isso, pra uma família não::, você sai de lá, você faz de todas as formas e você não consegue, então você acaba adaptando o que você sabe de teoria à vivência daquela família, né. Tem, tem família que não aceita a terminalidade, né, não adianta você explicar (...), tem família que não aceita, então você tem que ir por outros caminhos né, você tem que procurar alguma justificativa, pra convencer né, sempre tem uma opção ali (na casa) pra ver, ainda mais porque você escutou, e às vezes o familiar falou alguma coisa ali (na casa) e consegue um plano pra poder abordar e convencer. (Entrevista U03)

Os discursos revelam a contextualidade da prática na AD que deve ser realizada de acordo com a realidade do paciente. A contextualidade da adaptação ou da adequação se apresenta, portanto, pela característica peculiar que o domicílio apresenta, sendo este um espaço diferente dos outros serviços de saúde, que não possui uma estrutura física padronizada para as ações das enfermeiras. Ademais, as adaptações no domicílio se apresentam como um critério de necessidade ou obrigatoriedade, evidenciado pelo uso da modalidade deôntica no discurso (“você tem que”; “eu tive que”).

As adaptações acontecem disparadas pelo contexto próprio da AD, bem como pelo espaço em que o cuidado acontece. Portanto, o ambiente de trabalho da enfermeira na atenção domiciliar exige do profissional a busca de adaptação.

(126)[...] então eu costumo dizer que na atenção domiciliar quem toca a campainha e pede licença para entrar somos nós, e não num ambiente fechado. [...] (Entrevista U09)

Em face da conjuntura contextual da adequação, destaca-se, segundo os pressupostos de Sánchez Vázquez (2011), que as mudanças atribuídas aos fins dos quais se havia partido para obter um acesso mais completo do subjetivo ao objetivo, do ideal ao real, só ratificam a unidade entre o teórico e o prático na atividade prática (SÁNCHEZ VÁZQUEZ, p. 266).

A respeito da adaptação presente de forma contextual na AD, observa-se, nos trechos discursivos 127 a 129, uma comparação entre o ambiente hospitalar e o domiciliar, reconhecendo a indisponibilidade de materiais na casa do paciente como

um fator importante e determinante para a necessidade de adaptação ao prestar o cuidado. Percebe-se uma representação social em relação às diferenças entre hospital e domicílio, considerando o primeiro como o lugar que possui condições favoráveis à realização de procedimentos técnicos.

(127)[...] Um exemplo, sonda vesical de demora porque na área hospitalar você tem tudo, você tem uma bandeja, você tem uma pessoa para te auxiliar. Em casa não, em casa você faz sozinha, com o material mínimo, pra poder fazer detalhe técnico:: [...]. (Entrevista U03)

(128)A única diferença é que em casa você não tem o recurso que você tem no hospital, por exemplo, no hospital a gente passa uma sonda nasotérmica e tem que fazer raios X padrão-ouro, ou então, aliás é na verdade agora não tem mais que fazer raios X, agora lá eles protocolaram você é medir o pH, [...] a diferença é que lá você tem este recurso se o pH gerar dúvida ou se você não conseguir não vier a secreção você faz o raios X no hospital, no domicílio você não tem nada disso, [...] mas seria só mesmo a questão de falta de recurso [...] e a gente vai se virando nessas dificuldades do dia a dia mesmo, mas o que pega mais é recurso, que assim que eu percebo né ((baixa o tom de voz)). (Entrevista B01)

(129)[...] porque na verdade (+) o atendimento domiciliar, de procedimento, é tudo a mesma coisa, o procedimento é o mesmo, você só faz algumas adaptações pro domicílio que às vezes você não tem o recurso:: que você tem no âmbito hospitalar, entendeu? Mas a técnica em si é a mesma, então isso não vai mudar. O:: que vai mudar mesmo é só o seu jeito de conduzir porque:: às vezes você não tem o espaço que você tem no hospital, você não tem o recurso que você tem, não tem por exemplo, você não tem uma cuba rim, um campo e aquilo você vai improvisando. É lógico que por mais que você vai é::: você vai mudar alguma coisa, que você vai adaptar, você não pode deixar de lado a questão da segurança, por exemplo, se é um procedimento estéril, por mais que você tenha que adaptar e não tenha nada, você não vai colocar em risco o paciente [...] Mas isso aí você vai fazendo no dia a dia mesmo. (Entrevista U04)

Os relatos evidenciam uma representação do hospital como um ambiente ideal e seguro para a prestação de cuidados. As pressuposições discursivas (“porque na área hospitalar você tem tudo, você tem uma bandeja, você tem uma pessoa para te auxiliar”; “em casa você não tem o recurso que você tem no hospital”) indicam uma legitimação dessa concepção. Salienta-se, ainda, que existe uma pressuposição no excerto discursivo 128 que limita o potencial da AD, quando B01 afirma, como uma verdade estabelecida, que “a única diferença é que em casa você não tem o recurso que você tem no hospital”.

O domicílio e o hospital têm um lugar hegemonicamente construído na prática social em saúde. Os cuidados domiciliares são observados no mundo antes mesmo do surgimento dos hospitais e dos ambulatórios, verificados ao final do século XVIII, na Europa (SILVA et al., 2005). A prática de cuidado no domicílio era realizada, no

século XIX, por associações de enfermeiras visitadoras, vinculadas a movimentos filantrópicos (ALBUQUERQUE, 2003). Assim, historicamente, a assistência domiciliar era a modalidade assistencial predominante antes de os hospitais terem a finalidade curativa e o destaque que têm na atualidade.

Após longo tempo sob a predominância da assistência hospitalar, verificou-se o retorno às experiências com a assistência domiciliar (FERRAZ et al., 2006). Assim, “o modelo domiciliar (re)surge em função das diversas alterações que a sociedade [...] sofreu no decorrer dos anos como um modelo para o desenvolvimento de mudanças sociais e no sistema de saúde”. Cabe reforçar que mesmo que a AD esteja “em processo de ascensão nas práticas de saúde, ela ainda não está completamente inserida nos sistemas de atendimento à saúde” (LACERDA et al., 2006, p. 89).

Para além de ser a única diferença, a AD desponta-se como possibilidade à assistência hospitalar, propiciando retomar o domicílio como espaço para produção de cuidado e sendo um dispositivo para proporcionar a desinstitucionalização das práticas de saúde. Nesse sentido, ressalta-se a aposta da AD como espaço substitutivo de organização da atenção, sendo, pois, “um dispositivo para a produção de cuidados que efetivamente não são produzidos dentro do hospital, do ambulatório ou da instituição”, configurando-se como “um terreno do trabalho vivo em ato, possibilitando a produção e a invenção de práticas cuidadoras” (FEUERWERKER; MERHY, 2008, p. 186).

A respeito da adaptação na prática da enfermeira na AD, existe ainda um componente circunstancial que dispara sua necessidade de realização. Significa dizer que, além de se relacionar ao contexto próprio da AD, as enfermeiras consideram que, mediante determinadas circunstâncias, as adaptações se tornam necessárias.

(130)No Melhor em Casa a gente faz muito improviso. Nossa:: toda hora, 24 horas por dia, vou dar alguns exemplos [...], não tem suporte de soro fisiológico, [...], então é pregar um esparadrapo na parede, tem que fazer um ganchinho com clipe, tem que pegar um suporte de bolsa, tem que pregar um ganchinho do arame para pregar na janela para colocar um suporte de soro, eu tenho que tirar uma sonda vesical de demora, eu tenho que tacar a outra sonda vesical de demora em um canto da luva como campo estéril, a técnica continua asséptica, mas eu não tenho campo fenestrado, não tenho uma pinça, é:: a gente vai puncionar um paciente e está puncionando ajoelhado, você punciona com o paciente numa posição não muito confortável para você que está fazendo o procedimento, então tudo isso depende da criatividade da enfermeira. Debridar ferida também com a técnica asséptica, é claro, mas não tem o cabo de bisturi, então ele

tem que usar da criatividade dele como que ele debridar essa ferida com bisturi, enfim [...] tinha que puncionar a jugular, a paciente com uma cama convencional, cama normal em casa, não tinha como eu puncionar a jugular porque não tinha como eu ir atrás da cama dela, então eu tive que subir na cama e deitar ela no meu colo no meu joelho para eu puncionar a jugular [...] (Entrevista U09)

(131)Então as gambiarras são os improvisos, as adaptações né, olha quase todos os dias a gente tem que fazer as adaptações, não tem jeito! Então, assim, já tivemos vários pacientes que a gente precisou fazer essas adaptações, às vezes é um paciente acamado, você tem que fazer um curativo igual da ((YYY)) (nome da paciente), era um curativo nos dois membros quase inteiros, chegava lá a mãe já tem uma certa idade ou então pede para irmã, chegava ficava segurando a perna, perna pesada, já tive situações de ter que ficar lá segurando uma perna e ela passar mal, ter que ir lá segurar, senta, então a gente começa a ir pensando as coisas. Então, assim, já pedi para poder furar teto, colocar uma corda, fazer um suporte para poder colocar a perna. [...] pedimos para poder furar na parede onde estava a cabeceira da cama, colocou um gancho, puxava uma corda e fizemos uma adaptação para poder colocar o braço dele apoiado para poder fazer curativo porque ele não conseguia segurar o braço e, às vezes, também era difícil alguém ficar segurando porque era o antebraço todo e a mão... o curativo, então a gente ficava sem jeito de fazer o curativo, então a gente fazia essas adaptações.[...]. Por exemplo, tem uma cama, que não é hospitalar, o paciente precisa ficar com a cabeceira elevada, a gente pedia para poder colocar ou a madeira ou o bloco nos pés da cabeceira para ficar mais elevado. [...] então são mais essas gambiarras entre aspas que a gente faz para poder auxiliar no cuidado com o paciente. (Entrevista B04)

Foi possível identificar a regularidade na utilização do termo “improviso” ou “improvisação” nos discursos. Para Schön (2000, p. 35), a “improvisação consiste em variar, combinar e recombina” um conjunto de ações dentro de um esquema que dá coerência à ação. Uma situação problemática apresenta-se como um caso único, um caso que “não está no manual” e que se revela de várias formas ao mesmo tempo. Assim, o caso único excede as “categorias da teoria e da técnica existentes, o profissional não pode tratá-lo como um problema instrumental a ser resolvido pela aplicação de uma das regras de seu estoque de conhecimento profissional”. Se o profissional quiser tratá-lo de forma competente, deve fazê-lo por meio de “um tipo de improvisação, inventando e testando estratégias situacionais que ele próprio produz” (SCHON, 2000, p. 17).

No excerto 131, evidencia-se que o conhecimento teórico para a realização da técnica do curativo não é suficiente, sendo necessária a adaptação durante a ação (“a gente começa a ir pensando as coisas, então assim já pedi para poder furar teto, colocar uma corda, fazer um suporte para poder colocar a perna. [...] um gancho puxava uma corda e fizemos uma adaptação para poder colocar o braço dele apoiado para poder fazer curativo”). Esse discurso indica que, para além de

conhecer a técnica de realização do curativo, a enfermeira aciona estratégias que vão propiciar sua realização de uma melhor maneira para o paciente e, também, para a família.

As situações consideradas de difícil execução no domicílio são compreendidas como causa das adaptações necessárias de forma circunstancial. Vê-se o uso da expressão metafórica “gambiarra” para se associar à adaptação realizada. Tais ações acontecem quando o profissional encontra alguma situação que pode ser impeditiva de seu cuidado. Nesse sentido, as adaptações podem ser disparadas por circunstâncias que causam surpresas ao profissional.

Pela concepção circunstancial da adaptação, a atenção domiciliar possui situações que se revelaram como “zonas indeterminadas da prática”, termo cunhado por Schon (2000), que indicam a incerteza, a singularidade e os conflitos de valores, que escapam das diretrizes da racionalidade técnica, ou seja, da aplicação da teoria e da técnica derivadas do conhecimento científico.

As enfermeiras detêm domínio em relação ao conhecimento científico e, assim, afirmam que é necessário realizar (e realizam) técnicas de curativo, de assepsia e de posicionamento de paciente, por exemplo. Entretanto, o conhecimento torna-se limitado diante de uma realidade na qual se tem, como exemplo, apenas um profissional para realizar o procedimento, a mãe que ajudará da forma que consegue e a paciente que possui duas lesões nos dois membros inferiores. Diante disso, a enfermeira se depara com uma situação diferente do esperado, uma zona indeterminada da profissão e, por meio da reflexão (“então a gente começa a ir pensando as coisas”), desenvolve habilidades que comumente não são exploradas na formação profissional. Assim, a solução encontrada foge ao seu repertório construído pela racionalidade técnica, evidenciando uma manifestação do talento artístico profissional (SCHÖN, 2000).

Para Schön (2008, p. 17), “quando uma situação problemática é incerta, a solução técnica de problemas depende da construção anterior de um problema bem definido, o que não é, em si, uma tarefa técnica”. Ainda, ele defende que, quando um profissional “reconhece uma situação como única, não pode lidar com ela apenas aplicando técnicas derivadas de sua bagagem de conhecimento profissional”, sendo necessárias novas formas de se fazer por meio do talento artístico profissional. O “talento artístico profissional” reporta-se a uma expressão utilizada para se referir “aos tipos de competências que os profissionais demonstram

em certas situações da prática que são únicas, incertas e conflituosas” (SCHÖN, 2000, p. 29).

Logo, o talento artístico profissional se constrói por meio da aprendizagem pela prática reflexiva desenvolvida em diferentes circunstâncias da prática profissional e nas quais se faz necessário realizar o que se sabe e como se sabe para, em seguida, com base em uma análise crítico-reflexiva, aperfeiçoar, reformular, bem como desenvolver novas competências a partir daquilo que se sabe fazer e pensar, sendo criativo em situações únicas. Evidencia-se que daqui decorre a aprendizagem reflexiva aprimorada ao longo do trabalho da enfermeira na AD por meio da qual novos talentos artísticos profissionais vão sendo desenvolvidos.

Torna-se relevante ressaltar o uso da expressão “gambiarra”, identificada nos discursos, que envolve a ideia de “improvisação”. Gambiarra é o procedimento necessário para a configuração de um artefato improvisado. A prática da gambiarra envolve sempre uma “intervenção alternativa”, ou seja, “uma técnica de re-apropriação material”, sendo uma forma de utilizar ou constituir artefatos através de uma “atitude de diferenciação, improvisação, adaptação, ajuste, transformação ou adequação necessária sobre um recurso material disponível, muitas vezes, com o objetivo de solucionar uma necessidade específica” (BOUFLEUR, 2006, p. 25). No campo da saúde, o improviso costuma ser associado a situações inesperadas ou ausência de recursos (BOUFLEUR, 2013).

Cabe destacar que, de forma circunstancial, a insuficiência de recursos materiais foi um fator determinante para a realização de adaptações e improvisações de acordo com as participantes deste estudo. De acordo com Lima et al. (2016b, p. 685), a “falta, a escassez ou a inadequação dos recursos materiais impelem os trabalhadores, principalmente da enfermagem, a realizarem adaptações nos insumos disponíveis a fim de garantirem que o cuidado seja prestado”.

Segundo Santos (2012) e Cunha (2010), as adaptações e improvisações acontecem predominantemente devido ao mau uso dos recursos dispensados para a área da saúde, resultando na precarização das condições laborais. Santos (2012, p. 29) indica que a insuficiência e/ou inadequação de recursos materiais para o trabalho faz com que o profissional “tenha que lançar mão de artimanhas/artifícios a fim de dar cabo da tarefa, surgindo assim as adaptações e as improvisações”. Contraditoriamente à deficiência de recursos materiais, as adaptações e

improvisações frequentemente asseguram a continuidade da assistência e garantem que o trabalho seja cumprido (SOUZA et al., 2009).

Neste sentido, Cunha et al. (2016, p. 5) e Cunha (2010) indicam que a prática de adaptar/improvisar retrata a dialética presente no trabalho, entre não ter o recurso e, simultaneamente, ter que prestar a assistência. Diante disso, a prática de adaptar e improvisar interfere na dinâmica do trabalho da enfermeira, uma vez que ao mesmo tempo de possibilitar a realização do cuidado pode, contraditoriamente, burlar normas prescritas, resultar em gasto de tempo e desgaste físico e mental do trabalhador, além de poder resultar em iatrogenias aos usuários atendidos (CUNHA et al., 2016; SOUZA et al., 2009).

As práticas de adaptações/improvisações podem remeter a sentimentos de insatisfação, culpa e frustração de profissionais devido à incerteza em relação à efetivação de princípios científicos na realização dos cuidados quando apoiados nas referidas adaptações e improvisações (CUNHA et al., 2016; LIMA et al., 2016b). Tal fato também pode ser evidenciado no excerto discursivo 118, apresentado na subcategoria 5.3.1: “Eu:: particularmente, eu sofri um pouco porque:: (+) fiquei imaginando: “gente será que tô fazendo errado?”. “Nossa, eu preciso de um trem aqui, para trocar essa cânula, passar essa sonda, no hospital a gente fazia assim, assim assado”. Então deixa assim um pouco frustrada no começo eu fiquei um pouco frustrada, e pensava, será que eu estou fazendo o certo ou o errado”.

Pesquisa realizada por Souza et al. (2010) indica que a enfermagem realiza múltiplas e frequentes adaptações e improvisações de materiais e de equipamentos. Tal situação assegura o cuidado e possibilita a continuidade da assistência. Assim, sem a prática da adaptação e da improvisação, o cuidado prestado ao cliente ficaria inviabilizado, em muitas situações (SANTOS, 2012; SOUZA et al., 2010). Diante disso, a realização de adaptações e improvisações pode representar, dialeticamente, a mobilização de profissionais para a realização de seu trabalho e a alienação diante da precarização das condições de trabalho (SOUZA et al., 2009).

Mesmo diante da insuficiência de recursos para o cuidado domiciliar, é possível evidenciar que os atos de adaptar e improvisar possibilitam o reconhecimento do profissional como uma pessoa envolvida com a busca do melhor para o paciente (LIMA et al., 2016b; CUNHA et al., 2016; SANTOS, 2012; SOUZA et al., 2010). A adaptação e a improvisação de objetos para cuidar revelam um trabalho reflexivo, motivado pela necessidade imediata de produção do cuidado, e podem ser

descritas como respostas às necessidades reais da prática clínica (ARREDONDO-GONZÁLEZ; DE LA CUESTA-BENJUMEA; ÁVILA-OLIVARES, 2016).

Lima et al. (2016b, p. 687) indicam que a recorrência da prática de adaptar e improvisar materiais no contexto de trabalho se deve à precarização das condições laborais no serviço público de saúde, “onde o Estado busca o enxugamento da máquina pública e, desse modo, não repassa as verbas necessárias para seu funcionamento adequado”. A necessidade de adaptar/improvisar é uma circunstância muito experimentada pelos profissionais de saúde, sobretudo pela enfermagem, sendo muitas vezes naturalizada, a despeito dos problemas que acarreta (LIMA et al., 2016b; SOUZA et al., 2010).

Ainda citando Lima e colaboradores (2016b, p. 690), reforça-se que a naturalização dessa prática “dificulta a crítica de um contexto macro e micropolítico que torna o serviço público de saúde precário”. Nesta perspectiva, “esta naturalização, este embotamento da capacidade crítica do trabalhador em relação a tal fenômeno, entrava a luta por transformação deste contexto político e da configuração da organização do trabalho”. A configuração da normalidade contribui para a perpetuação de tais práticas no agir profissional, ao passo que pode inibir mudanças, “pois a gerência pode concluir que as melhorias não são essenciais, haja vista que a enfermagem consegue sempre “quebrar galhos”, fazer ajustes e artimanhas, dando conta da tarefa e garantindo a assistência” (LIMA et al., 2016b, p. 689). Assim, para Cunha (2010, p. 120), o uso em excesso do adaptar/improvisar pode contribuir para “anular o potencial reivindicatório por melhores condições de trabalho, contribuindo para a perpetuação” dessa situação.

Cunha et al. (2016, p. 4) ponderam que as práticas de adaptar/improvisar “emergem em um contexto crônico de precarização”, bloqueando a possibilidade de ajustes pelo profissional em seu trabalho, “repercutindo em desgaste, embotamento da capacidade de avaliação e, até mesmo, em alienação”.

Ademais, a realização de adaptações e de improvisações pode resultar em desgaste psicofísico do trabalhador e, ainda, em ameaça à segurança dos pacientes e dos trabalhadores, uma vez que elas são realizadas em condições adversas e não tiveram sua utilidade e qualidade testadas e validadas (LIMA et al., 2016b; CUNHA et al., 2016; SANTOS, 2012; SOUZA et al., 2010).

Portanto, nesta subcategoria, foi possível evidenciar que a realização de adaptações pelas enfermeiras no domicílio se configura em práticas disparadas por

condições contextuais ou circunstanciais. A adequação pode ser considerada como uma resposta da ação consciente do profissional que se manifesta durante todo processo prático, em busca de transformar uma realidade por meio do alcance de um resultado real mais próximo do resultado ideal, previamente traçado (SÁNCHEZ VÁZQUEZ, 2011). Essa concepção é determinante na atuação da enfermeira na AD, uma vez que o próprio contexto do domicílio confere a imprevisibilidade durante a atividade prática. Diante do imprevisível, as enfermeiras demonstraram agir de forma consciente buscando adequar seu conhecimento científico (resultado ideal) ao executar o cuidado (resultado real) (“eu tenho que tirar uma sonda vesical de demora [...] a técnica continua asséptica, mas eu não tenho campo fenestrado, não tenho pinça”). Neste sentido, o “dinamismo e a imprevisibilidade do processo exigem também um dinamismo da consciência” (SÁNCHEZ VÁZQUEZ, 2011, p. 266). Entre o resultado real e o ideal ainda existem inadequações que são potencializadas pela falta de condições para o trabalho. Mediante a ausência de recursos físicos e materiais, as enfermeiras realizam adaptações e improvisações buscando garantir a concretização do cuidado ao paciente.

Por outro lado, a implementação de adaptações pelas enfermeiras pode ser motivada por situações circunstanciais, tais como um caso único, segundo Donald Schön (2008). Nestas circunstâncias, as adaptações se revelam como ações que variam, combinam e recombina conhecimentos prévios que formam uma nova ação. O inesperado perante um caso único também foi determinante na atuação das enfermeiras na AD. A ação das enfermeiras diante de casos únicos, que não são previstos, sugere a presença da prática reflexiva que proporciona uma solução para o mesmo durante a execução da ação (“tinha que puncionar a jugular, a paciente com uma cama convencional, cama normal em casa, não tinha como eu puncionar a jugular porque não tinha como eu ir atrás da cama dela, então eu tive que subir na cama e deitar ela no meu colo no meu joelho para eu puncionar a jugular”).

As soluções desenvolvidas pelas enfermeiras enriquecem seu repertório de competências e promovem um constante aprendizado (“a gente tem que aprender muito é improvisar”). Para Schön (2000), a ação em zonas indeterminadas da prática requer a flexibilização da prática por meio de novas formas de fazer, revelando aí processos contínuos de aprendizagem.

5.3.3 (Re)invenção no trabalho da enfermeira no contexto domiciliar

É possível identificar que, na AD, a atuação enfermeira abrange diversas ações, com destaque para procedimentos técnicos e ações de educação em saúde. Os dados revelam que a criação está presente na condução de situações as quais requerem orientações para cuidadores e familiares. Em relação à realização de procedimentos, existe uma criação para o contexto do domicílio em um primeiro momento e, depois, esta se torna padrão, podendo se repetir. Entretanto, mesmo existindo um padrão posterior à invenção, por exemplo, uma troca de sonda, caracterizando uma ação mecanizada, o fato de cada casa e de cada família ser diferente e, ainda, o ambiente distinto do institucional, faz que ainda seja necessária uma reinvenção constante.

(132) [...] muitas das vezes tem muita regra, norma, rotina, lei, né, da enfermagem. Isso torna um pouco mais mecânico, e essa autonomia no domicílio é totalmente diferente, mais resolutivo, criativo né, espontâneo. Então, eu acho que a prática do enfermeiro ela fica mais suave, mais leve, mais importante [...]. (Enfermeira U09)

Feuerwerker (2014, p. 54) alude que “o fato de o cuidado em saúde ser produzido num território não institucional - o domicílio - e de se propor a produzir alternativas substitutivas à organização do cuidado coloca os atores de outro modo em cena e abre novos espaços para a inovação”. Na medida em que o cuidado é realizado no domicílio, ele acontece no confronto e na negociação das racionalidades instituídas (“lei da enfermagem”) e passa a ser algo novo (“criativo”), isto é, passa a orientar-se por uma perspectiva instituinte (SALDANHA, 2008). Assim, os discursos evidenciam a presença de elementos instituídos do cuidado, que são prescritos por atos normativos, em uma macropolítica, e instituintes, que surgem do trabalho vivo em ato, em uma micropolítica.

Segundo Feuerwerker (2014, p. 20), o “instituinte é um processo produtivo-desejante, de característica dinâmica, enquanto o instituído é o resultado desse processo e que tem característica estática e estável. O instituído é o existente e o instituinte é o crítico do existente”. Ou seja, quando o trabalho das enfermeiras na AD se configura como dispositivo para a “produção de cuidados que efetivamente não são produzidos segundo o modelo hegemônico dentro do hospital, do ambulatório”, ele se configura “como um terreno do trabalho vivo em ato instituinte

de novidades, possibilitando a produção/invenção de práticas cuidadoras” (FEUERWERKER, 2014, p. 55). Esse componente emerge como algo novo, instituinte, visto que rompe com o modelo instituído do saber/fazer hegemônico (SALDANHA, 2008).

Identifica-se nos discursos a necessidade ou obrigatoriedade da criatividade para a prática no contexto domiciliar. As afirmações modais “Tem que ter curiosidade, tem que ter criatividade e ter conscientização”, “a sensibilidade, a criatividade ela tem que estar junto com a enfermeira” e “você tem que ser criativa mesmo” evidenciam esse achado. Pelo excerto discursivo 133, mostram-se, também, as ações cotidianas como sendo consideradas criativas, tal como pensar em uma segunda opção para uma cobertura de curativo (“não deixa de ser uma criatividade”).

(133)[...] o nosso DIFERENCIAL aqui é porque a gente é sempre de acordo com a realidade do paciente, não é a nossa realidade, [...] tem a adaptação de acordo com cada realidade, tem paciente que é tudo muito lindo, tudo muito tranquilo, a família orientada, o paciente muito TRANQUILO [...] e tem casa que você chega é uma casa de chão batido, não tem energia elétrica, não tem água, não tem é::, água tratada, né? E aí como é que você, você tem que orientar em cima do que a pessoa tem ali [...], então é uma adaptação, [...] não tem como você falar: “não joga tudo fora e vamos começar do zero”, não tem! A família não tem condição, né? E a partir daquilo ali, você tem que rebolar e fazer o melhor o que você acha que vai ajudar né e vai daqui, vai dali. [...] e você tem que ser criativa mesmo, não tem jeito, principalmente por falta de material, né. Você tem que ter sempre uma segunda opção, “você pode fazer com isso aqui é melhor, mas se isso aqui não tiver, você tem isso aqui”::: Que é o óleo, no caso o Dersani, [...] se não tiver você pode usar o óleo de canola, então esse já é uma segunda opção, é bom? É, mas não é o AGE, cê sabe, né? [...] não deixa de ser uma criatividade né, acho que é isso aí. (Entrevista U02)

(134)(A enfermeira) Tem que ter curiosidade, tem que ter criatividade e ter conscientização, esse enfermeiro como perfil, que aí contribui para prática dele, [...] a sensibilidade, a criatividade ela tem que estar junto com a enfermeira pra fazer algum procedimento no domicílio. [...]. (Entrevista U09)

Os dados revelam que os profissionais devem lançar um olhar direcionado ao usuário, à família e ao contexto de vida. A realidade da família na AD faz com que necessidades expressas pelo usuário sejam apreendidas em ato, no dia a dia, pelos profissionais e exigem destes a criatividade e a invenção (BRITO et al., 2013). Neste contexto, Hermann e colaboradoras (2017) consideram a criatividade como um atributo necessário para desenvolvimento do cuidado domiciliar. Pode-se afirmar que o contexto domiciliar estimula a criatividade das enfermeiras no e para o

desenvolvimento de seu trabalho, potencializando uma (re)invenção de seu saber/fazer. Existe, portanto, uma potência instituinte na transformação das práticas de enfermagem no contexto do domicílio (SALDANHA, 2008).

Os discursos indicam que, no domicílio como um espaço de cuidado, o profissional convive com a ausência de materiais, o que estimula o desenvolvimento da criatividade. Ressalta-se o excerto discursivo 133, de U02 (“você tem que ser criativa mesmo, não tem jeito, principalmente por falta de material”), que reforça “as alternativas criativas que a equipe de enfermagem lança mão para superar suas dificuldades” (KOERICH et al., 2006, p. 180). Ademais, as enfermeiras despertam-se para o incomum, o cuidar instituinte no ambiente domiciliar, sem recursos ou ferramentas hospitalares. Este fato traz outras possibilidades de cuidado, incentivado por um ato de improvisar para que se consiga efetivar um cuidado em casa a partir da realidade que a família apresenta (GONÇALVES NETA, 2017).

As afirmações deônticas, tal como “tem que ter criatividade”, presentes nos excertos discursivos 133 e 134, indicam que a criatividade tem um caráter de obrigatoriedade na AD. Desta forma, salienta-se que a normalização e a frequência abusiva das situações que demandam a consolidação de soluções criativas tornam o ato uma obrigação, uma vez que acontece em decorrência da inadequação da previsão e da provisão de recursos materiais para a AD. Assim sendo, o ato que por si confere autonomia ao profissional, contraditoriamente, em excesso reduz tal potencialidade (CUNHA et al., 2016).

É importante reforçar que a criação não deve ser responsabilidade única dos profissionais, sendo necessários incentivos para seu desenvolvimento, concebendo uma “cultura de inovação”. Portanto, é relevante que se tenha um ambiente favorável, que inclua o envolvimento de trabalhadores e gestores (BRASIL, 2014b, p. 10). Retoma-se que é fundamental que sejam previstos gastos para a provisão recursos materiais em quantidade e qualidade adequada para o desenvolvimento do trabalho na AD. Assim, enfermeiras poderão utilizar seu potencial criativo para inovar em soluções para as necessidades das pessoas.

Reforça-se que não só a ausência de recursos materiais, mas as próprias condições domiciliares causam interferências no fazer dos profissionais ao atuar na AD (“tem casa que você chega é uma casa de chão batido, não tem energia elétrica, não tem água, não tem é::, água tratada, né? E aí como é que você, você tem que orientar em cima do que a pessoa tem ali”). Ao se depararem com as características

próprias do contexto domiciliar, associadas à insuficiência de recursos, as enfermeiras buscam novas formas de agir de acordo com as singularidades de cada caso. Assim, existem movimentos de trabalhadores que se deixam “afetar pelas relações e saberes com “os da casa ou da família”, recebendo de volta como aprendizagem a relação que realizavam a partir do seu próprio trabalho” (FEUERWERKER, 2014, p. 53).

De acordo com Lacerda (2000), a “criatividade e a capacidade de lidar com o imprevisto são atributos importantes no cuidado domiciliar, uma vez que a enfermeira utiliza os recursos do domicílio para cuidar”. Na casa, o profissional “na maioria das vezes está sozinho” e precisa “estar ciente de que na casa [...] não tem os recursos que teria se estivesse dentro de um hospital”. Assim, a “criatividade é uma ferramenta utilizada pela enfermeira na busca da resolução de problemas” (CATAFESTA, 2008, p. 69).

A respeito da orientação de pacientes, ressalta-se a singularidade de cada indivíduo, também presente em outros contextos de atendimento. Ressalta-se, pois, que no domicílio a criação se revela mesmo em situações semelhantes, não existindo uma reprodução idêntica de orientação, prescritiva, sendo singular em cada caso.

(135)[...] o nosso diferencial aqui é porque a gente é sempre de acordo com a realidade do paciente, não é a nossa realidade [...] é de acordo com cada realidade [...] (Entrevista U02)

(136)O paciente encontrava-se deitado em um sofá. A enfermeira avalia a sonda da gastrostomia e pergunta à cuidadora se ela tem alguma dúvida. Usa linguagem diferenciada ao explicar como devem ser realizados os cuidados com a sonda, usando termos como “pontinha” da sonda. [...] (Diário de Campo – 26/05/2016 – V01 - U02)

(137)A enfermeira falou “todo dia vai vir alguém aqui”. A família falou que vai dar mais conforto. A médica fala que vai “tirar três medições porque abaixam a pressão”. E a enfermeira disponibiliza o formulário “Farmácia em Casa” com a descrição das medicações para ajudar a família no entendimento dos horários de cada uma. (Diário de campo - 23/06/2016 – V83 – U03)

As orientações e ações de educação em saúde realizadas pelas enfermeiras são consideradas funções importantes na AD (WILLIAMSON, 2007). Assim, a educação em saúde realizada por enfermeiras pode melhorar os conhecimentos dos pacientes, cuidadores e familiares em diferentes situações de cuidado no domicílio, sendo um aspecto de destaque na literatura sobre a AD (ANDRADE et al., 2017). No

domicílio, as enfermeiras precisam adequar o seu trabalho à realidade e à rotina de cada família. Assim, cabe às enfermeiras saber adaptar atividades diárias e práticas de cuidado, considerando as preferências dos moradores do domicílio e, ainda, identificar e superar obstáculos na realização do cuidado (HERMANN et al., 2017). Acrescenta-se que o trabalho de enfermeiros na AD é considerado complexo, uma vez que são exigidas flexibilidade e capacidade de atuar em ambientes não institucionais, como o domicílio (LUNDGREN, 2011).

Destaca-se a necessidade de estratégias criativas para um processo de ensino eficiente (ANDRADE et al., 2017). Considera-se que a iniciativa e a criatividade das enfermeiras podem produzir soluções inovadoras para elaborar respostas a problemas reais dos pacientes, que trazem benefícios para indivíduos ou coletividade, conforme indicações do Laboratório de Inovação em Atenção Domiciliar (BRASIL, 2014b). Abordar a “inovação na Atenção Domiciliar em saúde chega a parecer redundante, já que essa modalidade de atenção, por si só, já é inovadora, ao buscar alternativas de oferta do cuidado fora do modelo hospitalocêntrico” que, por muito tempo, prevaleceu em praticamente em todo o mundo (BRASIL, 2014b, p. 11). Assim, para além do contexto de inovação inerente da AD, as práticas das enfermeiras se destacaram pelo potencial criativo e, sobretudo, inovador.

Como prática inovadora, os discursos revelaram o uso das tecnologias educacionais na produção do cuidado como uma nova forma de subsidiar os processos cuidativos no território da atenção domiciliar. Assim, os processos de criação também estão presentes na adequação da linguagem pela enfermeira durante a orientação de algum procedimento aos cuidadores e pacientes. O diferencial das ações desenvolvidas pela enfermeira no domicílio refere-se ao ato de fazer junto, de cuidadores e pacientes, associado às orientações (“boca grande é boca aberta, e boca pequena é boca fechada”; “corta a camisa atrás e faz igual avental”; “a única forma deles entenderem era demonstrando”). Para tanto, nota-se que o conhecimento teórico acerca do que orientar não é suficiente quando se trata das singularidades do âmbito domiciliar. Assim, a enfermeira mobiliza ações diferenciadas para a realização no cuidado domiciliar, reinventando seu modo de fazer.

(138)[...] Explica a filha “é para trocar o soro, que tem que correr em três horas”.
Orienta de uma forma lúdica sobre como fechar o equipo: “boca grande é

boca aberta, e boca pequena é boca fechada”. (Diário de Campo – 27/06/2016 – V 132 - U01)

(139)[...] mas isso acaba acontecendo quase todos os dias né, em algum momento você tem que fazer alguma coisa né, seja orientar família a botar uma roupa, porque às vezes eles não pensam nisso, esses dias mesmo eu falei pra:: cuidadora ela falou assim: "ah, eu não tô colocando roupa nele porque ele está ficando cheio de marquinha por causa da ruquinha da camisa aí vai abrindo a ferida", aí eu falei: "não, você não precisa deixar ele sem roupa, corta a camisa atrás e faz igual avental de hospital, aí vai ficar tampado só na frente", né, então assim é coisa básica, aí vai falar "mas isso não é, você não inovou em nada", mas assim na casa ninguém pensou nisso na hora, ninguém lembra disso, né? Então, aí a gente acaba conseguindo orientar. [...] (Entrevista U02)

(140)Então, a gente tem que ser muito criativo em casa pra orientar a família né, porque, a, a tem familiar que é muito muito leigo, é extremamente leigo, teve uma situação uma vez que não sei nem se está no contexto agora, mas é, a gente tinha uma paciente que era uma IC (insuficiência cardíaca) descompensada, muito grave que, e ela foi pra casa e chegou na casa e todo mundo era analfabeto, totalmente analfabeto, TODO mundo. E aí ela já estava por sonda e família tudo desbaratinado, não sabia o quê que fazia. Aí foi lá eu e a nutricionista, aí a gente fez, fez a, dividiu os horários da manhã, tarde, noite das medicações, pôs um sol, uma nuvem, uma lua pra, pra orientar os horários de cada medicação, colocou a filha para fazer a comida, e bater a, a, a sopa lá, pra eles verem a consistência porque a gente só podia fazer, a única forma deles entenderem era demonstrando, que explicando eles não iam entender, sabe. (Entrevista U03)

Os discursos das enfermeiras indicam, assim como estudo de Gonçalves Neta (2017, p. 111), que a criatividade no campo da AD revela “tecnologias imateriais que perpassam o processo educativo por envolver um saber que se desloca para um novo modo de ensinar a partir do que lhe é dado como tal”. As enfermeiras realizam um trabalho criador a partir da troca de informações e orientações a pacientes e familiares (SILVA, 2015). As tecnologias educacionais são utilizadas pelas enfermeiras e uma das estratégias educativas dessa modalidade de tecnologia são as orientações de diferentes naturezas realizadas aos usuários, cuidadores e/ou familiares. A educação em saúde é considerada uma importante prática de enfermeiras na AD, sendo uma tecnologia que precisa ser explorada e valorizada nos serviços (ANDRADE et al., 2017).

Pode-se afirmar que as enfermeiras reconhecem que no contexto domiciliar existem elementos que podem causar resistências na apreensão do ensino em casa, tais como o ambiente físico, as condições financeiras e sociais e a diversidade cultural das famílias. Tal fato pode ser evidenciado no excerto discursivo de U03 (“tem familiar que é muito, muito leigo”; “todo mundo era analfabeto, totalmente analfabeto”). Diante disso, revela-se a necessidade de uma linguagem adequada,

desprovida de termos técnicos, e um ensino dentro das possibilidades da família, conforme o seu grau de instrução, para que se alcance os objetivos propostos durante uma orientação educativa, aumentando as possibilidades de obtenção de um cuidado compartilhado com a família (GIACOMOZZI; LACERDA, 2006).

Ademais, tornam-se necessárias novas formas de agir buscando resultado positivo por meio da prática educativa. Desse modo, além de orientar, U03 exemplifica o fazer junto de familiares como um ato importante para propiciar a aprendizagem de cuidadores e familiares (“colocou a filha para fazer a comida, e bater a, a, a sopa lá, pra eles verem a consistência porque a gente só podia fazer, a única forma deles entenderem era demonstrando, que explicando eles não iam entender, sabe”). Ressalta-se, pois, que as orientações realizadas no ambiente domiciliar não devem ter um caráter prescritivo, e sim informações de fácil compreensão (GIACOMOZZI; LACERDA, 2006). Lacerda et al. (2006) afirmam que o atendimento no domicílio permite conhecer o cenário domiciliar e o desenvolvimento de ações educativas, como orientações, realização e demonstração de procedimentos pela equipe destinados aos usuários e cuidadores.

Estudos indicam que as tecnologias educativas no contexto domiciliar se constituem instrumentos relevantes para o preparo de pacientes e cuidadores ao envolvê-los no cuidado. A ação educativa favorece positivamente a adesão ao regime terapêutico, a autonomia e proporciona novos conhecimentos e confiança na realização de cuidados domiciliares (POTTER et al., 2012; LAVELLE et al., 2010).

Pelo discurso de U02 (“é coisa básica, aí vai falar ‘mas isso não é, você não inovou em nada’, mas assim na casa ninguém pensou nisso na hora, ninguém lembra disso, né? Então, aí a gente acaba conseguindo orientar”) é possível evidenciar a complexidade em definir/identificar uma ação inovadora. No contexto domiciliar, pode-se afirmar que mesmo em atitudes consideradas “básicas”, mas que são transversais na ação cuidativa das enfermeiras e que objetivam a melhor resposta para o paciente/cuidador/família, há também uma ação inovadora.

Ressalta-se “o “valor social” da inovação: o que interessa não é apenas a “novidade” ou a sofisticação tecnológica, mas os “benefícios” que ela produz para os indivíduos ou para a coletividade” (OPAS, 2013, p. 11). Tais ações também podem surgir em outros cenários. Entretanto, na AD, para além de conhecerem a realidade, por exemplo, que poderia acontecer por uma anamnese completa, as enfermeiras vivenciam a realidade com os pacientes e familiares. Ao estar no domicílio, o

profissional presencia, sente as dificuldades de um cuidador, de uma família e se emociona, envolve-se, cria vínculos. O profissional constantemente é mobilizado a agir de acordo com a família e sua realidade. Essa singularidade revela a subjetividade das enfermeiras na produção do cuidado ressignificada pela soberania do trabalho vivo ao permitir uma abertura no modo de saber, agir e produzir o cuidado nos encontros com os usuários, cuidadores e/ou familiares. Assim, desvenda-se a configuração da capacidade instituinte do trabalho vivo em ato, ao imprimir novos arranjos tecnológicos no plano micropolítico do cuidado (FRANCO; MERHY, 2012).

Foi possível identificar a possibilidade do uso de vídeo para a orientação de pacientes e/ou cuidadores, conforme evidenciado no excerto discursivo 141. É possível afirmar que o uso desta tecnologia educacional revela resultados expressivos ao proporcionar novos conhecimentos à família, “desenvolvimento de habilidades básicas, segurança, autonomia na realização dos cuidados, melhor adesão à terapêutica no âmbito do domicílio, além de uma maior aproximação com a família e o estabelecimento de vínculos” (GONÇALVES NETA, 2017, p. 102).

(141)A enfermeira explica que a visita domiciliar tem o objetivo de explicar e dar os encaminhamentos para a realização do procedimento de gastrostomia. [...] A enfermeira mostra a sonda que será utilizada para a filha da paciente e demonstra de forma exemplifica como será o cuidado. Orienta sobre os cuidados pré-operatórios e explica como será o procedimento. [...] A enfermeira informa que irá solicitar a um paciente para filmar os cuidados que deve ter com a sonda para mostrar para a filha da paciente, que chora e relata que será ótimo para ver a realidade. A enfermeira acolhe a emoção da filha. Diz que cada momento é importante viver. [...] (Diário de Campo – 22/06/2016 – V78 - U06)

Os avanços da tecnologia possibilitam o uso cada vez mais crescente de recursos e métodos educativos diversos que proporcionam uma dinamicidade do processo de ensino-aprendizagem (ÁFIO et al., 2014). O uso de vídeo instrucional como tecnologia educacional no ambiente domiciliar acontece, especialmente, para os cuidadores de pacientes dependentes de cuidados que fazem em uso de sonda nasoentérica, gastrostomia, traqueostomia e os que necessitam de curativos simples e complexos (GONÇALVES NETA, 2017).

A inovação também pode ser identificada nos discursos de U04 e de B02 ao referirem sobre a criação de um objeto para armazenamento de medicações. Destaca-se, no excerto 142, a necessidade de invenção e de reinvenção no que se

refere ao mediador tecnológico do cuidado, seja a relação com a caixa em si, seja a relação com o cuidado.

(142)Ela:: era uma paciente que era analfabeta:: e polimedicamentosa né, porque tomava mais de 10 tipos de remédios. E:: e a gente criou uma caixinha, tinha que ir separando po::r dia::, po::r horário, po::r manhã::, horário do almoço, tarde e de noite, pra poder ficar mais fácil pra ela. E MESMO COM ESSA ADAPTAÇÃO, ela tinha dificuldade. Porque ela não conseguia tirar e voltar pro mesmo lugar. Então quer queira, quer não, por mais que você se adapta né, serve::, sur::te o efeito que você espera e aí, você tendo que readaptar, orientando ela pra voltar o remédio pro mesmo lugar, porque senão volta, ela continuava sem do mesmo jeito. Essa foi uma adaptação também que a gente fez pra ela conseguir tomar as medicações. (Entrevista U04)

(143)[...] Aí eu acho que não é bem uma improvisação, você tem que ter um certo tato né para você orientar, então estratégia a gente estabeleceu demais, nós temos problemas por exemplo com o paciente de administração de medicamentos, pessoal que por exemplo não sabe ler, então nós criamos uma bolsinha [...], a ((YYY)) (enfermeira) que inclusive criou, é de pano mesmo, a gente criou uns bolsinhos. Então, nos bolsinhos, a gente põe as medicações de acordo com o horário, então a família pega no bolsinho e já administra para o paciente. A gente vai lá e coloca, a gente coloca a medicação, lógico que a gente sabe que tem aqueles porta-comprimidos com dia, noite, né, a gente criou um diferente aqui os pacientes às vezes não podem comprar, então a ((YYY)) (outra enfermeira) já traz pronto, ela lida muito com isso, e aí a gente fez justamente para adaptar e atender o paciente [...] (Entrevista B02)

Os enfermeiros são protagonistas nas práticas de orientação e apoio aos pacientes e familiares, desenvolvendo a educação em saúde que proporciona modos de cuidar coerentes com o desejo da família (MELLO; BACKES; DAL BEN, 2016). A educação em saúde é considerada uma importante competência necessária para o cuidado domiciliar desenvolvido por enfermeiros, sobretudo, em uma abordagem dialógica (HERMANN et al., 2009). Ressalta-se a necessidade de utilização de linguagem acessível, associada a orientações sobre o cuidado (SILVA et al., 2010b).

Os resultados permitem evidenciar que a (re)invenção no trabalho e do trabalho da enfermeira é disparada essencialmente para e no desenvolvimento da orientação aos pacientes e cuidadores, que são transversais no cuidado realizado no domicílio. A (re)invenção, a criação e inovação, neste contexto, situam-se, sobretudo, no campo do trabalho vivo em ato, que é aquele que ocorre no momento da execução pelo profissional e, dessa forma, é passível de criatividade e invenção (MERHY, 2002). É nesse trabalho que as relações podem se estabelecer propiciando um encontro verdadeiro, acompanhado da utilização de tecnologias

leves e leve-duras e de uma ação qualificada, necessárias nas práticas em AD. Nesse sentido, reafirma-se que o potencial inovador/criador da atenção domiciliar se concretiza na capacidade de enfermeiros em perceberem e considerarem os diferentes aspectos vivenciados pelos usuários e suas famílias na produção do cuidado.

A análise dos discursos permite inferir que a atuação das enfermeiras na AD imprime uma lógica inovadora, em que, mesmo na reprodução de determinadas ações instituídas, vislumbra-se a reinvenção na produção do cuidado instituinte por meio do uso das tecnologias educacionais. A este respeito, Gonçalves Neta (2017, p. 102) afirma que, nos encontros, “os profissionais reinventam o processo educativo a partir da singularidade vivenciada no território da atenção domiciliar buscando, na repetição, a diferença do fazer em domicílio”. Acredita-se que os novos modos de ensinar e aprender, por meio das tecnologias educacionais, revelam a ressignificação da aprendizagem de enfermeiras na AD por meio da busca da transformação da realidade em que atuam. Diante disso, pode-se afirmar que as enfermeiras que atuam na AD aprendem ao reinventar suas formas de agir no território do trabalho vivo em ato. A constante produção no cotidiano do trabalho vivo repercute na maneira de agir, individual e coletiva, que pode produzir novos processos de produção da saúde no âmbito do SUS (FEUERWERKER, 2014).

Os achados discutidos nesta categoria permitem caracterizar a “Práxis no trabalho da enfermeira no domicílio” como um modo de transformação de uma realidade que marca as práticas de saúde, conscientemente na busca de alcançar um resultado real por meio de adaptações do idealizado. Foi possível evidenciar que as atividades realizadas por enfermeiras no domicílio — com destaque para o cuidado a feridas, cuidado paliativo, gestão da administração de medicamentos, oxigenoterapia e ventilação mecânica, orientação aos cuidadores e cuidado à criança — são práticas que requerem a intervenção consciente durante todo o processo prático, seja para a adaptação, seja para a criação de novas formas de cuidado. Essas atividades não são realizadas de forma utilitária e, também, não são marcadas somente pela atividade teórica. Elas são realizadas buscando-se alcançar resultados satisfatórios para pacientes e cuidadores, tendo como primazia a atividade prática real, objetiva e material.

As enfermeiras transformam criativamente a realidade, acionando formas inovadoras de cuidado. Nesse sentido, ressalta-se que “se a práxis é a ação do

homem sobre a matéria e a criação — através dela — de uma nova realidade” (SÁNCHEZ VÁZQUEZ, 2011, p. 267), pode-se afirmar que a práxis se revela na atuação das enfermeiras na AD.

A criação se expressa, especialmente, nos processos práticos de re(invenção) desenvolvidos pelas enfermeiras, por exemplo, nas ações de educação em saúde com cuidadores e pacientes, sobretudo na adoção de tecnologias educacionais. Considerando que a “criação não se adapta plenamente a uma lei previamente traçada” e gera um produto novo (SÁNCHEZ VÁZQUEZ, 2011, p. 266), pode-se afirmar que, no contexto domiciliar, a práxis criadora ou inovadora se revela. De acordo com os pressupostos de Sánchez Vázquez (2011), essa práxis é determinante, visto que é ela que permite ao homem enfrentar novas necessidades e novas situações.

Nesse contexto, os discursos indicam a manifestação do processo verdadeiramente criador no trabalho das enfermeiras, considerando as três características distintivas da práxis criadora, conforme Sánchez Vázquez (2011), sendo: unidade indissolúvel, no processo prático, da atividade da consciência e sua realização (do subjetivo e do objetivo); imprevisibilidade do processo e do resultado; unidade e irrepetibilidade do produto.

O caráter unitário, indissolúvel do processo de criação, ocorre de acordo com o qual só abstratamente se pode separar o interior e o exterior, o subjetivo do objetivo. No resultado ideal, existe uma elaboração interna, subjetiva da ação – os fins e as teorias são acionados para iniciar uma ação. Mas esse resultado ideal, projetado inicialmente, é modificado em alguns aspectos levando em conta a própria resistência do meio, a presença ou a ausência de determinadas condições objetivas ou o desenvolvimento dos fatores subjetivos. Dessa maneira, os discursos indicam que as enfermeiras buscam aplicar o saber provindo da evidência científica (modelo ideal) ao contexto da AD por meio de adaptações que são realizadas conscientemente na produção do cuidado (resultado real) (“nossa prática é baseada em evidências em produção científica claro, mas voltada para atenção domiciliar”).

Pode-se afirmar que as enfermeiras reconhecem que no contexto domiciliar existem elementos que podem causar resistências no desenvolvimento de suas ações, tais como o ambiente físico, as condições financeiras e sociais e a diversidade cultural das famílias (“aí quando você chega dentro da casa, às vezes você tem que se adaptar, porque você não consegue colocar 100% da teoria”).

Assim, segundo Sánchez Vázquez (2011), é preciso peregrinar constantemente do ideal ao real e, também, do real ao ideal, abrindo-se uma lacuna entre o projeto original e a atividade prática que transforma a realidade, de acordo com esse projeto. Portanto, o projeto (o resultado ideal) precisa ser modificado, uma vez que, em sua realização, nem tudo pode ser traçado a priori, ao mesmo tempo em que se apresentam circunstâncias que não podiam ser previstas.

A criação, deste modo, não é “uma mera duplicação de algo ideal, nem a sujeição a uma lei *a priori*” (SÁNCHEZ VÁZQUEZ, 2011, p. 272). Daqui decorre o segundo traço distintivo de uma práxis criadora, em que o resultado e o próprio curso da atividade prática criadora, em virtude dessa distância entre um plano e outro, contêm elementos de imprevisibilidade. O desenvolvimento da criação e seu produto não está sujeito a uma lei imutável que rege todas as modalidades de sua ação.

Essa característica da práxis criadora também foi revelada nos discursos das enfermeiras. Os achados sinalizam que o próprio contexto do domicílio confere a imprevisibilidade durante a atividade prática. Diante do imprevisível, as enfermeiras demonstraram agir de forma consciente buscando adequar seu conhecimento científico ao executar o cuidado. E assim, não só a ausência de recursos materiais, mas as próprias condições domiciliares causam interferências imprevisíveis no fazer dos profissionais ao atuar na AD (“tem casa que você chega é uma casa de chão batido, não tem energia elétrica, não tem água, não tem é::, água tratada, né? E aí como é que você, você tem que orientar em cima do que a pessoa tem ali”). Ao se depararem com as particularidades do contexto domiciliar, associadas à insuficiência de recursos, as enfermeiras buscam novas formas de agir de acordo com as especificidades de cada caso.

O terceiro marcador da práxis criadora também se evidencia nos achados, que indicam que a atividade da enfermeira na AD possui incertezas. Trata-se “de realizar uma possibilidade que só depois de realizada poderá” ser compreendida “como uma possibilidade realizável” (SÁNCHEZ VÁZQUEZ, 2011, p. 276). Desta forma, no processo de criação “a lei só é descoberta *a posteriori*” (SÁNCHEZ VÁZQUEZ, 2011, p. 273) porque não se trata de uma norma exterior ao próprio processo prático, conferindo, portanto, um caráter único e irreproduzível ao resultado. Os dados revelam que a atividade educativa, que é transversal ao cuidado prestado pelas enfermeiras, é única e irreproduzível. Mesmo em situações

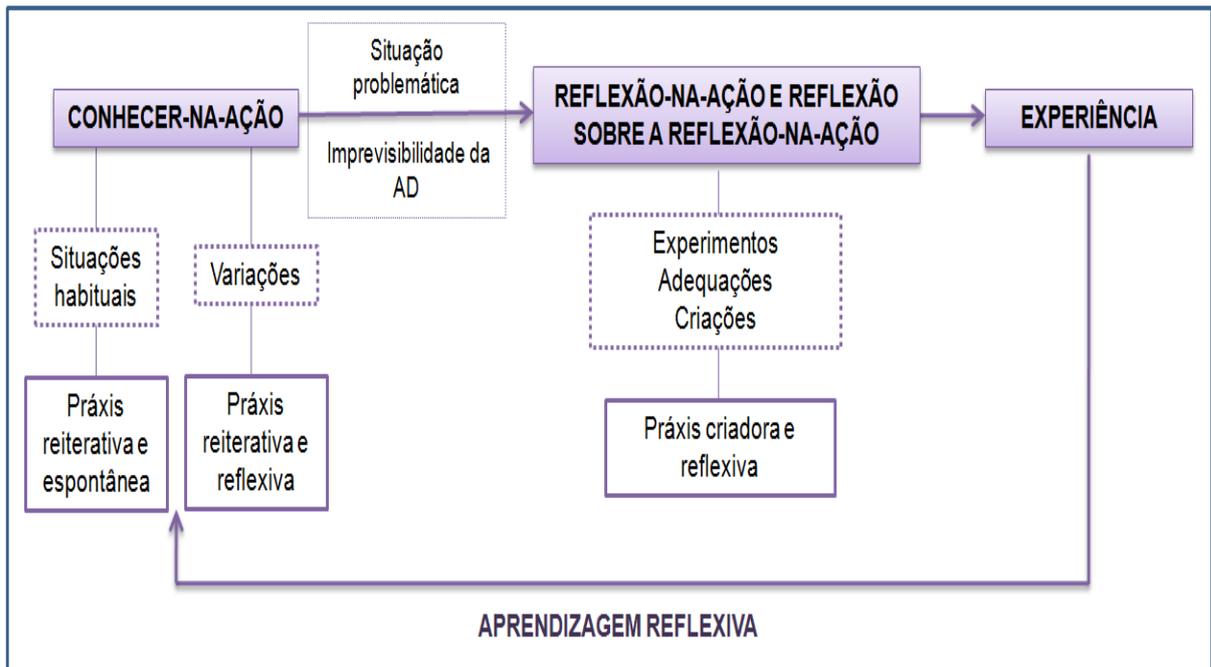
de demandas semelhantes, por exemplo, na orientação sobre a realização de um procedimento, ressalta-se que a imprevisibilidade do contexto domiciliar impede uma reprodução idêntica de orientação, sendo singular em cada caso.

Em contrapartida, cabe destacar que o “homem não vive em um constante estado criador. Ele só cria por necessidade, isto é, para adaptar-se a novas situações ou satisfazer novas necessidades”. Ademais, “a atividade prática fundamental do homem tem um caráter criador; mas, junto a ela”, tem também a repetição (SÁNCHEZ VÁZQUEZ, 2011, p. 269). Assim, uma vez criada uma solução, a enfermeira pode reproduzi-la, retirando do processo prático a característica de produzir algo novo e assim reitera uma práxis já estabelecida. Durante sua atividade prática, é possível, como exemplo, criar um objeto para guarda de medicamento e, posteriormente, em outro paciente ou situação semelhante, a enfermeira pode repetir essa solução, o que se configura em práxis reiterativa. Contudo, cabe ressaltar que, mesmo na repetição de alguma solução, a autoconsciência é manifestada e acionada perante a necessidade de novas soluções.

Os resultados também revelam a reflexão tanto durante a ação como depois da ação no trabalho das enfermeiras. Isso realça a consciência da prática e a autoconsciência prática (consciência da práxis) manifestada nas ações das enfermeiras, ou seja, a práxis reflexiva se revela de modo determinante em suas atuações. A práxis espontânea implica o grau de consciência necessário à execução de qualquer tarefa (consciência prática), estando presente nas ações que são realizadas de acordo com que é familiar às enfermeiras. Por outro lado, a práxis reflexiva implica uma reflexão sobre a práxis (consciência da práxis).

Dessa forma, os discursos indicam que a consciência da práxis (autoconsciência prática) se faz presente no fazer da enfermeira, revelando-se nas ações nas quais predominam a criação ou mesmo a repetição, configurando em uma práxis criadora predominantemente reflexiva, intercalada com uma práxis reiterativa também reflexiva ou, de modo menos evidente, espontânea.

Os discursos sinalizam que o processo de aprendizagem na atuação das enfermeiras no domicílio ocorre pela ação da reflexividade, que concebe a experiência, sinalizando a construção de uma práxis criadora e reflexiva, conforme ilustra a Figura 7.

Figura 7 – Aprendizagem reflexiva na atuação das enfermeiras no domicílio

Fonte: Elaborado pela autora.

A figura 7 representa uma síntese sobre a aprendizagem reflexiva das enfermeiras que atuam na AD evidenciando o movimento contínuo e cíclico desta aprendizagem. Marca-se um caminho para a práxis criadora, uma vez que a irrepitibilidade se evidencia por considerar a imprevisibilidade existente no transcorrer do processo prático das enfermeiras no domicílio, e, dessa forma, existem forças que modificam o plano traçado, exigindo a presença constantemente ativa da consciência. Nessa dinâmica, evidencia-se a aprendizagem reflexiva. Uma vez criada uma solução, a enfermeira pode reproduzi-la, retirando do processo prático a característica de produzir algo novo e assim reitera uma práxis já estabelecida. Contudo, cabe ressaltar que, mesmo na repetição de alguma solução, a autoconsciência é manifestada e acionada perante a necessidade de novas soluções.

Sinaliza-se que nas práticas em que o conhecer-na-ação foi determinante, evidenciam-se reflexos da formação acadêmica, ocorrendo de forma a reproduzir o que é padronizado social e institucionalmente. Ressalta-se o predomínio da consciência da prática durante todo o processo prático no domicílio. Desta forma, nas situações em que o exigido para a execução do cuidado é algo considerado familiar, habitual pelas enfermeiras, existe a reprodução e a manifestação de

ocorrências repetidas do processo prático, configurando, portanto, em uma práxis reiterativa e espontânea.

A aprendizagem se revela no conhecer-na-ação quando existem variações próprias do contexto domiciliar no âmbito prático do trabalho. Para responder às variações, a autoconsciência prática torna-se necessária, e não somente a consciência da prática. Assim, a práxis reflexiva se evidencia mesmo na reprodução de padrões (práxis reiterativa). A aprendizagem também está presente quando surgem os casos que são considerados únicos, elementos de uma surpresa no fazer, que suscitam a reflexão-na-ação e a reflexão sobre a reflexão-na-ação. Nestes casos, a produção do cuidado acontece mediante situações imprevisíveis e exige uma prática que supere a reiteração de atos. Ao agir diante de um elemento surpresa, a consciência da prática e a autoconsciência prática são acionadas para produzir adequações/adaptações no resultado ideal para alcançar o resultado real durante o processo prático. Considera-se que esse movimento promove a aprendizagem e configura-se em uma práxis reflexiva e criadora.

Considerações Finais

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta pesquisa objetivou analisar o processo de aprendizagem e a práxis do enfermeiro na atenção domiciliar. Partiu-se do pressuposto de que, em sua prática no domicílio, ocorre a mobilização de conhecimentos para a atuação sobre o imprevisível, havendo a convivência do estabelecimento de uma práxis espontânea e reiterativa e uma práxis reflexiva e criadora, sendo essa relação permeada por relações de disputas, contradições e predomínio de uma sobre a outra em diferentes situações, perante a relação dialética entre os reflexos da formação acadêmica e a complexidade e a dinamicidade da AD.

Os discursos permitiram identificar a presença de fazeres e saberes mobilizados pela prática reflexiva da enfermeira no domicílio; a práxis no trabalho da enfermeira no domicílio revelada por meio de uma relação dialética de interdependência entre teoria e prática e de uma prática construída por meio de adaptações e (re)invenções; em que a aprendizagem foi evidenciada em situações que despertam a reflexividade, pela prática e experiência. Durante o processo prático desenvolvido pelas enfermeiras, a presença da ação da consciência é determinante sobre seu trabalho e sobre sua práxis.

Na dinâmica de trabalho das enfermeiras, revelam-se os elementos de uma prática reflexiva: o conhecer-na-ação, a reflexão-na-ação e a reflexão sobre a reflexão-na-ação. Os resultados indicam que as enfermeiras atuam de forma espontânea diante de situações que lhe são familiares e, para tanto, mobilizam conhecimentos estabelecidos por meio da formação acadêmica; e, em determinados momentos, a imprevisibilidade presente nas ações mobilizam a reflexividade, que proporciona a aprendizagem.

Nas práticas acompanhadas de reflexão-na-ação, ainda é possível identificar a experimentação realizada pelas enfermeiras em busca de soluções para propiciar o melhor a pacientes e cuidadores, dando oportunidade a uma aprendizagem contínua, na qual a enfermeira avalia a situação problemática, cria ou adapta soluções, implementa e avalia o efeito, podendo reproduzir em outras situações semelhantes.

Assim, a análise sinaliza que a reflexão acompanha as ações das enfermeiras no domicílio, atentando-se aqui para o fato de que a reflexividade no trabalho possui uma intencionalidade pautada na ação da consciência das enfermeiras. Desse

modo, a busca de melhoria para os pacientes direciona as ações que são realizadas por elas.

No processo reflexivo, a enfermeira idealiza ações para resolver situações problemáticas, desvenda surpresas desagradáveis e produz invenções corretivas, experimentos, na busca de soluções. As tentativas não se relacionam aleatoriamente umas com as outras. A reflexão sobre cada tentativa e seus resultados viabiliza o campo para uma próxima ação. Dessa maneira, é possível evidenciar o aprendizado de soluções, mediante a prática reflexiva, que proporciona a reprodução da ação em situações posteriores. Deste modo, a práxis reflexiva permeia todo este processo prático, uma vez que existe a consciência da prática e, especialmente, a autoconsciência prática. Também é possível afirmar que a práxis criadora se manifesta no momento da produção de soluções e possibilita a reprodução das mesmas em outros momentos, possibilitando, neste caso, uma práxis reiterativa.

Os resultados indicam que a presença de adaptações pelas enfermeiras no domicílio se configura como uma resposta da ação consciente do profissional que se manifesta durante todo processo prático em busca de transformar uma realidade. Essa concepção se evidencia como determinante perante a imprevisibilidade durante a atividade prática, na qual a ação consciente busca adequar o conhecimento científico (resultado ideal) ao resultado real na realização do cuidado.

A análise sinaliza o uso das tecnologias educacionais na produção do cuidado como uma nova forma de subsidiar os processos cuidadosos no campo da atenção domiciliar, imprimindo uma prática inovadora. Neste processo, revela-se a (res)significação da aprendizagem de enfermeiras na AD por meio da busca da transformação da realidade em que atuam.

Cabe ressaltar que as adaptações possuem uma relação dialética no que se refere à ausência/insuficiência de recurso e, concomitantemente, a garantia da realização do cuidado. Por um lado, os atos de adaptar e improvisar possibilitam o reconhecimento do profissional como uma pessoa envolvida com a busca do melhor para o paciente e asseguram a assistência. Por outro lado, representam a precarização das condições de trabalho e ausência de uma atitude crítica diante de um contexto macropolítico, produzem a incerteza em relação à execução de princípios científicos na realização dos cuidados e podem contribuir para a

perpetuação de tais práticas no agir profissional, ao passo que pode inibir mudanças.

Acredita-se que o processo criativo e o potencial de inovação/criação poderiam ser mais desenvolvidos se houvesse a oferta de materiais adequados e adaptados ao domicílio e se, na formação de enfermeiros, fossem trabalhados, de modo específico, os conteúdos necessários para o desenvolvimento da atenção domiciliar.

A análise tecida nessa investigação também aponta para a necessidade da aprendizagem da enfermeira no domicílio diante dos resultados que reforçam a insuficiência da formação acadêmica. Os resultados evidenciam que o processo de aprendizagem se sustenta na prática reflexiva, pela qual a experiência é determinante para o processo prático da enfermeira na AD. A aprendizagem é mediada pelo convívio com a equipe, com cuidadores e pacientes, sendo relevante a observação de ações de outros atores. A utilização de artefatos, tal como o telefone com seus recursos de foto, internet e aplicativo de mensagem, também possibilita a aprendizagem, que se evidencia mediante a investigação teórica, advinda de uma necessidade da prática. A análise dos discursos sinaliza que o local de trabalho deve ser considerado como um espaço que proporciona a aprendizagem, uma vez que esta é potencializada por meio da troca de experiências com outros profissionais e pela própria experiência. Diante disso, torna-se significativo que os serviços destinem um tempo para a reflexão e revisão de suas ações de cuidado no domicílio e um tempo para a interação com seus colegas a fim de atualizar os seus conhecimentos.

A análise do processo de aprendizagem das enfermeiras na AD foi acompanhada do desafio em permear duas concepções hegemônicas, socialmente construídas no contexto do estudo: modelo hospitalocêntrico, médico-centrado, fortemente impregnado pela racionalidade técnica. Diante dessas práticas sociais, os discursos revelam que as enfermeiras atuantes na AD, espaço não tradicional de atenção à saúde, aprendem de forma reflexiva durante o seu fazer cotidiano. Afirmar que a prática é relevante para a aprendizagem não significa afirmar o contrário para a teoria. O processo prático da enfermeira no domicílio tem se evidenciado como prioritário, em decorrência da dinamicidade e imprevisibilidade da AD.

A prática social se revela marcada por ideologias que marcam o fazer das enfermeiras na busca de garantir a realização de um cuidado efetivo no domicílio. O

uso de metáforas e de pressuposições discursivas indica a realização de adaptações, improvisos e criações, em um processo reflexivo no trabalho. Ao mesmo tempo, tal prática social está inserida em um contexto hegemônico marcado por orientações econômicas, políticas, culturais e ideológicas que expressam a deslocamento da responsabilidade para o âmbito microinstitucional do trabalho das enfermeiras em contraste à limitação de recursos específicos destinados ao espaço domiciliar. Diante das adversidades do dia a dia de trabalho, as enfermeiras mobilizam conhecimentos e aprendem ao buscar e/ou criar melhores formas de produção do cuidado. Assim, as práticas discursivas e sociais das enfermeiras apontaram que elas se deparam com a necessidade de aprender um cuidado inovador, transformador de práticas cotidianas e habituais de cuidar para que seja assegurada a realização do cuidado no domicílio.

Perante os resultados deste estudo, conclui-se que a tese elaborada inicialmente foi confirmada, ou seja, a análise dos dados tecida nesta pesquisa indica que na prática das enfermeiras em atenção domiciliar se revelam a ação e reflexão que se estabelecem pela associação de saberes adquiridos pela formação acadêmica e ressignificados diante da realidade experienciada no cotidiano do domicílio em um processo de aprendizagem reflexiva. Na atuação da enfermeira, evidencia-se a combinação de uma práxis reiterativa e espontânea, diante de situações familiares ou com alguma variação, e, sobretudo, de uma práxis reflexiva e criadora perante a indeterminação do espaço domiciliar.

Acrescenta-se que os processos práticos de adaptação, adequação, re(invenção) ou criação desenvolvidos pelas enfermeiras indicam **a primazia da práxis criadora e reflexiva perante a imprevisibilidade e a singularidade do domicílio**. Os resultados enfatizam a práxis criadora no trabalho das enfermeiras, considerando a presença de adaptações conscientes, do saber provindo da evidência científica ao espaço domiciliar, diante da imprevisibilidade durante a atividade prática, marcada pela insuficiência de recursos para o trabalho e pelas resistências presentes no desenvolvimento das ações das enfermeiras no contexto domiciliar (ambiente físico, condições financeiras e sociais e diversidade cultural das famílias).

As incertezas presentes na atividade da enfermeira na AD regem a unidade da atividade da consciência e sua realização, a imprevisibilidade do processo e do resultado e a irrepetibilidade do produto, presentes, por exemplo, na atividade

educativa, que é transversal ao cuidado prestado pelas enfermeiras. Considera-se que a práxis reflexiva também prepondera na atuação das enfermeiras na AD, uma vez que a reflexão foi determinante tanto durante a ação como depois da ação das mesmas. Isso enfatiza a autoconsciência prática (consciência da práxis) expressa nas ações das enfermeiras, ou seja, a práxis reflexiva.

No desenvolvimento de adaptações e improvisações, revela-se a aprendizagem reflexiva, ao incentivar a criatividade e favorecer a flexibilidade perante as adversidades do mundo do trabalho no contexto domiciliar. Diante disso, pode-se afirmar que as enfermeiras que atuam na AD aprendem ao reinventar suas formas de agir no território do trabalho vivo em ato.

Cabe salientar que a abordagem metodológica adotada foi adequada para o alcance do objetivo. A realização da observação do trabalho das enfermeiras foi um fator importante para a produção dos dados, ao evidenciar a reflexão durante a atuação das enfermeiras. Essa etapa da produção de dados foi desafiadora ao registrar a intensidade das ações realizadas nas visitas domiciliares e na amplitude da imersão no campo. Entretanto, considera-se ter sido um momento que acrescentou ricas contribuições para esta pesquisa e, também, para a pesquisadora. Pela observação, foi possível identificar, para além do objetivo da pesquisa, que as enfermeiras realizam um lindo trabalho marcado por desafios e lutas diárias, mas com predomínio de uma ação autônoma, crítica e empoderada. Tem-se em conta que ter realizado a observação antes das entrevistas também foi crucial, pois permitiu uma proximidade entre pesquisadora e entrevistadas, como também um diálogo espontâneo. Salienta-se que a análise da observação possibilitou identificar ações transformadoras, histórias singulares e ações repletas de tecnologias leves e leve-duras. Desta forma, foi um desafio construir um diário de campo retratando a densidade que perpassa o trabalho das enfermeiras sem revelar a transformação e a avaliação presente na pesquisadora.

Aponta-se que o conhecimento da prática precisa ser considerado para a formação acadêmica de enfermeiros, assim como para a realização de pesquisas na área da enfermagem, que sejam mais próximas da realidade. Assim, os resultados sinalizam a necessidade de se reconhecer uma dualidade entre prática e teoria, e não uma dicotomia. Logo, também é necessário evidenciar a prática da enfermeira na AD, já que dela decorrem as situações problemáticas e, também, as soluções pensadas e testadas em ato, em um processo de reflexão-na-ação. Diante disso,

considera-se relevante que futuras pesquisas analisem as particularidades do trabalho desenvolvido na AD em outros cenários, assim como as adaptações, criações e inovações que são necessárias. Outras abordagens metodológicas também são necessárias a fim de subsidiar a prática baseada em evidências neste cenário. É preciso considerar a necessidade de construção de conhecimentos específicos para o cuidado domiciliar. Tais pesquisas poderão contribuir para a prática e, também, para o próprio ensino.

Referências

REFERÊNCIAS

ABRAHÃO AL, MERHY EE. Healthcare training and micropolitics: concept tools in teaching practices. **Interface** (Botucatu). 2014; 18(49):313-24.

ÁFIO, A. C. E. et al. Análise do conceito de tecnologia educacional em enfermagem aplicada ao paciente. **Revista Rene**, Fortaleza, v. 15, n. 1, p. 158-165, jan-fev. 2014. Disponível em: <<http://www.periodicos.ufc.br/rene/article/view/3108/2382>>. Acesso em junho 2017.

ALBUQUERQUE, S.M.R.L. **Qualidade de vida do idoso: a assistência domiciliar faz a diferença?** São Paulo: Casa do Psicólogo; 2003.

ALEIXO, Ana Carolina Lobo dos Reis. **A avaliação dos estilos de aprendizagem das enfermeiras nos contextos de trabalho: um trilha para a construção de um instrumento.** Dissertação apresentada à Escola Superior de Enfermagem de Coimbra. 2014.

ALFARO-LEFEVRE, R. **Pensamento crítico em Enfermagem: um enfoque prático.** Porto Alegre: Artes Médica, 1996.

ALVES M. *et al.* Trabalho da enfermeira em uma empresa de *home care* de Belo Horizonte. **InvestEducEnferm.** 2007. 25(2): 96-106.

ALVES, Patrícia Vinheiras. Equipa multiprofissional de saúde e formação em contexto de trabalho — O caso de um serviço hospitalar. Sísifo. **Revista de Ciências da Educação.** 2008. 05, pp. 19-32.

ANDRADE, A. M. **Estruturação da rede de atenção à saúde na perspectiva de profissionais, usuários e cuidadores da atenção domiciliar.** Belo Horizonte: EE-UFMG. 150f. Escola de Enfermagem. Dissertação [Mestrado em Enfermagem]. Programa de Pós Graduação em Enfermagem. 2013.

ANDRADE, A.M. *et al.* Organização das redes de atenção à saúde na perspectiva de profissionais da atenção domiciliar. **Rev Gaúcha Enferm.** 2013a;34(1):111-117.

ANDRADE, A. M. *et al.* Singularidades do trabalho na atenção domiciliar: imprimindo uma nova lógica em saúde. **R. pesq.: cuid. fundam. Online.** 2013b. jan./mar. 5(1):3383-93.

ANDRADE AM, SILVA KL, SEIXAS CT, BRAGA PP. Nursing practice in home care: an integrative literature review. **Rev Bras Enferm** [Internet]. 2017;70(1):199-208.

ANDRADE, Flávio Rovani de. Narrativa e compreensão nos escritos educacionais de Hannah Arendt. **Educ. rev.**, Belo Horizonte , v. 29, n. 4, p. 37-68, Dec. 2013c .

ARENDDT, H. **A vida do espírito**. Tradução de Cesar A. Almeida; Antônio Abranches; Helena Martins. 2. ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2010.

ARREDONDO-GONZÁLEZ, C.P.; DE LA CUESTA-BENJUMEA, C.; ÁVILA-OLIVARES, J.A. El Mundo material para los cuidados de enfermería. **Index Enferm.** 2013; 22(1-2):65-9. Disponível em: <http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962013000100014>. Acesso em junho 2017.

ARREDONDO-GONZÁLEZ, C.P.; DE LA CUESTA-BENJUMEA, C.; ÁVILA-OLIVARES, J.A. Heredar y Adaptar: la construcción de un mundo material tecnológico para los cuidados en salud en España (1855–1955). **Texto Contexto Enferm** [on-line]. 2016; 25(2):1-8. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v25n2/es_0104-0707-tce-25-02-2450014.pdf>. Acesso em junho 2017.

BARRETO, M. L.; CARMO, E. H. Padrões de adoecimento e de morte da população brasileira: os renovados desafios para o Sistema Único de Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**. 2007. 12(Sup): 1779-1790.

BETIM. Secretária Municipal de Saúde. Prefeitura de Betim. **Plano Municipal de Saúde de Betim 2014/2017**. Betim, 2014. Disponível em: Acesso em: 21 de JUL. 2016

BONDÍA, Jorge Larrosa. Experiência e alteridade em educação. **Revista Reflexão e Ação**, Santa Cruz do Sul, v.19, n2, p.04-27, jul./dez. 2011.

BONDÍA, Jorge Larrosa. Notas sobre a experiência e o saber de experiência. **Revista Brasileira de Educação**. Jan-Abr 2002 Nº 19.

BOSI, Maria Lúcia Magalhães. Pesquisa qualitativa em saúde coletiva: panorama e desafios. **Ciência & Saúde Coletiva**, 17(3):575-586, 2012.

BOUFLEUR, R.N. **A questão da Gambiarra**: formas alternativas de desenvolver artefatos e suas relações com o design de produtos. FAU-USP: São Paulo. Dissertação (Mestrado). 153 p. 2006. Disponível em: <<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/16/16134/tde-24042007-150223/pt-br.php>>. Acesso em junho 2017.

BOUFLEUR, R.N. **Fundamentos da Gambiarra**: a improvisação utilitária contemporânea e seu contexto socioeconômico. FAU-USP: São Paulo. Tese (Doutorado). 252 p. 2013. Disponível em: <<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/16/16133/tde-02072013-134355/pt-br.php>>. Acesso em junho 2017.

BRAGA, P.P.; SENA, R.R.; SEIXAS, C.T.; CASTRO, E.A.B.; ANDRADE, A.M.; SILVA, Y.C. Oferta e demanda na atenção domiciliar em saúde. **Ciênc. saúde**

coletiva. 2016; 21(.3): 903-12. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v21n3/1413-8123-csc-21-03-0903.pdf>>. Acesso nov. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria 2416, de 23 de março de 1998. Estabelece requisitos para credenciamento de hospitais e critérios para realização de Internação Domiciliar no SUS. Brasília (DF): Diário Oficial da União; Seção 1, p. 106.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria n.º 1531 de 04 de Setembro de 2001.** Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde, o Programa de Assistência Ventilatória Não Invasiva a Pacientes Portadores de Distrofia Muscular Progressiva. *Diário Oficial da União* 2001; 4 set.

_____. Ministério da Saúde. **Lei n. 10.424 de 15 de abril de 2002.** Acrescenta capítulo e artigo à lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990. Diário Oficial da União n. 72. Brasília. 2002a.

_____. **Portaria nº 249/SAS/MS, de 16 de abril de 2002.** *Diário Oficial da União.* 17 abr. 2002b.

_____. Ministério da Saúde. **Diretrizes para a atenção domiciliar no Sistema Único de Saúde.** Documento Preliminar. 2004.

_____. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Resolução da Diretoria Colegiada – RDC n. 11, de 26 de Janeiro de 2006.** Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil. Brasília. 2006a.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria n. 2.529, de 19 de outubro de 2006.** Institui a Internação Domiciliar no âmbito do SUS. (Revogada). Brasília. 2006b.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria N. 2.029, de 24 de agosto de 2011.** Institui a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde. Brasília. 2011a.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria N. 2527, de 27 de outubro de 2011.** Redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde. Brasília. 2011b.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria 2959, de 14 de dezembro de 2011.** Habilita estabelecimentos de Saúde contemplados com Serviço de Atenção Domiciliar (SAD). Brasília. 2011c.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria 1533, de 16 de julho de 2012.** Altera e acresce dispositivos à Portaria nº 2.527/GM/MS, de 27 de outubro de 2011, que redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). 2012a.

_____. **Caderno de atenção domiciliar.** Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, ISBN 978-85-334- 1966-7, v. 2, 2012b. Disponível em: . **Acesso em: 20 jul. 2014.**

_____. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução Nº 466, de 12 de dezembro de 2012.** Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Conselho Nacional de Saúde. 2012c.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria N. 963 de 27 de maio de 2013.** Redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde. Brasília. 2013a.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria Nº 1.505, de 24 de julho de 2013.** Fixa o valor do incentivo de custeio referente à implantação dos Serviços de Atenção Domiciliar (SAD). Brasília. 2013b.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria Nº 617, de 23 de abril de 2014.** Estabelece recursos a serem disponibilizados aos Municípios com Serviço de Atenção Domiciliar implantado. Brasília. 2014a.

_____. Ministério da Saúde. **Atenção domiciliar no SUS: resultados do laboratório de inovação em atenção domiciliar / Ministério da Saúde.** Organização Pan-Americana da Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2014. 184 p. 2014b.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria Nº 825, de 25 de abril de 2016.** Redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e atualiza as equipes habilitadas. . Brasília. 2016.

BRITO, M. J. M. *et al.* Atenção domiciliar na estruturação da rede de atenção a saúde: trilhando os caminhos da integralidade. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 4, Dec. 2013.

CARPER, B.A. Fundamental patterns of knowing in nursing. **Advanced Nursing Science**, v.1, n. 1, p. 13-23, 1978.

CARVALHO, D.P.; TOSO, B.R.G.O.; VIERA, C.S.; GARANHANI, M.L.; RODRIGUES, R.M.; RIBEIRO, L.F.C. Ser cuidador e as implicações do cuidado na atenção domiciliar. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, 2015 Abr-Jun; 24(2): 450-8. Disponível em: < http://www.scielo.br/pdf/tce/v24n2/pt_0104-0707-tce-24-02-00450.pdf>. Acesso em mar. 2017.

CATAFESTA, F. **Desenvolvendo competências para a prática do cuidado domiciliar:** experiência da enfermeira. Curitiba, 2008. 121 f. Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal do Paraná. Setor de Ciências da Saúde. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem.

CATAFESTA, F.; LACERDA, M.R. Competências da enfermeira necessárias para o desenvolvimento do cuidado domiciliar: reflexão. **Online braz. j. nurs.** 2008;7:1-10.

CATAFESTA, F.; GOMES, I. M.; CORREIA, A.B.H.; LACERDA, M.R. Nurses experience on home care competence development: grounded theory. **Online braz j nurs** [Internet]. 8(3): 12-6.2009. Disponível em: <<http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/j.1676-4285.2009.2524/555>>. Acesso em 10 de agosto de 2013.

CESTARI, M.E. Padrões de conhecimento da enfermagem e suas implicações no ensino. **Rev Gaúcha Enferm**, Porto Alegre (RS) 2003 abr; 24(1):34-42.

CUNHA, L. S. **As adaptações e improvisações no trabalho hospitalar e suas implicações na saúde do trabalhador de enfermagem**. Dissertação (mestrado) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro. 161f. 2010. Disponível em: <http://www.btdtd.uerj.br/tde_busca/arquivo.php?codArquivo=2643>. Acesso em junho 2017.

CUNHA, L.S.; SOUZA, N.V.D.O.; GONÇALVES, F.G.A.; SANTOS, D.M.; RIBEIRO, L.V.; PIRES, A.S. O trabalho hospitalar da enfermagem: dialética presente na prática de adaptar e improvisar. **Rev enferm UERJ**, Rio de Janeiro, 2016; 24(5):e18835. Disponível em: <<http://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/viewFile/18835/20179>>. Acesso em junho 2017.

CUNHA, J.J.; LEPINSKI, A.G.; SANTOS, M.S. et al. Contribuições da enfermagem para aprimoramentos no gerenciamento da assistência domiciliar à saúde. **Rev enferm UFPE on line.**, Recife, 9(5):7746-52, maio., 2015.

CUNHA, J.J. et al. Gerenciando a assistência domiciliar **Revista Baiana de Enfermagem**, Salvador, v. 28, n. 2, p. 186-195, maio/ago. 2014.

DEWEY, J. (2000). **Democracy and education**. New York: Macmillan. (Original publicado em 1966).

DIAS, B. F. **Padrões de conhecimento em enfermagem que fundamentam as intervenções de enfermagem no curso da aprendizagem do cuidado**. Rio de Janeiro, 2013. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2013. Disponível em: <<http://objdig.ufrj.br/51/teses/809816.pdf> >. Acesso em maio de 2017.

DYBWIK, K.; TOLLALI, T.; NIELSEN, E.W.; BRINCHMANN., B.S. Why does the provision of home mechanical ventilation vary so widely? **Chron Respir Dis** 2010; 7(2):67-73. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2843903/>>. Acesso em mar. 2017.

FAIRCLOUGH, N. **Discurso e mudança social**. Brasília: Editora Universidade de Brasília. 2 ed. 2001. p. 320.

FAIRCLOUGH, N. **Discurso e mudança social**. Brasília: UNB, 2008.

FAVERO, L.; MAZZA, V.A.; LACERDA, M.R. Experience of a nurse in transpersonal caring for families of neonates discharged from the intensive care unit. **Acta Paul Enferm.** 2012; 25(4):490-6. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v25n4/en_02.pdf>. Acesso em março 2017.

FELDMAN, L.B.; RUTHES, R.M.; CUNHA, I.C.KO. Criatividade e inovação: competências na gestão de enfermagem. **Rev Bras Enferm**, Brasília 2008 Rev Bras Enferm, Brasília 2008 mar-abr; 61(2): 239-42. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v61n2/a15v61n2.pdf>>. Acesso em junho 2017.

FERRAZ, A.F. et al. O domicílio como cenário alternativo de apoio ao paciente oncológico. **REME – Rev. Min. Enf.**; 10(4):440-447, out./dez., 2006.

FEUERWERKER, L. C. M.; MERHY, E. E. A contribuição da atenção domiciliar para a configuração de redes substitutivas de saúde: desinstitucionalização e transformação de práticas. **Rev PanamSaludPublica.** 2008; 24(3):180–8.

FEUERWERKER, L.C.M. **Micropolítica e saúde**: produção do cuidado, gestão e formação. Coleção Micropolítica do Trabalho e o Cuidado em Saúde. 1. ed. Porto Alegre: Editora Rede Unida, 2014. 174p. Disponível em: <<http://www.redeunida.org.br/editora/biblioteca-digital/colecao-micropolitica-do-trabalho-e-o-cuidado-em-saude/micropolitica-e-saude-pdf/view>>. Acesso em fev. 2017.

FRANCO, T. B. Trabalho criativo e cuidado em saúde: um debate a partir dos conceitos de servidão e liberdade. **Saúde Soc.** São Paulo, v.24, supl.1, p.102-114, 2015. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v24s1/0104-1290-sausoc-24-s1-00102.pdf>>. Acesso em fev. 2017.

FRANCO, T. B.; MERHY, E. E. Atenção domiciliar na saúde suplementar: dispositivo da reestruturação produtiva. **Ciência&SaúdeColetiva**, 13(5):1511-1520, 2008.

FRANCO, T.B.; MERHY, E.E. Cartografias do trabalho e cuidado em saúde. **Revista Tempus Actas de Saúde Coletiva**, p.151-163, 2012. Disponível em: <<http://www.tempusactas.unb.br/index.php/tempus/article/view/1120/1034>>. Acesso em jan. 2017.

FURÅKER, C. Registered Nurses' Views on Competencies in Home Care. **Home Health Care Management Practice.** 2012 24 (5): 221 – 227.

GIACOMOZZI, C.M.; LACERDA, M.R. A prática da assistência domiciliar dos profissionais da estratégia de saúde da família. **Texto & Contexto Enferm**, Florianópolis, v. 15, n. 4, p. 645-653, out-dez. 2006.

GIL, A.C. **Como elaborar projetos de pesquisa** – 5ª Edição. Atlas: 2010.

GODOY, A. S. Refletindo sobre critérios de qualidade da pesquisa qualitativa. **Revista Eletrônica de Gestão Organizacional**. Volume 3, Número 2, mai./ago. 2005.

GOLDMANN, L. **Ciências humanas e filosofia: o que é a sociologia?** 8.ed. São Paulo. Difel, 1980. 118p.

GOMES, I. M., et al. Aspectos éticos nas redes sociais de apoio no cuidado domiciliar à luz do pensamento complexo. **Enfermagem em Foco**, v. 3, p. 110-113, 2012.

GOMES, I.M.; SILVA, D.I.; LACERDA, M.R.; MAZZA, V.A.; MÉIER, M.J.; MERCÊS, N.N.A. Jean Watson's theory of transpersonal caring in nursing home care to children: a reflection. **Esc Anna Nery Rev Enferm**. 2013;17(2):211-9. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v17n3/en_1414-8145-ean-17-03-0555.pdf>. Acesso em março 2017.

GONÇALVES NETA, F.C.C. **Tecnologias educacionais na micropolítica do trabalho vivo na atenção domiciliar**. Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal de Minas Gerais. 2017. 133 f.

GUERRA, Elizabete Olinda. **Um tratado de paz entre o pensar e o querer: a sugestão de Hannah Arendt**. Peri, V6, n.01, 2014:158-171.

HATLEVIK I.K.R. The theory-practice relationship: reflective skills and theoretical knowledge as key factors in bridging the gap between theory and practice in initial nursing education. **Journal of Advanced Nursing** 68(4), 868–877. 2011.

HERMANN A. P. *et al.* A formação para o cuidado domiciliar: aspectos encontrados na produção científica da enfermagem brasileira. **CogitareEnferm**. 2009. Out/Dez; 14(4):748-54.

HERMANN, A. P.; MELO, A. L. S. F; BERNARDINO, E ; MAFTUM, M.A ; LACERDA, M.R. O processo de ensinar e aprender o cuidado domiciliar nos cursos de graduação em saúde. **Ciênc. saúde coletiva** [online]. 2017, vol.22, n.7, pp.2383-92.

HERMANN, A.P.; FAVERO, L.; BACKES, V.M.S.; BERNARDINO, E.; LACERDA, M.R. A vivência em ensinar e aprender o cuidado domiciliar na graduação em enfermagem. **Texto & contexto enferm** [Internet]. Florianópolis , v. 23, n. 3, p. 521-529, Set. 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v23n3/pt_0104-0707-tce-2014000020012.pdf>. Acesso em mar. 2017.

IBGE. **Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística**. Diretoria de Pesquisas, Coordenação de População e Indicadores Sociais. Cidades, Minas Gerais, Betim. População estimada 2015. Disponível em: . Acessado em: 21 de Jul. 2016

JANTZEN, D. Reframing professional development for first-line nurses. **Nursing Inquiry**, 15 (1) (2008), p. 21–9.

JOJA, A. **A lógica dialética**. São Paulo: Fulgor, 1964. 53p.

KOCK, I.V. **A interação pela linguagem**. São Paulo, Contexto: 1997.

KOERICH, M.S.; BACKES, D.S.; SCORTEGAGNA, H.M.; et al. Tecnologias de cuidado em saúde e enfermagem e suas perspectivas filosóficas. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, 2006; 15 (Esp): 178-85. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v15nspe/v15nspea22>>. Acesso em maio de 2017.

LACERDA, M. R., OLINISKI S.R., GIACOMOZZI C. M. Familiares cuidadores comparando a internação domiciliar e a hospitalar. **Fam. Saúde Desenv**. 2004 maio-ago; 6 (2): 110-8.

LACERDA, M.R.; ZAGONEL, I.P.S.; MARTINS, S.K. Padrões do conhecimento de enfermagem e sua interface ao atendimento domiciliar à saúde. **Online Brazilian Journal of Nursing**. Vol 5, No 2 (2006). Disponível em: <<http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/rt/printerFriendly/293/59>>. Acesso em maio de 2017.

LACERDA, M.R.; et al. Atenção à Saúde no Domicílio: modalidades que fundamentam sua prática. **Saúde e Sociedade** v.15, n.2, p.88-95, maio-ago 2006.

LACERDA, M.R. Cuidado domiciliar: em busca da autonomia do indivíduo e da família – na perspectiva da área pública. *Ciência & Saúde Coletiva*, 15(5):2621-2626, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v15n5/v15n5a36.pdf>>. Acesso em mar. 2017.

LACERDA, M.R. Tornando-se profissional no contexto domiciliar - vivência do cuidado da enfermeira. Tese (Doutorado) - Universidade Federal de Santa Catarina. 2000. 219p.

LAGANA, M. T. C., et al. Estratégia de inovação no ensino de enfermagem na atenção domiciliar a idosas. **Journal of Research fundamental care**. jul./set. v. 5 n.3 p.293-30, 2013.

LAPASSADE, G.L. L'observation participante. **Revista Européia de Etnografia da Educação**, Funchal, n.1, p.9-26, 2001.

LAVELLE, M.B. et al. Newsletters and adherence to a weekly home spirometry program after lung transplant. **Progress in Transplantation**, Minneapolis, v. 20, n. 4, p. 329-334, Dec. 2010. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21265285>>. Acesso em março 2017.

LIMA MM, ALMEIDA AB, GIOVANNETTI MO, BACKES VMS, KLOH D. Produção do conhecimento acerca da formação da enfermeira: um estudo bibliométrico. **Rev Bras Enferm.** 2012 mai-jun; 65(3):522-8.

LIMA, C.A; ROCHA, J.F.D.; LEITE, M.T.S.; et al. A teoria em prática: interlocução ensino-serviço no contexto da atenção primária à saúde na formação do(a) enfermeiro(a). **J. res.: fundam. care. online** 2016a. out./dez. 8(4): 5002-5009. Disponível em: <<http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/4645>>. Acesso em março 2017.

LIMA, L.S.C.; SOUZA, N.V.D.O.; GONÇALVES, F.G.A.; PIRES, A.S.; RIBEIRO, L.V.; SANTOS, D.M. Subjetividade dos trabalhadores de enfermagem e a prática de adaptar e improvisar materiais. **Cienc Cuid Saude** 2016b. Out/Dez; 15(4): 685-92. Disponível em: <<http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/31555/18450>>. Acesso em junho 2017.

LÜDKE, M.; ANDRÉ, M.E.D.A. **Pesquisa em educação**: abordagens qualitativas. São Paulo: EPU, 2a edição. Epu: 2013. 128p..

LUNDGREN, S. Learning opportunities for nurses working within home care. **Journal of Workplace Learning.** 2011. Vol. 23(1): 6-19.

MAGALHÃES, I. **Eu e tu**: a constituição do sujeito no discurso médico. Brasília: Thesaurus, 2000.

MAGALHÃES, I. Teoria crítica do discurso e texto. **Linguagem em (Dis)curso**, v. 4, n. Especial, p. 113-131, 2004. Disponível em: Acesso em: 08 jul. 2013.

MARTINS, S. K; LACERDA, M. R. O atendimento domiciliar à saúde e as políticas públicas em saúde. **Rev. RENE.** Fortaleza, v. 9, n. 2, p. 148-156, abr./jun.2008.

MELLO, A. L.; BACKES, D. S.; DAL BEM, L. W.. Protagonismo do enfermeiro em serviços de assistência domiciliar – Home Care. **Enferm. Foco** 2016; 7 (1): 66-70.

MERHY, E.E. & ONOCKO, R. (Org.) **Agir em saúde**: um desafio para o público. 3 ed. São Paulo: Hucitec, 1997.

MERHY, E.E. **Saúde**: a cartografia do trabalho vivo. 3a Ed. São Paulo: Editora Hucitec; 2002.

MINAYO, M. C. S. Amostragem e saturação em pesquisa qualitativa: consensos e controvérsias. **Revista Pesquisa Qualitativa**. São Paulo (SP), v. 5, n. 7, p. 01-12, abril. 2017.

MINAYO, M. C. S.: ASSIS, S. G. de; SOUZA, E. R. de. **Avaliação por triangulação de métodos**: abordagens de programas sociais. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa. São Paulo: Hucitec. 14ª Edição. 2012. 408p.

MINCHILLO, A.L.C. **A visão dos serviços privados de assistência domiciliar**. In: MALAGUTTI, William (Org.). Assistência domiciliar: atualidades da assistência de enfermagem. Rio de Janeiro: Rubio, 2012. p. 1-10.

MUNRO K.M.. Continuing professional development and the charity paradigm: interrelated individual, collective and organisational issues about continuing professional development. **Nurse Education Today**, 28 (8) (2008), pp. 953–961.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (Brasil). **Inovando o papel da Atenção Primária nas redes de Atenção à Saúde**: resultados do laboratório de inovação em quatro capitais brasileiras. Organização Pan-Americana da Saúde, 2011. 137 p. (NavegadorSUS, n. 3). Disponível em: <<http://www.telessaude.mt.gov.br/Arquivo/Download/2052>>. Acesso em: 20 de jul. 2013.

PAIVA, F.F.S.; ROCHA, A.M.; CARDOSO, L.D.F. Satisfação profissional entre enfermeiros que atuam na assistência domiciliar. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 45, n. 6, p. 1452-1458, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v45n6/v45n6a25.pdf>>. Acesso em agosto 2014.

PIRES, M. R.G.M; DUARTE, E.C; GÖTTEMS, L. B. D; FIGUEIREDO, N.V.F, SPAGNOL, C. A. Fatores associados à atenção domiciliária: subsídios à gestão do cuidado no âmbito do SUS. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 47, n. 3, p. 648-56, 2013.

POEL, R. F.; KROGT, F. J. V.D. An empirical typology of hospital nurses' individual learning paths. **Nurse Education Today**. Volume 34, Issue 3, March 2014, 428–433.

POTTER, P. et al. A DVD program on fall prevention skills training for cancer family caregivers. **J Cancer Educ**, Washington, v. 27, n. 1, p. 83-90, Mar. 2012. Disponível em: < Disponível em: < <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22057986>>. Acesso em agosto 2013.

RAMALHO, V.; RESENDE, V. **Análise de discurso (para a) crítica**: o texto como material de pesquisa. Campinas: Pontes, 2011.

RESENDE, V. M.; RAMALHO, V. **Análise de discurso crítica**. São Paulo: Contexto, 2006. p. 160.

RESENDE, V. M.; RAMALHO, V. C. V. S. Análise de discurso crítica: do modelo tridimensional à articulação entre práticas: implicações teórico-metodológicas. **Linguagem em (Dis)curso** - LemD, Tubarão, v. 5, n.1, p. 185-207, jul./dez. 2004.

RODRIGUES, J.A.P.; LACERDA, M.R.; FAVERO, L.; GOMES, I.M.; MÉIER, M.J.; WALL, M.L. Modelo de cuidado transpessoal de enfermagem domiciliar de Favero e Lacerda: relato de caso. **Rev Gaúcha Enferm**. 2016 set;37(3):e58271.

ROLFE, G. Did Schön really say that? A response to Comer. **Nurse Education Today**. Volume 36, January 2016, Pages 1–3.

SALDANHA, M. F.M. **A migração do cuidado em saúde: do hospital para o domicílio**. Dissertação (Mestrado). Universidade Federal do Rio Grande do Norte. 2008. 72 p.

SÁNCHEZ VÁZQUEZ, A. **Filosofia da práxis**. 2ª Edição. Buenos Aires: Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales – Clasco: São Paulo: Expressão Popular, Brasil, 2011. 448 p.

SANTOS, D. M. **Adaptações e improvisos**: repercussões para o processo de trabalho hospitalar da enfermagem. Dissertação (mestrado) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro. 164f. 2012. Disponível em: <http://www.bdttd.uerj.br/tde_busca/arquivo.php?codArquivo=9067>. Acesso em junho 2017.

SANTOS, E. M. M. **A Aprendizagem pela Reflexão em Ensino Clínico. Estudo Qualitativo na Formação Inicial em Enfermagem**. (Dissertação) Universidade de Aveiro. Departamento de Didáctica e Tecnologia Educativa. 2009.

SCHÖN, D. A. **Educando o Profissional Reflexivo**. Um Novo Design para o ensino e a aprendizagem. Tradução: Roberto Cataldo Costa. Porto Alegre: Artmed, 2000.

SCHÖN, D. A. **Educating the reflective practitioner**. San Francisco, CA: Jossey-Bass, 1987.

SEIXAS, C.T.; SOUZA, C.G.; SILVA, K.L.; SENA, R.R. **Experiências de atenção domiciliar em saúde no mundo**: lições para o caso brasileiro. In: Brasil. Ministério da Saúde. Organização Pan-Americana da Saúde. Atenção domiciliar no SUS: resultados do laboratório de inovação em atenção domiciliar. Brasília: Ministério da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2014:17-41.

SILVA, K. L. et al. Atenção domiciliar como mudança do modelo tecnoassistencial. **Rev Saúde Pública** 2010a; 44(1):166-76.

SILVA, D.C.; SANTOS, J.L.G.; GUERRA, S.T.; BARRIOS, S.G.; PROCHNOW, A.G. O trabalho do enfermeiro no serviço de internação domiciliar: visão dos familiares cuidadores. **Cienc Cuid Saude** 2010b Jul/Set; 9(3):471-478

SILVA, K. L. *et al.* Internação domiciliar no Sistema Único de Saúde. **Rev Saúde Pública** 2005;39(3):391-7.

SILVA, K. L.; *et al.* Serviços de atenção domiciliar na saúde suplementar e a inserção da enfermagem em Belo Horizonte/MG. **Acta Paul Enferm.** 2012;25(3):408-14.

SILVA, K.L.; SENA, R.R. A educação de enfermagem: buscando a formação crítico-reflexiva e as competências profissionais. **Rev Latino-am Enfermagem** 2006 set-out; 14(5).

SILVA, K.L.; SENA, R.R.; SILVA, P.M.; SOUZA, C.G.; MARTINS, A.C.S. The nurse's role in home care: its implications for the training process. **Cienc Cuid Saude**. 2014.

SILVA, Y. C. **A produção do cuidado na atenção domiciliar**. Dissertação (Mestrado). Universidade Federal de Minas Gerais. 2015. 139f.

SOUSA, F.G.M; ERDMANN, A.L.; MAGALHÃES, A.L. **Contornos conceituais e estruturais da pesquisa qualitativa**. In: LACERDA, M.R.; COSTENARO, R.G.S. (Org). Metodologias da pesquisa para Enfermagem e Saúde: da teoria à prática. 1ed. Porto Alegre: Moriá, 2016.

SOUZA, N.V.D.O.; SANTOS, D.M.; ANUNCIAÇÃO, C.T.; THIENGO, P.C.S. O trabalho da enfermagem e a criatividade: adaptações e improvisações hospitalares. **Rev. enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, 2009 jul/set; 17(3):356-61.

SOUZA, N.V.D.O.; SANTOS, D.M.; ANUNCIAÇÃO, C.T.; THIENGO, P.C.S, FERNANDES, M.C. Repercussões psicofísicas na saúde dos enfermeiros da adaptação e improvisação de materiais hospitalares. **Esc Anna Nery Rev Enferm** 2010 abr-jun; 14 (2): 236-243

SPRADLEY, J. P. **Participant observation**. Belmont: Wadsworth. 1980.

STADJDUHAR, K. *et al.* Home care nurses' decisions about the need for and amount of service at the end of life. **J AdvNurs**. 2011 Feb;67(2):276-86.

TURCI, M. A. (Org.). **Avanços e desafios na organização da atenção de saúde em Belo Horizonte**. Belo Horizonte: Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte: HMP Comunicação, 2008. 432 p.

UBERLÂNDIA. Secretária Municipal de Saúde. Prefeitura de Betim. **Plano Municipal de Saúde de Uberlândia 2014/2017**. Disponível em:<

http://www.uberlandia.mg.gov.br/uploads/cms_b_arquivos/11394.pdf>. Acesso em nov. 2016. Uberlândia. 2014.

VAN WOERKOM, M. **Defining critically reflective work behaviour**. University of Tilburg, Department of Human Resources Studies. Groupe ESC Toulouse. 2003.

WILLIAMSON, K.M. Home health care nurses' perceptions of empowerment. **J Community Health Nurs** [Internet]. 2007[cited 2015 Jun 10];24(3):133-53. Disponível em: <<http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/07370010701429512?mobileUi=0&journalCode=hchn20>> Acesso em: 15 mar. 2014.

WINTERS, J.R.F.; DO PRADO, M.L.; HEIDEMANN, I.T.S.B. **A formação em enfermagem orientada aos princípios do Sistema Único de Saúde**: percepção dos formandos. Escola Anna Nery 20(2) Abr-Jun 2016.

YIN, R. K. **Estudo de caso**: planejamento e métodos. 4. ed. Porto Alegre: Bookman, 2015. 290 p.

Apêndices

APÊNDICE 1**PROTOCOLO PARA CONTATO TELEFÔNICO COM SERVIÇOS DE ATENÇÃO DOMICILIAR DE MINAS GERAIS**

Título da pesquisa: **Aprendizagem reflexiva de enfermeiros na atenção domiciliar: caminhos de uma práxis transformadora?**

Objetivo: Analisar o processo de aprendizagem na atuação do enfermeiro no domicílio.

Município: _____ . Data do contato: ____/____/____.
Quantas enfermeiras atuam no serviço de AD? _____.
As enfermeiras trabalham no serviço de AD há quanto tempo? _____.
As enfermeiras têm formação específica para AD? (especialização, treinamento)? Se sim, _____ qual _____ ou _____ quais? _____.
As enfermeiras realizam nutrição parenteral no domicílio? () Não () Sim. Se sim: quantos pacientes em uso? _____.
As enfermeiras realizam diálise peritoneal no domicílio? () Não () Sim. Se sim: quantos pacientes em uso? _____.
As enfermeiras realizam administração de medicamentos (subcutânea, intramuscular e endovenosa) no domicílio? () Não () Sim. Se sim: quantos pacientes em uso? _____.
As enfermeiras realizam ventilação mecânica não invasiva no domicílio (CPAP/BIPAP)? () Não () Sim. Se sim: quantos pacientes em uso? _____.
As enfermeiras realizam oxigenoterapia no domicílio? () Não () Sim. Se sim: quantos pacientes em uso? _____.
As enfermeiras realizam ventilação mecânica invasiva no domicílio? () Não () Sim. Se sim: quantos pacientes em uso? _____.
As enfermeiras realizam cuidados com feridas complexas no domicílio? () Não () Sim. Se sim: quantos pacientes em uso? _____.
As enfermeiras realizam cuidados paliativos no domicílio? () Não () Sim. Se sim: quantos pacientes em uso? _____.

APÊNDICE 2

ROTEIRO PARA OBSERVAÇÃO PERIFÉRICA

ANDRADE, A. M., SILVA, K. L. **Aprendizagem reflexiva de enfermeiros na atenção domiciliar: caminhos de uma práxis transformadora?** 2015.

Os participantes da pesquisa serão observados na realização das práticas de alta complexidade na AD, no cotidiano do trabalho. Os registros das impressões da pesquisadora serão redigidos em um diário de campo, guiados a partir dos objetivos da pesquisa, e orientado por aspectos relacionados à aprendizagem reflexiva, contemplados neste guia de observação.

Data da observação: ____/____/____. Observação N°. _____

Início: _____ Término: _____

Tipo de prática: nutrição parenteral (); diálise peritoneal (); administração de medicamentos subcutânea () intramuscular () endovenosa (); ventilação mecânica não invasiva () invasiva (); oxigenoterapia (); cuidados com feridas (); cuidados paliativos ().

Descrição:

- Sujeitos na cena.
- Ações executadas pelo enfermeiro.
- Instrumentos utilizados na prática
- Tecnologias utilizadas na prática.
- Situações que expressam desafios no trabalho.

Final: Relato / Percepção do pesquisador frente ao observado.

APÊNDICE 3**ROTEIRO ENTREVISTA**

ANDRADE, A. M., SILVA, K. L. **Aprendizagem reflexiva de enfermeiros na atenção domiciliar: caminhos de uma práxis transformadora?** 2015.

I - DADOS GERAIS

Nº da entrevista:

Local de realização da entrevista:

Data: / /

Horário de início:

Horário de término:

II - IDENTIFICAÇÃO DOS PARTICIPANTES

Em qual Instituição você se graduou?

Qual o ano de sua graduação?

Possui alguma qualificação específica na área de atenção domiciliar? Se sim, qual e onde realizou?

Qual o tempo de atuação na AD?

Trabalhou em outros serviços? Se sim, quais e quanto tempo?

APRENDIZAGEM REFLEXIVA NA ATENÇÃO DOMICILIAR

1) Como você foi aprendendo a atuar na AD? Descreva situações que exigiram aprendizagem durante o tempo em que você tem atuado na AD.

- Descreva o que possibilita o desenvolvimento de suas ações na prática?

- O que pode contribuir para diminuir e-ou incrementar a prática do enfermeiro na AD?

- Como você relaciona o que aprendeu sobre a AD na sua vivência prática?

2) Dentre estas situações que você me relatou, como tem sido a condução de situações de incertezas, complexas ou para as quais você não estava preparada?

- Na sua prática você se lembra de alguma situação em que você trabalhou com inovação (ou criatividade)? Como essa situação aconteceu?

- Você costuma refletir sobre as suas ações no cotidiano de seu trabalho? Em que situações desenvolve a reflexão? Em que situações deixa de desenvolver?

- Gostaria de acrescentar algo?

APÊNDICE 4

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - Profissionais

TÍTULO DA PESQUISA: *Aprendizagem reflexiva de enfermeiros na atenção domiciliar: caminhos de uma práxis transformadora?*

Prezado(a) Sr.(a)

Por meio deste instrumento, venho torná-lo(a) ciente da pesquisa cujo título está referido acima, e convidá-lo(a) a participar voluntariamente da mesma. O objetivo da pesquisa é analisar o processo de aprendizagem na atuação do enfermeiro no domicílio. A pesquisa é coordenada pela Professora Doutora Kênia Lara Silva e pela doutoranda Angélica Monica Andrade. A coleta de dados será desenvolvida em duas fases por meio de observação periférica da atuação de enfermeiros na atenção domiciliar e realização de Entrevistas guiadas por roteiro semiestruturado.

Você está sendo convidado para participar da pesquisa, por ser um enfermeiro atuante no serviço de atenção domiciliar no município _____.

Nesta etapa estamos convidando as enfermeiras que atuam nos serviços de atenção domiciliar no Cenário escolhido para permitir o acompanhamento do trabalho na atenção domiciliar e para participar de uma entrevista para construção de conhecimento sobre a aprendizagem reflexiva na atenção domiciliar.

Para isto, é necessário esclarecê-lo (a) em relação a alguns procedimentos:

- A entrevista será áudio-gravada para garantir a reprodução fidedigna dos dados.
- Os riscos identificados no desenvolvimento da pesquisa referem-se a possíveis desconfortos durante a participação. Caso não se sinta confortável você deve relatar ao pesquisador imediatamente para a suspensão da entrevista.
- Serão garantidos aos participantes anonimato, privacidade e sigilo absoluto em relação às informações e declarações prestadas verbalmente e/ou por escrito antes, durante e depois da realização da pesquisa.
- Será garantido o acesso, em qualquer etapa do estudo, à coordenadora da pesquisa, Kênia Lara Silva, que pode ser encontrada na Escola de Enfermagem da UFMG no endereço Av. Alfredo Balena, 190, Santa Efigênia, Belo Horizonte/MG. CEP: 30130-100. Tel: (0XX31) 3409-9181. Para maiores esclarecimentos sobre a ética da pesquisa, entre em contato com Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG - Av. Antônio Carlos, 6627, Pampulha, Unidade Administrativa II, 2º andar. CEP: 31270-901. Tel: (0xx31) 3409-4592. Email: coep@prpq.ufmg.br.
- As informações obtidas não serão utilizadas em prejuízo das pessoas, inclusive em termo de autoestima, prestígio e/ou econômico-financeiros. As gravações estarão seguras e serão inutilizadas após a pesquisa.
- Será garantida a liberdade de interromper a pesquisa a qualquer momento sem prejuízos para o participante.
- Não haverá despesas pessoais para o participante em qualquer fase do estudo. Também não haverá compensação financeira relacionada à sua participação.
- Os benefícios da pesquisa se referem à possibilidade da produção do conhecimento sobre a temática e a influência na definição de políticas públicas.
- Concluída a pesquisa, seus resultados serão divulgados e ficarão acessíveis a qualquer pessoa.
- Caso participe, em qualquer momento poderá pedir informações ou esclarecimentos sobre o andamento da pesquisa, bem como, sair da mesma e não permitir a utilização de seus dados, sem prejuízo algum.

Agradecendo sua colaboração, solicitamos ainda a declaração de seu consentimento livre e esclarecido neste documento.

Atenciosamente,

Acredito ter sido suficientemente informado (a) respeito das informações sobre o estudo acima citado que li ou que foram lidas para mim. Eu discuti com o pesquisador _____, sobre a minha decisão em participar desse estudo. Ficaram claros para mim quais são os propósitos do estudo, os procedimentos a serem realizados e as garantias de confidencialidade e de esclarecimentos permanentes. Concordo, voluntariamente, em participar deste estudo e poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante o mesmo, sem penalidades ou prejuízo.

_____ de 20__.

Nome/ assinatura do participante

Kênia Lara Silva
Pesquisadora Responsável

Angélica Mônica Andrade
Doutoranda

APÊNDICE 5

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – Usuário ou Responsável

TÍTULO DA PESQUISA: *Aprendizagem reflexiva de enfermeiros na atenção domiciliar: caminhos de uma práxis transformadora?*

Prezado(a) Sr.(a)

Por meio deste instrumento, venho torná-lo(a) ciente da pesquisa cujo título está referido acima, e convidá-lo(a) a participar de forma voluntária da mesma. O objetivo da pesquisa é analisar o processo de aprendizagem na atuação do enfermeiro no domicílio.

A pesquisa é coordenada pela Professora Doutora Kênia Lara Silva e pela doutoranda Angélica Monica Andrade.

Você está sendo convidado para participar da pesquisa, por ser um paciente atendido pelo serviço de atenção domiciliar no município _____. Nesta etapa estamos estudando as enfermeiras que atuam nos serviços de atenção domiciliar no Cenário escolhido. Solicitamos sua autorização para a entrada da pesquisadora em seu domicílio, para observar o trabalho do enfermeiro _____ na prestação da assistência a você e sua família.

Para isto, é necessário esclarecê-lo (a) em relação a alguns procedimentos:

- A observação será realizada durante o trabalho do enfermeiro e a pesquisadora não irá participar das práticas de cuidado realizadas por estes profissionais.
- Os riscos identificados no desenvolvimento da pesquisa referem-se a possíveis desconfortos durante a participação. Caso não se sinta confortável você deve relatar ao pesquisador imediatamente para a suspensão da observação.
- Serão garantidos aos participantes anonimato, privacidade e sigilo absoluto em relação às informações e declarações prestadas verbalmente e/ou por escrito antes, durante e depois da realização da pesquisa.
- Será garantido o acesso, em qualquer etapa do estudo, à coordenadora da pesquisa, Kênia Lara Silva, que pode ser encontrada na Escola de Enfermagem da UFMG no endereço Av. Alfredo Balena, 190, Santa Efigênia, Belo Horizonte/MG. CEP: 30130-100. Tel: (0XX31) 3409-9181. Para maiores esclarecimentos sobre a ética da pesquisa, entre em contato com Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG - Av. Antônio Carlos, 6627, Pampulha, Unidade Administrativa II, 2º andar. CEP: 31270-901. Tel: (0xx31) 3409-4592. Email: coep@prpq.ufmg.br.
- As informações obtidas não serão utilizadas em prejuízo das pessoas, inclusive em termo de autoestima, prestígio e/ou econômico-financeiros. As anotações realizadas durante a observação estarão seguras e serão inutilizadas após a pesquisa.
- Será garantida a liberdade de interromper a pesquisa a qualquer momento sem prejuízos para o participante.
- Não haverá despesas pessoais para o participante em qualquer fase do estudo. Também não haverá compensação financeira relacionada à sua participação.
- Os benefícios da pesquisa se referem à possibilidade da produção do conhecimento sobre a temática e a influência na definição de políticas públicas.
- Concluída a pesquisa, seus resultados serão divulgados e ficarão acessíveis a qualquer pessoa.
- Caso participe, em qualquer momento poderá pedir informações ou esclarecimentos sobre o andamento da pesquisa, bem como, sair da mesma e não permitir a utilização de seus dados, sem prejuízo algum.

Agradecendo sua colaboração, solicitamos ainda a declaração de seu consentimento livre e esclarecido neste documento.

Atenciosamente,

Acredito ter sido suficientemente informado a respeito das informações sobre o estudo acima citado que li ou que foram lidas para mim. Eu discuti com o pesquisador _____, sobre a minha decisão em participar desse estudo. Ficaram claros para mim quais são os propósitos do estudo, os procedimentos a serem realizados e as garantias de confidencialidade e de esclarecimentos permanentes. Concordo, voluntariamente, em participar deste estudo e poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante o mesmo, sem penalidades ou prejuízo.

_____, _____, _____ de 20____.

Nome/ assinatura do participante

Kênia Lara Silva
Pesquisadora Responsável

Angélica Mônica Andrade
Doutoranda

Anexas

ANEXOS

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA - COEP

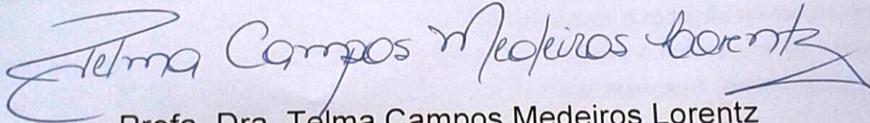
Projeto: CAAE – 51528815.0.0000.5149

Interessado(a): Profa. Kênia Lara Silva
Departamento de Enfermagem Aplicada
Escola de Enfermagem - UFMG

DECISÃO

O Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG – COEP aprovou, no dia 15 de fevereiro de 2016, o projeto de pesquisa intitulado **"Aprendizagem reflexiva de enfermeiros na atenção domiciliar"** bem como o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

O relatório final ou parcial deverá ser encaminhado ao COEP um ano após o início do projeto através da Plataforma Brasil.



Profa. Dra. Telma Campos Medeiros Lorentz
Coordenadora do COEP-UFMG

Av. Pres. Antonio Carlos, 6627 – Unidade Administrativa II - 2º andar – Sala 2005 – Cep:31270-901 – BH-MG
Telefax: (031) 3409-4592 - e-mail: coep@prpq.ufmg.br