

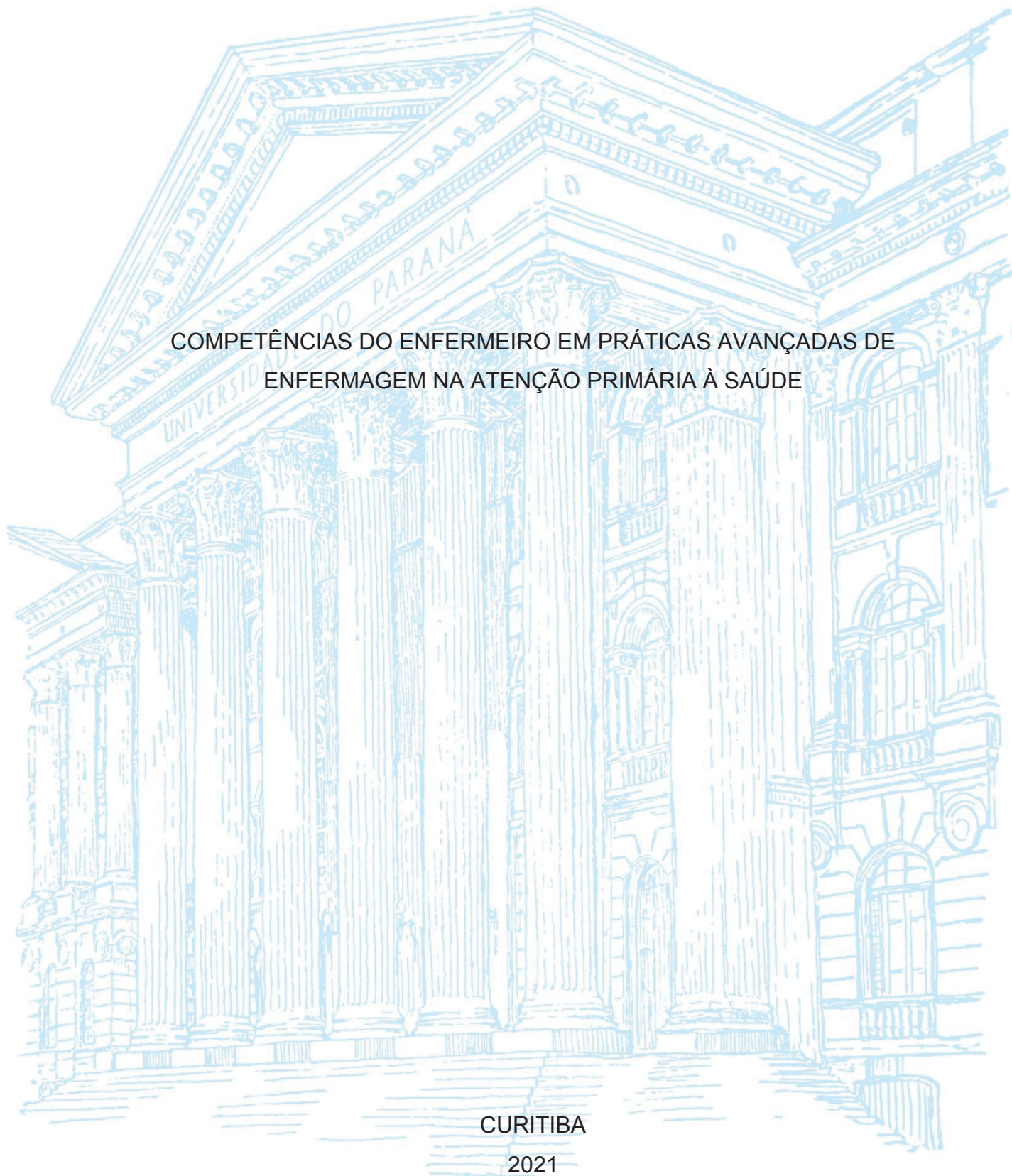
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ

LUIS FERNANDO GUALDEZI

COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO EM PRÁTICAS AVANÇADAS DE
ENFERMAGEM NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

CURITIBA

2021



LUIS FERNANDO GUALDEZI

COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO EM PRÁTICAS AVANÇADAS DE
ENFERMAGEM NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado Acadêmico do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Setor de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Paraná, como requisito à obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Área de Concentração: Prática Profissional em Enfermagem

Linha de Pesquisa: Gerenciamento de Ações e Serviços de Saúde e Enfermagem.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Aida Maris Peres

Coorientadora: Prof^a. Dr^a. Beatriz Rosana
Gonçalves de Oliveira Toso

CURITIBA

2021

Gualdezi, Luis Fernando

Competências do enfermeiro em práticas avançadas de enfermagem na Atenção Primária à Saúde [recurso eletrônico] / Luis Fernando Gualdezi – Curitiba, 2021.

Dissertação (mestrado) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Setor de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Paraná, 2021.

Orientadora: Profa. Dra. Aida Maris Peres

Coorientadora: Profa. Dra. Beatriz Rosana Gonçalves de Oliveira Toso

1. Prática avançada de enfermagem. 2. Competência profissional. 3. Atenção Primária à Saúde. I. Peres, Aida Maris. II. Toso, Beatriz Rosana Gonçalves de Oliveira. III. Universidade Federal do Paraná. IV. Título.

CDD 610.73



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
SETOR DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO ENFERMAGEM -
40001016045P7

TERMO DE APROVAÇÃO

Os membros da Banca Examinadora designada pelo Colegiado do Programa de Pós-Graduação em ENFERMAGEM da Universidade Federal do Paraná foram convocados para realizar a arguição da Dissertação de Mestrado de **LUIS FERNANDO GUALDEZI** intitulada: **COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO EM PRÁTICAS AVANÇADAS DE ENFERMAGEM NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE**, sob orientação da Profa. Dra. AIDA MARIS PERES, que após terem inquirido o aluno e realizada a avaliação do trabalho, são de parecer pela sua APROVAÇÃO no rito de defesa.

A outorga do título de mestre está sujeita à homologação pelo colegiado, ao atendimento de todas as indicações e correções solicitadas pela banca e ao pleno atendimento das demandas regimentais do Programa de Pós-Graduação.

CURITIBA, 24 de Fevereiro de 2021.

Assinatura Eletrônica

04/03/2021 10:12:06.0

AIDA MARIS PERES

Presidente da Banca Examinadora (UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ)

Assinatura Eletrônica

26/02/2021 14:01:24.0

MARIA DE FATIMA MANTOVANI

Avaliador Interno (UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ)

Assinatura Eletrônica

26/02/2021 14:56:03.0

RENATA CRISTINA GASPARINO

Avaliador Externo (UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS)

Av. Prof. Lothario Meissner, 632, 3º andar - CURITIBA - Paraná - Brasil

CEP 80210170 - Tel: (41) 3361-3756 - E-mail: ppgenf@ufpr.br

Documento assinado eletronicamente de acordo com o disposto na legislação federal Decreto 8539 de 08 de outubro de 2015.

Gerado e autenticado pelo SIGA-UFPR, com a seguinte identificação única: 77735

Para autenticar este documento/assinatura, acesse <https://www.prppg.ufpr.br/siga/visitante/autenticacaoassinaturas.jsp>
e insira o código 77735

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho à minha família, em especial a minha mãe **Maria Josina Cordeiro Gualdezi** e meu pai **Luiz Cláudio Gualdezi** (*in memorian*), e ao meu irmão **Jeferson Luis Gualdezi**, que sempre ao meu lado me ajudaram e me ampararam nas lutas e aflições.

Ao meu companheiro **Bruno Eduardo Kolokovski**, que está sempre disposto a me dar seus conselhos, me consolando nas aflições, me encorajando a continuar sempre, sem desistir.

Ao meu companheiro de outros tempos **Rodrigo de Almeida Guerreiro** (*in memorian*), que sempre acreditou no meu potencial e que esteve (e está), presente nas minhas conquistas e hoje permanece presente em meu coração. Obrigado!

À minha orientadora Prof^a Dr^a. **Aida Maris Peres** e minha coorientadora Prof^a Dra. **Beatriz Rosana Gonçalves de Oliveira Toso**, pela paciência e por acreditarem no potencial deste trabalho, me auxiliando em todas as etapas do projeto.

AGRADECIMENTOS

Ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Paraná – PPGENF/UFPR.

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - CAPES, pelo apoio financeiro neste período;

Ao Grupo de Pesquisas em Políticas, Gestão e Práticas em Saúde.

Às Professoras Doutoras que compuseram a banca de defesa de mestrado, pelas contribuições e refinamento deste trabalho.

Aos Enfermeiros e Enfermeiras da Atenção Primária à Saúde do estado do Paraná, pelo trabalho desempenhado e por suas contribuições à sociedade.

Agradeço também a todos que de alguma forma contribuíram para a realização deste estudo.

***“Sonhe com o que você quiser. Vá para onde você queira ir.
Seja o que você quer ser, porque você possui apenas uma vida
e nela só temos uma chance de fazer aquilo que queremos.
Tenha felicidade bastante para fazê-la doce.
Dificuldades para fazê-la forte.
Tristeza para fazê-la humana.
E esperança suficiente para fazê-la feliz.”***

Clarice Lispector

RESUMO

Introdução: A Prática Avançada de Enfermagem no processo de trabalho da enfermagem na Atenção Primária à Saúde consiste na integração das áreas do conhecimento e a formação profissional, experiência prática, pesquisa, gestão, habilidades clínicas complexas e tomada de decisão com autonomia. Essa função é regulamentada em mais de 50 países, sendo necessária a formulação de políticas de saúde para sua implementação, além de infraestrutura que apoie o ensino e a pesquisa para os enfermeiros que a desenvolvem. A Atenção Primária à Saúde configura um grande potencial para o desenvolvimento da Prática Avançada de Enfermagem, por ser considerada primeiro contato entre o profissional da saúde e o indivíduo, ofertando essencialmente serviços de atenção integral, que vão desde a promoção em saúde até a reabilitação. **Objetivo:** Analisar as competências necessárias para a prática avançada de enfermagem na atenção primária à saúde. **Método:** Estudo exploratório do tipo survey, de corte-transversal, com abordagem quantitativa e amostragem não probabilística intencional com desfecho em proporções. Os participantes da pesquisa foram os enfermeiros que declararam exercer a função na atenção primária à saúde, inscritos e ativos no Conselho Regional de Enfermagem do Paraná, que responderam um formulário eletrônico com 64 itens, divididos em sete domínios. A análise estatística descritiva com frequência simples e relativa das variáveis de cada domínio foi verificada com o teste de qui-quadrado. **Resultados:** Participaram da pesquisa 178 enfermeiros, sendo 156 (87,6%) do sexo feminino, com tempo de experiência na profissão entre 6 e 10 anos 45 (25,3%), e entre 11 a 20 anos de atuação 46 (25,8%). Os participantes estão distribuídos geograficamente em cidades consideradas de pequeno porte 66 (37,1%), de médio porte 46 (25,8%), e de grande porte 66 (37,1%). Foi identificado que 123 (69,10%) possuem especialização Lato sensu e 94 (52,8%) possui alguma formação em saúde pública ou coletiva. A competência comunica-se de maneira efetiva, abordando os achados clínicos, o diagnóstico e as intervenções terapêuticas foi respondida por 80,89%, sendo o maior percentual encontrado no domínio gestão do cuidado. No domínio ética, dentre as quatro competências, a que incorpora princípios éticos na tomada de decisões atingiu 87,64% das respostas. Do domínio colaboração interprofissional, composto por seis competências, obteve o maior percentual a competência colabora com o resto da equipe de saúde para promover o cuidado interprofissional centrado no cliente, com 87,64%. Duas competências do domínio promoção e prevenção atingiram 71,34%, dentre as nove competências que compõe o domínio. No domínio enfermagem baseada em evidências, a competência busca as melhores evidências para melhorar os resultados de saúde alcançou 70,22%. Já o domínio liderança, com 14 competências, apresentou três acima do ponto de corte. O domínio pesquisa não apresentou resultados acima do recomendado para este estudo. **Conclusão:** As competências descritas nesta pesquisa demonstram que os enfermeiros da Atenção Primária à Saúde desenvolvem parcialmente ou incompletamente as atividades que se aproximam das práticas avançadas de enfermagem.

Palavras-chave: Prática Avançada de Enfermagem. Competência Profissional. Atenção Primária à Saúde.

ABSTRACT

Introduction: Advanced Nursing Practice in the nursing work process in Primary Health Care consists of the integration of the areas of knowledge and professional training, practical experience, research, management, complex clinical skills and decision-making with autonomy. This function is regulated in more than 50 countries, making it necessary to formulate health policies for its implementation, in addition to infrastructure that supports teaching and research for nurses who develop it. Primary Health Care represents a great potential for the development of Advanced Nursing Practice, as it is considered the first contact between the health professional and the individual, essentially offering comprehensive care services, ranging from health promotion to rehabilitation. **Objective:** To analyze the skills needed for advanced nursing practice in primary health care. **Method:** Exploratory survey, cross-sectional study, with a quantitative approach and intentional non-probabilistic sampling with an outcome in proportions. The research participants were nurses who declared to exercise their function in primary health care, enrolled and active in the Regional Nursing Council of Paraná, who answered an electronic form with 64 items, divided into seven domains. The descriptive statistical analysis with simple and relative frequency of the variables of each domain was verified with the chi-square test. **Results:** 178 nurses participated in the survey, 156 (87.6%) of whom were female, with experience in the profession between 6 and 10 years 45 (25.3%), and between 11 and 20 years of experience 46 (25.8 %). Participants are distributed geographically in cities considered to be small 66 (37.1%), medium sized 46 (25.8%), and large sized 66 (37.1%). It was identified that 123 (69.10%) have a Lato sensu specialization and 94 (52.8%) have some training in public or collective health. Competence communicates effectively, addressing clinical findings, diagnosis and therapeutic interventions, accounted for 80.89%, with the highest percentage found in the care management domain. In the ethics domain, among the four competencies, the one that incorporates ethical principles in decision making reached 87.64% of the answers. In the domain of interprofessional collaboration, composed of six competences, the highest percentage obtained was the competence that collaborates with the rest of the health team to promote client-centered interprofessional care, with 87.64%. Two competences in the promotion and prevention domain reached 71.34%, among the nine competencies that make up the domain. In the evidence-based nursing domain, competence seeks the best evidence to improve health outcomes reached 70.22%. The leadership domain, with 14 competencies, presented three above the cutoff point. The research domain did not present results above the recommended for this study. **Conclusion:** The competencies described in this research demonstrate that Primary Health Care nurses develop partially or incompletely the activities that approach advanced nursing practices.

Keywords: Advanced Practice Nursing. Professional Competence. Primary Health Care.

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1- MAPA POLÍTICO DO ESTADO DO PARANÁ E MICRORREGIÕES ADMINISTRATIVAS.....	36
FIGURA 2 - GRÁFICO DE ERROS E ESTIMATIVAS DE FREQUÊNCIA.	38
FIGURA 3 - RESULTADOS OBTIDOS DO SOFTWARE EPI INFO PARA CÁLCULO DE TAMANHO DE AMOSTRA.....	38
FIGURA 4 - DADOS DA PESQUISA.....	42
FIGURA 5 - DISTRIBUIÇÃO ESPACIAL DOS PARTICIPANTES DO ESTUDO.	44

LISTA DE TABELAS

TABELA 1 - DISTRIBUIÇÃO DOS PARTICIPANTES DE ACORDO COM O MUNICÍPIO DE ATUAÇÃO, SEXO, ESCOLARIDADE, FORMAÇÃO EM SAÚDE PÚBLICA/COLETIVA E TEMPO DE EXPERIÊNCIA – 2021..	43
TABELA 2 - DISTRIBUIÇÃO DE FREQUÊNCIAS DAS QUESTÕES REFERENTES AO DOMÍNIO GESTÃO DO CUIDADO – 2021.....	45
TABELA 3 - DISTRIBUIÇÃO DE FREQUÊNCIA RELATIVA (%) DE “INDISPENSÁVEL OU MUITO RELEVANTE” DAS QUESTÕES DO DOMÍNIO GESTÃO DO CUIDADO: ENFOQUE DO CUIDADO - 2021.....	48
TABELA 4 - DISTRIBUIÇÃO DE FREQUÊNCIA RELATIVA (%) DE “INDISPENSÁVEL OU MUITO RELEVANTE” DAS QUESTÕES DO DOMÍNIO GESTÃO DO CUIDADO: AVALIAÇÃO E DIAGNÓSTICO - 2021.....	49
TABELA 5 - DISTRIBUIÇÃO DE FREQUÊNCIA RELATIVA (%) DE “INDISPENSÁVEL OU MUITO RELEVANTE” DAS QUESTÕES DO DOMÍNIO GESTÃO DO CUIDADO: PRESTAÇÃO DO CUIDADO - 2021.....	50
TABELA 6 - VALORES DE p AO TESTE DE QUI-QUADRADO ENTRE AS QUESTÕES DO DOMÍNIO GESTÃO DO CUIDADO E AS VARIÁVEIS SOCIODEMOGRÁFICAS – 2021.....	52
TABELA 7 – DISTRIBUIÇÃO DAS FREQUÊNCIAS DAS QUESTÕES DE ACORDO COM O DOMÍNIO ÉTICA – 2021.....	53
TABELA 8 – DISTRIBUIÇÃO DE FREQUÊNCIA RELATIVA (%) DE “INDISPENSÁVEL OU MUITO RELEVANTE” DAS QUESTÕES DO DOMÍNIO ÉTICA – 2021.....	54
TABELA 9 – VALORES DE p AO TESTE DE QUI-QUADRADO ENTRE O DOMÍNIO ÉTICA E AS VARIÁVEIS SOCIODEMOGRÁFICAS – 2021.....	55
TABELA 10 - DISTRIBUIÇÃO DAS FREQUÊNCIAS DAS QUESTÕES DE ACORDO COM O DOMÍNIO COLABORAÇÃO INTERPROFISSIONAL – 2021..	56

TABELA 11 – DISTRIBUIÇÃO DE FREQUÊNCIA RELATIVA (%) DE “INDISPENSÁVEL OU MUITO RELEVANTE” DAS QUESTÕES DO DOMÍNIO COLABORAÇÃO INTERPROFISSIONAL – 2021.....	58
TABELA 12 – VALORES DE p AO TESTE DE QUI-QUADRADO ENTRE AS QUESTÕES DO DOMÍNIO COLABORAÇÃO INTERPROFISSIONAL E AS VARIÁVEIS SOCIODEMOGRÁFICAS – 2021.....	60
TABELA 13 – DISTRIBUIÇÃO DAS FREQUÊNCIAS DAS QUESTÕES DE ACORDO COM O DOMÍNIO PROMOÇÃO E PREVENÇÃO – 2021.	61
TABELA 14 – DISTRIBUIÇÃO DE FREQUÊNCIA RELATIVA (%) DE “INDISPENSÁVEL OU MUITO RELEVANTE” DAS QUESTÕES DO DOMÍNIO PROMOÇÃO E PREVENÇÃO – 2021.	63
TABELA 15 – VALORES DE p AO TESTE DE QUI-QUADRADO ENTRE AS QUESTÕES DO DOMÍNIO PROMOÇÃO E PREVENÇÃO E AS VARIÁVEIS SOCIODEMOGRÁFICAS – 2021.....	65
TABELA 16 – DISTRIBUIÇÃO DAS FREQUÊNCIAS DAS QUESTÕES DE ACORDO COM O DOMÍNIO ENFERMAGEM BASEADA EM EVIDÊNCIAS – 2021.	66
TABELA 17 - DISTRIBUIÇÃO DE FREQUÊNCIA RELATIVA (%) DE “INDISPENSÁVEL OU MUITO RELEVANTE” DAS QUESTÕES DO DOMÍNIO ENFERMAGEM BASEADA EM EVIDÊNCIAS – 2021.....	67
TABELA 18 – VALORES DE p AO TESTE DE QUI-QUADRADO ENTRE AS QUESTÕES DO DOMÍNIO ENFERMAGEM BASEADA EM EVIDÊNCIAS E AS VARIÁVEIS SOCIODEMOGRÁFICAS – 2021.	68
TABELA 19 – DISTRIBUIÇÃO DAS FREQUÊNCIAS DE ACORDO COM O DOMÍNIO PESQUISA – 2021.....	69
TABELA 20 – DISTRIBUIÇÃO DE FREQUÊNCIA RELATIVA (%) DE “INDISPENSÁVEL OU MUITO RELEVANTE” DAS QUESTÕES DO DOMÍNIO PESQUISA – 2021.	70

TABELA 21 – VALORES DE p AO TESTE DE QUI-QUADRADO ENTRE AS QUESTÕES DO DOMÍNIO PESQUISA E AS VARIÁVEIS SOCIODEMOGRÁFICAS – 2021.....	71
TABELA 22 – DISTRIBUIÇÃO DAS FREQUÊNCIAS DE ACORDO COM O DOMÍNIO LIDERANÇA – 2021.....	72
TABELA 23 – DISTRIBUIÇÃO DE FREQUÊNCIA RELATIVA (%) DE “INDISPENSÁVEL OU MUITO RELEVANTE” DAS QUESTÕES DO DOMÍNIO LIDERANÇA – 2021.....	74
TABELA 24 – VALORES DE p AO TESTE DE QUI-QUADRADO ENTRE AS QUESTÕES DO DOMÍNIO LIDERANÇA E AS VARIÁVEIS SOCIODEMOGRÁFICAS – 2021.....	76

LISTA DE ABREVIATURAS OU SIGLAS

ABS	- Atenção Básica à Saúde
ANA	- <i>American Nurses Association</i>
APS	- Atenção Primária à Saúde
CFM	- Conselho Federal de Medicina
CNA	- <i>Canadian Nurses Association</i>
COFEN	- Conselho Federal de Enfermagem
COREN PR	- Conselho Regional de Enfermagem do Paraná
EBE	- Enfermagem Baseada em Evidências
EPA	- Enfermagem Prática Avançada
ESF	- Estratégia Saúde da Família
GPPGPS	- Grupo de Pesquisa em Políticas, Gestão e Práticas em Saúde
ICN	- <i>International Council of Nurses</i>
OMS	- Organização Mundial da Saúde
OPAS	- Organização Pan-Americana de Saúde
PNAB	- Política Nacional da Atenção Básica
PPGENF	- Programa de Pós-graduação em Enfermagem
PSF	- Programa Saúde da Família
SUS	- Sistema Único de Saúde
UFPR	- Universidade Federal do Paraná

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	17
1.1 OBJETIVOS	22
1.1.1 Objetivo geral	22
1.1.2 Objetivos específicos.....	22
2 REVISÃO DE LITERATURA	23
2.1 ATENÇÃO PRIMÁRIA A SAÚDE	23
2.2 PRÁTICAS AVANÇADAS DE ENFERMAGEM	26
2.3 COMPETÊNCIAS.....	29
2.3.1 Competência individual / coletiva	30
3 MÉTODO	35
3.1 TIPO DE ESTUDO	35
3.2 CENÁRIO DA PESQUISA.....	35
3.3 PARTICIPANTES DA PESQUISA.....	36
3.4 AMOSTRAGEM	37
3.5 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO DOS PARTICIPANTES.....	39
3.6 INSTRUMENTO E PROCEDIMENTO DE COLETA DE DADOS.....	39
3.7 COLETA DE DADOS	40
3.8 ANÁLISE DE DADOS.....	40
3.9 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS	40
4 RESULTADOS	42
4.1 PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO DOS PARTICIPANTES DO ESTUDO	42
4.2 GESTÃO DO CUIDADO.....	45
4.3 ÉTICA.....	53
4.4 COLABORAÇÃO INTERPROFISSIONAL.....	56
4.5 PROMOÇÃO E PREVENÇÃO	61
4.6 ENFERMAGEM BASEADA EM EVIDÊNCIAS	66
4.7 PESQUISA	69
4.8 LIDERANÇA.....	72
5 DISCUSSÃO	77
5.1 PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO	77
5.2 GESTÃO DO CUIDADO.....	78
5.3 ÉTICA.....	79

5.4 COLABORAÇÃO INTERPROFISSIONAL.....	81
5.5 PROMOÇÃO E PREVENÇÃO	82
5.6 ENFERMAGEM BASEADA EM EVIDÊNCIAS	83
5.7 PESQUISA	84
5.8 LIDERANÇA.....	85
5.9 DESAFIOS PARA PRÁTICA AVANÇADA E LIMITAÇÕES DO ESTUDO	87
6 CONCLUSÕES	89
7 REFERÊNCIAS.....	90
APENDICE 1 – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	101
ANEXO 1 – QUESTIONÁRIO DE COMPETÊNCIAS PARA A FORMAÇÃO DO ENFERMEIRO DE PRÁTICA AVANÇADA PARA A ATENÇÃO BÁSICA DE SAÚDE.....	104
ANEXO 2 - PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA SD-UFPR.....	111
ANEXO 3 – AUTORIZAÇÃO DE USO DO QUESTIONÁRIO.....	112

1 INTRODUÇÃO

A Prática Avançada de Enfermagem (PAE) emergiu do processo de trabalho da enfermagem na Atenção Primária à Saúde (APS), nos Estados Unidos, há mais de meio século, correspondendo à necessidade de ampliação de acesso e resolutividade do cuidado à população em serviços de saúde, principalmente em locais remotos e de difícil fixação profissional (OPAS, 2018). A PAE tem como principal característica a atuação clínica da enfermagem centrada no paciente; e na APS, soma as já conhecidas competências da profissão de prevenção e promoção à saúde (AGUIRRE-BOZA, 2019).

A PAE consiste na integração das áreas de conhecimento e a formação profissional, experiência prática, pesquisa, gestão, habilidades clínicas complexas e tomada de decisão com autonomia, que são requeridas de acordo com o contexto da região onde estão inseridas (ICN, 2014). A formação sugerida para atuação em PAE é o mestrado, como ocorre nos países onde a prática avançada está presente. No Brasil, autores sugerem que o mestrado profissional propiciaria essa formação de forma mais adequada, pois permite o exercício de experiências de prática, requeridas na formação em tela (OLIVEIRA; TOSO; MATSUDA; 2018).

Nos países como Reino Unido, Canadá e Estados Unidos, a PAE passou a ser adotada a partir de 1960, apresentando um escopo bem fundamentado (RIBEIRO et al., 2018). Para que fosse possível a implementação da prática avançada, houve a necessidade de regulamentação profissional quanto ao registro e reconhecimento dos profissionais especializados, atualização da legislação vigente e mudanças quanto à formação profissional advindas da necessidade de ampliação da atuação (RIBEIRO et al., 2018).

A PAE é regulamentada em mais de 50 países, sendo que na América Latina e Caribe essa prática ainda não conta com uma ampla formação profissional específica, existindo atualmente apenas dois cursos de formação no Chile, para uma de suas modalidades, o enfermeiro clínico especialista, na área de cuidados críticos e gestão (CASSIANI et al., 2018). Nesse sentido, se faz necessário a reformulação de políticas de saúde e emprego para a implementação da PAE, além de infraestrutura que apoie o ensino e a pesquisa para os enfermeiros que atuam na APS (CASSIANI et al., 2018).

O *International Council of Nurses* (ICN) aponta que as definições para a PAE estão em constante mudança, isso ocorre devido ao contexto em que os profissionais estão inseridos. Para este estudo, será aceita a definição de práticas avançadas do ICN, que conceitua o Enfermeiro de Práticas Avançadas (EPA) como o profissional de enfermagem habilitado com título de mestre, que possui conhecimento técnico-científico, capacidade para tomar decisões complexas e que dispõe de habilidade clínica necessária para a prática avançada, cujas características são corroboradas pelas políticas adotadas no país em que está apto a exercer a profissão (ICN, 2019).

Diante disso, pode-se observar que o enfermeiro que atua em práticas avançadas adquiriu habilidades clínicas ampliadas, que incluem o diagnóstico de doenças, a prescrição de medicamentos, a referência e contrarreferência de pacientes no modelo atual de atenção, a solicitação de exames e realização de procedimentos complexos. Para além destas perspectivas, o enfermeiro de práticas avançadas deve possuir um amplo conhecimento técnico-científico, munir-se de autonomia e liderança, a fim de promover maior aplicabilidade da prática clínica (NETO et al., 2018). Considerando a dimensão do trabalho do enfermeiro em práticas avançadas, a capacitação profissional torna-se uma ferramenta importante para delimitação do seu campo de atuação (TOSO, 2016).

De acordo com um estudo realizado nos Estados Unidos, Canadá, Austrália e Hong Kong, essa prática vem se expandindo em todo o mundo. Em muitos países da Ásia, como por exemplo a China, não existe um sistema de atenção primária, o que agrava o acesso à saúde pública nessas regiões. Ainda, foi abordado nesse estudo temas relacionados a prática profissional do enfermeiro, a importância de o enfermeiro ser reconhecido e recompensado por assumir funções com maior escopo e complexidade (PARKER; HILL, 2017). Desta forma, a ampliação da PAE pode contribuir na prestação de cuidados integrais aos usuários dos serviços de saúde, reduzindo a espera por atendimentos e ofertando serviços com maior qualidade (TOSO, 2016).

A APS configura um grande potencial para o desenvolvimento das práticas avançadas de enfermagem. A OMS define que a APS possui uma abordagem de cuidados de saúde centrada nas necessidades de indivíduos, famílias e comunidades, e que dizem respeito a um completo estado de saúde e bem-estar físico, mental e social inter-relacionados (OMS, 2019).

Recentemente a OPAS/OMS apresentaram o relatório “30 anos de SUS – Que SUS para 2030?” e nele foram contextualizadas algumas perspectivas e metas, incluindo a expansão e consolidação da APS Forte. Esta iniciativa surge como forma de promoção do acesso através de melhorias contínuas, reforçando o papel da atenção primária como porta prioritária no Sistema Único de Saúde. Um dos objetivos propostos pela OMS é manter a consonância com a Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável. No relatório, a APS Forte é apontada como um requisito irrenunciável para a sustentabilidade do SUS, aumentando a eficiência da atenção primária e da atenção especializada (OMS, 2019).

Para minimizar os efeitos do baixo número de profissionais que atuam na Região das Américas, por ocasião da realização da 29ª Conferência Sanitária Pan-Americana organizada pela OPAS/OMS, foi aprovada a estratégia de recursos humanos para o acesso e cobertura universal em saúde. Este documento apresentou como objetivo orientar a criação de políticas públicas de saúde, no que tange a disponibilidade, pertinência, relevância e competência dos profissionais. Para isso foram estabelecidas algumas metas para os avanços da enfermagem, como: o fortalecimento e a consolidação da liderança e da gestão na formulação e acompanhamento das políticas públicas; a capacidade de ampliar o escopo de atuação dos profissionais enfermeiros, com base em modelo de atenção focado nas pessoas, família, comunidade e fortalecimento da APS; e, o aumento da qualidade da educação na formação dos profissionais da enfermagem, com vistas ao fortalecimento dos sistemas de saúde (OPAS, 2019).

O enfermeiro que atua na APS é responsável pelas ações em saúde, além das suas atribuições definidas pela Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), devendo apresentar competências necessárias ao desempenho da sua função (OPAS, 2019). Os enfermeiros apresentam um papel fundamental na contribuição e no fortalecimento da APS, cita-se como exemplo o papel sinérgico de comunicação e de aproximação dos demais profissionais da saúde na tomada de decisão e no planejamento dos cuidados em saúde (PEDUZZI et al., 2019). Essa característica é fundamental para delinear a melhor estratégia de cuidados a ser adotada pelo enfermeiro (PEDUZZI et al., 2019).

Para esta dissertação, o conceito de competência foi concebido a partir de vários autores, conforme apresenta-se na sequência. A noção de competências está alinhada a um conjunto de conhecimentos, habilidades e atitudes, justificadas pelo

desempenho do indivíduo e estrategicamente determinadas conforme sua posição dentro das organizações (FLEURY; FLEURY, 2001). Para Le Boterf (1995) competência não se reduz a um estado de conhecimento ou tão pouco pela sua formação profissional, mas é a união de três pontos essenciais: o indivíduo, compreendido como um ser biopsicossocial; a formação acadêmica, que forma e desenvolve as habilidades profissionais inerentes a sua prática; e, a experiência profissional, adquirida durante sua trajetória profissional e aprimorada com o passar dos anos.

Sendo assim, “competência constitui um termo em evidência, complexo e multifacetado” (BRANDÃO, 2007, p. 149) podendo ser entendido sob pontos de vistas diferentes. Segundo Brandão (2007, p.150), existem duas vertentes sobre o termo competência, conforme descrito por Dutra (2004), a primeira vertente observada a partir das correntes teóricas americanas sugere que competência é um “conjunto de qualificações ou características” que determinam a capacidade de um indivíduo em lidar com dadas situações. A segunda vertente surge dos teóricos franceses, os quais apresentam a competência como características das pessoas relacionadas diretamente com a sua prática laboral. De acordo com essa perspectiva, a competência é expressa pelo desempenho do profissional frente as adversidades da prática, agregando valor às pessoas e as organizações (BRANDÃO, 2007).

Esta pesquisa utilizará a definição de competência como “o saber agir responsável e reconhecido, que implica mobilizar, integrar, transferir conhecimentos, recursos e habilidades, que agreguem valor econômico à organização e valor social ao indivíduo” (FLEURY; FLEURY, 2001, p. 188). Ainda segundo Brandão (2018), quando o indivíduo gerencia seus conhecimentos e aponta melhores estratégias para implementação em sua prática, ele mobiliza os diversos recursos e torna possível o desempenho profissional, produzindo consequências e resultados para as instituições a qual ele pertence e para a sociedade como um todo.

Essas competências despertam um interesse gradativo por “parte de teóricos, organizações e pesquisadores”, devido à influência que exercem sobre os indivíduos e a organização (BRANDÃO et al., 2010, p.171) Nesse ponto de vista, as competências gerenciais são descritas também como competências individuais e demonstram os comportamentos “daqueles que exercem funções de supervisão ou direção” (BRANDÃO et al., 2010, p. 172).

A escolha pela temática competências de enfermeiros de práticas avançadas pretende contribuir com os debates sobre a prática profissional do enfermeiro e elucidar as competências necessárias para a inserção das práticas avançadas na APS. Adicionalmente, ao atender ao Mestrado Acadêmico, o autor ingressou no Grupo de Pesquisa de Políticas, Gestão e Práticas de Saúde (GPPGPS), e Linha de Pesquisa de Gerenciamento de Serviços de Saúde e Enfermagem do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Paraná (PPGENF - UFPR). Neste sentido, esta proposta de dissertação alia-se à vivência do autor e foca no processo que inclui as funções de planejamento, organização, direção e controle (BRANDÃO, 2018), para abordar as competências necessárias à implantação das práticas avançadas.

Além disso, pode-se destacar a necessidade crescente de empoderamento dos enfermeiros frente aos serviços de saúde, em virtude de os profissionais assumirem cargos estratégicos na administração pública, o que contribui no avanço das ações de saúde para a sociedade. Conseqüentemente esta pesquisa será um passo para a sustentação à construção de políticas públicas para regulamentação das práticas avançadas que é crescente em todo o mundo, além de contribuir com a construção do conhecimento na enfermagem.

A realização deste estudo justifica-se pela prática profissional do enfermeiro estar embutida no cotidiano das organizações, mas que tende a se intensificar e expandir devido à evolução constante da sociedade, o que exige dos profissionais de enfermagem que a prática seja cada vez mais robusta e baseada em conhecimentos científicos. Para que essa transformação ocorra são necessárias mudanças na formação profissional e na delimitação do papel da enfermagem e a forma como se relacionam para realizar o cuidado em saúde, bem como qualificar e apoiar os gestores de saúde na organização do trabalho, no acesso à informação, na tomada de decisão, na elaboração do planejamento para este novo cenário, oferecendo melhoria do atendimento à população.

Para Miranda Neto et al. (2018) é necessário aos países que desejam implementar a prática avançada: a realização de debates e estudos sobre a implementação; a criação de políticas e normas que regularizem a prática profissional; e o fortalecimento da profissão através de campanhas, como por exemplo o *Nursing Now* que promove o empoderamento profissional através de campanhas para

apresentar grandes iniciativas de “ações de assistência, liderança, pesquisa, empreendedorismo e inovação, desempenhados por todo o Brasil” (COFEN, 2019).

Para além dos estudos já existentes no cenário internacional sobre as práticas avançadas, faz-se necessária a construção de evidências que comprovem a eficiência e eficácia deste papel na atenção primária à saúde, contribuindo na consolidação e aprimoramento das práticas no cenário nacional. A partir do exposto, delineou-se a seguinte questão de pesquisa: Quais as competências necessárias à implantação das práticas avançadas de enfermagem na atenção primária à saúde?

1.1 OBJETIVOS

1.1.1 Objetivo geral

- Analisar as competências necessárias para a prática avançada de enfermagem na atenção primária à saúde.

1.1.2 Objetivos específicos

- Descrever as atividades desenvolvidas pelos enfermeiros nas Unidades Básicas de Saúde.
- Identificar os perfis compatíveis com a Enfermagem Prática Avançada.

2 REVISÃO DE LITERATURA

Neste capítulo foi realizada uma revisão de literatura dos temas que permeiam este estudo, que são a atenção primária à saúde, a prática avançada de enfermagem e competências. Adiante, serão apresentados alguns entendimentos sobre os temas aqui propostos, com a finalidade de aproximação com o objeto de estudo deste trabalho.

2.1 ATENÇÃO PRIMÁRIA A SAÚDE

A primeira definição de Atenção Primária à Saúde surgiu em 1920, no Reino Unido, descrita no “Relatório Dawson”, associando a ideia de regionalização e hierarquização dos cuidados. Este documento apresentou uma estrutura baseada nos níveis de atenção primária à saúde, que interligava aos níveis secundário e terciário, que por sua vez são apoiados por especialidades (STARFIELD, 2004). Apesar do relatório mencionado, o Reino Unido somente implementou a atenção primária à saúde num sistema universal a partir da 1948, no período de recuperação pós segunda guerra mundial (PAIM, 2019). Por conseguinte, na década de 1960 surgia nos Estados Unidos da América (EUA) um movimento de expansão dos serviços de saúde, com a busca de serviços cada vez mais especializados em favor da medicina comunitária e preventivista, embora não universais nem gratuitos (CONILL, 2008).

Além disso, a Conferência Internacional Sobre Cuidados Primários de Saúde, realizada em 1978, em Alma-Ata, definiu pela primeira vez a proposta de cuidados primários de saúde. Na declaração, foram pontuadas necessidades de desenvolvimento de ações nos cuidados primários de todo o mundo, especialmente nos países em desenvolvimento a fim de promover saúde para todos os povos (OMS, 1978).

Depois de muitos movimentos internacionais relacionados à saúde coletiva, o Brasil iniciou sua mudança nas políticas públicas de saúde, a partir do movimento conhecido como Reforma Sanitária, o qual sobressaiu no período de 1970 a 1980, proveniente de mudanças ideológicas de profissionais de saúde em relação a saúde da população. Tais ideologias são derivadas dos princípios que guiavam as políticas até então vigentes (MENICUCCI, 2014). Esse ordenamento ideológico embasou a construção da Reforma Sanitária, considerada um fenômeno sócio-histórico, que

organizou de certa forma, a política pública de saúde, “como componente de uma política de proteção social, como reforma setorial ou como reforma social que expressa certas relações entre saúde e estrutura da sociedade” (PAIM, 2017, p. 16).

Esses ideais foram debatidos e incorporados na VIII Conferência Nacional de Saúde, ocorrida em 1986, onde diversos grupos pensaram na necessidade da criação de um sistema de saúde público que atendesse às demandas da sociedade (BRASIL, 2015). As premissas debatidas nessa ocasião foram incorporadas na Constituição Federal da República Federativa do Brasil, de 1988 (CF88), a qual incluiu em seu texto a criação do Sistema Único de Saúde (SUS). O Artigo 196 da referida Constituição aponta que a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantindo aqui a universalidade do Sistema de Saúde do Brasil (BRASIL, 2002).

Outra importante conquista foi a criação da Lei Orgânica da Saúde, que definiu o funcionamento do SUS. A Lei 8.080, promulgada em 19 de setembro de 1990, dispôs sobre as condições necessárias para a promoção, proteção e recuperação, além de instituir a organização e funcionamento dos serviços de saúde em todo o território nacional (BRASIL, 1990). Desde a criação do SUS, o termo utilizado para referir-se à atenção primária era Atenção Básica à Saúde (ABS), numa tentativa de diferenciar-se do restante da América Latina, reconhecida por ofertar recursos mínimos e de qualidade inferior (GIOVANELLA, 2018). Os serviços prestados incluíam atendimento individual e coletivo, direcionadas a promoção e tratamento de saúde além da prevenção de danos.

Desde a PNAB de 2011, os termos atenção primária e atenção básica são considerados equivalentes e compõem as estratégias na expansão e consolidação do SUS (REGIS; BATISTA, 2015). O SUS está organizado pelo modelo de sistema de atenção primária, voltado a corresponder de forma regionalizada, sistematizada e contínua, integrando promoção, proteção e recuperação a saúde de indivíduos e da comunidade (BRASIL, 2019).

Segundo Paim e Almeida Filho (2006) a atenção primária sofre influências da população de acordo com o perfil epidemiológico e estilos de vida, resultando em cuidados em saúde decorrente dos agravos, doenças, riscos e vulnerabilidade da população. Para Mendes (2016) é necessário salientar que a APS: 1 – não é uma forma antiga, empirista ou básica de atendimento à população mais carente; 2 – não é de forma alguma exclusiva do poder público, podendo ser replicado nos diversos

setores da sociedade; 3 – não deve ser considerada um nível acessório; e 4 – não deve ser provida de recursos humanos inaptos ao cargo ou função.

A APS é a principal porta de entrada da população ao SUS, constituindo um conjunto de ações em saúde, abrangendo “ações de promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos, cuidados paliativos e vigilância em saúde”, servindo como ordenadora das ações da Rede de Atenção à Saúde (RAS) (BRASIL, 2017).

Entende-se por RAS o método de organização de atividades em ações e serviços de saúde, que integram sistemas de gestão e de apoio, buscando garantir a integralidade do cuidado, objetivando a promoção de ações e serviços de saúde, de forma “integral, de qualidade, responsável e humanizada, bem como incrementar o desempenho do Sistema, em termos de acesso, equidade, eficácia clínica e sanitária; e eficiência econômica” (BRASIL, 2010).

A RAS surgiu por meio da Portaria GM/MS 4279/2010, que estabeleceu as diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do SUS (BRASIL, 2010). Essa portaria criou diretrizes que estruturam a RAS, de forma a organizar a atenção e a gestão da saúde, além de tornar público os “fundamentos conceituais e operativos essenciais ao processo de organização da RAS” (BRASIL, 2010).

A PNAB tem na ESF o plano de expansão e de consolidação da APS, embora admita outras estratégias, devendo esta ser considerada prioritária. Cabe destacar que a criação do Programa Saúde da Família (PSF), mais tarde ampliado e transformado em Estratégia Saúde da Família, consolidou a APS no SUS. Essa consolidação representa o uso de estratégias reconhecidas internacionalmente, utilizando a APS como centro de comunicação da RAS (BRASIL, 2017).

A ESF é reconhecidamente uma estratégia para expansão, consolidação e qualificação da APS em todo o território nacional, criada a partir da PNAB, desde 2006, com o pacto pela atenção básica, até a última edição da PNAB, em 2017 (BRASIL, 2017). Os princípios que norteiam a execução da ESF são o “cuidado centrado na pessoa e na família, o vínculo com o usuário e a população, a integralidade, a coordenação do cuidado, a articulação à rede assistencial, a participação social e a atuação intersetorial” (ARANTES et al., 2016).

O modelo proposto para a ESF, segundo Oliveira e Pereira (2013), prevê que a APS tenha como objeto de cuidado a família, e que esta seja compreendida e

reconhecida a “partir de seu ambiente físico e social, o que leva os profissionais de saúde a entrar em contato com as condições de vida e saúde das populações” (OLIVEIRA; PEREIRA, 2013, p. 159). Outrossim, a finalidade da ESF centra-se nos princípios de promoção, prevenção, proteção, reabilitação e tratamento (BRASIL, 2017).

A introdução da enfermagem prática avançada na APS configura um avanço potencial no atendimento e prestação de cuidados à população. De acordo com Bergman et al. (2013), pesquisa realizada na Suécia evidenciou a satisfação do usuário no atendimento realizado por enfermeiras de práticas avançadas na APS. Ressalta-se nesse estudo, que os usuários se sentiram “como se tivessem recebido cuidados de qualidade e um grande compromisso encontrando a solução para os seus problemas” (tradução nossa) (BERGMAN et al., 2013).

Para Oldenburger (2017), os países podem optar por usar uma estratégia de implementação já conhecida, a ponto de facilitar e/ou orientar a implementação da prática avançada. A EPA contribui para o desenvolvimento das ações de promoção, prevenção, proteção, reabilitação e tratamento da APS, principalmente no que tange o objetivo da universalidade do sistema, permitindo um acesso universal a toda população.

2.2 PRÁTICAS AVANÇADAS DE ENFERMAGEM

A enfermagem é uma profissão reconhecida mundialmente e regulamentada em todos os países, por meio de conselhos de classe e ou associações profissionais. Internacionalmente, a instituição responsável por orientar essa prática profissional é o Conselho Internacional de Enfermeiros (ICN) (original do inglês “*International Council of Nurses*”), o qual define a profissão como o enfermeiro sendo um organismo autônomo e de colaboração, que executa, pesquisa, participa na definição de políticas públicas e no gerenciamento de serviços de saúde, atuando na promoção, prevenção e recuperação de pacientes (ICN, 2002) e está capacitado ao ensino, à pesquisa, à supervisão e a participação na equipe de saúde (ICN, 1987).

Esse mesmo organismo internacional define e orienta as competências mínimas necessárias para o exercício da função de Enfermagem Prática Avançada. Na APS, esse profissional é assim denominado: “Nurse Practitioner is an Advanced Practice Nurse who integrates clinical skills associated with nursing and medicine in

order to assess, diagnose and manage patients in primary healthcare (PHC) settings and acute care populations as well as ongoing care for populations with chronic illness”. Em tradução livre: É um Enfermeiro de Prática Avançada (EPA) que integra habilidades clínicas associadas à enfermagem e à medicina, a fim de avaliar, diagnosticar e manejar pacientes em ambientes de APS e prestar cuidados agudos à população, bem como cuidado contínuo a portadores de condições crônicas (ICN, 2020, p.1)

A EPA deve ocorrer de forma diferenciada das práticas observadas na atenção primária, pois envolve autonomia na tomada de decisões. Isso ocorre devido as atividades de diagnóstico e tratamento que ocorrem na medicina, mas que seguem modelos propostos para a enfermagem (OMS, 2018).

A EPA foi concretizada para melhoria de acesso à saúde da população principalmente onde há pouca oferta de profissionais médicos, que é uma realidade muito comum em cidades do interior, permitindo aumentar a oferta de atendimento e acompanhamento de pacientes com doenças crônicas. Para tanto, para que ocorra a implantação da EPA nos países onde há a oferta do serviço, observa-se que uma das principais causas que levam à dificuldade é a falta de regulamentação e, sobretudo, a fragilidade dos cursos de formação, no que tange às práticas avançadas. Em países como a Jamaica e Porto Rico, já existe a regulamentação, tanto para a prática quanto à formação destes profissionais (OMS, 2018).

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (2018), as instituições de ensino que ofertam cursos de enfermagem necessitam melhorar os currículos dos cursos para oferecer melhor capacitação profissional. Além dessa necessidade que emerge junto ao desenvolvimento da profissão, salienta-se que as IES precisam de programas bem estruturados e com formação voltada ao desenvolvimento de competências, como as que são descritas nas Diretrizes Curriculares Nacionais (DCNs) (BRASIL, 2001). Entretanto, no Brasil, as DCN demandam atualização, já que a versão vigente é de 2001, para sustentar os avanços na prática profissional do enfermeiro.

Nessa perspectiva, o ICN recomenda que a formação deve ocorrer em programas de pós-graduação devidamente reconhecidos. Quanto a prática profissional, o enfermeiro necessita de conhecimentos de pesquisa, habilidade didática e de gerenciamento em saúde, independência e liderança, experiência clínica e habilidades de gestão estratégica (OMS,2018).

A expansão da APS ao redor do mundo tem servido como impulsionadora na inserção das práticas avançadas (AGUIRRE-BOZA et al., 2019). Essas práticas se mostram importantes para ampliação do acesso à saúde pela sociedade, e “parece ter sido criada na perspectiva de aumento da equidade e do acesso ao cuidado em saúde” (OLIVEIRA; TOSO; MATSUDA., 2018, p. 2183). Com isso, a implementação da EPA em diversos países demonstra efetiva redução de custos, expansão de acesso à saúde pela população, bem como a redução da espera por atendimento (CASSIANI et al., 2018).

Existem variadas definições utilizadas para o enfermeiro de prática avançada, em duas grandes áreas de atuação, sendo elas *clinical nurse specialist*, a qual engloba especialidades nas mais diversas áreas de conhecimento em saúde, como oncologia, cardiologia, diabetes, entre outras; e, *nurse practitioner*, cuja área de atuação é generalista e na atenção primária (ZUG et al., 2016). De acordo com a *American Nurses Association* (ANA), os profissionais de práticas avançadas compreendem os enfermeiros que prestam cuidados de níveis primário de doenças agudas e crônicas (ANA, 2019).

Nos Estados Unidos, por exemplo, os enfermeiros de práticas avançadas incluem quatro grandes áreas de atuação: Enfermeiras Anestesiastas, Enfermeiras obstetras, Enfermeiras clínicas especialistas e Enfermeiras clínicas da atenção primária (ANA, 2019). De acordo com a ANA (2019) as enfermeiras anestesiastas (*Certified Registered Nurse Anesthetists*) como sugerido pelo nome, administram anestésicos, controlam a dor e supervisionam a sedação em pacientes; as enfermeiras obstetras (*Certified Nurse-Midwives*) prestam cuidados ginecológicos, desde a menarca até a menopausa, inclusive durante e após a gravidez; enfermeiras clínicas especialistas (*Clinical Nurse Specialists*) atuam como consultores, gerentes e líderes na tomada de decisões sobre o atendimento ao paciente nas diversas áreas de conhecimento em saúde; enfermeiras clínicas generalistas da atenção primária (*Nurse Practitioners*) são profissionais experts em enfermagem clínica e atuam no atendimento direto ao paciente, possuindo maior autonomia além de realizar prescrição de medicamentos (ANA, 2019).

Para a *Canadian Nurses Association* (CNA) (2019), existem duas principais denominações, sendo elas o enfermeiro clínico especialista (*Clinical Nurse Specialist*) e o enfermeiro clínico generalista da atenção primária (*Nurse Practitioner*). Ambos possuem conhecimentos e habilidades avançadas, para realizar o diagnóstico,

solicitar e interpretar exames, inclusive de alta complexidade, prescrever medicamentos e executar procedimentos complexos, mudando somente o set de atuação, dos ambulatórios especializados e hospitais para o primeiro e a atenção primária para o segundo (CNA, 2019).

Atualmente, no Brasil, a EPA não possui ainda nem a regulamentação nem formação necessária para seu desenvolvimento (TOSO; PADILHA; BREDA, 2019). Dentre os principais aspectos que podemos citar para a implantação das práticas avançadas, baseadas nessas premissas sobre formação e sua regulamentação, destaca-se a infraestrutura, o estabelecimento de políticas educacionais para formação na pós-graduação e definição salarial. Ademais, estudo realizado por Rewa (2018), apontou que existem tentativas de implantação das práticas avançadas em ambientes hospitalares no Brasil, mesmo apresentando minimamente as competências necessárias para a execução e desenvolvimento das práticas estabelecidas internacionalmente, baseadas nos conceitos até então aqui descritos.

2.3 COMPETÊNCIAS

O conceito de competência tem sido reformulado ao longo dos anos, tendo em vista as mudanças na sociedade e a globalização. Frederick Winslow Taylor apesar de não citar a definição de competência, já apontava que as organizações deveriam contratar profissionais tecnicamente capacitados para a execução de tarefas (BRANDÃO; GUIMARÃES, 2001). À vista disso, o termo competência foi abordado inicialmente por McClelland (1973 citado por ALBINI, 2018) quando em sua abordagem, cita que os trabalhadores deveriam ser avaliados por suas capacidades técnicas para além de seus conhecimentos empíricos.

Embora o conceito de competência tenha surgido a partir das relações de trabalho (PERES et al., 2017), o termo competência é usualmente utilizado para definir um conjunto de conhecimentos, habilidades e atitudes de um indivíduo, representado pela mobilização do desempenho profissional acerca do saber-fazer, contribuindo no desenvolvimento socioeconômico das instituições (FLEURY; FLEURY, 2001).

Porém, segundo Brandão (2018), esse conceito não se restringe apenas às pessoas, podendo ser escalonado para os diversos níveis organizacionais, sejam eles produtivos ou não, surgindo a partir das relações estabelecidas e articuladas entre as equipes. Ainda segundo o autor, cada membro da equipe possui diferentes

competências no cenário onde atuam, e juntos constroem um modelo coletivo. Por sua vez, são entendidas como uma propriedade da equipe e que não podem ser constituídas isoladamente. A competência não está limitada ao conhecimento e habilidades adquiridas durante a prática profissional, tão pouco somente por sua formação educacional.

Sendo assim, “competência constitui um termo em evidência, complexo e multifacetado” podendo ser entendido sob pontos de vistas diferentes. Segundo Brandão (2007), existem duas vertentes sobre o termo competência. A primeira vertente é observada a partir das correntes teóricas americanas nas quais competência é um “conjunto de qualificações ou características” que determinam a capacidade de um indivíduo em lidar com dadas situações. A segunda vertente surge dos teóricos franceses em que apresentam a competência como características das pessoas relacionadas diretamente com a sua prática laboral. De acordo com essa perspectiva, a competência é expressa pelo desempenho do profissional frente as adversidades da prática, agregando valor às pessoas e as organizações (BRANDÃO, 2007).

2.3.1 Competência individual / coletiva

Como já identificado anteriormente, a competência não pode ser reduzida ao saber-fazer-agir. Fleury (2001) aponta que existem três eixos formadores de competências individuais: a formação acadêmica, as experiências profissionais e a individualidade. A competência individual, portanto, é entendida como a habilidade de gerir conhecimentos e adequar as decisões à execução de condutas apropriadas em cada cenário, apontando diferentes visões sobre a construção de modelos de competência individual, porém, as definições sobre competência são mais abrangentes, pois apontam a individualidade e a capacidade psicossocial junto aos atributos essenciais ao desenvolvimento das competências laborais (BRANDÃO, 2018).

Ainda, segundo Brandão (2018), quando o indivíduo gerencia seus conhecimentos e aponta melhores estratégias para implementação em sua prática, ele mobiliza os diversos recursos e torna possível o desempenho profissional, produzindo consequências e resultados para as instituições a qual ele pertence e para a sociedade como um todo.

Porém, a conceituação de competência pode expressar os atributos coletivos quando esses atributos profissionais representam as equipes. Os profissionais nos ambientes produtivos são organizados em grupos ou equipes de trabalho e desempenham funções estratégicas no desenvolvimento de competências das organizações. Entende-se que essas competências individuais constroem a coletividade e permeiam as competências organizacionais (BRANDÃO et al., 2010).

Ainda que a competência individual apresente relação com o indivíduo, este ficará diretamente relacionado à sociedade e aos saberes por ela produzidos. O indivíduo constrói ao longo dos anos competências necessárias para desenvolver seus conhecimentos, especialidades e experiências. Para o autor, depois de adquiridos os conhecimentos relacionados à prática é difícil determinar como essa competência foi construída. Contudo, o autor ainda salienta que o indivíduo ao mobilizar esses recursos e conhecimentos, desenvolve suas competências e se atualiza (ZARIFIAN, 2001).

As organizações proporcionam o desenvolvimento de habilidades e a busca por conhecimento em um processo de enriquecimento contínuo, preparando as pessoas a desenvolverem suas capacidades para a realização das atividades, sejam elas profissionais ou pessoais. Essa troca de competências contribui para a capacitação de pessoas e de organizações num fluxo contínuo de aprendizado e enriquecimento, preparando-os para novas experiências e novas provocações (DUTRA, 2009).

Dessa forma, conforme são adicionados à prática os recursos e conhecimentos adquiridos durante esse vínculo de aprendizagem, as competências individuais e coletivas apontam a estrutura e a competência da organização. Portanto, as competências individuais e coletivas se relacionam quando se organizam de forma simétrica às competências organizacionais (DUTRA, 2009).

Para Brandão (2018, p. 9), a competência organizacional ou coletiva é entendida como “uma propriedade da equipe e não de seus integrantes isoladamente”. As competências organizacionais são entendidas como estratégias corporativas que alinham o negócio as habilidades e tecnologias permitindo a empresa oferecer um determinado benefício aos clientes (GREEN, 1999).

Para Dutra (2009), recursos e competências formam as características das organizações, que são propostas, segundo o autor, como: 1. Competências essenciais: que sustentam a organização e a sua estratégia; 2. Competências

distintivas: que conferem reconhecimento através de seus produtos e diferenciais; 3. Competências de unidades de negócios: atividades esperadas pela organização; 4. Competências de suporte: principais atividades da organização que fornecem sustentação ao modelo proposto; 5. Capacidade dinâmica: condição de adaptação às exigências do mercado.

No entanto, as competências individuais atuam como agentes de mobilização de conhecimento, habilidades e atitudes sob a organização. Ambas agregam valor ao capital intelectual da empresa. Com isso, o conceito de competência não pode ser confundido com modismo e sim como um conceito permanentemente em processo de construção e adequação (DUTRA, 2009).

As competências gerenciais constituem um conjunto de conhecimentos, que auxiliam no planejamento, na tomada de decisões e na gestão de pessoas (PERES et al., 2017). Essas competências despertam um interesse gradativo por “parte de teóricos, organizações e pesquisadores”, devido à influência que exercem sobre os indivíduos e a organização. Nesse ponto de vista, as competências gerenciais são descritas também como competências individuais e demonstram os comportamentos “daqueles que exercem funções de supervisão ou direção” (BRANDÃO et al., 2010, p. 172).

Neste estudo, considera-se adequada a utilização do termo competências porque os seguintes domínios que agregam as competências necessárias à EPA partem de suporte teórico direto da Administração em Enfermagem: Gestão do Cuidado, Colaboração interprofissional, e Liderança. E mesmo que não diretamente, os outros domínios se interrelacionam com a Administração em Enfermagem, pelo apoio significativo do conhecimento construído no tocante às funções administrativas de planejamento, organização, direção e avaliação. São esses: Ética, Promoção e prevenção, Enfermagem baseada em evidências, Pesquisa.

Conforme descrito por Sanna (2007, p. 222), o processo de trabalho do enfermeiro é composto de atividades que são executadas concomitantemente, que são: “assistir, administrar, ensinar, pesquisar e participar politicamente”. A gestão do cuidado pode ser entendida como a conjunção de dois processos, o assistir e administrar. De acordo com Santos e Lima (2011, p. 696), a gestão do cuidado é “a articulação entre a dimensão assistencial e a gerencial para atender às necessidades de cuidado dos pacientes e os objetivos da instituição e da equipe de enfermagem”.

A gestão do cuidado pode ser entendida como a forma de organizar e sistematizar os cuidados e os recursos em saúde, de forma a qualificar e quantificar o produto do serviço oferecido. Para isso, é necessário que o enfermeiro possua um entendimento de que a gestão caminha lado-a-lado com o cuidado (FAKETE, 2000).

A Colaboração interprofissional é descrita como a atuação dos diversos profissionais envolvidos na prestação de serviços de saúde, gerando assim um cuidado integralizado. Para isso, os profissionais envolvidos devem possuir competências de comunicação e de tomada de decisões, permitindo uma atuação de forma sinérgica. Sendo assim, pode ser entendida como uma “estratégia para um cuidado de saúde mais qualificado, ampliado e efetivo” (MATUDA et al., 2015, p. 2517)

A liderança pode ser caracterizada como uma competência indispensável nas ações da gestão e do cuidado em saúde. O enfermeiro deve exercer um papel de liderança fundamental no desenvolvimento dos liderados, promovendo crescimento e desenvolvimento profissional, tendo como resultado a maximização do cuidado (HAYASHIDA, 2019).

A ética em enfermagem pode ser entendida como as ações, comportamentos e condutas dos profissionais frente a execução dos cuidados e principalmente, da tomada de decisão que envolvem a família e o paciente. Os enfermeiros possuem em sua prática, inúmeras situações que podem ser entendidas como conflitantes, entretanto, o enfermeiro deve possuir a capacidade de tomar decisões de forma a não gerar danos aos pacientes (CARDOSO et al., 2011).

A promoção e prevenção possuem uma máxima no campo da saúde, sendo “compreendida como o processo de aprendizagem teórico-prático que possui a finalidade de integrar diversos saberes, como o científico, o popular e o do senso comum, possibilitando que os indivíduos envolvidos desenvolvam uma visão crítica acerca da produção do cuidado em saúde” (RAMOS et al., 2018, p. 1212). Tal processo pode impactar positivamente na qualidade de vida e na saúde dos pacientes, visto que tais ações podem fomentar o autocuidado, diminuindo o impacto social na sociedade (MARTINS et al., 2020)

O enfermeiro possui dentre as atividades desempenhadas, a função de buscar a melhor evidencia disponível para aumentar a qualidade do serviço assistencial prestado. A enfermagem baseada em evidências tem se apresentado como uma ferramenta de desenvolvimento dos conhecimentos relacionados a prática do enfermeiro, permitindo uma “qualificação técnico-científica e julgamento crítico”

(CAMARGO et al., 2016, p 2). Nessa perspectiva, outras competências são necessárias para a prática do enfermeiro, dentre elas podem-se citar a tomada de decisão, a liderança, a colaboração interprofissional e a pesquisa, sendo essa última um pilar essencial relacionado a prática.

3 MÉTODO

3.1 TIPO DE ESTUDO

Estudo exploratório do tipo *survey*, de corte-transversal, com abordagem quantitativa. O método utilizado foi a amostragem não probabilística intencional com desfecho em proporções.

O método de pesquisa *survey* é utilizado na obtenção de dados quantitativos sobre características ou achados em determinados grupos de pessoas. Para isso, utiliza-se a aplicação de questionários para entrevista, como forma de obtenção dos dados, a fim de identificar determinados fenômenos de interesse que ocorrem em dado momento da pesquisa. As informações coletadas podem descrever ou apontar características específicas da população pesquisada, possibilitando assim pesquisas futuras para aprofundamento da temática. Para esta pesquisa será utilizada a abordagem exploratória, pois apresenta conexão com o objetivo estudado, determinando o que e como deve ser medido, criando conexão com a população estudada (FREITAS et al., 2000).

O estudo exploratório é definido por Gil (2017) como a finalidade de desenvolver, esclarecer e modificar conceitos e ideias, e tem por objetivo proporcionar uma visão ampla de determinado fato da realidade, em temas ainda pouco explorados. Essa fase de pesquisa torna-se mais ampla e o produto será uma investigação mais sistematizada (GIL, 2017).

O estudo transversal é utilizado para a obtenção de dados variáveis em um dado momento do tempo, permitindo a observação dos fatos e a coleta de informações de forma direta, sem a necessidade de guiar os participantes no momento da aplicação dos questionários.

3.2 CENÁRIO DA PESQUISA

A coleta de dados da pesquisa foi realizada com os profissionais enfermeiros que atuam na atenção primária no estado do Paraná, que atualmente está dividida em quatro Macrorregionais e vinte e duas Regionais de Saúde, conforme Figura 1. De acordo com o Conselho Regional de Enfermagem do Paraná (COREN/PR) no mês de

junho de 2020, o Conselho contava com 25.034 profissionais enfermeiros cadastrados e ativos nesta jurisdição. Estimava-se que 6.463 enfermeiros atuem na atenção primária dos municípios paranaenses, a partir do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES).

FIGURA 1 – MAPA POLÍTICO DO ESTADO DO PARANÁ E MICRORREGIÕES ADMINISTRATIVAS



3.3 PARTICIPANTES DA PESQUISA

A pesquisa foi realizada com os profissionais enfermeiros que atuam na APS no estado do Paraná. Para determinar o número aproximado de profissionais atuantes no estado, foi acessado o endereço eletrônico do Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde do Brasil (CNES) do Ministério da Saúde, foi selecionado na opção “seleção disponível” em “tipo de gestão” o filtro “Municipal” e em seguida em

“ocupações de nível superior”, o filtro “Enfermeiros”, no período de junho de 2020, obteve-se o total de 6.463 profissionais enfermeiros atuantes na APS.

A escolha por profissionais enfermeiros atuantes na APS deu-se em virtude do objeto da pesquisa, por considerar que estes profissionais possuem maior envolvimento com os usuários e que realizam, em alguns casos, supostamente, atividades semelhantes aos já executados por enfermeiras em outros países, no contexto deste estudo.

Para a execução desta pesquisa foi realizado o envio de e-mail convite para o endereço eletrônico cadastrado no COREN/PR. Os profissionais enfermeiros foram escolhidos em função da tipicidade do cargo que exercem e sem restrição; sob a jurisdição deste Conselho.

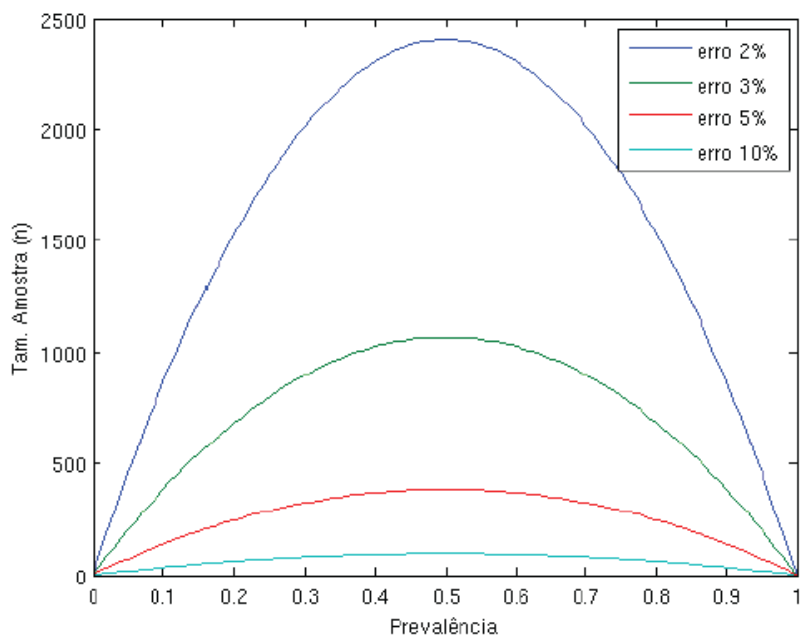
Toda a população de enfermeiros foi convidada para participar da pesquisa, configurando, portanto, uma amostragem intencional.

3.4 AMOSTRAGEM

Os seguintes parâmetros foram considerados: universo de 25.034 e-mails enviados, frequência esperada do evento de interesse na população de 50 (FIGURA 2), erro de 5% e um nível de confiança de 95%, a amostra representativa deste universo seria de 378 indivíduos. O gráfico mostra que, independentemente do erro, o cenário em que número de amostras é maior é para quando a frequência esperada é de 50%.

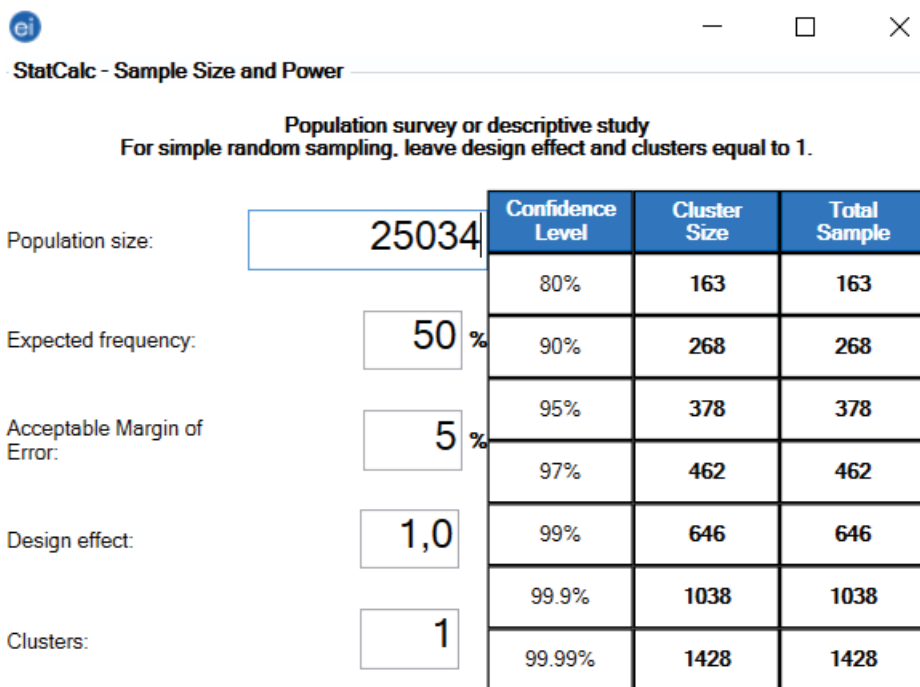
O resultado obtido foi de que 480 acessaram o formulário. Este número seria representativo do todo. Dado que havia um critério de inclusão, destes 480 acessos, apenas 178 atenderam à característica de atuação na atenção primária à saúde e constituíram a amostra final avaliada. O cálculo de tamanho de amostra foi realizado no software Epi Info 7 (DEAN et al., 2011) (FIGURA 3). No presente estudo, foi considerado o nível de significância de 95%.

FIGURA 2 - GRÁFICO DE ERROS E ESTIMATIVAS DE FREQUÊNCIA.



Fonte: adaptado de Pereira (1995).

FIGURA 3 - RESULTADOS OBTIDOS DO SOFTWARE EPI INFO PARA CÁLCULO DE TAMANHO DE AMOSTRA.



Fonte: software Epi Info™.

3.5 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO DOS PARTICIPANTES

Critério de inclusão: Enfermeiros inscritos e ativos no COREN/PR, sem restrição quanto à idade, sexo, ou se exerce a atividade em contrato efetivo ou comissionado.

Critério de exclusão: Enfermeiros inscritos e ativos no COREN/PR, que declararam não exercer a função na atenção primária à saúde.

3.6 INSTRUMENTO E PROCEDIMENTO DE COLETA DE DADOS

O questionário utilizado para a coleta de dados desta pesquisa foi extraído integralmente do estudo intitulado “Competências para a formação do enfermeiro de prática avançada para a atenção básica de saúde” e que foi dividido em duas partes: a primeira para a caracterização dos participantes e a segunda às questões específicas da pesquisa.

A primeira parte abrange questões demográficas dos participantes, dentre elas: município, sexo, escolaridade, se possui alguma formação em saúde pública ou saúde coletiva e o tempo de atuação e/ou experiência na profissão. A segunda parte corresponde ao questionário estruturado contendo 64 itens, divididos em sete domínios: Gestão do Cuidado, com 20 itens; Ética, com 4 itens; Colaboração interprofissional, com 6 itens; Promoção e prevenção, com 9 itens; Enfermagem baseada em evidências, com 6 itens; Pesquisa, com 5 itens; e Liderança, com 14 itens. As respostas são obtidas em Escala Likert, com seis pontos sendo: Não se Aplica; Nada Relevante; Pouco Relevante; Relevante; Muito Relevante; Indispensável (ANEXO 1). Para que as competências avaliadas neste estudo fossem consideradas como centrais, ficou estabelecido que a soma das respostas “indispensável” ou “muito relevante” deveria ser igual ou superior a 70%, de acordo com a orientação do estudo que guiou a coleta e análise de dados (CASSIANI et al., 2018).

Para a operacionalização da coleta de dados da pesquisa, foi utilizada a plataforma denominada Google Forms®, tratando-se de uma ferramenta gratuita, de acesso universal, escolhida pelo pesquisador. O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) foi disponibilizado aos participantes e o aceite se deu de forma eletrônica, condição obrigatória para acesso a pesquisa em sua totalidade.

3.7 COLETA DE DADOS

A coleta de dados ocorreu entre os meses de junho e agosto de 2020, e o prazo estabelecido para o preenchimento do instrumento foi de 60 dias a contar da data do envio.

O instrumento de coleta de dados foi disponibilizado ao COREN/PR através de um endereço eletrônico, gerado automaticamente pelo *Google Forms*®, posteriormente enviado através do Conselho Regional aos e-mails da população da pesquisa.

3.8 ANÁLISE DE DADOS

Os dados coletados foram alocados na planilha do *Microsoft Excel*® e analisados de maneira descritiva com frequência simples e relativa de todas as variáveis em cada domínio. Posteriormente, verificou-se a frequência de cada variável e de cada domínio segundo o município de residência (pequeno, médio e grande porte), sexo, experiência, formação em saúde coletiva/pública e escolaridade. Um mapa temático foi produzido com a distribuição espacial dos participantes do estudo no estado do Paraná. Os testes foram considerados significativos quando $p < 0,05$ e as análises foram realizadas no *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) 21.0 (IBM, 2012).

3.9 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

O instrumento para coleta de dados teve sua utilização autorizada pela autora principal do mesmo (ANEXO 2 – AUTORIZAÇÃO DE USO DO QUESTIONÁRIO). Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Setor de Ciência da Saúde da Universidade Federal do Paraná (ANEXO 3 - PARECER CONSUBSTANCIADO do COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA SD-UFPR) conforme parecer nº 3.755.170. Os aspectos éticos foram respeitados em todas as etapas do estudo, de acordo com a Resolução CNS nº 466/2012, que trata das recomendações que regulamentam a pesquisa envolvendo seres humanos.

Para a participação neste estudo, os pesquisados aceitaram os termos descritos no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APENDICE 1), disponibilizado de forma eletrônica antes do acesso às questões de pesquisa.

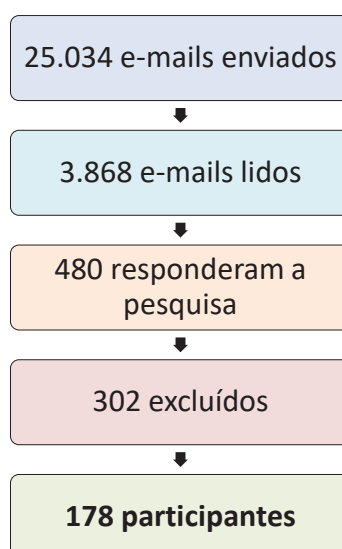
4 RESULTADOS

A apresentação dos resultados seguirá de acordo com as dimensões do estudo, organizados em subcapítulos: **perfil sociodemográfico dos participantes do estudo, gestão do cuidado; ética; colaboração interprofissional; promoção e prevenção; enfermagem baseada em evidências; pesquisa; e, liderança**, apresentados em formato de tabelas com apresentação dos valores expressa em frequência simples e/ou relativa.

4.1 PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO DOS PARTICIPANTES DO ESTUDO

Participaram deste estudo profissionais enfermeiros que atuam na atenção primária à saúde, inscritos e ativos no Conselho Regional de Enfermagem do Paraná (COREN/PR). O estado possui 399 municípios, divididos em 22 Regionais de Saúde com aproximadamente 25.034 profissionais inscritos e ativos sob a jurisdição desta autarquia federal. A amostra foi constituída de 178 participantes de acordo com a representação abaixo (FIGURA 4):

FIGURA 4 - DADOS DA PESQUISA.



FONTE: o autor (2021)

Com relação ao sexo dos participantes da pesquisa, 156 (87,6%) eram do sexo feminino. O tempo de experiência na profissão foi de 11 a 20 anos para 46 (25,8%) dos participantes.

Quanto a formação, 147 (82,59%) participantes responderam que possuem algum tipo de especialização, dentre eles *Stricto* ou *Lato sensu*. Ainda quando perguntados se possuem formação em saúde pública ou coletiva, 94 (52,8%) responderam que a possuíam.

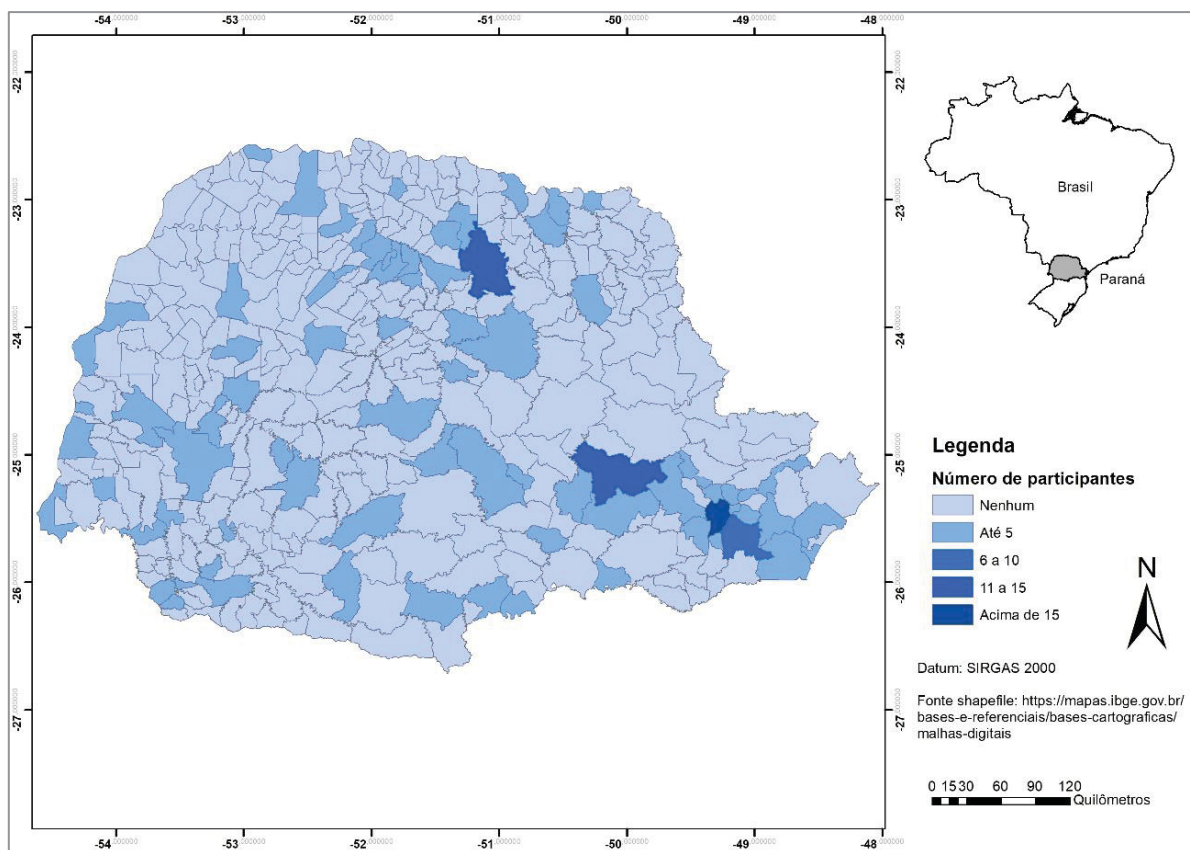
TABELA 1 - DISTRIBUIÇÃO DOS PARTICIPANTES DE ACORDO COM O MUNICÍPIO DE ATUAÇÃO, SEXO, ESCOLARIDADE, FORMAÇÃO EM SAÚDE PÚBLICA/COLETIVA E TEMPO DE EXPERIÊNCIA – 2021.

DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS		N	%
Classificação do município de atuação:	Pequeno	66	37,1%
	Médio	46	25,8%
	Grande	66	37,1%
Sexo:	Feminino	156	87,6%
	Masculino	22	12,4%
Escolaridade:	Graduação	31	17,41%
	Especialização	123	69,10%
	Mestrado	20	11,24%
	Doutorado	4	2,25%
Você possui alguma formação em saúde pública ou saúde coletiva?	Não	84	47,2%
	Sim	94	52,8%
Tempo de experiência na profissão:	De 1 a 6 meses	15	8,4%
	De 6 meses a 1 ano	12	6,7%
	De 2 a 5 anos	29	16,3%
	De 6 a 10 anos	45	25,3%
	De 11 a 20 anos	46	25,8%
	Mais de 20 anos	31	17,4%

FONTE: O autor (2021).

Quanto a distribuição geográfica, 66 (37,1%) residem em cidades consideradas de pequeno porte, 46 (25,8%) em cidades de médio porte e, 66 (37,1%) em cidades de grande porte.

FIGURA 5 - DISTRIBUIÇÃO ESPACIAL DOS PARTICIPANTES DO ESTUDO.



FONTE: Sirgas (2000).

No que concerne as competências desenvolvidas no âmbito da atenção primária à saúde, os participantes responderam de acordo com o grau de relevância para a prática profissional, com base na escala Likert de 6 pontos, sendo: não se aplica; nada relevante; pouco relevante; relevante; muito relevante; indispensável.

As análises realizadas neste estudo apontam que 19 (29,69%) competências se destacaram dentre as demais e por isso foram consideradas centrais. Entretanto, este estudo apontou que 45 (70,31%) competências não atingiram o ponto de corte.

4.2 GESTÃO DO CUIDADO

As competências apresentadas no domínio “gestão do cuidado” estão divididas em três subdomínios, sendo eles: enfoque do cuidado, avaliação e diagnóstico e prestação do cuidado, representados na Tabela 2.

TABELA 2 - DISTRIBUIÇÃO DE FREQUÊNCIAS DAS QUESTÕES REFERENTES AO DOMÍNIO GESTÃO DO CUIDADO – 2021.

DOMÍNIO/COMPETÊNCIA	INDISPENSÁVEL OU MUITO RELEVANTE (%)	RELEVANTE (%)	POUCO, NADA RELEVANTE OU NÃO SE APLICA (%)
DOMÍNIO - GESTÃO DO CUIDADO			
a. Gestão do cuidado: enfoque do cuidado			
1. Incorpora conhecimentos sobre a diversidade cultural e determinantes da saúde à avaliação, ao diagnóstico e manejo terapêutico dos clientes e à avaliação dos resultados.	70,22	25,28	4,49
2. Incorpora conhecimentos sobre o desenvolvimento e as etapas da vida, fisiopatologia, psicopatologia, epidemiologia, exposição ambiental, doenças infecciosas, ciência do comportamento e demografia e processos familiares ao realizar avaliações, ao fazer diagnósticos e ao proporcionar manejo terapêutico	79,77	17,97	2,24
3. Incorpora o conhecimento das manifestações clínicas de eventos normais de saúde, doenças/lesões agudas, doenças crônicas, comorbidades e emergências de saúde, incluindo os efeitos de múltiplas etiologias na avaliação, no diagnóstico e no manejo terapêutico dos clientes e na avaliação dos resultados.	79,21	18,53	2,24
b. Gestão do cuidado: avaliação e diagnóstico			
4. Usa habilidades de avaliação avançadas para diferenciar o normal, as variações do normal e anomalias.	60,11	32,02	7,86
5. Usa sistemas tecnológicos para levantar dados sobre variáveis relativas à avaliação do cliente	51,68	35,95	12,35
6. Coleta e documenta, de maneira precisa, o histórico relevante dos clientes em cada etapa de vida e do ciclo de vida familiar, usando outras informações colaterais, se necessário.	66,29	28,65	5,05

7. Realiza e documenta, com precisão, os exames físicos apropriados ou centrados no sintoma dos clientes de todas as idades (incluindo triagens do desenvolvimento e comportamentais, exames físicos e avaliações de saúde mental).	62,35	32,02	5,61
8. Identifica fatores de risco de saúde e psicossociais de clientes de todas as idades e famílias em todas as fases do ciclo de vida familiar.	72,47	23,59	3,93
9. Realiza o diagnóstico diferencial entre condições agudas, crônicas e de risco de vida.	74,71	21,91	3,37
10. Planeja estratégias de triagem e diagnósticas fazendo uso apropriado da tecnologia como ferramenta, considerando os custos, riscos e benefícios para os clientes.	56,74	32,02	11,23
c. Gestão do cuidado: prestação do cuidado			
11. Presta cuidados consistentes de acordo com o que está estabelecido nos guias clínicos e protocolos.	78,08	20,78	1,12
12. Presta cuidados de maneira que respeita e promove a diversidade cultural	78,65	17,41	3,93
13. Comunica-se de maneira efetiva, abordando os achados clínicos, o diagnóstico e as intervenções terapêuticas.	80,89	17,41	1,68
14. Determina as opções de cuidados e formula um plano terapêutico em colaboração com os clientes, considerando suas expectativas e crenças, as evidências disponíveis e a relação custo-benefício das intervenções	62,92	28,08	8,98
15. Incorpora os princípios de qualidade e segurança do paciente à prática clínica	76,96	20,78	2,24
16. Inicia um plano terapêutico, realizando intervenções farmacológicas e não farmacológicas, tratamentos ou terapias	50,00	34,83	15,16
17. Prescreve medicamentos dentro de seu âmbito de ação (regulamentações e protocolos/programas nacionais).	54,49	21,91	23,59
18. Monitora o progresso do cliente, avaliando e ajustando o plano terapêutico de acordo com suas respostas.	61,23	29,77	8,98
19. Adapta intervenções para conseguir responder às necessidades das pessoas e famílias no envelhecimento, em transições da vida, em situações de comorbidade, e considerando as situações psicossocial e financeira.	65,73	29,21	5,05

20. Desenvolve um plano de cuidados paliativos e de final de vida, de maneira apropriada.	48,31	32,02	19,66
---	-------	-------	-------

Fonte: adaptado de Cassiani et al. (2018).

De acordo com os participantes da pesquisa, o subdomínio “enfoque do cuidado” possui competências relevantes, com média de 74,72% das respostas obtidas.

Dentre os resultados encontrados, a competência “comunica-se de maneira efetiva, abordando os achados clínicos, o diagnóstico e as intervenções terapêuticas” foi respondida por 80,89% dos participantes, o maior percentual encontrado neste domínio; já a competência “desenvolve um plano de cuidados paliativos e de final de vida, de maneira apropriada” obteve 48,31%, o menor intervalo encontrado entre os valores apresentados.

Uma análise degradada dos resultados nesse domínio foi realizada. Os valores encontrados levam em consideração o cálculo dos percentuais, de acordo com os dados sociodemográficos dos participantes, apresentados na Tabela 3, 4 e 5. O percentual corresponde à frequência relativa de respostas em cada grupo.

TABELA 3 - DISTRIBUIÇÃO DE FREQUÊNCIA RELATIVA (%) DE “INDISPENSÁVEL OU MUITO RELEVANTE” DAS QUESTÕES DO DOMÍNIO GESTÃO DO CUIDADO: ENFOQUE DO CUIDADO - 2021.

Domínio - Gestão do cuidado: enfoque do cuidado		1	2	3
Classificação do município de atuação	Grande	77,30%	86,40%	84,80%
	Médio	65,20%	84,80%	82,60%
	Pequeno	66,70%	69,70%	71,20%
Sexo	Feminino	71,80%	80,10%	80,80%
	Masculino	59,10%	77,30%	68,20%
Escolaridade	Graduação	64,50%	80,60%	77,40%
	Especialização	69,90%	78,00%	78,90%
	Mestrado	75,00%	85,00%	85,00%
	Doutorado	100,00%	100,00%	75,00%
Você possui alguma formação em saúde pública ou saúde coletiva?	Não	71,40%	81,00%	76,20%
	Sim	69,10%	78,70%	81,90%
Tempo de experiência na profissão	De 1 a 6 meses	60,00%	53,30%	66,70%
	De 6 meses a 1 ano	75,00%	91,70%	83,30%
	De 2 a 5 anos	65,50%	86,20%	82,80%
	De 6 a 10 anos	77,80%	77,80%	71,10%
	De 11 a 20 anos	65,20%	87,00%	87,00%
	Mais de 20 anos	74,20%	74,20%	80,60%

FONTE: O autor (2021).

Percebeu-se que as respostas positivas sobressaíram nos municípios de grande porte, sexo feminino, dentre os profissionais com mestrado e com doutorado na área de atuação. Entretanto, o tempo de experiência não pareceu influenciar as respostas, sendo similares.

Na Tabela 4, apresentam-se os resultados dessa análise quanto ao domínio gestão do cuidado – avaliação e diagnóstico.

TABELA 4 - DISTRIBUIÇÃO DE FREQUÊNCIA RELATIVA (%) DE “INDISPENSÁVEL OU MUITO RELEVANTE” DAS QUESTÕES DO DOMÍNIO GESTÃO DO CUIDADO: AVALIAÇÃO E DIAGNÓSTICO - 2021.

Domínio - Gestão do cuidado: avaliação e diagnóstico		4	5	6	7	8	9	10
Classificação do município de atuação	Grande	66,7%	53,0%	74,2%	65,2%	78,8%	78,8%	62,1%
	Médio	54,3%	54,3%	65,2%	65,2%	73,9%	78,3%	60,9%
	Pequeno	57,6%	48,5%	59,1%	57,6%	65,2%	68,2%	48,5%
Sexo:	Feminino	58,3%	51,3%	66,7%	61,5%	71,2%	73,7%	56,4%
	Masculino	72,7%	54,5%	63,6%	68,2%	81,8%	81,8%	59,1%
Escolaridade:	Graduação	48,4%	41,9%	67,7%	64,5%	64,5%	80,6%	58,1%
	Especialização	62,6%	49,6%	63,4%	57,7%	72,4%	74,0%	56,1%
	Mestrado	60,0%	70,0%	75,0%	85,0%	80,0%	65,0%	55,0%
	Doutorado	75,0%	100,0%	100,0%	75,0%	100,0%	100,0%	75,0%
Você possui alguma formação em saúde pública ou saúde coletiva?	Não	58,3%	48,8%	66,7%	64,3%	69,0%	75,0%	56,0%
	Sim	61,7%	54,3%	66,0%	60,6%	75,5%	74,5%	57,4%
Tempo de experiência na profissão:	De 1 a 6 meses	20,0%	26,7%	46,7%	66,7%	60,0%	60,0%	46,7%
	De 6 meses a 1 ano	75,0%	33,3%	58,3%	58,3%	66,7%	58,3%	41,7%
	De 2 a 5 anos	58,6%	51,7%	65,5%	55,2%	72,4%	62,1%	48,3%
	De 6 a 10 anos	62,2%	42,2%	71,1%	62,2%	64,4%	75,6%	57,8%
	De 11 a 20 anos	69,6%	67,4%	67,4%	63,0%	73,9%	84,8%	69,6%
	Mais de 20 anos	58,1%	61,3%	71,0%	67,7%	90,3%	83,9%	54,8%

FONTE: O autor (2021).

Conforme apresentado na Tabela 4, percebe-se uma contínua e regular concentração de respostas que obtiveram melhor avaliação, associadas aos municípios de grande e de médio porte. Entretanto, a prevalência de respostas de “indispensável ou muito relevante” foi maior entre os entrevistados do sexo masculino e com relação à formação em mestrado e doutorado. Na Tabela 5, apresentam-se os dados do domínio gestão do cuidado – prestação do cuidado.

TABELA 5 - DISTRIBUIÇÃO DE FREQUÊNCIA RELATIVA (%) DE "INDISPENSÁVEL OU MUITO RELEVANTE" DAS QUESTÕES DO DOMÍNIO GESTÃO DO CUIDADO: PRESTAÇÃO DO CUIDADO - 2021.

Domínio - Gestão do cuidado: prestação do cuidado	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
Classificação do município de atuação	Grande	80,3%	81,8%	81,8%	68,2%	77,3%	65,2%	62,1%	71,2%	53,0%
	Médio	78,3%	78,3%	82,6%	63,0%	82,6%	58,7%	69,6%	65,2%	52,2%
	Pequeno	75,8%	75,8%	78,8%	57,6%	72,7%	39,4%	40,9%	54,5%	40,9%
Sexo:	Feminino	79,5%	80,1%	81,4%	61,5%	75,6%	53,8%	62,2%	67,3%	48,7%
	Masculino	68,2%	68,2%	77,3%	72,7%	86,4%	59,1%	54,5%	54,5%	45,5%
Escolaridade:	Graduação	77,4%	87,1%	74,2%	58,1%	80,6%	35,5%	61,3%	71,0%	45,2%
	Especialização	75,6%	75,6%	81,3%	61,0%	76,4%	57,7%	57,7%	61,0%	49,6%
	Mestrado	90,0%	80,0%	90,0%	75,0%	70,0%	65,0%	60,0%	75,0%	80,0%
	Doutorado	100,0%	100,0%	75,0%	100,0%	100,0%	50,0%	75,0%	100,0%	100,0%
Você possui alguma formação em saúde pública ou saúde coletiva?	Não	76,2%	82,1%	79,8%	67,9%	75,0%	56,0%	60,7%	65,5%	48,8%
	Sim	79,8%	75,5%	81,9%	58,5%	78,7%	46,8%	61,7%	66,0%	47,9%
Tempo de experiência na profissão:	De 1 a 6 meses	80,0%	80,0%	80,0%	40,0%	66,7%	33,3%	60,0%	66,7%	46,7%
	De 6 meses a 1 ano	75,0%	91,7%	91,7%	66,7%	75,0%	50,0%	66,7%	75,0%	25,0%
	De 2 a 5 anos	75,9%	79,3%	79,3%	69,0%	69,0%	58,6%	62,1%	51,7%	41,4%
	De 6 a 10 anos	80,0%	80,0%	77,8%	60,0%	75,6%	44,4%	46,7%	53,3%	55,6%
	De 11 a 20 anos	78,3%	73,9%	87,0%	69,6%	80,4%	58,7%	63,0%	63,0%	50,0%
	Mais de 20 anos	77,4%	77,4%	74,2%	61,3%	87,1%	54,8%	58,1%	77,4%	71,0%

FONTE: O autor (2021).

Em relação à distribuição dos percentuais quanto ao tamanho do município e as questões do instrumento, independentemente do tamanho, as questões que obtiveram respostas acima de 70% foram 11, 12, 13 e 15. Abaixo desse valor, ficaram as questões 14, 16, 17, 18, 19 e 20, sendo que a recebeu menor pontuação foi a 16 (39,4%), em municípios de pequeno porte.

Quanto ao sexo dos respondentes, houve atribuição de valores maiores pelos profissionais do sexo feminino nas questões 11, 12, 13, 18, 19 e 20. O sexo masculino atribuiu valores maiores nas questões 14, 15 e 17, embora abaixo dos valores das demais questões, sendo que a questão 16 recebeu valor igual (50%) de ambos os sexos.

Quanto a escolaridade, observa-se que as respostas que apresentaram valores acima de 70% podem ser encontradas nas questões 11, 12, 13 e 15, em todas as variáveis. Nas questões 14, 17, 18 e 19, os profissionais que possuem mestrado ou doutorado possuem valores maiores que as demais variáveis. Os valores apresentados na questão 16 são inferiores ao ponto de corte deste estudo.

Foi possível observar que a formação em saúde coletiva ou saúde pública apresentou valores acima de 70% nas questões 11, 12, 13, 15 e 17. Nas questões 14, 16, 18, 19 e 20 os valores se apresentam abaixo do percentual estabelecido, sendo que a questão 16 (46,8%) apresentou o menor valor.

O tempo de experiência mostrou-se relevante quando observado nas questões 11, 12 e 13. Nas questões 14, 16 e 17 os participantes não consideraram muito relevante ou indispensável o tempo de experiência quando relacionados à competência. Pode-se observar que na questão 15, a experiência mostrou-se pouco relevante aos respondentes que possuem entre 1 e 6 meses e entre de 2 a 5 anos. Já as questões 18, 19 e 20, os profissionais que possuem acima de 20 anos de experiência consideram essa uma variável relevante.

O teste qui-quadrado foi utilizado para verificar a associação entre cada variável sociodemográfica com as competências apresentadas no domínio gestão do cuidado, para verificar a associação estatística entre seus níveis e as variáveis. Conforme apresentado na Tabela 6.

TABELA 6 - VALORES DE p AO TESTE DE QUI-QUADRADO ENTRE AS QUESTÕES DO DOMÍNIO GESTÃO DO CUIDADO E AS VARIÁVEIS SOCIODEMOGRÁFICAS – 2021.

PERGUNTA	MUNICÍPIO	SEXO	ESCOLARIDADE	FORMAÇÃO	EXPERIÊNCIA
1	0,275	0,222	0,493	0,740	0,669
2	0,036	0,755	0,661	0,712	0,063
3	0,125	0,173	0,915	0,347	0,382
4	0,368	0,145	0,482	0,380	0,023
5	0,799	0,774	0,050	0,468	0,027
6	0,181	0,812	0,362	0,920	0,589
7	0,600	0,642	0,120	0,616	0,942
8	0,208	0,217	0,381	0,334	0,166
9	0,305	0,601	0,397	0,935	0,083
10	0,231	0,812	0,894	0,841	0,334
11	0,819	0,230	0,357	0,345	0,998
12	0,695	0,158	0,376	0,283	0,859
13	0,855	0,644	0,557	0,715	0,664
14	0,451	0,309	0,249	0,197	0,419
15	0,473	0,263	0,572	0,556	0,531
16	0,051	0,590	0,116	0,226	0,174
17	0,016	0,410	0,114	0,414	0,296
18	0,271	0,321	0,190	0,893	0,313
19	0,437	0,238	0,138	0,946	0,758
20	0,315	0,774	0,594	0,901	0,504

FONTE: O autor (2021).

Dentre as variações apresentadas, pode-se observar que na questão 2 houve associação com o porte do município, na questão 4 com o tempo de experiência e na questão 5 com a escolaridade e o tempo de experiência, cujos valores de p foram menores que o nível de significância, demonstrando associação estatisticamente significativa entre essas variáveis.

4.3 ÉTICA

Para o domínio ética, com quatro questões, apresentam-se os dados na Tabela 7.

TABELA 7 – DISTRIBUIÇÃO DAS FREQUÊNCIAS DAS QUESTÕES DE ACORDO COM O DOMÍNIO ÉTICA – 2021.

DOMÍNIO/COMPETÊNCIA	INDISPENSÁVEL OU MUITO RELEVANTE (%)	RELEVANTE (%)	POUCO, NADA RELEVANTE OU NÃO SE APLICA (%)
Domínio – Ética			
21. Cria um ambiente terapêutico que permite que os clientes discutam livremente suas questões de saúde.	60,11	28,08	11,79
22. Facilita para a família tomar suas próprias decisões de saúde	56,17	32,02	11,79
23. Incorpora princípios éticos na tomada de decisões.	87,64	11,79	0,56
24. Reconhece dilemas morais e éticos e atua de maneira apropriada, se necessário.	78,08	20,78	1,12

Fonte: adaptado de Cassiani et al. (2018).

Podemos observar que as decisões são tomadas respeitando os princípios éticos, de acordo com 87,64% dos participantes. Entretanto, destaca-se que há um baixo indicativo de que os familiares participem da tomada de decisões (56,17%).

Conforme disposto na Tabela 8, observa-se a frequência relativa em relação as respostas indispensável ou muito relevantes, de acordo com o porte do município, sexo, escolaridade, formação e tempo de experiência profissional.

TABELA 8 – DISTRIBUIÇÃO DE FREQUÊNCIA RELATIVA (%) DE “INDISPENSÁVEL OU MUITO RELEVANTE” DAS QUESTÕES DO DOMÍNIO ÉTICA – 2021.

Domínio: ética		21	22	23	24
Classificação do município de atuação	Grande	71,2%	62,1%	90,9%	84,8%
	Médio	52,2%	52,2%	91,3%	82,6%
	Pequeno	54,5%	53,0%	81,8%	68,2%
Sexo:	Feminino	59,6%	54,5%	87,8%	78,8%
	Masculino	63,6%	68,2%	86,4%	72,7%
Escolaridade:	Graduação	51,6%	45,2%	87,1%	71,0%
	Especialização	60,2%	57,7%	86,2%	79,7%
	Mestrado	65,0%	55,0%	95,0%	75,0%
	Doutorado	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
Você possui alguma formação em saúde pública ou saúde coletiva?	Não	64,3%	57,1%	88,1%	77,4%
	Sim	56,4%	55,3%	87,2%	78,7%
Tempo de experiência na profissão:	De 1 a 6 meses	40,0%	33,3%	80,0%	66,7%
	De 6 meses a 1 ano	66,7%	83,3%	91,7%	66,7%
	De 2 a 5 anos	62,1%	41,4%	82,8%	72,4%
	De 6 a 10 anos	62,2%	62,2%	91,1%	82,2%
	De 11 a 20 anos	58,7%	58,7%	89,1%	87,0%
	Mais de 20 anos	64,5%	58,1%	87,1%	74,2%

FONTE: O autor (2021).

Com relação a classificação dos municípios, os percentuais obtidos a partir da Tabela 8, demonstraram que na questão 23, em classificação dos municípios, os valores apresentados foram acima de 70%. Na questão 21, observa-se que os municípios de grande porte apresentaram respostas acima do ponto de corte, entretanto, os municípios de médio e pequeno porte não atingiram o esperado. Abaixo deste valor, a questão 22 apresentou todas as variáveis abaixo, sendo o menor nos municípios de médio porte (52,2%).

Quando relacionado ao sexo dos participantes, as questões 21 e 22 apresentaram valores abaixo de 70%. Acima desse valor foi encontrado nas questões 23 e 24, sendo o sexo feminino o que apresentou maiores valores (87,8% e 78,8%).

Em relação à distribuição dos percentuais quanto a escolaridade, as questões 23 e 24 apresentaram maiores pontuações quando comparados as questões 21 e 22. Entretanto, pode-se observar que as questões desse domínio, todos participantes que indicaram possuir doutorado, apresentaram valores acima do recomendado (100%) em todas as questões.

Quanto a formação em saúde pública ou coletiva, as questões 21 e 22 não apresentaram valores acima de 70%, entretanto as questões 23 e 24 apresentaram valores acima deste índice.

O tempo de experiência mostrou-se abaixo do ponto de corte na questão 21. Na questão 22, apenas os profissionais que apresentam entre 6 meses e 1 ano apresentou valores maiores, seguido pela questão 23 que apresentou todas as variáveis desta questão acima de 70%.

Foi aplicado o teste qui-quadrado para verificar a relação de cada variável sociodemográfica com as competências apresentadas no domínio ética, conforme apresentado na Tabela 9.

TABELA 9 – VALORES DE p AO TESTE DE QUI-QUADRADO ENTRE O DOMÍNIO ÉTICA E AS VARIÁVEIS SOCIODEMOGRÁFICAS – 2021.

PERGUNTA	MUNICÍPIO	SEXO	ESCOLARIDADE	FORMAÇÃO	EXPERIÊNCIA
21	0,065	0,718	0,285	0,282	0,675
22	0,470	0,226	0,189	0,463	0,070
23	0,193	0,533	0,612	0,862	0,817
24	0,047	0,516	0,506	0,829	0,364

FONTE: O autor (2021).

Podemos observar que existe relação estatisticamente significativa na questão 24 e o porte do município.

4.4 COLABORAÇÃO INTERPROFISSIONAL

Os resultados apresentados na Tabela 10 dizem respeito ao domínio colaboração interprofissional, com cinco questões.

TABELA 10 - DISTRIBUIÇÃO DAS FREQUÊNCIAS DAS QUESTÕES DE ACORDO COM O DOMÍNIO COLABORAÇÃO INTERPROFISSIONAL – 2021.

DOMÍNIO/COMPETÊNCIA	INDISPENSÁVEL OU MUITO RELEVANTE (%)	RELEVANTE (%)	POUCO, NADA RELEVANTE OU NÃO SE APLICA (%)
Domínio – Colaboração interprofissional			
25. Colabora com o resto da equipe de saúde para promover o cuidado interprofissional centrado no cliente.	87,64	11,23	1,12
26. Atua como consultor, aceitando encaminhamentos de profissionais da equipe de saúde, agências da comunidade e outros profissionais para a prestação de cuidados ao cliente.	66,85	21,91	11,23
27. Coordena equipes interprofissionais para a prestação de cuidados ao cliente	69,10	18,53	12,35
28. Promove espaços de aprendizagem entre os membros da equipe de saúde, para otimizar o cuidado do cliente.	66,85	25,28	7,86
29. Estabelece uma relação colaborativa com os provedores de serviços de saúde e os serviços comunitários.	66,85	27,52	5,61
30. Consulta e/ou encaminha os clientes a outros provedores de serviços de saúde, em qualquer momento do continuum do cuidado, quando a condição do cliente não está dentro do seu âmbito de ação.	76,40	19,66	3,93

Fonte: adaptado de Cassiani et al. (2018).

A competência 25, “Colabora com o resto da equipe de saúde para promover o cuidado interprofissional centrado no cliente”, obteve 87,64% de respostas dos participantes na opção indispensável ou muito relevante. Contudo, três competências (26, 28 e 29) obtiveram 66,85% na mesma opção de escolha, apresentando uma margem muito próxima do ponto de corte.

Conforme disposto na Tabela 11, observa-se a frequência de respostas indispensável ou muito relevantes dos itens do domínio, relacionados aos dados sociodemográficos.

TABELA 11 – DISTRIBUIÇÃO DE FREQUÊNCIA RELATIVA (%) DE “INDISPENSÁVEL OU MUITO RELEVANTE” DAS QUESTÕES DO DOMÍNIO COLABORAÇÃO INTERPROFISSIONAL – 2021.

Domínio: colaboração interprofissional		25	26	27	28	29	30
Classificação do município de atuação	Grande	90,9%	71,2%	71,2%	77,3%	72,7%	80,3%
	Médio	89,1%	60,9%	65,2%	63,0%	71,7%	78,3%
	Pequeno	83,3%	66,7%	69,7%	59,1%	57,6%	71,2%
Sexo:	Feminino	87,2%	67,3%	69,2%	67,3%	67,9%	75,6%
	Masculino	90,9%	63,6%	68,2%	63,6%	59,1%	81,8%
Escolaridade:	Graduação	90,3%	71,0%	61,3%	67,7%	64,5%	74,2%
	Especialização	86,2%	64,2%	70,7%	65,0%	65,0%	75,6%
	Mestrado	90,0%	75,0%	70,0%	70,0%	75,0%	80,0%
	Doutorado	100,0%	75,0%	75,0%	100,0%	100,0%	100,0%
Você possui alguma formação em saúde pública ou saúde coletiva?	Não	86,9%	69,0%	64,3%	69,0%	65,5%	78,6%
	Sim	88,3%	64,9%	73,4%	64,9%	68,1%	74,5%
Tempo de experiência na profissão:	De 1 a 6 meses	86,7%	73,3%	60,0%	66,7%	46,7%	80,0%
	De 6 meses a 1 ano	100,0%	58,3%	50,0%	58,3%	75,0%	83,3%
	De 2 a 5 anos	75,9%	51,7%	55,2%	48,3%	55,2%	65,5%
	De 6 a 10 anos	84,4%	68,9%	68,9%	68,9%	64,4%	77,8%
	De 11 a 20 anos	93,5%	71,7%	78,3%	78,3%	73,9%	82,6%
	Mais de 20 anos	90,3%	71,0%	80,6%	67,7%	77,4%	71,0%

FONTE: O autor (2021).

Com relação a classificação dos municípios, foram maiores as respostas nos municípios de grande porte nas questões 25, 26, 27, 28, 29 e 30. As cidades de médio porte apresentaram valores maiores nas questões 25, 29 e 30. Relacionado aos municípios de pequeno porte, as questões 25 e 30 apresentaram valores acima de 70%. Os participantes do sexo masculino apresentaram valores acima do fixado para este estudo nas questões 25 e 30, quando comparados aos participantes do sexo feminino. Já as questões 26, 27, 28 e 29 apresentaram valores menores.

Observando os valores apresentados com relação a escolaridade, as questões 25 e 30 apresentam valores maiores. Nas questões 26, 28 e 29 os profissionais com especialização apresentaram valores abaixo quando relacionadas as demais variáveis. Já na variável graduação apresentaram valores abaixo nas questões 27, 28 e 29, sendo a menor com 61,3%.

Os valores das questões 25 e 30, quando relacionada a formação em saúde pública ou coletiva, apresentaram valores maiores quando comparado as questões 26, 28 e 29. Observa-se, entretanto, que na questão 27 a resposta “sim” apresentou valor acima de 70%.

A distribuição da frequência relativa com relação ao tempo de experiência dos profissionais, a questão 25 foi a única que apresentou valores maiores. Nas questões 26, 27, 28, 29 e 30 as variáveis apresentaram valores menores, sendo a menor encontrada na variável de 2 a 5 anos, com 48,3%.

O teste qui-quadrado foi realizado para verificar a relação de cada variável sociodemográfica com as competências apresentadas no domínio colaboração interprofissional, na Tabela 12.

TABELA 12 – VALORES DE p AO TESTE DE QUI-QUADRADO ENTRE AS QUESTÕES DO DOMÍNIO COLABORAÇÃO INTERPROFISSIONAL E AS VARIÁVEIS SOCIODEMOGRÁFICAS – 2021.

PERGUNTA	MUNICÍPIO	SEXO	ESCOLARIDADE	FORMAÇÃO	EXPERIÊNCIA
25	0,391	0,619	0,773	0,778	0,186
26	0,519	0,732	0,720	0,557	0,481
27	0,789	0,921	0,774	0,189	0,109
28	0,070	0,732	0,519	0,557	0,173
29	0,130	0,409	0,417	0,712	0,179
30	0,442	0,523	0,681	0,520	0,568

FONTE: O autor (2021).

Observa-se que este domínio não apresentou relação estatisticamente significativa entre estas variáveis.

4.5 PROMOÇÃO E PREVENÇÃO

Em relação aos dados referentes ao domínio promoção e prevenção, com nove itens, estes estão apresentados na Tabela 13.

TABELA 13 – DISTRIBUIÇÃO DAS FREQUÊNCIAS DAS QUESTÕES DE ACORDO COM O DOMÍNIO PROMOÇÃO E PREVENÇÃO – 2021.

DOMÍNIO/COMPETÊNCIA	INDISPENSÁVEL OU MUITO RELEVANTE (%)	RELEVANTE (%)	POUCO, NADA RELEVANTE OU NÃO SE APLICA (%)
Domínio – Promoção e prevenção			
31. Participa do desenvolvimento e da implementação de programas de promoção da saúde em sua localidade.	63,48	25,84	10,67
32. Seleciona, implementa e avalia estratégias baseadas em evidências para a promoção de saúde e prevenção primária, secundária e terciária.	63,48	26,40	10,11
33. Trabalha para empoderar indivíduos, grupos e comunidades, a fim de que eles adotem estilos de vida saudáveis e autocuidado.	71,34	24,15	4,49
34. Interpreta informações técnicas e científicas de saúde de maneira apropriada para as diferentes necessidades dos clientes.	71,34	27,52	1,12
35. Avalia as necessidades educacionais de clientes e cuidadores para prestar cuidados de saúde personalizados e efetivos.	69,66	28,65	1,68
36. Treina o cliente e/ou cuidador para uma mudança positiva de comportamento	69,66	24,15	6,17
37. Realiza treinamento e intervenções educativas personalizadas sobre os benefícios, as interações e a importância da adesão ao tratamento, assim como recomendações sobre seu acompanhamento e autogestão	58,42	32,58	8,98
38. Realiza treinamentos e intervenções educativas personalizadas relativas às respostas pessoais a doenças, transtornos, condições de saúde, lesões e fatores de risco, incluindo mudanças de estilo de vida e intervenções terapêuticas	58,42	32,02	9,55
39. Desenvolve materiais educativos apropriados à linguagem e às crenças culturais do cliente.	47,75	29,21	23,03

FONTE: adaptado de Cassiani et al. (2018).

Pode-se observar que duas competências atingiram o ponto de corte deste estudo, nos itens 33 e 34, Trabalha para empoderar indivíduos, grupos e comunidades, a fim de que eles adotem estilos de vida saudáveis e autocuidado; e Interpreta informações técnicas e científicas de saúde de maneira apropriada para as diferentes necessidades dos clientes, respectivamente. Contudo, sete competências apresentaram resultados inferiores ao ponto de corte, com destaque à competência 39, Desenvolve materiais educativos apropriados à linguagem e às crenças culturais do cliente, que apresentou o menor índice nesta tabela, com 47,75% dos participantes.

A relação entre as respostas dos domínios e os dados sociodemográficos está apresentada na Tabela 14.

TABELA 14 – DISTRIBUIÇÃO DE FREQUÊNCIA RELATIVA (%) DE “INDISPENSÁVEL OU MUITO RELEVANTE” DAS QUESTÕES DO DOMÍNIO PROMOÇÃO E PREVENÇÃO – 2021.

Domínio: promoção e prevenção	31	32	33	34	35	36	37	38	39	
Classificação do município de atuação	Grande	62,1%	63,6%	75,8%	72,7%	78,8%	77,3%	65,2%	62,1%	57,6%
	Médio	63,0%	69,6%	69,6%	73,9%	67,4%	60,9%	58,7%	58,7%	32,6%
	Pequeno	65,2%	59,1%	68,2%	68,2%	62,1%	68,2%	51,5%	54,5%	48,5%
Sexo:	Feminino	63,5%	64,7%	70,5%	72,4%	69,2%	69,2%	57,1%	58,3%	46,2%
	Masculino	63,6%	54,5%	77,3%	63,6%	72,7%	72,7%	68,2%	59,1%	59,1%
Escolaridade:	Graduação	64,5%	67,7%	74,2%	74,2%	67,7%	64,5%	58,1%	54,8%	41,9%
	Especialização	61,0%	58,5%	68,3%	67,5%	67,5%	69,1%	56,1%	58,5%	45,5%
	Mestrado	75,0%	80,0%	80,0%	85,0%	80,0%	85,0%	65,0%	60,0%	65,0%
	Doutorado	75,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	50,0%	100,0%	75,0%	75,0%
Você possui alguma formação em saúde pública ou saúde coletiva?	Não	61,9%	63,1%	75,0%	71,4%	71,4%	71,4%	60,7%	54,8%	47,6%
	Sim	64,9%	63,8%	68,1%	71,3%	68,1%	68,1%	56,4%	61,7%	47,9%
Tempo de experiência na profissão:	De 1 a 6 meses	60,0%	66,7%	73,3%	73,3%	73,3%	53,3%	40,0%	46,7%	33,3%
	De 6 meses a 1 ano	75,0%	75,0%	100,0%	91,7%	83,3%	83,3%	66,7%	75,0%	33,3%
	De 2 a 5 anos	62,1%	58,6%	55,2%	62,1%	65,5%	65,5%	55,2%	58,6%	51,7%
	De 6 a 10 anos	55,6%	53,3%	71,1%	66,7%	62,2%	64,4%	60,0%	48,9%	53,3%
	De 11 a 20 anos	67,4%	69,6%	73,9%	71,7%	76,1%	80,4%	60,9%	63,0%	50,0%
Mais de 20 anos	67,7%	67,7%	71,0%	77,4%	67,7%	67,7%	61,3%	64,5%	45,2%	

FONTE: O autor (2021).

A frequência relativa das respostas com relação a classificação do município aponta que as respostas positivas foram encontradas nas questões 33, 34, 35, 36 nas cidades consideradas de grande porte e na questão 34, nas cidades de médio porte populacional. As demais variáveis apresentaram valores abaixo de 70%, e o menor valor encontrado foi na questão 39 com 32,6%.

Com relação ao sexo dos participantes, os valores abaixo de 70% foram encontrados nas questões 31, 32, 37, 38 e 39. Também apresentaram valores abaixo da nota de corte, na questão 34, os participantes do sexo masculino e nas questões 35 e 36 os participantes do sexo feminino. A questão 33 apresentou valores acima do recomendado para este estudo.

Quando observado a escolaridade dos participantes, as questões 31, 32, 33, 34 e 35 apresentam valores maiores com relação aos participantes que possuem mestrado ou doutorado. Já as questões 37, 38 e 39 somente os profissionais que possuem doutorado apresentaram valores maiores. A formação em saúde pública ou coletiva apresentou valores maiores nas questões 33, 34, 35 e 36 na opção “não”, e na opção “sim” apenas na questão 34.

As questões relativas ao tempo de experiência apresentaram valores acima de 70% de 1 a 6 meses nas questões 33, 34 e 35; de 6 meses a 1 ano nas questões 31, 32, 33, 34, 35 e 36; de 6 a 10 anos na questão 33; de 11 a 20 anos nas questões 33, 34 e 35; e mais de 20 anos nas questões 33 e 34.

O teste qui-quadrado foi realizado para verificar a relação de cada variável sociodemográfica com as competências apresentadas no domínio promoção e prevenção, na Tabela 15.

TABELA 15 – VALORES DE p AO TESTE DE QUI-QUADRADO ENTRE AS QUESTÕES DO DOMÍNIO PROMOÇÃO E PREVENÇÃO E AS VARIÁVEIS SOCIODEMOGRÁFICAS – 2021.

PERGUNTA	MUNICÍPIO	SEXO	ESCOLARIDADE	FORMAÇÃO	EXPERIÊNCIA
31	0,934	0,987	0,632	0,679	0,768
32	0,526	0,352	0,102	0,919	0,546
33	0,600	0,511	0,388	0,308	0,121
34	0,766	0,393	0,217	0,982	0,451
35	0,106	0,476	0,379	0,628	0,620
36	0,169	0,738	0,339	0,628	0,274
37	0,283	0,321	0,324	0,558	0,727
38	0,677	0,946	0,888	0,348	0,444
39	0,033	0,255	0,237	0,973	0,674

FONTE: O autor (2021)

É possível observar que este domínio apresentou relação estatisticamente significativa somente na questão 39 em relação ao tipo de município. Não houve outras associações estatisticamente significantes.

4.6 ENFERMAGEM BASEADA EM EVIDÊNCIAS

Os dados do domínio enfermagem baseada em evidências, com cinco itens, estão apresentados na Tabela 16.

TABELA 16 – DISTRIBUIÇÃO DAS FREQUÊNCIAS DAS QUESTÕES DE ACORDO COM O DOMÍNIO ENFERMAGEM BASEADA EM EVIDÊNCIAS – 2021.

DOMÍNIO/COMPETÊNCIA	INDISPENSÁVEL OU MUITO RELEVANTE (%)	RELEVANTE (%)	POUCO, NADA RELEVANTE OU NÃO SE APLICA (%)
Domínio - Enfermagem baseada em evidências			
40. Incorpora resultados de pesquisa e outras formas de conhecimento para melhorar os processos e resultados da prática.	58,42	25,84	15,73
41. Busca as melhores evidências para melhorar os resultados de saúde	70,22	24,71	5,05
42. Analisa guias clínicos para aplicá-los de forma individual na prática.	62,35	28,08	9,55
43. Implementa algoritmos, guias clínicos e linhas de ação baseadas em evidências.	44,94	33,70	21,34
44. Atua como agente de mudança, por meio da implementação do conhecimento translacional e da disseminação de novos conhecimentos que podem incluir apresentações formais, publicações, discussões informais e o desenvolvimento das melhores práticas clínicas ou políticas.	43,82	42,13	14,04
45. Usa estratégias efetivas para mudar a conduta profissional e da equipe de trabalho, promovendo assim a adoção de práticas e inovações baseadas em evidências sobre o desempenho da atenção à saúde.	54,49	34,83	10,67

Fonte: adaptado de Cassiani et al. (2018).

A competência 41 foi considerada como central, conforme 70,22% dos participantes que assinalaram a opção indispensável e muito relevante. Entretanto, a competência 44, Atua como agente de mudança, por meio da implementação do conhecimento translacional e da disseminação de novos conhecimentos que podem incluir apresentações formais, publicações, discussões informais e o desenvolvimento

das melhores práticas clínicas ou políticas, obteve 43,82% das alternativas assinaladas. A comparação entre as questões do domínio e as variáveis sociodemográficas está apresentada na Tabela 17.

TABELA 17 – DISTRIBUIÇÃO DE FREQUÊNCIA RELATIVA (%) DE “INDISPENSÁVEL OU MUITO RELEVANTE” DAS QUESTÕES DO DOMÍNIO ENFERMAGEM BASEADA EM EVIDÊNCIAS – 2021.

Domínio: enfermagem baseada em evidências		40	41	42	43	44	45
Classificação do município de atuação	Grande	56,1%	71,2%	60,6%	42,4%	50,0%	59,1%
	Médio	54,3%	69,6%	54,3%	50,0%	32,6%	47,8%
	Pequeno	63,6%	69,7%	69,7%	43,9%	45,5%	54,5%
Sexo:	Feminino	59,6%	71,2%	62,2%	43,6%	43,6%	56,4%
	Masculino	50,0%	63,6%	63,6%	54,5%	45,5%	40,9%
Escolaridade:	Graduação	61,3%	77,4%	58,1%	25,8%	29,0%	45,2%
	Especialização	55,3%	65,9%	61,0%	48,0%	44,7%	54,5%
	Mestrado	65,0%	80,0%	75,0%	55,0%	55,0%	65,0%
	Doutorado	100,0%	100,0%	75,0%	50,0%	75,0%	75,0%
Você possui alguma formação em saúde pública ou saúde coletiva?	Não	57,1%	71,4%	60,7%	41,7%	39,3%	50,0%
	Sim	59,6%	69,1%	63,8%	47,9%	47,9%	58,5%
Tempo de experiência na profissão:	De 1 a 6 meses	66,7%	60,0%	60,0%	26,7%	40,0%	40,0%
	De 6 meses a 1 ano	83,3%	100,0%	91,7%	50,0%	58,3%	58,3%
	De 2 a 5 anos	51,7%	58,6%	44,8%	31,0%	34,5%	41,4%
	De 6 a 10 anos	55,6%	66,7%	57,8%	48,9%	44,4%	62,2%
	De 11 a 20 anos	60,9%	78,3%	76,1%	58,7%	47,8%	63,0%
	Mais de 20 anos	51,6%	67,7%	54,8%	38,7%	41,9%	48,4%

FONTE: O autor (2021).

Nas variáveis relacionadas a classificação dos municípios, apenas a questão 41, os municípios de grande porte atingiram o ponto de corte desse estudo. Observa-se, entretanto, que os valores relacionados a cidades de médio e pequeno porte possuem uma pequena variação, mas encontram-se abaixo do valor de corte. As demais questões apresentam valores menores.

O mesmo padrão de respostas foi encontrado quando as questões foram relacionadas ao sexo dos participantes e com relação a formação em saúde pública ou coletiva, observando a questão 41, os profissionais do sexo feminino apresentam valores acima de 70%.

Com relação à escolaridade dos participantes, destaca-se os profissionais que possuem doutorado apresentaram valores maiores nas questões 40, 41, 42, 43, 44 e 45; nos profissionais que possuem mestrado, nas questões 41 e 42 e; na questão 41 nos profissionais que possuem apenas a graduação. O tempo de experiência dos profissionais apresentou valores maiores nas questões 40, 41 e 42 nos profissionais que possuem de 6 meses a 1 ano, bem como nas questões 41 e 42 nos profissionais que possuem de 11 a 20 anos.

Os resultados do teste qui-quadrado na correlação entre esse domínio e as variáveis sociodemográficas estão apresentados na Tabela 18.

TABELA 18 – VALORES DE p AO TESTE DE QUI-QUADRADO ENTRE AS QUESTÕES DO DOMÍNIO ENFERMAGEM BASEADA EM EVIDÊNCIAS E AS VARIÁVEIS SOCIODEMOGRÁFICAS – 2021.

PERGUNTA	MUNICÍPIO	SEXO	ESCOLARIDADE	FORMAÇÃO	EXPERIÊNCIA
40	0,548	0,392	0,283	0,742	0,431
41	0,976	0,470	0,212	0,740	0,091
42	0,240	0,547	0,577	0,392	0,023
43	0,715	0,333	0,117	0,406	0,122
44	0,179	0,869	0,145	0,249	0,777
45	0,500	0,172	0,448	0,255	0,282

FONTE: O autor (2021)

Observa-se que somente na questão 42 o valor de p encontrado no campo experiência é menor quanto ao nível de significância, gerando uma associação estatisticamente significativa nessa variável.

4.7 PESQUISA

Os dados apresentados na Tabela 19 referem-se ao domínio pesquisa, com cinco itens.

TABELA 19 – DISTRIBUIÇÃO DAS FREQUÊNCIAS DE ACORDO COM O DOMÍNIO PESQUISA – 2021.

DOMÍNIO/COMPETÊNCIA	INDISPENSÁVEL OU MUITO RELEVANTE (%)	RELEVANTE (%)	POUCO, NADA RELEVANTE OU NÃO SE APLICA (%)
Domínio - Pesquisa			
46. Identifica perguntas clínicas que podem ser resolvidas por meio de pesquisa	37,07	42,69	20,22
47. Seleciona estratégias de investigação adequadas à natureza do problema a ser estudado, tanto qualitativas como quantitativas	41,57	38,20	20,22
48. Cria projetos de pesquisa que respondem aos critérios estabelecidos por agências de financiamento.	18,53	19,66	61,79
49. Realiza pesquisas individualmente ou em parceria com outros	28,65	24,71	46,62
50. Dissemina os achados de sua pesquisa a vários públicos, usando as modalidades adequadas.	28,65	23,03	48,31

FONTE: Adaptado de Cassiani et al. (2018).

Nesse domínio, os dados apontam que nenhuma das competências apresentadas atingiu o ponto de corte, conforme proposto por este estudo. Destaca-se a competência 48, Cria projetos de pesquisa que respondem aos critérios estabelecidos por agências de financiamento, que atingiu 18,53%, um dos menores resultados aqui apresentados, na opção indispensável ou muito relevante.

Os resultados apresentados na tabela 20 referem-se à relação entre as questões deste domínio e os dados sociodemográficos.

TABELA 20 – DISTRIBUIÇÃO DE FREQUÊNCIA RELATIVA (%) DE “INDISPENSÁVEL OU MUITO RELEVANTE” DAS QUESTÕES DO DOMÍNIO PESQUISA – 2021.

Domínio: pesquisa		46	47	48	49	50
Classificação do município de atuação	Grande	39,4%	45,5%	21,2%	30,3%	33,3%
	Médio	30,4%	34,8%	19,6%	28,3%	26,1%
	Pequeno	39,4%	42,4%	15,2%	27,3%	25,8%
Sexo:	Feminino	37,8%	41,0%	17,3%	28,2%	28,2%
	Masculino	31,8%	45,5%	27,3%	31,8%	31,8%
Escolaridade:	Graduação	29,0%	29,0%	9,7%	16,1%	9,7%
	Especialização	35,0%	42,3%	17,9%	28,5%	28,5%
	Mestrado	55,0%	50,0%	25,0%	45,0%	50,0%
	Doutorado	75,0%	75,0%	75,0%	50,0%	75,0%
Você possui alguma formação em saúde pública ou saúde coletiva?	Não	36,9%	39,3%	20,2%	23,8%	22,6%
	Sim	37,2%	43,6%	17,0%	33,0%	34,0%
Tempo de experiência na profissão:	De 1 a 6 meses	26,7%	33,3%	20,0%	26,7%	26,7%
	De 6 meses a 1 ano	33,3%	25,0%	8,3%	25,0%	25,0%
	De 2 a 5 anos	24,1%	27,6%	17,2%	20,7%	20,7%
	De 6 a 10 anos	40,0%	46,7%	17,8%	31,1%	26,7%
	De 11 a 20 anos	47,8%	50,0%	21,7%	37,0%	37,0%
	Mais de 20 anos	35,5%	45,2%	19,4%	22,6%	29,0%

FONTE: O autor (2021).

Quando observada as variáveis da Tabela 20, pode-se destacar a escolaridade dos participantes. Os profissionais que possuem doutorado apresentaram valores acima de 70% nas questões 46, 47, 48 e 50. Entretanto, em todas as outras variáveis apresentadas, nenhuma atingiu o corte proposto por este estudo, apresentando valores abaixo do proposto.

Os valores do teste qui-quadrado são apresentados na Tabela 21.

TABELA 21 – VALORES DE p AO TESTE DE QUI-QUADRADO ENTRE AS QUESTÕES DO DOMÍNIO PESQUISA E AS VARIÁVEIS SOCIODEMOGRÁFICAS – 2021.

PERGUNTA	MUNICÍPIO	SEXO	ESCOLARIDADE	FORMAÇÃO	EXPERIÊNCIA
46	0,556	0,585	0,097	0,964	0,377
47	0,521	0,693	0,216	0,558	0,296
48	0,655	0,260	0,014	0,581	0,943
49	0,926	0,726	0,117	0,177	0,661
50	0,569	0,726	0,003	0,092	0,754

FONTE: O autor (2021)

Demonstra-se associação estatisticamente significativa somente nas questões 48 e 50, relacionadas à variável escolaridade. Não houve outras associações significantes para este domínio.

4.8 LIDERANÇA

Em relação às competências do domínio liderança, os dados estão apresentados na Tabela 22.

TABELA 22 – DISTRIBUIÇÃO DAS FREQUÊNCIAS DE ACORDO COM O DOMÍNIO LIDERANÇA – 2021.

DOMÍNIO/COMPETÊNCIA	INDISPENSÁVEL OU MUITO RELEVANTE (%)	RELEVANTE (%)	POUCO, NADA RELEVANTE OU NÃO SE APLICA (%)
Domínio - Liderança			
51. Distingue o âmbito de sua prática do resto dos profissionais da equipe de saúde.	51,12	31,46	17,41
52. Atua de maneira autônoma e independente, manejando pacientes com diagnóstico ou ainda sem diagnóstico.	43,82	23,59	32,58
53. Documenta todos os aspectos dos cuidados prestados aos pacientes de acordo com o marco legal vigente.	76,96	20,22	2,80
54. Implementa estratégias para integrar e otimizar os processos de atenção ao paciente nas equipes de saúde dentro do sistema.	66,29	25,84	7,86
55. Defende a criação de ambientes organizacionais que apoiem a segurança dos pacientes, a prática colaborativa e o crescimento profissional.	76,40	17,41	6,17
56. Impulsiona a formulação de políticas e padrões que contribuem para o desenvolvimento da prática do EPA.	43,25	31,46	25,28
57. Demonstra habilidades de pensamento crítico quando diante de situações clínicas complexas.	64,60	31,46	3,93
58. Demonstra capacidade de influência, usando o pensamento crítico e reflexivo e justificando suas decisões de maneira estruturada e fundamentada.	62,35	30,33	7,30
59. Avalia a relação entre acesso, custo, qualidade e segurança e sua influência no cuidado da saúde.	57,86	33,70	8,42
60. Analisa a estrutura organizacional, as funções e os recursos para melhorar a prestação de cuidado.	64,04	28,65	7,30

61. Identifica as necessidades de melhorar a prestação de atenção à saúde.	75,28	21,91	2,80
62. Identifica lacunas e oportunidades e elabora recomendações baseadas em evidências para melhorar processos e práticas.	58,42	32,02	9,55
63. Trabalha com as comunidades, identificando necessidades e lutando por serviços de saúde que sejam capazes de atendê-las.	55,05	30,33	14,60
64. Formula e implementa estratégias de gestão do conhecimento para melhorar o cuidado da saúde, utilizando as tecnologias apropriadas.	50,00	31,46	18,53

FONTE: Adaptado de Cassiani et al. (2018).

Demonstra-se que 76,96% dos participantes responderam que a competência 53, Documenta todos os aspectos dos cuidados prestados aos pacientes de acordo com o marco legal vigente é indispensável ou muito relevante. Já a competência 56, Impulsiona a formulação de políticas e padrões que contribuem para o desenvolvimento da prática do EPA, não foi considerada indispensável ou muito relevante com 43,25%. Entretanto, com destaque a competência 52, Atua de maneira autônoma e independente, manejando pacientes com diagnóstico ou ainda sem diagnóstico, a competência também apresentou um baixo índice de resposta, totalizando 43,82%.

Apresentam-se na Tabela 23 os dados relativos à associação das questões deste domínio com as variáveis sociodemográficas.

TABELA 23 – DISTRIBUIÇÃO DE FREQUÊNCIA RELATIVA (%) DE “INDISPENSÁVEL OU MUITO RELEVANTE” DAS QUESTÕES DO DOMÍNIO LIDERANÇA – 2021.

Domínio Liderança	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64
Classificação do município de atuação														
Grande	51,5%	54,5%	81,8%	80,3%	86,4%	48,5%	66,7%	69,7%	63,6%	71,2%	84,8%	63,6%	54,5%	53,0%
Médio	43,5%	41,3%	73,9%	60,9%	73,9%	39,1%	67,4%	58,7%	45,7%	50,0%	65,2%	45,7%	56,5%	41,3%
Pequeno	56,1%	34,8%	74,2%	56,1%	68,2%	40,9%	60,6%	57,6%	60,6%	66,7%	72,7%	62,1%	54,5%	53,0%
Sexo:														
Feminino	51,9%	43,6%	76,9%	67,3%	76,9%	43,6%	66,7%	63,5%	58,3%	64,7%	74,4%	59,6%	55,1%	50,0%
Masculino	45,5%	45,5%	77,3%	59,1%	72,7%	40,9%	50,0%	54,5%	54,5%	59,1%	81,8%	50,0%	54,5%	50,0%
Escolaridade:														
Graduação	41,9%	41,9%	64,5%	54,8%	67,7%	32,3%	51,6%	48,4%	48,4%	61,3%	74,2%	58,1%	51,6%	45,2%
Especialização	48,0%	43,1%	79,7%	66,7%	76,4%	45,5%	65,0%	63,4%	56,9%	62,6%	74,0%	56,1%	52,0%	46,3%
Mestrado	85,0%	40,0%	75,0%	75,0%	85,0%	45,0%	80,0%	75,0%	75,0%	75,0%	85,0%	70,0%	70,0%	75,0%
Doutorado	50,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	50,0%	75,0%	75,0%	75,0%	75,0%	75,0%	75,0%	100,0%	75,0%
Você possui alguma formação em saúde pública ou saúde coletiva?														
Não	45,2%	44,0%	76,2%	65,5%	77,4%	40,5%	58,3%	63,1%	56,0%	63,1%	76,2%	54,8%	52,4%	48,8%
Sim	56,4%	43,6%	77,7%	67,0%	75,5%	45,7%	70,2%	61,7%	59,6%	64,9%	74,5%	61,7%	57,4%	51,1%
Tempo de experiência na profissão:														
De 1 a 6 meses	33,3%	33,3%	66,7%	53,3%	73,3%	33,3%	46,7%	53,3%	26,7%	40,0%	46,7%	33,3%	26,7%	40,0%
De 6 meses a 1 ano	58,3%	50,0%	75,0%	66,7%	91,7%	50,0%	58,3%	58,3%	75,0%	91,7%	91,7%	66,7%	75,0%	50,0%
De 2 a 5 anos	34,5%	34,5%	69,0%	44,8%	65,5%	27,6%	55,2%	51,7%	44,8%	51,7%	62,1%	51,7%	37,9%	34,5%
De 6 a 10 anos	48,9%	48,9%	77,8%	60,0%	73,3%	48,9%	77,8%	68,9%	66,7%	64,4%	80,0%	55,6%	62,2%	48,9%
De 11 a 20 anos	63,0%	54,3%	84,8%	87,0%	87,0%	52,2%	73,9%	71,7%	71,7%	76,1%	87,0%	69,6%	58,7%	63,0%
Mais de 20 anos	58,1%	32,3%	77,4%	71,0%	71,0%	38,7%	51,6%	54,8%	45,2%	58,1%	71,0%	61,3%	61,3%	51,6%

FONTE: O autor (2021).

Os dados apresentados na Tabela 23, denotam que com relação a classificação dos municípios, as questões 51, 52, 56, 57, 58, 59, 62, 63 e 64 apresentaram valores abaixo de 70%. Valores menores foram encontrados na questões 54 e 55 nas cidades de pequeno porte; na questão 60 nas cidades de médio e pequeno porte e; na questão 61 nas cidades de médio porte.

Relacionado ao sexo dos participantes, as questões 53, 55 e 61 apresentaram valores acima de 70%. As demais questões apresentaram valores abaixo do ponto de corte.

Com relação a escolaridade dos participantes, a questão 61 apresentou todas as variáveis acima de 70%. Nas questões 53, 54, 55, 57, 58, 59, 60, 62, 63 e 64, os profissionais que possuem mestrado ou doutorado obtiveram valores maiores; bem como nas questões 53 e 55, os profissionais que possuem especialização também atingiram pontuações superiores a 70% e; na questão 51 com os profissionais que possuem mestrado, foram os únicos a superar a nota de corte.

Nas questões 51, 52, 54, 56, 58, 59, 60, 62, 63 e 64, relativas à formação em saúde pública ou coletiva, os valores apresentaram-se abaixo do ponto de corte. A frequência relativa relacionada ao tempo de experiência dos profissionais, observa-se que nas questões 51, 52, 56, 62 e 64 as respostas foram menores. Observa-se também que na variável de 2 a 5 anos de experiência nenhuma das questões atingiu o ponto de corte.

Os valores de p ao teste qui-quadrado para as questões deste domínio e as variáveis sociodemográficas estão representados na Tabela 24.

TABELA 24 – VALORES DE p AO TESTE DE QUI-QUADRADO ENTRE AS QUESTÕES DO DOMÍNIO LIDERANÇA E AS VARIÁVEIS SOCIODEMOGRÁFICAS – 2021.

PERGUNTA	MUNICÍPIO	SEXO	ESCOLARIDADE	FORMAÇÃO	EXPERIÊNCIA
51	0,422	0,570	0,013	0,138	0,123
52	0,069	0,869	0,150	0,954	0,296
53	0,498	0,971	0,216	0,816	0,612
54	0,009	0,445	0,209	0,828	0,005
55	0,044	0,664	0,341	0,772	0,212
56	0,548	0,812	0,597	0,479	0,301
57	0,691	0,126	0,207	0,098	0,054
58	0,298	0,419	0,234	0,848	0,382
59	0,141	0,736	0,253	0,625	0,005
60	0,061	0,605	0,691	0,803	0,023
61	0,050	0,448	0,766	0,790	0,009
62	0,123	0,392	0,608	0,348	0,195
63	0,973	0,959	0,129	0,498	0,036
64	0,391	0,590	0,074	0,764	0,254

FONTE: O autor (2021).

Os itens que apresentaram significância com os dados sociodemográficos foram o município, nas questões 54, 55 e 61; escolaridade, na questão 51, e tempo de experiência nas questões 54, 59, 60, 61 e 63.

5 DISCUSSÃO

Neste capítulo são discutidos os resultados obtidos no estudo, divididos em domínios como apresentados no capítulo anterior, analisados e discutidos com sustentação de estudos nacionais e internacionais acerca do tema de pesquisa.

5.1 PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO

O estado do Paraná possui 399 municípios, 4 macrorregionais e 22 regionais de saúde. Este estudo abrangeu 67 (16,8%) cidades e 21 regionais de saúde. Nenhuma cidade pertencente à décima terceira regional de saúde respondeu a pesquisa (FIGURA 5).

O porte populacional das cidades utilizado neste estudo foi dividido em municípios de pequeno porte (com menos de 25 mil habitantes), médio porte (municípios com 25 a 100 mil hab.) e grande porte (municípios com mais de 100 mil hab.), denotando maior participação de enfermeiros vinculados a cidades de grande e pequeno porte, compreendendo 66 (37,1%) para cada uma das variáveis aqui apresentadas.

Os dados desse estudo, referente ao sexo dos participantes, corroboram os resultados da pesquisa realizada pela Fiocruz e encomendada pelo COFEN, em que 86,2% das profissionais enfermeiras no Brasil são do sexo feminino (COFEN, 2015). Esse dado contribui para o objetivo 3 da ODM, o qual cita que mulheres ocupem cargos e papéis importantes na sociedade, superando assim as desigualdades de gênero (ODM BRASL, 2020).

Em relação a escolaridade dos participantes, observou-se a formação em saúde pública, convergente com a PNAB, a qual no artigo 9º, inciso X, aponta que as secretarias municipais devem atuar na formação e na educação permanente dos profissionais da atenção básica (BRASIL, 2017). Tais esforços denotam o desenvolvimento de ações para qualificação dos recursos humanos em saúde, necessários para o desenvolvimento do trabalho e da qualidade dos serviços de saúde oferecidos à população (OLIVEIRA et al., 2016). Porém, Lowen (2020) aponta que esses dados podem não representar uma consequência a esses esforços, uma vez que não propiciam resultados relacionados ao serviço propriamente executado, em benefício dos usuários.

Quanto ao tempo de experiência dos enfermeiros que exercem a função na APS, observou-se maior presença de um período acima de cinco anos. Cunha e Giovanella (2011) ressaltam que essa longitudinalidade observada nos enfermeiros da APS é considerada como um atributo essencial à prestação de cuidados em saúde, pois unifica os cuidados aos pacientes considerados crônicos, aproxima o usuário ao serviço, proporcionando maior vínculo.

5.2 GESTÃO DO CUIDADO

O domínio gestão do cuidado divide-se em três subdomínios, sendo eles: enfoque do cuidado, avaliação e diagnóstico e prestação do cuidado. No subdomínio enfoque do cuidado observou-se que todas as competências foram consideradas como indispensáveis ou muito relevantes por 70% da população estudada. Nessa perspectiva, os achados deste estudo estão relacionados à incorporação do conhecimento sobre as diversas facetas do cuidado. De acordo com Salviano et al. (2006) o cuidado está intimamente relacionado a assistência à saúde, por meio de ações de prevenção e promoção, relacionando os achados clínicos com o manejo terapêutico a fim de propiciar melhores resultados.

Entretanto, no subdomínio prestação do cuidado, a competência 20 - desenvolve um plano de cuidados paliativos e de final de vida, de maneira apropriada, além de não atingir o ponto de corte, foi a menor encontrada neste domínio. Tal competência que trata de ações para melhorar a qualidade de vida em pacientes terminais, é ainda percebida com muita dificuldade entre os profissionais da área da saúde, em especial a enfermagem.

Estudo realizado por Vasques et al. (2016) apontou que grande parte dos profissionais da enfermagem possuem dificuldade em atuar no processo de morte e morrer, motivados por sentimentos de “tristeza, pesar e impotência pelo iminente processo de morte dos pacientes”. No estudo de revisão integrativa realizada por Picollo e Fachini (2018), os achados apontam a importância do processo de comunicação no planejamento, implementação e avaliação de ações relacionadas a terminalidade dos pacientes, e que tais benefícios reverberam em favor de melhores condições para o final da vida.

Ainda no domínio em questão, nove competências atingiram o ponto de corte deste estudo. Dentre eles podemos destacar as competências 8 - Identifica fatores de risco de saúde e psicossociais de clientes de todas as idades e famílias em todas as fases do ciclo de vida familiar; 9 - realiza o diagnóstico diferencial entre condições agudas, crônicas e de risco de vida; 11 - presta cuidados consistentes de acordo com o que está estabelecido nos guias clínicos e protocolos; 12 - presta cuidados de maneira que respeita e promove a diversidade cultural; 13 comunica-se de maneira efetiva, abordando os achados clínicos, o diagnóstico e as intervenções terapêuticas e, 15 - incorpora os princípios de qualidade e segurança do paciente à prática clínica.

Os dados revelam que os enfermeiros que atuam na APS possuem maior entendimento da prática clínica, seja por incorporar tais conhecimentos, quanto na prestação de cuidados relacionados aos pacientes com achados clínicos agudos ou crônicos. Indubitavelmente, esses profissionais respeitam a singularidade dos usuários na execução do cuidado, o que promove o aumento do vínculo com a população. Uma pesquisa de revisão aponta que o vínculo entre os usuários e os profissionais da saúde é de extrema importância para o adequado funcionamento da APS, ressaltando a importância desta no equilíbrio das ações de cuidado e no fortalecimento dos planos de ação (BARBOSA; BOSI, 2017).

5.3 ÉTICA

O domínio ética é composto por quatro competências que transitam entre o plano de cuidados, aceitação do tratamento, dilemas morais e princípios éticos. Duas dessas competências atingiram o ponto de corte proposto por este estudo. Dentre os resultados, observa-se que a tomada de decisão dos enfermeiros é baseada em princípios éticos, podendo-se destacar os dilemas enfrentados rotineiramente na prática clínica.

Um dos maiores dilemas éticos enfrentados na prática clínica é o respeito e a singularidade de cada usuário do sistema de saúde. Conforme um estudo publicado na Espanha, existem quatro obrigações que os profissionais de enfermagem devem seguir, sendo: 1 – respeitar a privacidade do paciente; 2 – comunicar aspectos de diagnóstico e tratamento, bem como o prognóstico; 3 – utilizar de termos de consentimentos válidos, informando os aspectos pormenores presentes no termo; 4 – defender os interesses dos pacientes. Ainda segundo a autora, para que os

profissionais da enfermagem consigam exercer suas obrigações com ética, é necessário que suas ações sejam pautadas para além de questões presentes em um código, e que “as ações e decisões são manifestações de seu verdadeiro caráter” (LACHMAN, 2009, p. 192).

Monteiro et al (2008, p. 4), cita em sua publicação que os profissionais da enfermagem vivem tais dilemas quando relacionados à prática clínica. Os enfermeiros estão “desenvolvendo cultura fundamentada no modelo hegemônico de produzir saúde, centrado na queixa-conduta e pautado numa clínica empobrecida, reproduzindo o modelo médico”.

A prática clínica do enfermeiro é rodeada de “situações de tensão, de conflitos e de problemas”, e tais situações quando confrontadas podem desencadear dilemas éticos importantes. O profissional deve estar munido de condições para uma tomada de decisão que não viole a integridade física e mental do usuário, além de garantir os princípios e condutas estabelecidos no código de ética profissional (YASIN et al., 2020).

O Conselho Internacional de Enfermeiros (CIE), aponta que a tomada de decisão do profissional de enfermagem deve ser pautada a partir do conhecimento e das habilidades expandidas, principalmente quando envolvem situações complexas (ZANETTI, 2015). Nesse contexto, percebe-se que os enfermeiros de prática avançada (EPA) possuem características satisfatórias quando relacionadas à prática clínica. Dentre as principais características estão: Integração da clínica, pesquisa, educação e gestão; alto grau de autonomia profissional e prática independente; gestão de caso; ter seus próprios pacientes; habilidades avançadas de avaliação, tomada de decisão e raciocínio diagnóstico; competências clínicas avançadas reconhecidas; consultoria a provedores de saúde; planejamento, implementação e avaliação de programas e reconhecimento pelos clientes como primeiro ponto de contato (MATTOS-PIMENTA et al., 2020, p. 4)

Na APS, o cuidado prestado pelo enfermeiro de prática avançada é basicamente norteado pela clínica. Tais atividades desenvolvidas por esses profissionais devem ser precedidas de autonomia profissional para a tomada de decisões que envolvam o “cuidado integral de indivíduos, famílias e coletividades” (REWA et al; 2019, p. 56).

5.4 COLABORAÇÃO INTERPROFISSIONAL

A colaboração interprofissional pode ser considerada uma competência fundamental na organização dos serviços de saúde, principalmente quando relacionada à APS. Dentre os achados presente neste estudo, destaca-se a colaboração interprofissional dos enfermeiros e a consulta e o encaminhamento de pacientes para outros provedores de saúde.

A prática colaborativa dos enfermeiros no desenvolvimento de ações relacionadas às necessidades da comunidade, têm sido substanciais para garantir o senso de pertencimento dos usuários aos serviços de saúde. Tal abordagem sugere que, ao promover o cuidado interprofissional centrado nas necessidades do indivíduo, o enfermeiro garante a participação dos usuários e da comunidade nas práticas colaborativas (PEDUZZI; AGRELI, 2018).

Dentre os achados encontrados no estudo publicado por Souza et al (2016), duas categorias foram encontradas no contexto da colaboração interprofissional: 1 – trabalho em equipe; e, 2 – dimensão interativa do trabalho em equipe. Para a autora, as demais profissões são importantes na articulação de ações para resolução de problemas relacionadas ao estado de saúde do usuário. Contudo, alguns aspectos foram elencados para determinar tal colaboração entre os profissionais, sendo: “comunicação, confiança e vínculo, respeito mútuo, reconhecimento do trabalho do outro e colaboração são elementos constitutivos do trabalho em equipe que as qualificam e que os conflitos constituem barreira para efetivá-las”.

Um estudo realizado na Espanha demonstrou que a colaboração interprofissional é considerada como uma das principais competências relacionadas aos cuidados em saúde. A prática colaborativa entre os enfermeiros e os demais profissionais estão relacionadas à promoção e ao aumento de acesso por pacientes aos serviços prestados. Neste estudo ficou evidenciado que, além de melhorar a comunicação entre as equipes, os resultados das ações executadas são favoráveis quando relacionados a boa colaboração e entrosamento das equipes e os cuidados prestados em saúde (SASTRE-FULLANA et al., 2017).

A comunicação é um processo interdependente, necessário ao desenvolvimento do trabalho em equipe, aqui descrito como colaboração interprofissional. Trabalho colaborativo é considerado quando em grupo todos os integrantes estão voltados ao mesmo objetivo, ou seja, nunca trabalham sozinhos,

devendo haver um reconhecimento de que um precisa do outro (CAVEIÃO et al.; 2016). Os enfermeiros utilizam-se de formas de comunicação para estruturar, organizar e implementar ações de cuidado, das quais estão diretamente relacionados à prática do cuidado. Do mesmo modo, a comunicação é vista como uma ferramenta de “cooperação para alcançar objetivos comuns”, envolvendo as mais diversas profissões para o alcance de tal objetivo (DUARTE; BOECK, 2015, p.).

Dentre as competências relacionadas à habilidade de relacionamento interpessoal, a comunicação é essencial para a execução da prática avançada de enfermagem, podendo ser considerada como um elemento primário a ser desenvolvido nos enfermeiros. De acordo com um estudo realizado em Taiwan, uma comunicação ineficaz resulta em aumento do número de reclamações, insatisfação e não adesão ao tratamento. Entretanto, boas habilidades de comunicação são descritas na literatura como positivas, produzindo benefícios para os pacientes, família, comunidade e entre os profissionais da saúde (CHING-LAN LIN et al., 2012).

A colaboração interprofissional é em suma, uma das principais características dos enfermeiros de prática avançada, sendo a comunicação a competência com maior destaque neste domínio. Tal competência pode impactar positivamente no desenvolvimento das habilidades clínicas dos enfermeiros, além de permitir a tomada de decisão com maior impacto nas ações de cuidado, melhor resolução de problemas e pensamento crítico no atendimento aos pacientes (DEFENBAUGH; CHIKOTA, 2016).

5.5 PROMOÇÃO E PREVENÇÃO

A prevenção e a promoção de saúde são estratégias importantes no âmbito da atenção primária à saúde, traduzindo os esforços conjuntos no tratamento de doenças, no combate a endemias e controle de pragas, além do trabalho de “investigação de fatores sociais, biológicos, sanitários e emocionais” (MOLL et al., 2019, p.135).

Os achados apontam que os enfermeiros trabalham para empoderar indivíduos, grupos e comunidades, a fim de que eles adotem estilos de vida saudáveis e autocuidado. Para Galvão e Janeiro (2013, p.227), “o autocuidado é a chave dos cuidados de saúde e é visto como uma orientação subjacente à atividade do enfermeiro e que a distingue de outras disciplinas”.

É notável a importância da promoção à saúde e da prevenção dos agravos por parte dos profissionais da área da saúde. Os profissionais enfermeiros possuem funções especialmente voltadas a educação em saúde, pois por meio de programas e ações educativas, fornecem suporte a comunidade, “com vistas a favorecer a saúde, promover a cidadania e inclusão social” (NOBRE et al., 2020, p. 14587).

Nesse contexto, o envolvimento da comunidade nas ações de promoção e prevenção à saúde é de suma importância, pois permite ao profissional observar os desafios da comunidade e dilemas por ela enfrentados, a fim de permitir uma maior participação nas tomadas de decisão em saúde. A promoção e a prevenção em saúde são consideradas competências centrais da PAE, pois o profissional deve realizar uma “tomada de decisão orientada para a comunidade como unidade de cuidados” (MELO; SILVA; FIGUEIREDO, 2018, p. 82).

O EPA possui competências que permitem maior autonomia frente as ações de promoção e prevenção. Dentre as competências necessárias, “a liderança, a habilidade decisória e a capacidade de planejamento” são características fundamentais para que esse profissional desenvolva um atendimento e uma assistência de qualidade para o melhor cuidado (OLIVEIRA; TOSO; MATSUDA, 2018, p. 2184). Os EPA possuem grande rol de competências para fomentar a força de trabalho em promoção e prevenção em saúde. Tais ações permitem ao paciente e comunidade estratégias de empoderamento, desenvolvimento pessoal e comunitário, bem como a formulação de estratégias para promover a saúde e o bem-estar da comunidade (BEAUDET et al., 2011).

5.6 ENFERMAGEM BASEADA EM EVIDÊNCIAS

A enfermagem baseada em evidências (EBE) é um processo no qual os enfermeiros buscam as melhores evidências disponíveis, a fim de permitir o alcance de resultados e uma maior otimização de recursos materiais e financeiros (PEIXOTO et al., 2016). Dentre os achados encontrados neste estudo, a busca das melhores evidências para melhorar os resultados de saúde, está entre as competências que atingiram o ponto de corte.

É inegável que a EBE é um importante mecanismo de promoção do autocuidado nos diversos níveis de atenção. Para Horntvedt et al., (2018), a EBE inclui a aplicação do conhecimento à experiência na clínica e às preferências do paciente,

devendo realizar uma avaliação crítica dos achados através do grau de confiabilidade do estudo, além da viabilidade e aplicabilidade no contexto clínico. O aumento da prevalência de condições agudas e crônicas no contexto APS têm sido substanciais no desenvolvimento de ações de promoção da saúde, principalmente em relação ao autocuidado (WOO; LEE; TAM, 2017).

Para isso, o profissional enfermeiro deve realizar uma busca minuciosa e criteriosa dos achados científicos, para que a tomada de decisão na assistência seja considerada como padrão ouro (GALVÃO; SAWADA; MENDES, 2003). Weber et al. (2019, p. 2) corroboram com a máxima que a “EBE requer habilidades específicas dos profissionais, voltadas à identificação de problemas do cotidiano e à busca por evidências científicas que respondam, de maneira satisfatória, a essas questões e auxiliem no processo de tomada de decisão”.

Para o Conselho Internacional de Enfermeiros (CIE), o profissional que atende a esse perfil deve estar voltado à inovação, ser um agente motivador e apresentar um papel de liderança importante na sociedade (CAMARGO et al., 2018). Tal papel pode ser encontrado no enfermeiro de práticas avançadas, uma vez que possui autonomia em suas decisões clínicas, nas avaliações diagnósticas e na elaboração de um plano de cuidados (NETO et al., 2018).

Os enfermeiros de prática avançada são caracterizados por sua capacidade de inovação no cuidado, além de possuírem conhecimentos, habilidades e competências clínicas baseadas em evidências (BOEYKENS; HECKE, 2018).

5.7 PESQUISA

A pesquisa em enfermagem pode ser considerada um atributo essencial na produção de conhecimento e na aplicação dos saberes na prática clínica. Nessa perspectiva, pode-se criar um elo entre este domínio e os demais neste estudo. Os achados evidenciados no capítulo anterior, dão conta que os enfermeiros da APS não consideram essas competências relacionadas à pesquisa como indispensável ou muito relevante.

Toda e qualquer pesquisa possui como finalidade a obtenção de conhecimento, seja na teoria ou na prática, e os resultados por ela alcançados são importantes para a resolução de problemas e obtenção de respostas às demandas encontradas no dia a dia. As pesquisas clínicas são comumente utilizadas para

elucidar problemas relacionados à prática do enfermeiro no seu contexto de trabalho (POLIT; BECK, 2019).

A oferta de serviços de excelência é uma máxima na enfermagem e nas outras profissões da área da saúde, gerando conseqüentemente o uso adequado de recursos (SAMPAIO; MANCINI, 2007). A pesquisa em enfermagem é uma forma de diminuir a lacuna de conhecimento entre a teoria e a prática, sendo que para isso, torna-se necessário o uso de métodos que facilitem a busca por conteúdos de qualidade (SANTOS et al., 2017). A identificação de perguntas que facilitem a prática clínica do enfermeiro, torna-se menos complicada quando se utiliza da pesquisa, auxiliando o profissional no diagnóstico e na tomada de decisões, por exemplo.

Enfermeiros são responsáveis pela investigação dos hábitos de vida, doenças e do histórico familiar dos pacientes na prática clínica. Isso envolve ampliar os conhecimentos e facilitar o entendimento de situações que envolvam doenças e outras comorbidades, exercendo o papel de clínico-investigador. “Estes profissionais partem da premissa de que seus pacientes detêm experiências de vida e informações específicas que lhes ajudarão a compreender profundamente vários problemas de saúde e de vida” (FONTANELLA; CAMPOS; TURATO, 2006, p. 2).

Os enfermeiros de prática avançada possuem habilidades de pesquisa que envolvem selecionar estratégias de investigação, a criação de projetos de pesquisa para elucidação da prática e obter melhores evidências, disseminando assim os resultados encontrados a fim de auxiliar outros profissionais no dia a dia. A enfermagem baseada em evidências é considerada uma das ferramentas para alcançar uma prática clínica de qualidade, encontrada principalmente neste perfil profissional (HORDAM, 2009).

5.8 LIDERANÇA

A liderança é definida como uma competência relacional, que exige conhecimentos e habilidades específicas, seja para atividades administrativas e gerenciais da enfermagem, como na prática clínica. Como já observado nos resultados, 21,4% das competências atingiram o ponto de corte deste estudo. Apesar de a liderança ser considerada uma competência gerencial, o enfermeiro da APS possui um papel importante na coordenação de equipes, no gerenciamento de riscos, na vigilância epidemiológica e na clínica (RIBEIRO, et al., 2006).

De acordo com Ribeiro et al. (2006, p. 1) a liderança pode ser entendida como a forma com “que os líderes conseguem influenciar as pessoas para que desempenhem suas atividades para a consecução de um objetivo comum”. O enfermeiro possui a liderança como uma de suas principais atividades, por estar atrelada à busca por melhores resultados em saúde. Nisso, fica evidenciado que o profissional enfermeiro pode gerenciar uma ampla variedade de serviços de saúde, entre clínicas, hospitais e consultórios de enfermagem.

Um estudo saudita aponta que a liderança clínica, diferentemente da liderança executiva, é aquela em que o enfermeiro executa suas funções em prol do paciente, direcionando e apoiando a equipe de saúde na prestação de cuidados. Ficou evidenciado no estudo que, enfermeiros especialistas “possuem habilidade de liderança de nível mais alto porque se relacionam com a experiência clínica, comunicação eficaz, colaboração, coordenação e compreensão interpessoal quando comparados com os não residentes” (AL-DOSSARY, et al., 2016, p. 156).

O enfermeiro de práticas avançadas possui uma grande relação com este perfil profissional, uma vez que se torna autônomo em sua tomada de decisões, possui um amplo conhecimento especializado, destacando sua expertise na prática clínica e no gerenciamento do cuidado (BALIEIRO, 2018). De acordo com estudo realizado por Carryer et al. (2006), o enfermeiro de prática avançada possui três características essenciais sendo, a prática clínica, a eficácia profissional e a liderança. A liderança clínica envolve o conhecimento de alto nível, habilidades clínicas complexas e autonomia na tomada de decisão.

De acordo com Cummings e McLennan (2005), a liderança clínica tem por objetivo manter a qualidade do atendimento, equilibrando os recursos disponíveis, implementando programas de saúde e facilitando o acesso da população. Para o autor, o uso da prática baseada em evidências contribui para a organização do espaço de trabalho.

Em um estudo realizado por Heinen et al. (2019, p. 2389), foi identificado 30 competências relacionadas a liderança do enfermeiro, distribuídas em 4 domínios, sendo: “clínico, profissional, sistemas de saúde ou liderança em políticas de saúde”. Os achados concluem que as competências estão diretamente relacionadas à entrega de serviços de excelência ao paciente, relacionadas à implementação de inovações e aprimoramento da EBE, além de colaboração interprofissional.

Essas competências estão diretamente relacionadas ao cuidado e a segurança do paciente, uma vez que os profissionais exercem os atendimentos com excelência. Esses profissionais possuem habilidades de tomada de decisão através da clínica expandida e por sua ampla experiência relacionada ao trabalho (METZGER; RIVERS, 2014). Essas características favorecem a segurança do paciente em ambientes relacionados ao cuidado. Amaral e Araújo (2018, p. 693) apontam que esse profissional contribui de forma significativa em diversas ações em saúde, “assegurando um cuidado com qualidade e promovendo a melhoria contínua”.

Na revisão utilizada para discutir os resultados deste estudo, foram encontradas poucas publicações relacionadas à pesquisa e a promoção e prevenção em saúde, denotando uma certa fragilidade nessa competência. Dessa forma, ressalta-se a importância de novos estudos para o desenvolvimento dessas competências nos enfermeiros da APS.

As competências descritas nesta pesquisa demonstram que, os enfermeiros da APS no estado do Paraná, desenvolvem parcialmente ou incompletamente as atividades que se aproximam das práticas avançadas de enfermagem. Foi observado na apresentação dos resultados uma proximidade dos valores ao ponto de corte do estudo, demonstrando uma fragilidade que pode ser modificada. No total, 19 competências atingiram o ponto de corte proposto, o que corresponde a 29,69% do total. Para a função de enfermeiro de prática avançada, recomenda-se uma ampla formação nos moldes propostos por organizações internacionais voltada às competências de práticas avançadas aceitas e aqui descritas, mudança na legislação vigente garantindo autonomia na tomada de decisão e na prática clínica, bem como a regulamentação da prática avançada no país.

5.9 DESAFIOS PARA PRÁTICA AVANÇADA E LIMITAÇÕES DO ESTUDO

Um dos desafios encontrados no desenvolvimento deste estudo se dá a partir dos resultados obtidos. Os dados apresentam que o enfermeiro da atenção primária a saúde possui competências que são representativas da sua prática profissional no cenário atual. Isso corrobora com os estudos relacionados ao tema, em que o enfermeiro necessita de formação específica, desenvolvendo as competências necessárias e as habilidades da prática.

Para a implantação da PAE, um dos principais desafios é compreender os múltiplos cenários de atuação do enfermeiro na atenção primária, a definição dos papéis relacionados a prática profissional, o desenvolvimento profissional que inclui a formação em práticas avançadas, com vistas ao desenvolvimento das competências aqui apresentadas. Outras definições legais tornam-se necessárias, como por exemplo a mudança na legislação vigente que permita o profissional a ampliação das atividades durante a prática profissional.

No desenvolvimento desta pesquisa, apresentou-se como limitação do estudo a forma como o instrumento de coleta de dados foi direcionado aos enfermeiros que atuam na atenção primária à saúde no estado do Paraná. Dentre as dificuldades encontradas na aplicação do questionário, pode-se citar o retorno das respostas pelo envio dos e-mails aos profissionais. O Conselho Regional de Enfermagem do Paraná possui em seu cadastro os dados dos profissionais, porém, muitos dos cadastros apresentavam inconsistências no endereço de e-mail, gerando uma baixa adesão desses profissionais ao estudo. Vale ressaltar que, por questões éticas, os pesquisadores não possuíam controle ou acesso aos e-mails do Conselho.

Outro fator importante a se destacar é que durante o período de aplicação do questionário, o mundo foi acometido por uma doença causada pelo vírus SARS-COV-2 (COVID-19). Acredita-se que isso tenha afetado a coleta, pois o profissional de enfermagem despendeu maior tempo de sua rotina nas ações de promoção, prevenção e de recuperação, relacionadas à pandemia. Outro ponto a ser considerado é a estrutura de informática das Unidades Básicas de Saúde, fator que pode ter contribuído para o não recebimento ou por não possuírem permissão de acesso a conteúdo da internet. Isso pode ter gerado tentativas frustradas de respostas.

Este estudo apresentou como uma lacuna, a profundidade dos resultados alcançados, por se tratar de uma pesquisa quantitativa. Para o autor, este estudo apresentaria melhores resultados com a aplicação também de questionários ou entrevistas em que se pudesse mensurar qualitativamente os dados. Os resultados qualitativos poderiam contribuir significativamente na avaliação e na construção de evidências das atividades desempenhadas por enfermeiros que atuam na APS. Outro ponto importante a destacar é o escopo do estudo e a duração do curso de pós-graduação *stricto sensu*. A pesquisa aqui apresentada possuía um escopo maior que precisou ser ajustado, pois demandava mais tempo de coleta e de análise dos dados.

6 CONCLUSÕES

Considera-se que os objetivos propostos para este estudo foram alcançados e que as competências descritas nesta pesquisa demonstram que, os enfermeiros da APS, desenvolvem parcialmente ou incompletamente as atividades que se aproximam das práticas avançadas de enfermagem.

A Prática Avançada de Enfermagem é considerada um assunto emergente no Brasil, visto que possui um crescente interesse relacionado ao tema. O enfermeiro de práticas avançadas possui capacidades técnicas e científicas mais apuradas e de maior grau de complexidade, o que contribui para um cuidado integral de qualidade, gerando resultados positivos aos pacientes e a sociedade. Ao estudar o tema, foi possível compreender a dimensão desse trabalho nos países que o adotaram.

Através deste estudo foi possível apreender que, nas respostas dos domínios apresentados no instrumento de coleta de dados, os enfermeiros demonstraram algumas fragilidades que demandam, mesmo antes da possibilidade da implantação e regulamentação das práticas avançadas no Brasil, o desenvolvimento dessas competências. Tais competências devem ser discutidas e fomentadas quando da criação e planejamento da formação desses profissionais, seguindo os critérios internacionais da área.

Também foi possível compreender que, para o exercício da Enfermagem Prática Avançada no país, serão necessárias estratégias de Educação Permanente em Saúde com foco na formação específica desses enfermeiros com vistas a atingir as competências necessárias para exercer essa função, bem como a mudança na legislação vigente, garantindo a autonomia dos profissionais para uma tomada de decisão adequada e centrada nas necessidades em saúde dos pacientes.

Essa pesquisa pretende contribuir com a construção do perfil dos enfermeiros de prática avançada no estado do Paraná, com vistas a elaboração de um plano de formação conforme preconizado pelas organizações internacionais, como acontece em outros países, visando o desenvolvimento das competências desses profissionais. Contudo, considera-se relevante que novos estudos relacionados à prática avançada de enfermagem sejam realizados nos outros estados, visto que cada região possui particularidades e especificidades, e que isso pode determinar uma formação focada no desenvolvimento de outras competências.

7 REFERÊNCIAS

AGUIRRE-BOZA, F. *et al.* Estratégia de implementação para a prática avançada de enfermagem na Atenção Primária à Saúde no Chile. **Acta Paulista de Enfermagem**. 2019;v. 32, n. 2, p.120-128. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002019000200120>

ALBINI, A. Contribuições do mapeamento de competências na gestão da saúde pública municipal. 2019. 216 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Programa de Pós-graduação em Enfermagem Mestrado Profissional, Enfermagem, Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2018. Disponível em: <<https://acervodigital.ufpr.br/bitstream/handle/1884/58608/R%20-%20D%20-%20ALESSANDRO%20ALBINI.pdf?sequence=1&isAllowed=y>>

AL-DOSSARY, RN.; KITSANTAS, P.; MADDOX, P.J. Residency Programs and Clinical Leadership Skills Among New Saudi Graduate Nurses. *Journal of Professional Nursing*. 2016; v. 32, n 2. p. 152-158. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.profnurs.2015.10.004>

AMERICAN NURSES ASSOCIATION (ANA). Advanced Practice Registered Nurses (APRN). 2019. Disponível em: <<https://www.nursingworld.org/practice-policy/aprn/>>. Acesso em: 20 nov. 2019.

AMERICAN NURSES ASSOCIATION. Nurse Practitioner Prescriptive Privilege. 2019. Disponível em: < <https://www.aanp.org/advocacy/advocacy-resource/position-statements/nurse-practitioner-prescriptive-privilege>>. Acesso em: 20 nov. 2019.

BARCELLOS, B.J.B.; CAMPOS, C.J.G.; TURATO, E.R. Coleta de dados na pesquisa clínico-qualitativa: uso de entrevistas não dirigidas de questões abertas por profissionais da saúde. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**. 2006;14(5): Disponível em: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=2814/281421864025>

BEAUDET, N.; RICHARD, L.; GENDRON, S.; BOISVERT, N. Advancing Population-Based Health-Promotion and Prevention Practice in Community-Health Nursing: Key Conditions for Change. **Advances in Nursing Science**. (2011); 34.4, E1-E12. Disponível em: <<http://ovidsp.ovid.com/ovidweb.cgi?T=JS&PAGE=reference&D=ovftm&NEWS=N&AN=00012272-201110000-00009>>

BERGMAN, K.; PERHED U.; ERIKSSON, I.; LINDBLAD, U.; FAGERSTRÖM, L. Patients' satisfaction with the care offered by advanced practice nurses: A new role in Swedish primary care. **International Journal of Nursing Practice**. 2013; v. 19, n. 3, p.326-333. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23730865>>

BOEYKENS, K.; HECKE, A.V. Advanced practice nursing: Nutrition Nurse Specialist role and function. **Clinical Nutrition ESPEN**. 2018; 26, p 72-76. Disponível em: <<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2405457717300037>>

BRANDÃO, H. P. Mapeamento de competências: ferramentas, exercícios e aplicações em gestão de pessoas. São Paulo: Atlas, 2017.

BRANDÃO, H. P. Mapeamento de competências: ferramentas, exercícios e aplicações em gestão de pessoas. São Paulo: Atlas, 2018.

BRANDÃO, H. P.; BORGES-ANDRADE, J. E.; FREITAS, I. A.; VIEIRA, F. T. Desenvolvimento e estrutura interna de uma escala de competências gerenciais. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, vol. 26, n. 1, p. 43-54. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ptp/v26n1/a19v26n1.pdf>. Acesso em: 06 out. 2019.

BRASIL. Constituição, (1988). Constituição: República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal, 1988.

_____. Ministério da Educação. Diretrizes Curriculares Nacionais para os Cursos de Graduação em Enfermagem. Resolução CES/CNE Nº 3, de 7 de novembro de 2001, homologação publicada no DOU 03/10/2001, Seção 1, p. 131.

_____. Blog da Saúde. Ministério da Saúde. SUS: 27 anos transformando a história da saúde no Brasil. 2015. Disponível em: <<http://www.blog.saude.gov.br/35647-sus-27-anos-transformando-a-historia-da-saude-no-brasil>>. Acesso em: 22 nov. 2019.

_____. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, 19 set. 1990. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm>. Acesso em: 22 nov. 2019.

_____. MINISTÉRIO DA SAÚDE. O Sistema Público de Saúde Brasileiro. 2002. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sistema_saude.pdf>. Acesso em: 22 nov. 2019.

_____. Ministério da Saúde. Organização Pan-Americana da Saúde. APS Forte para o SUS: Acesso Universal. Série técnica NavegadorSUS. Brasília, DF.: OPAS; 2019.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.436 de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html Acesso em: 22 nov. 2019

_____. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política nacional de atenção básica/ Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica, Brasília: Ministério da Saúde, 2012. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf>. Acesso em: 12 nov. 2019

CAMARGO, F.C.; IWAMOTO, H.H.; MONTEIRO, D.A.T.; LORENA, L.T.; PEREIRA, G.A. Avaliação de intervenção para difusão da enfermagem baseada em evidências em hospital de ensino. **Revista Gaúcha de Enfermagem**. 2016;37(esp):e68962. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2016.esp.68962>

CARRYER, J.; GARDNER, G.; DUNN, S.; GARDNER, A. The core role of the nurse practitioner: practice, professionalism and clinical leadership. **Journal of Clinical Nursing**. 16(10), 1818–1825. Disponível em: <<https://doi-org.ez22.periodicos.capes.gov.br/10.1111/j.1365-2702.2007.01823.x>>

CASSIANI, SHB. *et al.* Competências para a formação do enfermeiro de prática avançada para a atenção básica de saúde. *Acta Paulista de Enfermagem*, [s.l.], v. 31, n. 6, p.572-584, dez. 2018. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002018000600572>. Acesso em: 04 nov. 2019.

CUMMINGS, G.; MCLENNAN, M. Advanced practice nursing - Leadership to effect policy change. **Journal of Nursing Administration** 2005; 35. 2: 61-66. Disponível em: <<http://ovidsp.ovid.com/ovidweb.cgi?T=JS&PAGE=reference&D=ovftg&NEWS=N&AN=00005110-200502000-00003>>.

Conselho Federal de Enfermagem (COFEN), Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ). Pesquisa Perfil da Enfermagem no Brasil - 2013. FIOCRUZ/COFEN. Brasília (DF): Conselho Federal de Enfermagem. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/perfilenfermagem/blocoBr/Blocos/Bloco1/bl_ident-socio-economica-enfermeiros.pdf

CNA, CANADIAN NURSES ASSOCIATION. Advanced Practice Nursing. 2019. Disponível em: <<https://www.cna-aiic.ca/en/nursing-practice/the-practice-of-nursing/advanced-nursing-practice>>. Acesso em: 20 nov. 2019.
COFEN, Conselho Federal de Enfermagem; OMS - Organização Mundial da Saúde. Campanha Nursing Now Brasil. Disponível em: <<http://nursingnowbr.org/>>. Acesso em: 20 nov. 2019.

CFM, Conselho Federal de Medicina. Justiça Federal suspende portaria do governo que permitia aos enfermeiros fazer diagnósticos e solicitar exames. 2017. Disponível em: <https://portal.cfm.org.br/index.php?option=com_content&view=article&id=27198:2017-09-27-20-52-48&catid=3>. Acesso em: 20 nov. 2019.

CONILL, E M. Ensaio histórico-conceitual sobre a Atenção Primária à Saúde: desafios para a organização de serviços básicos e da Estratégia Saúde da Família em centros urbanos no Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, [s.l.], v. 24, n. 1, p.7-16, 2008. Disponível em: <dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2008001300002>. Acesso em: 22 nov. 2019.

CRESWELL, J.W. Projeto de Pesquisa: Métodos qualitativo, quantitativo e misto. Porto Alegre: Artmed, 2007.

DEAN, A.G.; ARNER, T.G.; SUNKI, G.G.; FRIEDMAN, R.; LANTINGA, M.; SANGAM, S.; et al. Epi Info™, a database and statistics program for public health professionals. CDC, Atlanta, GA, USA, 2011.

DEFENBAUGH, N; CHIKOTAS, N.E. The outcome of interprofessional education: Integrating communication studies into a standardized patient experience for advanced practice nursing students. **Nurse Education in Practice**. 2016; (16) 1. Disponível em: <<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1471595315000967>>

DUARTE, M.L.C.; BOECK, J.N. O trabalho em equipe na enfermagem e os limites e possibilidades da estratégia saúde da família. **Trab. Educ. Saúde**. 2015; v. 13, n. 3, p. 709-720. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/1981-7746-sip00054>>

DUTRA, J.S. Competências: conceitos e instrumentos para a gestão de pessoas na empresa moderna. São Paulo: Atlas, 2004. 206 p.

DUTRA, J. S. Competências: conceitos e instrumentos para a gestão de pessoas na empresa moderna. São Paulo: Atlas, 2009.

DUTRA, J.S.; FLEURY, M.T.L.; RUAS, R. Competências: conceitos, métodos e experiências – 1. ed. – 4. reimpr. – São Paulo: Atlas, 2013.

FEKETE, M.C. A qualidade na prestação do cuidado em saúde. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Organização do cuidado a partir do problema: uma alternativa metodológica para atuação da equipe de saúde da família. Brasília: OPAS, p.51-57, 2000.

FLEURY, M.T.L; FLEURY, A. Construindo o Conceito de Competência Construindo o Conceito de Competência. Revista de Administração Contemporânea, [s.n], v. 1, n. 1, p.183-196, 04 nov. 2001. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rac/v5nspe/v5nspea10.pdf>>. Acesso em: 04 nov. 2019

FERREIRA, SRS; PERICO, LAD; DIAS, VFG. The complexity of the work of nurses in Primary Health Care. Rev. Bras. Enferm. [online]. 2018, vol.71, suppl.1, pp.704-709. ISSN 0034-7167. <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0471>

GALVÃO, M.T.R.L.S; JANEIRO, J.M.S.V. O autocuidado em enfermagem: autogestão, automonitorização e gestão sintomática como conceitos relacionados. **Revista Mineira de Enfermagem**. 2013; 17(1): 225-230. Disponível em: <<http://www.dx.doi.org/10.5935/1415-2762.20130019>>

GALVAO, C.M.; SAWADA, N.O.; MENDES, I.A.C. A busca das melhores evidências. **Revista da Escola de Enfermagem. USP**. 2003; v. 37, n. 4, p. 43-50. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342003000400005&lng=en&nrm=iso>

GIL, A.C. Como elaborar projetos de pesquisa. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2017.

GIOVANELLA, L. Atenção básica ou atenção primária à saúde? **Cadernos de Saúde Pública**. 2018; 34(8):e00029818. Disponível em: <<http://cadernos.ensp.fiocruz.br/static/arquivo/1678-4464-csp-34-08-e00029818.pdf>>

GREEN, Paul C. Desenvolvendo Competências Consistentes – Como Vincular Sistemas de Recursos Humanos a Estratégias Organizacionais. Qualitymark. Rio de Janeiro. 2000.

HAYASHIDA, K.Y.; BERNARDES, A.; MOURA, A.A.; GABRIEL, C.S.; BALSANELLI, A.P. A liderança coaching exercida pelos enfermeiros no contexto hospitalar. **Cogitare enfermagem**. 2019. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.5380/ce.v24i0.59789>>

HEINEN, M.; OOSTVEEN, C.V.; PETERS, J.; VERMEULEN, H.; HUIS, A. An integrative review of leadership competencies and attributes in advanced nursing practice. **Journal of Advanced Nursing**. 2019; 75: 2378– 2392. Disponível em: <<https://doi-org.ez22.periodicos.capes.gov.br/10.1111/jan.14092>>

HORDAM, B. Advanced nursing research and clinical practice. **Scandinavian Journal Of Caring Sciences**, v. 23, n. 3, p. 419-420, 11 ago. 2009. Disponível em: <https://doi-org.ez22.periodicos.capes.gov.br/10.1111/j.1471-6712.2009.00741.x>. Acesso em: 27 dez. 2020.

HORNTVEDT, M.E.T.; NORDSTEIEN, A.; FERMANN, T. Strategies for teaching evidence-based practice in nursing education: a thematic literature review. **BMC Med Educ**. 2018; 18, 172. Disponível em: <<https://doi.org/10.1186/s12909-018-1278-z>>

International Council of Nurses (ICN). Nursing development, innovation, advanced practice and leadership – key topics at International Council of Nurses' Congress. 2019. Disponível em: <<https://www.icn.ch/news/nursing-development-innovation-advanced-practice-and-leadership-key-topics-international>>. Acesso em: 4 nov. 2019.

International Council of Nurses (ICN). Nursing Definitions. 2019. Disponível em: <<https://www.icn.ch/news/nursing-development-innovation-advanced-practice-and-leadership-key-topics-international>>. Acesso em: 4 nov. 2019.

ICN. International Council of Nurses. Guidelines on Advanced Practice Nursing (APN) 2020. Acesso em 11 Mai 2020. Disponível em: https://www.icn.ch/sites/default/files/inline-files/ICN_APN%20Report_EN_WEB.pdf

International Council of Nurses (ICN). Nurses hold the key to achieving Universal Health Coverage. 2019. Disponível em: <<https://www.icn.ch/news/nursing-development-innovation-advanced-practice-and-leadership-key-topics-international>>. Acesso em: 4 nov. 2019.

LACHMAN, V.D. Practical use of the nursing Code of Ethics: part II. **Medsurg Nurs**. 2009 May-Jun;18(3):191-4. Disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19591369>>

LACHMAN, V.D. Toma de decisiones éticas: sopesando obligaciones y virtudes. **Nursing (Ed. española)**. 2009; (27) 5, 24-27. Disponível em: <<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0212538209705527>>

LEAL, L. A. et al. Clinical and management skills for hospital nurses: perspective of nursing university students. *Revista Brasileira de Enfermagem*, [s.l.], v. 71, n. 4, p.1514-1521, 2018. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v71s4/pt_0034-7167-reben-71-s4-1514.pdf>. Acesso em: 02 nov. 2019.

LE BOTERF, G. Desenvolvendo a competência dos profissionais. Tradução de: REUILLARD, P. C. R. 3. ed. rev. e atual. Porto Alegre: Artmed, 2003.

LIN, E.C-L; CHEN, S.L; CHAO, S.Y; CHEN, Y.C. Using standardized patient with immediate feedback and group discussion to teach interpersonal and communication skills to advanced practice nursing students. **Nurse Education Today**. 2013; (33) 6. Disponível em: <<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0260691712002341>>

MARTINS, E. R. C.; OLIVEIRA, K. L.; MEDEIROS, A. S.; FASSARELLA, L. G.; FRANCO, H. . S.; ROCHA, F. C. S.; et al. Young men's health and educational practices in the perspective of health promotion. **Research, Society and Development**. 2020; v. 9, n. 9, p. e400997351. Disponível em: <<https://www.rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/7351>>

MATTOS-PIMENTA, C.A.; COCA, K.P.; AMORIM, M.H.C.; BELASCO, A.G.S.; GABRIELLONI, M.C.; SCHIRMER, J. Prática Avançada em Enfermagem na Saúde da Mulher: formação em Mestrado Profissional. **Acta Paulista de Enfermagem**. 2020; v. 33, eAPE20200123. Disponível em: <https://doi.org/10.37689/acta-ape/2020ae01235>

MATUDA, C.G.; PINTO, N.R.S.; MARTINS, C.L.; FRAZAO, P. Colaboração interprofissional na Estratégia Saúde da Família: implicações para a produção do cuidado e a gestão do trabalho. **Ciênc. saúde coletiva**, 2015; v. 20, n. 8, p. 2511-2521. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232015000802511&lng=en&nrm=iso>

MELO, P.M.A.; SILVA, R.C.G.; FIGUEIREDO, M.H.S.J. Los focos de atención en enfermería comunitaria y el empoderamiento comunitario: un estudio cualitativo. **Revista de Enfermagem Referência**. 2018; v. V, n. 19, p. 81-90. Disponível em <http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0874-02832018000400009&lng=pt&nrm=iso>

MENICUCCI, T.M.G. História da reforma sanitária brasileira e do Sistema Único de Saúde: mudanças, continuidades e a agenda atual. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, Rio de Janeiro, v.21, n.1, jan.-mar. 2014, p.77-92.

METZGER, R.; RIVERS, C. Advanced Practice Nursing Organizational Leadership Model. **The Journal for Nurse Practitioners**. 2014; 10(5). P. 337-343. Disponível em <<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1555415514001470>>

MIRANDA NETO, M.V. et al. Advanced practice nursing: a possibility for Primary Health Care?. *Revista Brasileira de Enfermagem*, [s.l.], v. 71, n. 1, p.716-721, 2018. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0672>>. Acesso em: 22 nov. 2019.

MONTEIRO, M. A. A; BARBOSA, R. C. M; BARROSO, M. G. T; VIEIRA, N. F. C; PINHEIRO, A. K. B. Dilemas éticos vivenciados por enfermeiros apresentados em publicações de enfermagem. **Revista Latino-Americana De Enfermagem**. 2008; 16(6), 1054-1059. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0104-11692008000600019>>

MOLL, M.; BOFF, N.; SILVA, P.; SIQUEIRA, T.; VENTURA, C. O enfermeiro na saúde na saúde da família e a promoção de saúde e prevenção de doenças. *Enfermagem em Foco*. 2019; 10(3). Disponível em: <https://doi.org/10.21675/2357-707X.2019.v10.n3.2001>

NOBRE, F.A.P; et al. Empoderamento e promoção à saúde: uma reflexão emergente. *Brazilian Journal Health Review*. 2020; (3) 5, p.14584-14588. Disponível em: < <https://www.brazilianjournals.com/index.php/BJHR/article/view/18316/14791>>

OLDENBURGER, D et al. Implementation strategy for advanced practice nursing in primary health care in Latin America and the Caribbean. *Pan American Journal Of Public Health*, ., p.1-8, 08 jun. 2017. Disponível em: <<https://www.scielosp.org/article/rpsp/2017.v41/e40/>>. Acesso em: 10 nov. 2019.

OLÍMPIO, J.A.; ARAÚJO, J.N.; PITOMBEIRA, D.O.; ENDERS, B.C.; SONENBERG, A.; VITOR, A.F. Prática Avançada de Enfermagem: uma análise conceitual. **Acta Paulista de Enfermagem**. 2018; 31(6):674-80. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/1982-0194201800092>>

OLIVEIRA, J.L.C.; TOSO, B.R.G.O.; MATSUDA, L.M. Advanced practices for care management: reflections on the Brazilian Nursing. *Rev Bras Enferm*. 2018;71(4):2060-5. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0115>

OLIVEIRA, M.P.R.; MENEZES, I.H.C.F.; SOUSA, L.M.; PEIXOTO, M.R.G. Formação e Qualificação de Profissionais de Saúde: Fatores Associados à Qualidade da Atenção Primária. **Revista Brasileira de Educação Médica**. 2016; v. 40, n. 4, p. 547-559. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-55022016000400547&lng=en&nrm=iso>

OLIVEIRA, M. A. C.; PEREIRA, I. C. Atributos essenciais de Atenção Primária e Estratégia Saúde da Família. *Rev Bras Enferm.*, v. 66, n. esp, p. 158-164, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v66nspe/v66nspea20.pdf>. Acesso em: 22 nov. 2019.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE – OMS/FUNDO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A INFÂNCIA – UNICEF. Cuidados primários de Saúde – Relatório de Alma-Ata 1978. Disponível em: <http://cmdss2011.org/site/wp-content/uploads/2011/07/Declara%C3%A7%C3%A3o-Alma-Ata.pdf>. Acesso em: 22 nov. 2019.

Organização Panamericana de Saúde. Expandindo as funções de enfermeiros nos Cuidados de Saúde Primários. Washington, DC: OPAS; 2018

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (OPAS). Ampliação do papel dos enfermeiros na atenção primária à saúde. Washington, D.C.: OPAS; 2018.

Disponível em:

<http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/34960/9789275720035_por.pdf?sequence=6&isAllowed=y> Acesso em: 4 nov. 2019.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE (OPAS); Organização Mundial da Saúde (OMS). OPAS afirma que países devem ampliar papel da enfermagem na atenção primária à saúde. 2019. Disponível em:

<https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5665:opas-afirma-que-paises-devem-ampliar-papel-da-enfermagem-na-atencao-primaria-a-saude&Itemid=843>. Acesso em 4 nov. 2019

PAIM, JS. Reforma Sanitária Brasileira (RSB): expressão ou Reprodução da revolução passiva? Planejamento e políticas públicas. 2017. Disponível em: <http://www.ipea.gov.br/ppp/index.php/PPP/article/view/946/441>; (49):15-33. Acesso em 22 nov 2019.

PARKER, J.M.; HILL, M.N. A review of advanced practice nursing in the United States, Canada, Australia and Hong Kong Special Administrative Region (SAR), China. International Journal Of Nursing Sciences, ., v. 4, n. 2, p.196-204, abr. 2017. Disponível em:

<<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2352013216301910>>. Acesso em: 20 nov. 2019.

PEDUZZI, M. Enfermeira de Prática Avançada na Atenção Básica. Revista Baiana de Enfermagem, [s.l.], v. 31, n. 4, p.1-3, 20 dez. 2017. Revista Baiana de Enfermagem. <http://dx.doi.org/10.18471/rbe.v31i4.24728>. Disponível em: <<https://portalseer.ufba.br/index.php/enfermagem/article/view/24728>>. Acesso em: 4 nov. 2019.

PEIXOTO, M.J.; PEREIRA, R.; MARTINS, A.; MARTINS, T.; BARBIERI, C. Enfermagem baseada em evidência: atitudes, barreiras e práticas entre contextos de cuidados. **Escola Superior de Enfermagem do Porto**. 2016; 26-34. Disponível em: <<https://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/49457/1/Artigo%20PBE%20-%20Contextos%20de%20cuidados.pdf>>

PEREIRA, M.G. Epidemiologia teoria e prática. Rio de Janeiro. Editora Guanabara, 1995.

PERES, A.M. et al. MAPPING COMPETENCIES: IDENTIFYING GAPS IN MANAGERIAL NURSING TRAINING. *Texto & Contexto - Enfermagem*, [s.l.], v. 26, n. 2, p.1-8, 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072017000200329&lng=en&tlng=en>. Acesso em: 01 nov. 2019.

PERILLO, E.B. Importação e implantação do modelo médico-hospitalar no Brasil. Um esboço de história econômica do sistema de saúde 1942-1966. São Paulo, 266f. Tese (Doutorado em História Econômica) - Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2008.

PICOLLO D.P.; FACHINI, M. A atenção do enfermeiro ao paciente em cuidado paliativo. **Revista de Ciências Médicas**. 2018; 27(2):85-92. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.24220/2318-0897v27n2a3855>>

POLIT, D. F.; BECK, C. T. Fundamentos de pesquisa em enfermagem : avaliação de evidências para a prática da enfermagem. 9. ed. Porto Alegre: Artmed, 2018.

PROGRAMA DAS NAÇÕES UNIDAS PARA O DESENVOLVIMENTO-PNUD. Objetivos de Desenvolvimento Sustentável. Disponível em: <<https://www.br.undp.org/content/brazil/pt/home/sustainable-development-goals/goal-5-gender-equality.html>>. Acesso em: 20 dez. 2020.

RAMOS, C.F.V.; ARARUNA, R.C.; LIMA, C.M.F.; SANTANA, C.L.A.; TANAKA, L.H. Education practices: research-action with nurses of family health strategy. **Revista Brasileira de Enfermagem**. 2018; v. 71, n. 3, p. 1144-1151. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0284>>

REGIS, C G; BATISTA, N.A. O enfermeiro na área da saúde coletiva: concepções e competências. *Revista Brasileira de Enfermagem*, [s.l.], v. 68, n. 5, p.830-836, out. 2015. Disponível em: <dx.doi.org/10.1590/0034-7167.2015680510i>. Acesso em: 22 nov. 2019

RIBEIRO, VS. *et al.* Simulação clínica e treinamento para as Práticas Avançadas de Enfermagem: revisão integrativa. *Acta paul. enferm.* [online]. 2018, vol.31, n.6, pp.659-666. ISSN 0103-2100. <http://dx.doi.org/10.1590/1982-0194201800090>.

RIBEIRO, M; SANTOS, S. L; MEIRA, T.G.B.M. Refletindo sobre liderança em Enfermagem. **Escola Anna Nery**, 2006; v.10, n. 1, p. 109-115. Disponível em:<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452006000100014&lng=en&nrm=iso>

REWA, T.; NETO, M.V.M.; BONFI, D.; LEONELLO, V.M.; OLIVEIRA, M.A. Práticas Avançadas de Enfermagem: percepção de egressos da residência e do mestrado profissional. **Acta Paulista de Enfermagem**. 2019 ;32(3):254-60. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/1982-0194201900035>>

SALVIANO, M.E.M; NASCIMENTO, P.D.F.S; PAULA, M.A; VIEIRA, C.S; FRISON, S.S; MAIA, M.A; SOUZA, K.V; BORGES, E.L. Epistemology of nursing care: a reflection on its foundations. **Revista Brasileira Enfermagem**. 2016; 69(6):1172-7. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0331>>

SAMPAIO, R.F.; MANCINI, M.C. Estudos de revisão sistemática: um guia para síntese criteriosa da evidência científica. **Revista Brasileira de Fisioterapia**. 2007; v. 11, n. 1, p. 83-89. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-3552007000100013&lng=en&nrm=iso>

SANNA, M.C. Os processos de trabalho em Enfermagem. **Revista Brasileira de enfermagem**. Brasília, v. 60, n. 2, p. 221-224. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672007000200018&lng=en&nrm=iso>

SANTOS, J.L.G.; LIMA, M.A.D.S. Gerenciamento do cuidado: ações dos enfermeiros em um serviço hospitalar de emergência. **Revista Gaúcha de Enfermagem**. 2011; v. 32, n. 4, p. 695-702. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S1983-14472011000400009>>

SASTRE-FULLANA, P.; MORALES-ASENCIO, J.M.; SESÉABAD, A. Miquel Bennasar-Veny, M.; Fernández-Domínguez, J.C.; Pedro-Gómez, J. Advanced Practice Nursing Competency Assessment Instrument (APNCAI): clinimetric validation. **BMJ Open**. 2017; 7: e013659. Disponível em:

<https://bmjopen.bmj.com/content/7/2/e013659>

SAUNDERS, H; VEHVILÄINEN-JULKUNEN, K. Nurses' Evidence-Based Practice Beliefs and the Role of Evidence-Based Practice Mentors at University Hospitals in Finland. *Worldviews On Evidence-based Nursing*, [s.l.], v. 14, n. 1, p.35-45, 21 dez. 2016. Wiley. Disponível em: <<https://doi.org/10.1111/wvn.12189>>. Acesso em: 22 nov. 2019.

STARFIELD, B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2004. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_primaria_p1.pdf>. Acesso em: 22 nov. 2019.

TOSO, BRGO. Práticas Avançadas De Enfermagem Em Atenção Primária: Estratégias Para Implantação No Brasil. *Enfermagem em Foco*, [s.l.], v. 7, n. 3/4, p.36-40, 7 fev. 2017. Conselho Federal de Enfermagem - Cofen. <http://dx.doi.org/10.21675/2357-707x.2016.v7.n3/4.913>. Disponível em: <<http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/913>>. Acesso em: 04 nov. 2019.

VASQUES, T.C.S et al . Percepção dos trabalhadores de enfermagem acerca do cuidado ao paciente em terminalidade no ambiente hospitalar. *Texto contexto - enferm*. 2016, v. 25, n. 3, e0480014. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072016000300310&lng=en&nrm=iso>

WILLEMANN, M.C.A.; MEDEIROS, J.M.; LACERDA, J.T.; CALVO, M.C.M. Atualização intercensitária de estratificação de municípios brasileiros para avaliação

de desempenho em saúde. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**. 2019; vol.28, n.3, e2018377. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.5123/s1679-49742019000300004>>

YASIN, J.C.M.; BARLEM, E.L.D.; BARLEM, J.G.T.; SILVEIRA, R.S.; DALMOLIN, G.L.; ANDRADE, G.B. The ethical dimension of problems faced in general medicine: relationship with moral sensitivity. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**. 2020; 28:e3309. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.4033.3309>>

ZANETTI, M.L. Advanced nursing practice: strategies for training and knowledge building. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**. 2015; v. 23, n. 5, p. 779-780. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692015000500779&lng=en&nrm=iso>

ZARIFIAN, P. Objetivo competência. São Paulo: Atlas, 2001

APENDICE 1 – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Nós, Enfermeira Prof^a Dr^a Aida Maris Peres, Enfermeiro Luis Fernando Gualdezi e acadêmica de enfermagem Daniele Potrich Lima Zago, pesquisadores da Universidade Federal do Paraná, convidamos você, profissional enfermeiro de atenção primária à saúde a participar de um estudo intitulado “COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO EM PRÁTICAS AVANÇADAS DE ENFERMAGEM NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE”. A sua participação é fundamental para o fortalecimento das diretrizes, objetivos e ações estratégicas da gestão em enfermagem.

a) O objetivo dessa pesquisa é identificar quais as competências gerenciais necessárias para a implementação da prática avançada na atenção primária em saúde.

b) Caso opte por participar da pesquisa, será necessário responder a uma entrevista com questões estruturadas, em ambiente virtual através da plataforma *Google Forms*®, que poderá ser realizada em local de sua preferência com tempo estimado de sessenta minutos e sua autorização será mediante a assinatura desse documento.

c) A pesquisa não trará risco efetivo ou potencial presumido aos participantes e serão preservados o anonimato e sigilo das informações prestadas. Em todo o processo da pesquisa a confidencialidade será mantida. Havendo qualquer tipo de desconforto ou constrangimento do participante, este poderá optar por não participar da pesquisa se assim desejar.

d) A pesquisa não trará benefícios direto aos participantes. Como benefício indireto advindo da pesquisa, espera-se que esta pesquisa forneça subsídios para elaboração, organização e implementação da prática avançada de enfermagem na atenção primária à saúde.

e) Os benefícios esperados com esta pesquisa, é a elaboração, organização e implementação da prática avançada de enfermagem na atenção primária à saúde.

f) Para esclarecer eventuais dúvidas que você possa ter, e fornecer-lhe as informações que queira, antes, durante ou depois de encerrado o estudo, as pesquisadoras responsáveis por este estudo poderão ser contatadas: Aida Maris Peres, pelo e-mail: amaris@ufpr.br ou no Departamento de Enfermagem da UFPR (Bloco Didático II – Av. Lothário Meissner, 632, 3º andar -Coordenação do Programa de Pós-Graduação de Enfermagem- Jardim Botânico, Curitiba, PR, de segunda à

sexta-feira, das 8h às 17h; Luis Fernando Gualdezi, pelo e-mail gualdezi@ufpr.br; Daniele Potrich Lima Zago, pelo e-mail danipzago@gmail.com.

g) A sua participação neste estudo é voluntária e se você não quiser mais fazer parte da pesquisa poderá desistir a qualquer momento e solicitar que lhe devolvam este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido assinado.

h) As informações relacionadas ao estudo serão apenas conhecidas pelos pesquisadores. No entanto, se qualquer informação for divulgada em relatório ou publicação, isto será feito sob forma codificada, para que a sua identidade seja preservada e mantida sua confidencialidade.

i) O material obtido será utilizado unicamente para essa pesquisa e será descartado eletronicamente e/ou destruído ao término do estudo, respeitando-se completamente o seu anonimato.

j) As despesas necessárias para a realização da pesquisa com o uso de um software e transporte não são de sua responsabilidade e você não receberá qualquer valor em dinheiro pela sua participação.

l) Quando os resultados forem publicados, não aparecerá seu nome, e sim um código.

m) Se você tiver dúvidas sobre seus direitos como participante de pesquisa, você pode contatar também o Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos (CEP/SD) do Setor de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Paraná, pelo telefone 3360-7259. O Comitê de Ética em Pesquisa é um órgão colegiado multi e transdisciplinar, independente, que existe nas instituições que realizam pesquisa envolvendo seres humanos no Brasil e foi criado com o objetivo de proteger os participantes de pesquisa, em sua integridade e dignidade, e assegurar que as pesquisas sejam desenvolvidas dentro de padrões éticos (Resolução nº 466/12 Conselho Nacional de Saúde).

Eu, _____ li esse Termo de Consentimento e compreendi a natureza e objetivo do estudo do qual concordei em participar. A explicação que recebi menciona os riscos e benefícios. Eu entendi que sou livre para interromper minha participação a qualquer momento sem justificar minha decisão e sem qualquer prejuízo para mim.

Ao aceitar essas condições, declaro que concordo em participar deste estudo de forma voluntaria e assino digitalmente este Termo De Consentimento Livre E Esclarecido.

<p>Rubricas:</p> <p>Participante da Pesquisa e/ou Responsável Legal _____</p> <p>Pesquisador Responsável ou quem aplicou o TCLE _____</p> <p>Orientador _____ Orientado _____</p>

<p>Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos do Setor de Ciências da Saúde da UFPR CEP/SD Rua Padre Camargo, 285 1º andar Alto da Glória Curitiba/PR CEP 80060-240 cometica.saude@ufpr.br - telefone (041) 3360-7259</p>

ANEXO 1 – QUESTIONÁRIO DE COMPETÊNCIAS PARA A FORMAÇÃO DO ENFERMEIRO DE PRÁTICA AVANÇADA PARA A ATENÇÃO BÁSICA DE SAÚDE

Este questionário visa identificar competências relevantes para o desempenho de atividades para o mapeamento de competências essenciais para a formação do enfermeiro de prática avançada para a atenção básica de saúde. O documento sugerido pela Organização Pan-americana de Saúde em conjunto com a Organização Mundial da Saúde proporcionará com a tabulação dos dados, a elaboração de uma proposta de estruturação e implementação da EPA na atual conjuntura da Saúde Pública no Brasil, fornecendo subsídios para delimitação do papel do enfermeiro em práticas avançadas A sua participação é fundamental para o fortalecimento das diretrizes, objetivos e ações estratégicas da gestão em saúde.

É possível possa experimentar algum desconforto/constrangimento ao preencher o questionário, e caso isso ocorra, o processo poderá ser suspenso.

A seguir, responda com a alternativa que expresse como você percebe as competências que desenvolve na sua atuação profissional, considerando a escala abaixo, assinale com um “X” nos parênteses à esquerda dos itens para indicar o quanto você concorda com cada competência.

CARACTERIZAÇÃO DEMOGRÁFICA DOS PARTICIPANTES DA PESQUISA

*Código (_____) campo de preenchimento exclusivo do pesquisador

Município ao qual pertence: _____

Instituição: _____

Unidade de Saúde em que trabalha _____

Gênero: Feminino Masculino

Idade: _____

Escolaridade:

- Graduação Completa Especialização em andamento
- Especialização Completa Mestrado em andamento
- Mestrado completo Doutorado em andamento
- Doutorado completo

Você possui alguma formação em saúde pública ou saúde coletiva?

SIM NÃO

Tempo de experiência na profissão:

- De 1 a 6 meses De 6 meses a 1 ano De 2 a 5 anos
- De 6 a 10 anos De 11 a 20 anos Mais de 20 anos

Domínio/ Competência	Não se aplica	Pouco relevante	Nada relevante	Relevante	Indispensável	Muito Relevante
a. Gestão do cuidado: enfoque do cuidado						
1. Incorpora conhecimentos sobre a diversidade cultural e determinantes da saúde à avaliação, ao diagnóstico e manejo terapêutico dos clientes e à avaliação dos resultados.						
2. Incorpora conhecimentos sobre o desenvolvimento e as etapas da vida, fisiopatologia, psicopatologia, epidemiologia, exposição ambiental, doenças infecciosas, ciência do comportamento e demografia e processos familiares ao realizar avaliações, ao fazer diagnósticos e ao proporcionar manejo terapêutico.						
3. Incorpora o conhecimento das manifestações clínicas de eventos normais de saúde, doenças/lesões agudas, doenças crônicas, comorbidades e emergências de saúde, incluindo os efeitos de múltiplas etiologias na avaliação, no diagnóstico e no manejo terapêutico dos clientes e na avaliação dos resultados.						
b. Gestão do cuidado: avaliação e diagnóstico						
4. Usa habilidades de avaliação avançadas para diferenciar o normal, as variações do normal e anomalias.						
5. Usa sistemas tecnológicos para levantar dados sobre variáveis relativas à avaliação do cliente.						
6. Coleta e documenta, de maneira precisa, o histórico relevante dos clientes em cada etapa de vida e do ciclo de vida familiar, usando outras informações colaterais, se necessário.						
7. Realiza e documenta, com precisão, os exames físicos apropriados ou centrados no sintoma dos clientes de todas as idades (incluindo triagens do desenvolvimento e comportamentais, exames físicos e avaliações de saúde mental).						
8. Identifica fatores de risco de saúde e psicossociais de clientes de todas as idades e famílias em todas as fases do ciclo de vida familiar.						
9. Realiza o diagnóstico diferencial entre condições agudas, crônicas e de risco de vida.						
10. Planeja estratégias de triagem e diagnósticas fazendo uso apropriado da tecnologia como ferramenta, considerando os custos, riscos e benefícios para os clientes.						
c. Gestão do cuidado: prestação do cuidado						

11. Presta cuidados consistentes de acordo com o que está estabelecido nos guias clínicos e protocolos.	Não se aplica	Pouco relevante	Nada relevante	Relevante	Indispensável	Muito Relevante
<p style="text-align: center;">Domínio/ Competência</p>						
12. Presta cuidados de maneira que respeita e promove a diversidade cultural.						
13. Comunica-se de maneira efetiva, abordando os achados clínicos, o diagnóstico e as intervenções terapêuticas.						
14. Determina as opções de cuidados e formula um plano terapêutico em colaboração com os clientes, considerando suas expectativas e crenças, as evidências disponíveis e a relação custo-benefício das intervenções.						
15. Incorpora os princípios de qualidade e segurança do paciente à prática clínica.						
16. Inicia um plano terapêutico, realizando intervenções farmacológicas e não farmacológicas, tratamentos ou terapias.						
17. Prescreve medicamentos dentro de seu âmbito de ação (regulamentações e protocolos/programas nacionais).						
18. Monitora o progresso do cliente, avaliando e ajustando o plano terapêutico de acordo com suas respostas.						
19. Adapta intervenções para conseguir responder às necessidades das pessoas e famílias no envelhecimento, em transições da vida, em situações de comorbidade, e considerando as situações psicossocial e financeira.						
20. Desenvolve um plano de cuidados paliativos e de final de vida, de maneira apropriada.						
21. Cria um ambiente terapêutico que permite que os clientes discutam livremente suas questões de saúde.						
22. Facilita para a família tomar suas próprias decisões de saúde.						
23. Incorpora princípios éticos na tomada de decisões.						
24. Reconhece dilemas morais e éticos e atua de maneira apropriada, se necessário.						
25. Colabora com o resto da equipe de saúde para promover o cuidado interprofissional centrado no cliente.						

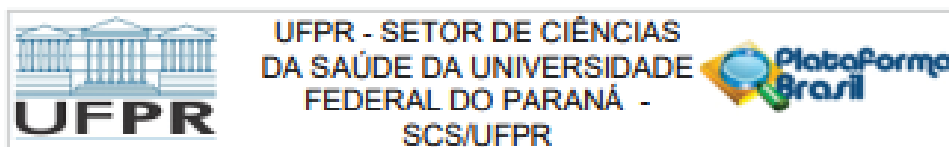
26. Atua como consultor, aceitando encaminhamentos de profissionais da equipe de saúde, agências da comunidade e outros profissionais para a prestação de cuidados ao cliente.	Não se aplica	Pouco relevante	Nada relevante	Relevante	Indispensável	Muito Relevante
Domínio/ Competência						
27. Coordena equipes interprofissionais para a prestação de cuidados ao cliente.						
28. Promove espaços de aprendizagem entre os membros da equipe de saúde, para otimizar o cuidado do cliente.						
29. Estabelece uma relação colaborativa com os provedores de serviços de saúde e os serviços comunitários.						
30. Consulta e/ou encaminha os clientes a outros provedores de serviços de saúde, em qualquer momento do continuum do cuidado, quando a condição do cliente não está dentro do seu âmbito de ação.						
31. Participa do desenvolvimento e da implementação de programas de promoção da saúde em sua localidade.						
32. Seleciona, implementa e avalia estratégias baseadas em evidências para a promoção de saúde e prevenção primária, secundária e terciária.						
33. Trabalha para empoderar indivíduos, grupos e comunidades, a fim de que eles adotem estilos de vida saudáveis e autocuidado.						
34. Interpreta informações técnicas e científicas de saúde de maneira apropriada para as diferentes necessidades dos clientes.						
35. Avalia as necessidades educacionais de clientes e cuidadores para prestar cuidados de saúde personalizados e efetivos.						
36. Treina o cliente e/ou cuidador para uma mudança positiva de comportamento.						
37. Realiza treinamento e intervenções educativas personalizadas sobre os benefícios, as interações e a importância da adesão ao tratamento, assim como recomendações sobre seu acompanhamento e autogestão.						
38. Realiza treinamentos e intervenções educativas personalizadas relativas às respostas pessoais a doenças, transtornos, condições de saúde, lesões e						

fatores de risco, incluindo mudanças de estilo de vida e intervenções terapêuticas.						
39. Desenvolve materiais educativos apropriados à linguagem e às crenças culturais do cliente.						
40. Incorpora resultados de pesquisa e outras formas de conhecimento para melhorar os processos e resultados da prática.						
Domínio/ Competência	Não se aplica	Pouco relevante	Nada relevante	Relevante	Indispensável	Muito Relevante
41. Busca as melhores evidências para melhorar os resultados de saúde.						
42. Analisa guias clínicos para aplicá-los de forma individual na prática.						
43. Implementa algoritmos, guias clínicos e linhas de ação baseadas em evidências.						
44. Atua como agente de mudança, por meio da implementação do conhecimento translacional e da disseminação de novos conhecimentos que podem incluir apresentações formais, publicações, discussões informais e o desenvolvimento das melhores práticas clínicas ou políticas.						
45. Usa estratégias efetivas para mudar a conduta profissional e da equipe de trabalho, promovendo assim a adoção de práticas e inovações baseadas em evidências sobre o desempenho da atenção à saúde.						
46. Identifica perguntas clínicas que podem ser resolvidas por meio de pesquisa.						
47. Seleciona estratégias de investigação adequadas à natureza do problema a ser estudado, tanto qualitativas como quantitativas.						
48. Cria projetos de pesquisa que respondem aos critérios estabelecidos por agências de financiamento.						
49. Realiza pesquisas individualmente ou em parceria com outros.						
50. Dissemina os achados de sua pesquisa a vários públicos, usando as modalidades adequadas.						
51. Distingue o âmbito de sua prática do resto dos profissionais da equipe de saúde.						
52. Atua de maneira autônoma e independente, manejando pacientes com diagnóstico ou ainda sem diagnóstico.						

	Não se aplica	Pouco relevante	Nada relevante	Relevante	Indispensável	Muito Relevante
53. Documenta todos os aspectos dos cuidados prestados aos pacientes de acordo com o marco legal vigente.						
54. Implementa estratégias para integrar e otimizar os processos de atenção ao paciente nas equipes de saúde dentro do sistema.						
55. Defende a criação de ambientes organizacionais que apoiem a segurança dos pacientes, a prática colaborativa e o crescimento profissional.						
56. Impulsiona a formulação de políticas e padrões que contribuem para o desenvolvimento da prática do EPA.						
57. Demonstra habilidades de pensamento crítico quando diante de situações clínicas complexas.						
58. Demonstra capacidade de influência, usando o pensamento crítico e reflexivo e justificando suas decisões de maneira estruturada e fundamentada.						
59. Avalia a relação entre acesso, custo, qualidade e segurança e sua influência no cuidado da saúde.						
60. Analisa a estrutura organizacional, as funções e os recursos para melhorar a prestação de cuidado.						
61. Identifica as necessidades de melhorar a prestação de atenção à saúde.						
62. Identifica lacunas e oportunidades e elabora recomendações baseadas em evidências para melhorar processos e práticas.						
63. Trabalha com as comunidades, identificando necessidades e lutando por serviços de saúde que sejam capazes de atendê-las.						
64. Fórmula e implementa estratégias de gestão do conhecimento para melhorar o cuidado da saúde, utilizando as tecnologias apropriadas.						

Fonte: CASSIANI et al., 2018

ANEXO 2 - PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA SD-UFPR



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: COMPETÊNCIAS GERENCIAIS DO ENFERMEIRO EM PRÁTICAS AVANÇADAS DE ENFERMAGEM NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Pesquisador: Aida Maris Peres

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 25325619.1.0000.0102

Instituição Proponente: Programa de Pós-Graduação em Enfermagem - UFPR

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.755.170

Apresentação do Projeto:

A Enfermagem em Práticas Avançadas (EPA) emerge das relações de trabalho da enfermagem na Atenção Primária à Saúde (APS), correspondendo à necessidade de ampliação de acesso à saúde no Brasil e no mundo. As práticas avançadas de enfermagem são regulamentadas em mais de 50 países, sendo que a América Latina e o Caribe não contam com uma formação profissional específica, tomando-se necessário a formulação de políticas para a implementação da EPA para a regulamentação da profissão, além de infraestrutura que apoiem o ensino e a pesquisa

para os enfermeiros que atuam em APS, delimitando o papel da enfermagem na atuação em práticas avançadas. Desta forma, a ampliação EPA pode contribuir na prestação de cuidados integrais aos usuários e na qualidade dos serviços de saúde, reduzindo, principalmente na espera por atendimentos.

Espera-se que esta pesquisa forneça subsídios para elaboração, organização e implementação EPA na Atenção Primária à Saúde.

Objetivo da Pesquisa:

A pesquisa apresentou inicialmente como objetivo geral identificar quais as competências gerenciais necessárias para a implementação da EPA na Atenção Primária Em Saúde e elaboração de uma proposta de estruturação e implementação da EPA no Brasil.

Endereço: Rua Padre Camargo, 385 - 1º andar	CEP: 80.060-240
Bairro: Alto da Glória	
UF: PR Município: CURITIBA	
Telefone: (41) 3360-7259	E-mail: cometica.saude@ufpr.br

ANEXO 3 – AUTORIZAÇÃO DE USO DO QUESTIONÁRIO

28/11/2019

Mail do iCloud

Fwd: Instrumento de Descrição dos domínios e das competências

4 de outubro de 2019 às 7:55

De Aida Maris Peres

----- Forwarded message -----

From: **Cassiani, Dr. Silvia (WDC)** <cassianis@paho.org>

Date: Fri, 4 Oct 2019, 12:40

Subject: Re: Instrumento de Descrição dos domínios e das competências

To: Aida Maris Peres <aidamaris.peres@gmail.com>

Ola Aida esta autorizado desde que haja a completa citação.

Envie-nos um exemplar depois.

Saudacoes

Silvia Cassiani

Get [Outlook for IOS](#)

From: Aida Maris Peres <aidamaris.peres@gmail.com>

Sent: Friday, October 4, 2019 6:11:27 AM

To: Cassiani, Dr. Silvia (WDC) <cassianis@paho.org>

Subject: Fwd: Instrumento de Descrição dos domínios e das competências

Prezada Profª Drª Silvia Cassiani,

Segue abaixo a solicitação para utilização da escala "Competências para a formação do enfermeiro de prática avançada para a atenção básica de saúde", de sua autoria. Consideramos que este instrumento é o mais adequado à pesquisa que pretendemos realizar e gostaríamos de sua autorização para tal. Esta pesquisa de mestrado compõe um projeto maior intitulado "Competências gerenciais do enfermeiro: formação e prática profissional", sob minha responsabilidade.

Estou à disposição para esclarecer quaisquer dúvidas.

Atenciosamente,

--

Aida Maris Peres

Professor Associado do Departamento de Enfermagem

Universidade Federal do Paraná



----- Mensagem encaminhada -----

De: "Luis Fernando Gualdezi" <gualdezi@ufpr.br>

Para: cassianis@paho.org

Enviadas: Quarta-feira, 18 de setembro de 2019 23:48:03

Assunto: Instrumento de Descrição dos domínios e das competências

Estimada Dra. Silvia Helena de Bortoli Cassiani

Sou aluno do mestrado acadêmico do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Paraná, Curitiba, Brasil. A minha dissertação será referente às competências gerenciais do enfermeiro de práticas avançadas na atenção primária à saúde, e essa pesquisa será quanti e qualitativa.

Para a abordagem quantitativa gostaria de utilizar a Escala apresentada no artigo intitulado: "Competências para a formação do enfermeiro de prática avançada para a atenção básica de saúde" de sua autoria, publicado em 2018 pela Acta Paul Enferm.

Para tanto, peço a sua autorização para aplicar a Escala na atenção primária do município acima citado.

Agradeço antecipadamente pela atenção.

Curitiba, 18 de setembro de 2019.

Atenciosamente,

Enf. Luis Fernando Gualdezi

Mestrando do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem

Universidade Federal do Paraná

Membro do Grupo de Pesquisa em Políticas, Gestão e Práticas em Saúde - UFPR