



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE  
CENTRO DE FORMAÇÃO DE PROFESSORES  
UNIDADE ACADEMICA DE ENFERMAGEM  
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

**KYLVIA KAYRONE DE ALBUQUERQUE MEIRELES**

**COMPETÊNCIA PROFISSIONAL DO ENFERMEIRO NO ÂMBITO DA ATENÇÃO  
BÁSICA:  
REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA**

**Cajazeiras-PB**

**2015**

**KYLVIA KAYRONE DE ALBUQUERQUE MEIRELES**

**COMPETÊNCIA PROFISSIONAL DO ENFERMEIRO NO ÂMBITO DA ATENÇÃO  
BÁSICA:  
REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Graduação em Enfermagem, do Centro de Formação de Professores, da Universidade Federal de Campina Grande, como requisito para obtenção de título de Bacharel em Enfermagem.

**Orientador:** Prof. Me. Marcelo Costa Fernandes

**Cajazeiras- PB  
2015**

Dados Internacionais de Catalogação-na-Publicação - (CIP)  
André Domingos da Silva - Bibliotecário CRB/15-730  
Cajazeiras - Paraíba

M514c Meireles, Kylvia Kayrone de Albuquerque  
Competência profissional do enfermeiro no âmbito da atenção  
básica: revisão integrativa da literatura. / Kylvia Kayrone de  
Albuquerque Meireles. Cajazeiras, 2015.

54f.

Bibliografia.

Orientador (a): Ms. Marcelo Costa Fernandes.

Monografia (Graduação) - UFCG/CFP

1. Cuidados de enfermagem. 2. Enfermagem em saúde pública. 3.  
Enfermagem – competência profissional. 4. Atenção Primária à  
Saúde. I. Fernandes, Marcelo Costa. II. Título.

UFCG/CFP/BS

CDU –616-083:614

Dedico em primordial ao meu Deus que é o meu sustento e minha luz, minha força, meu amparo. Em segundo lugar a minha família que representam o meu alicerce, meu porto seguro, a base de toda a educação e moral que tenho, e sou.

## AGRADECIMENTOS

É com imensa dificuldade que chego até aqui, e agora agradecer mais difícil agradecer por inúmeras maravilhas. No entanto começo agradecendo a Deus, o maior responsável pela minha existência, sabedoria, força, amparo e proteção. Ele que me deu forças e sabedoria para que tudo se cumprisse do início ao fim. Sem Ele nada sou.

Agradeço também aos meus pais Antonia de Albuquerque Ferreira Meireles e José Gutemberg Ferreira Meireles, que com imenso esmero e esforço se mantiveram firmes em dar o que há de melhor na educação porque sempre afirmaram que seria a maior riqueza a ser ofertada. Os maiores responsáveis pela minha moral e boa conduta e sustento educacional, condições de vida educação, meus maiores motivadores no andamento deste curso. Presentes de Deus. Continuadores Dele. Os amo incondicionalmente e eternamente.

Ao meu irmão Kayo que em suas possibilidades esteve me dando força e suporte, como também transporte até a Universidade, o veio a facilitar a minha trajetória neste curso. Meu grande companheiro na vida a quem amo muito.

Aos meus tios que desde a aprovação no vestibular divulgavam esta proeza e sempre me deram força para a realização do curso. Em especial a minha tia Marlene de Albuquerque Ferreira, a quem considero como irmã e foi importante no suporte técnico deste trabalho a quem recorri muitas vezes. Amo demais a todos e muito obrigada!

Aos colegas de trabalho, principalmente as minhas diretoras, tão compassivas que quantas vezes me concederam o direito da falta para que cumprisse com as aulas, estágios e orientações, como também aos meus colegas funcionários que estiveram exercendo o trabalho em meu lugar para que a minha falta não fosse prejudicial. Muito obrigada pela compreensão e por tudo a mim concedido.

Ao meu excelente e Eficiente Professor orientador Me. Marcelo Costa Fernandes que tão bem desempenhou este trabalho desde o início, me compreendendo nas minhas limitações, porém não faltando com o zelo, compromisso, a exigência e perfeita orientação que estiveram presentes em todo o percurso de elaboração deste projeto de conclusão de curso. O meu eterno muito obrigada!

A Professora Maria Berenice Gomes Pinheiro que esteve presente em minha trajetória de curso como docente com tão majestosa sabedoria e dinamicidade, sempre repassando a sua força, tranquilidade e segurança. Muito grata e feliz por tê-la como avaliadora.

A Professora Maria Rosilene Cândido Moreira, grande exemplo de educação e exigência, admirável em sua forma de ministrar conteúdo e prática de grande contribuição em nossa formação e acredito também de grande colaboração na construção deste trabalho, pela sua formação e experiência em Saúde Pública. Grata pela disponibilidade em participar como examinadora desse projeto de grande importância.

As minhas amigas companheiras de jornada que tenho como verdadeiras irmãs: Claudimira Alencar, Fernanda Thamy, Thamylen Lucas, Layse Fernandes, Débora Vasconcelos. Obrigada!

**“O SUCESSO É UM GRANDE TRIÂNGULO, TENDO COMO VÉRTICES O CARÁTER, A  
COMPETÊNCIA E O ESFORÇO.”**  
Ana Fraga - Ivaiporã

MEIRELES, K. K. A. **Competência Profissional do Enfermeiro no âmbito da Atenção Básica: revisão integrativa da Literatura.** 2015. 54 p. Monografia (Graduação em Enfermagem)- Universidade Federal de Campina Grande. Cajazeiras- PB, 2015.

## RESUMO

As variedades no perfil de competências dos profissionais enfermeiros exigidos, dentre outros que trabalham nas organizações de saúde, almejam suprir as necessidades de saúde, influenciando para que os mesmos procurem agir, mobilizar, demandar conhecimentos para resolver situações práticas, absorver constantemente e promover resposta às exigências e necessidades de cada área de atuação que possam ocorrer. Este estudo teve como objetivo identificar as competências profissionais do enfermeiro no âmbito da Atenção Básica apresentados na literatura científica. Trata-se de uma revisão integrativa da literatura com a utilização dos descritores: “Competência Profissional” e “Enfermagem”. Foram resgatados 10 artigos das bases de dados Scielo e Lilacs. Foi possível construir quatro categorias acerca das competências do enfermeiro na atenção básica apresentadas a seguir: Estratégias para o desenvolvimento das competências; O profissional enfermeiro e as competências instituídas na Atenção Básica; A epidemiologia como instrumento para operacionalização das competências do enfermeiro na Atenção Básica e Papel do enfermeiro na competência da educação em saúde. Há uma necessidade de melhorar a formação do enfermeiro no âmbito de suas competências, aproximando a educação, cuidado, assistência, gerência e questões políticas, a fim de uma competência mais crítica e reflexiva.

**Palavras-chave:** Enfermagem em Saúde Pública; Competência Profissional; Atenção Primária à Saúde.

MEIRELES, K. K. A. **Nurse's Professional Competence within Primary Care: integrative review of the literature**. 2015. 54 f. Monografia (Graduação em Enfermagem) - Universidade Federal de Campina Grande. Cajazeiras- PB, 2015.

### **ABSTRACT**

The varieties in the profile of competencies of nursing professionals required, among others that work in health organizations, aims to meet the health needs, influencing so that they seek to act, mobilize, demand knowledge to solve practical situations, constantly to absorb and promote response to the demands and needs of each area of activity that may occur. This study aimed to identify the professional skills of the nurse in the context of Basic Care presented in the scientific literature. This is an integrative review of the literature with the use of descriptors "Professional Competence" and "Nursing". 10 Articles of databases Scielo and Lilacs were rescued. It was possible to build four categories about the nurse's skills in the following presented primary care: Strategies for the development of competencies; The professional nurse and the implemented competencies in the Basic Care, The epidemiology as a tool for operationalization of nursing competencies in the Basic Care and nurse's role in the competence of health education. There is a need to improve the training of the nurse in the scope of its competencies, approaching education, care, assistance, management and policy issues, to a more critical and reflective competence.

**Keywords:** Public Health Nursing; Professional Competence; Primary Care to the Health.



## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

## LISTA DE QUADROS

**Quadro 01** - Quantidade de artigos encontrados/ utilizados.....29

**Quadro 02** - Distribuição das publicações incluídas na revisão integrativa segundo nome dos autores, periódico, ano de publicação, título, objetivo e resultados. LILACS e SCIELO 2015.....34

## **LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

**AB-** Atenção Básica

**ESF-** Estratégia de Saúde da Família

**MS-** Ministério da Saúde

**SUS-** Sistema Único de Saúde

**UBS-** Unidade Básica de Saúde

**PE-** Processo de Enfermagem

**PSF-** Programa de Saúde da Família

**PNAB-** Política Nacional de Atenção Básica

**USF-** Unidade de Saúde da Família

**ACS-** Agente Comunitário de Saúde

**PBE-** Prática Baseada em Evidências

**DeCs-** Descritores em Ciências da Saúde

**LILACS-** Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde

**SCIELO-** Scientific Electronic Library Online

## SUMÁRIO

|  |           |
|--|-----------|
| <b>1 INTRODUÇÃO.....</b>   | <b>12</b> |
| <b>2 OBJETIVO GERAL.....</b>   | <b>16</b> |
| <b>3 REVISÃO DE LITERATURA.....</b>  | <b>17</b> |
| 3.1 Prática Baseada em Evidência.....  | 17        |
| 3.2 Competências Profissionais.....  | 19        |
| 3.2 Definições de Atenção Básica.....  | 22        |
| <b>4 DELINEAMENTO METODOLÓGICO.....</b>  | <b>27</b> |
| <b>5 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....</b>   | <b>32</b> |
| 5.1 Caracterização das publicações.....  | 32        |
| 5.2 Estratégias para desenvolvimento das competências.....   | 37        |
| 5.3 O profissional enfermeiro e as competências instituídas na Atenção Básica.....                                   | 39        |
| 5.4 A epidemiologia como instrumento para operacionalização das competências<br>do enfermeiro na atenção básica..... | 42        |
| 5.5 O papel da enfermagem na competência da educação em saúde.....   | 44        |
| <b>6 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>   | <b>46</b> |
| <b>REFERÊNCIAS.....</b>  | <b>47</b> |
| <b>APÊNDICE.....</b>   | <b>53</b> |

## 1 INTRODUÇÃO

Em toda e qualquer função a ser exercida se faz necessária, naquele que a realiza, a qualidade de competência, que significa a melhor forma de desempenho de um serviço ou trabalho. Entende-se, ainda, que cada sujeito é capaz de desenvolver competências, isto é, atributos individuais que dão capacidade de desempenhar funções diversas de maneira eficiente e eficaz.

No âmbito da Enfermagem, a fim de desenvolver ações cuidativas com mais qualidade, o profissional enfermeiro deve buscar fomentar, bem como delimitar as suas reais competências, o que poderá contribuir para a visibilidade social e profissional desta categoria.

Entende-se que a apropriação de competências pelo enfermeiro devem perpassar por todos os níveis de atenção à saúde, ou seja, da atenção primária à atenção terciária, porém neste estudo será abordado a Atenção Básica (AB), uma vez que este cenário de atuação demanda a apropriação de conhecimentos, habilidades e atitudes exclusivas para o trabalho no território de atuação.

A AB, conforme a Política Nacional da Atenção Básica, é caracterizada por uma convergência de ações, desde o individual até o coletivo, oferecidas a toda a população, atendendo as necessidades de saúde, principalmente no âmbito da proteção, prevenção, manutenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação da população de uma área específica (BRASIL, 2011).

O termo *competency* ou *competencies* refere-se a características singulares, subjacentes ao sujeito, qualidades que proporcionariam a um desempenho excelente. É compreendido uma entrada, um *input*, um comportamento único que apoia o desempenho de tais qualidades (ALAINATI, ALSHAWI, AL-KARAGHOULI, 2010; LE DEIST, WINTERTON, 2005; MCMULLAN, 2005).

Competência refere-se ainda aos atributos trabalhistas que o profissional precisa deter para ser capaz de realizar tal atividade, e a partir dessa habilidade que se tem, reflete-se o desempenho ao passo de sua execução em sua dimensão integral, significando objetivamente a sabedoria e a segurança da realização.

A atenção à saúde pressupõe que os profissionais, dentro de seu âmbito de trabalho, devem estar prontos a executar ações de prevenção, promoção, proteção e reabilitação da saúde, tanto em nível pessoal e único quanto social e abrangente (WITT; ALMEIDA; ARAÚJO, 2006). Similares aos princípios básicos da AB, isto é, os profissionais que atuarem

neste âmbito devem acompanhar e promover o desenvolvimento de tais requisitos com excelência.

As variedades no perfil de competências dos profissionais enfermeiros exigidos, dentre outros que trabalham nas organizações de saúde, almejam suprir as necessidades de saúde, influenciando para que os mesmos procurem agir, mobilizar, demandar conhecimentos para resolver situações práticas, absorver constantemente e promover resposta às exigências e necessidades de cada área de atuação que possam ocorrer (MANENTI et al., 2012).

Controle das mudanças e a adesão de estratégias de como alterar o perfil das competências profissionais devem ser feitas por aqueles que controlam os processos de trabalho, exigindo pessoas que conduzam as alternâncias sob os preceitos da qualidade e produtividade. Isso exige o surgimento e associação de novas competências, o que irá repercutir diretamente na qualidade do cuidado prestado (MANENTI et al., 2012).

O profissional enfermeiro deve estar atualizado e desta forma preparado para atender as necessidades mais específicas que possam ocorrer em seu cotidiano assistencial como: problemas institucionais; doenças desconhecidas; direitos e deveres implantados nos estabelecimentos de assistência à saúde, para que este possa estar acobertado, paramentado e seguro de suas ações.

Logo, a competência para discernir o saber ser dos profissionais da equipe, considerar seus conhecimentos e opiniões, estar acessível para compartilhar com outros profissionais e agregar pessoas é primordial para o trabalho em equipe na fundamentação da AB (NASCIMENTO; OLIVEIRA, 2010).

Considera-se também que a competência vai além da qualificação do potencial de ação: trata-se de uma mobilização real e produtiva de um conjunto de saberes de natureza diferenciada, formada por cinco componentes a saber: intelectual; técnico-funcional; comportamental ou pessoal; ética ou política, cujo resultado é reconhecido e valorizado tanto pelo próprio indivíduo como por terceiros (PAIVA; SANTOS JÚNIOR, 2013).

Pela devida função que o enfermeiro ocupa na AB e em especial na Estratégia de Saúde da Família (ESF), como gerente do cuidado e líder, ou seja, responsável por toda a sua equipe e serviços por ela prestados como um todo, se faz notória então a pretensão de que esse profissional deve deter diversas competências para que possa agir na ESF nos seus mais diversos âmbitos.

Um dos elementos presentes na competência nesse cenário de atuação refere-se ao saber conhecer, o qual está relacionado ao controle dos instrumentos da esfera cognitiva. Nessa esfera, o método de aprendizagem nunca está concluído, devendo ser edificado ao

longo das vivências cotidianas dos sujeitos, pressupondo um conhecer a conhecer contínuo, características que estão presentes no contexto de cuidados da AB. O saber fazer não se resume a organização para uma determinada incumbência, implica a necessidade de vincular e adequar o preparo técnico às aptidões pessoais e relacionais, que envolvem, entre outros aspectos, o trabalho em equipe, a atitude e a tomada de decisão frente às diversas situações da prática profissional. O saber conviver se demonstra como grande desafio na AB, visto que depende da evidenciação do outro como sujeito e da construção conjunta de projetos comuns, respeitando os princípios de multiplicidade, compreensão partilhada e paz, os quais serão alcançados a partir do desenvolvimento de competências específicas, como a flexibilidade, comunicação e negociação (LEONELLO; OLIVEIRA, 2007).

Segundo os mesmos autores, o saber ser reflete no envolvimento e compromisso social do trabalhador interligado à sua realidade, reconhecendo-se como sujeito hábil para reverter e contornar essa vivência. Debater a evolução de competências na perspectiva da evolução para o trabalho, em grande capacidade, significa conceber para cidadania, influenciando integralmente para o objetivo deste estudo que é o de identificar competências profissionais da Enfermagem no âmbito da Atenção Básica.

Entende-se que nesse cenário de atuação, ainda se fazem presentes empecilhos em compreender as reais competências a serem desenvolvidas pelo enfermeiro, visto que o mesmo agrega ao seu cotidiano de práticas atribuições de outros profissionais, o que o distancia do seu real papel na gerência do cuidado.

Neste contexto, questiona-se: quais as competências profissionais do enfermeiro no âmbito da Atenção Básica apresentadas na literatura científica brasileira?

O intuito e inquietude de explorar este tema se faz pela curiosidade de comprovação das reflexões oriundas dos estudos, a partir do que se refere ou não as competências do profissional em enfermeiro, muito explorado nas disciplinas de Enfermagem Saúde Coletiva I (5º período), Enfermagem em Saúde Coletiva II (6º período), Administração aplicada à Enfermagem I (6º período) e Administração Aplicada à Enfermagem II (7º período), ministrados pelos devidos docentes e refletida pelos discentes na Universidade Federal de Campina Grande, *campus* Cajazeiras, PB. Assunto esse que muito me atrai e se faz de importância significativa ao público em geral, principalmente a comunidade científica, em particular os profissionais enfermeiros.

A parte de avaliação e averiguação da teoria tida nas disciplinas supracitadas se faz na prática do estágio Supervisionado I, sendo vivenciada por um período as ações da Atenção Básica como estagiários. Percebe-se nesse momento o que determina de fato como

competência real do enfermeiro atuante na AB que pode ser compactuar ou não com a teoria, sendo visto que cada Unidade tem suas necessidades e sua realidade.

O desempenho deste trabalho se faz relevante por implicar diretamente na atuação do profissional enfermeiro na AB para com os atores sociais, o qual irá servir como instrumento de qualificação do seu trabalho exercido para com toda a sociedade. Esta fonte de informação irá também socializar as ações que competem ao profissional enfermeiro diante da Atenção Básica, muitas vezes desconhecido pela própria categoria.

## **2 OBJETIVO**

Identificar as competências profissionais do enfermeiro no âmbito da Atenção Básica apresentados na literatura científica brasileira.



### 3 REVISÃO DE LITERATURA

#### 3.1 Prática baseada em evidência

A Prática Baseada em Evidência (PBE), inicialmente conceituada como Medicina Baseada em Evidência (MBE), foi abordada em princípio na área médica, tendo sua origem com atividades de epidemiologistas da Universidade Canadense MacMaster e, na Inglaterra, pelo epidemiologista Archie Cochrane (KRUGMAN, 2003).

A PBE, segundo Castiel e Póvoa (2002), tem como conceito uma intervenção metódica de identificar, avaliar e impor amostras de investigação servindo de base para a tomada de decisões clínicas, por dados epidemiológicos clínicos, tendo como complemento revisões sistemáticas da literatura.

Para Mendes e Galvão (2008), PBE é uma interpelação por tomada de decisão pela mais apropriada evidência para implementar na prática, envolvendo a determinação de um problema, efetivação na prática e a comprovação dos resultados obtidos.

Para Stetler et al (1998), evidência se define como um fator de fornecimento de provas para a escolha de decisão, envolvendo achados de pesquisa como também a concordância de especialistas reconhecidos. Logo, percebe-se que PBE tem embasamento no uso das averiguações para assim chegar a uma decisão clínica, como defende Stevens (2001), não se baseando em princípios intuitivos, não sistematizadas ou princípios patológicos, mas trazendo novos processos em compromisso de fornecimento do cuidado a partir do melhor subsídio científico, descartando o aprendizado prático e requerendo a busca da melhor evidência disponível para o cuidado do paciente.

Com isso, após a origem da MBE, e com mais ênfase nos últimos anos, passou a ser adotado por muitas instituições de enfermagem o termo Enfermagem Baseada em Evidências (EBE), que vem a ser obtido a partir de conhecimentos referenciados em pesquisas de embasamento teórico para a apropriação de decisão do cuidado a indivíduos ou grupos, salientando as preferências e/ou necessidades de cada contexto (INGERSOLL, 2000; NICOLUSSI, 2008; URSI, 2005).

O sistema da PBE, poderá influenciar na enfermagem de forma direta para a mudança da prática muitas vezes baseada na tradição, costumes e tarefas por uma prática meditativa

embasada em conhecimento científico promovendo uma melhor qualidade do atendimento assistido prestado ao cliente e familiares. (SIMPSON, 1996).

Para que a PBE na enfermagem seja implantada é preponderante resultados de pesquisa na rede de assistência que demonstrem dados positivos a equipe de saúde e família, bem como o custo-benefício para as instituições de saúde, viabilizando assim a sua realização. (TITLER et al. 2001).

Na abordagem da PBE os estudos que lhe permeiam têm como principal finalidade o resumo das pesquisas disponíveis para a condução à prática alicerçada em fundamento científico. Importante também a avaliação do contexto em que a pesquisa foi desenvolvida além do seu rigor metodológico, onde se demonstra que nada será levado diretamente à prática sem o estudo da evidência segundo o seu grau de força (URSI, 2005).

É utilizado um sistema de classificação relacionado ao delineamento da pesquisa, correlacionado a abordagem metodológica particular de cada estudo, que irá declarar uma evidência de natureza forte ou fraca dependendo do rigor desempenhado no método (BERALDO, 2008; DRUMMOND, COUTINHO, 2002; GALVÃO, 2002; URSI, 2005).

A qualidade da evidência é concedida pela sua validade e relevância, logo entende-se que a mesma deve ser avaliada quanto a sua qualidade, magnitude e finalidade na situação em questão, antes de se usar uma informação numa decisão clínica. (CRUZ, PIMENTA, 2005).

Espera-se do profissional da saúde que ele tenha competência técnica, fundamentado na PBE, e apresente julgamentos próprios e seja preparado pra tomar decisões precisas, devendo ser capaz de fazer análise de dados de pesquisa e utilizar seus resultados em prol da assistência com mais qualidade, com resultados positivos para o paciente, ou seja, a partir de conhecimento científicos consolidados para ser empregado na prática profissional, devendo entender o processo científico e os problemas apresentados na rotina prática. (CSOKASY, 1997)

São necessários seguir alguns passos para a aplicação da PBE na prática profissional tais como:

Construção de uma questão clínica que possa ser respondida: um questionamento que possa surgir partir da carência de um cuidado clínico a um paciente. Busca de evidências: evidência não tem um conceito construído e acabado, ele passa por variações, sendo interpretado nos seguintes sentidos: verdade, conhecimento, importante informação que assegure, ou seja, contrária a uma crença, achados de pesquisa primária e metanálises. Verificação crítica da validade e relevância da evidência achada: primordial, pois pode complementar a evidência, no caso de não ser considerável ou experiências e achados serem

insuficientes, vindo a ser prejudicial e incompleta, causando danos ao paciente. (NOBRE, BERNARDO, JANETE, 2003; HENEGHAN, BADENOCH, 2007; FRENCH, 2002)

Na construção da PBE se tem como base o segmento de cinco etapas: de início, é feita a observação da necessidade e do cuidado para com um grupo de pacientes ou organização de serviço, tudo isso convertido em um questionamento; a próxima etapa refere-se a busca da referência bibliográfica da mais apropriada evidência relacionada a pergunta. Na terceira etapa, são feitas avaliações em termos de validade e crédito metodológico (ATALLAH, CASTRO, 1998; FRIENDLAND et al 2001; COLYER, KAMATH, 1999; ISERN, 1999)

Na etapa operacional da PBE, a sua quarta etapa condiz com a aplicação, na prática clínica, dos tópicos escolhidos perante análise criteriosa da literatura investigada, logo, a etapa final consiste na avaliação dos resultados obtidos (DOMENICO; IDE, 2003).

Para o processo operacional das etapas anteriormente citadas é preciso construir competências associadas em especial: aptidão de analisar de forma criteriosa o contexto da prática; a prática de converter situações-problema em foco investigativo, um estudo que aborde análise metodológica de pesquisa; correlação de achados ao seu estado de prática; aptidão em executar mudanças e de verificá-las continuamente (ISERN, 1999; SASTRE, 2000).

Para conseguir cumprir uma Prática Baseada em Evidências é preciso traçar prioridades, estar sempre promovendo a avaliação clínica atualizada, e estar disponibilizando tempo a busca de pesquisa, até na sua efetivação. A interação do profissional enfermeiro e do paciente é muito favorável, pois gera atributos que servem de base para diagnósticos, condutas do cuidar voltadas a melhores evidências científicas (SASTRE, 2000).

### **3.2 Competências profissionais**

Ramos (2002) ao formular um debate sobre conceito de qualificação e noção de competência afirma que trata-se de um campo que não tem definição formada, e sim incompleta. Segundo o mesmo, a emergência de ter uma definição completa gera três fatores de ordem: a reorganização de conceitos da compreensão sobre a relação trabalho-educação; o estabelecimento de novas formas de educar/formar; elaboração de normas de identificação da real capacidade para assumir determinada ocupação.

Percebe-se que no Brasil a compreensão de competência e em específico na enfermagem é ainda pouco discutida, sendo imprescindível pesquisas para o seu melhor entendimento. (KOMESSU, 2009).

Com isso, conforme a acordo com a Organização Internacional do Trabalho (2002), o conceito de constituição e qualificação baseada em competências surgiu nos Estados Unidos da América e, a seguir, na Inglaterra. Cada país cria, segundo sua expectativa de vida, sua forma de competência e, por conseguinte, adota um conceito de competência profissional.

Esta mesma publicação trata que as competências não devem ser apenas vistas como meras capacidades, condutas, informações ou agilidade, visto que as competências tomam forma e conceito a partir das situações determinadas no âmbito do trabalho (OIT, 2002).

Paquay et al. (2001) demonstram que o termo competências profissionais é dotado de três elementos que não se dissociam, dentre essas destacam-se: os saberes; as representações e as teorias. Esses três fatores de ação se mobilizam para assim resolverem situações problemas no âmbito trabalhista.

Para Perrenoud (1999), competência é a faculdade de movimentar um grupo de recursos cognitivos para afrontar um tipo de situação, mobilizando de forma coerente, ágil, apropriado e dinâmico os múltiplos recursos cognitivos: conhecimentos; capacidades; concepções; valores; atitudes; esquemas de percepção; verificação e raciocínio. Campos (2007) vai além, quando afirma que competência é, também, a capacidade de mobilização de recursos afetivos e sentimentais.

Zarifian (2001) propõe que o conceito de *competência* esteja concatenado à fundamentação embasada na alternância de atitudes sociais dos sujeitos em relação ao exercício e à organização. Ainda segundo este autor, ter competência é tomar a frente e admitir responsabilidade frente as mais diversas situações profissionais com as quais se depara.

A definição de competência profissional defendida pelo Ministério de Saúde demonstra como sendo a capacidade de tomar a frente de situações e fatos próprios de um âmbito profissional, com atitude e compromisso, segundo um pensamento prático sobre o que esta ocorre atualmente e com capacidade para organizar com outros atores na articulação de suas capacidades (BRASIL, 2004, p. 5).

Diferentemente de outros estudos habituais sobre a organização e gestão do trabalho, o documento do Ministério da Saúde destaca que esta definição de competência consiste numa interpretação de trabalho como uma série de fatores, com forte dose de eventualidade e baixa margem de prescrição. Tal entendimento, por sua vez, implica reconceitualização da qualificação profissional, deixando de ser disponibilidade de um estoque de informações, para se transformar em eficácia de ação diante de ocorrências (BRASIL, 2004).

O conceito de competência refere-se também a saber fazer bem o dever, que requer um conjunto de informações e implica uma colocação diante daquilo que se apresenta como almejado e necessário. (RIOS, 2002).

Deve-se, ainda, considerar que a competência abrange três pressupostos que são importantes de saber: é uma prática intelectual das situações, que se apoia em saberes adquiridos e os modifica à medida que a diversidade das situações aumenta. É a tomada de atitude e responsabilidade do indivíduo em situações profissionais com as quais ele se afronta. É a faculdade de mobilizar redes de atores em volta dos mesmos, de compartilhar desafios e assumir áreas de compromisso (ZARIFIAN, 2003).

A formação por competências apresenta uma razão: formar profissionais práticos, adaptáveis e moldáveis as situações, conforme as carências não só do mercado de trabalho, mas também para que possam apropriar-se de um atendimento mais avançado e também humanizado (KOMESSU, 2009).

Picarelli (2002) define a competência de forma mais natural, como um conjunto de conhecimentos, habilidades e atitudes que levam ao crescimento superior. O conhecimento ficou ligado com o saber, enquanto atitudes se relacionam a ação e capacidades, a saber-fazer.

A competência é um resultado de saber fazer e de querer fazer: utiliza o saber e o querer para ressaltar os termos conhecimentos, habilidades e experiências, educação, motivação e comprometimento. (BENEVIDES, 2008).

Pela proposta de construção grupal da recente pesquisa, nota-se que as competências descritas envolvem fatores objetivos (cognição e a ação) e subjetivos (valores, atitudes e convicções) associáveis a diferentes dimensões das competências. Sobre este aspecto, Durand (2000) propôs um conceito de competência apoiado em três perspectivas: conhecimentos, habilidades e atitudes, de acordo com o mecanismo da absorção individual idealizadas por Pestalozzi (1994). Este conceito diz respeito a junção destas dimensões para a consecução de um determinado propósito.

Ao serem avançadas, todas as competências formam um conjunto de habilidades que englobam atributos gerenciais, assistenciais e instrutivos. Segundo Ducci (1996), o termo competência corresponde à eficiência de resolução de problemas em disposições duvidosas, recentes ou irregulares na vida do trabalho.

Já para Luz (2001), competência pode ser abordada sob dois ângulos, um conceitual e uma executiva, a primeira alicerçando-se no enfoque teórico e a posterior, no enfoque organizacional.

De acordo com Fleury A. e Fleury M. (2004), as competências não são tratadas apenas como conhecimentos ou habilidades, são conhecimentos e habilidades em atividade. O andamento ou ação da competência será medida por quem a exerce, e como age em uma ou em outra repartição.

Zarifian (2001) afirma que competência trata-se da forma de com aquele alguém se comporta mediante situações problemas e cumprimento de responsabilidade. Logo, o empregado deve tomar iniciativas, desenvolver, renovar e ter compromisso para agir e decidir na hora certa.

Ao considerarmos a competência profissional sob todas essas tendências, temos a chance de presumir um trabalhador da área da saúde, seja ele qual for, e que este seja capaz de enfrentar obstáculos, tomar atitude e cumprir com a responsabilidade, considerando aspectos teóricos e práticos de cada vivência, bem como o reconhecimento do processo de interação na própria equipe de trabalho e desta para com os indivíduos e coletividades com as quais trabalha. (COUTINHO, 2011).

A competência, para a enfermagem, está diretamente ligada à necessidade de aptidão desses profissionais por trabalharem com a vida e morte. Vê-se a grande dificuldade em reverter os recursos, sobretudo, os sentimentais, pois há fatos que interferem diretamente, originados por diferentes instâncias, sejam de ordem administrativa, cultural ou mesmo de cunho afetivo. (KOMESSU, 2009).

### **3.3 Definições da Atenção Básica**

A Atenção Primária à Saúde (APS) é uma estratégia que permeia, além do setor saúde, outros setores sociais, tais como educação, assistência social, lazer, moradia, entre outros. Ela exige a compreensão da saúde em sua completude e como um direito da sociedade e precisa encarar os desafios para confrontar as decisões sociais que caracterizam a saúde como um quadro controverso (RODRIGUES, 2013).

A atenção essencial à saúde, baseada em estratégias práticas, cientificamente óbvias e socialmente aceitas e em tecnologias tornadas de fácil acesso a indivíduos e famílias na comunidade por meios aceitáveis e a um custo que possa suprir as comunidades, livre da sua etapa de formação, num espírito de convicção e autodeterminação (WHO, 1978).

Segundo Starfield (2002), a APS deve melhorar a saúde das pessoas no agrupamento de outros departamentos de saúde, ou seja, no meio público e físico no qual as pessoas vivem e trabalham, em vez de destacar apenas sua doença própria.

A APS compõe o primeiro nível de atenção à saúde, de acordo com o paradigma adotado pelo Sistema Único de Saúde (SUS). Engloba um grupo de ações de caráter individual ou coletivo, que compreendem o progresso da saúde, a prevenção de doenças, o diagnóstico, o tratamento e a reabilitação dos pacientes, realizado pelas áreas básicas da saúde, que são: clínica médica; pediatria; obstetrícia e ginecologia; odontologia; psicologia; serviço social e atividades de enfermagem. A predileção para todos os municípios é ter a atenção primária bem estruturada, logo ela garantirá resolução de cerca de 80% dos problemas apresentados pela comunidade assistida (BRASIL, 2010).

Assim, o conceito de APS definido como consenso mundial em 1978 acentua elementos que a OMS estava focada em divulgar naquele momento, que são: a agregação dos serviços locais num sistema nacional, a atividade social, a precisão de ações intersetoriais e a vinculação da saúde com a propagação econômica e social (RODRIGUES, 2013).

Starfield (2002) propõe quatro propriedades para a APS: primeiro contato, longitudinalidade, integralidade e coordenação. O primeiro contato implica no acesso ao serviço para cada novo problema apresentado pela população em geral. A longitudinalidade requer a presença do suporte regular de cuidados prestados pela equipe multiprofissional e seu uso consistente ao decorrer do tempo, num ambiente contribuinte e humanizado entre equipe, cliente e família. A integralidade supõe o fornecimento, pela equipe de saúde, de um aglomerado de serviços que respondam às carências mais habituais da população assistida, o compromisso pela realização de serviços nos demais setores e o reconhecimento de barreiras enfrentadas, psicológicas e sociais que causam as doenças. A coordenação refere ao fato de garantir a prosperidade, por meio da equipe de saúde, com o reconhecimento de entraves que mereçam o acompanhamento constante.

Ainda de acordo com Starfield (2002), os quatro atributos são básicos para qualificar a APS nas redes básicas de atenção à saúde. Mendes (2002), afirma que a APS deve desempenhar, nas redes de atenção à saúde, três funções: a função de resolução, a função de coordenação e a função de responsabilização. A função de resolução, inerente à sua instrumentalidade como fator de atenção à saúde, consiste em sanar a grande parte dos problemas de saúde; a função de coordenação, relacionada à performance da atribuição de centro de esclarecimento. Consiste em ordenar os movimentos e contra fluxos dos indivíduos e coisas pelos diversos setores de atenção à saúde da rede; e a função de responsabilização

consiste em comprometer-se pela saúde dos usuários em quaisquer áreas de atenção em que possam ser atendidos.

A atenção primária se apresenta de forma diferente da consulta de curta duração (atenção secundária) e tratamento da enfermidade a longo prazo (atenção terciária por várias características). A atenção primária convive com problemas mais simples e menos delimitados, normalmente em unidades básicas comunitárias, como consultórios, policlínicas de saúde, escolas e lares. Os pacientes têm acesso aberto a uma fonte conforme de atenção que é constante ao longo do tempo para diversos casos e que aborda a carência de serviços preventivos (STARFIELD, 2002).

Por sua vez, Atenção Básica (AB) atende do âmbito individual e coletivo, com ações voltadas diretamente a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, redução de danos e a continuidade da saúde com o objetivo de promover uma atenção total que impacte na disposição de saúde e autogoverno das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades. É colocada em prática o exercício do cuidado e gestão por meio do individual e coletivo, abordando a dinamicidade de cada território e em comunidades definidas. Faz uso de tecnologias de cuidado relevantes e diversas que devem apoiar na evolução das demandas, carências de saúde de maior frequência e importância em seu território, observando critérios de perigo, fragilidade, resiliência e o imperativo ético de que toda demanda, essencial a saúde ou padecimento devem ser acolhidos (BRASIL, 2011).

É desenvolvida com o mais alto grau de descentralização e proximidade, referente a vida das pessoas. Deve ser o contato de referência dos usuários, a porta de entrada da Rede de Atenção à Saúde. Defende os princípios da universalidade, da acessibilidade, do contato, do andamento do cuidado, da integralidade da atenção, do compromisso, da humanização, da igualdade e da cooperação social. A AB considera o sujeito em sua especialidade e inclusão sócio-cultural, buscando fornecer a atenção integral (BRASIL, 2011).

Assim, para Mendes (2007), um sistema de saúde que segue a AB tem um legado baseado nos princípios de Alma-Ata de igualdade, acesso universal, interação da comunidade e ação entre setores, concentrando-se em questões sanitárias gerais enfrentadas pela população, cogitando e reforçando as funções da saúde pública, assegurando aos pobres e excluídos a oferta de serviço.

Para organizar a AB é criada a Estratégia Saúde da Família (ESF), alterando o modelo de assistência, incluindo a integralidade e responsabilização para com o paciente, através do



trabalho interdisciplinar e multiprofissional de equipes de saúde que estabeleçam vínculos de compromisso e responsabilidade para com os pacientes (BRASIL, 2001).

A ESF foi criada, em 1994, pelo Ministério da Saúde e está arquitetada a partir de Unidades Básicas de Saúde (UBS) ou Unidades de Saúde da Família (USF), onde exercem função a partir do modelo substitutivo assistencial, prezando a integralidade da assistência e territorialização, por meio do cadastramento das famílias, em um trabalho empreendido com uma equipe multiprofissional (BRASIL, 2001).

Com essa estratégia, a família passa a ser unidade do cuidado, logo a equipe multiprofissional que acompanha, conhecerá suas fragilidades suas forças, seus anseios, suas carências, desenvolvendo um elo, uma aliança, gerando assim responsabilidades (BRASIL, 2001).

Segundo a Política Nacional da Atenção Básica, a ESF deve estar amparada por uma equipe multiprofissional e operante, composta por médico, enfermeiro, cirurgião dentista, auxiliar de consultório dentário ou técnico em higiene dental, auxiliar de enfermagem ou técnico de enfermagem e agente comunitário de saúde, entre outros (BRASIL, 2011).

A ESF é um projeto amplo, que concentra a sua preocupação no indivíduo inserido em um contexto familiar, em uma sociedade, analisando assim todos os fatores que lhe circundam, avaliando, entre todos as convenções da saúde integral, as questões intrínsecas à saúde bucal e considerando a persuasão de demais fatores (MOYSÉS; WATT, 2000).

Cada equipe de saúde da família deve ter compromisso e acompanhar por, no máximo, 4.000 pessoas, sendo recomendado um total de 3.000 pessoas, cumprindo critérios de igualdade para esta definição (BRASIL, 2011).

É perceptível demais que a AB com a evolução do tempo vem se fortalecendo e deve se apresentar como porta de caminho preferencial SUS, em todos os municípios brasileiros, logo se apresentando em destaque pela estruturação nos sistemas locais de saúde (RODRIGUES, 2013).

Almeida (1997) afirma que a inclusão e atuação do profissional de Enfermagem no ESF proporciona a uma gama de atividades em sua maioria gerencias, tais como: supervisão; capacitação; controle e comando do pessoal de enfermagem, atuando também, na vigilância e controle epidemiológico; nas reuniões com famílias, grupos e serviços comunitários, na visita domiciliar e nas atividades instrutivas.

Nesse aspecto, a enfermagem enquanto prática dominante social, ou seja, como trabalho que influencia diretamente nos contextos histórico e social específicos indo além de

uma projeção técnico-científica, busca sempre atender às exigências sociais e de saúde de uma certa época e de um referente espaço social (RIBEIRO, 2009).

O serviço de saúde deve ter com foco o atendimento ao paciente na forma do acolher, ouvir e transmitir uma resposta favorável que resolva ou minimize os sofrimento e carências da população assistida, ou ainda ter compromisso pela resposta, ainda que esta seja oferecida em demais pontos de atenção da rede. O exercício de acolhimento, cumplicidade, responsabilização e resolução são fundamental importância para a realização da AB como proximidade e meio favorito da rede de atenção (BRASIL, 2011).

A presença de diversas formações profissionais assim como um alto grau de conexão entre os profissionais é primordial, de forma que não só as atividades sejam compartilhadas, mas também tenha posição um método interdisciplinar no qual os núcleos de competência profissionais específicos gradativamente vão enriquecendo o campo simples de competências estendendo a habilidade e competência de toda equipe. (BRASIL, 2011).

A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) de 21 de outubro de 2011 define que a assistência no nível primário deve ser prioridade no atendimento em decorrência da sua elevada capacidade resolutiva, menciona ainda que os termos “Atenção Básica” e “Atenção Primária à Saúde” são equivalentes considerando as concepções atuais (BRASIL, 2011).

Desse modo, ao longo desta pesquisa, bem como já apresentando pelo título, será adotado a expressão “Atenção Básica” por esta ser adotada no Brasil pelo Ministério da saúde em seus documentos oficiais.

#### 4 DELINEAMENTO METODOLÓGICO

Foi escolhida a revisão integrativa da literatura para a construção desta investigação por permitir sintetizar o conhecimento de uma dada área a partir da formulação de uma pergunta, buscando assim a identificação, seleção e avaliação de estudos científicos contidos em bases de dados eletrônicas, a fim de contribuir e aprofundar o conhecimento sobre a temática investigada e apontar lacunas que precisam ser preenchidas por meio da realização de novas investigações (MENDES; SILVEIRA; GALVAO, 2008).

Polit e Beck (2006) asseguram que a revisão integrativa inclui a análise de pesquisas relevantes que dão suporte para a tomada de decisão e a melhoria da prática clínica, possibilitando a síntese do estado do conhecimento de um determinado assunto, além de apontar lacunas do conhecimento que precisam ser preenchidas com a realização de novos estudos. Este método de pesquisa permite a síntese de múltiplos estudos publicados e possibilita conclusões gerais a respeito de uma particular área de estudo. É um método valioso para a enfermagem, pois muitas vezes os profissionais não têm tempo para realizar a leitura de todo o conhecimento científico disponível devido ao volume elevado de atividades.

Conforme Stetler et al. (1998), tal síntese reduz incertezas sobre recomendações práticas, permite generalizações precisas sobre fenômenos a partir das informações disponíveis limitadas, e facilita a tomada de decisões com relação a ações e intervenções que podem resultar no cuidado mais eficiente e eficaz.

De acordo com Pompeo (2007), a revisão integrativa da literatura é conduzida para gerar uma fonte de conhecimento atual sobre um problema e determinar se o conhecimento é válido para ser transferido à prática, porém, deve seguir padrões de rigor metodológico, os quais possibilitam ao leitor identificar as características dos estudos analisados e permitir um avanço na enfermagem.

A revisão integrativa é a mais ampla abordagem metodológica referente as revisões, permitindo a inclusão de estudos experimentais e não experimentais para uma compreensão completa do fenômeno analisado. A compilação de informações é um grande avanço para os pesquisadores, democratizando o acesso e proporcionando atualizações frequentes. O propósito geral de uma revisão integrativa da literatura de pesquisa é reunir conhecimentos sobre um tópico, ajudando nas fundações de um estudo significativo para enfermagem. (WHITTEMORE, 2005).

Mendes, Silveira e Galvão (2008) afirmam que para elaborar uma revisão integrativa relevante apta para subsidiar a implementação de intervenções eficazes no cuidado aos pacientes, de acordo com o método, as etapas a serem adotadas devem ser claramente descritas. O método da revisão escolhido para a construção desse estudo foi constituído de seis etapas expostas a seguir:

**Primeira etapa:** identificação do tema e seleção da hipótese ou questão de pesquisa para a elaboração da revisão integrativa

Etapa de formulação de hipóteses ou questão de pesquisa considerada relevante para a saúde e para a enfermagem. Na ótica dos estudiosos, a primeira etapa é norteadora para a condução de uma revisão integrativa bem elaborada (GANONG, 1987).

Essa construção está relacionada a um raciocínio teórico e inclui definições já aprendidas pelo pesquisador. A objetividade inicial conduz todo o processo a uma análise direcionada e completa, com conclusões de fácil identificação e aplicabilidade (MENDES, SILVEIRA, GALVÃO; 2008).

A pergunta norteadora da presente revisão integrativa consistiu em: quais as competências profissionais do enfermeiro no âmbito da Atenção Básica apresentadas na literatura científica?

**Segunda etapa:** estabelecimento de critérios para inclusão e exclusão de estudos/ amostragem ou busca na literatura

Após a escolha do tema, iniciou-se a busca pela literatura nas bases de dados selecionados para identificação dos estudos que foram analisados. A seleção dos estudos incluídos foi um passo fundamental, a fim de se obter validade interna da revisão (MENDES, SILVEIRA, GALVÃO; 2008).

As estratégias de decisão sobre a amostragem são criteriosas para elevar o rigor de qualquer tipo de revisão, pois a seleção incompleta favorece resultados imprecisos (WHITTEMORE; KNAFL, 2005).

Para a busca dos estudos foram selecionadas as bases de dados: Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e Scientific Electronic Library Online (SciELO).

Para o uso das bases de dados supracitadas, foi necessário o uso de um vocabulário normatizado na seleção de artigos que respondessem a pergunta de pesquisa. Os vocabulários organizados e padronizados foram imprescindíveis para especificar, guiar e disponibilizar o acesso aos dados, sendo esses termos denominados de “descritores”. As palavras-chaves utilizadas para a elaboração dessa investigação foram: “Competência Profissional” e “Enfermagem” as quais estão inseridas no Descritores em Ciências de Saúde (DeCS).

Nesta fase foram estabelecidos os critérios de inclusão/exclusão dos estudos para dar início à procura na literatura. Os critérios utilizados para a seleção foram: artigos publicados no intervalo de tempo entre 2005 e 2014; em português; disponíveis online na íntegra; que apresentassem em sua discussão considerações sobre competências profissionais do enfermeiro no âmbito da Atenção Básica e indexados nas bases de dados LILACS e SciELO. Os critérios de exclusão foram artigos repetidos que estivessem em mais de uma base de dados e que não contemplassem os objetivos do estudo.

Conforme observado no Quadro 01, identificou-se, no entrecruzamento das palavras-chaves, o total de 428 trabalhos científicos, sendo na base de dados LILACS, 342 e na base SciELO, 86. Após a aplicação dos critérios de inclusão e exclusão, foram filtrados 15 artigos no LILACS e 16 no SciELO. Por meio da exclusão das duplicatas, leitura exploratória dos resumos dos artigos e posteriormente com a leitura analítica, foram resgatados 08 artigos na base de dados LILACS e 02 na base SciELO, os quais foram lidos na íntegra, obtendo-se em sua totalidade a seleção de 10 artigos como objeto de estudo, por apresentarem aspectos que correspondiam à questão norteadora.

**Quadro 1.** Quantidade de artigos encontrados/ utilizados

| CRUZAMENTO                                  | LILACS     |           | SCIELO     |           |
|---|------------|-----------|------------|-----------|
|   | Encontrado | Utilizado | Encontrado | Utilizado |
| Competência Profissional<br>X<br>Enfermagem | 342        | 08        | 86         | 02        |
| TOTAL ENCONTRADOS                           | 428        |           |            |           |

|                     |    |
|---------------------|----|
| TOTAL<br>UTILIZADOS | 10 |
|---------------------|----|

**Terceira etapa:** definição das informações a serem extraídas dos estudos selecionados/categorização dos estudos

Beyea e Nicoll (1998) afirmam que esta etapa consiste na definição das informações a serem extraídas dos estudos selecionados, utilizando um instrumento para reunir e sintetizar as informações-chave.

Com esta finalidade, foi construído um formulário a partir de instrumento já validado (URSI, 2005), contendo informações relativas aos periódicos como título da pesquisa, nomes dos autores, ano, objetivo, delineamento metodológico e síntese dos resultados (APÊNDICE A).

**Quarta etapa:** avaliação dos estudos incluídos na revisão integrativa

Esta etapa é similar a análise dos dados de uma pesquisa primária. A análise crítica dos estudos incluídos na revisão integrativa requer uma abordagem organizada para avaliar o rigor e as características de cada estudo. A categorização, ordenação e sumarização dos resultados, podem ser realizadas na forma descritiva, pontuando as questões mais significantes (GANONG, 1987).

**Quinta etapa:** interpretação dos resultados

Ainda de acordo com Beyea e Nicoll (1998) após a busca da literatura, a seleção dos artigos e a organização dos dados, inicia-se a interpretação dos mesmos e discussão dos resultados para que seja possível escrever a revisão integrativa.

**Sexta etapa:** publicação e comunicação dos achados

Necessita conter detalhes explícitos das pesquisas primárias, a fim de fornecer ao leitor condições de averiguar a adequação dos procedimentos realizados, bem como declarar possíveis limitações metodológicas na elaboração da revisão (WHITTEMORE; KNAFL, 2005).

## **5 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS**

### **5.1 Caracterização das publicações**

Os artigos selecionados são oriundos de periódicos nacionais vinculados a universidades públicas, na área de enfermagem e saúde pública. As palavras-chave mais utilizadas pelos autores foram: competência; competência profissional; atribuições; atenção básica; educação baseada em competências e gerência.

Identifica-se que os artigos em estudo foram publicados em periódicos Qualis/Capes de importância significativa para a enfermagem, evidenciando-se que 60% dos artigos encontrados estavam publicados em periódicos A2. O quadro 02 evidencia ainda que, seis dos artigos foram publicados nos últimos cinco anos, isto é, entre 2010 e 2014, o que demonstra maior empenho científico em desenvolver estudos que abordam essa temática.

Com relação ao objetivo, os artigos vislumbravam identificar as competências do enfermeiro nos mais diversos cenários da Atenção Básica. Algumas investigações tiveram como resultados a constatação da falta de habilidade, em certas situações, para desenvolver as atividades preconizadas pelos programas do Ministério da Saúde no qual o enfermeiro atua, como na sala de vacina, assistência indígena e assistência de enfermagem ao citopatológico.

Destaca-se também as influências do modelo tradicional de assistência à saúde e seu cotidiano de cuidados, o que interfere na configuração das competências e conseqüentemente limitando o seu processo de trabalho nesse nível de atuação.

A possibilidade de se traçar competências para a formação do enfermeiro é um recurso importante para subsidiar a prática deste profissional na Atenção Básica. Por meio da análise dos artigos foi possível construir quatro categorias acerca das competências do enfermeiro na Atenção Básica as quais serão apresentadas e discutidas a seguir: Estratégias para desenvolvimento das competências; O profissional enfermeiro e as competências instituídas na Atenção Básica; A epidemiologia como instrumento para operacionalização das competências do enfermeiro na Atenção Básica e Papel do enfermeiro na competência da educação em saúde.



**Quadro 02** - Publicações incluídas na revisão integrativa segundo nome dos autores, periódico, ano de publicação, título, objetivo e resultados. LILACS e SciELO, 2015.

| <b>Autor</b>                     | <b>Periódico</b>                       | <b>Ano</b> | <b>Título</b>   | <b>Objetivo</b>  | <b>Resultados</b>   |
|----------------------------------|--|------------|---|--|---|
| KAWATA, L.S. et. al              | Texto e Contexto em Enfermagem         | 2013       | Os desempenhos da enfermeira na saúde da família: construindo competência para o cuidado  | Identificar e analisar os desempenhos nas ações da enfermeira para o cuidado individual e coletivo na Estratégia Saúde da Família.                       | O trabalho da enfermeira é desenvolvido com foco no biológico, com iniciativas de uso de ferramentas que possibilitam a ampliação da clínica e o acolhimento.   |
| CAMELO, S.H.H.; ANGERAMI, E.L.S. | Texto e contexto em Enfermagem         | 2013       | Competência profissional: a construção de conceitos, estratégias desenvolvidas pelos serviços de saúde e implicações para a enfermagem. | Identificar e analisar as competências profissionais, as estratégias das instituições de saúde para o seu desenvolvimento e implicações para enfermagem. | Constatou-se a predominância do conceito de competência profissional a partir de seus elementos constitutivos, ou seja, de conhecimentos, habilidades e atitudes; estratégias educacionais e programas de treinamento para a formação de competências como ações da gerência; e na enfermagem, o desafio de formar profissionais competentes e comprometidos. |
| MESTRINER JUNIOR, W. et.al       | Ciência & Saúde Coletiva               | 2011       | O desenvolvimento das competências do enfermeiro em atenção básica à saúde: a experiência no projeto Huka-Katu                          | Explorar as atuações e competências do enfermeiro na rede de serviços do subsistema de saúde indígena integrante do Sistema Único de Saúde               | As competências verificadas pelo enfermeiro na atenção básica à saúde se constituem em um suporte para a construção do SUS, entretanto estas competências não atenderam as necessidades de articulação da prática e da educação, em uma perspectiva do cuidado à saúde  |
| MARQUES, C.M.S.; EGRY, E.Y       | Revista da Escola de Enfermagem da USP | 2011       | As competências do profissional de enfermagem e as políticas ministeriais   | Conhecer a potencialidade das competências do enfermeiro, de acordo com os Ministérios da Educação e da Saúde (MEC e MS).                                | Os resultados mostraram que, para o MEC, os princípios norteadores da educação profissional são as exigências do mercado; a noção de competência se apoia na perspectiva  |

|                                     |  |      |   |  |  |
|-------------------------------------|--|------|---|--|--|
|                                     |  |      |   |  | construtivista, enfatizando atributos pessoais em detrimento à sua dimensão social. Para o MS, a educação profissional é um instrumento da cidadania, orientada pelo paradigma político assistencial do SUS; a noção de competência funda-se na perspectiva crítico-emancipatória.   |
| KAWATA, C. M. et al                 | Revista da Escola de Enfermagem da USP | 2011 | Atributos mobilizados pela enfermeira na Saúde da Família: aproximação aos desempenhos na construção da competência gerencial | Identificar e analisar os atributos mobilizados nas situações de trabalho e que caracterizam os desempenhos das enfermeiras na área da competência gerencial na Saúde da Família, apoiado nos conceitos da competência dialógica.                | Identificou-se cinco temas relacionados a competência do enfermeiro na atenção básica: supervisão; trabalho em equipe; controle social; organização do trabalho e planejamento. Os resultados apontam para um conjunto de atributos mobilizados pelas enfermeiras ainda centrado na organização do trabalho em saúde para o cuidado individual com raras incursões para um processo de planejamento sistematizado. |
| NASCIMENTO, D.D.G; OLIVEIRA, M.A.C. | Saúde e Sociedade                      | 2010 | Competências profissionais e o processo de formação na residência multiprofissional em Saúde da Família                       | Construir um perfil de competências para orientar a formação profissional na RMSF  | As competências encontradas foram: valores profissionais, comunicação, trabalho em equipe, gerência, orientada à comunidade, promoção da saúde, resolução de problemas, atenção à saúde, educacional e em ciências básicas da saúde pública e coletiva.  |
| KAWATA, L.S. et al                  | Texto e Contexto em Enfermagem         | 2009 | O trabalho cotidiano da enfermeira na saúde da família: utilização de ferramentas da gestão                                   | Identificar e analisar os atributos mobilizados pela enfermeira no trabalho cotidiano na Saúde da Família voltados ao planejamento, a coordenação e a supervisão, visando uma aproximação aos desempenhos na construção da competência gerencial | Observou-se que a supervisão realizada é caracterizada pelos aspectos de controle e educação; o planejamento apresenta-se como impulsionador de práticas voltado para articulação dos processos de trabalho juntamente com o exercício da coordenação.   |
| MAMEDE, F.V. et al                  | Escola Ana Nery                        | 2009 | Assistência pré-natal: competências essenciais desempenhadas por enfermeiros  | Analisar as competências essenciais desenvolvidas, na prática, pelos enfermeiros que atuam na atenção ao   | A maioria das competências essenciais esperadas na assistência pré-natal foi   |

|                                     |  |      |  |  |   |
|-------------------------------------|--|------|--|--|---|
|                                     |  |      |  | pré-natal  | desenvolvida; entretanto, algumas foram realizadas com baixa frequência, ou seja, não foram realizadas em todas as consultas. Os resultados revelaram que, apesar do bom desempenho dos enfermeiros, é pertinente avaliar a necessidade de esclarecimentos sobre a importância da incorporação de protocolos assistenciais para a melhoria da qualidade dos serviços, a fim de alcançar um nível ótimo de competência na atenção pré-natal. |
| LEONELLO, V.M.;<br>OLIVEIRA, M.A.C. | Revista da Escola de Enfermagem da USP | 2007 | Construindo competências para ação educativa da enfermeira na atenção básica   | Descrever a metodologia do processo de construção coletiva de um perfil de competências para a ação educativa da enfermeira                        | Houve similaridades em relação a conhecimentos, habilidades e atitudes necessárias ao desenvolvimento de práticas educativas mais dialógicas e participativas. Foi possível a construção de um perfil de competências para a ação educativa da enfermeira, numa perspectiva coletiva e das necessidades de saúde.   |
| GONÇALVES, L.D.<br>et. al           | Trabalho, educação em saúde            | 2007 | Competências gerenciais do enfermeiro nas perspectivas de um curso de graduação de enfermagem e do mercado de trabalho | Apontar convergências e divergências entre as expectativas identificadas no projeto político-pedagógico e as de gerentes que contratam enfermeiros | Os resultados mostram a necessidade de o ensino estreitar relações com o mercado de trabalho, no sentido de ampliar a valorização de competências gerenciais do enfermeiro para além da dimensão técnica, contemplando as dimensões: comunicativas, ética, política e de desenvolvimento da cidadania.  |

## 5.2 Estratégias para o desenvolvimento das competências

O desenvolvimento das competências dos enfermeiros nas instituições acontece em contexto profissional específico. Pode-se assegurar que a construção de competências está relacionada à estratégia organizacional. A instituição define as suas ações estratégicas e as competências necessárias para implementá-la, num processo de aprendizagem permanente. Porém, acredita-se que deve ocorrer uma relação dialética entre as necessidades das instituições de saúde e as demandas dos colaboradores, fazendo com que os desenvolvimentos das competências repercutem positivamente no cotidiano das práticas do trabalhador, quanto no desempenho das organizações de saúde, tendo como finalidade a prestação de cuidado ético, humano, eficiente e eficaz.

Mestriner Junior et. al. (2011) demonstraram em seu estudo que o desenvolvimento das competências dos enfermeiros está vinculado a um contexto específico. Em seu trabalho realizado pelo projeto Huka-Katu, desenvolvido com índios, as atribuições dos enfermeiros estão focadas nas necessidades locais, toda dinâmica de atendimento volta-se antes de tudo a um processo informativo à população.

Marques e Egry (2011) reconheceram diferentes estratégias de conceber as competências do enfermeiro na Atenção Básica. Em conformidade com seu estudo, as competências de enfermagem variam de acordo com a necessidade de um contexto específico. Ainda conforme esses autores, para o Ministério da Educação o foco das competências profissionais está nas novas exigências do mercado. Enquanto que na visão do Ministério da Saúde, ela deve ser orientada pelo paradigma político-assistencial do SUS.

Corroborando com essas discussões Kawata et. al. (2013) demonstram que a formação e delimitação das competências apresentadas pelas enfermeiras estão em consonância com a realidade dos serviços de saúde. Foi possível identificar nesse estudo, que a principal competência do enfermeiro é a Consulta de Enfermagem (CE), atividade privativa do enfermeiro, a qual propõe identificar situações de saúde e doença, prescrever e implementar ações visando a prevenção, promoção, proteção e reabilitação da saúde do indivíduos, famílias e comunidades.

A CE constitui como estratégia eficiente na busca da resolutividade dos problemas de saúde apresentados pelos atores sociais que buscam a Atenção Básica, porém para que isso

ocorra é imprescindível que o enfermeiro se aproprie dos conhecimentos, habilidade e atitudes em consonância com os princípios e diretrizes do SUS.

Entende-se que o próprio ambiente institucional visa criar mecanismos para efetivar a capacidade da aprendizagem e criar as condições necessárias para a constituição das competências adequadas ao contexto de trabalho por parte dos trabalhadores. Esse processo, no cenário da Atenção Básica, envolve principalmente a educação permanente, com vistas a sensibilizar os profissionais a criação de qualidades convergente com a filosofia da prevenção e promoção da saúde.

Já Camelo e Angerami (2013), mencionam que a construção e implantação de um programa educativo de desenvolvimento de competências em profissionais de saúde é a estratégia fundamental para a sua viabilização. Durante os atos educativos, foi possível desenvolver maior responsabilidade, iniciativa para assumir cargos e atuar frente às necessidades da instituição de saúde.

Dados similares foram observados nos achados de Gonçalves et. al. (2007) onde o esboço de um programa de desenvolvimento educativo de competências para o profissional de enfermagem que atua na Atenção Básica, possibilitou um melhor desempenho nas atividades exercidas, como compreensão e envolvimento com a equipe multidisciplinar, fomentando, com isso, a comunicação e a negociação, as quais são competências essenciais para a manutenção de ambiente institucional “saudável”.

Há ainda que se destacar outra opção para ampliar a compreensão dos enfermeiros acerca das suas competências, como a aproximação do ensino, através de parcerias que permitam a sua inovação na área da saúde, conforme é demonstrado no estudo de Nascimento e Oliveira (2010) em que o curso *lato sensu* na modalidade de residência é uma alternativa para promover a mudança da prática assistencial em saúde do enfermeiro na Atenção Básica, uma vez que esta modalidade é capaz de favorecer o trabalho em equipe, liderança e criatividade na busca de solução para os problemas encontrados.

Nesse sentido, a residência é uma estratégia de desenvolvimento de competências do enfermeiro, visto que há uma preparação deste profissional para melhor desempenhar seu trabalho com a equipe multidisciplinar na Estratégia Saúde da Família, com base nos princípios e diretrizes do SUS, direcionando de forma mais satisfatória os cuidados aos indivíduos e famílias em seu ambiente familiar e social.

É importante destacar também que a Universidade, como o mais importante artifício na formação de profissionais qualificados, é o cenário capaz de desenvolver competências que irão repercutir na prática dos futuros profissionais que irão adentrar aos diversos cenários de atuação, dentre eles a Atenção Básica. Por sua vez, Kawata et. al. (2013) defendem que a enfermagem enquanto ciência que se propõe prover cuidados aos pacientes, necessita de profissionais habilitados nesta prática, ou seja, com competências específicas para isso. Entretanto, esses autores observaram que um dos desafios que a profissão de enfermagem vem enfrentando diz respeito à formação de profissionais competentes e comprometidos com a sociedade e com os respectivos problemas de saúde, o que fragiliza as ações a serem realizadas nesse primeiro nível de atenção.

Nascimento e Oliveira (2010) afirmam que competência é a capacidade de agir eficazmente em determinada situação, apoiada em conhecimentos, mas sem se limitar a eles. Os autores acima ainda defendem que para desenvolvê-la, há necessidade de uma construção curricular que possibilite o desenvolvimento de um perfil profissional em que habilidades e conteúdos se articulem com o contexto da prática profissional.

Logo, diante das múltiplas competências que parecem ser necessárias ao enfermeiro na sua prática profissional, estabelece-se um grande desafio tanto dos órgãos formadores, principalmente as universidades, como dos serviços, tornando-se responsabilidade de todos os atores: docentes, enfermeiros dos serviços e das próprias instituições de saúde. Dessa forma, a elaboração de um programa de educação permanente com o intuito de superar o domínio teórico-prático diligenciado pelo mercado, aprimoraria os profissionais em agentes inovadores e transformadores da realidade local.

### **5.3 O profissional enfermeiro e as competências instituídas na Atenção Básica**

A Atenção Básica à Saúde possui um papel estratégico na saúde da população, pois atua em várias dimensões do sujeito, entre elas destaca-se a social, cultural, espiritual, biológica e educacional. De acordo com os artigos analisados, as competências do enfermeiro nessas linhas têm sido focadas na prevenção primária e secundária, pois este é o ponto primordial para a prevenção de inúmeras doenças, bem como na promoção da saúde e tratamento das doenças já estabelecidas.

Dentre as competências mencionadas nos artigos, ressalta-se a liderança, comunicação, flexibilidade, negociação, criatividade, trabalho em equipe e compromisso, que são imprescindíveis para o cuidado do enfermeiro nas áreas instituídas pelos programas ministeriais tais como: Saúde da Mulher; Saúde da Criança; Pré-natal; Vacinas e Visita Domiciliar.

O trabalho de Kawata et al. (2013) realizado com grupos específicos (hipertensos, diabéticos, gestantes, idosos) revelaram o desenvolvimento de diversas competências pelo enfermeiro na Atenção Básica como: fornecer suporte medicamentoso para a doença ou condição de saúde; realizar exame físico e consulta de enfermagem, identificando situações de risco para a presente condição e/ou outras co-relacionadas; socializar o indivíduo com outros do mesmo grupo; aprender e ensinar mudanças comportamentais e oferecer apoio terapêutico.

Agregando a essas discussões, Leonello e Oliveira (2007) elencaram algumas competências como necessárias para o crescimento entre esses profissionais enfermeiros da Atenção Básica. São elas: promoção da integralidade do cuidado à saúde; articulação da teoria à prática; promoção do acolhimento e construção de vínculos com os sujeitos assistidos; reconhecer-se e atuar como agente de transformação da realidade em saúde; reconhecer e respeitar a autonomia dos sujeitos; respeitar o saber do senso comum e reconhecer a incompletude do saber profissional e utilizar o diálogo como estratégia.

Já para Nascimento e Oliveira (2010), a comunicação é uma ferramenta imprescindível para os profissionais da Atenção Básica, para promover as relações interpessoais com a equipe e com os usuários, garantindo com isso a qualidade do cuidado. Para esses autores, a habilidade de se comunicar é indispensável ao profissional da saúde no desenvolvimento do trabalho em equipe na Atenção Básica e também para a interação adequada com o paciente no processo de cuidado. A comunicação nos relacionamentos interpessoais é fundamental para compartilhar conhecimentos entre os profissionais e entre estes e os usuários dos serviços de saúde.

É importante destacar também que a construção histórica e social do trabalho dos enfermeiros na Atenção Básica foi algo determinante na compreensão das suas competências. Esse fato pôde ser evidenciado no estudo de Kawata et al. (2013), em que os autores afirmam que as ações de saúde coletiva no Brasil, no quesito ao controle de doenças preveníveis, vem sendo desenvolvidos pela enfermagem, o que requer um conjunto articulado de saberes, técnicas e atitudes a serem desenvolvidas por estes profissionais.

Ainda segundo os autores a visita domiciliar como estratégia de cuidado, demanda competência adequada para isto, principalmente na perspectiva de ultrapassar o modelo médico-centrado para o modelo família-centrado. Além disso, o desempenho do enfermeiro no planejamento da visita envolve: organização de materiais; conhecimentos sobre serviços (dispensação de medicamentos); colaboradores; medicamentos disponíveis na rede de saúde; recursos disponíveis na unidade (notificação); princípios éticos; história da família e o contexto socioeconômico no qual estão inseridos.

Pode-se perceber que a visita domiciliar além de uma estratégia é uma ação que exige outras competências associadas para sua efetivação, tais como habilidade para realizar uma avaliação ampliada, abordando os aspectos culturais, espirituais e educacionais para propor trabalho conjunto com outros membros da equipe, a fim da construção de um plano de cuidados coletivo.

Inseridos nos programas, os enfermeiros visam efetuar a promoção da saúde, fornecer orientações que possibilitem aos indivíduos identificar e minimizar a exposição aos fatores de risco, identificar e realizar o diagnóstico precoce das doenças, efetuar o tratamento e minimizar danos ou sequelas. Estas ações demandam competência educacional do enfermeiro que possa visar o empoderamento dos atores sociais do seu território adscrito, o que possibilitará a estes sujeitos a capacidade de responder e elaborar estratégias para solucionar os seus problemas de maneira mais ativa.

Porém, em alguns momentos, a atuação do enfermeiro pode tornar-se um tanto técnica, perdendo o caráter avaliativo e reflexivo das situações assistidas, conforme observado na pesquisa de Marques e Egry (2011), em que os autores identificaram que as competências exercidas pelos enfermeiros possuíam um foco tecnicista, voltados para os protocolos instituídos pelos programas de saúde. Nesse contexto, há a necessidade de superar esse tipo de abordagem, possibilitando maior autonomia na tomada de decisões e proporcionar condições para que eles possam assumir responsabilidade frente a situações de trabalho complexas.

Dados semelhantes foram registrados por Kawata et al. (2011) em que através da observação do diálogo entre a enfermeira e uma mãe durante a consulta de enfermagem de uma criança vítima de queda da própria altura, observa-se que a enfermeira não investiga outras possibilidades de assistência a partir da fala da mãe sobre o acidente, parecendo não usar de raciocínio clínico e crítico, restringindo suas atitudes à aferição dos sinais vitais, o que demonstra que é forte ainda a influência do modelo biomédico sobre as atitudes cuidativas,



predominando em certas situações as práticas tecnicistas, fragmentadas, curativistas e medicamentosa.

A análise dos resultados do estudo de Kawata et al. (2011) aponta um conjunto de competências mobilizados pelos enfermeiros ainda centrado na organização e assistência do trabalho em saúde para o cuidado individual, com raras incursões a uma ação sistematizada e contínua que envolva todas as etapas do planejamento e avaliação das ações propostas, de forma mais participativa, incluindo outros sujeitos interessados.

Nota-se ao longo das leituras que os profissionais de enfermagem possuem déficit em realizar a abordagem integral, e que em determinadas situações as competências instituídas para os profissionais dentro dos programas acabam limitando o enfermeiro a ser um mero cumpridor de normas, afim de atingir metas, o que prejudica as relações com a comunidade do território.

Nesse sentido, destaca-se a necessidade do enfermeiro buscar romper com o paradigma do modelo tradicional à saúde, a fim de, com isso, compreender as demandas reais dos sujeitos, famílias e comunidades em detrimento de prerrogativa estabelecida por metas.

Assim, Nascimento e Oliveira (2010) afirmam que além das competências técnicas extraídas dos protocolos ministeriais, os profissionais enfermeiros precisam identificar e desenvolver outras competências no modelo de trabalho, que exigem criatividade, iniciativa e vocação para o trabalho em grupo e com a comunidade. Esses mesmos autores afirmam que a Atenção Básica requer dos profissionais atributos como atenção, comprometimento e sensibilidade. No entanto, essas competências ainda são pouco valorizadas, pela baixa capacidade dos profissionais em perceber o impacto na saúde e na qualidade de vida da população.

#### **5.4 A epidemiologia como instrumento para operacionalização das competências do enfermeiro na Atenção Básica**

A epidemiologia é uma importante ferramenta para que o profissional de enfermagem desempenhe suas competências na Atenção Básica, pois através dos indicadores de saúde gerados no serviço, é possível produzir informação em saúde. A informação é instrumento

importante para a avaliação do serviço de saúde e planejamento de ações, representando ferramenta relevante à vigilância epidemiológica, por constituir fator impulsor da tríade “informação-decisão-ação”.

Os artigos analisados revelaram que uma das competências mais relevantes do enfermeiro na Atenção Básica é o fornecimento de dados, o preenchimento de fichas que geram a informação. Um adequado sistema de informações depende da frequência do fluxo com que os dados são fornecidos e do criterioso preenchimento dos instrumentos de coleta. Os dados quantitativos, que caracterizam um fato ou circunstância são transformados em informações.

Conforme pode ser observado nos achados de Junior et. al. (2011) são as informações, ou seja, o perfil epidemiológico e necessidades sociais de saúde de uma dada população, que são os agentes impulsores que estruturam as intervenções e modelos de atenção em saúde. Dessa forma, as competências do enfermeiro nesse cenário de atuação são vinculadas às informações produzidas.

Ainda segundo esses autores as informações não são meramente números, mas são dados que exigem uma resposta da equipe, uma ação estratégica para melhorá-los. Para executar as ações, o enfermeiro assume competências gerenciais em todos os níveis de atenção à saúde, principalmente no gerenciamento de unidades de saúde. O planejamento, a execução das ações e a avaliação tornaram-se instrumentos essenciais a serem utilizados para o direcionamento de suas ações.

Corroborando com esses achados, Nascimento e Oliveira (2010) consideram que para atuar na Atenção Básica, os profissionais da saúde devem desenvolver habilidades e atitudes gerenciais dirigidas à administração de recursos físicos, materiais e de informação, assim como para gerenciar as ações de saúde e o cuidado a indivíduos, famílias e coletividades. Segundo seu estudo, cada profissional deve incumbir-se da gestão e da gerência dos serviços de saúde e da integração da equipe durante o planejamento e avaliação das ações.

Sendo assim, a informação constitui suporte efetivo para as atividades em saúde, de modo que não é possível exercer a gerência se não houver um sistema de decisão que se firme na informação. Sob essa premissa, os Sistema de Informação em Saúde (SIS) são ferramentas para a operacionalização do enfermeiro na Atenção Básica a saúde, já que uma das competências mais esperadas atualmente pelo enfermeiro é a gerência do cuidado, ou seja, a

articulação dialética e não dicotômica entre o cuidado e a gerência, viabilizando a melhor prática profissional e consequentemente qualidade e integralidade nas ações (FERNANDES, 2012).

Kawata et al. (2011) constataram que por meio dos dados epidemiológicos há o incentivo a criação de competências dos enfermeiros nas UBS, tais como: elaboração; coordenação e articulação do planejamento das atividades, seja nas próprias unidades, seja no território.

Portanto, a epidemiologia é o alicerce do SIS, que por sua vez é imprescindível, na medida em que viabiliza a caracterização da população em risco e possibilita planejar estratégias terapêuticas de acordo com as necessidades e especificidades de cada grupo populacional (ZILLMER et al. 2010), sendo uma estratégia fundamental ao enfermeiro na busca de resolver os problemas apresentados pela população adstrita.

### **5.5 O papel da enfermagem na competência da educação em saúde**

A educação e a saúde são duas áreas de atuação em que os enfermeiros agem no progresso das ações cuidativas. Os artigos analisados defenderam as práticas educativas da enfermagem, enquanto competência, por excelência do processo de trabalho do enfermeiro.

Segundo Mestriner Junior et. al. (2011), a educação em saúde pode ser vista como um instrumento de transformação social que propicie a reformulação de hábitos, aceitação de novos valores e que estimule a criatividade. Os autores desenvolveram um trabalho com o projeto Huka-Katu com grupos de índios e consideram que as competências educativas do enfermeiro devem ser exercidas para o desenvolvimento de capacidades individuais e coletivas visando à melhoria da qualidade de vida e saúde, assim como o incentivo ao auto-gerenciamento, principalmente quando se relaciona aspectos culturais dos sujeitos envolvidos.

Convergindo com essas discussões, Camelo e Angerami (2013) demonstraram excelentes resultados de trabalhos em grupos, em que o enfermeiro se propõe a efetivar a educação em saúde, favorecendo a relação com o paciente e a comunidade. Esses autores revelaram resultados satisfatórios em auxiliar os pacientes no enfrentamento das doenças, possibilitando o empoderamento de seu autocuidado.

As atividades de educação em saúde são compreendidas como estratégias que visam à elaboração de práticas educativas que possam ser empregadas com a intenção não somente de ensinar a população a prevenir as doenças, mas também de promover a saúde a partir da conversão de determinantes sociais que favorecem o adoecimento em geradores de saúde (SILVA et al., 2007).

Alves (2005) acrescenta que a educação em saúde também pode ser compreendida como um conjunto de saberes e práticas direcionadas para a prevenção de doenças e promoção da saúde. Um recurso no qual o conhecimento científico produzido na área da saúde pelos profissionais que ali atuam atinge a vida cotidiana dos atores sociais por meio da compreensão dos fatores condicionantes do processo saúde-doença, oferecendo subsídios para a adoção de novos hábitos a saúde. A Atenção Básica apresenta destaque maior para o desenvolvimento das práticas em saúde em virtude da proximidade com a população, com ênfase nas ações preventivas e promocionais.

Kawata et al. (2013) revelaram que o conhecimento da enfermeira no preparo de grupos educativos, como conhecer o tipo de participante, nível de prevenção, variáveis físicas e orientação teórica, proporcionaram uma eficácia na autonomia e nos resultados da assistência que receberam.

Face a esses estudos analisados, percebe-se que a educação em saúde se constitui como competência e instrumento de trabalho da enfermagem, criando oportunidades de transformar condições de saúde. A competência da educação em saúde quando bem desempenhada pelo enfermeiro permite a promoção da saúde, o acompanhamento dos sujeitos e familiares com o intuito de impactar os fatores de risco, a doença, a terapêutica e todo o estilo de vida.

## 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

No decorrer da história da enfermagem, as competências do enfermeiro eram bem diversas das atuais exigências que o sistema de saúde e a própria sociedade impõem ao profissional. Essa mudança exige do enfermeiro uma nova postura para atuar com o público e a nova definição de saúde, que perpassa pelo exercício da cidadania.

As competências do enfermeiro na atenção básica baseiam-se na compreensão das estratégias para o desenvolvimento das competências; das competências instituídas na Atenção Básica; da epidemiologia como instrumento para operacionalização das competências do enfermeiro na Atenção Básica e do papel do enfermeiro na competência da educação em saúde.

Percebe-se uma preocupação com a formação de um profissional competente para o trabalho, destacando a necessidade de investimentos no desenvolvimento de competências por parte das instituições. Destaca-se que as competências instituídas para os profissionais dentro dos programas acabam limitando o enfermeiro a serem meros cumpridores de normas, a fim de se atingir metas. Destaca-se ainda que o perfil epidemiológico e as necessidades sociais de saúde de uma dada população são os agentes propulsores que estruturam as intervenções e modelos de atenção em saúde.

O presente estudo apresentou limitações no que concerne a utilização de publicações brasileiras, o que carece o estudo de informações relevantes acerca das competências do enfermeiro inserido na atenção primária, em outras realidades culturais, o que ampliaria as discussões e possibilidades para este profissional.

Nesse sentido, sugere-se o desenvolvimento de estudos intervencionistas para a construção de competências adequadas à realidade local onde a Atenção Básica está inserida. Propõe-se ainda a dar início a uma nova forma de pensar e agir criticamente em enfermagem, aproximando o cuidar, educar, assistir, gerenciar e questões políticas com vistas a proporcionar mais visibilidade e reconhecimento do papel do enfermeiro nesse cenário de atuação.

## REFERÊNCIAS

- ALMEIDA M.C.P., et al. O trabalho de enfermagem e sua articulação com processo de trabalho em saúde coletiva: **rede básica de saúde**. In: Almeida MCP, Rocha SMM, organizadores. O trabalho de enfermagem. São Paulo: Cortez; 1997. p. 61-112.
- ALAINATI, Shaikhah; ALSHAWI, S.; AL-KARAGHOULI, Wafi. The effect of education and training on competency. 2010.
- ALVES, V. S. Um modelo de educação em saúde para o Programa Saúde da Família: pela integralidade da atenção e reorientação do modelo assistencial. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 9, n. 16, p. 39-52, fev. 2005.
- ATALLAH, A. N.; CASTRO, Aldemar Araújo. Evidências para melhores decisões clínicas. **São Paulo, Centro Cochrane do Brasil**, 1998.
- BEYEA, S. C.; NICOLL, L. H. Writing an integrative review. **AORN J.** Apr; v. 67, n. 4; p. 877-80. 1998.
- BENEVIDES, T. N. **competências profissionais e modernidade organizacional**: um estudo em organizações baianas. 2008. 150 p. Dissertação (Mestrado) – Universidade Salvador, UNIFACS, Salvador, 2008.
- BERALDO, C.C. **Prevenção da pneumonia associada à ventilação mecânica**: revisão integrativa. 2008. 160 p. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2008.
- BRASIL. Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). **Diário Oficial da União**, 2011.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Guia Prático do Programa Saúde da Família**, 2001.
- \_\_\_\_\_. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Painel de Indicadores SUS nº 7**. Ministério da Saúde/Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Monitoramento e Avaliação da Gestão do SUS. Panorâmico. Volume III. 2010.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Perfil de competências profissionais do agente comunitário de saúde - versão preliminar**. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. Brasília, DF, 2004.
- CAMELO, L.H.H.; ANGERAMI, E.L.S. Competência Profissional: A construção de conceitos, estratégias desenvolvidas pelos serviços de saúde e implicações para a enfermagem. **Texto Contexto Enfermagem**, v. 22, n.2, p.552-560, Florianópolis, 2013
- CAMPOS, C. M. **Saberes docentes e autonomia dos professores**. Petrópolis: Vozes; 2007.
- CASTIEL, Luis David; PÓVOA, Eduardo Conte. Evidence Based Medicine: " a new paradigm for teaching and the provision of care?". **Interface-Comunicação, Saúde**,

**Educação**, v. 6, n. 11, p. 117-121, 2002.

COLYER, Hazel; KAMATH, Purushotham. Evidence-based practice. A philosophical and political analysis: some matters for consideration by professional practitioners. **Journal of Advanced Nursing**, v. 29, n. 1, p. 188-193, 1999.

COUTINHO, Silvano da Silva. **Competências do profissional de educação física na atenção básica à saúde**. 2011. Tese de Doutorado. Universidade de São Paulo.

CSOKASY, Judith A. Building Perioperative Nursing Research Teams—Part I. **AORN journal**, v. 65, n. 2, p. 396-401, 1997.

CRUZ, Diná de Almeida Lopes Monteiro da; PIMENTA, Cibele Andrucioli de Mattos. Prática baseada em evidências, aplicada ao raciocínio diagnóstico. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 13, n. 3, Jun. 2005.

DOMENICO, Edvane Birelo Lopes De; IDE, Cilene Aparecida Costardi. Enfermagem baseada em evidências: princípios e aplicabilidades. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 11, n. 1, Fev. 2003.

DRUMMOND, J.P.; SILVA, E. ; COUTINHO, M. **Medicina baseada em evidências: novo paradigma assistencial e pedagógico**. 2 ed. São Paulo: Atheneu, 2002.

DUCCI, M. A. El enfoque laboral en la perspectiva internacional. In: OIT. OFICINA INTERNACIONAL DE TRABAJO. FORMACIÓN BASEADA EM COMPETÊNCIA LABORAL: SITUACIÓN ACTUAL Y PERPECTIVAS. Ginebra: OIT, 1996.

DURAND, T. **L'alchimie de la compétence**. Revue Francaise de Gestion, Paris, n.127, p. 84-102, Jan./Fev. 2000.

FERNANDES, M. C. **Processo de trabalho do enfermeiro na estratégia saúde da família: enfoque na gerência do cuidado**. Dissertação (Mestrado). Universidade Estadual do Ceará, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-graduação em Cuidados Clínicos em Saúde, 2012.

FLEURY, A.; FLEURY, M. T. L. Construindo o conceito de competência. **Revista de Administração de Empresas**. São Paulo, v. 44, n.1, p. 183-196, Jan./Mar. 2004.

FRENCH, Peter. What is the evidence on evidence-based nursing? An epistemological concern. **Journal of Advanced Nursing**, v. 37, n. 3, p. 250-257, 2002.

FRIEDLAND, D. J. et al. Medicina baseada em evidências: uma estrutura para a prática clínica. **Rio de Janeiro (RJ): Guanabara Koogan**, 2001.

GALVÃO, C. M. **A prática baseada em evidências: uma contribuição para a melhoria da assistência em enfermagem perioperatória**. 114 p. Tese (Livre Docência) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2002.

GANONG, L. H. Integrative reviews or nursing research. **Research in Nursing & Health**, New York, v. 10, n. 1, p.1-11, 1987.

GONÇALVES, L.D. et al. Competências gerenciais do enfermeiro nas perspectivas de um curso de graduação de enfermagem e do mercado de trabalho. **Trab. Edu. Saúde**, v.5, n.3, p. 453-472, 2007

HENEGHAN, CARL; BADENOCH, Douglas. **Ferramentas para medicina baseada em evidências**. Artmed, 2007.

INGERSOLL, Gail L. Evidence-based nursing: what it is and what it isn't. **Nursing Outlook**, v. 48, n. 4, p. 151-152, 2000.

ISERN, MT Icart. La evidencia científica: estrategia para la práctica enfermera. **Rev Rol Enfermería**, v. 22, n. 3, p. 185-90, 1999.

KAWATA, L.S. et al. O trabalho cotidiano da enfermeira na saúde da família: utilização de ferramentas da gestão. **Texto Contexto - Enfermagem**. Florianópolis, v.18, n.2, p. 313-320, 2009

\_\_\_\_\_. Atributos mobilizados pela enfermeira na Saúde da Família: aproximação aos desempenhos na construção da competência gerencial. **Rev. Esc. Enferm. USP**. São Paulo, v.45, n.2, 2011

\_\_\_\_\_. Os desempenhos da enfermeira na saúde da família - construindo competência para o cuidado. **Texto Contexto - Enfermagem**. Florianópolis, v.22, n.4, 2013

KOMESSU, Janete Hatsuko. **Assistir familiares de pacientes fora de possibilidades terapêuticas: competência do enfermeiro**. 2009. Tese de Doutorado. Universidade de São Paulo.

KRUGMAN, Mary. Evidence-based practice: The role of staff development. **Journal for Nurses in Professional Development**, v. 19, n. 6, p. 279-285, 2003.

LE DEIST, F. D.; WINTERTON, J. What is competence? **HRDI** v.8, n. 1, p. 27-46. 2005.

LEONELLO, V. M.; OLIVEIRA, M. A. C. Construindo competências para ação educativa da enfermeira na atenção básica. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 41, n. spe, Dez. 2007.

LUZ, T. R. da. **Telemar-Minas: competências que marcam a diferença**. 2001. 307 f. Tese. (Doutorado em Administração)– Centro de Pós-graduação e Pesquisas em Administração (Cepead), Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2001.

MAMEDE, F.V. et al. Assistência pré-natal: competências essenciais desempenhadas por enfermeiros. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v.13. n.1, 2009.

MANENTI, S. A. et al. O processo de construção do perfil de competências gerenciais para enfermeiros coordenadores de área hospitalar. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 46, n. 3, Jun 2012.

MARQUES, C.M.S.; EGRY, E.Y. As competências profissionais em saúde e as políticas ministeriais **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v.45, n.1, 2011.



MCMULLAN, Mirjam. Competence and its assessment: a review of the literature. **British Journal of Podiatry**, v. 8, n. 2, p. 49, 2005.

MENDES, Karina Dal Sasso; GALVÃO, Cristina Maria. Transplante de hígado: evidências para el cuidado de enfermería. **Rev Lat Am Enfermagem [revista en Internet]**, p. 915-922, 2008.

MENDES, E. V. Origem e Consolidação da Atenção Primária à Saúde e suas Interpretações na Prática Social. In: MENDES, E. V. **A Atenção Primária à Saúde no SUS**. Fortaleza: Escola de Saúde Pública do Ceará. cap.1, p. 9-12, 2002.

MENDES, Eugênio Vilaça. **Revisão bibliográfica sobre redes de atenção à saúde**. Belo Horizonte: Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais. Subsecretaria de Políticas e Ações em Saúde. Superintendência de Atenção à Saúde. Assessoria de Normalização. 2007.

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

MESTRINER JUNIOR, W. et. al. O desenvolvimento de competências em atenção básica à saúde: a experiência no projeto Huka-Katu. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, supl. 1, 2011.

MOYSÉS, S. T.; WATT, R. Promoção de saúde bucal- definições. In: BUISCHI, S. P. **Promoção da saúde bucal na clínica odontológica**. São Paulo: Artes Médicas/ EAPAPCD, 2000. p.1-22.

NASCIMENTO, D. D. G.; OLIVEIRA, M. A. C. Competências profissionais e o processo de formação na residência multiprofissional em Saúde da Família. **Saude soc.**, São Paulo v. 19, n. 4, p. 814-827, 2010.

NICOLUSSI, A. C. **Qualidade de vida de pacientes com câncer de cólon de reto: revisão integrativa da literatura**. 2008. 209 p. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2008.

NOBRE, Moacyr Roberto Cuce; BERNARDO, Wanderley Marques; JATENE, Fabio Biscegli. A PRÁTICA CLÍNICA BASEADA EM EVIDÊNCIAS. PARTE I-QUESTÕES CLÍNICAS BEM CONSTRUÍDAS. **Rev Assoc Med Bras**, v. 49, n. 4, p. 445-9, 2003.

ORGANIZAÇÃO INTERNACIONAL DO TRABALHO (OIT). **Certificação de competências profissionais análise qualitativa do trabalho, avaliação e certificação de competências: referenciais metodológicos**. Brasília; 2002.

PAIVA, K. C. M.; SANTOS JUNIOR, W. J. Competências profissionais de enfermeiros e sua gestão em um hospital particular. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v. 65, n. 6, Dez. 2013 .

PAQUAY, L et al. **Formando professores profissionais: quais estratégias? Quais competências?** 2ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2001.

PERRENOUD, P. **Construir competências desde a escola**. Porto Alegre: Artes Médicas Sul; 1999.

PESTALOZZI, Johann Heinrich. **Mes recherches sur la marche de la nature dans l'évolution du genre humain: 1797**. Payot Lausanne, 1994.

PICARRELI, V. Gestão por competências. In: BOOG, G.; BOOG, M. (Org.). **Manual de gestão de pessoas e equipes**. São Paulo: Gente, 2002.

POLIT, D. F., BECK, C. T. Using research in evidence-based nursing practice. In: Polit DF, Beck CT, editors. **Essentials of nursing research. Methods, appraisal and utilization**. Philadelphia (USA): Lippincott Williams & Wilkins; 2006. p. 457-94.

POMPEO, D. A. **Diagnóstico de enfermagem náuseas em pacientes no período pós-operatório imediato: revisão integrativa da literatura**. 2007. 184 f. Dissertação (Mestrado em enfermagem). Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2007.

RAMOS, M. N. **A pedagogia das competências: autonomia ou adaptação?** São Paulo: Cortez, 2002.

RIBEIRO, Maria Cecília. **Competência profissional: a dimensão do saber-ser ético-profissional nas práticas de saúde das enfermeiras em Unidade Básica de Saúde**. 2009. Tese de Doutorado. Universidade de São Paulo.

RIOS, T. A. **Compreender e ensinar: por uma docência da melhor qualidade**. 3ª ed. São Paulo: Cortez; 2002.

RODRIGUES, Maria José. **Estratégia de Saúde da Família em Uberlândia: avaliação segundo a visão de diferentes atores**. 2013. Tese de Doutorado.

SASTRE, R. S.; SOLIS, M. J. N. Investigar desde la teoría y la práctica. **Rev Enferm**, v. 23, n. 3, p. 184-91, 2000.

SIMPSON, Beverley. Evidence-based nursing practice: the state of the art. **The Canadian Nurse**, v. 92, n. 10, p. 22-25, 1996.

SILVA, S. E. D. et al . A educação em saúde como uma estratégia para enfermagem na prevenção do alcoolismo. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 4, p. 699-705, dez. 2007.

STARFIELD, B. **Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: UNESCO/Ministério da Saúde, 2002.

STETLER, Cheryl B. et al. Evidence-based practice and the role of nursing leadership. **Journal of Nursing Administration**, v. 28, n. 7/8, p. 45-53, 1998.

STEVENS, Kathleen R. Systematic reviews: the heart of evidence-based practice. **AACN Advanced Critical Care**, v. 12, n. 4, p. 529-538, 2001.

TITLER, M. G.; LOBIONDO-WOOD, G.; HABER, J. Uso da pesquisa na prática. **Lobiondo-Wood G, Haber J. Pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação crítica e utilização. 4ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan, p. 268-87, 2001.**

URSI, E. S. **Prevenção de lesões de pele no perioperatório: revisão integrativa da literatura.** 2005. 130 p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem Fundamental) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2005.

WITT, R. R. et. al. Competências da enfermeira na rede básica: referencial para atenção a saúde. **Online braz j nurs**, Niterói (RJ), v. 5, n. 3, Dez. 2006.

WHITTEMORE, R. Combining evidence in nursing research: methods and implications. **Nurs. Res.**, v. 54, n.1, p.56-62, 2005.

WHITTEMORE, R.; KNAFL, K. The integrative review: updated methodology. **J. Adv. Nurs.**, Oxford, v. 52, n. 5, p. 546-53, oct. 2005.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Primary health care.** WHO, p.7-10, 1978.

ZARIFIAN P. **O modelo da competência: trajetória histórica, desafios atuais e propostas.** São Paulo: Senac; 2003.

ZARIFIAN, P. **Objetivo competência: por uma nova lógica.** São Paulo: Atlas, 2001.

ZILLMER, J. G. V. et al. Avaliação da completude das informações do hiperdia em uma Unidade Básica do Sul do Brasil. **Rev. Gaúcha Enferm. (Online)**, Porto Alegre, v. 31, n. 2, p. 240-6, jun. 2010.

## **APÊNDICES**

## Apêndice A: instrumento de coleta de dados

|   |   |
|---|---|
| <b>A. Identificação</b>                           |   |
| Título do artigo                                  |   |
| Título do periódico                               |   |
| Autores   | Nome: _____<br>Local de trabalho: _____<br>Graduação: _____   |
| País  |   |
| Idioma  |   |
| Ano de publicação                                 |   |
| <b>B. Instituição sede do estudo</b>              |   |
| Hospital  |   |
| Universidade                                      |   |
| Centro de pesquisa                                |   |
| Instituição única                                 |   |
| Pesquisa multicêntrica                            |   |
| Outras instituições                               |   |
| Não identifica o local                            |   |
| <b>C. Tipo de publicação</b>                      |   |
| Publicação de Enfermagem                          |   |
| Publicação médica                                 |   |
| Publicação de outra área da saúde. Qual?          |   |
| <b>D. Características metodológicas do estudo</b> |   |
| 1. Tipo de publicação                             | <p>1.1 Pesquisa</p> <p><input type="checkbox"/> Abordagem quantitativa</p> <p><input type="checkbox"/> Delineamento experimental</p> <p><input type="checkbox"/> Delineamento quase-experimental</p> <p><input type="checkbox"/> Delineamento não-experimental</p> <p><input type="checkbox"/> Abordagem qualitativa</p> <p>1.2 Não pesquisa</p> <p><input type="checkbox"/> Revisão de Literatura</p> <p><input type="checkbox"/> Relato de experiência</p> <p><input type="checkbox"/> Outras _____</p> |
| 2. Objetivo ou questão de investigação            |   |
| 3. Amostra  | <p>3.1 Seleção</p> <p><input type="checkbox"/> Randômica</p> <p><input type="checkbox"/> Conveniência</p> <p><input type="checkbox"/> Outra _____</p> <p>3.2 Tamanho (n)</p> <p><input type="checkbox"/> Inicial _____</p> <p><input type="checkbox"/> Final _____</p> <p>3.3 Características</p> <p>Idade _____</p> <p>Sexo: M ( ) F ( )</p> <p>Raça _____</p> <p>Diagnóstico _____</p> <p>Tipo de cirurgia _____</p> <p>3.4 Critérios de inclusão/exclusão dos sujeitos _____</p> <p>_____</p>          |

|   |  |
|---|--|
| 4. Tratamento dos dados   |  |
| 5. Intervenções realizadas  | <p>5.1 Variável independente _____</p> <p>5.2 Variável dependente _____</p> <p>5.3 Grupo controle: ( ) sim ( ) não</p> <p>5.4 Instrumento de medida: ( ) sim ( ) não</p> <p>5.5 Duração do estudo _____</p> <p>5.6 Métodos empregados para mensuração da intervenção<br/>_____</p> |
| 6. Resultados   |  |
| 7. Análise  |  |
|   | <p>7.1 Tratamento estatístico _____</p> <p>7.2 Nível de significância _____</p>  |
| 8. Implicações  | <p>8.1 As conclusões são justificadas com base nos resultados<br/>_____</p> <p>8.2 Quais são as recomendações dos autores<br/>_____</p>  |
| 9. Nível de evidencia   |  |
| <b>E. Avaliação do rigor metodológico</b>   |  |
| Clareza na identificação do trajetória metodológica no texto (método empregado, sujeitos, participantes, critérios de inclusão/exclusão, intervenção, resultados) |  |
| Identificação de limitações ou vieses   |  |