

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS  
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem

Roseli Lino de Souza

**COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO PARA ATUAÇÃO NA ATENÇÃO  
DOMICILIAR E SITUAÇÕES QUE MOBILIZAM AS COMPETÊNCIAS:  
estudo de caso**

Belo Horizonte  
2023

Roseli Lino de Souza

**COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO PARA ATUAÇÃO NA ATENÇÃO  
DOMICILIAR E SITUAÇÕES QUE MOBILIZAM AS COMPETÊNCIAS:  
estudo de caso**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais como requisito para obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Área de concentração: Saúde e Enfermagem

Linha de pesquisa: Gestão e Educação na Saúde e Enfermagem

Orientadora: Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Kênia Lara da Silva

Belo Horizonte

2023

Souza, Roseli Lino de.

SO729c Competências do enfermeiro para atuação na atenção domiciliar e situações que mobilizam as competências [manuscrito] estudo de caso. / Roseli Lino de Souza. - - Belo Horizonte: 2023.

145f.: il.

Orientador (a): Kênia Lara da Silva.

Área de concentração: Saúde e Enfermagem.

Dissertação (mestrado): Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de Enfermagem.

1. Serviços de Assistência Domiciliar. 2. Enfermeiras e Enfermeiros. 3. Enfermagem Domiciliar. 4. Competência Profissional. 5. Desempenho Profissional. 6. Dissertação Acadêmica. I. Silva, Kênia Lara da. II. Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de Enfermagem. III. Título.

NLM: WY 16

Bibliotecário responsável: Fabian Rodrigo dos Santos CRB-6/2697



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

### ATA DE DEFESA DE DISSERTAÇÃO

**ATA DE NÚMERO 737 (SETECENTOS E TRINTA E SETE) DA SESSÃO PÚBLICA DE ARGUIÇÃO E DEFESA DA DISSERTAÇÃO APRESENTADA PELA CANDIDATA ROSELI LINO DE SOUZA PARA OBTENÇÃO DO TÍTULO DE MESTRA EM ENFERMAGEM.**

Aos 19 (dezenove) dias do mês de dezembro de dois mil vinte e três, às 14:00 horas, realizou-se a sessão pública para apresentação e defesa da dissertação "*COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO PARA ATUAÇÃO NA ATENÇÃO DOMICILIAR E SITUAÇÕES QUE MOBILIZAM AS COMPETÊNCIAS: ESTUDO DE CASO*", da aluna **Roseli Lino de Souza**, candidata ao título de "Mestra em Enfermagem", linha de pesquisa "Gestão e Educação na Saúde e Enfermagem". A Comissão Examinadora foi constituída pelas seguintes professoras doutoras: Kênia Lara da Silva (orientadora), Isabela Silva Cancio Velloso e Angélica Mônica Andrade, 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;**

**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, 19 de dezembro de 2023.

Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Kênia Lara da Silva

Orientadora (Esc.Enf/UFMG)

Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup> Isabela Silva Cancio Velloso

(EE/UFMG)

Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Angélica Mônica Andrade

(UFRJ)

**HOMOLOGADO em reunião do CPG**

Em 05/12/24

Andréia Nogueira Delfino  
Secretária do Colegiado de Pós-Graduação



Documento assinado eletronicamente por **Kenia Lara da Silva, Membro**, em 20/12/2023, às 12:12, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020.



Documento assinado eletronicamente por **Isabela Silva Cancio Velloso, Professora do Magistério Superior**, em 20/12/2023, às 17:05, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020.



Documento assinado eletronicamente por **Angélica Mônica Andrade, Usuária Externa**, em 24/01/2024, às 18:48, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020.



Documento assinado eletronicamente por **Andreia Nogueira Delfino, Assistente em Administração**, em 25/01/2024, às 14:08, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020.



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site [https://sei.ufmg.br/sei/controlador\\_externo.php?acao=documento\\_conferir&id\\_orgao\\_acesso\\_externo=0](https://sei.ufmg.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0), informando o código verificador **2917877** e o código CRC **1F885691**.

*Dedico esta pesquisa aos enfermeiros do Serviço de Atenção Domiciliar que mobilizam diversas competências no dia a dia do trabalho, buscando oferecer um atendimento que contemple as necessidades dos usuários.*

## AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus, minha fonte de fé e sustento.

Aos meus anjos de luz pelo direcionamento no percurso.

Ao meu companheiro Kallyl, por todo apoio e estímulo nos momentos mais desafiadores.

Ao meu filho amado, Miguel, por contribuir do seu jeitinho para a concretização deste estudo. Minhas escolhas também são por você!

À minha irmã Nana, por todo o apoio e auxílio ao longo da vida, e por estar presente em todas as minhas conquistas.

À minha orientadora, professora Kênia Lara, a qual tenho imensa admiração pela trajetória profissional. Agradeço por todo conhecimento compartilhado e o auxílio na condução desta pesquisa. Sem o seu apoio não teria chegado até aqui!

Às professoras do mestrado, em especial à Elysângela Dittz que provocou inúmeras reflexões sobre este estudo, reverberando também em minha caminhada profissional.

Às professoras Angélica Mônica Andrade e Isabela Silva Cancio Velloso, integrantes da banca de qualificação. Agradeço pelas contribuições, fundamentais para o fortalecimento e evolução desta pesquisa.

Aos meus colegas do NUPEPE pela oportunidade de aprender com vocês!

À Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, a qual tenho muito orgulho em pertencer desde a graduação em enfermagem.

Aos colegas do mestrado. Em especial, à Andressa Suives e Matheus Rodrigues, pelos momentos de escuta e diálogo, compartilhando angústias, responsabilidades, avanços e conquistas dessa etapa.

À coordenadora do SAD/BH, Denise Valadão, por toda a disponibilidade e contribuição para a realização deste trabalho.

Às enfermeiras do SAD, pelo interesse e participação nas entrevistas individuais e grupos focais. Vocês foram fundamentais!

A todos que estiveram comigo neste tempo, apoiando minhas escolhas e vibrando pela concretização de um sonho... meu sincero agradecimento!

## APRESENTAÇÃO

Conclui a graduação/bacharelado em Enfermagem pela Universidade Federal de Minas Gerias (UFMG) em 2003 e logo iniciei a trajetória profissional, atuando durante 8 anos em unidade de terapia intensiva neonatal e docência em curso técnico de enfermagem.

Em 2010, iniciei um novo trabalho na rede de urgência/emergência da prefeitura de Belo Horizonte, como plantonista de Unidade de Pronto Atendimento (UPA) e tive a oportunidade de conhecer uma equipe de atendimento domiciliar. O interesse pelo trabalho desenvolvido pela equipe motivou a busca por uma oportunidade. Contudo, a possibilidade chegou em 2014 para a atuação em uma equipe de atendimento domiciliar pediátrica a qual assumi com grande interesse. Após dois anos, veio a transferência para outra equipe destinada a assistência de adultos e idosos, na qual permaneço até os dias atuais.

Desde o término da graduação, o desejo de retorno a escola de enfermagem/UFMG para cursar o mestrado permaneceu latente. Em 2018, tive contato através da coordenação do Serviço de Atendimento Domiciliar (SAD), com a professora Kênia Lara que iniciava projetos de pesquisa no serviço. Com grande interesse em participar dos estudos, tive a oportunidade de inclusão no Núcleo de Estudos e Pesquisas sobre o Ensino e a Prática de Enfermagem (NUPEPE).

Dentre as pesquisas relacionadas à temática da atenção domiciliar desenvolvidas no NUPEPE, tive a oportunidade de participar das seguintes: “Tecnologias na atenção domiciliar e o trabalho da enfermagem na produção do cuidado”, “Custo-Efetividade na Atenção Domiciliar: análise da produção do cuidado orientado por diferentes protocolos” e “Modelos de serviços e custos da atenção domiciliar”. A aproximação com o campo da pesquisa ampliou meu olhar para além da prática assistencial e impulsionou-me a buscar uma vaga no mestrado.

Em meio a pandemia iniciei o curso no segundo semestre de 2021. Retornar a universidade após 18 anos de conclusão da graduação e no contexto de aulas remotas foi desafiador. Contudo, a certeza da escolha, a determinação, dedicação e disciplina permitiram romper os obstáculos que surgiram.

A escolha pela temática do presente estudo partiu da reflexão mediada pela dualidade vivenciada no SAD, envolvendo a complexidade das ações sobre responsabilidade do enfermeiro e as competências necessárias para atuação no serviço.

O compartilhamento de atividades como enfermeira e pesquisadora no SAD gerou inquietações que precederam a entrada em campo para a coleta de dados. Foi necessário a retirada simbólica do uniforme diário e expandir a visão como pesquisadora. A sobreposição



de papéis foi desafiadora, considerando a inexperiência enquanto pesquisadora, aliada ao desejo de contribuir para o avanço do conhecimento.

Neste percurso, orientações estratégicas compartilhadas na disciplina de “Métodos Qualitativos em Saúde e Enfermagem”, associados à condução da orientadora, auxílio na análise dos dados e revisão dos resultados foram fundamentais para o desenvolvimento deste estudo.

Como produto deste processo, apresento a Dissertação que está estruturada em Capítulos iniciais de Introdução e Objetivos. No Capítulo de Fundamentação teórica são apresentados conceitos de Competência e Atenção domiciliar. O tópico da Metodologia descreve o percurso desenvolvido para a construção do campo de pesquisa, coleta e análise dos dados. Os Resultados são apresentados em 3 categorias: Análise documental; Competências do enfermeiro para a atuação na AD e Situações que promovem a mobilização das competências.

Espera-se que os resultados deste estudo contribuam para o conhecimento das competências mobilizadas pelo enfermeiro na prática da AD e favoreçam discussões acerca da temática entre enfermeiros e gestores do serviço, subsidiando estratégias de aprimoramento de competências, melhorias na qualidade assistencial e fortalecimento do SAD.

## RESUMO

SOUZA, R. L. **Competências do enfermeiro para atuação na atenção domiciliar e situações que mobilizam as competências**: estudo de caso. 2023. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2023.

**Introdução:** A assistência à saúde no domicílio configura-se como uma modalidade de cuidado em expansão no cenário mundial e a enfermagem integra a equipe multiprofissional, sendo a maior provedora de assistência domiciliar. No contexto de especificidades da atenção domiciliar, o enfermeiro é constantemente desafiado a mobilizar conhecimentos, habilidades e atitudes de forma inter-relacionada e espera-se que seja competente na prática profissional. O objetivo deste estudo foi analisar as competências mobilizadas por enfermeiros na atenção domiciliar no dia a dia do seu trabalho. **Método:** estudo de abordagem qualitativa com delineamento metodológico de estudo de caso único. A produção dos dados teve como cenário o serviço de atenção domiciliar do Sistema Único de Saúde do município de Belo Horizonte. Participaram da pesquisa 12 enfermeiros que compõem equipes multiprofissionais de atendimento domiciliar. As fontes de evidência foram a análise documental, entrevistas guiadas por um roteiro semiestruturado com foco em competências e grupo focal. Os dados foram submetidos à Análise de Discurso Crítica, na perspectiva de Fairclough, possibilitando a discussão de duas categorias empíricas: competências do enfermeiro para atuação na atenção domiciliar; e situações que promovem a mobilização das competências. **Resultados:** identificou-se um conjunto de dezessete competências mobilizadas pelos enfermeiros do serviço de atenção domiciliar, quais sejam: liderança, comunicação, tomada de decisão, avaliação holística do paciente e ambiente domiciliar, gestão do trabalho, gestão do cuidado, educação em saúde, sensibilidade cultural, assistência de enfermagem, trabalho em equipe, colaboração interdisciplinar, trabalho em rede, gestão de recursos materiais, gestão do tempo, desenvolvimento profissional, adaptação à tecnologia e segurança para o trabalho. Para cada uma das competências foram apontados e discutidos os atributos relacionados a conhecimentos, habilidades e atitudes. Os discursos revelaram que as competências são mobilizadas por situações relacionadas as particularidades da atenção domiciliar, singularidade do contexto domiciliar e demandas profissionais. **Conclusão:** a prática dos enfermeiros na atenção domiciliar mobiliza diversas competências compreendidas como uma necessidade no dia a dia do trabalho.

**Palavras-chave:** serviços de assistência domiciliar; enfermeiras e enfermeiros; enfermagem domiciliar; competência profissional

## ABSTRACT

SOUZA, R.L. **Nurse skills to work in home care and situations that mobilize skills**: case study. 2023. Dissertation (master's in nursing) - Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2023.

Introduction: Home health care is an expanding modality of care on the world stage and the nurse is part of the multidisciplinary team, being the largest provider of home care. In the context of specificities of home care, nurses are constantly challenged to mobilize knowledge, skills and attitudes in an interrelated way and are expected to be competent in professional practice. The objective of this study was to analyze the skills mobilized by nurses in home care in their day-to-day work. Method: qualitative approach study with a single case study methodological design. Data production took place in home care service of the Unified Health System in the city of Belo Horizonte. 12 nurses who make up multidisciplinary home care teams participated in the research. The sources of evidence were documents analysis, interviews guided by a semi-structured script focusing on skills and focus groups. The data were submitted to Critical Discourse Analysis, from Fairclough 's perspective, enabling the discussion of two empirical categories: nurse skills to work in home care; and situations that promotes the mobilization of skills. Results: a set of seventeen skills mobilized by nurses in home care service were identified, namely: leadership, communication, decision making, holistic assessment of the patient and home environment, work management, care management, health education, cultural sensitivity, nursing care, teamwork, interdisciplinary collaboration, networking, material resource management, time management, professional development, adaptation to technology and work safety. For each of the competencies, attributes related to knowledge, skills and attitudes were highlighted and discussed. The speeches revealed that skills are mobilized by situations related to the particularities of home care, the uniqueness of the home context and professional demands. Conclusion: the practice of nurses in home care mobilizes several skills understood as a necessity in day-to-day work.

**Keywords:** home care services; nurses; home nursing; competence professional.

## LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Competências de enfermagem para o cuidado domiciliar .....	20
Quadro 2 - Perfil do profissional .....	26
Quadro 3 - Legislação Brasileira sobre Serviços de Atenção Domiciliar .....	27
Quadro 4 - Perfis de elegibilidade para a AD.....	31
Quadro 5 - Documentos selecionados para análise .....	37
Quadro 6 - Caracterização dos participantes .....	40
Quadro 7 - Dados dos Grupos Focais .....	42
Quadro 8 - Codificação adotada para transcrição das entrevistas e grupos focais .....	43
Quadro 9 - Aspectos discursivos predominantes na análise de dados.....	45
Quadro 10 - Documentos selecionados - Ministério da Saúde.....	47
Quadro 11 - Documentos selecionados - COFEN.....	49
Quadro 12 - Documentos selecionados - Prefeitura Municipal de Belo Horizonte .....	50
Quadro 13 - Atributos das competências da atuação do enfermeiro na atenção domiciliar.....	87
Quadro 14 - Estratégias para comunicação em domicílio .....	95

## LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Componentes da Competência .....	24
Figura 2 - Área de abrangência e lotação EMAD/EMAP .....	35
Figura 3 - Processo desenvolvido em atuação competente .....	104
Figura 4 - Situações mobilizadoras de competências.....	106

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB	Atenção Básica
AD	Atenção Domiciliar
ADC	Análise de Discurso Crítica
APS	Atenção Primária à Saúde
COEP/UFMG	Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais
COFEN	Conselho Federal de Enfermagem
CRAS	Centro de Referência de Assistência Social
EMAD	Equipes Multiprofissionais de Atenção Domiciliar
EMAP	Equipes Multiprofissionais de Apoio
GEICS	Gerência de Integração do Cuidado à Saúde
GEUG	Gerência de Urgência
GF	Grupo Focal
HOB	Hospital Municipal Odilon Behrens
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
MAC	Média e Alta Complexidade
MS	Ministério da Saúde
NUPEPE	Núcleo de Estudos e Pesquisas sobre o Ensino e a Prática de Enfermagem
RAS	Redes de Atenção à Saúde
RUE	Redes de Atenção às Urgências e Emergências
SAD	Serviços de Atenção Domiciliar
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SMSA	Secretaria Municipal de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBS	Unidades Básicas de Saúde
UFMG	Universidade Federal de Minas Gerais
UPA	Unidades de Pronto Atendimento
URBEL	Companhia Urbanizadora e de Habitação de Belo Horizonte

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO .....</b>	<b>16</b>
<b>2</b>	<b>OBJETIVO .....</b>	<b>22</b>
2.1	Objetivo geral .....	22
2.2	Objetivos específicos .....	22
<b>3</b>	<b>FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA .....</b>	<b>23</b>
3.1	Competência .....	23
3.2	Atenção Domiciliar (AD) .....	27
<b>4</b>	<b>PERCURSO METODOLÓGICO .....</b>	<b>33</b>
4.1	Caracterização da pesquisa .....	33
4.2	Cenário do estudo .....	34
4.3	Participantes da pesquisa .....	35
4.4	Coleta de dados .....	36
4.5	Análise dos dados .....	44
4.6	Aspectos éticos .....	46
<b>5</b>	<b>RESULTADOS E DISCUSSÃO .....</b>	<b>47</b>
5.1	Análise documental .....	47
5.2	Competências do enfermeiro para a atuação na AD .....	51
5.2.1	<i>Liderança</i> .....	52
5.2.2	<i>Comunicação</i> .....	56
5.2.3	<i>Tomada de decisão</i> .....	58
5.2.4	<i>Avaliação holística do paciente e ambiente domiciliar</i> .....	61
5.2.5	<i>Gestão do trabalho</i> .....	64
5.2.6	<i>Gestão do cuidado</i> .....	66
5.2.7	<i>Educação em saúde</i> .....	68
5.2.8	<i>Sensibilidade cultural</i> .....	69
5.2.9	<i>Assistência de enfermagem</i> .....	71
5.2.10	<i>Trabalho em equipe</i> .....	74
5.2.11	<i>Colaboração interdisciplinar</i> .....	76
5.2.12	<i>Trabalho em rede</i> .....	77
5.2.13	<i>Gestão de recursos materiais</i> .....	78
5.2.14	<i>Gestão do tempo</i> .....	79
5.2.15	<i>Desenvolvimento profissional</i> .....	80
5.2.16	<i>Adaptação à tecnologia</i> .....	82
5.2.17	<i>Segurança para o trabalho</i> .....	84
5.3	Situações que promovem a mobilização das competências .....	94
<b>6</b>	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>107</b>
	<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>110</b>
	<b>APÊNDICE A - FICHA DE LEITURA – ANÁLISE DOCUMENTAL .....</b>	<b>119</b>
	<b>APÊNDICE B - ROTEIRO DE ENTREVISTA INDIVIDUAL .....</b>	<b>120</b>

<b>APÊNDICE C - COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO PARA ATUAÇÃO NA ATENÇÃO DOMICILIAR .....</b>	<b>121</b>
<b>APÊNDICE D - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (Coleta de dados – Entrevista individual) .....</b>	<b>122</b>
<b>APÊNDICE E - ROTEIRO PARA GRUPO FOCAL.....</b>	<b>125</b>
<b>APÊNDICE F – COMPETÊNCIAS IDENTIFICADAS A PARTIR DE RELATOS DOS ENFERMEIROS DO SAD/BH .....</b>	<b>126</b>
<b>APÊNDICE G - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (Coleta de dados – Grupo Focal) .....</b>	<b>127</b>
<b>ANEXO A - TERMO DE ANUÊNCIA INSTITUCIONAL.....</b>	<b>130</b>
<b>ANEXO B – PARECER DE APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS.....</b>	<b>131</b>
<b>ANEXO C - PARECER DE APROVAÇÃO DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE BELO HORIZONTE .....</b>	<b>137</b>



## 1 INTRODUÇÃO

A assistência à saúde no domicílio configura-se como uma modalidade de cuidado em expansão no cenário mundial (Narayan *et al.*, 2017; Rusli *et al.*, 2021; Savassi *et al.*, 2020).

Em decorrência das mudanças no perfil demográfico e epidemiológico, a reorganização da oferta de serviços de saúde torna-se necessária e, nesta perspectiva, a Atenção Domiciliar (AD) constitui um ponto de cuidado estratégico para a atenção em saúde (Rajão; Martins, 2020).

A possibilidade de redução das taxas de hospitalização, racionalização de leitos hospitalares, humanização de práticas assistenciais, redução de riscos de complicações inerentes ao ambiente hospitalar e diminuição de custos também contribuem para a expansão da AD (Rajão; Martins, 2020; Savassi *et al.*, 2020). Além destes, a demanda por cuidado continuado e a elegibilidade para assistência em domicílio de bebês prematuros, crianças com sequelas e doenças crônicas, adultos com múltiplas doenças crônicas degenerativas, indivíduos com necessidade de cuidados paliativos, de suporte à vida e de reabilitação também são fatores que impulsionam o incremento da AD (Rajão; Martins, 2020).

No Brasil, o cuidado profissional no domicílio apresenta o primeiro registro histórico em 1949. Contudo, a expansão dos serviços ocorreu especialmente a partir da década de 1990, com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) (Braga *et al.*, 2016).

Em 2011, o governo federal instituiu a Política Nacional de Atenção Domiciliar no SUS (Brasil, 2011a) e através do Programa Melhor em Casa incorporou a AD como um dos componentes das Redes de Atenção às Urgências e Emergências (RUE) (Rajão; Martins, 2020). A partir das diretrizes do Melhor em Casa foi consolidado o Serviço de Atenção Domiciliar (SAD), constituindo um serviço de complexidade intermediária, complementar aos cuidados realizados na atenção básica e serviços de urgência e substitutiva ou complementar à internação hospitalar (Brasil, 2011a).

Nessa modalidade de cuidado, a enfermagem integra a equipe multiprofissional e constitui componente chave, sendo a maior provedora de assistência domiciliar no mundo (Jarrín; Pouladi; Madigan, 2019). Enquanto especialidade nas ações de trabalho do enfermeiro, a enfermagem domiciliar encontra-se em ascensão (Narayan *et al.*, 2017; Rusli *et al.*, 2021) e requer conhecimento científico-tecnológico, autonomia, responsabilidade, habilidade no relacionamento interpessoal para trabalhar com pacientes, familiares e equipe multiprofissional (Lacerda, 2010).

A centralidade do trabalho dos enfermeiros na AD reside tanto na gestão, quanto na assistência direta (Andrade *et al.*, 2017; Furåker, 2012; Lacerda, 2010). O profissional

desempenha atividades essenciais na AD, expressas por ações que perpassam a supervisão clínica, administrativa e a assistência mediada por procedimentos relacionais, educacionais e técnicos (Andrade *et al.*, 2017). O enfermeiro é responsável por coordenar o plano de cuidados no domicílio; estabelecer vínculo com usuários, familiares e cuidadores; supervisionar os técnicos em enfermagem; capacitar o cuidador; além de identificar demandas para outros profissionais (Furâker, 2012; Silva *et al.*, 2012).

O processo de trabalho deste profissional é influenciado pela lógica peculiar que predomina no domicílio, pelo perfil dos pacientes, além do conhecimento e experiência em serviços de AD (Andrade *et al.*, 2017). Nesse sentido, o enfermeiro precisa de habilidades, tanto básicas, quanto complexas e as competências para essa atuação necessitam ser investigadas, divulgadas e sistematizadas (Furâker 2012).

Favero, Mazza e Lacerda (2012) destacam que o profissional, ao adentrar no domicílio, deve estar preparado para esta prática, consciente que o cuidado desenvolvido neste ambiente é único e possui características próprias, portanto não pode ser visto como extensão de um cuidado hospitalar.

Nessa perspectiva, a percepção referente ao contexto domiciliar deve ser ampla, para além do espaço físico, considerando-o como um conjunto de coisas, eventos e seres humanos com suas particularidades e correlacionados entre si, exercendo interferências mútuas e simultâneas (Lacerda, 2000). Este ambiente engloba, portanto, aspectos econômicos, sociais, emocionais e afetivos do paciente e sua família; os recursos que dispõem, tanto materiais quanto humanos; a rede social de apoio; as relações que estabelecem dentro e fora do domicílio; o espaço físico; as condições de higiene, luminosidade e segurança da casa (Lacerda, 2000).

O trabalho desenvolvido na AD desloca-se para o contexto da vida privada, local de domínio do paciente, distinto ao que é realizado em instituições de saúde, requerendo mudanças complexas, com desprendimento de práticas tradicionais, além do desenvolvimento de novas habilidades (Brito *et al.*, 2013).

Na dinâmica de trabalho na AD os enfermeiros vivenciam além da singularidade do contexto domiciliar, o dinamismo e a imprevisibilidade, próprias deste campo, lidando com algumas situações que podem constituir desafios para a atuação cotidiana.

Conforme destacado por Andrade (2017), a imprevisibilidade durante a atividade prática é marcada pela insuficiência de recursos para o trabalho, além de resistências presentes no desenvolvimento das ações das enfermeiras no contexto domiciliar, como o ambiente físico, condições financeiras, sociais e diversidade cultural das famílias.

Cabe ressaltar que o enfermeiro realiza a assistência em domicílio, muitas vezes sozinho, sendo fundamental, o conhecimento para identificar as alterações e necessidades do paciente e, principalmente possuir a capacidade de tomar decisões de forma autônoma e imediata (Fjortoft *et al.*, 2021; Furåker, 2012). Espera-se, portanto que os enfermeiros sejam altamente competentes em diversos aspectos do cuidado (Rusli *et al.*, 2021).

Salienta-se ainda que o enfermeiro tem se deparado com pacientes dependentes de cuidados cada vez mais complexos em domicílio, à medida que usuários frágeis, com múltiplas comorbidades e riscos de instabilidade estão recebendo alta cada vez mais precoce de serviços de saúde para continuidade da assistência em domicílio (Furåker, 2012; Lim *et al.*, 2021; Rusli *et al.*, 2021).

Assim, diante do contexto das especificidades da AD, o enfermeiro é constantemente desafiado a mobilizar competências diversas para sua atuação profissional. A competência é um termo polissêmico e transita em diversas áreas do conhecimento, apresentando pontos de convergência/divergência conforme o contexto (Duarte, 2021). Diante das diferentes denominações referentes à temática, neste estudo será adotado o referencial teórico de competência que a conceitua como uma intervenção eficaz nos diversos âmbitos da vida, mediante ações que mobilizam conhecimento, habilidade e atitude de forma inter-relacionada (Zabala; Arnau, 2014).

De acordo com Fukada (2018) a competência de enfermagem, essencial para o cuidado seguro e eficaz ao paciente, compreende uma integração complexa de conhecimentos, habilidades, valores e atitudes, específica para cada circunstância.

Acerca de estudos sobre a temática, no cenário internacional, Mildon e Underwood (2010), apresentam a partir de uma revisão de literatura realizada no período de 1996 a 2009, as competências para a atuação de enfermeiros da AD canadense, descritas em três categorias: fundamentais, organizacionais e do sistema.

As competências fundamentais envolvem o conhecimento, as habilidades e a avaliação da prática assistencial. Nesta categoria estão incluídos a avaliação holística do paciente e ambiente, dinâmica familiar; formulação e implantação de planos de cuidados; conhecimento específico e tomada de decisão; comunicação assertiva entre profissionais e usuários/família; relação terapêutica com o paciente, incluindo o respeito à privacidade e a compreensão das expectativas do cliente/família; habilidade para realização de procedimentos/cuidados; ensino e educação em saúde e prática baseada em evidências (Mildon; Underwood, 2010).

As competências organizacionais estão relacionadas as expectativas do empregador e abrangem gestão do tempo e produtividade; gerenciamento de caso e encaminhamento para a

rede assistencial à saúde; telemonitoramento e proficiência para o manuseio de tecnologias complexas (Mildon; Underwood, 2010).

As competências do sistema abarcam o exercício do *advocacy*; conhecimentos sobre aspectos financeiros, regulamentos e legislação do serviço (Mildon; Underwood, 2010).

Narayan *et al.* (2017) destacam que embora existam vários estudos sobre a crescente necessidade de cuidados de saúde domiciliares em todo o mundo, as publicações referentes a princípios orientadores para enfermeiros da AD são incipientes. Mediante esta inquietação, 28 enfermeiras de 14 países – América do Norte (Canadá, Estados Unidos), Europa (Chipre, Geórgia e Turquia), Oriente Médio (Árabia Saudita), Ásia (Nigéria, Hong Kong, Japão, Coreia, Cingapura, Taiwan, Tailândia) e América do Sul (Suriname), contribuíram para a produção de um guideline, contemplando as Diretrizes Internacionais para Enfermagem em Saúde Domiciliar (Narayan *et al.*, 2017). No entanto, visto que o guideline foi construído com a contribuição de um número reduzido de revisores (n=28), Narayan *et al.* (2017) recomendaram que outros estudos fossem desenvolvidos.

Nesta perspectiva, com o objetivo de identificar e consolidar as evidências disponíveis sobre as competências de enfermagem para o cuidado domiciliar, Rusli *et al.* (2021) analisaram publicações internacionais, selecionadas no recorte temporal de 1992 a 2020, incluindo o estudo de Mildon e Underwood (2010) referente as competências indicadas para enfermeiras canadenses e o guideline proposto por Narayan *et al.* (2017). Como produto, Rusli *et al.* (2021), apresentam um compilado com o rol de competências de enfermagem para o cuidado domiciliar descrito no Quadro 1.

Quadro 1 - Competências de enfermagem para o cuidado domiciliar

-Avaliação holística do usuário e ambiente domiciliar;
-Assistência de enfermagem e habilidade para execução de procedimentos de forma independente, em ambiente não controlado;
-Gestão de condições de saúde com manejo domiciliar de doenças crônicas, cuidados paliativos, prevenção de incidentes agudos como quedas e oferta de educação em saúde;
-Pensamento crítico e habilidade para solucionar problemas de forma autônoma;
-Gestão de pessoas e comunicação efetiva, estabelecimento de relação terapêutica e tomada de decisão conjunta para o plano de cuidados;
-Colaboração interdisciplinar, trabalho em equipe, domínio sobre encaminhamentos de usuários para outros profissionais e/ou rede de atenção à saúde;
-Liderança, gestão de recursos (materiais e financeiros) e gestão do tempo;
-Desenvolvimento profissional pautado em atualizações, avanços no conhecimento e habilidades, envolvimento em pesquisas e práticas baseadas em evidência;
-Atualização e adaptação tecnológica; gerenciamento e emprego do teleatendimento/plataformas de tecnologia (telessaúde/telemedicina), documentação informatizada e sistemas de informação clínica;
-Qualidade e segurança assistencial.

Fonte: Adaptado de Rusli *et al.* (2021)

Compreender as competências que sustentam o trabalho do enfermeiro da AD no cenário internacional e correlacionar ao que é praticado no contexto brasileiro, oportuniza a aproximação a conhecimentos que poderão contribuir para o aprimoramento da atuação profissional e fortalecimento da AD.

É reconhecido a relevância da competência na atuação do enfermeiro, contudo, são necessários esforços para identificar, definir e medir os requisitos de competência dos cuidados de enfermagem domiciliar, visto que ainda se encontram, incipientemente, abordados na prática profissional e nas produções científicas (Rusli *et al.*, 2021).

Com base no exposto, definiram-se as competências do enfermeiro para atuação na AD, como objeto deste estudo.

Assim, considerando a crescente demanda por cuidado domiciliar, o protagonismo do enfermeiro na equipe multiprofissional e as especificidades dessa modalidade de cuidado, questiona-se: Quais são as competências mobilizadas pelo enfermeiro para atuação em um serviço de atenção domiciliar? Que situações suscitam a mobilização dessas competências?

Pressupõe-se que o enfermeiro mobiliza competências para o cuidado domiciliar diante de situações cotidianas que exigem recursos pessoais e do meio para a ação, sendo que o processo de aquisição de capacidade para associação de conhecimentos e desenvolvimento de habilidades que conduzam o enfermeiro a atitudes assertivas, ocorre predominantemente, ao longo da vivência profissional.

Espera-se que os resultados deste estudo possam contribuir para o conhecimento das competências mobilizadas pelo enfermeiro na prática da AD e favoreçam discussões acerca da temática pelos gestores e enfermeiros atuantes nesta modalidade de cuidado, subsidiando estratégias de aprimoramento de competências e melhorias na qualidade assistencial. Ademais, este estudo apresenta potencial para contribuições em construção de diretrizes para as competências do enfermeiro a partir da realidade vivenciada na AD no cenário brasileiro.

## **2 OBJETIVO**

### **2.1 Objetivo geral**

Analisar as competências mobilizadas por enfermeiros na atenção domiciliar no dia a dia do seu trabalho.

### **2.2 Objetivos específicos**

- a. Identificar as competências mobilizadas por enfermeiros na atenção domiciliar;
- b. Compreender as situações que promovem a mobilização das competências.

### 3 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

#### 3.1 Competência

O termo, competência, perpassa diversas áreas do conhecimento e diferentes definições foram elaboradas ao longo das últimas décadas. De acordo com Duarte (2021) a década de 60 constitui o ponto inicial para as definições científicas sobre o tema, visto que os estudos indicam que a primeira formulação teórica para o termo foi elaborada em 1959 pelo psicólogo Robert White.

White (1959) ao analisar a relação entre indivíduo e ambiente concluiu que a competência é a capacidade que o indivíduo tem para interagir efetivamente com o seu ambiente, destacando ainda que a competência é alcançada de forma lenta e determinada por motivações pessoais que influenciam seu desenvolvimento.

Já, no campo profissional, as discussões sobre competência iniciaram no início da década de 70, nos Estados Unidos. A maioria dos estudos apresentam McClelland como o responsável pela origem do conceito e sua definição relaciona-se ao desempenho superior na realização de uma tarefa (Fleury; Fleury, 2001; Sapeta, 2013; Zabala; Arnau, 2014).

Os franceses impulsionados pela insatisfação com o mundo do trabalho, principalmente industrial, iniciaram os debates a respeito deste tema também na década de 70. Visando aumentar a capacitação dos trabalhadores e a empregabilidade buscavam aproximar o ensino as necessidades reais das empresas (Fleury; Fleury, 2001; Sapeta, 2013).

Nas décadas seguintes a noção de competência passou por mutações com ampliação da ideia de qualificação e do papel funcional, gerando novas perspectivas e enfoques. “Aparece assim, associada a verbos como: saber agir, mobilizar recursos, integrar saberes múltiplos e complexos, saber aprender, saber engajar-se, assumir responsabilidades, ter visão estratégica” (Fleury; Fleury, 2001).

Para Zarifian (2010) competência profissional é uma combinação de conhecimentos, de experiências e de comportamentos que se exercem em um contexto preciso. De acordo com esse autor, a definição de competência é composta em três fragmentos:

competência é a tomada de iniciativa e responsabilidade do indivíduo em situações profissionais com as quais ele se confronta”, “competência é a inteligência prática das situações, que se apoia em conhecimentos adquiridos e os transforma à medida que a diversidade das situações aumenta” e por fim “competência é a faculdade de mobilizar redes de atores em volta das mesmas situações, de compartilhar desafios, de assumir áreas de responsabilidade (Zarifian, 2010, p. 137).

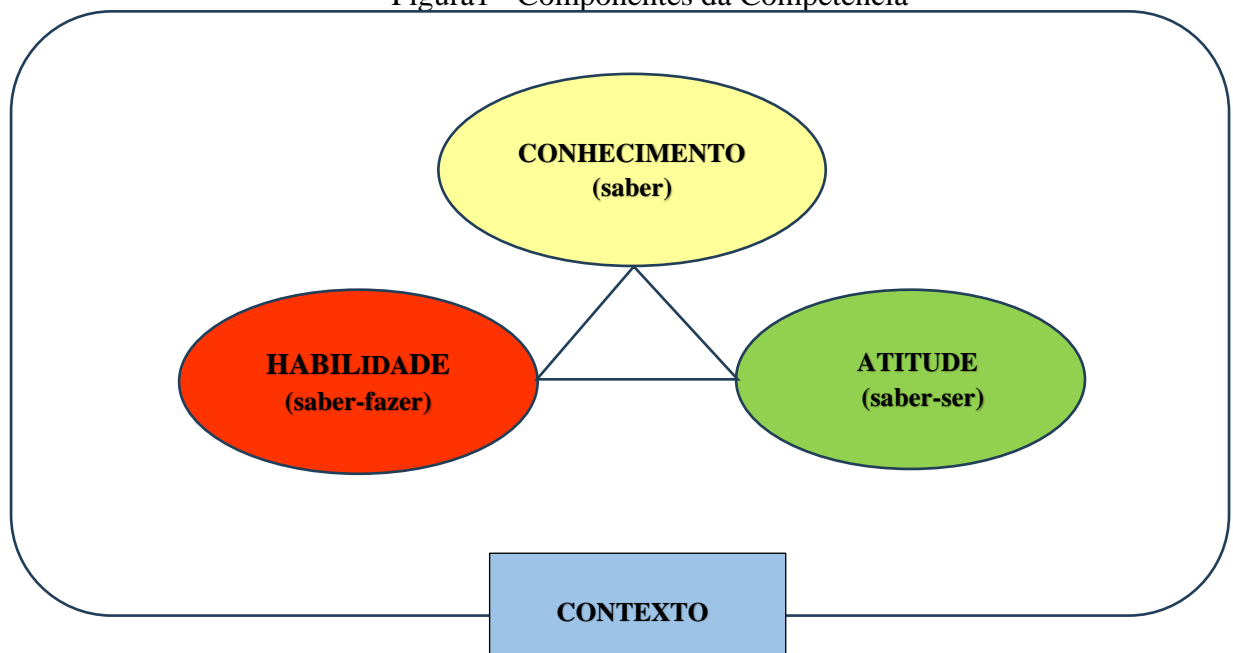


Le Boterf (2003) e Zabala e Arnau (2014) apresentam os componentes da competência, elencadas em três grandes domínios, relacionados aos campos do saber, do saber-ser e do saber-fazer. Nos dois primeiros campos utilizam os termos "conhecimentos" e "atitude" respectivamente e, em relação ao saber-fazer destacam-se as "habilidades", desde as mais básicas até as estratégias mais complexas.

Segundo Le Boterf (2003) a competência não reside nos recursos (saberes, conhecimentos, capacidades, habilidades) a serem mobilizados, mas na própria mobilização desses recursos, para produzir resultados que satisfaçam critérios definidos.

Assim, entende-se que a palavra competência está para além do senso comum, geralmente empregada para designar uma pessoa capaz de executar uma atividade. Para a aplicação da competência é fundamental a mobilização ao mesmo tempo e de forma inter-relacionada dos componentes da tríade – conhecimento, habilidade e atitude no contexto social onde está inserido (Le Boterf, 2003; Zabala; Arnau, 2014).

Figura1 - Componentes da Competência



Fonte: Le Boterf (2003) e Zabala; Arnau (2014), adaptado pela autora.

Logo, ao falar sobre competências é fundamental considerar o contexto como elemento intrínseco, já que somente é possível afirmar que a pessoa é capaz de demonstrar certa competência quando aplica seus conhecimentos, habilidades e atitudes em determinada situação real, resolvendo-a de forma eficaz (Zabala; Arnau, 2014). Neste sentido, considerando que cada situação é única e diferente das demais, mesmo compartilhando alguns elementos, é possível

que tanto na vida cotidiana, quanto profissional o indivíduo demonstre algumas competências em certas situações e não em outras (Zabala; Arnau, 2014).

Como o indivíduo mobiliza suas competências em função dos contextos e das situações experienciadas é fundamental o conhecimento, pois permite que o profissional compreenda os aspectos culturais, sociais, políticos, econômicos e saiba agir e reagir a partir da adoção crítica de informações e conhecimentos relacionados ao ambiente de trabalho (Le Boterf, 2003; Santos; Santos, 2022).

A atuação competente conforme destacado por Zabala e Arnau (2014), é um processo que envolve o emprego de diferentes recursos. Ao considerar como ponto de partida a necessidade de intervir em uma situação única e complexa, em determinado contexto, o enfrentamento da situação de forma eficaz demanda uma série de passos complexos em curto prazo:

- 1- Análise da situação a partir de uma visão que assuma a complexidade, considerando o número de variáveis que participam e as múltiplas relações entre elas. Essa análise permitirá identificar os problemas e as questões que possibilitam enfrentar a situação.
- 2- A partir da informação obtida e identificados os problemas a serem resolvidos é necessário revisar os esquemas de atuação que o indivíduo dispõe e quais são os mais adequados para o enfrentamento da situação. As respostas podem ser diversas, sendo necessário uma revisão de todos os dados extraídos da situação, e assim, a partir deles decidir a forma de atuação mais apropriada.
- 3- Aplicação do esquema de atuação mais apropriado, mas sempre a partir de uma posição estratégica, empregando-o de forma flexível e adequando-o às características específicas da situação real, considerando o novo contexto, sempre diferente daquele em que foi aprendido.
- 4- Para aplicação no contexto real faz-se necessário a mobilização dos componentes da competência (conhecimento, habilidade e atitude) de forma inter-relacionada.

Segundo Le Boterf (2003) o profissional competente é aquele capaz de agir em situações complexas e propõe um perfil, com as principais características esperadas, conforme exposto no Quadro 2:

Quadro 2 - Perfil do profissional

Saber agir e reagir com pertinência	Saber o que fazer; Ir além do prescrito; Escolher na urgência; Arbitrar, negociar, decidir; Encadear ações de acordo com uma finalidade;
Saber combinar recursos e mobilizá-los em um contexto	Saber construir competências a partir de recursos; Saber tirar partido não somente dos seus recursos incorporados (saberes, saber-fazer, qualidades), mas também dos recursos de seu meio;
Saber transpor	Memorizar múltiplas situações e soluções-tipo; Saber distanciar-se, funcionar em dupla direção; Determinar e interpretar indicadores do contexto; Criar condições de transponibilidade com o auxílio de esquemas transferíveis;
Saber aprender e aprender a aprender	Tirar as lições da experiência; Transformar a sua ação em experiência; Saber descrever como se aprende; Agir em circuito duplo de aprendizagem;
Saber envolver-se	Saber envolver sua subjetividade; Saber assumir riscos; Saber empreender; Agir com ética profissional;

Fonte: Le Boterf (2003), adaptado pela autora.

No campo da enfermagem, de acordo com Fukada (2018) a competência é um conceito holístico, geralmente vista como uma complexa integração de conhecimentos, habilidades, valores e atitudes. Para adquirir a competência para a prática em enfermagem, o profissional deve possuir habilidades e traços pessoais necessários para desempenhar suas funções de forma eficaz, integrando múltiplos elementos, incluindo conhecimentos, técnicas, atitudes, pensamento crítico e valores que são exigidos em contextos específicos.

Para Le Boterf (2011), a competência se revela em saber como agir, no aqui e agora, indo além do que está prescrito, quando defrontamos com situações de aparência conhecida, mas de expressão inesperada.

A competência pode ser compreendida como uma habilidade adquirida através da experiência e do aprendizado (Fukada, 2018; Sapeta, 2013).

Sapeta (2013) salienta que o desenvolvimento da competência acontece na progressão da experiência, particularmente, a partir dos recursos incorporados pelo profissional: os saberes (teóricos, do meio, procedimentais), o saber-fazer (formalizados, empíricos, relacionais, cognitivos), as aptidões fisiológicas e emocionais.

O saber fazer experiencial é a habilidade adquirida através do tempo, geralmente, na atuação rotineira e autônoma. Contudo, se for objeto de reflexão sistemática consolida-se e adquire a capacidade de transferibilidade para outros contextos ou experiências, favorecendo a superação do desconhecido através da tomada de decisões e resolução de problemas (Sapeta, 2013).

### 3.2 Atenção Domiciliar (AD)

A assistência à saúde passa por alterações e reformulações, no decorrer do tempo, visando melhor adaptação às necessidades das pessoas e neste movimento a assistência desenvolvida no domicílio perpassa momentos históricos da humanidade. A AD, constitui neste sentido, uma prática antiga que foi substituída pelo modelo hospitalocêntrico, porém (res)surgiu como uma forma de personalização e humanização da prática assistencial (Lacerda; Oliniski; Giacomozzi, 2004).

No Brasil, a primeira experiência de abordagem domiciliar profissional foi o Serviço de Assistência Médica Domiciliar de Urgência, vinculado ao Ministério do Trabalho, fundado em 1949 e incorporado ao Instituto Nacional de Previdência Social em 1967 (Rehem; Trad, 2005). Contudo, no setor público a implantação da AD como uma atividade planejada iniciou-se com o Serviço de Assistência Domiciliar do Hospital do Servidor Público Estadual de São Paulo em 1963 (Rehem; Trad, 2005). A partir de então, foram criados outros serviços, públicos e privados, em moldes diferenciados de acordo com as necessidades da clientela (Fabrício *et al.*, 2004). No entanto, a expansão da AD no país ocorreu especialmente, a partir da década de 1990, com a criação do SUS (Braga *et al.*, 2016).

O processo de consolidação e incorporação da AD no SUS está ancorado em diversas normatizações deliberadas ao longo dos anos, sendo a primeira publicada em 1998 (Rajão; Martins, 2020). Dentre as legislações nacionais da AD, destacam-se as apresentadas abaixo (Quadro 3):

Quadro 3 - Legislação Brasileira sobre Serviços de Atenção Domiciliar

(Continua)

MARCO NORMATIVO	DATA	DEFINIÇÃO
Portaria 2.416	23 de março de 1998	Estabelece requisitos para credenciamento de hospitais e critérios para a realização de Internação Domiciliar no SUS (Brasil, 1998).
Portaria 1.531	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 10.424	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).

Quadro 3 - Legislação Brasileira sobre Serviços de Atenção Domiciliar

(Continuação)

MARCO NORMATIVO	DATA	DEFINIÇÃO
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 n° 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 2.529 (revogada pela portaria 2029)	19 de outubro de 2006	Estabelece a internação domiciliar no Sistema Único de Saúde (Brasil, 2006b).
Portaria 2.029	24 de agosto de 2011	Institui a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (Brasil, 2011a).
Portaria 2.527 (revogada pela portaria 963)	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 1.533	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 1.505 (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, 2014).
Portaria 825	25 de abril de 2016	Redefine a Atenção Domiciliar (AD) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e atualiza as equipes habilitadas (Brasil, 2016a).
Portaria de consolidação n° 1	28 de setembro de 2017	Consolidação das normas sobre os direitos e deveres dos usuários da saúde, a organização e o funcionamento do Sistema Único de Saúde - Artigo 307 (Brasil, 2017a).
Portaria de consolidação n° 5	28 de setembro de 2017	Redefine a Atenção Domiciliar (AD) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e atualiza as equipes habilitadas – Artigos 531 a 564 (Brasil, 2017a).

Quadro 3 - Legislação Brasileira sobre Serviços de Atenção Domiciliar  
(Conclusão)

MARCO NORMATIVO	DATA	DEFINIÇÃO
Portaria 3890	27 de dezembro de 2017	Habilita Equipes Multiprofissionais de Atenção Domiciliar (EMAD) e Equipes Multiprofissionais de Apoio (EMAP) e estabelece recursos do Bloco de Atenção de Média e Alta Complexidade a serem incorporados ao Limite Financeiro de Média e Alta Complexidade do Estado de Minas Gerais e Município de Belo Horizonte (Brasil, 2017b)
Portaria 123	20 de janeiro de 2020	Estabelece a suspensão temporária da transferência a Estados e Municípios, de recursos incluídos no Bloco de Atenção de Média e Alta Complexidade (MAC), destinados ao custeio de Equipes Multiprofissionais de Atenção Domiciliar e Equipes Multiprofissionais de Apoio (Programa Melhor em Casa) (Brasil, 2020b).

Fonte: Andrade (2017), adaptado pela autora.

A primeira legislação direcionada a organização dos serviços de saúde prestados no domicílio foi publicada em 1998 por meio da Portaria nº 2416 que definiu os requisitos para credenciamento de hospitais e critérios para realização de internação domiciliar no SUS (Brasil, 1998). Marcos normativos, dentre leis e portarias foram estabelecidos e alterados com o avanço da AD, sendo instituída como Política Nacional no âmbito do SUS somente em 2011, por meio da Portaria nº 2.029 (Brasil, 2011a). Neste mesmo ano, em 08 de novembro, o governo federal lançou o Programa Melhor em Casa, que incorporou a AD como um dos componentes das RUE (Rajão; Martins, 2020).

Na sequência, novas portarias para redefinição da AD no âmbito do SUS foram lançadas e revogadas, culminando com a Portaria nº 825, de 25 de abril de 2016 (Brasil, 2016a). Após algumas alterações na legislação, a Portaria nº 825 foi absorvida pela Portaria de Consolidação nº 5, de 28/09/2017, nos artigos 531 a 564, a qual segue vigente até os dias atuais (Brasil, 2017a)

A AD, de acordo com o Ministério da Saúde (MS) constitui uma modalidade de atenção à saúde, que envolve ações de promoção, prevenção, tratamento, reabilitação e palição em domicílio de forma integrada às Redes de Atenção à Saúde (RAS), garantindo continuidade de cuidados (Brasil, 2016a).

Esta modalidade favorece a desinstitucionalização de pacientes em internação hospitalar, a redução de hospitalizações a partir de serviços de pronto-atendimento e apoio as equipes de atenção básica no cuidado aos que necessitam, e se beneficiam de atenção à saúde prestada no domicílio, de acordo com os princípios do SUS (Brasil, 2012c).

Assim sendo, é indicada para pessoas que apresentam estabilidade clínica e que estejam restritas ao lar ou leito de forma temporária ou definitiva ou em grau de vulnerabilidade, na qual a AD é considerada a oferta mais oportuna (Brasil, 2016a).

Torna-se relevante destacar que a assistência à saúde no domicílio é classificada, conceitualmente, em quatro modalidades: atenção domiciliar, atendimento domiciliar, visita domiciliar e internação domiciliar (Lacerda *et al.*, 2006). Nas publicações nacionais e internacionais, os conceitos variam entre autores, e as distinções além de conceituais estão relacionadas também a organização do cuidado domiciliar (Lacerda *et al.*, 2006; Rajão; Martins, 2020). Contudo, nota-se que, apesar das variações, as modalidades conceituadas apresentam uma interdependência e complementariedade de ações (Lacerda *et al.*, 2006).

Nesta perspectiva, de acordo com Lacerda *et al.* (2006) a nomenclatura, atenção domiciliar, é a modalidade de maior amplitude dentre as demais e designa a organização do sistema e das práticas de saúde, que abrange o atendimento, a visita e a internação domiciliar. O atendimento domiciliar, conhecido na literatura internacional como home care é denominado também de assistência domiciliar ou cuidado domiciliar. A visita domiciliar é, por sua vez, o conceito mais difundido nas práticas de saúde na comunidade e no sistema de saúde brasileiro. Nesta ação os profissionais têm a oportunidade de captar a realidade dos indivíduos assistidos, reconhecendo seus problemas e suas necessidades de saúde. Já a internação domiciliar é a modalidade que utiliza das tecnologias duras em saúde, relacionada com a prestação de serviços de média e alta complexidade (Lacerda *et al.*, 2006).

Na prática, as conceituações descritas por Lacerda *et al.* (2006), são frequentemente empregadas como sinônimas e cabe salientar que o atendimento domiciliar, visita domiciliar e internação domiciliar possibilitam a implementação e a realização da AD (Andrade, 2017).

A assistência domiciliar desenvolvida com responsabilidade e competência, baseada na realidade de cada indivíduo beneficia o paciente e sua família, proporcionando um cuidado individualizado. Ademais, nesta modalidade o profissional que integra a equipe de AD, além de proporcionar cuidados tem a oportunidade de realizar ações de educação direcionadas aos cuidadores e/ou familiares, facilitando o desenvolvimento de aptidão e segurança para continuidade do cuidado domiciliar (Fabrício *et al.* 2004).

De acordo com Silva *et al.* (2017), a AD além de favorecer a recuperação, autonomia e qualidade de vida do usuário, proporciona vínculo com a família/equipe e contribui para a superação das barreiras de acesso a outros pontos da RAS.

A efetivação da AD ao nível da RUE está vinculada a atuação do SAD, responsável por cuidados complementares aos realizados na atenção básica e serviços de urgência e substitutos

ou complementares à internação hospitalar. O SAD também responde pelo gerenciamento e operacionalização das equipes que compõem o serviço - Equipe Multiprofissional de Atenção Domiciliar (EMAD) e Equipe Multiprofissional de Apoio (EMAP) (Brasil, 2011a).

A EMAD deve ser composta por enfermeiros, médicos, auxiliares ou técnicos de enfermagem, assistente social ou fisioterapeuta, enquanto a EMAP deverá ter no mínimo 3 profissionais escolhidos entre as categorias: fonoaudiólogo, nutricionista, psicólogo, terapeuta ocupacional, fisioterapeuta, assistente social, farmacêutico ou dentista (Brasil, 2016a).

A AD no âmbito do SUS é organizada em três modalidades – AD1, AD2 e AD3. A modalidade está vinculada as necessidades de cuidados específicos e singulares a cada caso, a periodicidade indicada para as avaliações, a intensidade do cuidado multiprofissional e uso de equipamentos necessários (Brasil, 2016a). O Quadro 4 apresenta as modalidades de AD, o perfil do usuário, a permanência/vínculo, bem como a periodicidade das avaliações (Brasil, 2016a).

Quadro 4 - Perfis de elegibilidade para a AD

<b>Equipe responsável pelo cuidado</b>	<b>Modalidade</b>	<b>Perfil do usuário</b>	<b>Permanência/vínculo</b>	<b>Periodicidade das avaliações</b>
<b>Equipes de Atenção Primária</b>	<b>AD1</b>	Crônico, restrito ao leito ou ao lar, estável, com pouca demanda por procedimentos complexos/equipamentos.	Longa, habitualmente definitivo.	De acordo com a necessidade do usuário, mensal ou prazo maior.
<b>Serviços de Atenção Domiciliar (EMAD e EMAP)</b>	<b>AD2</b>	Agudo; crônico agudizado, geralmente restrito ao leito.	Curta, transitório.	De acordo com a necessidade do usuário, no mínimo semanal ou prazo menor, podendo ser diária.
	<b>AD3</b>	Crônico complexo, com maior uso de tecnologia e maior necessidade de visitas multiprofissionais.	Longa, transitório ou definitivo.	De acordo com a necessidade do usuário, semanal ou prazo menor, podendo ser diária.

Fonte: Brasil (2016a), adaptado pela autora

A modalidade AD1 destina-se ao usuário que, tendo indicação de AD, demanda cuidados com menor frequência e com menor necessidade de intervenções multiprofissionais. A assistência nessa modalidade é responsabilidade das equipes de atenção primária, por meio de acompanhamento regular em domicílio, de acordo com a especificidade de cada caso. Os Núcleos de Apoio à Saúde da Família, ambulatórios de especialidades e centros de reabilitação



devem apoiar as equipes de atenção primária na execução de ações na modalidade AD1 (Brasil, 2016a).

São considerados elegíveis para a modalidade AD2, aqueles que necessitam de cuidados intensificados e sequenciais, como nos casos de doenças agudas ou crônicas agudizadas com indicação de tratamento parenteral ou reabilitação, necessidade de cuidados paliativos com objetivo de controlar a dor e sofrimento do usuário ou prematuridade e baixo peso em bebês para acompanhamento de ganho ponderal (Brasil, 2016a).

A modalidade AD3 é destinada aos usuários que apresentam situações semelhantes aos classificados como AD2, mas que demandam ainda o uso de equipamentos ou procedimentos de maior complexidade como: ventilação mecânica, paracentese, nutrição parenteral e hemotransfusão. Usualmente, necessitam de cuidados multiprofissionais mais frequentes e permanecem em períodos maiores de acompanhamento domiciliar (Brasil, 2016a).

O SAD é responsável pela assistência nas modalidades AD2 e AD3, com atendimento da EMAD no mínimo uma vez por semana, sendo essa equipe responsável por acionar a EMAP, que atua oferecendo suporte, complementando as ações da EMAD (Brasil, 2016a).

O trabalho na AD é permeado por diversidade de ações e de complexidades variadas, associadas à condição de saúde do usuário, suporte familiar, atuação do cuidador, condições ambientais do domicílio e vinculação com a RAS (Andrade *et al.*, 2017).

Dessa forma, é necessário considerar que a AD constitui uma intervenção em saúde que demanda atenção profissional qualificada, pois reconhece-se que este tipo de cuidado exige mobilização de competências específicas 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 (Andrade *et al.*, 2017).

## 4 PERCURSO METODOLÓGICO

### 4.1 Caracterização da pesquisa

Trata-se de uma pesquisa de abordagem qualitativa. Segundo Minayo (2014) essa abordagem de pesquisa permite apreender sobre a realidade das ações humanas, bem como fornece uma análise detalhada do contexto social estudado.

A abordagem 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 (Minayo 2012). Por meio dessa abordagem, pretende-se apreender o significado subjetivo das questões a partir da vivência dos participantes (Flick, 2013; Turato, 2005).

Para esta pesquisa foi utilizado como delineamento metodológico o estudo de caso. Yin (2015), define o estudo de caso como uma investigação empírica de um fenômeno contemporâneo em profundidade e em seu contexto de mundo real, especialmente quando os limites entre o fenômeno e contexto são pouco evidentes. Atribui-lhe o objetivo de explorar, descrever e explicar o evento ou fornecer uma compreensão profunda do fenômeno.

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 (Yin, 2015).

Em investigações com delineamento de estudo de caso, 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 vasto e exaustivo de um ou poucos objetos, permitindo conhecimento detalhado e amplo. Esse método contribui expressivamente para esclarecer fenômenos que ocorrem em situações muito complexas e não possibilitam utilizar outros delineamentos (Yin, 2015).

Um estudo de caso permite que o pesquisador foque em um "caso", que tenha manifestação concreta e retenha uma perspectiva holística e do mundo real (Yin, 2015).

Nesse sentido, propõe-se como caso de estudo as competências mobilizadas pelos enfermeiros na atuação na AD, tendo como unidade de caso, o SAD do município de Belo Horizonte.

## 4.2 Cenário do estudo

O campo de pesquisa refere-se a um recorte definido pelo pesquisador que deve representar a realidade empírica a ser estudada. Assim, o cenário de pesquisa corresponde a um lugar ocupado por pessoas e grupos que tenha relação com o objeto de pesquisa (Minayo, 1994).

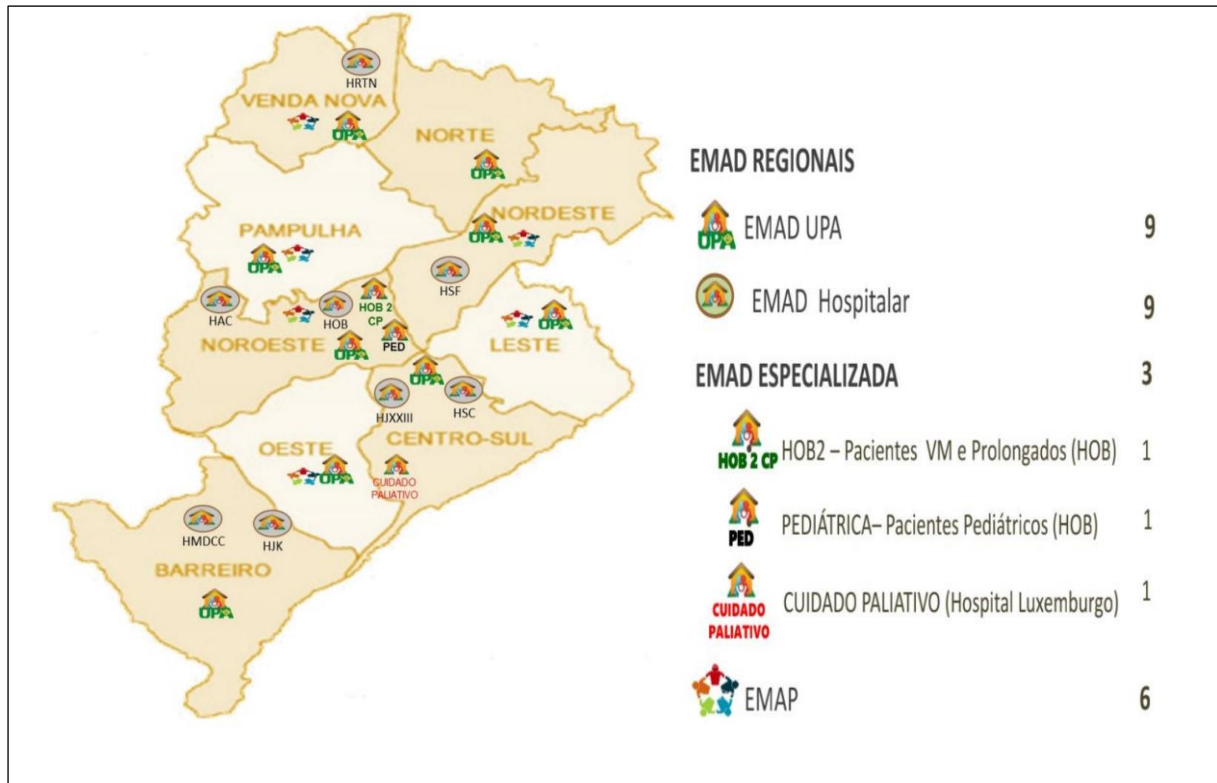
O cenário definido para este estudo foi o SAD/SUS, localizado no município de Belo Horizonte. A escolha ocorreu de forma intencional considerando o porte populacional, a história de implantação do SAD, um dos primeiros no Brasil, e a aproximação das pesquisadoras.

De acordo com os resultados preliminares do Censo demográfico do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2022), a população da capital de Minas Gerais chegou a 2.315.560 pessoas em 2022. Os dados do Censo também mostraram que no ranking de população dos municípios, Belo Horizonte, ocupa a terceira posição na região sudeste e a sexta no Brasil (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2022).

A história da AD no SUS-BH teve início em 2002, com a implantação da primeira equipe no Hospital Municipal Odilon Behrens (HOB), com o objetivo de desospitalizar, principalmente, pacientes portadores de lesões de pele advindos de internação prolongada dessa instituição (Silva *et.al.*, 2010; Belo Horizonte, 2023a). Ao longo dos anos, novas equipes foram criadas, vinculadas à Secretaria Municipal de Saúde (SMSA) de Belo Horizonte com o intuito de ampliar o acesso de forma regionalizada e otimizar o cuidado continuado na rede (Belo Horizonte, 2023a). A última expansão do SAD na capital ocorreu em 2018, regulamentada pela Portaria Nº 3890, de 27 de dezembro de 2017 que habilitou a criação de novas EMAD e EMAP no estado de Minas Gerais (Brasil, 2017b).

Atualmente, o SAD-BH é responsável pelo gerenciamento e operacionalização de 21 EMAD e 6 EMAP, atuando de forma regionalizada, sendo referência em atenção domiciliar para a população adscrita a uma base territorial. Entre as 21 EMAD, três equipes são especializadas: cuidado paliativo, pediatria e cuidados prolongados/ventilação mecânica (Belo Horizonte, 2023a). O SAD-BH está sob a coordenação da Gerência de Urgência (GEUG).

Figura 2 - Área de abrangência e lotação EMAD/EMAP



Fonte: Belo Horizonte, (2023b)

O município de Belo Horizonte é dividido em nove regionais (Venda Nova, Norte, Nordeste, Pampulha, Noroeste, Leste, Oeste, Centro-Sul e Barreiro) e cada uma delas possui no território uma UPA de referência, que funciona também como base de trabalho para 9 EMAD e as 6 EMAP. O município possui ainda 12 EMAD com base de trabalho em hospitais públicos parceiros da SMSA. Destas, 1 atua exclusivamente na desospitalização (regional centro sul), e as demais realizam a desospitalização e assistência domiciliar. Cada EMAD é referência para um conjunto de Unidades Básicas de Saúde (UBS) de uma mesma regional do município e configuram o elo para a transferência responsável e continuidade do cuidado entre os níveis de atenção à saúde da rede SUS-BH (Belo Horizonte, 2023a).

#### 4.3 Participantes da pesquisa

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 (Minayo, 2012). Assim, para uma amostra que alcance as múltiplas dimensões do objeto de estudo, deve ser levado em consideração quem são os indivíduos sociais que têm maior vinculação com o cenário e o problema de pesquisa (Minayo, 2017).

No SAD/SUS-BH, a equipe de enfermeiros assistenciais é composta, atualmente, por 52 profissionais, sendo: 8 enfermeiros feristas, 2 enfermeiros de referência para a EMAD COVID e os demais 42 enfermeiros alocados em UPA e hospitais de referência do município.

A definição dos participantes da pesquisa foi realizada levando em consideração as particularidades das EMAD regionais, hospitalares e especializadas, em relação ao perfil de atendimento e rotina de trabalho dos enfermeiros. No intuito de abranger todas as regionais e a diversidade de equipes a amostra foi composta por um enfermeiro de cada equipe regional, incluindo profissionais com base de trabalho em UPA e hospital. Foram incluídos também um enfermeiro de cada uma das equipes especializadas. A escolha dos participantes ocorreu de forma aleatória.

Foram excluídos da pesquisa enfermeiros com tempo de experiência inferior a seis meses no SAD/SUS-BH, aqueles que encontravam-se em fase de treinamento ou férias no período de coleta de dados, os enfermeiros da EMAD alocada em hospital que atua exclusivamente na desospitalização e os enfermeiros da EMAD COVID.

Totalizaram-se 12 participantes neste estudo, sendo 1 homem e 11 mulheres.

#### **4.4 Coleta de dados**

Um dos princípios do estudo de caso é o emprego de múltiplas fontes de informação e triangulação de evidências, o que contribui para reforçar a validade e confiabilidade do estudo (Yin, 2015). Assim, para esta pesquisa foram empregados como fontes de evidências a análise documental, entrevistas individuais com foco em competências e grupo focal.

Como etapa inicial para a coleta de dados, a análise documental teve como objetivo o levantamento de evidências acerca da temática do estudo publicadas em documentos que regulamentam o SAD e dispõem sobre o exercício profissional do enfermeiro.

A seleção dos documentos foi realizada a partir de uma busca em arquivos digitais do MS, Prefeitura Municipal de Belo Horizonte e Conselho Federal de Enfermagem (COFEN), no intuito de identificar por meio das palavras *competências, enfermeiro, enfermagem domiciliar, atenção domiciliar e serviço de atenção domiciliar* elementos que contribuíssem para a investigação do objeto de estudo.

Foram selecionados 7 documentos, conforme apresentado no Quadro 5, sendo 3 publicações do MS, 2 resoluções do COFEN e 2 publicações da Prefeitura Municipal de Belo Horizonte.

Quadro 5 - Documentos selecionados para análise

<b>Identificação do documento</b>	<b>Fonte</b>	<b>Data de publicação</b>
Caderno de Atenção Domiciliar - V.1	Ministério da Saúde	2012
Caderno de Atenção Domiciliar - V.2	Ministério da Saúde	2013c
Atenção Domiciliar na Atenção Primária à Saúde	Ministério da Saúde	2020a
Resolução nº 270	Conselho Federal de Enfermagem	2002
Resolução nº 464	Conselho Federal de Enfermagem	2014
Manual de Enfermagem - APS	Prefeitura Municipal de Belo Horizonte	2016
Guia de Diretrizes da Atenção Domiciliar	Prefeitura Municipal de Belo Horizonte	2023

Fonte: Elaborado pela autora.

Para os estudos que utilizam documentos, após a etapa de levantamento, a organização e interpretação, são os passos subsequentes a serem seguidos pelo pesquisador (Pimentel, 2001). Logo, os documentos selecionados foram organizados a fim de sintetizar as informações obtidas, considerando o conteúdo e as observações da pesquisadora referente a registros sobre competências do enfermeiro para atuação no atendimento domiciliar. Para esta etapa foi criada uma ficha de leitura, contendo: identificação, fonte, data e autor do documento, além de um resumo sobre o conteúdo do material e as observações da pesquisadora referente a abordagem da temática de estudo (Apêndice A)

O segundo momento da coleta de dados consistiu na realização de entrevista individual, principal fonte de dados desta pesquisa. De acordo com Yin (2015), a entrevista é uma fonte essencial de evidência do estudo de caso porque versa sobre assuntos humanos ou ações comportamentais, destacando ainda que entrevistados bem-informados podem proporcionar *insights* importantes sobre as ações investigadas.

As entrevistas foram orientadas por um roteiro semiestruturado (Apêndice B), com foco em competências, conforme proposto por Rabaglio (2015). Essa ferramenta busca identificar

competências desenvolvidas no repertório comportamental do indivíduo. O roteiro de entrevista foi formulado contemplando as seguintes características: perguntas abertas, investigando competências específicas; perguntas com verbos de ação investigando situações vividas pelo entrevistado, cujas respostas envolvam contexto, ação e resultado (Rabaglio, 2015).

A parte inicial do roteiro foi composto por informações com a finalidade de descrever o perfil dos participantes. A primeira pergunta do roteiro foi direcionada a compreensão das competências consideradas fundamentais para a atuação do enfermeiro na AD. A segunda pergunta teve como princípio norteador o rol de competências apresentado na publicação de Rusli *et al.*, (2021), e no intuito de favorecer a participação do entrevistado foi apresentado um quadro com as competências do enfermeiro para atuação na atenção domiciliar (Apêndice C). A terceira pergunta foi elaborada, abordando situações em que se fez necessária a competência investigada.

Foi realizada uma entrevista piloto, na modalidade online, com uma enfermeira que possui experiência em AD, atuante no SAD do município de Juiz de Fora. A entrevista foi conduzida empregando o roteiro de entrevista com foco em competências elaborado para a pesquisa (Apêndice B). Previamente, à entrevista foi apresentado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice D) com a leitura feita pela pesquisadora, no intuito de avaliar a compreensão sobre ele. A entrevista piloto objetivou verificar a interpretação e compreensão do instrumento de coleta de dados, além da verificação da necessidade de alteração e inclusão de perguntas no roteiro. As considerações realizadas pela participante, ao término da entrevista piloto, tanto em relação ao TCLE, quanto ao roteiro de entrevista não indicaram demandas para alterações na estrutura destes. A entrevista piloto foi gravada para favorecer a análise e ajustes caso fossem necessários. Posteriormente, foi descartada e os resultados não foram incluídos neste estudo.

Para a entrada em campo e início da coleta de dados, realizou-se contato com a coordenação do SAD/SUS-BH que apresentou ciência do projeto de pesquisa, uma vez que ele já havia passado pela apreciação institucional das gerências responsáveis pela temática, procedimento necessário, para a liberação do termo de anuência institucional. Por meio deste contato foram estabelecidas as estratégias para aproximação da pesquisadora junto ao cenário de estudo e participantes da pesquisa com a liberação, pela coordenação de uma listagem contendo o nome e contato telefônico pessoal dos enfermeiros de cada uma das EMAD, incluindo informações referentes aos períodos de agendamento de férias e turno de trabalho. O primeiro contato da pesquisadora com o enfermeiro a ser entrevistado foi realizado via chamada telefônica.

Neste momento foram apresentados e esclarecidos os objetivos do estudo e, diante do aceite para a participação, a entrevista foi agendada de acordo com a disponibilidade do participante. As entrevistas foram agendadas conforme sequência da listagem oferecida pela coordenação do SAD-BH. Os enfermeiros mostraram-se receptivos ao contato telefônico e não houve recusa quanto a participação nesta etapa da coleta de dados.

A coleta de dados por meio das entrevistas ocorreu no período de março de 2023 a maio de 2023 e foram realizadas pessoalmente pela pesquisadora, no local de trabalho - UPA ou hospital - conforme lotação na EMAD/participante. O encontro com o entrevistado ocorreu no turno de trabalho habitual, sendo a entrevista conduzida em área definida pelo participante.

No momento da entrevista, a pesquisadora buscou estabelecer vínculo e confiança com o entrevistado através do esclarecimento sobre a pesquisa, confirmação do aceite para a participação e gravação de áudio. Foi entregue, em duas vias, o TCLE (Apêndice D) para leitura e esclarecimento das possíveis dúvidas. Os enfermeiros foram comunicados nesta ocasião que seriam contactados posteriormente, para a participação no grupo focal, conforme disponibilidade.

Foram entrevistados 12 enfermeiros do SAD-BH. O tempo de duração das entrevistas variou de 26 minutos e 8 segundos a 1 hora, 43 minutos e 32 segundos, totalizando 8 horas, 4 minutos e 2 segundos de áudio que foram transcritos na íntegra.

Os nomes dos participantes foram substituídos por códigos, empregando a letra E seguida de número correspondente a sequência das entrevistas (E1 até E12), no intuito de garantir o anonimato, privacidade e sigilo em relação às informações e declarações prestadas verbalmente.

A caracterização dos participantes, apresentada no Quadro 6, permite identificar a base de lotação e turno de trabalho, tempo de formação acadêmica e tempo de atuação no SAD, qualificação em AD, demais vínculos trabalhistas e, ainda, a data da coleta de dados e o tempo de duração das entrevistas.



Quadro 6 - Caracterização dos participantes

Código	Base de lotação	Turno de trabalho	Tempo de formação acadêmica	Cursos complementares em AD	Tempo de atuação no SAD	Outros vínculos trabalhistas	Data da coleta	Tempo de áudio
E1	UPA	Tarde	10 anos	Pós-graduação em AD	9 anos	Sim	30/03/23	0:26:08
E2	UPA	Manhã	19 anos	Pós-graduação em AD Capacitações UNA-SUS	15 anos	Não	05/04/23	0:27:27
E3	Hospital	Manhã	12 anos	Capacitações UNA-SUS Especialização em cuidados paliativos	5 anos	Sim	11/04/23	01:43:32
E4	Hospital	Manhã	15 anos	Capacitações UNA-SUS	10 anos	Sim	18/04/23	0:49:26
E5	Hospital	Tarde	12 anos	Não possui	1 ano	Sim	18/04/23	0:23:46
E6	Hospital	Tarde	16 anos	Pós-graduação/ UNA-SUS	11 anos	Sim	19/04/23	0:52:15
E7	UPA	Manhã	15 anos	Pós-graduações urgência/emergência, cuidados paliativos Capacitações UNA-SUS	6 anos	Sim	26/04/23	0:37:19
E8	Hospital	Tarde	19 anos	Pós-graduação cuidados paliativos	2 anos	Sim	26/04/23	0:29:23
E9	UPA	Tarde	10 anos	Pós-Graduação em estomaterapia	2 anos	Não	05/05/23	0:41:40
E10	UPA	Manhã	19 anos	Atualizações em AD, curativos e cuidados paliativos.	5 anos	Sim	10/05/23	0:33:45
E11	Hospital	Tarde	19 anos	Capacitações UNA-SUS	12 anos	Não	10/05/23	0:57:34
E12	UPA	Tarde	20 anos	Pós-Graduações em estomaterapia, urgência/emergência	10 anos	Sim	11/05/23	0:27:24
<b>Total:</b>								8:04:02

Fonte: Elaborado pela autora.

A transcrição das entrevistas foi realizada na íntegra pela pesquisadora, com auxílio do Programa InqScribe®, produzindo um banco de dados textual. A fim de buscar uma transcrição fiel à fala dos entrevistados, foi realizada na sequência audição concomitante a leitura do material. Para esta etapa foram dispensados 97 horas de trabalho, gerando 107 páginas de texto em Word, com formatação padrão A4, Times New Roman, espaço simples.

Foi oportuna a transcrição anterior a realização da próxima etapa para a coleta de dados. Os contatos recorrentes com o material em áudio e texto, favoreceram *insights* importantes, contribuindo para o planejamento do grupo focal, construção do roteiro (Apêndice E) com espaço para aprofundamento na discussão daquelas competências que foram menos expressivas nas entrevistas e ajustes no material referente ao rol competências do enfermeiro para atuação na atenção domiciliar (Apêndice F).

A técnica do grupo focal corresponde a um encontro para aprofundamento de algum tema para a qual a lente do pesquisador está direcionada. Assim, com o uso da técnica pretende-se mapear consensos e dissensos mediante a interação do grupo, compartilhamento de ideias e reflexões, permitindo o aprofundamento do tema (Minayo; Costa, 2018). Neste estudo, o grupo focal foi empregado com o objetivo de complementar as entrevistas individuais e validar juntos aos participantes o rol de competências do enfermeiro para a atuação na AD.

Optou-se pela realização de dois encontros, em turnos diferentes, a fim de favorecer a participação dos enfermeiros. Além de contribuir, tanto em termos de moderação do grupo quanto em relação a transcrição literal e análise, visto que, conforme destacado por Barbour (2009), considerando estas etapas, o máximo de 8 participantes por grupo é o ideal.

O primeiro grupo focal ocorreu em junho e o segundo em julho de 2023 e foram realizados em local definido pela pesquisadora. A escolha do espaço foi realizada de forma cuidadosa, com o propósito de favorecer o acesso dos participantes, assegurar a privacidade e conforto, facilitar a interação e discussão entre os participantes.

O convite para participação no grupo focal foi encaminhado, com uma semana de antecedência, via telefone, para as 12 enfermeiras que participaram da entrevista. Na véspera do encontro de cada grupo focal, foi enviado mensagem, no sentido de estimular a presença de cada enfermeira.

Os grupos focais foram conduzidos pela pesquisadora como moderadora e contou também com a participação de um observador. Segundo Gatti (2012) a função do moderador inclui, entre outras ações, nortear o grupo acerca do tema em estudo com o emprego de um roteiro flexível, realizar intervenções que facilitem a interação entre os participantes, contudo, não deve se posicionar, fazer sínteses, propor ideias ou inquirir diretamente os participantes. O

observador colaborou com o controle do tempo, registros da dinâmica grupal e ajustes dos equipamentos de gravação.

Na abertura dos grupos focais, a pesquisadora procurou estabelecer com os participantes um ambiente amistoso, estimulando a participação e interação no grupo. Foram esclarecidos os objetivos desta nova etapa de coleta de dados, seguida de breve apresentação dos participantes. O TCLE (Apêndice G) foi entregue para leitura e confirmação do aceite para a participação, bem como a gravação de áudio com assinatura do participante em duas vias. Os participantes receberam o compilado do rol de competências do enfermeiro para atuação na atenção domiciliar (Apêndice F), produzido a partir das entrevistas individuais e utilizado como material de apoio na condução das discussões, seguindo o roteiro proposto (Apêndice E).

No início da exposição verbal de cada participante, a pesquisadora criou um código, para substituir o nome, garantindo o anonimato, privacidade e sigilo em relação às informações verbalizadas. Visando a identificação e transcrição fidedigna da fala de acordo com o participante foi registrado o início da fala e o código previamente definido. Empregou-se a letra E seguida de número correspondente a sequência inicial das falas e GF acompanhado do número 1 ou 2 de acordo com o grupo focal ao qual o enfermeiro participou.

Das 12 enfermeiras entrevistadas, 11 participaram dos grupos focais, sendo 5 no primeiro grupo e 6 no segundo. As gravações de áudio totalizaram 3 horas, 59 minutos e 30 segundos, e foram transcritas na íntegra pela pesquisadora, utilizando padrão idêntico ao empregado para a transcrição das entrevistas: formatação padrão A4, Times New Roman, espaço simples. O Programa InqScribe® foi empregado a fim de auxiliar nas transcrições que geraram um banco de dados textual em Word composto por 65 páginas. Para a conclusão das transcrições dos grupos focais foram necessários em média 50 horas de trabalho.

Quadro 7 - Dados dos Grupos Focais

<b>Data de realização do Grupo Focal (GF)</b>	<b>Tempo de áudio</b>	<b>Participantes (códigos)</b>
GF1: 23/06/2023	2:12:32	E1-GF1; E2-GF1; E3-GF1; E4-GF1; E5-GF1;
GF2: 04/07/2023	1:46:58	E6-GF2; E7-GF2; E8-GF2; E9-GF2; E10-GF2; E11-GF2;
<b>Total:</b>	3:59:30	11 enfermeiros

Fonte: Elaborado pela autora.

Para a análise de conversação, é necessário que as transcrições sejam produzidas de acordo com um conjunto de convenções, utilizando uma série de símbolos para indicar características da conversa (Barbour, 2009).

Assim, foram adotados para transcrição das falas gravadas nas entrevistas e grupos focais os códigos propostos por Marcuschi (1991), apresentados no Quadro 8.

Quadro 8 - Codificação adotada para transcrição das entrevistas e grupos focais

<b>Categoria</b>	<b>Sinais</b>	<b>Descrição</b>	<b>Exemplificação</b>
Pausas e silêncios	(+) ou (1,8), (2,5)	Para pausas pequenas sugere-se um sinal + para cada 0.5 segundo. Pausas em mais de 1.5 segundo cronometradas, indica-se o tempo.	(+) eu ia falar uma outra coisa, só que eu esqueci. Perdi aqui... vou lembrar...
Dúvidas e sobreposições	( )	Quando não se entende uma parte da fala. Escrever a expressão incompreensível entre parênteses ou escrever o que se supõe ter ouvido	Se você, respalda em (incompreensível) essa é a segurança da equipe. Então, se o lugar não é seguro, aquele atendimento não é seguro, as condições não são seguras, já é um critério de inelegibilidade pro serviço.
Ênfase ou acento forte	MAIÚSCULA	Sílaba ou palavras pronunciadas com ênfase ou acento mais forte que o habitual.	PLANEJAR é tudo, de fato!
Alongamento de vogal	::	Dependendo da duração os dois pontos podem ser repetidos	Desafiante::!
Silabação	-----	Quando uma palavra é pronunciada silabadamente, usam-se hifens indicando a ocorrência.	Terapeuta ocupacional é m-a-r-a-vi-l-h-o-s-o. Mas, nós temos dois no município. Então, assim, a gente tem que pensar até nisso, quem precisa mais, quem precisa menos.
Pausa preenchida, hesitação ou sinais de atenção	“eh”, “ah”, “oh”, “ih”, “ahã”	Empregadas como preenchimento para a fala.	Ah, eu acho que o conhecimento é a base mesmo.

Fonte: Marcuschi (1991), adaptado pela autora.

O uso de reticências entre colchetes [...] também foi empregado para indicar recortes dentro do mesmo discurso.

#### 4.5 Análise dos dados

O estudo de caso emprega várias fontes de informação e por meio da triangulação as descobertas são sustentadas por mais de uma fonte de evidência (Yin, 2015). Neste estudo, a análise foi realizada a partir dos dados resultantes da análise documental, das entrevistas individuais e grupos focais.

A análise dos dados foi orientada pela proposta da Análise de Discurso Crítica (ADC) de Norman Fairclough (2001). Na perspectiva do autor o evento discursivo é composto por três dimensões a serem examinadas, concomitantemente, como um texto (análise linguística), uma prática discursiva (análise da produção e interpretação textual) e uma prática social (análise das circunstâncias institucionais e organizacionais do evento comunicativo). Assim, a partir da característica tridimensional proposta pelo teórico, considera-se que o discurso está para além de uma representação dos fatos humanos, compreendendo-o enquanto prática social que constrói e desconstrói materialidades, difunde ideologias e manifesta interesses, posicionamentos e relações (Fairclough, 2001).

Segundo Salles e Dellagnelo (2019), na ADC, a análise textual deve envolver duas etapas, sendo a primeira composta por análise interna do texto com a verificação de relações semânticas (causais, condicionais, temporais, aditivas, elaborativas, contrastes); relações gramaticais (conjunções, proposições, inserções); e vocabulário. Esta etapa deve ser realizada, visando explicar o significado que as características gramaticais identificadas exercem no contexto da prática discursiva. A segunda etapa da análise textual corresponde a análise das relações externas do texto em relação a outros textos, por meio da intertextualidade (Salles; Dellagnelo, 2019).

O processo de análise dos dados iniciou-se com uma leitura livre das transcrições das entrevistas e grupos focais. Na sequência, mediante uma leitura minuciosa foram destacados com marcadores de texto do Word, os trechos mais relevantes à temática do estudo. Após esse processo, os dados foram organizados em planilha de Excel. Empregou-se abas individuais de acordo com a competência analisada, totalizando 17 abas. Em cada linha foi alocado o trecho extraído por participante.

Posteriormente, foi realizada nova leitura e agrupamento dos fragmentos textuais por similaridade. Após esse momento, realizou-se uma análise transversal, buscando aproximação para construção das categorias.

As categorias analíticas discursivas são formas e significados textuais, associados a maneiras particulares de representar práticas sociais e não podem ser definidas a priori, são

sempre uma consequência do próprio texto e das questões/preocupações de pesquisa (Ramalho; Resende, 2011).

Na análise dos dados, os aspectos discursivos, conforme Fairclough (2001) e Ramalho e Resende (2011) que predominaram nos enunciados dos participantes foram: afirmações avaliativas, metáforas e afirmações de modalidade deôntica.

A modalidade pode ser considerada em termos do comprometimento que o participante assume com aquilo que diz, e está diretamente relacionado ao julgamento em relação ao que é verdadeiro e o que é necessário, revelando a forma como a realidade social é representada (Salles; Dellagnelo, 2019).

De acordo com Fairclough (2003) a modalidade discursiva é classificada como epistêmica ou deôntica. Para o autor a modalidade epistêmica relaciona-se ao comprometimento em termos de verdade, já a modalidade deôntica indica uma ação e pode ser pensada como um recurso de linguagem que aponta o comprometimento de um participante na realização de uma prática.

No quadro 9 apresenta-se uma exemplificação dos elementos textuais discursivos, associados ao conceito e um exemplo do excerto do discurso.

Quadro 9 - Aspectos discursivos predominantes na análise de dados

<b>Aspecto discursivo</b>	<b>Conceito</b>	<b>Exemplo da análise a partir do discurso</b>
Afirmação avaliativa	Afirmações acerca do que é considerado desejável ou indesejável, relevante ou irrelevante. Apresenta juízo de valor.	“Muito importante! Inclusive é uma condição que eu acho obrigatória MESMO”.
Metáfora	Estruturação da linguagem que permite “compreender uma coisa em termos de outra”	“É o famoso jogo de cintura na casa do paciente, né?”
Afirmação de modalidade deôntica	Refere-se ao comprometimento com a obrigatoriedade/necessidade.	“Você tá na casa do paciente, você tem que apresentar essa competência”.

Fonte: Fairclough (2001) e Ramalho e Resende (2011), adaptado pela autora.

A apresentação e a discussão dos resultados da análise dos dados deste estudo foram realizadas a partir das seguintes categorias:

- 1- Competências do enfermeiro para atuação na AD
- 2- Situações que promovem a mobilização das competências

#### 4.6 Aspectos éticos

Em relação aos aspectos éticos, a pesquisa foi autorizada pela gerência do SAD-BH e Assessoria de Educação em Saúde da SMSA, por meio do Termo de Anuência Institucional (Anexo A). O projeto de pesquisa foi encaminhado para análise e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte, sob o parecer CAAE: 66969923.0.3001.5140 (Anexo C) e pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais (COEP/UFMG) sob o parecer CAAE:66969923.0.0000.5149 (Anexo B).

O estudo seguiu as orientações do Conselho Nacional de Saúde, expressas nas Resoluções nº 466/2012 do MS (Brasil, 2012b) que trata de pesquisas com seres humanos e nº 510/2016 do MS (Brasil, 2016b) que reconhece as especificidades éticas das pesquisas nas Ciências Humanas e Sociais.

Em cumprimento às resoluções citadas acima, os participantes que concordaram em participar da entrevista e grupo focal assinaram o TCLE em duas vias (Apêndice D/Apêndice G). Foram respeitados todos os direitos dos participantes do estudo, garantindo-lhes a liberdade de recusar a participar ou retirar o consentimento no decorrer da pesquisa. Todas as dúvidas foram esclarecidas e garantidas a confidencialidade e privacidade no estudo.

Os dados coletados serão mantidos em anonimato e arquivados em local seguro sob a responsabilidade da pesquisadora, durante cinco anos. Após esse período as informações serão incineradas e/ou excluídas definitivamente dos meios digitais. Declara-se que as informações obtidas foram utilizadas exclusivamente para os fins científicos propostos.

O recurso financeiro destinado a essa pesquisa foi de inteira responsabilidade da pesquisadora.

Ressalta-se que a fase de coleta de dados foi realizada somente após a apreciação e aprovação pelos Comitês de Ética.

## 5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os achados deste estudo contemplam a triangulação dos dados obtidos a partir da análise documental, das entrevistas individuais e grupos focais, organizados nas seguintes categorias: *Competências do enfermeiro para atuação na AD e Situações que promovem a mobilização das competências.*

### 5.1 Análise documental

Os documentos selecionados para a análise foram explorados em relação ao conteúdo conforme disposto nos Quadros: 10, 11 e 12, visando a obtenção de informações referente as competências do enfermeiro para atuação na AD.

A busca de evidências com a análise documental foi realizada, inicialmente, em publicações do Ministério da Saúde. A escolha deste material como unidade primária de análise relaciona-se a relevância deste órgão do governo federal em relação a regulamentação da AD no país.

Quadro 10 - Documentos selecionados - Ministério da Saúde

(Continua)

Identificação	Conteúdo do Documento
<p><b>Caderno de Atenção Domiciliar – Volume 1 (Brasil, 2012c)</b></p>	<p>Contém as diretrizes para a Atenção Domiciliar (AD) na Atenção Básica (AB), no âmbito do SUS e visa orientar a organização dos serviços de AD na AB. Aborda os princípios da AD; critérios de inclusão e desligamento na AB; organização dos serviços de AD na AB; acompanhamento e avaliação, pressupostos da AD; gestão do Serviço de Atenção Domiciliar (SAD); perfil de elegibilidade para AD e o papel dos cuidadores na AD.</p>
<p><b>Caderno de Atenção Domiciliar – Volume 2 (Brasil, 2013c)</b></p>	<p>Contém as diretrizes para a Atenção Domiciliar (AD) na Atenção Básica (AB), no âmbito do SUS com o objetivo de orientar a organização dos serviços de AD na AB. Versa sobre a gestão do cuidado na Atenção Domiciliar (AD); elementos de abordagem familiar; diretrizes para a classificação da complexidade de cuidado na AD; abordagem geral de situações clínicas e procedimentos mais comuns na AD; sistematização do processo de trabalho; cuidados paliativos; violência na AD; oxigenoterapia prolongada e ventilação mecânica domiciliar; intercorrências mais frequentes nesta modalidade de cuidado e óbito domiciliar.</p>



Quadro 10 - Documentos selecionados - Ministério da Saúde

(Conclusão)

Identificação	Conteúdo do Documento
<p align="center"><b>Atenção Domiciliar na Atenção Primária à Saúde (Brasil, 2020a)</b></p>	<p>O material objetiva fornecer subsídios que possam instrumentalizar as equipes de Atenção Primária à Saúde (APS) para cuidados domiciliares. Aborda o acesso de primeiro contato, diagnóstico local da população, identificação de demandas de acamados/domiciliados; organização do processo de trabalho da Atenção Domiciliar (AD); cuidados paliativos, óbito no domicílio, riscos inerentes a AD; cuidado ao cuidador; monitoramento e avaliação da AD.</p>

Fontes: Brasil (2012c, 2013c, 2020a), adaptado pela autora.

Ao analisar o **Caderno de Atenção Domiciliar – V.1** (Brasil, 2012c) foi encontrado menção pontual sobre o termo, competência, no capítulo que aborda o papel dos cuidadores na AD. A publicação destaca que os profissionais das equipes de AB e AD devem respeitar valores culturais e religiosos dos indivíduos e das famílias sob seus cuidados. Necessitam prover de conhecimentos técnicos e humanos na dimensão socioantropológica e cultural, através de aprendizagem contínua, para que o desempenho de suas funções resulte, na entrega de produto que possua valor e seja significativo para a população.

O **Caderno de Atenção Domiciliar – V.2** (Brasil, 2013c) destaca que o conhecimento em saúde se desenvolve de forma dinâmica e cabe as equipes de SAD buscarem por atualizações constantes. No campo específico das competências é citada a competência cultural, como um dos pilares do trabalho das equipes de AD nos cuidados paliativos, a fim de favorecer o reconhecimento adequado de valores e funcionamento das famílias atendidas, com ênfase ao respeito das características observadas. Além dessa, ao abordar a gestão do cuidado, enfatiza que o profissional de saúde deve desenvolver a competência de ajudar as pessoas com foco na qualidade de vida, especialmente na AD, visto que o resultado depende da participação do sujeito e da sua capacidade de (re)inventar-se, apesar da doença.

A publicação **Atenção Domiciliar na Atenção Primária à Saúde** (Brasil, 2020a) busca agregar conhecimentos aos profissionais da APS, referente a AD. Destaca que esta modalidade de cuidado ainda é pouco discutida na formação profissional e, neste sentido é importante atentar às necessidades de educação permanente, oficinas específicas, desenvolvimento de competências e habilidades novas no processo de trabalho das equipes. Porém, não há abordagem específica sobre competências para a atuação na AD.

A análise dos documentos publicados pelo MS favoreceu a percepção que o órgão federal apresenta uma ênfase em relação ao conhecimento dos profissionais que atuam na AD.

Há uma valorização acerca da busca e desenvolvimento de conhecimentos, bem como habilidades e competências. Contudo, as publicações não desenvolvem construção textual acerca do objeto desta pesquisa.

Em relação as publicações que regulamentam o exercício profissional do enfermeiro, para a AD, foram analisadas as Resoluções do COFEN nº 270 e nº 464 (Conselho Federal de Enfermagem (2002, 2014) (Quadro 11):

Quadro 11 - Documentos selecionados – COFEN

Identificação	Conteúdo da Resolução
<p style="text-align: center;"><b>Resolução nº 270</b> (Conselho Federal de Enfermagem, 2002)</p>	<p>A resolução aprova a regulamentação das empresas que prestam serviços de enfermagem domiciliar – Home Care e define que toda empresa de prestação de serviços de enfermagem domiciliar e/ou filiais, deve ser dirigida por profissional enfermeiro devidamente inscrito e em dia com suas obrigações junto ao conselho regional de sua área de atuação, além disso, é obrigada a ter em seus quadros: 01 (um) enfermeiro responsável por turno e 01 (um) enfermeiro responsável técnico, pela coordenação das atividades de enfermagem. Destaca ainda que as equipes de enfermagem, das empresas prestadoras de serviços de enfermagem domiciliar, deverão ser compostas “<b>exclusivamente</b>” por enfermeiros, técnicos de enfermagem e auxiliares de enfermagem, devidamente registrados e em dia com as obrigações junto aos conselhos regionais que jurisdicionam suas áreas de atuação. Estabelece que as atividades de enfermagem devem estar pautadas na Resolução COFEN nº. 267/2001 (revogada pela Resolução nº 464/2014).</p>
<p style="text-align: center;"><b>Resolução nº 464</b> (Conselho Federal de Enfermagem, 2014)</p>	<p>A resolução normatiza a atuação da equipe de enfermagem na Atenção Domiciliar e destaca que a AD pode ser executada no âmbito da atenção primária e secundária por enfermeiros que atuam de forma autônoma ou em equipe multidisciplinar por instituições públicas, privadas ou filantrópicas. O técnico de enfermagem participa da execução da atenção domiciliar de enfermagem, naquilo que lhe couber, sob orientação e supervisão do enfermeiro. Ressalta ainda as modalidades de AD, ações privativas do enfermeiro, desenvolvimento da atenção domiciliar de enfermagem no contexto da Sistematização da Assistência de Enfermagem e registro das ações de enfermagem em prontuário a ser mantido no domicílio.</p>

Fontes: Conselho Federal de Enfermagem (2002, 2014), adaptado pela autora.

A partir da análise das Resoluções citadas acima, percebeu-se que a primeira objetivou exclusivamente a normatização para as empresas de Home Care. Enquanto a segunda apresenta, dentre outras questões, os campos de atuação da enfermagem domiciliar e as ações privativas

do enfermeiro. O COFEN, por meio das resoluções que abordam a AD, não contempla a temática das competências do enfermeiro nesta modalidade de cuidado.

Quadro 12 - Documentos selecionados – Prefeitura Municipal de Belo Horizonte

Identificação	Conteúdo do Documento
<p align="center"><b>Guia de Diretrizes da Atenção Domiciliar (Belo Horizonte, 2023a)</b></p>	<p>O guia objetiva nortear e fortalecer a assistência domiciliar na rede SUS-BH, fundamentando o gerenciamento do cuidado no domicílio e otimizando os recursos oferecidos para as pessoas com necessidades de insumos e equipamentos, baseado nos protocolos da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte. Apresenta as equipes responsáveis pela Atenção Domiciliar (AD) no SUS-BH; as modalidades de AD; perfil do usuário e critérios de elegibilidade; transição do cuidado; procedimentos mais comuns em AD; solicitação de insumos médico-hospitalares, dietas, oxigenoterapia, órteses, próteses e meios auxiliares de locomoção; descarte correto de resíduos gerados na assistência domiciliar e óbito no domicílio.</p>
<p align="center"><b>Manual de Enfermagem - Atenção Primária à Saúde de Belo Horizonte (Belo Horizonte, 2016)</b></p>	<p>O manual tem como objetivo delinear a prática profissional da equipe de enfermagem na Atenção Primária à Saúde (APS). Aborda o regimento interno da enfermagem da APS, processo de enfermagem, segurança do paciente e cuidados de enfermagem/padronização de técnicas e procedimentos.</p>

Fontes: (Belo Horizonte, 2016, 2023a), adaptado pela autora

O **Guia de Diretrizes da Atenção Domiciliar** (Belo Horizonte, 2023a), aborda questões que favorecem a articulação entre as diferentes equipes que prestam assistência domiciliar no município, contribuindo para a continuidade do cuidado, minimização de intercorrências clínicas e fortalecimento de autonomia para o usuário. Nesta publicação o enfermeiro é referenciado, especialmente, em relação as suas ações nos procedimentos mais comuns em AD. A fim de ampliar as orientações acerca da realização de procedimentos, este guia sugere ainda, a leitura do **Manual de Enfermagem da Atenção Primária de Belo Horizonte** (Belo Horizonte, 2016). Visto que, a análise do Guia de Diretrizes da Atenção Domiciliar foi infrutífera em relação a temática da pesquisa e, considerando que a APS também é responsável por ações de AD optou-se pela exploração do manual de enfermagem indicado.

O **Manual de Enfermagem - Atenção Primária à Saúde de Belo Horizonte** (Belo Horizonte, 2016), apresenta de forma sucinta a visita domiciliar e as atribuições da equipe de enfermagem no contexto da APS, bem como os materiais de apoio e insumos necessários. Predomina nesta publicação descrições sistematizadas e padronizadas de competências técnicas para a realização de procedimentos sob responsabilidade da equipe de enfermagem na rede SUS/BH.

A análise documental foi empregada com o objetivo de corroborar e aumentar a evidência das outras fontes, conforme indicado por Yin (2015). Seus achados evidenciaram uma lacuna em relação a abordagem das competências do enfermeiro na AD pelo MS, COFEN e SMSA-BH apontando o silenciamento relativo as questões da prática profissional. Tal aspecto coaduna com o modelo hegemônico de políticas de saúde, no qual prevalece o distanciamento entre teoria e prática na elaboração e oferta de serviços.

Considerando a prática como etapa crucial para a efetivação das políticas de saúde, a abordagem das competências do enfermeiro compõe temática fundamental para o planejamento e implementação de serviços direcionados à AD e deveria constituir objeto dos documentos relativos à atuação nesta modalidade de cuidado.

## **5.2 Competências do enfermeiro para a atuação na AD**

O estudo de Rusli *et al.* (2021), usado para o levantamento das competências para fins desta pesquisa, apresenta um rol com agrupamento de dez competências (Apêndice C). Em decorrência de desdobramentos dos elementos relacionados às competências apresentadas na publicação, os achados desta pesquisa indicaram uma expansão, totalizando dezessete competências.

Os resultados demonstram que os enfermeiros mobilizam as seguintes competências para atuação na AD: liderança, comunicação, tomada de decisão, avaliação holística do paciente e ambiente domiciliar, gestão do trabalho, gestão do cuidado, educação em saúde, sensibilidade cultural, assistência de enfermagem, trabalho em equipe, colaboração interdisciplinar, trabalho em rede, gestão de recursos materiais, gestão do tempo, desenvolvimento profissional, adaptação à tecnologia e segurança para o trabalho.

Para cada uma das competências, foram analisados os atributos relacionados a conhecimentos, habilidades e atitudes.

De acordo com Zabala (1998), conhecimentos ou conteúdos conceituais estão para além de saber repetir uma definição. Considera-se que o indivíduo possui o conhecimento “quando sabe utilizá-lo para a interpretação, compreensão ou exposição de um fenômeno ou situação; quando é capaz de situar os fatos, objetos ou situações concretas naquele conceito que os inclui” (Zabala, 1998, p. 43). O autor destaca que a aprendizagem em relação aos conteúdos conceituais quase nunca pode ser considerada acabada, uma vez que sempre existe a possibilidade de ampliar ou aprofundar seu conhecimento, tornando-a mais significativa.

Habilidade ou conteúdos procedimentais inclui as técnicas, os métodos, as destrezas, os procedimentos, ou seja, constitui em conjunto de ações ordenadas e com um fim para a realização de determinado objetivo (Zabala, 1998). Por sua vez, as atitudes são tendências ou predisposições, relativamente, estáveis das pessoas para atuar de determinada forma. Correspondem a maneira como cada indivíduo realiza sua conduta de acordo com valores determinados, envolvendo por exemplo a responsabilidade, empatia, solidariedade, respeito, colaboração, dentre outros (Zabala, 1998).

Em relação ao componente das competências analisadas neste estudo, as habilidades foram um campo de destaque. Este achado relaciona-se a diversidade e complexidade de ações sob responsabilidade do enfermeiro e que demandam múltiplas habilidades para lidar no cotidiano da AD. Por outro lado, os conhecimentos foram apresentados de forma periférica e quando citados predominaram os conhecimentos técnico-científicos. Assim, os discursos revelam a hegemonia deste conhecimento.

Contudo, deve-se considerar que a prática é permeada por diversos saberes que podem não ter sido nomeados pelos participantes como conhecimentos. Essa afirmação sustenta-se no entendimento de que o “saber” é precedente ao “fazer”. Assim, não há habilidade que prescindia de um saber.

Apresentam-se, a seguir, os achados referentes a cada uma das competências do enfermeiro para atuação na AD. Optou-se por realizar uma descrição minuciosa, apresentando o qualificador - palavra ou expressão empregada nos discursos para caracterizar a competência e os atributos referentes a conhecimentos, habilidades e atitudes indicados pelos participantes.

### **5.2.1 Liderança**

*“O enfermeiro tem que estar munido de muito... espírito de liderança” (E9).*

A liderança é descrita neste estudo com o emprego dos qualificadores “*é a base*”, “*é o mais importante*”, caracterizando-a como uma competência essencial para a atuação do enfermeiro e funcionamento do SAD.

Liderança pra mim é a base. Igual, seguindo o conceito mais teórico da liderança que é a capacidade de influenciar pessoas, e de forma natural e espontânea, para essas pessoas seguirem juntas, rumo a um objetivo comum. Então, pra mim é a base. É saber levar mesmo, todos juntos, de mãos dadas (E1-GF1).

Quando a gente não tá lá, na equipe, pra liderar e organizar o fluxo, parece que o negócio até vira um caos. Geralmente, tem uma confusão quando o enfermeiro não está na equipe, sabe? A gente que direciona, né? (E1-GF2).

E, principalmente, o papel de liderança, que é o mais importante. Acho que o enfermeiro, como eu te falei, tem esse papel de liderança na equipe, acaba que a gente uni um ponto ao outro e deixa a equipe mais harmoniosa (E7).

No campo da enfermagem, a liderança tem sido discutida como uma competência imprescindível no processo de trabalho do enfermeiro (Balsanelli; Cunha, 2006; Lopes *et al.*, 2020; Neves; Sanna, 2016). Compreende o mecanismo de influenciar pessoas para que atuem de forma ética, construindo elos de confiança e juntos alcancem resultados (Mattos; Balsanelli, 2019).

Ressalta-se que um dos alicerces para o desenvolvimento da liderança é a formação. Conforme Neves e Sanna (2016), somente a condução competente do processo ensino-aprendizagem pode proporcionar a base necessária a atuação satisfatória do enfermeiro líder. Neste sentido, a experiência adicional também é apresentada como um favorecedor para o exercício da liderança. (Lopes *et al.*, 2020).

Além disso, destaca-se que a instituição deve assumir sua parte nesse processo, propiciando condições para motivar o enfermeiro e, conseqüentemente, gerar melhoria na qualidade do cuidado prestado (Bordin *et al.*, 2018). A liderança não é um dom exclusivo a algumas pessoas, no entanto, pode ser adquirida e aprimorada ao longo do tempo através de incentivos e capacitações institucionais (Leal *et al.*, 2022).

Nos discursos “*tem que ter um papel de liderança*”; “*ele tem que realmente assumir esse papel de liderança junto a equipe*” apresenta-se com a modalidade deôntica (tem que) a obrigação do ator social enfermeiro em relação a liderança no contexto do SAD.

O enfermeiro tem que ter um papel de liderança, porque o enfermeiro ele vem..., ele é a cabeça focal mesmo da equipe. Ele tem que ter uma equipe que faça o que tem que ser feito sem sua presença. [...] Então assim, o enfermeiro tem que entender que a equipe tem que funcionar com ou sem você aqui. Ele vai nortear vários pontos né? Mas, a equipe também tem que andar sozinha sem a sua presença (E3).

O profissional, enfermeiro, na equipe da emad, ele assume esse papel. Nas equipes que ele não assume, o negócio não funciona TÃO bem, é o que eu noto em relação a questão da liderança. Aqui, o enfermeiro, ele tem que realmente assumir esse papel de liderança junto a equipe (E2-GF1).

A liderança é inerente as responsabilidades do enfermeiro na AD e, de acordo com International Guidelines for Home Health Nursing, o profissional lidera pelo exemplo, quando

colabora, resolve problemas, gerencia conflitos, desenvolve o plano de cuidados, promove cuidados de qualidade e supervisiona a equipe técnica (Narayan *et al.*, 2017).

Há uma ênfase no discurso sobre a importância do desenvolvimento de uma liderança colaborativa em detrimento da centralidade, do autoritarismo e imposição. As expressões “*saber delegar*”, “*ser parceiro da equipe*”, “*ter empatia*”, “*a gente tá ali pra essa troca*”, identificadas nas entrevistas e grupos focais, reforçam a ideia deste estilo de liderança apresentado pelos enfermeiros como o ideal para a aplicação no SAD.

Tem que ter liderança, mas ela tem que ser uma liderança não impositiva, mas uma liderança que caminha junto né? Não é tudo centralizado em uma pessoa, é necessário saber delegar (E1).

Então, o enfermeiro tem que ser parceiro da equipe, ele tem que ser líder, ele tem que ter empatia (E3).

Foge a questão do autoritarismo, de só delegar. Escutar o retorno do seu colega de trabalho, porque nem sempre a gente tem a razão. E, às vezes a gente tá num dia tão atribulado, que eu às vezes, faço um plano ali, vamos fazer assim e assim. E, às vezes, nem sempre é a melhor forma. Às vezes, uma coisa que meu colega muda, meu técnico, que trabalha comigo, ou o médico mudam, muda totalmente ali. Porque, eu estava aberta aquela comunicação e a gente tá ali pra essa troca (E5-GF1).

O exercício da liderança no SAD é indicado pelos enfermeiros como uma competência ampla que extrapola a equipe de enfermagem confirmando o que apresenta Bordin *et al.* (2018) ao destacar que a liderança fundamenta o enfermeiro para o trabalho com a equipe multiprofissional.

[...] você trabalha junto com um grupo, e o enfermeiro é um dos líderes da equipe de um atendimento domiciliar que gere o cuidado. [...], a equipe da emap vai muito atrás de você, os motoristas, o médico, o pessoal da upa também... eles têm o enfermeiro como liderança (E12).

A gente é referência mesmo, pra toda a equipe. Não só pra emad, mas pra emap também, [...] a gente serve de referência pra eles, pra discussão de casos, organização de visitas (E1-GF2).

A liderança constitui uma competência que permeia todas as dimensões da práxis do enfermeiro: cuidar, assistir, gerenciar, ensinar e pesquisar (Bordin *et al.*, 2018). Nos discursos os participantes revelam que, na AD, a liderança perpassa outras competências, sendo, um dos determinantes da qualidade no serviço.

Ele tá diretamente ligado a liderança também, né? Eu acho que faz toda diferença, a organização, organização da agenda, aquele planejamento que a gente faz antes de sair (E4-GF1).

Para a avaliação holística do usuário, da família e do ambiente domiciliar é necessário a competência da liderança mesmo, que acaba que você lidera ali a distribuição do cuidado, vê o que paciente precisa (E7).

[...] na minha autoavaliação e autopercepção, eu penso diariamente, sobre essa questão da liderança principalmente da gestão do tempo. Assim..., é liderança... é a gente ser capaz de levar a equipe a atuar mesmo, de ter o resultado no atendimento domiciliar. Então, é levar ao melhor resultado possível, fazendo com que todos tenham objetivos comuns que é: a qualidade da assistência, a qualidade dos encaminhamentos, a qualidade também, inclusive da gestão dos recursos, porque sem esses recursos, indiretamente eu não vou conseguir fazer o melhor por aquele usuário (E12).

A comunicação é considerada uma competência importante no processo de liderar pelos profissionais no SAD, conforme evidenciado no excerto:

Eu acho que tá atrelado a liderança também, na comunicação. Porque a forma que você vai falar com as pessoas que trabalham ali com você é que eu acho que vai causar um impacto e que as pessoas vão se juntar a você com um objetivo comum (E5-GF1).

Balsanelli e Cunha (2006) apontam que a maneira como se dá a transmissão de mensagens poderá interferir no resultado almejado. A comunicação está no núcleo da liderança, uma vez que a liderança é um relacionamento interpessoal no qual os líderes influenciam pessoas através do processo comunicativo.

Em relação aos atributos, os enfermeiros não apresentam conhecimentos específicos para o exercício da liderança.

Sobre as habilidades destacam-se a organização do processo de trabalho, o estímulo a equipe quanto as ações de assistência à saúde de forma integral e de qualidade, definição de agendas conforme prioridades assistenciais, determinação de rotas, construção e implementação do plano de cuidados, discussão de casos e referenciamento de pacientes, gestão de pessoas e resolução de conflitos.

Ter empatia, ser referência e influenciar a equipe, estabelecer parceria e ser o articulador entre os todos personagens da AD são indicadas como atitudes relacionadas à liderança.



### 5.2.2 Comunicação

“É o pilar de um atendimento... de uma relação” (E8).

Os discursos denotam presunção valorativa da comunicação como uma competência primordial ao trabalho do enfermeiro no contexto da AD, evidenciada pelo emprego dos léxicos “essencial”, “extremamente importante”, “base”, “principal”.

Comunicação efetiva, eu acho que assim, pro enfermeiro, não tem jeito né? A comunicação na equipe é ESSENCIAL! De tudo (E3).

Eu acho a comunicação, extremamente importante, né?"; "Eu acho que a base de tudo é a conversa. Escutar, acolher a opinião do outro... (E6).

Eu acho que a comunicação seria aqui, talvez o principal de tudo isso aqui. Se não for uma comunicação bem-feita, nada disso aqui funciona. Em nossa atuação, essa comunicação desde, com a equipe toda, neste envolvimento da equipe, quanto lá na casa do paciente, com o paciente, o usuário, a família, com a rede. Então, a gente sabendo se comunicar, a gente consegue promover um melhor cuidado, vínculo, também com essa pessoa, com essa família, até adesão ao tratamento. Eu acho que em tudo assim sabe? Eu acho que a base é a comunicação (E3-GF1).

Nota-se que a comunicação perpassa o trabalho em equipe, a abordagem do paciente/família/cuidador, a colaboração interprofissional e o trabalho em rede. Está também no núcleo da liderança e favorece a construção e seguimento do plano de cuidados, além da criação de vínculo e confiança, fundamentais para a adesão e continuidade dos cuidados.

No contexto da AD, os profissionais deparam-se com um cuidado mais centrado no usuário, em que se reconhecem singularidades, crenças, desejos e saberes. Nesse espaço, as ações a serem realizadas são pactuadas com pacientes, família/cuidadores, que se comprometem com esse cuidado mediante processos oriundos de uma comunicação e inter-relacionamento com vínculo estabelecido (Guimarães *et al.*, 2022).

O emprego da comunicação competente constitui, portanto, instrumento favorecedor para o alcance dos objetivos pactuados em domicílio. De acordo com Braga e Silva (2007), comunicar-se competentemente envolve uma relação interpessoal que atinge o objetivo dos comunicadores, em que as ideias são entendidas e compartilhadas; pressupõe conhecimentos básicos de comunicação; consciência do verbal e do não-verbal nas interações; exige clareza e objetividade. Conforme salientado pelas autoras, a competência em comunicação interpessoal constitui uma habilidade fundamental a ser adquirida pelo enfermeiro, possibilitando um cuidar consciente, verdadeiro e transformador.

Os enfermeiros reconhecem a necessidade e expõem interesse no desenvolvimento da comunicação como uma competência imprescindível para atuação no SAD.

Eu acho superimportante e acho que a gente tem que desenvolver mesmo a habilidade de comunicação. Tanto na comunicação pra deixar o outro falar, como de ouvir (E6).

A comunicação é uma área que eu tenho mais necessidade e interesse, mais pontos a melhorar (E11).

O emprego da metáfora “*ponte*” evidencia o papel chave do enfermeiro na comunicação entre outros profissionais do SAD e o paciente/família/cuidador.

Eu já tive casos assim, até frequentes, que a gente teve que esperar o atendimento médico e depois ir lá e traduzir pra família o que o médico estava falando, o que a fono estava falando. Então,  você é uma ponte, entre um profissional e a família. Porque, às vezes, pelo jeito de falar, pela humildade, grau de cognição da família, não consegue entender o que as outras pessoas da equipe estão falando. Então, é a gente ser a ponte entre um profissional e a família, sabe? (E1GF2).

Na hora que você chega é que você consegue traduzir pra família o que é aquele cuidado. Então, entra na questão do nosso planejamento assistencial, como vai ser aquela comunicação. Porque, no hospital você fala: -você vai chegar em casa e vai pendurar a dieta e aí liga e pronto. Aí quando você chega na casa, eles, então: - como que é isso? -Daqui pra cá, roda pra onde? Então... (E3-GF2).

No dicionário, o verbo “*traduzir*” refere-se a transpor de uma língua para outra, explicar ou exprimir algo. Neste sentido, as ações do enfermeiro no domicílio devem ser direcionadas a análise de compreensão das orientações oferecidas na alta hospitalar ou até mesmo proveniente de outros profissionais que compõem o SAD. Faz-se necessário despir da linguagem técnica, com ajustes no vocabulário, favorecendo a compreensão das necessidades do paciente/família/cuidador para adesão ao cuidado proposto.

Os entrevistados mencionam a relevância da comunicação efetiva no SAD e destacam a importância de considerar a cultura e a capacidade de compreensão dos usuários na busca desta efetivação. Contudo, não apresentam conhecimentos específicos para o exercício da comunicação.

Traduzir para os usuários a fala de outros profissionais, compreender a linguagem não verbal, realizar reuniões com a equipe e resolver conflitos, usar meios de registro para orientações (cadernos, bilhetes, mensagens de WhatsApp) são indicadas como habilidades fundamentais para a comunicação no SAD.

Chegar aberto e receptivo ao diálogo no domicílio, empregar a escuta atenciosa e humanizada, demonstrar interesse na fala do outro, acolher as opiniões e procurar compreender

a realidade vivenciada, estabelecer o diálogo respeitoso e a comunicação efetiva são apresentadas pelos enfermeiros como atitudes relacionadas à competência da comunicação.

### 5.2.3 Tomada de decisão

*“a gente tem que ter habilidades de pensar em qual vai ser a melhor decisão [...] é preciso resolver. É hoje, é agora” (E3).*

A tomada de decisão é reconhecida pelos participantes como uma competência fundamental para a atuação no SAD. O emprego dos qualificadores “*em primeiro lugar*”, “*suma importância*”, “*muito importante*” evidenciam este achado.

Essa competência, ela é assim, eu colocaria ela até em primeiro lugar em relação aqui sabe? Por que muitas vezes a gente não tem o apoio, é:, não tem nem como ficar ligando né? Essa gestão a distância né? Quando acontece algumas coisas a gente tem que ter habilidades de pensar em qual vai ser a melhor decisão (E3).

De suma importância! [...] a gente tem que ter esse manejo, de ver o quê que pode ser feito e o quê que não pode e criatividade sempre, para solucionar os mil problemas que a gente encontra (E7).

Muito importante! Inclusive é uma condição que eu acho obrigatória MESMO (E11).

A tomada de decisão é uma das competências básicas em enfermagem, em que os enfermeiros avaliam e selecionam as melhores ações para alcançar um objetivo (Marques, 2019). Para a tomada de decisão faz-se necessário a junção de conhecimentos anteriores que se associam a um processo ativo de obtenção de novas aprendizagens, pertinentes para a situação específica em que o usuário se encontra naquele momento (Marques, 2019).

Além do conhecimento, o pensamento crítico também é fundamental para a mobilização desta competência. De acordo com Leal *et al.* (2022), o pensamento crítico é essencial na atuação do enfermeiro e pode auxiliá-lo, tanto na identificação de problemas reais e potenciais, como também a tomar decisões que impactam na redução de possíveis resultados indesejáveis (Leal *et al.*, 2022).

Neste sentido, para tomar decisões assertivas o enfermeiro precisa, inicialmente, identificar o problema, ou seja, realizar um diagnóstico da situação; na sequência, planejar as ações, identificando possíveis dificuldades para a realização do plano, pensar opções e, finalmente, ser firme e exercer autonomia (Leal *et al.*, 2022).

O adjetivo “*sozinho/sozinha*”, associado a tomada de decisão, também se destaca nos discursos, indicando que é comum os enfermeiros realizarem avaliações em domicílio desacompanhados.

Porque a maioria das nossas visitas, no dia a dia do enfermeiro, a gente faz sozinho (E11).

Em casa muitas vezes você está sozinha:: [...] Então, você tem que ter um poder de decisão grande. É claro que tudo dentro respaldado. Você não vai fazer coisa que não é da sua competência (E12).

O trabalhar sozinho é uma das características da atuação do enfermeiro na AD, e por esse motivo o conhecimento e autonomia são características importantes, já que as ações de perceber e analisar as alterações do paciente encontram-se, nestes casos, sob responsabilidade exclusiva do enfermeiro (Fjortoft *et al.*, 2021).

Os participantes reconhecem e destacam o conhecimento como um componente essencial para a mobilização da competência, elemento basilar para aquisição de autonomia, indispensável no processo de tomada de decisão.

Eu acho que... a primeira coisa é se você tem o conhecimento. Se você tem a proatividade de tentar resolver os problemas, eu acho que... isso faz muita diferença na hora, sabe? [...] acho que a gente pode fazer muito pelo paciente em casa sabe? Mas, eu acho que você tem que ter o conhecimento, porque não é fácil não (E8).

Ele tem que tá envolvido com muito conhecimento, dos riscos de vida desse paciente, em algumas situações que ele pode se encontrar. Por exemplo, o paciente tá com uma pressão muito baixa, o quê o enfermeiro tem que fazer em um momento desse? Ou ele acha que não, aquilo ali vai se normalizar sozinho. Então ele tem que ter esse conhecimento do risco que o paciente está dependendo da sua situação e de acionar um serviço de urgência ou encaminhá-lo para a UPA. Ele tem que tá munido de muito conhecimento científico (E9).

Muitas vezes você tem que referenciar esse paciente pra um serviço de urgência, né? Chamar o samu, ou referenciar pro médico da equipe, saber orientar e saber identificar esses sinais. Você tem que ter embasamento teórico, competência técnica, dominar e saber o que você tem que fazer (E12).

Então, acaba que você tem que ter toda uma lógica de raciocínio, de conhecimento clínico, de conhecimento da demanda do paciente pra você adequar e tomar a melhor decisão no plano de cuidados desse paciente. Isso é superimportante! (E1-GF2).

A tomada de decisão em domicílio envolve conhecimentos múltiplos, já que tem que ser individualizada, de acordo com a história, os valores, a situação clínica do paciente e o contexto domiciliar. De acordo com Andrade *et al.* (2017), é essencial que o enfermeiro da AD possua, além do conhecimento técnico científico, também o conhecimento sociocultural, ético, estético e intuitivo, relacionando teoria e prática, numa busca contínua de atualização. Tais

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.

Lopes *et al.* (2020), salientam que o enfermeiro deve ser apto a tomar decisões a todo instante, de forma ágil, criativa, inovadora, para que esse cuidado aconteça de forma efetiva, respondendo às necessidades do usuário. Nota-se, pelo discurso, o protagonismo do enfermeiro no SAD, em relação a tomada de decisão autônoma, inclusive à distância.

[...] mesmo quando você não tá no domicílio. O técnico me liga: -tá acontecendo isso aqui, isso aqui... você vai vir aqui ou não? -Vou chamar o samu? -Vou encaminhar o paciente? Então até remoto, a gente a fica tomando as decisões (E1-GF2).

O enfermeiro da AD lida diariamente com situações diversas, tanto em relação a variabilidade de contextos domiciliares, quanto as necessidades de cuidados requeridas pelo paciente. Logo, a flexibilidade destaca-se como atributo essencial, contribuindo para soluções individualizadas em cada domicílio (Fjortoft *et al.*, 2021).

A criatividade também é destacada como uma habilidade que permeia a atuação do enfermeiro na AD (Andrade, 2017; França, 2021). Nos discursos, as afirmativas de modalidade deontica indicam um caráter de necessidade em relação a criatividade, para a tomada de decisão no domicílio, produzindo improvisos e adaptações que possibilitam a continuidade da assistência neste ambiente.

Às vezes a gente tem que ter a criatividade pra adaptação, né? Adaptação de..., não de técnica específica, porque a técnica é aquela. No ambiente domiciliar a gente precisa adaptar... (E6).

A gente já passou cada aperto, assim sabe, de ter que improvisar tanta coisa. Não, isso aqui não dá... nós precisamos da cabeceira elevada, então vamos ali fora no quintal pegar alguma coisa para colocar debaixo dos pés da cama, pra elevar essa cabeceira. É... vamos fazer uma adaptação no banheiro pra levar o chuveirinho até no quarto para conseguir dar banho no leito... Acaba que você tem que ter uma visão assim, levando em consideração as condições da casa, condições econômicas da família, as condições de cultura da família... (E7).

Os ambientes são totalmente diferentes um do outro. Os domicílios são diferentes, a logística da casa...tudo é diferente. Então, às vezes, a gente precisa sim, pensar em ajustar o cuidado para aquele paciente. Então, a gente tem que usar muito a criatividade::de (E8).

O emprego da metáfora “*jogo de cintura*” indica que a criatividade também favorece a superação da escassez de materiais em domicílio, contribuindo na tomada de decisão.

Acho que o jogo de cintura, não sei como expressar de outro jeito. Às vezes você está ali e só tem aquele material e você precisa fazer alguma coisa (E1).

É o famoso jogo de cintura na casa do paciente, né? Acaba que você tem que trabalhar às vezes com o que você tem ali na mala, com o que você tem na casa do paciente, considerando a questão social também da família (E1-GF2).

Na perspectiva dos entrevistados para a tomada de decisão é necessário o conhecimento técnico científico.

Usar pensamento crítico e raciocínio lógico, lidar com as situações inesperadas e saber priorizar, usar a criatividade, criar adaptações, definir condutas em situações de urgência, discutir o caso e referenciar o paciente para outros pontos da RAS, partilhar informações e tomar decisão compartilhada nos casos em que há necessidade de atuação de outros profissionais e orientar a distância (via telefone) a equipe de enfermagem são indicadas como habilidades relacionadas à tomada de decisão.

Ser flexível, mostrar autonomia na atuação cotidiana do SAD, decidir de forma responsável e ética, avaliando riscos/benefícios das escolhas foram elencadas como as atitudes no campo da tomada de decisão.

#### **5.2.4 Avaliação holística do paciente e ambiente domiciliar**

*“O enfermeiro é quem tem esse olhar 360°, de tentar ver tudo”* (E8).

O emprego do qualificador *“fundamental”* para a descrição da competência remete a noção de base, fundamento, ou seja, é considerada primordial para a concretização da AD. A mobilização desta competência permite ao enfermeiro avaliar a real situação em que o paciente encontra-se e a partir daí compreender as demandas para a assistência domiciliar, favorecendo a construção do plano de cuidados.

Fundamental! [...] Deve ser a nossa primeira visão do paciente na emad, né? Composta por nossa avaliação, nossa consulta, vamos dizer assim, sem isso a gente não consegue ir pra frente. A gente tem que ter a visão de onde o paciente tá inserido, qual é o problema dele, o ambiente que ele vive (E2).

Então, eu acho que, é extremamente importante, essa competência que é... a base da atenção domiciliar, e a partir de onde a gente faz o nosso planejamento assistencial (E10).

De acordo com International Guidelines for Home Health Nursing, o enfermeiro deve avaliar tanto as condições de saúde, quanto as necessidades do paciente de forma holística, usando um processo sistemático e contínuo. Uma avaliação individualizada e abrangente inclui

avaliações físicas, funcionais, nutricionais, psicossociais, emocionais, comportamentais, cognitivas, sexuais e espirituais. Além destas, deve avaliar a prescrição/medicações em uso pelo paciente, dúvidas e orientações necessárias, questões culturais e financeiras, demandas do cuidador e condições do ambiente doméstico (Narayan *et al.*, 2017).

Nota-se que os discursos indicam uma amplitude tanto na visão/avaliação do enfermeiro do SAD quanto nas intervenções direcionadas ao paciente, família/cuidador e ambiente domiciliar evidenciadas pelo emprego das palavras “*todo*”, “*tudo*”, “*global*”.

Em nossa avaliação, consulta do enfermeiro, a gente não vai focado naquele problema do paciente, a gente olha o paciente como um todo e a gente acaba abordando tudo isso, uma orientação para o paciente, família, ambiente (E2).

[...] a gente consegue estar lá no ambiente e avaliar o paciente como um todo, vendo as demandas que ele tem de questões física, social, emocional e dividir isso com a equipe (E6).

O médico vai na doença, no focal, tá tossindo, então vamos olhar o pulmão. O enfermeiro já consegue ver além, enxerga bem o ambiente, se tá limpo, se dá pra ficar um pouquinho mais limpo. A gente sabe que tá IMUNDO, mas será que dá pra tirar um pouquinho mais a poeira em determinado lugar pra dar pra respirar melhor. Então, o enfermeiro vê esse global, que é inerente a profissão do cuidar (E4-GF2).

Enquanto integrantes de uma equipe multiprofissional, os enfermeiros reconhecem a avaliação holística como intrínseca ao cuidar, tomando para si como uma competência própria no fazer diário da AD. Além disso, o emprego da metáfora “*unir tudo*” evidencia que na relação enfermeiro-paciente/família-domicílio o enfermeiro constitui um elo essencial para a integralidade.

É... às vezes eu fico observando eles assim... aí vai lá um e olha o paciente, outro olha as condições da casa. Mas, para você olhar o GERAL, assim tem que ter uma visão do enfermeiro para olhar o ambiente, o contexto clínico o contexto social e agrupar tudo para ver as condições reais de vida do paciente, sabe? Acho que isso a gente faz muito bem. Acho que isso é bem o nosso papel assim. A gente é que consegue unir tudo. Passar as condutas, acionar a EMAP, encaminhar pra rede, né? (E7).

A integralidade é um dos princípios doutrinários do SUS. Entretanto, de acordo com Mattos (2004), sua compreensão ultrapassa a perspectiva organizacional, sendo entendida como o ideal que se espera atingir nas práticas de saúde. Parte-se do princípio que a integralidade é um espaço de intersubjetividade em que predomina a dimensão dialógica, onde profissionais de saúde utilizam os conhecimentos para identificar as necessidades do sujeito em relação a ações e serviços de saúde, e a partir daí reconhecer o que pode ser colocado em prática. Mattos

(2004, p. 1414) argumenta ainda que “defender a integralidade nas práticas é defender que nossa oferta de ações deve estar sintonizada com o contexto específico de cada encontro”.

A avaliação holística do paciente e ambiente domiciliar é pontuada no discurso como uma competência a ser mobilizada de forma contínua durante o tempo de permanência no SAD.

É o tempo todo, né? (E1-GF2).

Sempre a gente faz uma avaliação na admissão, pré admissão, aí a gente chega avalia e no final nunca é o que a gente avaliou no início né? À medida que a gente vai acompanhando, vai conhecendo, vai entrando, a gente vai aprendendo um olhar diferenciado. Aí a gente vai ...não é bem exatamente o que a gente entendeu no início. Então acaba que essa visão holística ela é construída no dia a dia das nossas casas (E4).

Fjortoft *et al.* (2021) enfatizam que a competência de avaliação do enfermeiro é importante em todos os contextos, mas no domiciliar é considerado crucial. De acordo com o autor, cada vez que o enfermeiro entra no domicílio de um paciente precisa avaliar a situação naquele momento e capturar as mudanças, constituindo assim, tarefa essencial na enfermagem domiciliar e fundamental para os pacientes permanecerem no lar, em segurança.

Por meio da racionalização do discurso, a competência é apresentada em sua complexidade. O foco central da avaliação é o paciente, contudo o “*caminho*” que o enfermeiro percorre no exterior e interior do domicílio apresentam detalhes que devem ser apreendidos como intervenientes no processo saúde-doença.

A gente chega na casa do paciente, você vê o paciente lá, mas no seu caminho até o quarto dele, você já olhou a casa inteira. Não é aquele olhar crítico da casa, mas você já olhou... Você já olhou o que tá piorando a DPOC dele, você já viu ali, o animal, o quintal, se tem ventilação, mofo na parede, se bate sol no ambiente... Então assim, essa avaliação a gente já faz ali, eu pelo menos, na hora que eu cheguei ali, eu já vi tudo (E4-GF1).

Na avaliação domiciliar, o olhar do enfermeiro oportuniza a percepção das características deste ambiente, como as condições de acesso, estrutura física, fornecimento de água e energia, condições de limpeza, presença de animais domésticos, dentre outras que podem interferir na assistência.

Para a avaliação holística os participantes indicam a necessidade de conhecimento científico.

Observar e avaliar o ambiente domiciliar, realizar a consulta de enfermagem, reconhecer demandas que competem aos profissionais da EMAP e solicitar avaliação, reconhecer



elementos domiciliares desfavoráveis ao paciente, mobilizar a rede de apoio: vizinhos, irmãos da igreja, escola, conforme contexto social e criar adaptações foram as habilidades citadas.

Em relação as atitudes foram sinalizadas a importância de compreender o paciente de forma holística, considerando seus valores e suas necessidades, acolher as demandas apresentadas e mostrar interesse na situação, comunicar de forma respeitosa os elementos que não contribuem para a assistência, procurando minimizá-los, compartilhar de forma respeitosa a construção e implementação do plano de cuidados com a corresponsabilização do paciente/cuidadores.

### 5.2.5 Gestão do trabalho

“PLANEJAR é tudo, de fato!” (E1-GF1).

A gestão do trabalho é descrita com o emprego dos qualificadores “*determinante*” e “*constante*”, indicando o reconhecimento como uma competência de mobilização contínua e fundamental para o desenvolvimento do trabalho do enfermeiro. Envolve uma visão ampliada e a compreensão da complexidade do serviço em relação a diversidade de fatores que contribuem para sua efetivação.

Eu acho que a gente não consegue planejar se não tiver a visão do todo, no sentido, não só de atender o nosso usuário, família, cuidador. Mas, até dos nossos recursos também. O enfermeiro... é que tem essa CAPACIDADE. Por ter a visão do todo. O gerenciar, administrar uma equipe. Então, de fato, isso é do enfermeiro. Mesmo em uma equipe madura, o enfermeiro, ele tem essa visão do todo, naturalmente, pela formação. Então, eu vejo muito, o ator principal, ENFERMEIRO. Desde a hora que você entra na sala, uma sala organizada, que tem toda previsão e provisão de materiais, tem os insumos, tem computador que tá funcionando, tem a equipe que tá ali disponível. Até de fato, a gente, ver o nosso paciente atendido em todas as suas demandas holísticas. O ambiente, também contornado da melhor forma possível, com a nossa equipe de apoio. Então, esse planejamento para o trabalho é isso. É a gente já saber que tá acabando a gatinha, mas saber também que aquele motorista não estará lá na sexta feira, porque é a folga dele (E1-GF1).

A gestão do SAD é realizada no nível central por uma coordenação e no nível local por cada enfermeiro da EMAD. Entender o território e a logística de deslocamento, realizar a previsão e provisão de materiais, dimensionamento de profissionais, incluindo os motoristas, organização da agenda e rotas de visitas são citados pelos enfermeiros como ações importantes para a gestão do trabalho. Nos discursos, há um enfoque em relação a construção de agendas de visitas e planejamento de rotas diárias.

França (2021) destaca que o planejamento das rotas diárias, no SAD, otimiza o deslocamento e a gestão do tempo, além de evitar visitas desnecessárias. Para isso, leva-se em conta a prioridade de atendimento e o bairro de moradia de cada paciente. Assim, as agendas de visitas domiciliares são um instrumento de gestão que visa garantir ao paciente um cuidado mais assertivo e, para isso, o enfermeiro deve realizar a gestão dos recursos disponíveis e associar com a avaliação das necessidades apresentadas por cada sujeito. (França, 2021).

A gestão do trabalho no SAD difere-se de outros serviços de saúde, conforme evidenciado no excerto seguinte. O emprego da expressão “*o tempo to::do*” indica a característica mutante exigida para o planejamento, relacionado a complexidade dos pacientes e intercorrências, além da dinamicidade em relação as altas e admissões.

A gente planeja o tempo to::do. Eu acho que muda muito no planejamento pa::ra o atendimento domiciliar. Porque a gente começa a segunda-feira com dez pacientes e no decorrer da semana viram quinze. Então, o que a gente tinha planejado na quinta-feira pra ir em dois, na sexta vira três. Então, assim, o planejamento é constante, né? A gente tem que se adequar aos novos pacientes, as altas, as intercorrências que acontecem, porque acontecem sempre. Então, assim, a gente planeja, faz o planejamento com a equipe, planeja rota, planeja tudo e vai mudando no decorrer do dia (E2-GF2).

Neste sentido, para que o enfermeiro consiga adaptar e conduzir seu trabalho no SAD a flexibilidade é indicada, juntamente com o “*saber priorizar*” como atributos essenciais.

E aí entra muito a flexibilidade, né? Porque é isso aí que a E2 falou, se você vem com tudo pronto, chega ali e você tem uma surpresa você tem que ó... Então, é aquele negócio de você só escrever a lápis pra você apagar e depois recomençar tudo, né? (E1-GF2).

Eu acho que a gente tem que saber também que planejar é importante, mas que às vezes as coisas não vão sair conforme a gente planejou, né? E aí você tem que ter o plano b, c, d, né? E aí a gente tem que ir adaptando de acordo com as situações que vão surgindo, como atender uma prioridade, uma urgência. Saber priorizar quem tá precisando mais (E3-GF1).

Em meio a diversidade de ações sob responsabilidade do enfermeiro, a criação de uma rotina para o desenvolvimento do trabalho é indicada como uma estratégia facilitadora para o planejamento no trabalho.

Você tem que estar focado naquilo e ter uma rotina de trabalho mesmo, pra não se perder (E6).

Em relação aos atributos, os enfermeiros não apresentam conhecimentos específicos para a gestão do trabalho.

Sobre as habilidades foram pontuadas a incorporação da gestão como componente essencial para o desfecho do processo de trabalho, a capacidade de lidar com situações inesperadas e saber priorizar, a organização da agenda com distribuição dos técnicos conforme habilidades individuais, a organização de rotas considerando o tempo gasto no percurso, a construção do plano de cuidados e estabelecimento de um prazo médio de permanência e expectativa de alta, o emprego do monitoramento telefônico, a previsão e provisão de materiais (emprego de checklist).

Ser flexível e envolver-se com o contexto da AD, considerando seus componentes como intervenientes na gestão do trabalho foram as atitudes indicadas nos discursos.

### 5.2.6 Gestão do cuidado

*“A gente age como articulador para os vários personagens que têm no atendimento domiciliar” (E1-GF2).*

Os enfermeiros identificam a gestão do cuidado como uma competência própria. O emprego dos qualificadores “vínculo”, “conectar” e “ligação” demonstram que o protagonismo em relação a esta competência está para além da assistência direta ao paciente. O compartilhamento de cuidados entre os profissionais que compõe a EMAD, EMAP e RAS destaca-se nos achados. O fruto desta articulação é a busca de um cuidado centrado na integralidade.

Essa gestão, esse vínculo, eu vejo que é do enfermeiro. [...] Eu discuto todos, quem foi visitar, às vezes nem foi eu, e aí eu pergunto: -o quê que você achou, como que você achou a casa, como que são as pessoas, baseando na questão clínica do paciente. Então, às vezes ele fala e aí eu falo: -vamos pedir isso (referindo a EMAP) mesmo eu não olhando, de início (E1-GF1).

[...]o enfermeiro, de fato, ele consegue conectar as equipes, consegue conectar à rede, consegue conectar com a emap, vai acionando os profissionais e discutindo mesmo, caso a caso (E1-GF1).

[...] a gente acaba fazendo essa ligação, entre as emaps e o médico, com todo mundo assim...a gente acaba gerindo mesmo o cuidado, trazendo outros profissionais pra fazer parte daquele plano de cuidados. Então, eu acho que isso aqui é bem forte do enfermeiro, assim, gerir esse cuidado (E3-GF1).

A gestão de cuidados no SAD tem como linha guia o plano de cuidados elaborado pela equipe multiprofissional de acordo com as necessidades individuais de cada caso. A construção

deste plano parte do estado atual do paciente, com a identificação e estabelecimento de cuidados para alcançar as metas almejadas.

Então, a gente sempre tenta sentar e conversar, principalmente na primeira visita, que a gente vai no paciente, pra definir ali, o que o paciente precisa, do ponto de vista da enfermagem, do ponto de vista médico, se ele vai precisar da equipe de apoio ou não. Aí, a gente define esse plano de cuidados e cada um vai ali, exercendo o seu papel, individual, mas com a proposta coletiva, que a gente se propôs a fazer (E6).

A gente consegue muito articular as várias demandas do paciente pra montar um plano de cuidados completo pra ele. Pra abranger, tanto a parte social, psicológica, parte física e as outras demandas que ele apresenta. [...] Então, a gente tá ali pra articular todas as demandas dele e montar um planejamento (E1-GF2).

Silva *et al.* (2014) destacam que a produção do plano de cuidados também deve ser compartilhada com o usuário/cuidador, visto que um dos pressupostos dessa modalidade assistencial é que estes sejam corresponsáveis pelo cuidado.

Na construção deste plano de cuidados, o enfermeiro atua de forma coletiva. No entanto, apresenta-se como figura central no processo de orientações para o paciente/família em domicílio.

Acaba que como são diversos saberes, cada um na sua competência o enfermeiro acaba que consegue englobar todos, juntar todos e passar para o paciente e família esse plano de cuidado de uma maneira mais tranquila que é de fácil realização para adequar os cuidados com esse paciente, né? (E7).

Além do planejamento e implementação do plano de cuidados, o enfermeiro é responsável por realizar a avaliação em relação a adesão e progresso do paciente, estabelecendo novas estratégias, caso seja necessário revisar o plano de cuidados (Narayan, *et al.* 2017)

Para a gestão de cuidados, os enfermeiros salientam a importância dos conhecimentos técnico científicos.

Em relação as habilidades foram pontuadas a avaliação holística do paciente e definição de demandas para outros profissionais, discussão de casos entre EMAD/EMAP/RAS, construção em equipe do plano de cuidados e estabelecimento das condutas do enfermeiro, compartilhamento de cuidados com a UBS e demais pontos da RAS, adaptação no domicílio e encaminhamento para serviços de urgência quando houver piora clínica que inviabilize a assistência domiciliar.

Refletir sobre as questões do ambiente, cuidadores/família que interferem na evolução do paciente e orientar usando linguagem compreensível e respeitosa, realizar a transferência de

cuidados (UBS/RAS) de forma responsável e segura, empregar a equidade para a priorização de cuidados foram as atitudes apontadas pelos enfermeiros para a gestão do cuidado no SAD.

### 5.2.7 Educação em saúde

“[...] a educação em saúde, é um modo de finalidade pra desenvolver pessoas, desenvolver equipe, treinar o paciente, a família” (E1-GF1).

O emprego dos qualificadores “*contínua*” e “*complexa*”, usados na descrição da competência, indica a percepção da necessidade de permanência na mobilização, apesar da complexidade do exercício. Nos discursos, evidencia-se que os enfermeiros assumem as orientações e capacitações de pacientes e cuidadores. O uso da expressão “*tem que*” indica a modalidade deôntica, ou seja, o enfermeiro reconhece essa atividade como sua obrigação.

O enfermeiro tem que ter esse papel né? Esse olhar, né? [...] E aí você tem que explicar direitinho. Então assim, é contínua e é complexa. [...] São coisas simples, mas assim, se a gente não vê... ô dona Maria qual medicação? Me mostra aqui, qual a medicação que você toma, de dia, e no almoço qual é? E ela tava tomando tudo errado. Então assim, essa educação é sempre. Ela acontece. O enfermeiro, ele é o responsável (E3).

Igual, a gente treina, viu que tá precisando treinar de novo, a gente treina. Mudou...saiu da sonda nasoentérica e foi pra gastrostomia, então vamos retreinar agora, um novo cuidado com a ostomia. E aí é no caminhar mesmo, desse paciente dentro da equipe... A medida que vai aumentando alguma coisa a gente tem que ir trocando (E4).

O tempo todo, né? Nós temos que CAPACITAR o cuidador. Então, acho que a gente é...treinando, capacitando, orientando (E5-GF2).

A ação educativa em saúde é um processo dinâmico que tem como objetivo a capacitação dos indivíduos, propiciando o aprendizado de novas formas de cuidar e melhorias das condições de saúde (Martins *et al.*, 2007).

Constitui uma competência que favorece a autonomia e a corresponsabilidade, potencializando o cuidado em domicílio e o desfecho para o paciente/família/cuidador. Contudo, vale ressaltar que o domicílio é permeado por diversos aspectos culturais, de significância aos seus moradores. De acordo com Salci *et al.* (2013), o profissional precisa reconhecer a cultura dos indivíduos e apreender sua visão do mundo de forma a reconhecer o contexto social e familiar, o que traz argumentos para exercer uma educação em saúde focada na realidade, que compreende o mundo vivido pelo indivíduo.

Tem uns casos que o pessoal chega e fala: -d. Maria tá lá, lavando, LAVANDO as gazinhas. Eu falei: -mentira? É ela tá lavando a gazinha. Eu fui lá e falei: -ó d. Maria não pode porque a senhora tem uma lesão e essa gazinha é estéril, lavando a senhora contamina mais ainda. E aí a gente tem que explicar por quê que vai jogar fora. É um desperdício? É. Mas o custo-benefício do desperdício vai ser melhor. Então, esse enfermeiro tem que ter esse papel né? E aí você tem que explicar direitinho (E3).

Os participantes compreendem a educação em saúde com foco ampliado, considerando tanto a abordagem paciente/cuidador quanto a da equipe de enfermagem e demais profissionais.

Tanto na casa, tanto na equipe, com os novos profissionais que estão chegando. [...] Então, assim, é o tempo todo, a gente educando, conversando com a equipe. No domicílio é CONSTANTE, mas na equipe também, né? (E2-GF2).

Então, eu vejo muito o perfil educativo no enfermeiro. Sem esse perfil educativo a gente não consegue atender a missão do serviço. Então, é orientando, é trabalhando a prevenção, a promoção, é treinando a equipe (E1-GF1).

[...]a gente sempre tem que fazer essa educação em saúde. Os colegas que dão abertura, a gente manda um artigo, a gente discute o caso, e aí a gente vai indo (E3-GF1).

A necessidade de conhecimentos para a educação em saúde é reconhecida pelos enfermeiros nos discursos, porém não foram elencados.

Sobre as habilidades destacaram-se a capacitação do paciente/cuidador para os cuidados em domicílio e retomada das orientações quantas vezes forem necessárias, o emprego de tabelas, frascos específicos, simbologias (sol/lua) para orientar o uso de medicações, o reconhecimento de déficits da equipe de enfermagem e realização de treinamentos, buscando instrumentalizar a equipe para o trabalho.

Estimular e contribuir para o aprendizado da equipe de enfermagem, comprometer-se em oferecer ao paciente/cuidador orientações e treinamentos para o cuidado domiciliar e comunicar-se de forma clara, objetiva e respeitosa, checando o entendimento do receptor foram as atitudes apontadas em relação a educação à saúde.

### **5.2.8 Sensibilidade cultural**

*“Você tem que tentar barganhar muitas coisas... Muitas vezes a gente perde, muitas vezes a gente ganha e muitas vezes a gente tenta chegar mais ou menos no equilíbrio”* (E4).

Na perspectiva dos enfermeiros a sensibilidade cultural é uma competência necessária para o desenvolvimento do trabalho no contexto domiciliar, local onde os pacientes, geralmente, apresentam suas regras, pautadas em crenças e histórias de vida. Neste sentido, o enfermeiro atua como um mediador, buscando articular o cuidado ideal com o cuidado aceito e praticado pelo paciente/família/cuidador, contudo, realizando a assistência pautada no conhecimento científico.

Eu tenho que ter a sensibilidade de entender o contexto do paciente, mas eu também tenho que mostrar pra ele o que é o conhecimento e o que eu preciso fazer por ele. Não posso seguir o que ele traz pra mim. Eu respeito, eu entendo, mas dentro do protocolo da prefeitura eu não posso fazer aquilo que ele entendeu que seria o bom pra ele. Mas, ele tem a autonomia de recusar o tratamento também (E9).

Os discursos apresentam recorrência do item lexical “respeito”, destacando-o como componente atitudinal fundamental para esta competência.

Quando a gente tá no ambiente domiciliar, a primeira coisa que a gente tem que ver, respeitar a crença, a religião, o que o paciente quer, o entendimento do paciente. É a casa do paciente, então assim, respeitar as regras (E3).

É a questão do respeito da realidade que a família tem. Às vezes, os valores que a família tem são diferentes dos nossos (E1-GF2).

Acontece muito no cuidado paliativo, né? O paciente é pra cuidado paliativo e a família não aceita, e você tem que respeitar aquilo ali. Às vezes, no momento final, próximo ao óbito, vamos deslocar o paciente pra uma unidade hospitalar, pra upa, pro paciente falecer ali. E você tem que respeitar a vontade. Por mais, que a gente saiba que não é o melhor pro paciente (E5-GF2).

Segundo Gouveia, Silva e Pessoa (2019, p. 85), “uma prática de saúde culturalmente segura é caracterizada por ações que reconhecem, respeitam e alimentam a identidade cultural única de um povo e atendem às suas necessidades, expectativas e direitos”. Os autores salientam, ainda, que o desempenho desta prática está condicionado ao desenvolvimento da sensibilidade cultural pelo profissional e a capacidade de identificar e refletir sobre sua própria cultura e a influência que ela exerce sobre sua prática.

A comunicação é destacada pelos participantes como atributo obrigatório para a negociação entre enfermeiro da AD e paciente/família/cuidador, conforme evidenciado pelos excertos de modalidade deôntica.

E assim, quando a questão cultural atrapalha o processo, que a gente tá ali com o objetivo de melhorar a qualidade de vida, de promover a melhora do quadro agudo, eu acho que tem que ser falado, de alguma forma. De forma que ele entenda, de forma

educada, mas tem que ser falada. Até questão de higiene mesmo, de banho, que tem muitos que não tomam (E5-GF1).

Tem muitas vezes que a gente esbarra por exemplo, vai tratar uma lesão, tem a questão cultural deles colocarem plantas, babosa... Então isso tem que ser abordado, porque se não segue as orientações, não tem como a gente continuar o acompanhamento, né? (E2-GF1).

Em relação aos atributos relativos à sensibilidade cultural, os enfermeiros consideram que são necessários o conhecimento técnico científico.

Orientar a equipe sobre a condução do atendimento domiciliar mediante situações especiais foi indicada como habilidade necessária.

Ser flexível, respeitar a crença e regras do paciente/família/cuidador, promover a reflexão em relação ao cuidado proposto X executado, negociar, realizar barganha no domicílio, buscando o equilíbrio entre o ideal e o possível, permitir que o paciente/família sejam protagonistas do cuidado, avaliando e explicitando os riscos envolvidos foram as atitudes indicadas nos discursos.

### **5.2.9 Assistência de enfermagem**

*“Pra você ir na casa de uma pessoa, entrar dentro do ambiente dela, você tem que dominar muito o que você faz” (E7).*

Dentre as múltiplas funções que o enfermeiro desempenha no SAD, a assistência direta ao paciente, constitui o foco central. Descrita com o emprego dos qualificadores “*importante*” e “*complexa*”, destaca-se também como favorecedora para o estabelecimento de confiança e segurança na relação enfermeiro/paciente, além de constituir determinante na melhoria das condições de saúde.

[...] você tá na casa do paciente, você tem que apresentar essa competência, porque ele tem que confiar em você para ver aquilo que você está fazendo é o correto para ele. Então é o certo para ele, para ele seguir as orientações certas, né? Se ele não tiver essa confiança ele não segue. Procura outro atendimento, procura outros profissionais. Então quando o paciente tem a confiança que você tá fazendo aquilo bem-feito ele segue suas orientações. E acaba que nos cuidados privativos do enfermeiro, como o curativo, se você não tiver destreza ali, domínio da técnica e da avaliação de lesão, você acaba que piora as condições dos pacientes, em vez de melhorar, piora muito as condições e complica o quadro dele (E7).

A prestação de cuidados em domicílio está se tornando cada vez mais abrangente e complexa (Fjortoft *et al.*, 2021; Lim *et al.*, 2021; Rusli *et al.*, 2021). Dentre os fatores para essa



complexidade citam-se a predominância de idosos com múltiplas comorbidades, altas hospitalares mais precoces com maior risco de instabilidades e aumento de demanda para os cuidados domiciliares, além dos cuidados paliativos, ofertados especialmente aos pacientes portadores de demências e aqueles em fase final de vida. Assim, este cenário tem requerido dos enfermeiros mais conhecimento e habilidades para uma assistência segura e de qualidade.

Os enfermeiros reconhecem a necessidade de certos atributos para a assistência domiciliar, conforme revelado nos excertos de modalidade deontica.

Tem que ter o conhecimento científico, né, da..., na verdade da pessoa, como um todo, conhecer e entender de anatomia, de fisiologia e ter o conhecimento técnico mesmo, da melhor forma de desempenhar a técnica definida (E6).

O enfermeiro tem que se munir de muito conhecimento, de muita habilidade, pra poder prestar assistência segura ao paciente. É necessário a competência do conhecimento técnico, científico e prático. Eu tenho que ter vivenciado isso também no ambiente hospitalar ou em um ambiente fora do domiciliar pra eu ter um pouco de conhecimento, um pouco de habilidade pra levar isso pro atendimento domiciliar (E9).

Fica evidente também no discurso, a valorização da experiência prévia para que o enfermeiro assuma uma equipe de atendimento domiciliar. Conforme apontado por Fjortoft *et al.* (2021) e Furåker (2012) a prestação de cuidados na AD requer experiência, visto que a falta de conhecimento reflete na qualidade e envolvendo riscos.

A recorrência do item lexical “domínio”, indica que a competência técnica é considerada obrigatória pelos participantes para atuação no domicílio. Além de favorecer a autonomia para o enfermeiro, contribui para a assistência segura, capacitação da equipe de enfermagem, demais profissionais e paciente/família/cuidador.

A gente é completamente assistencial, a gente não tem cobertura de técnico de enfermagem de férias. Então a gente tem que ter o DOMÍNIO da técnica mesmo. Então a gente faz toda a assistência que cabe ao enfermeiro (E2).

Por ser referência para os técnicos de enfermagem, a gente tem que ter um domínio muito grande da técnica. Tanto na técnica de administração de medicamentos, de punção, dos procedimentos que são de competência do técnico, a gente tem que ter domínio desses procedimentos, e os procedimentos mais privativos do enfermeiro também (E7).

A gente tem que ter um domínio muito grande da parte técnica, porque você é referência pra equipe dos técnicos de enfermagem, eles vão recorrer a você. Então, se você não domina aquela técnica, como você vai ensinar? Ensinar pra família, ensinar pro mé::dico, vem cá... vamos fazer junto. Então se você não tiver o domínio da técnica... (E1-GF2).

A busca pela qualidade e segurança assistencial é revelada no discurso como uma meta, apesar do reconhecimento que assistir no domicílio impõe desafios não vivenciados em outros ambientes assistenciais.

A gente tenta prestar uma melhor qualidade de serviço e mais seguro, mas sabendo que o ambiente é um ambiente domiciliar, do paciente que tem todas suas... né? Os cachorros, os netos, a falta de banheiro, a falta disso a falta daquilo. Então a gente tenta prestar a melhor qualidade, seja aonde for e para todo mundo do mesmo jeito, né? (E3).

Então, a gente faz o melhor possível naquela realidade, que a gente tem, com os materiais escassos, porque a gente só leva uma bolsa e a boa vontade e vamos... e o conhecimento (E2-GF2).

O Manual de Segurança do Paciente no Domicílio descreve os fatores que promovem a segurança do paciente neste ambiente e enfatiza que há desafios específicos, já que a equipe se encontra fora de uma unidade de saúde e não pode contar com sua logística de funcionamento. Além disso, deve-se levar em conta também os aspectos sociais e culturais, determinantes na condução da assistência prestada e a importância de estabelecer a comunicação com usuários e cuidadores, protagonistas na modalidade de cuidado domiciliar (Brasil, 2016c).

Assim, a assistência de enfermagem para além dos procedimentos envolve a educação em saúde com orientações que qualificam o cuidado, sendo a comunicação efetiva essencial neste processo.

Os participantes citam a necessidade de conhecimento técnico científico e destacam as práticas baseadas em evidências como norteadoras para a assistência de enfermagem no domicílio.

Orientar a equipe de enfermagem sobre o contexto domiciliar e direcionar os profissionais em relação as melhores estratégias de cuidado, organizar previamente os materiais para o atendimento domiciliar, dominar as técnicas procedimentais e criar adaptações que favoreçam a assistência foram as habilidades indicadas.

Em relação as atitudes destacaram-se a empatia, estar “*aberto para o novo*” e buscar o aprimoramento/atualizações, dialogar e orientar paciente/cuidador de forma respeitosa e solidária, manter o comprometimento com a busca pela qualidade assistencial, respeitar as questões culturais do paciente/cuidador, ser criativo e flexível.

### 5.2.10 Trabalho em equipe

*“A gente vai trabalhar juntando força, então assim, é o juntar forças de uma forma melhor possível” (E3).*

O trabalho em equipe é descrito com o emprego dos qualificadores “*essencial*” e “*desafiador*”, constituindo competência intrínseca a enfermagem e fundamental para a concretização do SAD. Conforme estabelecido na portaria que regulamenta o serviço (Brasil, 2016a), a equipe é composta por profissionais de múltiplas categorias, visando a oferta da assistência domiciliar.

A gente não consegue trabalhar sozinho... em nenhuma área da enfermagem. [...] na emad a gente precisa o tempo todo dos técnicos, médico e equipe multi (E1).

O atendimento domiciliar não funciona sem o trabalho em equipe. Nós somos todos uma equipe e em rede. É a emad, a emap é todo mundo (E4-GF1).

O trabalho em equipe configura-se numa estratégia de organização do trabalho que enfatiza a cooperação ativa e conjunta dos profissionais, que através da articulação das ações, intervenções técnicas e interação de sujeitos e saberes, almejam, de forma comum, um cuidado integral na assistência à saúde. Concretiza-se quando os trabalhadores constroem uma interação entre si, trocando conhecimentos e articulando um campo de produção do cuidado (Camelo, 2011).

O trabalho em equipe constitui-se um dos componentes estratégicos de enfrentamento da crescente complexidade, tanto das necessidades de saúde que requerem uma abordagem ampliada e contextualizada quanto da organização dos serviços e dos sistemas de atenção à saúde em rede (Peduzzi *et al.*, 2020).

O trabalho em equipe no SAD também está permeado por desafios conforme evidenciam os excertos:

Agora o trabalho em equipe é desafiador. Porque muitas vezes a pessoa, primeiro olha pra ele, não quer ceder. Muitas vezes não sabe trabalhar em equipe, eu acho que é um dos mais desafiadores (E4-GF2).

Quando a gente trabalha em equipe, tem muitos conflitos. A gente tem que saber ouvir os dois lados e, às vezes, ouvir não tomando parte, assim a princípio. Então, você tem que entender primeiro a situação e saber gerenciar conflitos (E9).

Se, fosse só:: a equipe técnica, que já é muito, consome demais, a gente ainda tem que articular o técnico com o médico, o técnico com fisio, o técnico com todo mundo e a

GENTE mesmo, né? Porque, a gente tem que ter um autocontrole pra conseguir fazer isso. E aí, é uma coisa assim, que é complexo... Ainda tem o motorista... uns BOs... e a gente tem que gerir isso tudo (E3-GF2).

Segundo Osugui *et al.* (2020), o enfermeiro como gestor de serviços de saúde desenvolve papel fundamental nas relações de equipe, visto que articula e interage com os diferentes trabalhadores, sendo essencial também a liderança na gestão de conflitos, a fim de garantir a qualidade no atendimento assistencial e o bem-estar no local de trabalho.

O modo de operar o trabalho em equipe no cotidiano e as estratégias empregadas pelos enfermeiros, indicam que atributos como empatia, liderança e comunicação são imprescindíveis nesta práxis.

Acho que a gente tem que estar sempre no lugar do outro. Então eu não sou o tipo de pessoa ríspida, que chama a atenção ali, desnecessariamente, eu prefiro chamar pra conversar e ver o que aconteceu, é, acho que a gente tem que ser, não é amigo, mas a gente tem que ser, ter uma relação profissional com a nossa equipe pra colaborar com o serviço (E2).

Exige liderança e a competência da comunicação. Eu acho muito importante que as coisas sejam construídas e não impostas. Então, eu acho que tem que ter o respeito, tem que ter a visão do grupo, a visão holística, a questão da liderança, de cada um trazer a sua colaboração (E11).

Uma coisa que eu gosto muito, é ouvir a opinião de todo mundo e a sugestão de todo mundo. [...] O quê que de fato pra nós é o trabalho em equipe? Trabalho em equipe é resultado, mas também é rearranjo. É cada um, genuinamente ali, pra saber o quê que ele tem de bom, o que tem de ponto fraco, receber ajuda, não ter o julgamento para aqueles pontos. Então, isso, eu enquanto enfermeira da equipe, eu tento pra equipe (E1-GF).

Em relação aos atributos, os enfermeiros não apresentam conhecimentos específicos para o trabalho em equipe.

Como habilidades foram apontadas o emprego de estratégia de valorização dos profissionais, estabelecimento de funções para a equipe de enfermagem na rotina do SAD, resolução de conflitos, realização reuniões e feedback aos funcionários

Ter empatia, delegar e dar autonomia ao técnico de enfermagem, estabelecer parceria, respeitar a opinião do outro e estimular a cooperação do grupo foram indicadas como atitudes vinculadas ao trabalho em equipe.

### 5.2.11 Colaboração interdisciplinar

“É através da interdisciplina, dessa colaboração, que a gente consegue potencializar a visão de cada um” (E11).

A colaboração interdisciplinar é caracterizada como uma competência importante, sendo o qualificador “*fundamental*” empregado para a descrição. Reconhecida como um elemento propulsor para a assistência integral no SAD/SUS. O emprego da metáfora “*binóculo*” indica que a equipe de atendimento domiciliar ocupa um lugar na RAS com potencial para expandir o olhar acerca do paciente em relação a suas demandas e possibilidades de intervenções no contexto.

É através desse item que a gente consegue de fato fazer-se o binóculo do paciente na rede. [...] É justamente, esse trabalho que nos faz perceber a demanda daquela pessoa para além da porta do domicílio. Isso pra mim, que é, essa colaboração, que é essencial pra fazer, realizar o SUS. Fazer funcionar. [...] Somente através da interdisciplinaridade é que a gente consegue fazer um plano de ação e atender a todas as demandas do usuário (E11).

O trabalho interprofissional em saúde, por meio da prática colaborativa, apresenta-se como uma das melhores formas para o enfrentamento dos desafios altamente complexos do setor saúde e a concretização da interdisciplinaridade (Farias *et al.*, 2018).

A interdisciplinaridade, segundo Peduzzi *et al.* (2013), diz respeito à esfera das disciplinas, ciências ou áreas de conhecimento, enquanto a interprofissionalidade corresponde à prática profissional em que se desenvolve o trabalho em equipe de saúde, articulando diferentes campos de práticas e fortalecendo a centralidade no usuário e suas necessidades na dinâmica da produção dos serviços de saúde.

Farias *et al.* (2018, p.143) salientam que “a interdisciplinaridade tem grande potencial para dar sustentação a ações integrais e mais resolutivas, sobretudo quando centradas nas necessidades do usuário”.

A colaboração interdisciplinar é apresentada no discurso como uma prática que ainda precisa avançar na AD e, neste movimento, o enfermeiro apresenta-se como um ator social importante na busca pela concretização.

É um ganho muito grande para os pacientes conseguirem ter em casa: fono, to, psico. E a gente consegue ter essa participação de todos, mas ainda entra a questão da gente ter que afunilar e conseguir fazer o elo para ligação entre todo mundo. Isso, eu acho que ainda... tem essa colaboração mútua, mas acho que ainda é importante o papel do

enfermeiro para afunilar e chegar em um denominador comum. Ainda é fragmentado DEMAIS (E3-GF2).

Cabe ao enfermeiro, de acordo com o International Guidelines for Home Health Nursing, trabalhar em colaboração com todos os profissionais que compõem a equipe para fornecer cuidados centrados no paciente, expressando sua percepção sobre a situação de saúde, dificultadores e facilitadores para o cuidado e as intervenções que consideram necessárias para o melhor desfecho (Narayan *et al.*, 2017).

Em relação aos atributos, os enfermeiros não apresentam conhecimentos específicos para a colaboração interdisciplinar.

Sobre as habilidades destacaram-se a definição de demandas para outros profissionais a partir da avaliação holística do paciente, interlocução com os profissionais da EMAP/RAS e a realização de atendimento compartilhado com integrantes da EMAP e enfermeiros da UBS.

Não foram apresentados componentes atitudinais para essa competência.

### 5.2.12 Trabalho em rede

*“Para articular essa questão da rede... esse vínculo quem faz é o enfermeiro” (E4-GF1).*

O emprego do qualificador “*faz a diferença*” indica que a competência do trabalho em rede é considerada como potencial para garantia de direitos do paciente. Os achados indicam que há uma centralidade no enfermeiro em relação a inserção do paciente na RAS e para tal, o conhecimento da rede e seus fluxos constitui uma obrigação.

Eu acho que faz diferença quando a gente tem o domínio, né? Porque existe muita coisa disponível, mas às vezes, o paciente não desfruta daquilo por falta de conhecimento mesmo do enfermeiro. E a gente só vai conhecer quando a gente busca e vai saber como funciona. Tem MUITA COISA, tem anticoagulação, tem pé diabético, que funciona super bem, né? As consultas especializadas, tem muito serviço na pbh. Acaba sendo do enfermeiro essa competência. [...] Então, você tem que conhecer a rede como um todo (E5-GF2).

Na verdade, todos esses encaminhamentos sou eu que faço. Tanto para o ambulatório de ostomia sou eu, o contato, às vezes lá no URS para conseguir oxigênio e pra agilizar sou eu, no CREAB quando tem que discutir um caso, eu ligo pessoalmente. Acho que a maioria sou eu que faço mesmo. [...] discutir caso centro de saúde, discutir caso no CREAB, geralmente quase uns 95% sou eu (E7).

Mas, os médicos chegam e não conhecem esse fluxo, como é que funciona a rede, porque a rede de Belo Horizonte é muito grande, né? Nem todo mundo sabe esse fluxo. A gente não é capacitado pra isso né? [...] Então o enfermeiro tem que dar uma direcionada (E3) .

A RAS configura-se como uma importante estratégia para o funcionamento do SUS com vistas a assegurar ao usuário o conjunto de ações e serviços de que necessita (Andrade *et al.*, 2013). A vinculação dos pacientes acompanhados pelo SAD aos vários pontos da rede deve ser realizada pelos profissionais que compõe a EMAD e a EMAP. Contudo, os discursos indicam fragilidades neste processo e evidenciam que a mobilização desta competência por parte do enfermeiro é essencial para o caminhar do paciente nos serviços relacionados.

Conhecimentos específicos para o trabalho em rede não foram evidenciados nos discursos.

Realizar o encaminhamento para os serviços disponíveis na RAS, discutir os casos de pacientes mais complexos e compartilhar os cuidados com a equipe da UBS, acionar o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) e transporte sanitário para as transferências foram indicadas como habilidades relacionadas ao trabalho em rede.

Colaborar para que o paciente seja assistido em todas as demandas conforme os serviços disponíveis na RAS destacou-se no campo atitudinal.

### 5.2.13 Gestão de recursos materiais

*“A gente faz muito dispositivos técnicos provisórios”* (E4).

A gestão de recursos materiais é descrita com o emprego dos qualificadores *“importante”* e *“essencial”*. Envolve a previsão, solicitação e controle dos materiais de consumo, além do manejo do que será gasto e disponibilizado em cada atendimento domiciliar.

Há uma centralidade no enfermeiro em relação as etapas que envolvem esta gestão conforme indicado nos discursos.

Então a gente tem esse papel mesmo, que é muito importante. Não só na gestão de recursos né? [...] Então, a gente tem que pensar a longo prazo, de quanto tempo vou precisar dos materiais, desses recursos. Esses materiais...quanto tempo vou levar para gastar... quantos mais vou ter que pedir?... Então, assim, é máscara, é luva... O enfermeiro lida também com isso, e diariamente com o controle desses recursos. [...] Então, assim o enfermeiro que lida com isso é... essencial...coitado do enfermeiro! (E3).

Os participantes empregam expressões como: *“a gente sua”*, *“a gente tenta render”* indicando que atuação do enfermeiro no SAD é permeada pela racionalização de recursos. Este contexto contribui para o desenvolvimento de adaptações que favoreçam a assistência.

A gente até apelidou - dispositivos técnicos provisórios para gambiarras. [...] A gente faz muito dispositivos técnicos provisórios na equipe. Então, essa parte de gestão de recursos a gente sua. Acaba que assim a gente tira do pouco e a gente tentar render ao máximo possível (E4).

Sobre os atributos, os enfermeiros não apresentaram conhecimentos específicos para a gestão de materiais.

Planejar os gastos e solicitar materiais/insumos conforme demanda, saber equilibrar: demanda-solicitação e gastos, saber trabalhar com a escassez de recursos e criar adaptações destacaram-se como habilidades essenciais.

Manter o comprometimento com a segurança assistencial, ser criativo e proativo foram as atitudes apontadas pelos enfermeiros em relação a gestão de recursos materiais.

#### 5.2.14 Gestão do tempo

*“É tudo muito corrido”* (E9).

A gestão do tempo constitui um dos maiores desafios para o enfermeiro do SAD. O emprego do qualificador *“difícil”* usado na descrição da competência associa-se a multiplicidade de ações sob responsabilidade do enfermeiro, evidenciado como fator comprometedor da gestão do tempo.

E o tempo cada vez mais difícil porque além da gente coordenar equipe, assistência, burocráticos, a gente ainda tem que gerenciar o quantitativo de tudo. O tempo, a gente tem que se organizar muito pra dar conta de tudo na atenção domiciliar, eu sinto que a gente é muito cobrado, o tempo todo surgem coisas, o tempo todo colocam atividades pro enfermeiro e a gente tem que dar conta (E2).

Por meio da racionalização do discurso, o enfermeiro busca justificar a dificuldade para a gestão do tempo vivenciada na AD.

Cinco horas, pra você chegar, traçar a logística, sua demanda, fazer a articulação com o tráfego, com os motoristas e ainda fazer a questão burocrática, registro de planilhas... todos os registros que os enfermeiros tem que fazer, né? E pensar também no paciente, o quê que ele tem que fazer com aquele paciente...A gente quer fazer, mas a gente tem uma limitação. O enfermeiro, eu acho que ele passa muito por isso. Porque às vezes, na atenção domiciliar não tem tempo pra tudo isso (E9).

A gestão do tempo envolve um complexo processo de tomada de decisão no planejamento das atividades diárias, objetivando contemplar as diferentes demandas. Para além



das ações rotineiras, faz-se necessário considerar a imprevisibilidade do domicílio, o tempo gasto em cada atendimento e a necessidade de inclusão de visitas não programadas, mediante intercorrências, como questões que permeiam o atendimento domiciliar e também interferem nesta gestão.

O planejamento, a organização da agenda de visitas e o saber priorizar são indicados no discurso como ferramentas fundamentais para a gestão do tempo.

Então, o enfermeiro tem que ter essa capacitação de, por exemplo, chegar no início da semana e organizar sua agenda, né? -Ah eu organizei, vou colocar quatro atendimentos pra sobrar tempo pra eu fazer as evoluções, fazer as solicitações de material e aquela coisa toda. -Ah não, teve uma admissão, tem uma intercorrência, você tem que ter essa gestão pra saber o que é prioridade e o que não é pra reprogramar. Então, isso aqui é importante. Senão você fica perdido se você não gerir seu tempo direito (E12).

Mas, exige planejamento, exige visão do todo. Nesse planejamento, exige a questão do que que é importante, de priorizar, né? E pensar também na questão da... disponibilidade, do que eu tenho pra aquele momento (E11).

Em relação aos atributos, conhecimentos específicos para a gestão do tempo não foram evidenciados no discurso.

Sobre as habilidades destacaram-se o planejamento da rotina de trabalho e a priorização de atividades, a gestão de rotas e agendas de visitas.

Ser flexível, estabelecer prioridades pautadas na responsabilidade e compromisso, confiar na equipe técnica e saber delegar funções conforme aptidão profissional foram apontadas como habilidades relacionadas a gestão do tempo.

### ***5.2.15 Desenvolvimento profissional***

*“A gente não pode trabalhar com achismo”* (E1).

Os qualificadores *“essencial”*, *“importante”* e *“busca individual”* são usados para a descrição da competência. Dessa forma, na perspectiva dos enfermeiros o desenvolvimento profissional é fundamental para atuação na AD e está relacionado a aquisição de conhecimentos e habilidades que favorecem o processo de trabalho e a qualidade assistencial no SAD. O estudo é apresentado como a principal via para o alcance desta competência e constitui uma obrigação do enfermeiro conforme evidenciado pelas afirmativas de modalidade deontica.

Mas, o estudo, eu como profissional acho essencial! Porque, é... a gente não via o morrer, igual a morte no domicílio. Isso pra mim era uma coisa assim, surreal. Eu não sabia como acontecia até eu vir para o atendimento domiciliar. [...] Então assim, quando a gente estuda, a gente consegue fazer essa parte do óbito no domicílio de um jeito melhor. Quando a gente estuda, a gente entende como inicia o processo ativo de morte, é... só com o estudo. Então o enfermeiro tem que estudar o tempo todo, porque tudo se renova muito rápido, né? Uma cobertura que a gente usava antigamente, não se usa mais... Então assim, antigamente usava a papaína, o açúcar, não sei quê, hoje não se faz mais isso::.(E3).

Eu acho que não tem como a gente trabalhar sem ter o embasamento científico, sem tá fazendo atualização, sem tá buscando o conhecimento, porque senão a gente começa a trabalhar no automático e em alguns momentos a gente sempre faz a mesma coisa, mesmo que aquilo dê certo, mas sempre tem... eu acho que sempre a gente tem que tá estudando, porque sempre tem alguma coisa inovadora, que vai ser um recurso melhor que a gente vai tá proporcionando uma qualidade melhor ali pro paciente (E6).

O International Guidelines for Home Health Nursing enfatiza que a atuação do enfermeiro na AD requer conhecimentos e habilidades desde os básicos até os mais avançados. Assim, embora a gestão dos serviços tenha a obrigação de oferecer atualizações, os enfermeiros devem estar comprometidos com a busca autônoma de aprendizado ao longo da vida. Estes profissionais precisam determinar suas necessidades educacionais e buscar oportunidades para desenvolver seus conhecimentos e habilidades a fim de oferecer uma assistência de enfermagem de excelência (Narayan, *et al.*, 2017).

Conforme revelado nos discursos, os enfermeiros consideram a iniciativa individual preponderante para o avanço nesta competência.

Eu acho que essa busca é individual. A gente não teve treinamento, não teve nada que, pelo menos eu não tive, não tive formação, não tive experiência. Eu quis vir, e não tinha nenhum pré-requisito pra vir. E aí, a partir daquele momento você:: busca, se você quiser ou não, né? Aí, vai de você. O quê que você quer? O que você se propõe a fazer? Esse desenvolvimento, essa busca por capacitação, ela é individual mesmo (E3-GF1).

Eu acho que depende muito da força de vontade do enfermeiro, da disponibilidade que ele tem, do interesse que ele tem de buscar o conhecimento. Porque muitas vezes, isso tem que ser fora do horário de trabalho. O enfermeiro tem que ter uma competência assim, ser uma pessoa de iniciativa, de ...como é que eu posso dizer? De não achar que já sabe tudo. Sempre tem que buscar o conhecimento. Embora, o trabalho não te ofereça o tempo que você precisa, não te ofereça as condições, mas a gente tem que correr atrás disso (E9).

Em contraposição ressaltam que gostariam de ter mais incentivos para participar de cursos de capacitação e congressos, visto que encontram dificuldades em relação a liberação de carga horária para estas atividades. A baixa oferta de atualizações também é evidenciada nos discursos, sobreposta a responsabilização do serviço pelo desenvolvimento profissional.

Eu acho que tá faltando isso, pra gente. Desenvolvimento das habilidades... dos múltiplos casos que a gente tem, né? [...] eu acho que falta muito para gente estudar mais, assim, acho que o serviço tinha que ofertar isso para gente, para gente melhorar (E7).

O emprego da metáfora “*ATP da célula*” como elemento discursivo realça a motivação enquanto fator propulsor para a busca do desenvolvimento profissional.

Eu leio, eu procuro saber as novidades da atenção domiciliar, procuro ler muito sobre cuidado paliativo, entendendo a questão da gestão das prioridades, o que eu atendo mais, de quais demandas que os usuários precisam. Então é sempre desenvolvendo, tendo interesse, motivação. Eu não falei ela até então..., mas ela pra mim é o ATP da célula. É ter a motivação pra crescer e desenvolver. Então, é isso. Sempre ler (E11).

Em relação aos atributos, o conhecimento das práticas baseadas em evidências destacou-se como favorecedor ao desenvolvimento profissional.

Usar o estudo como meta para o alcance da qualidade assistencial, participar de atualizações e capacitações, realizar cursos de especialização e acompanhar as publicações científicas relacionadas a AD foram apresentadas nos discursos como habilidades que contribuem para o desenvolvimento profissional.

Refletir sobre as principais demandas dos pacientes e realizar autoavaliação da necessidade de atualização de conhecimentos, ter motivação para busca e aprimoramento de conhecimentos, e fortalecer a equipe através do compartilhamento de novos conhecimentos foram as atitudes apontadas nos discursos.

### **5.2.16 Adaptação à tecnologia**

*“A tecnologia tá aí, mas a gente tem que saber o que é factível, sabe?” (E3-GF2).*

Na descrição da competência o emprego dos qualificadores “*facilitador*” e “*dificultador*” evidenciam uma ambiguidade vivenciada pelos enfermeiros no cotidiano do SAD. Há o reconhecimento sobre as vantagens do emprego de tecnologias duras em serviços de saúde. Dentre elas destacam-se, o acesso a plataformas para reuniões e pesquisas, integração da rede SUS, lançamento e consolidação de dados assistenciais para a gestão. Contudo, questões como o quantitativo reduzido de computadores/equipe, aumento do número de planilhas para o preenchimento e indisponibilidade de rede de internet interferem negativamente no processo de trabalho do enfermeiro.

É, eu acho que a parte tecnológica veio pra melhorar, pra somar, apesar da gente ter a nossa dificuldade técnica, falta um computador, não dá tempo de fazer tudo, mas eu vejo como um ponto benéfico, que tá chegando pra ficar e pra melhorar. A coordenação tem tentado investir, liberou um notebook, mas não adianta porque eu não tenho ponto de internet, então falta recurso pra isso aí funcionar e a gente é cobrado por isso. Você tem que preencher o censo, não sabe que você não tem acesso ao computador, preenche planilha, e se você não tiver conseguindo acessar? Então, assim, eu acho hoje, que é uma realidade que veio pra somar, pra facilitar, mas é um dificultador no dia a dia (E2).

A necessidade de incorporação e adaptação ao uso de tecnologias digitais pelos enfermeiros da AD é destacada também em estudos do cenário internacional, especialmente em relação a telessaúde e visitas virtuais (Rusli *et al.*, 2021).

Independente da realidade distinta do SAD/SUS, o emprego da tecnologia está atrelado a caminhos direcionadores para melhorias na assistência domiciliar e, neste sentido, o aprimoramento de habilidades do enfermeiro é determinante.

Os participantes empregam as metáforas "abrir o coração" e "abrir a cabeça" para indicar que apesar das dificuldades relacionadas ao emprego da tecnologia na AD é fundamental a receptividade e adaptação.

Eu acho que no começo é tudo difícil, mais trabalhoso, [...] mas acho que as tecnologias vêm pra somar, então a gente tem que tentar abrir o coração, mas que é mais trabalhoso é sim (E1).

Então, a gente tem que atualizar e abrir a cabeça pra essas novas tecnologias, né? A gente sabe que se a gente dificultar as coisas, dificulta pra todo mundo e todo mundo acaba boicotando. Então, a gente estando aberto e falando: -não gente, isso vai ser bom. -Vamos adaptar, vamos forçar, vamos dar um jeito de melhorar... acaba que a gente vai adequando o processo de trabalho com essas novas tecnologias, que vem na maioria das vezes para agregar mesmo e melhorar a qualidade da assistência (E1-GF2).

Para adaptação à tecnologia, os enfermeiros citam a necessidade de conhecimentos de informática.

Em relação as habilidades, destacaram-se a aquisição de habilidades digitais, adaptação as tecnologias disponíveis e incorporação no cotidiano de trabalho do SAD.

Estar aberto para o “*novo*”, ser proativo e buscar aprender, foram as atitudes mencionadas pelos enfermeiros em relação a adaptação à tecnologia.

### 5.2.17 Segurança para o trabalho

“A primeira coisa é a sua segurança pessoal e da equipe” (E12).

Na descrição da competência, os enfermeiros empregam os qualificadores “*primordial*” e “*desafio*”, com repetição em vários excertos deste último adjetivo, indicando que o atendimento domiciliar oferece riscos aos profissionais. Os participantes citam riscos inerentes ao domicílio, ao entorno deste e outros associados ao deslocamento.

Nota-se a preocupação tanto com a segurança própria, quanto com a da equipe, sendo as estratégias de reconhecimento e condução evidenciadas no discurso como uma obrigação do enfermeiro.

Porque tem locais aqui [...] que dependendo da briga que tiver, a gente não consegue ir na casa desse paciente, pois tem briga de gangue [...]. Então, até nisso a gente tem que saber o que a gente vai fazer. Talvez, essa paciente vai ter que ir na upa hoje; vou ter que ligar para ela e orientar que tem que ir para upa, para outro dia eu ir na casa dela; eu não posso colocar a equipe em risco. Então até essa visão da equipe... colocar a equipe em risco... na chuva aqui, tem lugar que alaga aqui, você não tem noção. Já falei com os meninos: -gente se chover, vocês não ficam. A tarde em tal lugar não dá pra ir. Então assim até nisso a gente tem que ter essa visão de até onde a equipe pode ir. E de que jeito ela tem que ir (E3).

A primeira coisa que você tem que ver pra prestar uma assistência pro paciente,  você tem que pensar na sua segurança pessoal, a primeira premissa, a primeira coisa é avaliar sua segurança. [...] Então, tem vezes que a gente é inserida em algumas ações e que você tá no domicílio do paciente, então você tem que avaliar aquilo ali e tomar decisão rápida, porque tem muitas coisas que põe sua vida em risco. [...] se não tiver um ambiente seguro, a primeira premissa é sair do local e referenciar esse paciente pra uma upa ou algum outro local que vai prestar assistência. A primeira coisa é a sua segurança pessoal e da equipe (E12).

A gente fica muito exposto, né? . E... assim, eu acho que é a primeira coisa, a segurança da equipe. Vem primeiro de tudo, a gente tem que ter E como competência, o enfermeiro tem que identificar essas regiões, né? Igual, às vezes, a gente vai passar um caso pro enfermeiro: -ah não, E3 a gente não tem condição de admitir esse paciente. -É uma área de alto risco, dentro da boca, e a gente não pode admitir. E assim, já tivemos algumas coisas assim (E3-GF1).

Os enfermeiros de AD, conforme destacado por Canton *et al.* (2009), estão mais expostos a riscos, comparativamente aos demais, relacionado ao contexto dos domicílios e ao fato de realizarem os atendimentos às vezes sozinhos. Os domicílios podem apresentar uma série de situações ameaçadoras como presença de atividades ilícitas, drogas, armas de fogo, condições insalubres, iluminação precária, riscos estruturais e geológicos, animais de estimação agressivos e familiares violentos. Vale ressaltar, ainda, que o cenário predominante dos atendimentos do SAD são as regiões mais vulneráveis da cidade.

Os riscos são reconhecidos, contudo o discurso denota uma naturalização da situação, o que favorece a atuação do enfermeiro nestes cenários.

Mas, de uma forma geral, eu sinto segura, mesmo entrando em ambientes que são considerados mais vulneráveis, as pessoas sabem que gente tá ali pra trabalhar, pra ajudar de alguma forma, no bem-estar de quem está ali (E6).

A gente fica muito exposto, né?... Mas eu mesma vivenciar alguma situação ou me sentir insegura diante de alguma visita, não tive. Apesar, da gente estar bem à paisana, exposta (E3-GF1).

Eu, geralmente, não vou pro domicílio, mais com essa preocupação, não. Acho que eu já vou mais no automático. Eu já me acostumei (E5-GF1).

Ter a ciência dos riscos aos quais estão expostos no atendimento domiciliar direciona para o emprego de medidas de segurança. Estratégias como o uso de celular nos atendimentos, ligação prévia para comunicar a visita, avaliação em companhia de outro profissional, transferência do atendimento para local seguro quando identificado qualquer tipo de risco no domicílio são indicados por Canton *et al.* (2009). Além disso, é destacado também, que o estímulo aos debates entre os profissionais referente a experiência vivida e a busca de soluções, favorecem a redução dos impactos emocionais, possibilitando ainda a visibilidade da temática pelos gestores e criação de políticas direcionadas ao campo.

Através da simbolização, a caixa de perfurocortante é apresentada pelos participantes como o recurso de segurança que os profissionais utilizam no contexto domiciliar.

A gente tem alguns recursos, materiais que facilitam, né? Tipo, antigamente, a gente não carregava caixa de perfuro pra casa do paciente, a gente levava um potinho de nescau. Então essas coisas a gente conseguiu inserir pra facilitar o serviço, mas eu acho, ainda um desafio, porque a gente sobe o morro com uma caixa de antibiótico, uma caixa de perfuro cortante, uma mochila com os materiais, e, mas a gente faz o que a gente consegue (E2).

A gente leva, deixa na casa o do paciente. Tem que levar. Antigamente, a minha equipe também levava o pote de nescau. Agora não. Leva a caixa de perfuro cortante, carrega. Na hora que um acidentar... foi isso que aconteceu na minha equipe, um acidentou e nunca mais. Então, assim, segurança em primeiro lugar. É uma coisa a mais pra se carregar. Você vai carregando caixa, caixa de perfuro, bolsa, não sei o quê, mas você vai... é fundamental (E5-GF2).

Segurança... É o perfuro cortante que a gente anda por todos os lados com ele (E3-GF2).

Conhecimentos específicos relacionados à segurança para o trabalho não foram evidenciados no discurso.

Reconhecer riscos no momento do atendimento e tomar decisões, considerar o atendimento preferencialmente em dupla, lidar com os riscos relacionados a animais do domicílio/rua, pacientes/familiares psiquiátricos, questões climáticas (chuva e risco geológico), identificar áreas de risco mediante a solicitação de inclusão do paciente no serviço, sair do local e avaliar a alta administrativa quando envolver risco pessoal/equipe, orientar o paciente a procurar a UPA de referência para realização do procedimento indicado, orientar a equipe ao uso de cintos de segurança durante o deslocamento e armazenamento de materiais para o atendimento no bagageiro do veículo e usar a caixa de perfurocortante para o atendimento domiciliar destacaram-se como habilidades relacionadas à segurança para o trabalho.

As atitudes indicadas foram a empatia em relação a equipe e a colaboração para a segurança ao planejar as rotas e avaliação dos pacientes.

Em síntese, o Quadro 13 apresenta os achados relacionados ao qualificador, os atributos e competências correlatas para cada uma das competências indicadas pelos participantes do estudo.

Quadro 13 - Atributos das competências da atuação do enfermeiro na atenção domiciliar

(Continua)

Competência	Qualificador	Atributos			Competência correlata
		Conhecimento	Habilidade	Atitude	
<b>Liderança</b>	-Essencial -Base	Não apresentam	-Organizar o processo de trabalho, definir agenda de atendimento e rotas de visitas -Estimular a equipe a realizar ações de assistência à saúde de forma integral e de qualidade -Desempenhar ações na construção e implementação do plano de cuidados -Realizar a gestão de pessoas e resolução de conflitos -Realizar a discussão de casos e encaminhamento do paciente	-Ter empatia -Ser parceiro da equipe - Ser referência e influenciar a equipe, mesmo na sua ausência <i>“o serviço continua fluindo”</i> - Ser o articulador entre os todos personagens da AD.	- Comunicação
<b>Comunicação</b>	-Essencial -Base -Principal	Não apresentam	-Traduzir para os usuários a fala de outros profissionais -Compreender a linguagem não verbal -Realizar reuniões com a equipe e resolver conflitos -Usar meios de registro de orientações (cadernos, bilhetes, mensagens de WhatsApp)	-Chegar aberto e receptivo ao diálogo no domicílio -Empregar a escuta atenciosa e humanizada -Demonstrar interesse na fala do outro, acolher as opiniões e procurar compreender a realidade vivenciada - Estabelecer o diálogo respeitoso e a comunicação efetiva <i>“não é só conversar, é fazer, ensinar, mostrar a forma melhor”</i>	-Liderança



Quadro 13 - Atributos das competências da atuação do enfermeiro na atenção domiciliar

(Continuação)

Competência	Qualificador	Atributos			Competência correlata
		Conhecimento	Habilidade	Atitude	
<b>Tomada de decisão</b>	-Primeiro lugar -Muito importante	-Técnico científico	-Usar pensamento crítico e raciocínio lógico -Lidar com as situações inesperadas e saber priorizar -Usar a criatividade -Apresentar “ <i>jogo de cintura</i> ” no domicílio -Criar adaptações - Definir condutas em situações de urgência -Discutir o caso e referenciar o paciente para outros pontos da RAS -Partilhar informações e tomar decisão compartilhada nos casos em que há necessidade atuação de outros profissionais -Orientar a distância (via telefone) a equipe de enfermagem	-Ser flexível -Mostrar autonomia na atuação cotidiana do SAD -Decidir de forma responsável e ética, avaliando riscos/benefícios	-Liderança -Comunicação -Avaliação holística do paciente e ambiente domiciliar -Desenvolvimento profissional
<b>Avaliação holística do paciente e ambiente domiciliar</b>	-Fundamental -Extremamente importante -Contínua	-Científico	-Observar e avaliar o ambiente domiciliar -Realizar a consulta de enfermagem -Reconhecer elementos domiciliares desfavoráveis para o paciente -Solicitar avaliação de profissionais da EMAP conforme demandas -Mobilizar a rede de apoio: vizinhos, irmãos da igreja, escola, conforme contexto social -Criar adaptações	-Compreender o paciente de uma forma holística, considerando seus valores e suas necessidades -Acolher as demandas apresentadas e mostrar interesse na situação -Comunicar de forma respeitosa os elementos que não contribuem para a assistência -Compartilhar de forma respeitosa a construção e implementação do plano de cuidados com a coresponsabilização do paciente/cuidadores	-Liderança -Comunicação -Tomada de decisão -Gestão do cuidado -Educação em saúde -Sensibilidade cultural -Trabalho em equipe -Colaboração interdisciplinar -Trabalho em rede -Gestão de recursos materiais -Desenvolvimento profissional

Quadro 13 - Atributos das competências da atuação do enfermeiro na atenção domiciliar

(Continuação)

Competência	Qualificador	Atributos			Competência correlata
		Conhecimento	Habilidade	Atitude	
<b>Gestão do trabalho</b>	-Determinante -Constante	Não apresentam	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Incorporar a gestão como componente essencial para o desfecho do processo de trabalho</li> <li>- Lidar com as situações inesperadas e decidir o que priorizar</li> <li>- Organizar a agenda de visitas/distribuição dos técnicos conforme habilidades individuais</li> <li>- Organizar as rotas, considerando o tempo gasto no percurso</li> <li>- Construir o plano de cuidados, considerando o tempo médio de permanência/ expectativa de alta</li> <li>- Empregar o monitoramento telefônico</li> <li>- Realizar a previsão e provisão de materiais para o atendimento (emprego de check-list)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ser flexível</li> <li>- Envolver-se com o contexto da AD e considerar seus componentes como intervenientes na gestão do trabalho</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Liderança</li> <li>- Avaliação holística do paciente e ambiente domiciliar</li> <li>- Trabalho em equipe</li> <li>- Gestão de recursos materiais</li> <li>- Gestão do tempo</li> <li>- Adaptação à tecnologia</li> <li>- Desenvolvimento profissional</li> <li>- Segurança para o trabalho</li> </ul>
<b>Gestão do cuidado</b>	-Vínculo -Ligação	- Técnico científico	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Realizar avaliação holística do paciente e definir demandas para outros profissionais</li> <li>- Discutir os casos entre os profissionais - EMAD/EMAP e RAS</li> <li>- Construir o plano de cuidados em equipe, estabelecer as condutas do enfermeiro, metas para a assistência e tempo de permanência</li> <li>- Compartilhar cuidados com a UBS e demais pontos da RAS</li> <li>- Realizar a transferência de cuidados responsável e segura</li> <li>- Desenvolver adaptações no domicílio</li> <li>- Encaminhar para serviços de urgência em caso de piora clínica</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Refletir sobre as questões do ambiente, cuidadores/família que interferem na evolução do paciente e orientar, usando linguagem compreensível e respeitosa</li> <li>- Realizar a transferência de cuidados (UBS/RAS) de forma responsável e segura</li> <li>- Empregar a equidade para a priorização de cuidados</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Liderança</li> <li>- Comunicação</li> <li>- Trabalho em equipe</li> <li>- Avaliação holística do paciente e ambiente domiciliar</li> <li>- Educação em saúde</li> <li>- Educação em saúde</li> <li>- Sensibilidade cultural</li> <li>- Trabalho em equipe</li> <li>- Colaboração interdisciplinar</li> <li>- Trabalho em rede</li> </ul>

Quadro 13 - Atributos das competências da atuação do enfermeiro na atenção domiciliar

(Continuação)

Competência	Qualificador	Atributos			Competência correlata
		Conhecimento	Habilidade	Atitude	
<b>Educação em saúde</b>	-Contínua -Complexa	Não apresentam	-Capacitar paciente/cuidador para os cuidados em domicílio -Retomar as orientações quantas vezes forem necessárias -Emprego de tabelas, frascos específicos, simbologias (sol/lua) para orientar o uso de medicações -Reconhecer os déficits da equipe técnica e definir as demandas de treinamentos -Realizar treinamentos, apresentação de casos e discussão com os técnicos de enfermagem, buscando instrumentalizar a equipe para o trabalho	-Estimular e contribuir para o aprendizado da equipe de enfermagem -Comprometer-se em oferecer orientações e treinamentos para o cuidado domiciliar -Comunicar-se de forma clara, objetiva e respeitosa, checando o entendimento do receptor	-Comunicação -Trabalho em equipe -Avaliação holística do paciente e ambiente domiciliar -Sensibilidade cultural -Desenvolvimento profissional
<b>Sensibilidade cultural</b>	-Necessária	- Técnico científico	-Orientar a equipe sobre a condução do atendimento domiciliar mediante situações especiais	-Ser flexível -Respeitar a crença e regras do paciente/família -Promover a reflexão do paciente/cuidador em relação ao cuidado proposto X executado - Negociar, realizar barganha no domicílio, buscando o equilíbrio entre o ideal e o possível -Permitir que o paciente/família sejam protagonistas do cuidado, avaliando e explicitando os riscos envolvidos quando houver	-Comunicação -Tomada de decisão -Avaliação holística do paciente e ambiente domiciliar -Educação em saúde -Desenvolvimento profissional

Quadro 13 - Atributos das competências da atuação do enfermeiro na atenção domiciliar

(Continuação)

Competência	Qualificador	Atributos			Competência correlata
		Conhecimento	Habilidade	Atitude	
<b>Assistência de enfermagem</b>	-Importante -Complexa	-Técnico científico -Práticas baseadas em evidências	-Orientar a equipe de enfermagem sobre o contexto domiciliar e direcionar os profissionais em relação as melhores estratégias de cuidado -Organizar previamente os materiais para o atendimento domiciliar conforme a complexidade do paciente -Dominar as técnicas procedimentais -Criar adaptações que favoreçam a assistência	-Ter empatia -Estar “ <i>aberto para o novo</i> ” e buscar o aprimoramento e atualizações -Dialogar/orientar paciente/cuidador de forma respeitosa e solidária -Manter o comprometimento com a busca pela qualidade assistencial -Respeitar as questões culturais do paciente/cuidador -Ser criativo e flexível	-Liderança -Comunicação -Tomada de decisão -Avaliação holística do paciente e ambiente domiciliar -Gestão do cuidado -Educação em saúde -Sensibilidade cultural -Trabalho em equipe -Gestão de recursos materiais -Gestão do tempo -Desenvolvimento profissional -Segurança para o trabalho
<b>Trabalho em equipe</b>	-Essencial -Desafiador	Não apresentam	-Estabelecer as funções para a equipe de enfermagem -Usar estratégias de valorização dos profissionais -Realizar reuniões e dar feedback aos funcionários -Resolver conflitos	-Ter empatia -Delegar e dar autonomia ao técnico de enfermagem -Estabelecer parceria -Respeitar a opinião do outro e estimular a cooperação do grupo	-Liderança -Comunicação -Tomada de decisão -Gestão do trabalho -Colaboração interdisciplinar
<b>Colaboração interdisciplinar</b>	-Fundamental	Não apresentam	-Realizar a avaliação do paciente e definir as demandas para outros profissionais -Realizar a interlocução com os profissionais da EMAP/RAS -Realizar o atendimento compartilhado com EMAP/enfermeiro UBS	-Não apresentam	-Comunicação -Avaliação holística do paciente e ambiente domiciliar -Trabalho em equipe -Trabalho em rede

Quadro 13 - Atributos das competências da atuação do enfermeiro na atenção domiciliar

(Continuação)

Competência	Qualificador	Atributos			Competência correlata
		Conhecimento	Habilidade	Atitude	
<b>Trabalho em rede</b>	-Faz a diferença	Não apresentam	-Realizar o encaminhamento para os serviços disponíveis da RAS -Discutir os casos de pacientes mais complexos e compartilhar os cuidados com a equipe da UBS -Acionar o SAMU e transporte sanitário para as transferências	-Colaborar para que o paciente seja assistido em todas as demandas conforme os serviços disponíveis na rede	-Liderança -Comunicação -Colaboração interdisciplinar -Adaptação à tecnologia
<b>Gestão de recursos materiais</b>	-Importante -Essencial	Não apresentam	-Planejar os gastos e solicitar materiais/insumos conforme demanda -Saber equilibrar: demanda-solicitação e gastos -Saber trabalhar com a escassez de recursos -Criar adaptações	-Manter o comprometimento com a segurança assistencial -Ser criativo e proativo	-Tomada de decisão -Gestão do trabalho -Assistência de enfermagem -Adaptação à tecnologia
<b>Gestão do tempo</b>	-Difícil	Não apresentam	-Planejar a rotina de trabalho -Realizar a gestão de rotas e agendas de visitas -Estabelecer prioridades	-Ser flexível -Decidir as prioridades de forma responsável -Confiar na equipe técnica e saber delegar funções conforme aptidão profissional	-Liderança -Tomada de decisão -Gestão do trabalho -Trabalho em equipe
<b>Desenvolvimento profissional</b>	-Essencial -Importante -Busca individual	-Práticas baseadas em evidências	-Usar o estudo como meta para o alcance da qualidade assistencial -Participar de atualizações -Realizar cursos de capacitação e especialização -Acompanhar as publicações científicas relacionadas a AD	-Refletir sobre as principais demandas dos pacientes e realizar autoavaliação da necessidade de atualização dos conhecimentos -Ter motivação para busca e aprimoramento de conhecimentos -Fortalecer a equipe através do compartilhamento de novos conhecimentos	-Tomada de decisão -Assistência de enfermagem -Adaptação à tecnologia

Quadro 13 - Atributos das competências da atuação do enfermeiro na atenção domiciliar

(Conclusão)

Competência	Qualificador	Atributos			Competência correlata
		Conhecimento	Habilidade	Atitude	
<b>Adaptação à tecnologia</b>	-Facilitador -Dificultador	-Informática	-Realizar as atualizações através de treinamentos e adquirir habilidades digitais - Adaptar as tecnologias disponíveis e incorporá-las no cotidiano do trabalho	-Estar aberto para o “novo” -Ser proativo e buscar aprender	-Liderança -Gestão do trabalho -Assistência de enfermagem -Trabalho em equipe -Trabalho em rede -Desenvolvimento profissional
<b>Segurança para o trabalho</b>	-Primordial -Desafio	Não apresentam	- Reconhecer riscos no momento do atendimento e tomar decisões -Considerar o atendimento preferencialmente em dupla -Lidar com os riscos relacionados a: animais do domicílio/rua, pacientes/familiares psiquiátricos, questões climáticas (chuva e risco geológico) -Identificar áreas de risco mediante a solicitação de inclusão do paciente no serviço -Sair do local e avaliar a alta administrativa quando envolver risco pessoal/equipe -Orientar o paciente a ir a UPA de referência para realização do procedimento indicado -Orientar a equipe ao uso de cintos de segurança durante o deslocamento e armazenamento de materiais para o atendimento no bagageiro do veículo -Usar a caixa de perfurocortante para o atendimento domiciliar	-Empatia em relação a equipe -Colaborar para a segurança ao planejar as rotas	-Liderança -Comunicação -Tomada de decisão -Avaliação holística do paciente e ambiente domiciliar -Gestão do trabalho -Assistência de enfermagem -Trabalho em equipe

Fonte: Elaborado pela autora.

### 5.3 Situações que promovem a mobilização das competências

A reflexão sobre a temática das competências não deve limitar-se ao estabelecimento de uma lista de conhecimentos ou de habilidades, nem mesmo à constatação de sua aplicação. A competência realiza-se na ação e deve ser compreendida considerando o sujeito, o contexto envolvido e as situações vivenciadas (Le Boterf, 2003).

Na AD, a mobilização das competências é influenciada pela singularidade do contexto domiciliar, pelas particularidades desta modalidade de cuidado e pelas demandas profissionais dos enfermeiros.

Para a caracterização dos domicílios, foram empregados nos discursos os adjetivos “*único*” e “*surpresa*”, salientando peculiaridades deste ambiente. Elementos como estrutura do imóvel, condições de higiene, disponibilidade de água e luz, presença de animais domésticos e questões socioculturais destacaram-se como fatores determinantes para a singularidade deste cenário. No intuito de contornar as adversidades e manter o foco no paciente para assisti-lo em sua integralidade, a mobilização de competências pelo enfermeiro torna-se essencial.

Eu acho que a gente tem que ter proatividade pra conseguir ter destreza no domicílio e os atendimentos, as... condições adversas que a gente encontra. Por mais que a gente tenta esperar o que vai acontecer, sempre tem outras condições, alguma coisa diferente (E10).

Os domicílios, além de distintos em relação aos ambientes tradicionais de prestação de cuidados, ainda, apresentam diversidades entre si. Neste sentido, inicialmente, a avaliação deste ambiente facilita o reconhecimento do espaço e das relações estabelecidas entre os componentes da residência. A mobilização dessa competência favorece a elaboração e ajustes sucessivos do plano de cuidados, contribuindo para o desfecho do paciente.

Os ambientes são totalmente diferentes um do outro. Os domicílios são diferentes, a logística da casa...tudo é diferente. Então, às vezes, a gente precisa sim, pensar em ajustar o cuidado para aquele paciente (E8).

Tem condições que são muito precárias, então a gente tenta adaptar pra gente ofertar o melhor e tentar ajustar com a família a questão daquele ambiente, para o ambiente também proporcionar um conforto e uma melhora da qualidade ali pro paciente, pra que a gente consiga ofertar uma assistência adequada (E6).

A adequação do ambiente, juntamente com o usuário/família, é citada como intervenção realizada pelo enfermeiro, permeada pelas competências de educação em saúde e a sensibilidade cultural. Por meio das orientações, o enfermeiro busca contornar situações que

podem comprometer a evolução do paciente. Os participantes salientam aconselhamentos referentes a limpeza e organização do domicílio, eliminação de tapetes e demais geradores de risco de quedas.

A comunicação estabelecida na relação enfermeiro-paciente/cuidador recebe posição de destaque nos discursos, indicando-a como competência correlata às demais e facilitadora para estabelecimento de confiança, vínculo e adesão às orientações. Contudo, a capacidade de compreensão do paciente/cuidador foi mencionada como particularidade que pode interferir na comunicação na AD. Objetivando a efetivação desta competência, algumas estratégias são empregadas pelos enfermeiros, conforme demonstrado no Quadro 14:

Quadro 14 - Estratégias para comunicação em domicílio

ESTRATÉGIAS:	EXCERTOS:
Adaptação da linguagem	“Não adianta você falar pra ele de algo muito abstrato. Você tem que <u>mostrar pra ele que é a vida dele, é a vivência dele</u> ” (E1).
Desenvolvimento da habilidade de escuta	“Precisa ter a habilidade da escuta, porque <u>a gente tem que escutar mais do que falar no ambiente domiciliar</u> , falar o que realmente tem que ser falado, na hora que tem que ser falada, mas <u>dar muito espaço pro paciente e pra família, pra tá falando</u> ” (E6).
Valorização da fala do outro	“Às vezes você fala, fala... a pessoa fala que entendeu, mas na hora de executar, ela não executa. Porque, às vezes ela ficou sem graça de falar, às vezes a gente fala TANTO, né? Que as pessoas se perdem. Então, <u>a gente tem que voltar e parar pra escutar também, pra eles darem esse retorno pra gente</u> ” (E5-GF1).
Comunicação dialógica	“ <u>É importante ter uma comunicação tranquila sem autoritarismo</u> . [...] sem ter uma comunicação agressiva você tem um ganho muito maior. O jeito de comunicar com a família em domicílio, né? Você não pode ter um jeito agressivo, <u>você tem que ter um jeito tranquilo, mas incisivo pra família</u> , ver que aquilo não é brincadeira, que tem de seguir as orientações” (E7).
Aplicação na prática da comunicação	“Muitas vezes, o que você ensina lá falando, eles não vão entender. Então, <u>você tem que pegar, fazer, mostrar: -então faz agora você. No domicílio, a comunicação efetiva, muitas vezes não é só conversar, é fazer, ensinar, mostrar a forma melhor. E eles vão mostrar também, né</u> ” (E2-GF2).

Fonte: Elaborado pela autora.

Nota-se que o enfermeiro ocupa lugar de destaque na efetivação da comunicação em domicílio e, para tanto, deve compreender a capacidade de entendimento dos usuários,



procurando adaptar a linguagem em suas múltiplas formas de expressão, aproximando ao que é compreensível e exequível neste ambiente.

De acordo com Borba, Santos e Puggina (2017), o enfermeiro por meio da linguagem verbal e não verbal, bem como pela utilização de técnicas efetivas de comunicação poderá captar gestos e movimentos que expressam as necessidades dos usuários, favorecendo o compartilhamento de ideias, pensamentos e sentimentos de forma clara e objetiva.

Na AD, conforme destacado por Pozzoli e Cecílio (2017), o profissional vivencia de perto a vulnerabilidade humana. Na rotina dos profissionais do SAD é comum encontrar pessoas em situação de vulnerabilidade, que muitas vezes, não têm consciência de que estão sendo negligenciadas ou violentadas por outros. Geralmente, são idosos em realidades que demandam ações de intervenção do serviço social e, por vezes, ação da justiça para proteger direitos humanos fundamentais (Pozzoli; Cecílio, 2017).

A visão ampliada do enfermeiro diante das vulnerabilidades, precariedade das moradias e a falta de acesso a direitos básicos, contribui para a interlocução, encaminhamento e acompanhamento em outros serviços da rede, especialmente, aqueles de assistência social.

Às vezes, tem rato no domicílio, você tem que acionar a rede. [...] É justamente, esse trabalho que nos faz perceber a demanda daquela pessoa para além da porta do domicílio. Nós vamos enviar pra cada ponto o que ele precisa. Se é questão social a gente encaminha pra:: parte da assistência social... CRAS [Centro de Referência de Assistência Social], se for outro tipo de demanda a gente procura encaminhar pra... URBEL [Companhia Urbanizadora e de Habitação de Belo Horizonte], vigilância sanitária... (E11).

O assistir no SAD/SUS-BH está vinculado, muitas vezes, a situações que envolvem extrema vulnerabilidade social e cabe ao enfermeiro intermediar intervenções quando a situação extrapola a capacidade resolutiva deste profissional. Os discursos indicam que esta vivência constitui um desafio no cotidiano do SAD, tanto por experienciar as dificuldades e sofrimentos do outro, quanto por questões de interesse e comprometimento dos profissionais a quem compete as intervenções.

Essa questão do social, particularmente, me angustia muito. Eu tenho certeza que NOS angustia muito (E1-GF1).

[...] às vezes o problema social é maior que a doença (E3-GF1).

Eu acho assim, um problema, porque às vezes, você enfermeiro quer trabalhar essa avaliação holística do usuário e do ambiente domiciliar, e dar o seguimento que precisa, mas muitas vezes, você não encontra alguém na equipe que também queira se aprofundar naquela questão:: A questão social... vale a pena acionar a assistente social? Ela vai atentar pra aquilo que você tá vendo ali? Tem alguma política de saúde

que pode intervir ou não? A gente vê o paciente, mas a gente não tem muitos recursos pra poder resolver algumas questões e às vezes quem pode ajudar não tem muito interesse (E6-GF1).

Às vezes, a gente precisa mesmo de apoio da equipe. A gente precisa de profissionais engajados mesmo, todos querendo o mesmo resultado e tem horas que a gente esbarra com as dificuldades em relação ao interesse (E4-GF1).

Perante as questões estruturais dos domicílios e a falta de insumos, os improvisos e adaptações são apresentados como indispensáveis para a assistência de enfermagem. A adaptação, citada nos discursos, está para além das questões materiais e envolve também a adaptação da práxis do enfermeiro, concebendo a flexibilidade como uma atitude primordial.

Na maioria dos nossos atendimentos os ambientes não são favoráveis e a gente tem que dar conta do atendimento. Então é um curativo na calçada, é uma sondagem vesical de demora sem uma bandeja pra você fazer a técnica estéril, a gente vai improvisando (E2).

Então, essa habilidade que o enfermeiro tem que trazer é de fato entender cada contexto e adaptar, né? Tem família que às vezes você vai passar uma sonda, você tem ali que lidar com aquele ambiente, às vezes é um ambiente muito sujo, dependendo da questão cultural, questão econômica da família. Às vezes é um lugar muito escuro (E11).

A assistência de enfermagem, neste contexto, depara-se com desafios. Ao mesmo tempo, são reveladas estratégias nos discursos, tais como: *“eu vou preparada para o meu máximo”*, *“sempre tento ter todo aparato que eu preciso”* e *“a gente vai se organizar, fazer um checklist de tudo que vai precisar”*, indicando que a organização do material para o atendimento é empregada no intuito de contornar as dificuldades. No entanto, para além da disponibilidade de materiais, a assistência envolve uma avaliação prévia e ampla do histórico do paciente, das múltiplas possibilidades de desfechos e demandas para o enfermeiro.

Então assim, o enfermeiro, tem que saber sobre aquele paciente, saber o que vai levar, saber o que fazer, porque não adianta levar tudo e não saber o que vai fazer, até além de saber fazer o que fazer em cada caso. O que você vai fazer na casa desse paciente mesmo? É só um curativo? É só uma escuta hoje? Então assim, tudo isso é importante para o enfermeiro (E3).

A complexidade dos pacientes e as intercorrências clínicas em domicílio foram apontadas pelos participantes como situações que requerem manejo rápido e efetivo. Considerando que muitas vezes o enfermeiro realiza o atendimento domiciliar sem a companhia de outro profissional, o conhecimento para avaliação clínica e a tomada de decisão são determinantes. A gestão de cuidados, gestão de recursos materiais e o trabalho em rede complementam a ação do enfermeiro nesta situação.

A competência para avaliação clínica do paciente é fundamental, principalmente porque a gente pega muito paciente em situação de urgência, e, aí às vezes, a gente tem que encaminhar, chamar SAMU. Então se você não tem destreza ali, manejo clínico, você não consegue avaliar muito bem esse paciente, você pode colocar a vida dele em risco, né? Se você perde o time ali de acionar o SAMU, ou até mesmo de fazer um encaminhamento ou alguma conduta que precisa naquele momento né...? A gente pega alguns pacientes até com insuficiência respiratória no domicílio e muitas vezes você está sozinho. Então, se você não tiver esse domínio o paciente sai muito prejudicado (E7).

Intercorrências em domicílio, assistidas pela equipe de enfermagem, também foram apresentadas como situações que demandam mobilização de competências. Nestes contextos, cabe ao enfermeiro a tomada de decisão à distância.

O técnico me liga: -tá acontecendo isso aqui, isso aqui... você vai vir aqui ou não? - Vou chamar o SAMU? -Vou encaminhar o paciente? (E1-GF2)

Rusli *et al.* (2021) indicam que, associada a maior autonomia do enfermeiro no atendimento domiciliar, está a realização de uma série de avaliações que requerem pensamento crítico de alto nível e habilidades para tomada de decisão, favorecendo a abordagem em domicílio e a definição acerca do plano de cuidados.

Em relação as particularidades da AD, a tomada de decisão constitui competência fundamental no cotidiano de trabalho do enfermeiro. A inexperiência em atendimento domiciliar e a falta de conhecimentos, associados a questões estruturais domiciliares e escassez de recursos materiais sobressaem, nos discursos, como fatores que podem comprometer a mobilização desta competência.

Considerando a imprevisibilidade como característica própria desta modalidade de cuidado, a contingência é indicada como estratégia para facilitar a tomada de decisão em domicílio.

Porque às vezes é uma dificuldade de ter essa...facilidade mesmo, essa percepção rápida para a tomada de decisão. Então, é tentar trabalhar ao máximo com a contingência. Viu aquele problema, ou pode prever antes, ó: - se acontecer isso, só como uma referência, né; o quê que eu faço? Então, é trabalhar muito essa questão, porque ela sempre aparece. O atendimento no domicílio é uma surpresa! (E11).

Os participantes enfocam um contraste entre a assistência domiciliar e a hospitalar, especialmente, em relação a postura do paciente/família/cuidadores. O emprego dos termos “ativo” x “passivo” denotam que o ambiente de cuidado domiciliar requer atuação do enfermeiro com abordagens diferenciadas para a transição de cuidados.

Então assim, o ambiente domiciliar é completamente diferente do ambiente hospitalar. No hospitalar, você chega, manda, e acaba que o paciente é muito passivo. No domicílio, ele não é passivo, ele é ativo (E4).

No hospital, a gente impõe as coisas. [...] Chega em casa, a gente tá ali em uma condição de apoiar e de ajudar, que é diferente do hospital, onde você fala: -você vai fazer isso, vai fazer aquilo. Em casa, a gente precisa dessa parceria com a família e os cuidadores, então a gente tem que tentar interagir, absorver a cultura deles pra poder traçar um planejamento melhor, um plano de cuidados melhor. Então a gente tem que saber onde a gente está e como se portar naquela situação (E3-GF2).

Evidencia-se, pelos excertos, que a mobilização de competências difere entre os contextos. Para o manejo domiciliar, são necessárias habilidades que favoreçam a relação de confiança e corresponsabilização em relação ao plano de cuidados. Nesta perspectiva, a comunicação, a sensibilidade cultural, o trabalho em equipe, a colaboração interdisciplinar e a educação em saúde são competências fundamentais.

São pontos que a gente tem que trazer muito pro nosso dia a dia, porque o paciente tem que estar envolvido, principalmente, porque a gente tá no ambiente dele, a gente tá na casa dele. Então, é um tópico que a gente tem que trabalhar muito com a equipe e com paciente, porque ele está a nosso favor agora, né? Então, a gente tem que trabalhar a questão do olhar crítico, da empatia, de... é... de trabalhar com a equipe... com o restante da equipe assistencial também a questão da necessidade do paciente colaborar e mostrar para o paciente os riscos que ele pode tá envolvido se ele não adequar aquelas nossas orientações (E10).

Ainda, referente a transição de cuidados para o domicílio é comum o enfermeiro deparar-se com situações em que não há adesão aos cuidados, fato relacionado a dificuldade de compreensão das informações, ausência de cuidador, fragilidade social da família e questões estruturais do domicílio. As competências de comunicação e a educação em saúde favorecem a reestruturação do cuidado. Nos casos mais complexos, é necessário acionar outros profissionais e gerar solicitações de acompanhamento pela RAS.

Situações que envolvem riscos no atendimento domiciliar também foram apontadas, como: o contato com cães, gatos, porcos “*tem animais, animais ferozes, como pitbul*”, “*o porco que é do TRAFICANTE*”; questões estruturais do domicílio e seu entorno “*tem casas que a gente vai e tem medo do teto desabar*”, “*tem o risco de queda naquelas escadas, local que a gente vai com chuva*”. Situações próprias do contexto domiciliar também foram citadas como: familiares psiquiátricos, usuários de drogas e outras relacionadas às áreas de maior vulnerabilidade social “*você passar perto de gente armado, atender o dono da boca é muito comum*”. Para as situações de risco mais comuns no SAD, precedem as orientações da equipe,

alinhas com a segurança para o trabalho. Contudo, no dia a dia a tomada de decisão é primordial, tanto para a autoproteção, quanto para a segurança da equipe.

O enfermeiro, como gestor local, é responsável por organizar o processo de trabalho da equipe de enfermagem, dimensionar os recursos humanos e gerenciar conflitos. Além disso, busca também a articulação com o trabalho dos demais profissionais da EMAD e EMAP, o que se revela na função de um gestor de pessoas. Nos discursos, o conflito destacou-se como situação mobilizadora de competências, tanto na relação enfermeiro-profissional, quanto nas relações familiares, sendo apresentada como situação desafiadora.

E quando tem conflito eu sei que eu tenho que desagradar, tenho que colocar uma organização ali, na verdade eu tenho que ajudar negociar, ser mediadora. E eu tenho uma dificuldade:: Reconheço demais a necessidade. Não sei lidar! (E1-GF1).

Nestas situações, a gestão constitui intervenção imprescindível para a dinâmica harmônica do serviço e assistência de qualidade. A empatia, liderança e comunicação foram apresentadas como essenciais neste processo.

A competência liderança, apresentada nos discursos como a “*base*” perpassa a atuação do enfermeiro em todos os ambientes de atuação no SAD, tanto relacionado as situações domiciliares, quanto as demais que compõe o dia a dia do trabalho. Os discursos apresentam a proximidade e o relacionamento interpessoal estabelecidos no serviço, como uma peculiaridade que pode constituir fator interveniente no exercício da liderança. O emprego do adjetivo “*integrante*” e a metáfora “*coração mole*”, afirmam dificuldades enfrentadas pelos enfermeiros.

Liderança... é algo que eu tenho que melhorar em mim. Porque eu me sinto como se eu fosse parte da equipe, então eu não sou assim a... é... a gestora da equipe. Mas, eu me sinto integrante da equipe dos técnicos (E9).

Gostaria de ter um pouco mais de liderança e ser um pouquinho menos coração mole, sabe? Acaba que eu cedo muito pros meninos, poderia ser um pouquinho mais... mais pulso firme (E4).

O dinamismo caracterizado pelas mudanças constantes na construção de agendas e reformulação de rotas de tráfego para garantir admissões de novos pacientes e atendimentos de intercorrências domiciliares foram apresentadas como situações que mobilizam competências relacionadas à gestão do trabalho, gestão do tempo, gestão do cuidado e trabalho em equipe.

Situações relacionadas à educação em saúde são destacadas como mobilizadoras de competências e os discursos revelam a compreensão desta competência de forma ampliada,

contemplando, tanto o paciente/cuidador, quanto outros profissionais que compõem a equipe. Neste sentido, as questões culturais são apontadas como dificultadoras em relação a prática em domicílio, enquanto demandas rotineiras e intercorrências destacam-se como intervenientes no processo de planejamento junto à equipe de momentos exclusivos, destinados a este objetivo. Assim, as discussões no dia a dia, o atendimento conjunto em domicílio e orientação “*in loco*” são estratégias que predominam na atuação dos enfermeiros do SAD.

E na minha opinião a gente só consegue a instrumentalização da equipe por meio da educação em saúde. É só nos momentos de discussão, no dia a dia [...]. É levar pra fazer o curativo, é discutir no carro, fazer um GD no carro. Então, é a gente ter essas formas da gente resolver. Acho funciona melhor ainda, quando a gente sai com eles e já pode orientar (E1-GF1).

Contudo, “*vencer a agenda*” e “*realizar reuniões*” para discussão de casos e alinhamento de condutas entre a equipe também são apontados como momentos oportunos para a educação em saúde.

A criação de grupos em parceria com outros profissionais da UBS é apresentada como projeto, visando orientações e à educação em saúde para cuidadores domiciliares.

Acho a gente tem que melhorar muito, sabe? Eu já pensei, assim divagando, que a gente podia montar um grupo de cuidado para os cuidadores. Principalmente, desses pacientes mais acamados, dar umas capacitações pra eles, de cuidados... São projetos futuros que eu tenho pensado, assim... de montar com a equipe, montar em parcerias com os centros de saúde. Porque eles precisam também de ser treinados, né? De ter uma capacitação, mais ampla. Porque acaba que você passa as orientações gerais ali para o cuidado para esses pacientes, mas não é suficiente, acho que tem que ter isso futuramente (E7).

Além da mobilização de competências influenciada pela singularidade do contexto domiciliar e as particularidades da AD, demandas profissionais também são mencionadas como mobilizadoras, especialmente, aquelas relacionadas a percepção da necessidade de aquisição de novos conhecimentos e habilidades.

Deparar-se com o desconhecido em relação a patologias, procedimentos, dispositivos, associado ao desejo de ampliação de conhecimentos e segurança para atuação foram apresentados pelos enfermeiros como situações que estimulam a busca pelo desenvolvimento profissional.

Ah, se é alguma coisa que não deu certo, alguma coisa que às vezes, assim, não é da minha prática, alguma coisa nova... às vezes vem algum paciente com alguma doença rara. Então, eu tenho que recorrer a literatura e estudar de novo (E6).

Eu decidi fazer a especialização, para ter mais segurança e mais conhecimento para o que eu me propus a trabalhar (E8).

Do mesmo modo, a falta de habilidade para o acesso e manuseio relacionada a tecnologia dura, associada aos desafios que a gestão impõe no cotidiano do SAD para o uso dos instrumentos correlacionados, destacaram-se como circunstância que conduz o enfermeiro a busca de aprimoramentos.

De acordo com Lopes *et al.* (2020) o aprimoramento de competências pode ser iniciado durante a formação profissional, com o emprego de metodologias ativas, utilizando o pensamento crítico-reflexivo, em consonância com as necessidades de saúde da população. Em continuidade, cabe ao enfermeiro buscar conhecimentos para sua atuação de forma constante. Os autores salientam, ainda, que os gestores de saúde também necessitam desse entendimento e devem desenvolver estratégias de ensino-aprendizagem que promovam a sensibilização dos enfermeiros na busca pela qualificação. Essas estratégias possibilitam a transformação do processo de trabalho, contribuem para mudanças e reflexões, favorecendo o aprimoramento e capacitação profissional (Lopes *et al.*, 2020).

Zabala e Arnau (2014) mencionam que para responder aos problemas apresentados pelas situações cotidianas é necessário estar disposto a resolvê-los com intenção definida, ou seja, com atitudes determinadas. Na medida em que a disposição e o sentido para a resolução dos problemas propostos são evidenciados, é fundamental dominar os procedimentos, as habilidades e as destrezas que a ação a ser realizada exige. Para que as habilidades sejam assertivas, elas devem ser pautadas em conhecimentos de fatos, conceitos e sistemas conceituais. Toda essa mobilização deve ser realizada de forma inter-relacionada, pois a ação implica integração de atitudes, procedimentos e conhecimentos.

Em relação ao conhecimento, enquanto componente da competência, predomina no discurso dos enfermeiros o conhecimento técnico-científico, sendo o precursor para as ações do SAD, contudo necessita de outros aliados neste campo.

Segundo Andrade *et al.* (2020), particularidades do cuidado domiciliar acionam diferentes padrões de conhecimento. Para a gestão do cuidado, assistência e educação em saúde a usuários, família e cuidadores os enfermeiros reproduzem, com domínio o conhecimento técnico-científico. Contudo, o conhecimento empírico não se sustenta por si só na produção do cuidado domiciliar, especialmente, em decorrência da lacuna relacionada a formação acadêmica e profissional (Andrade *et al.*, 2020). Os autores revelam ainda que as práticas dos enfermeiros são mediadas por procedimentos relacionais, educacionais e técnicos, requerendo diferentes saberes para atuação no contexto domiciliar.

O estudo de Rusli *et al.* (2021) indica uma evolução temporal nas publicações, abrangendo uma gama cada vez maior de conhecimentos e habilidades para o cuidado no cenário domiciliar. As altas hospitalares cada vez mais precoces, associadas a maior complexidade e demanda de cuidados é apontada como possível fator para esta evolução (Melby; Obstfelder; Hellesø, 2018).

No entanto, as competências para o cuidado domiciliar devem ser adquiridas e aprimoradas pelos enfermeiros, continuamente, acompanhando as mudanças nas necessidades de cuidados de saúde que são dinâmicas (Sama *et al.*, 2020). Assim, como a pandemia de COVID-19, vivenciada recentemente, suscitou novas habilidades, conhecimentos e atitudes, outras situações podem gerar a mobilização de novas competências para o cuidado domiciliar (Sama *et al.*, 2020).

As competências têm implícito o elemento contextual, a ser considerado no momento de aplicar os saberes às tarefas a serem desempenhadas (Zabala; Arnau, 2014). Assim, conhecer as realidades dos domicílios atendidos, as possibilidades de articulação de cuidados, seja através da RAS ou rede de apoio, e saber utilizar esses conhecimentos torna-se essencial.

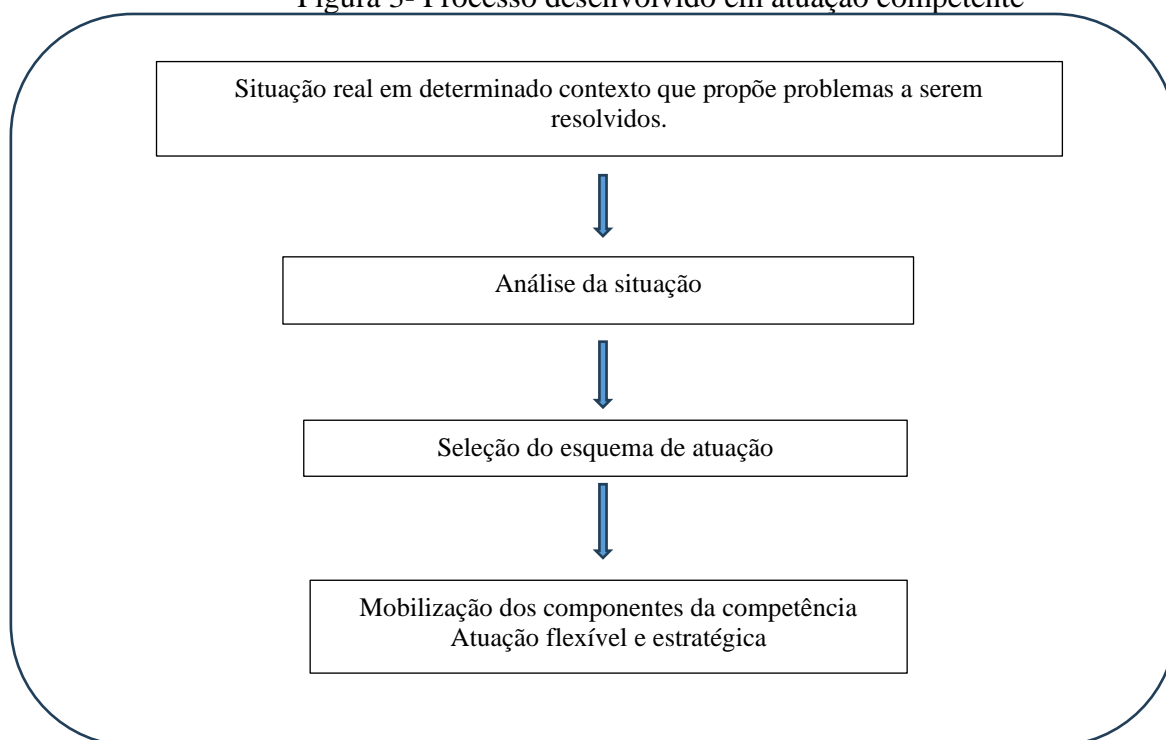
Para ser competente é necessário o domínio de um grande número de procedimentos (habilidades, técnicas, métodos e estratégias de atuação) e, além disso, dispor da reflexão e dos meios teóricos que os fundamentam (Zabala; Arnau, 2014). Os achados deste estudo demonstram uma ênfase em relação as habilidades consideradas necessárias pelos enfermeiros da AD em relação aos demais componentes, o que aliado aos conhecimentos e à reflexão da *práxis* no cotidiano, pode contribuir para um fazer competente.

Não é possível afirmar que uma pessoa seja capaz de demonstrar certa competência até o momento em que aplica seus conhecimentos, habilidades e atitudes diante de uma situação resolvendo-a de forma eficaz (Zabala; Arnau, 2014). A competência surge a partir da mobilização de recursos em situações de experiência profissional que despertam a necessidade do indivíduo usar com criticidade, responsabilidade e efetividade as informações e os conhecimentos referentes ao contexto de trabalho (Santos; Santos, 2022).

De acordo com Zabala e Arnau (2014) a ação competente envolve um processo, conforme representado na figura abaixo:



Figura 3- Processo desenvolvido em atuação competente



Fonte: Elaborado pela autora

No contexto da AD, o enfermeiro vivencia inúmeras situações em que se faz necessária a mobilização de diferentes recursos para a ação. Saber analisar a questão, disponibilizar de esquemas para atuação que favoreçam a tomada de decisão pode constituir um desafio. Neste sentido, a experiência apresenta-se como um diferencial no dia a dia do trabalho do profissional.

Os discursos revelam que o SAD constitui um campo repleto de novas experiências e saber aprender com as situações vivenciadas instrumentaliza o enfermeiro para atuação.

Para a tomada de decisão eu acho que os anos de experiência favorece, sabe? (E2).

Então, as habilidades... você desenvolve por experiência de vida (E10).

Hoje eu sou uma enfermeira completamente diferente de dez anos atrás de quando eu cheguei na EMAD (E4).

Segundo Furåker (2012) o conhecimento empregado no cuidado domiciliar advém, principalmente, da experiência, incluindo a aprendizagem de como agir em situações de imprevisibilidade, uma particularidade do trabalho no domicílio.

Fukada (2018) destaca que a reflexão no campo da prática de enfermagem está intimamente relacionada ao aprimoramento das competências, contudo, por si só não melhora todas as competências. Neste sentido, a autora menciona o emprego de treinamentos, por meio

da incorporação de programas educacionais variados, buscando contemplar todos os atributos da competência.

Fica evidente, neste estudo, que a experiência em campo é transformadora e considerando a aquisição de competências como um *continuum* na vida profissional, a reflexão das situações vivenciadas possibilita ao enfermeiro a construção de novos conhecimentos e aquisição de habilidades, que transpostas para outras situações, favorecem a ação cotidiana. Contudo, as ações educativas direcionadas ao aprimoramento das competências, constituem caminho potente e essencial aos enfermeiros da AD.

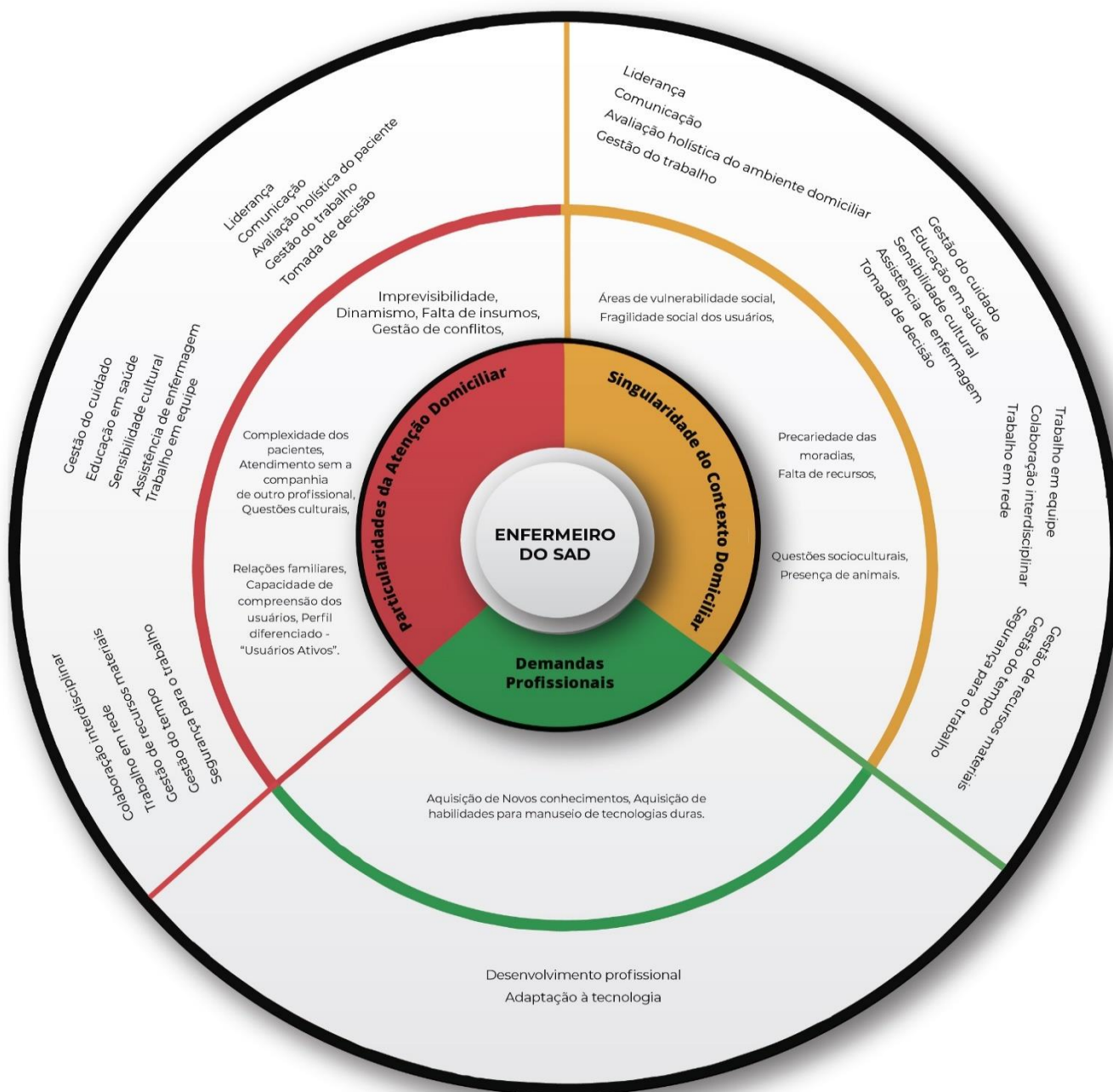
Sinteticamente, a figura 4 representa de forma gráfica os achados apresentados nesta categoria. O ponto central, ocupado pelo enfermeiro do SAD, objetiva o destaque ao participante deste estudo, bem como simboliza o protagonismo profissional. Diretamente vinculado apresentam-se as situações mobilizadoras de competências, vivenciadas no cotidiano do serviço. Foram elencados para cada situação mobilizadora os fatores associados.

Sobre a singularidade do contexto domiciliar, os elementos indicados relacionam-se ao contexto de pobreza e vulnerabilidade, os quais encontram-se parte dos usuários do SAD/SUS.

Em relação as particularidades da AD, circunstâncias da dinâmica do trabalho e especificidades dos pacientes, cuidadores e familiares foram destacadas.

Para as demandas profissionais, o desejo de aquisição de conhecimentos e habilidades constituíram os fatores relacionados.

Figura 4 - Situações mobilizadoras de competências



Fonte: Elaborado pela autora.

A síntese dos achados na figura 4 possibilitou ampliação do foco, para além das situações mobilizadoras, englobando os elementos associados e as competências mobilizadas em cada uma delas. Nota-se a recorrência de algumas competências, indicando que elas perpassam inúmeras situações, sendo a demanda e aplicação comum em contextos diferentes.

## 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta pesquisa buscou analisar as competências mobilizadas pelo enfermeiro para atuação na AD. Partiu-se do pressuposto que o enfermeiro mobiliza competências para o cuidado domiciliar diante de situações cotidianas que exigem mobilização de recursos pessoais e do meio para a ação, sendo que o processo de aquisição de capacidade para associação de conhecimentos e desenvolvimento de habilidades que conduzam o enfermeiro a atitudes assertivas, ocorre predominantemente, ao longo da experiência em campo.

O estudo possibilitou a identificação de um conjunto de dezessete competências mobilizadas pelos enfermeiros da AD, quais sejam: liderança, comunicação, tomada de decisão, avaliação holística do paciente e ambiente domiciliar, gestão do trabalho, gestão do cuidado, educação em saúde, sensibilidade cultural, assistência de enfermagem, trabalho em equipe, colaboração interdisciplinar, trabalho em rede, gestão de recursos materiais, gestão do tempo, desenvolvimento profissional, adaptação à tecnologia e segurança para o trabalho.

Essas competências são mobilizadas por situações relacionadas as particularidades da AD, como a imprevisibilidade, o dinamismo, as características dos usuários, a falta de recursos, gestão de conflitos e o fato do enfermeiro realizar o atendimento muitas vezes sem a companhia de outro profissional. A singularidade do contexto domiciliar também constitui situação mobilizadora de competências, especialmente, relativo as questões de vulnerabilidade social, característica marcante dos usuários do SAD/SUS-BH. Demandas profissionais associadas à necessidade de aquisição de novos conhecimentos e habilidades para o manuseio de tecnologias duras foram evidenciadas como situações mobilizadoras, porém de forma mais discreta em relação as demais.

Assim, os objetivos desta dissertação foram cumpridos, possibilitando ainda a análise dos componentes das competências. Em relação a esses componentes houve uma ênfase no campo das habilidades para atuação na atenção domiciliar, enquanto os conhecimentos apresentados foram restritos ao conhecimento técnico-científico, com menção pontual as práticas baseadas em evidências e conhecimentos de informática. A respeito das atitudes, as principais evidenciadas nos discursos foram a flexibilidade, empatia, responsabilidade, respeito e a reflexão.

Os resultados sinalizam que as competências para atuação na AD estão centradas em habilidades, compreendidas como uma necessidade/obrigação no dia a dia do trabalho, conforme evidenciado pelo predomínio de modalidade deontica, compartilhada nos discursos entre os enfermeiros.

A abordagem mais restrita em relação aos conhecimentos apresentados pelos enfermeiros pode estar relacionada a insuficiência, tanto no campo da formação acadêmica em relação a AD, quanto nas ações educativas desenvolvidas pelo serviço. Cabe salientar que a expansão de conhecimentos instrumentaliza o profissional para sua atuação, favorecendo a concretização das atitudes. Dessa forma, o aprofundamento sobre a prática do enfermeiro na AD durante a formação acadêmica e ações de educação permanente devem ser consideradas pela gestão destes serviços.

Em relação as situações mobilizadoras, o estudo permitiu concluir que as particularidades da AD e a singularidade do contexto domiciliar demandam a mobilização de diversas competências que perpassam ambas as situações. Os discursos revelam que no cotidiano de trabalho no SAD a mobilização de competências tem como objetivo central “o cuidado”, seja por meio da articulação com outros profissionais, inserção na RAS, orientações, o ensino na prática junto aos usuários, adaptações em domicílio, atendimentos de intercorrências e até mesmo pela acolhida em um abraço.

A imprevisibilidade recebe destaque nos discursos e, neste sentido, a tomada de decisão e o “saber priorizar” permeiam as ações do enfermeiro e constituem preceitos fundamentais para o enfrentamento e intervenção nas situações de forma resolutiva e eficaz.

A segurança para o trabalho, apresentada como uma competência “*primordial*”, é revelada de forma distinta aos demais ambientes de cuidado vivenciados pelo enfermeiro. No cenário da pesquisa essa competência está relacionada, especialmente, as questões de vulnerabilidade dos usuários.

As conclusões desse estudo contribuem para o campo da AD, na medida em que favorece discussões sobre a temática pelos gestores e enfermeiros atuantes nesta modalidade de cuidado, subsidiando estratégias de aprimoramento de competências e colaboram para a construção de diretrizes relacionadas a temática.

Como limite da pesquisa, reconhecemos que os resultados obtidos podem ter sido influenciados pelas circunstâncias de organização da instituição. Assim, seria pertinente que futuros trabalhos abrangessem participantes de outros serviços de atenção domiciliar, bem como de equipes vinculadas a instituições privadas.

Importante, mencionar que as possíveis limitações relacionadas a acesso a pessoas e documentos, bem como as limitações culturais relacionadas a dificuldade de interpretação dos resultados por pesquisador externo ao campo não foram registrados neste estudo. Em especial, isso se deve a abertura do serviço e ampla participação dos entrevistados que demonstraram, ainda, muito interesse em contribuir para o estudo.

Apona-se a necessidade de novas investigaões, relacionadas ao processo de formaão inicial do enfermeiro, bem como a educaão permanente voltada para o desenvolvimento de competências para a AD. Em decorrência da abordagem menos expressiva dos participantes, no conjunto das competências, em relaão a sensibilidade cultural e colaboraão interdisciplinar, considera-se relevante estudos futuros, objetivando entender a compreensão dos enfermeiros sobre estas competências. A avaliaão das competências em outros cenários de AD, com características distintas ao investigado, também indica caminhos para novos achados.

## REFERÊNCIAS

- ANDRADE, A. M. **Aprendizagem reflexiva de enfermeiras na atenção domiciliar:** caminhos para uma práxis criadora. 2017. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2017.
- ANDRADE, A. M. *et al.* Atuação do enfermeiro na atenção domiciliar: uma revisão integrativa da literatura. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 70, n. 1, p. 210-219, jan./fev. 2017.
- ANDRADE, A. M. *et al.* Organização das redes de atenção à saúde na perspectiva de profissionais da atenção domiciliar. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 34, n. 2, p. 111-117, jun. 2013.
- ANDRADE, A. M. *et al.* Padrões do conhecimento que fundamentam a atuação de enfermeiras na atenção domiciliar. **Texto & Contexto-Enfermagem**, Florianópolis, v. 29, p. e20190161, 2020.
- BALSANELLI, A. P.; CUNHA, I. C. K. O. Liderança no contexto da enfermagem. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 40, n. 1, p. 117-122, 2006.
- BARBOUR, B. **Grupos Focais**. Porto Alegre: Artmed, 2009.
- BELO HORIZONTE. Secretaria Municipal de Saúde. Gerência de Integração do Cuidado à Saúde. **Serviço de atenção domiciliar:** distribuição das equipes por regional. Belo Horizonte: PBH, 2023b. Disponível em: <https://sites.google.com/view/geics/sad-bh>. Acesso em: 29 nov. 2023.
- BELO HORIZONTE. Secretaria Municipal de Saúde. **Guia diretrizes da Atenção Domiciliar**. Belo Horizonte: PBH, 2023a. Disponível em: <https://prefeitura.pbh.gov.br/sites/default/files/estrutura-de-governo/saude/2023/guia-diretrizes-atencao-domiciliar-sad-11-07-23.pdf>. Acesso em: 28 nov. 2023.
- BELO HORIZONTE. Prefeitura Municipal. **Manual de enfermagem:** Atenção Primária à Saúde de Belo Horizonte. Belo Horizonte: PBH, 2016. Disponível em: [https://prefeitura.pbh.gov.br/sites/default/files/estrutura-de-governo/saude/2019/manual\\_enfermagem\\_ap.pdf](https://prefeitura.pbh.gov.br/sites/default/files/estrutura-de-governo/saude/2019/manual_enfermagem_ap.pdf). Acesso em: 28 nov. 2023.
- BORBA, A.; SANTOS, B. M.; PUGGINA, A. C. G. Barreiras de comunicação nas relações enfermeiro-paciente: revisão integrativa. **Revista Saúde-UNG-Ser**, Guarulhos, v. 11, n. 1/2, p. 48-61, 2017.
- BORDIN, V. *et al.* Liderança em enfermagem na perspectiva de enfermeiros assistenciais de um hospital público da tríplice fronteira. **Revista de Administração em Saúde**, São Paulo, v. 18, n. 71, p. 1-19, jun. 2018.
- BRAGA, E. M.; SILVA, M. J. P. Comunicação competente: visão de enfermeiros especialistas em comunicação. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 20, n. 4, p. 410-414, dez. 2007.

BRAGA, P. P. *et al.* Oferta e demanda na atenção domiciliar em saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, p. 903-912, 2016.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 510, de abril de 2016**. Dispõe sobre a pesquisa em Ciências Humanas e Sociais. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2016b.

Disponível em:

[https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2016/res0510\\_07\\_04\\_2016.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2016/res0510_07_04_2016.html). Acesso em: 26 nov. 2023.

BRASIL. **Lei nº 10.424 de 15 de abril de 2002**. Acrescenta capítulo e artigo à Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde [...]. Brasília: Presidência da República, 2002a. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/2002/110424.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2002/110424.htm). Acesso em: 26 nov. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Resolução RDC nº 11, de 26 de janeiro de 2006**. Dispõe sobre o Regulamento Técnico de Funcionamento de Serviços que prestam Atenção Domiciliar. Brasília: Presidência da República, 2006a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Caderno de Atenção Domiciliar**: v. 1. Brasília, Ministério da Saúde, 2012c.

Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno\\_atencao\\_domiciliar.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno_atencao_domiciliar.pdf). Acesso em: 26 nov. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Caderno de Atenção Domiciliar**: v. 2. Brasília, Ministério da Saúde, 2013c.

Disponível em:

[https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno\\_atencao\\_domiciliar\\_melhor\\_casa.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno_atencao_domiciliar_melhor_casa.pdf). Acesso em: 26 nov. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 466 de 12 de dezembro de 2012**. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília: Ministério da Saúde, 2012b. Disponível em:

<https://www.gov.br/ebserh/pt-br/ensino-e-pesquisa/pesquisa-clinica/resolucao-466.pdf>. Acesso em: 26 nov. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria de consolidação nº 1, de 28 de setembro de 2017**. Consolidação das normas sobre as ações e os serviços de saúde do Sistema

Único de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2017a. Disponível em:

[https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0001\\_03\\_10\\_2017.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0001_03_10_2017.html). Acesso em: 26 nov. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria de consolidação nº 5, de 28 de setembro de 2017**. Consolidação das normas sobre as ações e os serviços de saúde do Sistema

Único de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2017a. Disponível em:

<https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/sectics/daf/pnppmf/orientacao-ao-prescritor/Publicacoes/portaria-de-consolidacao-no-5-de-28-de-setembro-de-2017.pdf/@@download/file>. Acesso em: 26 nov. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 1.531 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. Brasília: Ministério da Saúde, 2001. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2001/prt1531\\_04\\_09\\_2001.html](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2001/prt1531_04_09_2001.html). Acesso em: 26 nov. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 1.533, 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). Brasília: Ministério da Saúde, 2012a. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt1533\\_16\\_07\\_2012.html](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt1533_16_07_2012.html). Acesso em: 26 nov. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **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: Ministério da Saúde, 2013b. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2015/prt0811\\_19\\_06\\_2015.html](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2015/prt0811_19_06_2015.html). Acesso em: 26 nov. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 123, de 20 de janeiro de 2020**. Estabelece a suspensão temporária da transferência a Estados e Municípios, de recursos incluídos no Bloco de Atenção de Média e Alta Complexidade (MAC), destinados ao custeio de Equipes Multiprofissionais de Atenção Domiciliar e Equipes Multiprofissionais de Apoio (Programa Melhor em Casa). Brasília: Ministério da Saúde, 2020b. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2020/prt0123\\_21\\_01\\_2020.html](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2020/prt0123_21_01_2020.html). Acesso em: 26 nov. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 2.416, de 23 de março de 1998**. Estabelece requisitos para credenciamento de hospitais e critérios para realização de Internação Domiciliar no SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 1998. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt2529\\_19\\_10\\_2006.html](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt2529_19_10_2006.html). Acesso em: 26 nov. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 2.529, de 19 de outubro de 2006**. Institui a Internação Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). [Revogada]. Brasília: Ministério da Saúde, 2006b. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt2529\\_19\\_10\\_2006.html](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt2529_19_10_2006.html). Acesso em: 26 nov. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 2.029, de 24 de agosto de 2011**. Institui a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) [Revogada]. Brasília: Ministério da Saúde, 2011a. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2029\\_24\\_08\\_2011.html](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2029_24_08_2011.html). Acesso em: 26 nov. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 2.527, de 27 de outubro de 2011**. Redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: Ministério da Saúde, 2011b. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459\\_24\\_06\\_2011.html](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html). Acesso em: 26 nov. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 2.959, de 14 de dezembro de 2011.** Habilita estabelecimentos de Saúde contemplados com Serviço de Atenção Domiciliar (SAD). Brasília: Ministério da Saúde, 2011c. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2959\\_14\\_12\\_2011\\_rep.html](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2959_14_12_2011_rep.html). Acesso em: 26 nov. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 3890, de 27 de dezembro de 2017.** Habilita Equipes Multiprofissionais de Atenção Domiciliar (EMAD) e Equipes Multiprofissionais de Apoio (EMAP) [...]. Brasília: Ministério da Saúde, 2017b. Disponível em: [https://bvs.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt3890\\_27\\_12\\_2017.html](https://bvs.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt3890_27_12_2017.html). Acesso em: 26 nov. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 617, de 23 de abril de 2014.** Estabelece recursos a serem disponibilizados aos Municípios com Serviço de Atenção Domiciliar implantado. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt0617\\_23\\_04\\_2014.html](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt0617_23_04_2014.html). Acesso em: 26 nov. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **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: Ministério da Saúde, 2016a. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2016/prt2745\\_16\\_12\\_2016.html](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2016/prt2745_16_12_2016.html). Acesso em: 26 nov. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 963 de 27 de maio de 2013.** Redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2013a. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0963\\_27\\_05\\_2013.html](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0963_27_05_2013.html). Acesso em: 26 nov. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria SAS/MS nº 249, de 16 de abril de 2002. Aprova na forma do Anexo I desta Portaria, as Normas para Cadastramento de Centros de Referência em Assistência à Saúde do Idoso. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 16 abr. 2002b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Hospitalar e de Urgência. **Segurança do paciente no domicílio.** Brasília: Ministério da Saúde, 2016c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Especializada à Saúde. Departamento de Atenção Hospitalar, Domiciliar e de Urgência. **Atenção domiciliar na Atenção Primária à Saúde.** Brasília, 2020a. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao\\_domiciliar\\_primaria\\_saude.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_domiciliar_primaria_saude.pdf). Acesso em: 03 mar.2023

BRITO, M. J. M. *et al.* Atenção domiciliar na estruturação da rede de atenção à saúde: trilhando os caminhos da integralidade. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 4, p. 603-610, set./dez. 2013.

CAMELO, S. H. H. O trabalho em equipe na instituição hospitalar: uma revisão integrativa. **Cogitare Enfermagem**, Curitiba, v. 16, n. 4, p. 734-740, out./dez. 2011.

CANTON, A. N. *et al.* Violence, job satisfaction, and employment intentions among home healthcare registered nurses. **Home Healthcare Nurse**, New Jersey, v. 27, n. 6, p. 364-373, Jun. 2009.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Resolução COFEN nº 270/2002.**

Aprova a Regulamentação das empresas que prestam Serviços de Enfermagem Domiciliar – HOME CARE. Brasília: COFEN, 2002. Disponível em: <https://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-2702002/>. Acesso em: 28 nov. 2023.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Resolução COFEN nº 0464/2014**

Normatiza a Atuação da Equipe de Enfermagem na Atenção Domiciliar. Brasília: COFEN, 2014. Disponível em: <https://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-04642014/>. Acesso em: 28 nov. 2023.

DUARTE, P. M. **As competências e habilidade socioemocionais necessárias aos professores do século XXI: um estudo à luz da ética, da excelência e do engajamento.** 2021. Dissertação (Mestrado em Educação) - Universidade de São Paulo, São Paulo, 2021.

FABRÍCIO, S. C. C. *et al.* Assistência domiciliar: a experiência de um hospital privado do interior paulista. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 12, p. 721–726, 2004.

FAIRCLOUGH, N. **Analysing discourse: textual analysis for social research.** London: Routledge, 2003.

FAIRCLOUGH, N. **Discurso e mudança social.** 2. ed. Brasília: Editora Universidade de Brasília, 2001.

FARIAS, D. N. *et al.* Interdisciplinaridade e interprofissionalidade na estratégia saúde da família. **Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 1, p. 141-162, abr. 2018.

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 Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 25, n. 4, p. 490-496, 2012.

FJORTOFT, A. K. *et al.* Home-care nurses' distinctive work: A discourse analysis of what takes precedence in changing healthcare services. **Nursing Inquiry**, Carlton, v. 28, n. 1, p. e12375, Jan. 2021.

FLEURY, M. T. L.; FLEURY, A. Construindo o conceito de competência. **Revista de Administração Contemporânea**, Curitiba, v. 5, n. spe, p. 183-196, 2001.

FLICK, U. **Introdução à metodologia de pesquisa: um guia para iniciantes.** Porto Alegre: Penso, 2013.

FRANÇA, B. D. **Tecnologias no trabalho dos profissionais de enfermagem em Serviços de Atenção Domiciliar.** 2021. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2021.

FUKADA, M. Nursing Competency: Definition, Structure and Development. **Yonago Acta Médica**, Yonago, Japan, v. 61, p. 1-7, Mar. 2018

FURÁKER, C. Registered nurses' views on competencies in home care. **Home Health Care Management Practice**, Thousand Oaks, v. 24, n. 5, p. 221-227, 2012.

GATTI, B. A. **Grupo focal na pesquisa em ciências sociais e humanas**. Brasília: Liber Livro, 2012. (Pesquisa em Educação, 10).

GOUVEIA, E. A. H.; SILVA, R. O.; PESSOA, B. H. S. Competência cultural: uma resposta necessária para superar as barreiras de acesso à saúde para populações minorizadas. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 43, v. 1, supl. 1, p. 82-90, 2019.

GUIMARÃES, M. E. B. *et al.* Comunicação na atenção domiciliar. In: SAVASSI, L. C. M. *et al.* (ed.). **Tratado de atenção domiciliar**. Santana de Parnaíba, SP: Manole, 2022. cap. 4.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Censo demográfico, 2022: panorama**. Rio de Janeiro: IBGE, 2022. Disponível em: <https://censo.2022.ibge.gov.br/panorama/>. Acesso em: 13 ago. 2023.

JARRÍN, O. F.; POULADI, F. A.; MADIGAN, E. A. International priorities for home care education, research, practice, and management: qualitative content analysis. **Nurse Education Today**, Edinburgh, Scotland, v. 73, p. 83–87, Feb. 2019.

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

LACERDA, M. R. Cuidado domiciliar: em busca da autonomia do indivíduo e da família na perspectiva da área pública. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 5, p. 2621-2626, ago. 2010.

LACERDA, M. R. *et al.* Atenção à saúde no domicílio: modalidades que fundamentam sua prática. **Saúde e sociedade**, São Paulo, v. 15, n. 2, p. 88-95, ago. 2006.

LACERDA, M. R.; OLINISKI, S. R.; GIACOMOZZI, C. M. Familiares cuidadores comparando a internação domiciliar e a hospitalar. **Família, Saúde e Desenvolvimento**, Curitiba, v. 6, n. 2, p. 110-118, maio/ago. 2004.

LE BOTERF, G. **Desenvolvendo a competência dos profissionais**. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2003.

LE BOTERF, G. Apprendre à agir et à interagir em professionnel compétent et responsable. **Education Permanente**, n. 188, p. 97-112, 2011.

LEAL, L. A. *et al.* Refletindo sobre a tomada de decisão como competência do enfermeiro hospitalar. **Revista Enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, v. 30, n. 1, p. e69420, 2022.

- LIM, S. M. *et al.* Home first! Identification of hospitalized patients for home-based models of care. **Journal of the American Medical Directors Association**, v. 22, n. 2, p. 413-417, Feb. 2021.
- LOPES, O. C. A. *et al.* Competências dos enfermeiros na estratégia Saúde da Família. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 2, p. e20190145, 2020.
- MARCUSCHI, L. A. **Análise da conversação**. 2. ed. São Paulo: Ática, 1991.
- MARQUES, M. F. M. A tomada de decisão na visão dos estudantes de enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 72, n. 4, p. 1102-1108, 2019.
- MARTINS, J. J. *et al.* Necessidades de educação em saúde dos cuidadores de pessoas idosas no domicílio. **Texto & Contexto-Enfermagem**, Florianópolis, v. 16, n. 2, p. 254-262, jun. 2007.
- MATTOS, J. C. O.; BALSANELLI, A. P. A liderança do enfermeiro na atenção primária à saúde: revisão integrativa. **Enfermagem em Foco**, Brasília, v. 10, n. 4, p. 164-171, 2019.
- MATTOS, R. A. A integralidade na prática (ou sobre a prática da integralidade). **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 5, p. 1411-1416, out. 2004.
- MELBY, L.; OBSTFELDER, A.; HELLESØ, R. “We Tie Up the Loose Ends”: Homecare nursing in a changing health care landscape. **Global Qualitative Nursing Research**, Thousand Oaks, CA, v. 5, p. 2333393618816780, Dec. 2018.
- MILDON, B.; UNDERWOOD, J. Competencies for home health nursing: a literature review. **Community Health Nurses Canada**, Toronto, p. 7-14, Mar. 2010.
- MINAYO, M. C. S. (org.). **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 3. ed. Petrópolis: Editora Vozes, 1994.
- MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 14. ed. São Paulo: Hucitec, 2014.
- MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa**. 14. ed. São Paulo: Hucitec, 2012.
- MINAYO, M.C.; COSTA, A. P. Fundamentos teóricos das técnicas de investigação qualitativa. **Revista Lusófona de Educação**, Lisboa, v. 40, p. 139-153, 2018.
- MINAYO, M.C.S. Amostragem e saturação em pesquisa qualitativa: consensos e controvérsias. **Revista Pesquisa Qualitativa**, São Paulo, v. 5, n. 7, p. 01-12, abr. 2017.
- NARAYAN, M. *et al.* Development of the international guidelines for home health nursing. **Home Healthcare Now**, Hagerstown, MD, v. 35, n. 9, p. 494-506, Oct. 2017.
- NEVES, V. R.; SANNA, M. C. Conceitos e práticas de ensino e exercício da liderança em Enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 69, n. 4, p. 733-740, jul./ago. 2016.

OSUGUI, D. M. *et al.* Negociação de conflitos como competência do enfermeiro. *Revista Bahiana de Enfermagem*, v. 34, p. e-36035, 2020.

PEDUZZI, M. *et al.* Educação interprofissional: formação de profissionais de saúde para o trabalho em equipe com foco nos usuários. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 47, n. 4, p. 977-983, ago. 2013.

PEDUZZI, M. *et al.* Trabalho em equipe: uma revisita ao conceito e a seus desdobramentos no trabalho interprofissional. **Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 18, supl. 1, p. e0024678, 2020.

PIMENTEL, A. O método da análise documental: seu uso numa pesquisa historiográfica. **Cadernos de Pesquisa**, São Paulo, n. 114, p. 179-195, nov. 2001.

POZZOLI, S. M. L.; CECÍLIO, L. C. O. Sobre o cuidar e o ser cuidado na atenção domiciliar. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 41, n. 115, p. 1116-1129, out./dez. 2017.

RABAGLIO, M. O. **Ferramentas de avaliação de performance com foco em competências**. Rio de Janeiro: Qualitymark, 2015.

RAJÃO, F. L.; MARTINS, M. Atenção domiciliar no Brasil: estudo exploratório sobre a consolidação e uso de serviços no Sistema Único de Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 5, p. 1863-1877, maio 2020.

RAMALHO, V.; RESENDE, V. M. **Análise de discurso (para a) crítica: o texto como material de pesquisa**. Campinas, SP: Pontes, 2011.

REHEM, T. C. M.; S. B.; TRAD, L. A. B.; Assistência domiciliar em saúde: subsídios para um projeto de atenção básica brasileira. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, supl., p. 231- 242, dez. 2005.

RUSLI, K. D. B. *et al.* Home-based nursing care competencies: a scoping review. **Journal of Clinical Nursing**, Oxford, v. 32, n. 9-10, p. 1723-1737, May 2021.

SALCI, M. A. *et al.* Educação em saúde e suas perspectivas teóricas: algumas reflexões. **Texto & Contexto-Enfermagem**, Florianópolis, v. 22, p. 224-230, jan./mar. 2013.

SALLES, H. K.; DELLAGNELO, E. H. L. A Análise crítica do discurso como alternativa teórico-metodológica para os estudos organizacionais: um exemplo da análise do significado representacional. **Organizações & Sociedade**, Salvador, v. 26, n. 90, p. 414-434, jul./set. 2019.

SAMA, S. R. *et al.* Impacts of the COVID-19 pandemic on home health and home care agency managers, clients, and aides: A cross-sectional survey, March to June, 2020. **Home Health Care Management & Practice**, Thousand Oaks, v. 33, n. 2, p. 125-129, 2020.

SANTOS, C. A.; SANTOS, V. C. B. Competência em Informação (CoInfo) como fator social de compreensão e inclusão ao mundo do trabalho sob as perspectivas de Guy Le Boterf e

Christine Bruce: notas introdutórias, reflexões necessárias. **Perspectivas em Ciência da Informação**, Belo Horizonte, v. 27, p. 268-296, 2022.

SAPETA, P. Desenvolvimento de competências: os saberes teóricos e os saberes práticos. **Revista do Instituto Politécnico de Castelo Branco**, Castelo Branco, Portugal, v. 3, n. 4, p. 4-9, 2013.

SAVASSI, L. C. M. *et al.* Educational strategies for human resources in home health care: 8 years' experience from Brazil. **Revista Panamericana de Salud Pública**, Washington, D.C, v. 44, p.103, 2020.

SILVA, K. L. *et al.* Serviços de atenção domiciliar na saúde suplementar e a inserção da enfermagem em Belo Horizonte/MG. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 25, p. 408-414, 2012.

SILVA, K. L. *et al.* Atuação do enfermeiro nos serviços de atenção domiciliar: implicações para o processo de formação. **Ciência, Cuidado e Saúde**, Maringá, v. 13, n. 3, p. 8, out. 2014.

SILVA, K. L. *et al.* Por que é melhor em casa? A percepção de usuários e cuidadores da atenção domiciliar. **Cogitare Enfermagem**, Curitiba, v. 22, n. 4, p. 1-9, out./dez. 2017.

SILVA, K. L. *et al.* Atenção Domiciliar como mudança no modelo tecnoassistencial. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 44, n. 1, p. 166-176, fev. 2010.

TURATO, E. R. Métodos qualitativos e quantitativos na área da saúde: definições, diferenças e seus objetos de pesquisa. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 39, n. 3, p. 507-514, jun. 2005.

WHITE, R.W. Motivation reconsidered: The concept of competence. **Psychological Review**, Washington, DC, v. 66, n. 5, p. 297-333, Sep. 1959.

YIN, R. K. **Estudo de caso: planejamento e métodos**. 5. ed. Porto Alegre: Bookman, 2015.

ZABALA, A. **A prática educativa: como ensinar**. Porto Alegre: Artmed, 1998.

ZABALA, A.; ARNAU, L. **Como aprender e ensinar competências**. Porto Alegre: Penso, 2014. *E-pub*.

ZARIFIAN, P. O modelo da competência: trajetória histórica, desafios atuais e propostas. *In: ZARIFIAN, P. O modelo da competência: trajetória histórica, desafios atuais e propostas*. São Paulo, 2010.

**APÊNDICE A - FICHA DE LEITURA – ANÁLISE DOCUMENTAL**

<b>Identificação do documento:</b>	
<b>Fonte:</b>	
<b>Autor/Data:</b>	
<b>Data da coleta:</b>	
<b>Conteúdo:</b>	
<b>Observações da pesquisadora:</b>	

Fonte: Elaborado pela autora.



## APÊNDICE B - ROTEIRO DE ENTREVISTA INDIVIDUAL

<b>Número da entrevista:</b>	<b>Código da entrevista:</b>
<b>Data:</b>	
<b>Tempo de duração da entrevista:</b>	

<b>Dados da participante</b>
<b>Tempo de formação:</b>
<b>Cursos complementares:</b>
<b>Tempo de atuação no SAD:</b>
<b>Outro Vínculo:</b>

### Questões norteadoras:

1- No atendimento domiciliar, quais competências você considera fundamentais para sua atuação?

2- Considerando o **Rol de competências para o enfermeiro da atenção domiciliar** (Rusli *et al.*, 2021) descreva sua percepção em relação a cada uma delas e o quão importante você julga cada competência para a atuação no dia a dia do trabalho.

3- De acordo com as situações listadas a seguir, descreva quais competências são necessárias para sua atuação e como você lida com essas competências no dia a dia do seu trabalho:

- a) realizar uma avaliação holística do usuário, da família e ambiente domiciliar.
- b) realizar a assistência de enfermagem.
- c) realizar o manejo de condições crônicas ou agudas no domicílio.
- d) solucionar problemas, realizar julgamentos, agir de forma autônoma, criativa e inovadora.
- e) gerenciar pessoas, realizar comunicação efetiva com colegas e pacientes, ter sensibilidade cultural e estabelecer relação terapêutica.
- f) trabalhar e coordenar equipe de forma colaborativa.
- g) realizar gestão de recursos e do tempo.
- h) participar de atualizações, pesquisas e basear sua prática em evidências.
- i) lidar com as tecnologia e atualização tecnológica.
- j) realizar o cuidado com qualidade e de forma segura.

## APÊNDICE C - COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO PARA ATUAÇÃO NA ATENÇÃO DOMICILIAR

- 1- Avaliação holística do usuário e ambiente domiciliar;
- 2- Assistência de enfermagem e habilidade para realização de procedimentos de forma autônoma, em ambiente não controlado;
- 3- Gestão de condições de saúde com manejo domiciliar de doenças crônicas, prevenção de incidentes agudos como quedas e oferta de educação em saúde;
- 4- Pensamento crítico e habilidade para solucionar problemas de forma autônoma;
- 5- Gestão de pessoas e comunicação efetiva, estabelecimento de relação terapêutica e tomada de decisão conjunta para o plano de cuidados;
- 6- Colaboração interdisciplinar, trabalho em equipe, domínio sobre encaminhamentos de usuários para outros profissionais e/ou rede de atenção à saúde;
- 7- Liderança, gestão de recursos (materiais e financeiros) e gestão do tempo;
- 8- Desenvolvimento profissional pautado em atualizações, avanços no conhecimento e habilidades, envolvimento em pesquisas e práticas baseadas em evidência;
- 9- Atualização e adaptação tecnológica; gerenciamento e emprego do teleatendimento/plataformas de tecnologia (telessaúde/telemedicina), documentação informatizada e sistemas de informação clínica;
- 10- Qualidade e segurança assistencial.

**Fonte:** adaptado de Rusli *et al.*, 2021.

**APÊNDICE D - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (Coleta de dados – Entrevista individual)**

**TÍTULO DA PESQUISA: COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO PARA ATUAÇÃO NA ATENÇÃO DOMICILIAR.**

Prezado (a) enfermeiro (a),

Por meio deste instrumento, venho torná-lo (a) ciente da pesquisa cujo título está acima, e convidá-lo (a) a participar voluntariamente da mesma. O objetivo desse estudo é: analisar as competências mobilizadas por enfermeiros da atenção domiciliar no contexto do seu trabalho.

Sabe-se que a atenção domiciliar é um modelo de cuidado em expansão no mundo e o enfermeiro constitui elemento chave, desempenhando funções essenciais para o funcionamento deste serviço. É importante considerar ainda que a assistência em domicílio apresenta peculiaridades que podem configurar desafios para a atuação do enfermeiro, sendo necessário mobilização de diversas competências neste contexto.

Quanto aos benefícios, espera-se que os resultados desse estudo possam contribuir para conhecimento das competências mobilizadas pelo enfermeiro na prática da atenção domiciliar e aproximações ao que é proposto pelas diretrizes internacionais, subsidiando estratégias de aprimoramento de competências, ampliação da autonomia e protagonismo do enfermeiro, melhorias na qualidade assistencial e maior visibilidade do serviço de atenção domiciliar.

Ressalta-se que toda pesquisa envolvendo seres humanos é sujeita a risco. Desse modo, os riscos neste estudo poderão ser decorrentes de constrangimentos ao relembrar e narrar fatos do passado e/ou incômodo com a presença da pesquisadora, o que deverá ser comunicado imediatamente para a interrupção da entrevista. Ressaltamos que os pesquisadores estarão disponíveis para ouvir e auxiliar aos participantes em todas as etapas deste estudo para evitar e reduzir os possíveis danos relacionados aos riscos da pesquisa.

A pesquisa envolve a análise de documentos que regulamentam o serviço de atenção domiciliar e dispõem sobre o exercício profissional do enfermeiro em âmbito municipal e federal, entrevista individual e grupo focal.

A pesquisa é coordenada pela mestrandia em Enfermagem Roseli Lino de Souza e pela professora Doutora Kênia Lara da Silva. Você está sendo convidado (a) a participar desta entrevista, por ser um enfermeiro (a) integrante do serviço de atenção domiciliar do município de Belo Horizonte.

---

Rubrica do participante

---

Rubrica da pesquisadora

Caso aceite, você responderá algumas perguntas sobre a atuação do enfermeiro na atenção domiciliar. A entrevista presencial ocorrerá em local de sua escolha e, devido à pandemia de Covid-19, serão respeitadas as recomendações sanitárias de distanciamento, uso de máscaras, que serão disponibilizadas pela pesquisadora, e higienização das mãos com álcool em gel, também ofertado pela pesquisadora. O tempo estimado para a entrevista será de 40 minutos. A entrevista será gravada em formato de áudio para posterior transcrição das informações na íntegra.

Para isto, é necessário esclarecê-lo (a) em relação a alguns procedimentos:

- Serão garantidos aos participantes anonimato, privacidade e sigilo em relação às informações e declarações prestadas verbalmente antes, durante e depois da realização da pesquisa.

- Será garantido o acesso, em qualquer etapa do estudo, às coordenadoras da pesquisa, Roseli Lino de Souza e Kênia Lara da Silva, que podem ser encontradas no endereço Avenida Alfredo Balena, 190, sala 508, Escola de Enfermagem da UFMG. Telefone: (31)3409-9181. Para maiores esclarecimentos sobre a ética da pesquisa, saiba que a pesquisa foi analisada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG - Av. Antônio Carlos, 6627, Pampulha, Unidade Administrativa II, 2o andar. CEP: 31270-91. Tel: (031) 3409-4592. email: [coep@prpq.ufmg.br](mailto:coep@prpq.ufmg.br).

- As informações obtidas não serão utilizadas em prejuízo das pessoas, inclusive em termo de autoestima, prestígio e/ou econômico-financeiros.

- Os dados e instrumentos utilizados na pesquisa ficarão arquivados com as pesquisadoras responsáveis por um período de 5 (cinco) anos na sala 508 da Escola de Enfermagem da UFMG.

- Será garantida a liberdade de interromper a pesquisa a qualquer momento sem prejuízos ou penalidades para o participante.

- Não haverá despesas pessoais e nem remuneração para o participante em qualquer fase do estudo. Em caso de eventuais danos decorrentes da pesquisa, fica o pesquisador obrigado a indenizar o participante.

- Concluída a pesquisa, os 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 a declaração de seu consentimento livre e esclarecido rubricadas em todas as suas páginas e assinadas pelo pesquisador e por você, participante da pesquisa, em 2 (duas) vias, com uma delas para sua posse.

---

Rubrica do participante

---

Rubrica da pesquisadora

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 a pesquisadora 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.

Local/Data \_\_\_\_\_ de 20\_\_.

---

Assinatura do participante da pesquisa

---

Assinatura do pesquisador

---

Rubrica do participante

---

Rubrica da pesquisadora

## APÊNDICE E - ROTEIRO PARA GRUPO FOCAL

Data \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Horário: \_\_\_\_\_

### Questão norteadora:

A partir das entrevistas individuais, identificamos o seguinte o rol de competências apresentadas pelos enfermeiros do SAD/BH: [síntese apresentada em quadro impresso]

- 1- Considerando as competências levantadas, o objetivo deste momento é que vocês discorram livremente acerca de cada uma delas, ponderando, se as competências apresentadas estão ou não, coerentes com a prática do enfermeiro na AD.

Caso identifiquem outras competências que não foram contempladas nesta síntese, fiquem à vontade para a exposição.

De maneira geral, as competências são formadas por um conjunto de ações e percebemos que para as competências: sensibilidade cultural e colaboração interdisciplinar a abordagem nas entrevistas foi menos expressiva. Como vocês consideram essas competências para a atuação do enfermeiro da atenção domiciliar?

**APÊNDICE F – COMPETÊNCIAS IDENTIFICADAS A PARTIR DE RELATOS DOS  
ENFERMEIROS DO SAD/BH**

**Competências identificadas a partir de relatos dos enfermeiros do  
SAD/BH**

- Liderança
- Comunicação
- Tomada de decisão
- Avaliação holística do paciente e ambiente domiciliar
  - Gestão trabalho
  - Gestão do cuidado
  - Educação em saúde
  - Sensibilidade cultural
- Assistência de enfermagem
  - Trabalho em equipe
- Colaboração interdisciplinar
  - Trabalho em rede
- Gestão de recursos materiais
  - Gestão do tempo
- Desenvolvimento profissional
  - Adaptação à tecnologia
  - Segurança para o trabalho

Fonte: Elaborado pela autora.

**APÊNDICE G - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**  
**(Coleta de dados – Grupo Focal)**

**TÍTULO DA PESQUISA: COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO PARA ATUAÇÃO NA ATENÇÃO DOMICILIAR.**

Prezado (a) enfermeiro (a),

Por meio deste instrumento, venho torná-lo (a) ciente da pesquisa cujo título está acima, e convidá-lo (a) a participar voluntariamente da mesma. O objetivo desse estudo é: analisar as competências mobilizadas por enfermeiros da atenção domiciliar no contexto do seu trabalho.

Sabe-se que a atenção domiciliar é um modelo de cuidado em expansão no mundo e o enfermeiro constitui elemento chave, desempenhando funções essenciais para o funcionamento do serviço de atenção domiciliar. É importante considerar ainda que a assistência em domicílio apresenta peculiaridades que podem configurar desafios para a atuação do enfermeiro, sendo necessário mobilização de diversas competências neste contexto.

Quanto aos benefícios, espera-se que os resultados desse estudo possam contribuir para conhecimento das competências mobilizadas pelo enfermeiro na prática da atenção domiciliar e aproximações ao que é proposto pelas diretrizes internacionais, subsidiando estratégias de aprimoramento de competências, ampliação da autonomia e protagonismo do enfermeiro, melhorias na qualidade assistencial e maior visibilidade do serviço de atenção domiciliar.

Ressalta-se que toda pesquisa envolvendo seres humanos é sujeita a risco. Desse modo, os riscos neste estudo poderão ser decorrentes de constrangimentos ao relembrar e narrar fatos do passado e/ou incômodo com a presença da pesquisadora, o que deverá ser comunicado imediatamente para a interrupção da entrevista. Ressaltamos que os pesquisadores estarão disponíveis para ouvir e auxiliar aos participantes em todas as etapas deste estudo para evitar e reduzir os possíveis danos relacionados aos riscos da pesquisa.

A pesquisa envolve a análise de documentos que regulamentam o serviço de atenção domiciliar e dispõem sobre o exercício profissional do enfermeiro em âmbito municipal e federal, entrevista individual e grupo focal.

A pesquisa é coordenada pela mestrandia em Enfermagem Roseli Lino de Souza e pela professora Doutora Kênia Lara da Silva. Você está sendo convidado (a) a participar deste grupo focal, por ser um enfermeiro (a) integrante do serviço de atenção domiciliar do município de Belo Horizonte e que participou da primeira etapa da investigação, respondendo a uma entrevista. Neste momento, realizaremos uma entrevista em grupo focal cujo objetivo é validar os dados obtidos na primeira fase e esclarecer alguns pontos com o conjunto dos participantes.

---

Rubrica do participante

---

Rubrica da pesquisadora



Caso aceite, você participará do grupo focal a ser desenvolvido em tempo estimado de 90 minutos. O diálogo estabelecido no grupo focal será gravado em formato de áudio para posterior transcrição das informações na íntegra. Ainda, devido à pandemia de Covid-19, serão respeitadas as recomendações sanitárias de distanciamento, uso de máscaras, que serão disponibilizadas pela pesquisadora, e higienização das mãos com álcool em gel, também ofertado pela pesquisadora.

Para isto, é necessário esclarecê-lo (a) em relação a alguns procedimentos:

- Serão garantidos aos participantes anonimato, privacidade e sigilo em relação às informações e declarações prestadas verbalmente antes, durante e depois da realização da pesquisa.

- Será garantido o acesso, em qualquer etapa do estudo, às coordenadoras da pesquisa, Roseli Lino de Souza e Kênia Lara da Silva, que podem ser encontradas no endereço Avenida Alfredo Balena, 190, sala 508, Escola de Enfermagem da UFMG. Telefone: (31)3409-9181. Para maiores esclarecimentos sobre a ética da pesquisa, saiba que a pesquisa foi analisada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG - Av. Antônio Carlos, 6627, Pampulha, Unidade Administrativa II, 2o andar. CEP: 31270-91. Tel: (031) 3409-4592. email: [coep@prpq.ufmg.br](mailto:coep@prpq.ufmg.br).

- As informações obtidas não serão utilizadas em prejuízo das pessoas, inclusive em termo de autoestima, prestígio e/ou econômico-financeiros.

- Os dados e instrumentos utilizados na pesquisa ficarão arquivados com as pesquisadoras responsáveis por um período de 5 (cinco) anos na sala 508 da Escola de Enfermagem da UFMG.

- Será garantida a liberdade de interromper a pesquisa a qualquer momento sem prejuízos ou penalidades para o participante.

- Não haverá despesas pessoais e nem remuneração para o participante em qualquer fase do estudo. Em caso de eventuais danos decorrentes da pesquisa, fica o pesquisador obrigado a indenizar o participante.

- Concluída a pesquisa, os 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 a declaração de seu consentimento livre e esclarecido rubricadas em todas as suas páginas e assinadas pelo pesquisador e por você, participante da pesquisa, em 2 (duas) vias, com uma delas para sua posse.

---

Rubrica do participante

---

Rubrica da pesquisadora

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 a pesquisadora 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.

Local/Data \_\_\_\_\_ de 20\_\_.

---

Assinatura do participante da pesquisa

---

Assinatura do pesquisador

---

Rubrica do participante

---

Rubrica da pesquisadora

## ANEXO A - TERMO DE ANUÊNCIA INSTITUCIONAL



### TERMO DE ANUÊNCIA INSTITUCIONAL

Declaramos conhecer o projeto de pesquisa **COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO PARA ATUAÇÃO NA ATENÇÃO DOMICILIAR**, sob a responsabilidade do(a) pesquisador(a) **Roseli Lino de Souza**, CPF 030.064.316-00, cujo objetivo é analisar as competências mobilizadas por enfermeiros da Atenção Domiciliar no dia a dia do seu trabalho e autorizamos que este estudo seja executado nas Unidades da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte – SMSA-BH.

Esta autorização foi subsidiada por uma apreciação institucional das gerências responsáveis pela temática da pesquisa e está condicionada ao cumprimento pelos (a/o) pesquisadores (a/o) dos requisitos das Resoluções 466/12, 510/16 e suas complementares.

A SMSA-BH deverá constar como coparticipante da pesquisa.

Solicitamos que, ao término da pesquisa, a data da apresentação do trabalho seja informada à Assessoria de Educação em Saúde da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte, assim como a referência do mesmo, em caso de publicação.

A utilização dos dados pessoais dos sujeitos da pesquisa se dará exclusivamente para os fins científicos propostos, mantendo o sigilo e garantindo a utilização das informações sem prejuízo das pessoas, grupos e ou comunidades.

**O início do estudo dependerá de sua aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da SMSA de BH. Os documentos apresentados para fins de autorização deste TAI, deverão estar em coerência com os protocolos inseridos na Plataforma Brasil para submissão ao CEP da SMSA de BH.**

Este Termo de Anuência terá validade de 24 (vinte e quatro) meses, a partir de sua assinatura.

Belo Horizonte, 09 de janeiro de 2023

  
 Edmundo Gustavo C. de Araújo  
 BM 106.172-X  
 Gerência de Integração do Cuidado à Saúde  
 Secretaria Municipal de Saúde/SMSA

  
 Janaína de Souza Aredes  
 BM 312.148-6  
 Assessora de Educação em Saúde  
 ASEDS-SA/SMSA-BH

Janaína de Souza Aredes – BM 312.148-6  
 Assessoria de Educação em Saúde  
 Secretaria Municipal de Saúde/SMSA

## ANEXO B – PARECER DE APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS

UNIVERSIDADE FEDERAL DE  
MINAS GERAIS



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** Competências do enfermeiro para atuação na atenção domiciliar

**Pesquisador:** Kênia Lara Silva

**Área Temática:**

**Versão:** 1

**CAAE:** 66969923.0.0000.5149

**Instituição Proponente:** Escola de Enfermagem

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 5.905.293

#### Apresentação do Projeto:

Trata-se de uma pesquisa de abordagem qualitativa com delineamento metodológico de estudo de caso único holístico revelador. Os participantes serão enfermeiros assistenciais que atuam no Serviço de Atenção Domiciliar do Sistema Único de Saúde (SAD/SUS) vinculado a Prefeitura Municipal de Belo Horizonte.

A pesquisa apresenta a seguinte hipótese de estudo: o processo de aquisição de capacidade para associação de conhecimentos e desenvolvimento de habilidades que conduzam o enfermeiro a atitudes assertivas ocorre predominantemente, ao longo da experiência em campo. Para investigar essa hipótese contempla os seguintes critérios de inclusão dos participantes: serem enfermeiros que realizam o atendimento domiciliar no turno vespertino, independente de compor equipe da rede de urgência ou de hospitais de referência, e que aceitem participar do estudo; ou seja, enfermeiros atuantes nas Equipes Multiprofissionais de Atenção Domiciliar (EMAD) regionais e especializadas em turno previamente definido; e como critérios de exclusão dos participantes foram definidos: aqueles enfermeiros que estiverem em período de treinamento, férias ou afastamento no período da coleta de dados.

A amostra para a entrevista individual será composta por um enfermeiro de cada equipe das nove regionais do município (Barreiro, Centro-Sul, Leste, Nordeste, Noroeste, Norte, Oeste, Pampulha e

**Endereço:** Av. Presidente Antonio Carlos, 6627 2º. Andar Sala 2005 Campus Pampulha

**Bairro:** Unidade Administrativa II **CEP:** 31.270-901

**UF:** MG **Município:** BELO HORIZONTE

**Telefone:** (31)3409-4592

**E-mail:** coep@prpq.ufmg.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE  
MINAS GERAIS



Continuação do Parecer: 5.905.293

Venda Nova), e um enfermeiro de cada uma das equipes especializadas (EMAD pediátrica, EMAD cuidados paliativos e EMAD cuidados prolongados). A seleção e o contato com participantes para a pesquisa serão realizados a partir dos dados informados pela coordenação do SAD/BH. Será solicitada a lista com os nomes dos enfermeiros atuantes no turno vespertino, conforme os critérios de inclusão. De posse dessa lista, será definida a sequência de enfermeiros a serem convidados para a entrevista individual mediante sorteio ordenando a sequência de contatos em cada regional. O primeiro enfermeiro da lista de cada regional será contactado individualmente por ligação telefônica. No caso de recusa, outro enfermeiro dessa regional ou da equipe especializada será contactado. O tamanho final da amostra será definido pelo critério de saturação, ou seja, abrangerá tantos indivíduos quantos forem necessários para a melhor compreensão da realidade estudada. O grupo focal será realizado com todos os respondentes da entrevista individual

Os dados serão coletados por meio de pesquisa de documentos que dispõem sobre o exercício profissional do enfermeiro e que regulamentam o SAD; entrevistas individuais com foco em competências e grupo focal. A entrevista, a qual será testada em um estudo piloto, será do tipo comportamental com foco em competências proposta por Rabaglio (2015) visando assim identificar competências desenvolvidas no repertório comportamental do indivíduo. Já o grupo focal será realizado com o objetivo de complementar as entrevistas individuais e validar juntos aos participantes o rol de competências para a atuação na Atenção Domiciliar (AD). Será ainda utilizado registro de notas de campo, objetivando apontamentos de impressões da pesquisadora que possam complementar e enriquecer os resultados da pesquisa. Para a análise das informações obtidas na pesquisa documental, entrevistas individuais e grupo focal será realizada a Análise do Discurso Crítica (ADC) de Fairclough (2001), que propõe um modelo tridimensional para a análise dos dados.

**Objetivo da Pesquisa:**

Objetivo Primário:

- Analisar as competências mobilizadas por enfermeiros do SAD no dia a dia do seu trabalho.

Objetivos Secundários:

- Identificar as competências mobilizadas por enfermeiros na AD;
- Entender as situações que promovem a mobilização das competências na AD.

**Endereço:** Av. Presidente Antonio Carlos, 6627 2º. Andar Sala 2005 Campus Pampulha

**Bairro:** Unidade Administrativa II **CEP:** 31.270-901

**UF:** MG **Município:** BELO HORIZONTE

**Telefone:** (31)3409-4592

**E-mail:** coep@prpq.ufmg.br



UNIVERSIDADE FEDERAL DE  
MINAS GERAIS



Continuação do Parecer: 5.905.293

#### **Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

Os riscos apontados foram considerados como mínimos e estão relacionados à existência de um possível desconforto, decorrente de constrangimentos ao relembrar e narrar fatos do passado e/ou incômodo com a presença da pesquisadora, o que deverá ser comunicado imediatamente para a interrupção da entrevista. Ademais, a pesquisadora deverá informar previamente sobre a sua disponibilidade para ouvir e auxiliar aos participantes em todas as etapas do estudo para evitar e reduzir os possíveis danos relacionados aos riscos da pesquisa. Já os benefícios citados foram relacionados às contribuições da pesquisa para o conhecimento das competências mobilizadas pelo enfermeiro na prática da AD e aproximações ao que é proposto pelas diretrizes internacionais, subsidiando estratégias de aprimoramento de competências, ampliação da autonomia e protagonismo do enfermeiro, além de poder fornecer melhorias na qualidade assistencial e maior visibilidade do SAD. Verifica-se assim, que os benefícios apresentados pela pesquisa superam os riscos.

#### **Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

A pesquisa apresenta como instituição coparticipante a Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte (SMSA-BH), a qual emitiu anuência para o seu desenvolvimento e alertou sobre a necessidade de aprovação do seu Comitê de Ética para início da coleta dos dados da pesquisa. Ademais, esta pesquisa é uma parceria com o Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da UFMG, e constitui a dissertação de Mestrado da discente Roseli Lino de Souza sob a orientação da professora Kênia Lara da Silva.

A pesquisa apresenta orçamento de baixo custo (R\$2.260,00), com valores que serão arcados pela própria pesquisadora. Ademais, foi aprovada pela Câmara Departamental do Departamento de Enfermagem Básica da Escola de Enfermagem da UFMG, conforme Parecer N° 22/2022, que aponta a sua relevância para linha de pesquisa de Gestão e Educação na Saúde e Enfermagem no que tange a produção de conhecimentos acerca das competências que precisam ser mobilizadas pelo enfermeiro no contexto da Atenção Domiciliar.

O projeto apresenta cronograma de realização de outubro de 2021 a outubro de 2023, sendo que a coleta dos dados da entrevista individual e do grupo focal estão previstas para abril e julho de 2023, respectivamente. Ressalta-se, no entanto, a importância de as pesquisadoras atentarem-se à aprovação dos Comitês de Ética das instituições envolvidas para o seu início, tendo em vista a legislação vigente (Resolução CNS 466/12). Ademais, o CEP-UFMG recomenda aos pesquisadores

**Endereço:** Av. Presidente Antonio Carlos, 6627 2º. Andar Sala 2005 Campus Pampulha

**Bairro:** Unidade Administrativa II **CEP:** 31.270-901

**UF:** MG **Município:** BELO HORIZONTE

**Telefone:** (31)3409-4592

**E-mail:** coep@prpq.ufmg.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE  
MINAS GERAIS



Continuação do Parecer: 5.905.293

comunicar toda e qualquer alteração do projeto, inclusive sobre a sua finalização.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Os termos utilizados estão adequados. Quanto aos documentos, assinala-se:

- 1) Folha de rosto devidamente preenchida e assinada.
- 2) Aprovação da Câmara Departamental presente no processo.
- 3) Anuência da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte (SMSA-BH) apresentada.
- 5) Instrumentos de coleta de dados constam no projeto.
- 6) Apresenta projeto completo.
- 7) Em relação ao TCLE:
  - Está no formato de carta convite, resguardando a confidencialidade dos dados e o anonimato.
  - Apresenta o direito à recusa, e a desistir do projeto a qualquer momento sem qualquer prejuízo.
  - Informa o objetivo e os métodos da pesquisa.
  - Informa sobre o armazenamento de 5 anos dos dados, salvaguardando a sua consulta.
  - Esclarece que não haverá qualquer forma de pagamento, e disponibiliza apoio em caso de gerar algum risco à integridade física, mental ou de qualquer outra natureza ao participante.
  - Inclui consentimento para registro de áudio das entrevistas individuais e grupo focal.
  - Dados do pesquisador e do CEP relatados.
  - São apresentados possíveis benefícios e riscos da pesquisa para os participantes.
  - Há espaço previsto para aceitação ou recusa do participante.
  - Consta campo de rubrica nas páginas do TCLE ou assinatura do pesquisador.

**Recomendações:**

Como será realizado um grupo focal, os pesquisadores devem orientar e reforçar com os participantes a importância do sigilo e confidencialidade do que for conversado durante a atividade.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

N/A

**Considerações Finais a critério do CEP:**

Tendo em vista a legislação vigente (Resolução CNS 466/12), o CEP-UFMG recomenda aos

**Endereço:** Av. Presidente Antonio Carlos, 6627 2º. Andar Sala 2005 Campus Pampulha

**Bairro:** Unidade Administrativa II **CEP:** 31.270-901

**UF:** MG **Município:** BELO HORIZONTE

**Telefone:** (31)3409-4592

**E-mail:** coep@prpq.ufmg.br

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE  
MINAS GERAIS**



Continuação do Parecer: 5.905.293

Pesquisadores: comunicar toda e qualquer alteração do projeto e do termo de consentimento via emenda na Plataforma Brasil, informar imediatamente qualquer evento adverso ocorrido durante o desenvolvimento da pesquisa (via documental encaminhada em papel), apresentar na forma de notificação relatórios parciais do andamento do mesmo a cada 06 (seis) meses e ao término da pesquisa encaminhar a este Comitê um sumário dos resultados do projeto (relatório final).

**Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:**

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_2029817.pdf	01/02/2023 15:16:46		Aceito
Outros	Roteiro_grupofochal.docx	27/01/2023 22:50:51	roseli lino de souza	Aceito
Outros	Roteiro_entrevista.docx	27/01/2023 22:50:05	roseli lino de souza	Aceito
Outros	Ficha_coleta_documental.docx	27/01/2023 22:49:12	roseli lino de souza	Aceito
Outros	PARECER_DEPARTAMENTO_ENFERMAGEM_APLICADAUFMG.pdf	27/01/2023 22:48:12	roseli lino de souza	Aceito
Outros	Termo_anuencia_institucional.pdf	27/01/2023 22:46:34	roseli lino de souza	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_grupo_focal.docx	27/01/2023 22:44:35	roseli lino de souza	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_entrevista_individual.docx	27/01/2023 22:44:20	roseli lino de souza	Aceito
Cronograma	Cronograma.docx	27/01/2023 22:43:34	roseli lino de souza	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_Mestrado.docx	27/01/2023 22:43:08	roseli lino de souza	Aceito
Folha de Rosto	Folha_de_Rosto.pdf	27/01/2023 22:42:37	roseli lino de souza	Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

**Endereço:** Av. Presidente Antonio Carlos, 6627 2º. Andar Sala 2005 Campus Pampulha  
**Bairro:** Unidade Administrativa II **CEP:** 31.270-901  
**UF:** MG **Município:** BELO HORIZONTE  
**Telefone:** (31)3409-4592 **E-mail:** coep@prpq.ufmg.br



UNIVERSIDADE FEDERAL DE  
MINAS GERAIS



Continuação do Parecer: 5.905.293

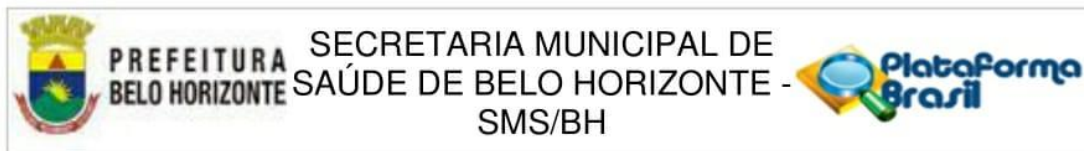
BELO HORIZONTE, 22 de Fevereiro de 2023

---

**Assinado por:**  
**Corinne Davis Rodrigues**  
**(Coordenador(a))**

**Endereço:** Av. Presidente Antonio Carlos, 6627 2º. Andar Sala 2005 Campus Pampulha  
**Bairro:** Unidade Administrativa II **CEP:** 31.270-901  
**UF:** MG **Município:** BELO HORIZONTE  
**Telefone:** (31)3409-4592 **E-mail:** coep@prpq.ufmg.br

## ANEXO C - PARECER DE APROVAÇÃO DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE BELO HORIZONTE



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Elaborado pela Instituição Coparticipante

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** Competências do enfermeiro para atuação na atenção domiciliar

**Pesquisador:** Kênia Lara Silva

**Área Temática:**

**Versão:** 2

**CAAE:** 66969923.0.3001.5140

**Instituição Proponente:** Secretaria Municipal de Saude de Belo Horizonte

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 5.955.833

#### **Apresentação do Projeto:**

Trata-se de uma dissertação de mestrado da Escola de Enfermagem da UFMG. As informações que se seguem foram retiradas das "informações básicas do projeto" e outras no projeto. Introdução: A Atenção Domiciliar (AD) configura-se como uma modalidade de cuidado em expansão no cenário mundial. A necessidade de reorganização da oferta de serviços de saúde a partir das mudanças no perfil demográfico e epidemiológico situa a AD como um ponto de cuidado estratégico para a atenção em saúde, contribuindo também para redução das taxas de hospitalização, racionalização de leitos hospitalares, humanização de práticas assistenciais e diminuição de custos. A equipe de enfermagem é a maior provedora de assistência domiciliar no mundo. O enfermeiro integra a equipe multiprofissional e constitui componente chave, desempenhando atividades essenciais na AD, além de identificar demandas para outros profissionais. A assistência em domicílio apresenta peculiaridades que devem ser apreendidas pelos enfermeiros e podem configurar desafios para o exercício dessa modalidade de cuidado. Neste sentido, questiona-se: Quais são as competências mobilizadas por enfermeiros para atuação no Serviço de Atenção Domiciliar (SAD)? Trata-se de uma pesquisa de abordagem qualitativa com delineamento metodológico de estudo de caso único holístico revelador. Nesse sentido, propõe-se como caso de estudo as competências mobilizadas pelos enfermeiros na atuação no serviço de atenção domiciliar tendo como unidade de caso, o SAD/SUS do município de Belo Horizonte, por

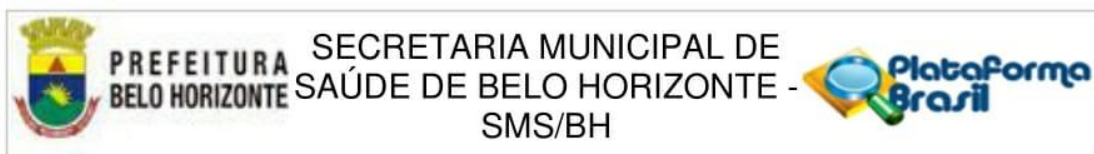
**Endereço:** Rua Frederico Bracher Júnior, 103/3º andar/sala 02

**Bairro:** Padre Eustáquio **CEP:** 30.130-007

**UF:** MG **Município:** BELO HORIZONTE

**Telefone:** (31)3277-5309

**E-mail:** coep@pbh.gov.br



## PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Elaborado pela Instituição Coparticipante

### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** Competências do enfermeiro para atuação na atenção domiciliar

**Pesquisador:** Kênia Lara Silva

**Área Temática:**

**Versão:** 2

**CAAE:** 66969923.0.3001.5140

**Instituição Proponente:** Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 5.955.833

#### Apresentação do Projeto:

Trata-se de uma dissertação de mestrado da Escola de Enfermagem da UFMG. As informações que se seguem foram retiradas das "informações básicas do projeto" e outras no projeto. Introdução: A Atenção Domiciliar (AD) configura-se como uma modalidade de cuidado em expansão no cenário mundial. A necessidade de reorganização da oferta de serviços de saúde a partir das mudanças no perfil demográfico e epidemiológico situa a AD como um ponto de cuidado estratégico para a atenção em saúde, contribuindo também para redução das taxas de hospitalização, racionalização de leitos hospitalares, humanização de práticas assistenciais e diminuição de custos. A equipe de enfermagem é a maior provedora de assistência domiciliar no mundo. O enfermeiro integra a equipe multiprofissional e constitui componente chave, desempenhando atividades essenciais na AD, além de identificar demandas para outros profissionais. A assistência em domicílio apresenta peculiaridades que devem ser apreendidas pelos enfermeiros e podem configurar desafios para o exercício dessa modalidade de cuidado. Neste sentido, questiona-se: Quais são as competências mobilizadas por enfermeiros para atuação no Serviço de Atenção Domiciliar (SAD)? Trata-se de uma pesquisa de abordagem qualitativa com delineamento metodológico de estudo de caso único holístico revelador. Nesse sentido, propõe-se como caso de estudo as competências mobilizadas pelos enfermeiros na atuação no serviço de atenção domiciliar tendo como unidade de caso, o SAD/SUS do município de Belo Horizonte, por

**Endereço:** Rua Frederico Bracher Júnior, 103/3º andar/sala 02

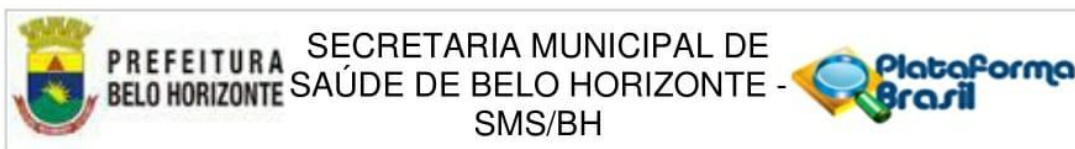
**Bairro:** Padre Eustáquio **CEP:** 30.130-007

**UF:** MG **Município:** BELO HORIZONTE

**Telefone:** (31)3277-5309

**E-mail:** coep@pbh.gov.br



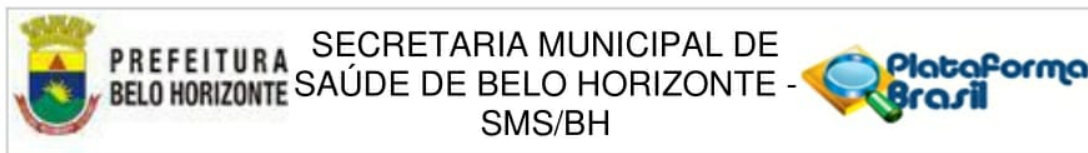


Continuação do Parecer: 5.955.833

meio de um caso único holístico revelador. Os dados serão coletados através de pesquisa documental, entrevistas individuais com foco em competências e grupo focal. Serão avaliados documentos que regulamentam o SAD e dispõem sobre o exercício profissional do enfermeiro. Será utilizada a entrevista comportamental com foco em competências proposta por Rabaglio (2015). O instrumento de pesquisa será aplicado a um teste piloto para refinar os planos de coleta, tanto em relação ao conteúdo dos dados, quanto aos procedimentos a serem seguidos. As entrevistas serão previamente agendadas, por meio de contato telefônico, mediante lista de números fornecida pela coordenação do SAD, e de acordo com a disponibilidade dos participantes. Serão realizadas pessoalmente, pela pesquisadora, no local de trabalho - UPA ou hospital - conforme locação da EMAD, em área com mínimo de ruídos e intervenções, conforme escolha do enfermeiro a ser entrevistado. No momento da entrevista será entregue, em duas vias, o TCLE assinado pela pesquisadora e orientadora do estudo, para leitura, esclarecimento das possíveis dúvidas e coleta da assinatura do participante, caso aceite contribuir com a pesquisa. Após o consentimento, a pesquisadora prosseguirá informando ao participante da pesquisa que a entrevista será gravada. O grupo focal será empregado com o objetivo de

complementar as entrevistas individuais e validar juntos aos participantes o rol de competências para atuação na AD e será agendado após as transcrições e análises das entrevistas individuais. Para a constituição do grupo focal serão convidados todos os enfermeiros participantes da etapa inicial. Na condução do grupo focal, além participação da pesquisadora como moderadora, haverá a participação de um observador, cuja responsabilidade será apoiar com a gravação e registros das comunicações durante a discussão. O grupo focal terá início com a apresentação da pesquisadora e o objetivo do estudo. Em seguida para embasar a discussão será disponibilizado para o grupo o compilado do rol de competências identificados na primeira etapa pareadas com as competências para atuação na AD conforme proposto na revisão de escopo (RUSLI et. al., 2021). Após a leitura individual será realizado a discussão da temática conforme roteiro elaborado para condução da atividade. O grupo focal será realizado em local a ser agendado, que possua nível mínimo de ruído e livre de interrupções. Será apresentado O TCLE em duas vias previamente ao início do grupo focal e, mediante permissão dos participantes, as discussões serão gravadas em áudio. Os critérios de inclusão para participação contemplarão enfermeiros que realizam o atendimento domiciliar no turno vespertino, independente de compor equipe da rede de urgência ou de hospitais de referência e que aceitarem participar do estudo. Nessa perspectiva, os participantes da pesquisa serão os enfermeiros atuantes nas EMADs regionais e EMADs especializadas do turno previamente definido. Serão excluídos os enfermeiros

**Endereço:** Rua Frederico Bracher Júnior, 103/3º andar/sala 02  
**Bairro:** Padre Eustáquio **CEP:** 30.130-007  
**UF:** MG **Município:** BELO HORIZONTE  
**Telefone:** (31)3277-5309 **E-mail:** coep@pbh.gov.br



Continuação do Parecer: 5.955.833

que estiverem em período de treinamento, férias ou afastamento no período da coleta de dados. A análise dos dados será feita por meio da Análise do Discurso Crítica (ADC) na perspectiva de Fairclough. O estudo será desenvolvido de acordo com os aspectos éticos expressos nas Resoluções N° 466/2012, N° 510/2016 e N° 674/2022 do Ministério da Saúde. Em cumprimento a estas resoluções todos os participantes da pesquisa assinarão o TCLE em duas vias, caso concordem em participar da pesquisa. Todas as dúvidas serão esclarecidas e garantidas a confidencialidade e privacidade no estudo. Além disso, os participantes terão direito, a qualquer momento, de manifestarem livremente o interesse em participar ou não de qualquer etapa do estudo, sem nenhum tipo de prejuízo. O estudo será custeado por fontes próprias da pesquisadora.

#### **Objetivo da Pesquisa:**

Objetivo Primário:

- Analisar as competências mobilizadas por enfermeiros do SAD no dia a do seu trabalho.

Objetivos Secundários:

- Identificar as competências mobilizadas por enfermeiros na AD;
- Entender as situações que promovem a mobilização das competências na AD.

#### **Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

Riscos:

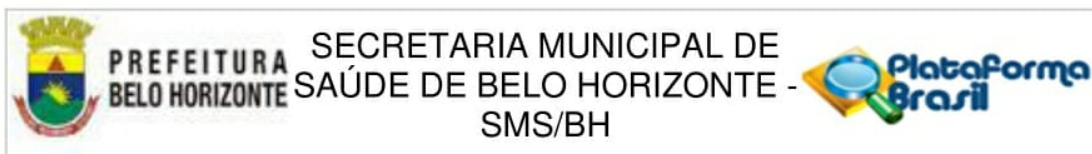
Referente aos riscos relativos a esta pesquisa, eles são mínimos e estão relacionados à existência de um possível desconforto, decorrente de constrangimentos ao lembrar e narrar fatos do passado e/ou incômodo com a presença da pesquisadora, o que deverá ser comunicado imediatamente para a interrupção da entrevista. A pesquisadora informará previamente, acerca da disponibilidade para ouvir e auxiliar aos participantes em todas as etapas deste estudo para evitar e reduzir os possíveis danos relacionados aos riscos da pesquisa.

Benefícios:

Espera-se que os resultados desse estudo possam contribuir para conhecimento das competências mobilizadas pelo enfermeiro na prática da atenção domiciliar e aproximações ao que é proposto pelas diretrizes internacionais, subsidiando estratégias de aprimoramento de competências, ampliação da autonomia e protagonismo do enfermeiro, melhorias na qualidade assistencial e maior visibilidade do serviço de atenção domiciliar.

#### **Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

**Endereço:** Rua Frederico Bracher Júnior, 103/3º andar/sala 02  
**Bairro:** Padre Eustáquio **CEP:** 30.130-007  
**UF:** MG **Município:** BELO HORIZONTE  
**Telefone:** (31)3277-5309 **E-mail:** coep@pbh.gov.br



Continuação do Parecer: 5.955.833

Trata-se de uma pesquisa com tema relevante e de grande importância para o contexto de saúde pública para a Gestão e Educação na Saúde e Enfermagem na sua contribuição para a produção de conhecimentos das competências que precisam ser mobilizadas pelo enfermeiro no contexto da Atenção Domiciliar

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Toda a documentação obrigatória foi apresentada.

Em postas ao Parecer Consubstanciado de nº5.944.005:

- Ajustar Cronograma de Execução conforme está apresentado na pág. 5 das informações básicas do projeto. Ajustar, também, a data de início da coleta de dados em que antecede a avaliação de ambos os CEPs (UFMG e SMSA). Além disso, os cronogramas do projeto com o cronograma anexado na plataforma, em separado não coincidem várias datas propostas necessitando alinhamento para unificação, respeitando os trâmites nos comitês de ética em pesquisa com seres humanos, se o projeto for aprovado o desenvolvimento da pesquisa, dar-se-á início à coleta.

PENDÊNCIA ATENDIDA

- Nos TCLE individual e Grupo Focal:

a) Realizar o TCLE no formato de convite conforme o modelo do CEP SMSA, disponibilizado em meio virtual na página do mesmo.

PENDÊNCIA ATENDIDA

b) Acrescentar o contato do CEP/SMSA: Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte - Rua Frederico Bracher Júnior, nº 103 - 3º Andar - Sala 05 - Padre Eustáquio - Belo Horizonte-MG - CEP 30720-000 - Telefone: 3277-5309

PENDÊNCIA ATENDIDA

c) Acrescentar como será descartado o material coletado (gravações, material impresso se houver) decorrido os cinco anos de guarda e armazenamento.

PENDÊNCIA ATENDIDA

d) Acrescentar no último parágrafo de autorização "pós informado" que participante da pesquisa autoriza gravação em áudio.

PENDÊNCIA ATENDIDA

e) Postar o novo documento na plataformaBrasil com o nome de NOVOTCLEindividual e NOVOTCLEgrupofocal.

**Endereço:** Rua Frederico Bracher Júnior, 103/3º andar/sala 02

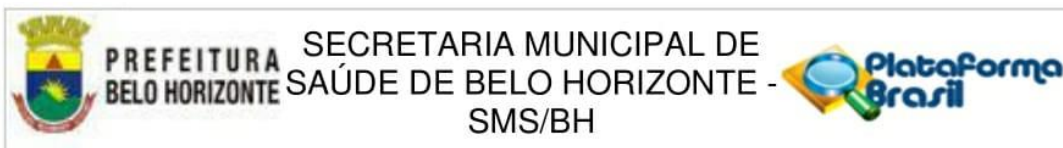
**Bairro:** Padre Eustáquio **CEP:** 30.130-007

**UF:** MG **Município:** BELO HORIZONTE

**Telefone:** (31)3277-5309

**E-mail:** coep@pbh.gov.br





Continuação do Parecer: 5.955.833

**PENDÊNCIA ATENDIDA**

F) Apresentar o Termo de Responsabilidade do Pesquisador (assinado por todos os pesquisadores).

**PENDÊNCIA ATENDIDA**

**Recomendações:**

Quando se tratar de pesquisas com seres humanos em instituições integrantes do Sistema Único de Saúde (SUS), os procedimentos não deverão interferir na rotina dos serviços de assistência à saúde, a não ser quando a finalidade do estudo o justificar, e for expressamente autorizado pelo dirigente da instituição (Resolução CNS nº 580 de 2018, artigo 5º). As pesquisas realizadas em instituições integrantes do SUS devem atender aos preceitos éticos e de responsabilidade do serviço público e de interesse social, não devendo ser confundidas com as atividades de atenção à saúde (Resolução CNS nº 580 de 2018, artigo 2º).

Aconselha-se a adoção de medidas para a prevenção e gerenciamento de todas as atividades de pesquisa, garantindo-se as ações primordiais à saúde, minimizando prejuízos e potenciais riscos, além de prover cuidado e preservar a integridade e assistência dos participantes e da equipe de pesquisa.

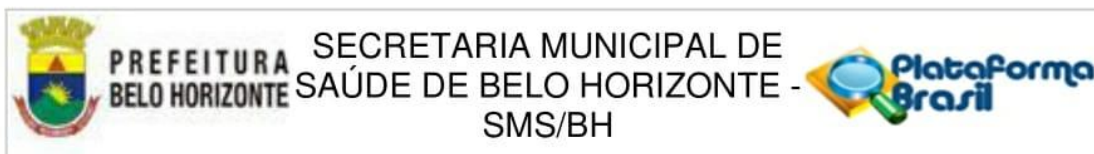
**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

O Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte, não encontrando objeções éticas e tendo o projeto cumprido os requisitos da Resolução CNS 466/12, considera aprovado o projeto "Competências do enfermeiro para atuação na atenção domiciliar".

**Considerações Finais a critério do CEP:**

- Salienta-se que o sujeito da pesquisa tem a liberdade de recusar-se a participar ou de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma e sem prejuízo ao seu cuidado e deve receber uma cópia do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, na íntegra, por ele assinado.
- O pesquisador deve desenvolver a pesquisa conforme delineada no protocolo aprovado e

**Endereço:** Rua Frederico Bracher Júnior, 103/3º andar/sala 02  
**Bairro:** Padre Eustáquio **CEP:** 30.130-007  
**UF:** MG **Município:** BELO HORIZONTE  
**Telefone:** (31)3277-5309 **E-mail:** coep@pbh.gov.br



Continuação do Parecer: 5.955.833

descontinuar o estudo somente após análise das razões da descontinuidade pelo CEP que o aprovou, aguardando seu parecer, exceto nos casos previstos na Resolução CNS 466/12.

-Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser previamente apresentadas para apreciação do CEP através da Plataforma Brasil, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas.

-Notificações podem ser apresentadas ao CEP através da Plataforma Brasil. As notificações de início e término da pesquisa devem ser apresentadas tão logo os eventos ocorram.

- Relatórios semestrais, a partir da data de aprovação, devem ser apresentados ao CEP para acompanhamento da pesquisa. Ao término da pesquisa deve ser apresentado relatório final.

Sugerimos utilizar os Formulários do CEP da SMSA de BH disponíveis no endereço:

<https://prefeitura.pbh.gov.br/saude/informacoes/educacao-em-saude/comite-de-etica-em-saude>

**Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:**

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BASICAS_DO_PROJETO_2092648.pdf	20/03/2023 21:44:18		Aceito
Outros	Termo_de_responsabilidade_do_pesquisador.docx	20/03/2023 21:41:43	roseli lino de souza	Aceito
Outros	Carta_resposta_CEP_SMSA_PBH.docx	20/03/2023 21:41:08	roseli lino de souza	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_Mestrado_ajustes.docx	20/03/2023 21:40:27	roseli lino de souza	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	NOVO_TCLE_grupo_focal.docx	20/03/2023 21:39:16	roseli lino de souza	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	NOVO_TCLE_entrevista_individual.docx	20/03/2023 21:38:54	roseli lino de souza	Aceito
Cronograma	NOVO_cronograma.docx	20/03/2023 21:38:07	roseli lino de souza	Aceito
Outros	Roteiro_grupofocal.docx	27/01/2023 22:50:51	roseli lino de souza	Aceito
Outros	Roteiro_entrevista.docx	27/01/2023 22:50:05	roseli lino de souza	Aceito

**Endereço:** Rua Frederico Bracher Júnior, 103/3º andar/sala 02

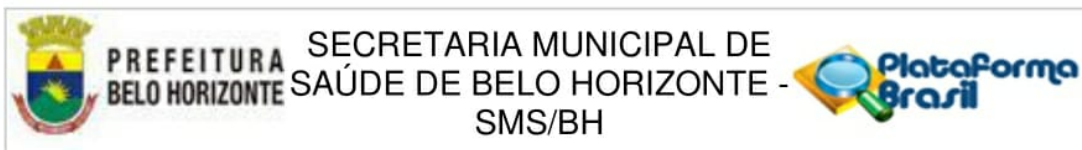
**Bairro:** Padre Eustáquio **CEP:** 30.130-007

**UF:** MG **Município:** BELO HORIZONTE

**Telefone:** (31)3277-5309

**E-mail:** coep@pbh.gov.br





Continuação do Parecer: 5.955.833

Outros	Ficha_coleta_documental.docx	27/01/2023 22:49:12	roseli lino de souza	Aceito
Outros	PARECER_DEPARTAMENTO_ENFERMAGEM_APLICADAUFMG.pdf	27/01/2023 22:48:12	roseli lino de souza	Aceito
Outros	Termo_anuencia_institucional.pdf	27/01/2023 22:46:34	roseli lino de souza	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_grupo_focal.docx	27/01/2023 22:44:35	roseli lino de souza	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_entrevista_individual.docx	27/01/2023 22:44:20	roseli lino de souza	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_Mestrado.docx	27/01/2023 22:43:08	roseli lino de souza	Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

BELO HORIZONTE, 21 de Março de 2023

Assinado por:

**SANDRA CRISTINA PAULUCCI CAVALCANTI DE ANDRADE**  
(Coordenador(a))

**Endereço:** Rua Frederico Bracher Júnior, 103/3º andar/sala 02

**Bairro:** Padre Eustáquio **CEP:** 30.130-007

**UF:** MG **Município:** BELO HORIZONTE

**Telefone:** (31)3277-5309

**E-mail:** coep@pbh.gov.br