

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO  
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO  
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM MATERNO INFANTIL E SAÚDE PÚBLICA

REGINA RIGATTO WITT

**Competências da Enfermeira na atenção básica:  
Contribuição à construção das Funções  
Essenciais de Saúde Pública**

Ribeirão Preto – SP

2005

REGINA RIGATTO WITT

**Competências da Enfermeira na atenção básica:  
Contribuição à construção das Funções  
Essenciais de Saúde Pública**

Tese apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/Universidade de São Paulo, para obtenção do Título de Doutora em Enfermagem.

Área de Concentração: Enfermagem em Saúde Pública  
Linha de pesquisa: Prática, saberes e políticas de saúde  
Orientadora: Profa. Dra. Maria Cecília Puntel de Almeida

Ribeirão Preto – SP

2005

Autorizo a reprodução total ou parcial deste trabalho, para qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

## FICHA CATALOGRÁFICA

Witt, Regina Rigatto

Competências da enfermeira na atenção básica: contribuição à construção das Funções Essenciais de Saúde Pública

Ribeirão Preto –SP. Ribeirão Preto, 2005.

336 p. : il. ; 30cm

Tese de Doutorado, apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP – Área de concentração: Enfermagem em Saúde Pública.

Orientadora: Almeida, Maria Cecília Puntel de.

1. Enfermagem em Saúde Pública. 2. Competência profissional. 3. Educação em enfermagem.

## FOLHA DE APROVAÇÃO

Regina Rigatto Witt  
Competências da Enfermeira na atenção básica: contribuição à construção das Funções Essenciais de Saúde Pública.

Tese apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/Universidade de São Paulo, para obtenção do Título de Doutora em Enfermagem.

Área de Concentração: Enfermagem em Saúde Pública.

Aprovada em:

Banca Examinadora

Profa. Dra. Maria Cecília Puntel de Almeida

Instituição: \_\_\_\_\_ Assinatura: \_\_\_\_\_

Profa. Dra. Roseni Rosangela Sena

Instituição: \_\_\_\_\_ Assinatura: \_\_\_\_\_

Profa. Dra. Mara Quaglio Chirelli

Instituição: \_\_\_\_\_ Assinatura: \_\_\_\_\_

Profa. Dra. Silvana Martins Mishima

Instituição: \_\_\_\_\_ Assinatura: \_\_\_\_\_

Profa. Dra. Adriana Kátia Corrêa

Instituição: \_\_\_\_\_ Assinatura: \_\_\_\_\_

## AGRADECIMENTOS

À *Professora Maria Cecília Puntel de Almeida*, pela orientação cuidadosa, pela oportunidade de compartilhar de seu conhecimento e experiência e por ter possibilitado a vivência de um intercâmbio internacional necessário à construção do conhecimento para a realização desta tese.

Às *minhas orientadoras na OPAS, Silvina Málvares e Sandra Land*, pela calorosa receptividade, pelo apoio incondicional, por terem me colocado em contato com Enfermeiras de Saúde Pública nas Américas e por terem apostado no meu trabalho.

Aos *professores da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto* e a todos outros mestres que contribuíram para a realização deste trabalho.

Aos *funcionários da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto*, que me apoiaram durante todo o doutorado, inclusive na minha estadia no exterior.

Aos *colegas da Escola de Enfermagem da UFRGS*, pelo respeito que manifestaram durante toda esta etapa de minha formação.

Em especial, a todas as *enfermeiras* que participaram desta pesquisa, por sua garra e desejo de transformar o trabalho da enfermeira na atenção básica.

À *meu pai Adauto* e à *minha mãe Thereza* (in memoriam) pelo exemplo de dedicação à profissão e aos estudos.

À *Beth*, pelo exemplo de caráter e valor humano.

À *minha mãe Vera Lia Cavalheiro*, pelo brilho que traz à minha vida com sua adoção tardia.

À *todos os meus outros pais*, mães e irmãos adotivos, que acompanham minha trajetória desde sempre.

A *minha terapeuta Marilene*, que me colocou de pé para enfrentar esta luta.

A *Mariângela e a Glaydis*, que me proporcionaram as condições físicas para enfrentar as horas no computador.

A *todas as Clarices*, que, venderam sua força de trabalho, e assumiram as minhas tarefas, de manutenção da infra-estrutura necessária à criação de um filho.

Aos *meus amigos Simone e Luis*, que me abriram seu espaço e me hospedaram em seus lares.

À *minha amiga Josilene*, pela assessoria na coleta de dados e à *Daniela*, pela infra-estrutura na base.

Às colegas *Ieda e Cristine* pela amizade e pelo apoio afetivo em Ribeirão Preto.

À *Carla* pelo companheirismo em Washington, à Solange, pelo apoio na minha adaptação no sanduíche, à Cinara, pelas traduções.

Aos *demais colegas Luis, Marisa, Amanda, Lenice, Simone pequeninha*, pelo carinho e companhia em Ribeirão Preto.

À *Pró-Reitoria de Pesquisa da USP*, pelo financiamento de minha visita a Universidade de McMaster no Canadá.

À *CAPES* pela bolsa PICDT.

## RESUMO

WITT, R. R. **Competências da enfermeira na atenção básica**: contribuição à construção das Funções Essenciais de Saúde Pública. 2005. 336 p. Tese (Doutorado em Enfermagem em Saúde Pública) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto, 2005.

Esta investigação sobre o trabalho da enfermeira, na atenção básica em saúde, tem como questão central a especificidade desse trabalho e, como objeto de estudo, as competências gerais e específicas da enfermeira e sua contribuição para a construção do Sistema Único de Saúde (SUS) e para a constituição das Funções Essenciais de Saúde Pública (FESP), com os objetivos: 1) identificar e analisar as competências gerais e específicas requeridas da enfermeira para atuação na saúde pública, a partir do trabalho realizado na rede básica de saúde; 2) compreender como essas competências estão contribuindo para o desempenho das FESP, considerando-se a forma como estão sendo construídas no atual estágio de implementação do SUS. A determinação dos locais do estudo e da escolha dos sujeitos deu-se em função da utilização da Técnica Delphi como método de investigação. Foram selecionados dois grupos de participantes: um de 131 enfermeiras que atuam na rede básica do Município de Porto Alegre, e, outro, de 144 especialistas, enfermeiras que ocupam cargos na Secretaria de Saúde do Município de Porto Alegre e docentes de enfermagem em saúde pública/comunitária/coletiva das escolas de enfermagem do estado do Rio Grande do Sul. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP. Aceitaram participar da pesquisa, e assinaram o termo de consentimento informado, 52 enfermeiras e 57 especialistas. Para a coleta de dados utilizamos três questionários. O primeiro solicitou que as participantes indicassem três competências gerais e três específicas necessárias para o trabalho da enfermeira na atenção básica. Essas foram reunidas em uma listagem para cada grupo, que foi compilada, resultando em 84 competências, 44 gerais e 40 específicas no grupo das enfermeiras e 93 no grupo de especialistas, 49 gerais e 44 específicas. O segundo questionário foi composto dessas duas listagens adicionadas de uma escala de Likert, com valores de 1 (discordo muito) a 5 (concordo muito). Devido à estabilidade das respostas em torno do escore 5, foi adotado como critério de consenso, para a análise quantitativa, o percentual de 75% para os escores 4 ou 5, resultando em 17 competências gerais e 8 específicas no grupo de enfermeiras e 19 competências gerais e 9 específicas, no grupo das especialistas. Essas competências foram classificadas em áreas de domínio: valores profissionais; comunicação; trabalho em equipe; gerência; orientada a comunidade; promoção da saúde; resolução de problemas; atenção à saúde; educacional; em ciências básicas da saúde pública. Na análise qualitativa, foram discutidos os motivos pelos quais as competências são necessárias para o trabalho da enfermeira na atenção básica, frente ao percurso da enfermagem na implantação do SUS, aos preceitos da atenção primária, aos conteúdos da atenção básica, aos enunciados de competências existentes na literatura e a como estas competências estão contribuindo para o desempenho das FESP na realidade estudada. As competências específicas refletiram atividades tradicionalmente desempenhadas pela enfermeira, a sua posição na equipe de enfermagem, a especificidade da atenção prestada por essa profissional e a necessidade de seu desenvolvimento na profissão.

Palavras-chave: enfermagem em saúde pública, competência profissional, educação em enfermagem

## ABSTRACT

WITT, R. R. **Nurse's competencies in primary health care**: contribution to the construction of the Essential Public Health Functions. 2005. 336 p. Thesis (Doctoral in Public Health Nursing) – Ribeirão Preto School of Nursing, University of São Paulo. Ribeirão Preto, 2005.

This study on nursing work in primary health care focuses on the specific nature of this work and investigates nurses' general and specific competencies, as well as their contribution to the construction of the Single Health System (SUS) in Brazil and to the constitution of the Essential Public Health Functions (EPHF). The objectives were: 1) to identify and analyze general and specific competencies required for public health nursing practice, based on primary health care practice, and 2) to understand how these competencies are contributing to the performance of the EPHF, considering how they are being developed in the current implementation stage of the SUS. Places of study and subjects were determined according to the Delphi Technique, which was the method of study. Two groups of participants were selected: one with 131 nurses who work in the primary health care system of Porto Alegre, and another with 141 specialists, who were nurses working at the Porto Alegre Health Secretariat and public/community health faculty at nursing schools in the state of Rio Grande do Sul. The research project was approved by the Ribeirão Preto College of Nursing/USP Ethics Committee. Fifty-two nurses and fifty-seven specialists accepted to participate in the study and signed an informed consent term. Three questionnaires were developed for data collection. The first asked participants to indicate three general and three specific competencies nurses need to work in primary health care. These competencies were joined in a list for each group and then compiled into 84 competencies, 44 of which were general and 40 specific, for the nursing group and 93, 49 of which were general and 44 specific, for the specialist group. The second questionnaire was composed of these two lists with a Likert scale from 1 (completely disagree) to 5 (completely agree). In quantitative analysis, due to the stability of answers around score 5, 75% was adopted as a consensus criterion for scores 4 or 5, which resulted in 17 general and 8 specific competencies for the nursing group and 19 general and 9 specific competencies for the specialist group. These competencies were classified into action areas: professional values, communication, team work, management, community oriented, health promotion, problem solution, health care, educational, in basic public health sciences. In qualitative analysis, we discussed the reasons why these competencies are necessary for nursing work in primary health care, in view of the trajectory of nursing in the implantation of the SUS, the principles and concepts of primary health care, what literature says about competencies and how these competencies are contributing to the performance of EPHF in the reality that was studied. Specific competencies reflected traditional nursing activities, the specific nature of nursing care and the need for nurses' development in the profession.

Key Words: public health nursing, professional competence, , nursing education



## RESUMEN

WITT, R. R. **Competencias de la enfermera en la atención básica**: contribución a la construcción de las Funciones Esenciales de Salud Pública. 2005. 336 p. Tesis (Doctorado de Enfermería en Salud Pública) – Escuela de Enfermería de Ribeirão Preto, Universidad de São Paulo. Ribeirão Preto, 2005.

Esta investigación sobre el trabajo de la Enfermera en la atención básica de salud tiene como cuestión central la especificidad de este trabajo y como objeto de estudio las competencias generales e específicas de la enfermera y su contribución a la construcción del Sistema Único de Salud (SUS) y a la constitución de las Funciones Esenciales de Salud Pública (FESP). Los objetivos fueron: 1) identificar y analizar las competencias generales e específicas requeridas de la enfermera para actuación en la salud pública, a partir del trabajo realizado en la red básica de salud, y 2) comprender como estas competencias están contribuyendo al desempeño de las FESP, considerando la forma como están siendo construidas en el SUS. Para la determinación de los locales de estudio y la elección de los sujetos se utilizó la Técnica Delphi como método de investigación. Fueron seleccionados dos grupos de participantes: uno de 131 enfermeras que actúan en la red básica del Municipio de Porto Alegre, y otro de 144 especialistas, enfermeras que ocupan cargos en la Secretaría de Salud del Municipio de Porto Alegre y docentes de enfermería en salud pública/comunitaria/colectiva de las escuelas de enfermería del estado de Rio Grande do Sul. El proyecto fue aprobado por el Comité de Ética de la Escuela de Enfermería de Ribeirão Preto/USP. 52 enfermeras y 57 especialistas aceptaron participar de la investigación y firmaron el término de consentimiento informado. La recopilación de datos fue realizada por medio de tres cuestionarios. En el primer se solicitó que las participantes indicaran tres competencias generales y tres específicas necesarias para el trabajo de la enfermera en la atención básica. Estas fueran reunidas en una lista para cada grupo, que fue compilada, resultando en 84 competencias, 44 generales y 40 específicas, en el grupo de enfermeras y 93, 49 generales y 44 específicas, en el grupo de especialistas. El segundo fue compuesto de estas dos relaciones, además de una escala Likert con valores de 1 (muy en desacuerdo) a 5 (muy de acuerdo). Debido a la estabilidad de las respuestas en torno del score 5, fue adoptado como criterio de consenso para el análisis cuantitativa el porcentual de 75% para los scores 4 o 5, resultando en 17 competencias generales y 8 específicas en el grupo de enfermeras y 19 competencias generales y 9 específicas en el grupo de especialistas. Estas competencias fueran clasificadas en áreas de dominio: valores profesionales, comunicación, trabajo en equipo, gerencia, orientada a la comunidad, promoción de la salud, resolución de problemas, atención a la salud, educacional, en ciencias básicas de la salud pública. En el análisis cualitativo, fueron discutidos los motivos por los cuales las competencias son necesarias para el trabajo de la enfermera en la atención básica, ante el trayecto de la enfermería en la implantación del SUS, los preceptos de la atención primaria, los contenidos de la atención básica, los enunciados de competencias existentes en la literatura y como estas están contribuyendo al desempeño de las FESP en la realidad estudiada. Las competencias específicas reflejaran actividades tradicionalmente desarrolladas por la enfermera, su posición en el equipo de enfermería, la especificidad de la atención prestada por esa profesional y la necesidad de su desarrollo en la profesión.

Palabras llaves: enfermería en salud pública, competencia profesional, educación en enfermería

## LISTA DE QUADROS

Quadro1_	População de enfermeiras do estudo e número de enfermeiras participantes por local de trabalho, Rio Grande do Sul, 2004 .....	103
Quadro 2_	Taxa de retorno dos questionários nas 3 etapas da Técnica Delphi, Rio Grande do Sul, 2004 .....	114
Quadro 3_	Funções desempenhadas pelas enfermeiras participantes da pesquisa na rede básica do Município de Porto Alegre, 2004 .....	122
Quadro 4_	Vínculo empregatício das enfermeiras participantes da pesquisa na rede básica do Município de Porto Alegre, 2004 .....	123
Quadro 5_	Tempo de trabalho das enfermeiras participantes da pesquisa na Rede Básica do Município de Porto Alegre, 2004 .....	124
Quadro 6_	Tempo de formatura das enfermeiras participantes da pesquisa da rede básica do Município de Porto Alegre, 2004 .....	124
Quadro 7_	Cursos de Especialização realizados pelas enfermeiras participantes da pesquisa da rede básica do Município de Porto Alegre, 2004 .....	125
Quadro 8_	Outros cursos realizados pelas enfermeiras participantes da pesquisa da rede básica do Município de Porto Alegre, 2004 .....	126
Quadro 9_	Tempo de trabalho das enfermeiras participantes da pesquisa que ocupam cargos na Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre, 2004	127
Quadro 10_	Tempo de formatura das enfermeiras participantes da pesquisa que ocupam cargos na Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre, 2004	127
Quadro 11_	Cursos de Especialização realizados pelas enfermeiras participantes da pesquisa que ocupam cargos na Secretaria Municipal de Porto Alegre, 2004 .....	127
Quadro 12_	Outros cursos realizados pelas enfermeiras participantes da pesquisa que ocupam cargos na Secretaria Municipal de Porto Alegre .....	128
Quadro 13_	Número de docentes participantes da pesquisa por Instituição de Ensino Superior do Estado do Rio Grande do Sul, 2004 .....	129
Quadro 14_	Carga horária semanal das docentes participantes da pesquisa nas Instituições de Ensino Superior do Estado do Rio Grande do Sul, 2004 ...	130

<b>Quadro 15_</b>	Tempo de trabalho das docentes participantes da pesquisa das Instituições de Ensino Superior do Estado do Rio Grande do Sul, 2004....	130
<b>Quadro 16_</b>	Tempo de formatura das docentes participantes da pesquisa nas Instituições de Ensino Superior do Estado do Rio Grande do Sul, 2004 ...	131
<b>Quadro 17_</b>	Cursos de Especialização realizados pelas docentes participantes da pesquisa das Instituições de Ensino Superior do Estado do Rio Grande do Sul, 2004.....	132
<b>Quadro 18_</b>	Outros cursos realizados pelas docentes participantes da pesquisa das Instituições de Ensino Superior do Estado do Rio Grande do Sul, 2004 ...	133
<b>Quadro 19_</b>	Relação entre Funções Essenciais de Saúde Pública e Competências gerais e específicas dos profissionais de Saúde Pública .....	227

## LISTA DE TABELAS

<b>Tabela 1_</b>	Competências da enfermeira na atenção básica: construção do grupo de enfermeiras por área de domínio .....	137
<b>Tabela 2_</b>	Competências da enfermeira na atenção básica: construção do grupo de especialistas por área de domínio .....	138
<b>Tabela 3_</b>	Freqüências simples e percentuais das respostas ao segundo questionário no grupo das enfermeiras: competências gerais, Porto Alegre, 2004.....	293
<b>Tabela 4_</b>	Freqüências simples e percentuais das respostas ao segundo questionário no grupo das enfermeiras: competências específicas, Porto Alegre, 2004....	295
<b>Tabela 5_</b>	Freqüências simples e percentuais das respostas ao segundo questionário no grupo das especialistas: competências gerais, Rio Grande do Sul, 2004.	297
<b>Tabela 6_</b>	Freqüências simples e percentuais das respostas ao segundo questionário no grupo das especialistas: competências específicas, Rio Grande do Sul, 2004.....	299
<b>Tabela 7_</b>	Freqüências simples e percentuais das respostas ao terceiro questionário no grupo das enfermeiras: competências gerais, Porto Alegre, 2004.....	301
<b>Tabela 8_</b>	Freqüências simples e percentuais das respostas ao terceiro questionário no grupo das enfermeiras: competências específicas, Porto Alegre, 2004....	302
<b>Tabela 9_</b>	Freqüências simples e percentuais das respostas ao terceiro questionário no grupo das especialistas: competências gerais, Porto Alegre, 2004.....	303
<b>Tabela 10_</b>	Freqüências simples e percentuais das respostas ao terceiro questionário no grupo das especialistas: competências específicas, Porto Alegre, 2004..	304
<b>Tabela 11_</b>	Freqüências média e mediana das competências gerais do segundo questionário obtidas com a Escala de Likert no grupo das enfermeiras, Porto Alegre, 2004.....	305
<b>Tabela 12_</b>	Freqüências média e mediana das competências específicas do segundo questionário obtidas com a Escala de Likert no grupo das enfermeiras, Porto Alegre, 2004.....	306
<b>Tabela 13_</b>	Freqüências média e mediana das competências gerais do segundo questionário obtidas com a Escala de Likert no grupo das especialistas, Porto Alegre, 2004.....	307

<b>Tabela 14_</b>	Freqüências média e mediana das competências específicas do segundo questionário obtidas com a Escala de Likert no grupo das especialistas, Porto Alegre, 2004.....	308
<b>Tabela 15_</b>	Freqüências média e mediana das competências gerais do terceiro questionário obtidas com a Escala de Likert no grupo das enfermeiras, Porto Alegre, 2004.....	309
<b>Tabela 16_</b>	Freqüências média e mediana das competências específicas do terceiro questionário obtidas com a Escala de Likert no grupo das enfermeiras, Porto Alegre, 2004.....	310
<b>Tabela 17_</b>	Freqüências média e mediana das competências gerais do terceiro questionário obtidas com a Escala de Likert no grupo das especialistas, Porto Alegre, 2004.....	311
<b>Tabela 18_</b>	Freqüências média e mediana das competências específicas do terceiro questionário obtidas com a Escala de Likert no grupo das especialistas, Porto Alegre, 2004.....	312

# SUMÁRIO

<b>Apresentação</b> .....	16
<b>I. Introdução</b> .....	20
<b>Objetivos</b> .....	43
<b>II. Fundamentação teórica</b> .....	45
1. As funções essenciais da saúde pública .....	46
2. O modelo de competências .....	62
2.1. O contexto do surgimento do modelo de competências .....	63
2.2. A instauração dos sistemas de competência .....	65
2.3. O modelo de competências na educação .....	66
2.4. O modelo de competências no trabalho .....	71
2.5. As abordagens do conceito de competência .....	76
3. As competências na construção do SUS e na constituição das FESP .....	81
<b>III. O percurso metodológico</b> .....	91
1. O Contexto do estudo .....	92
1.1. O estado do Rio Grande do Sul .....	92
1.2. O município de Porto Alegre .....	94
2. Locais do estudo e população de enfermeiras participantes .....	100
3. Método de pesquisa .....	105
3.1 A técnica de Delphi .....	105
3.2 Instrumentos .....	108
3.3 Procedimentos .....	112
4. Análise de dados .....	116

5 Questões éticas da pesquisa .....	119
<b>IV. Resultados</b> .....	120
1. Caracterização dos sujeitos .....	121
1.1. Enfermeiras que atuam na Rede Básica do Município de Porto Alegre .....	121
1.2. Enfermeiras que ocupam cargos administrativos na Secretaria Municipal de Porto Alegre .....	125
1.3. Enfermeiras em cargos de docência nos Cursos de Enfermagem do Estado do Rio Grande do Sul .....	128
2. As competências da enfermeira na atenção básica .....	133
2.1. Competências na área de domínio de valores profissionais .....	139
2.2. Competências na área de domínio de comunicação .....	151
2.3. Competências na área de domínio de trabalho em equipe .....	158
2.4. Competências na área de domínio de gerência .....	166
2.5. Competências na área de domínio orientada à comunidade .....	179
2.6. Competências na área de domínio de promoção da saúde .....	186
2.7. Competências na área de domínio de resolução de problemas .....	192
2.8. Competências na área de domínio de atenção à saúde .....	196
2.9. Competências na área de domínio educacional .....	209
2.10. Competências na área de domínio em ciências da saúde pública.....	215
3. A contribuição das competências da enfermeira na atenção básica para a constituição das Funções Essenciais de Saúde Pública .....	225
<b>V. Considerações Finais</b> .....	245
<b>Referências</b> .....	255
<b>Apêndices</b> .....	289
<b>Anexos</b> .....	315

*APRESENTAÇÃO*



## Apresentação

A construção de competências dos profissionais de saúde, no referencial das Funções Essenciais de Saúde Pública (FESP), faz parte de um conjunto de iniciativas que busca dar resposta às necessidades dos serviços para a resolução dos problemas de saúde, tendo em vista as transformações estruturais ocorridas nesse setor e, no mundo do trabalho, devido aos processos de globalização e integração econômica e às mudanças nos paradigmas em saúde pública.

Vinculado à adoção desse referencial, realizei um estágio no período de 01/02 a 31/05 de 2004, patrocinado pela Fundação de Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) do Ministério da Educação do Brasil.

A OPAS é uma instituição internacional que trabalha em articulação com os Ministérios de Saúde de todos os países das Américas e conta com a permanente contribuição de pesquisadores, de todos os países membros, em assessorias, consultorias e com o trabalho desenvolvido nos Centros Colaboradores, entre eles, o da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP. Por esse motivo, o estágio possibilitou o intercâmbio com pesquisadores de toda a Região das Américas.

Foram objetivos do referido estágio: 1) Conhecer o ambiente, contexto, valores, fins e expectativas em que se originou e se desenvolveu o conceito e a medição das *Funções Essenciais de Saúde Pública* (FESP) na OPAS; 2) Realizar análise bibliográfica, compilação e comparação de experiências, e produzir um marco conceitual originado da contribuição das enfermeiras às Funções Essenciais de Saúde Pública.

Contribuíram para o alcance desses objetivos as entrevistas com o Dr. Pedro Brito, Gerente da área de Desenvolvimento Estratégico da Saúde, com o Dr. Charles Godue, Chefe da Unidade de Desenvolvimento de Recursos Humanos, com o Dr. Félix Rigoli,

Assessor de Políticas e Regulação de Recursos Humanos, com a Dra. Mônica Padilha, Assessora em Gestão de Recursos Humanos, com o Dr. José Maria Marin, Coordenador da Unidade de Organização de Serviços de Saúde, com a Dra. Gisela Almeida, Especialista em Sistemas de Informação em Saúde e com o Dr. Hernán Montenegro, Assessor de Serviços de Saúde.

Além disso, foi-nos possível realizar uma extensa compilação de documentos, indicados pelas supervisoras do estágio, as Dras. Sandra Land e Silvina Málvarez e por outras pesquisadoras dos Centros Colaboradores de Enfermagem, cuja obtenção foi possível devido ao papel central que a OPAS desempenha na a discussão das questões relacionadas à Saúde Pública, sendo que a Unidade de Recursos Humanos e a Unidade de Serviços de Saúde concentram um número significativo de projetos na área de Enfermagem.

Essas atividades foram complementadas com visitas a Centros Colaboradores de Enfermagem das Escolas de Enfermagem da Universidade de Columbia e da Universidade de McMaster, que têm desenvolvido pesquisa relevante na área de competência dos profissionais de saúde e da enfermagem para a saúde pública/comunitária nos Estados Unidos e no Canadá.

O estágio possibilitou-nos a participação em várias reuniões, que forneceram elementos para compreender como a iniciativa Saúde Pública nas Américas e as FESP estão inseridas na política da Organização e conhecer o ambiente, contexto, valores, fins e expectativas em que se originaram e se desenvolveram o conceito e a medição das FESP. Tiveram contribuição específica para o trabalho de tese as reuniões da Divisão de Enfermagem do Departamento de Saúde dos Estados Unidos e a Reunião de Experts sobre o Ensino de Saúde Pública em Enfermagem, nas quais houve um enfoque na discussão do ensino da Enfermagem para o desempenho das Funções Essenciais de Saúde Pública.

O estudo das competências da enfermagem para o desempenho das FESP foi complementado com a organização de uma bibliografia comentada, realizada a partir da revisão da literatura, seguindo as línguas da Região da OPAS: inglês, espanhol e português no período de 1985 a 2004. As bases de dados pesquisadas incluíram PUBMED, para a América do Norte, e LILACS, para a América do Sul e Região do Caribe. A análise dos resumos, segundo categorias, permitiu uma visão do estado da arte dessa temática na região mencionada.

Ainda como atividade do estágio, participamos da conformação de uma rede regional de enfermeiras experts em saúde pública, com o objetivo de dar suporte às deliberações da OPAS. Essa atividade foi central para o desenvolvimento do trabalho de tese, porque mobilizou um grande contingente de enfermeiras de saúde pública da Região das Américas em torno da discussão do tema das competências da enfermeira para o desempenho das FESP. Desse trabalho resultou uma primeira relação de competências gerais e específicas da Enfermeira para o desempenho das FESP da OPAS.

Em todas as atividades citadas, foi-nos possível identificar elementos importantes para o desenvolvimento desta tese, na compreensão da discussão mundial que está ocorrendo a respeito do modelo de competências no trabalho, na educação, na gestão e na regulação do mercado de trabalho, e no aprofundamento do conhecimento a respeito das FESP.

## *INTRODUÇÃO*

## I. Introdução

Esta investigação constitui-se em um estudo sobre o trabalho da enfermeira<sup>1</sup> na atenção básica em saúde, tendo como questão central a especificidade desse trabalho e como objeto de estudo as competências gerais e específicas da enfermeira e sua contribuição para a construção do Sistema Único de Saúde (SUS) e para a constituição das Funções Essenciais de Saúde Pública (FESP).

As competências dos profissionais de saúde, no contexto das Funções Essenciais de Saúde Pública, fazem parte de um conjunto de iniciativas (COUNCIL OF LINKAGES BETWEEN ACADEMIA AND PUBLIC HEALTH PRACTICE, 2001; ASSOCIATION OF STATE AND TERRITORIAL DIRECTORS OF NURSING, 2000; ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE, 2002a; UNITED STATES, 1997), que busca dar resposta às necessidades dos serviços para a resolução dos problemas de saúde, tendo em vista as transformações estruturais ocorridas nesse setor e no mundo do trabalho devido, sobretudo, aos processos de globalização e integração econômica e às mudanças nos paradigmas em saúde pública, cujo âmbito de ação ampliou-se para incorporar, com ênfase, as dimensões internacional e local de saúde segundo a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS, 1998).

O conceito ‘Funções Essenciais em Saúde Pública’ originou-se de preocupações da Organização Mundial da Saúde com as rápidas mudanças que países de todos os níveis de desenvolvimento estão experimentando, nos seus serviços e nos seus ambientes sociais e de saúde. Para enfrentar essas situações, a questão colocada foi se é possível identificar uma série de funções em saúde pública, consideradas essenciais, porque asseguram que o sistema

---

<sup>1</sup> Optamos por utilizar o substantivo no feminino, visto que a profissão é exercida por mulheres na sua maioria.

de saúde pública continue a responder a necessidades emergentes e prioritárias de uma forma ótima, através de uma variedade de serviços de saúde pública.

Os sistemas de saúde de vários países têm tentado responder a uma crise que envolve as dimensões política, ideológica e cognitivo-tecnológica com a estruturação de reformas sanitárias. Estas reformas têm que dar resposta a perfis de saúde cada vez mais complexos, que exigem estratégias de intervenção audazes dirigidas a modificar as condições de vida, as iniquidades e os comportamentos individuais e coletivos (OPAS, 1997).

Talvez a característica mais significativa dessas reformas seja a mudança gradual, mas constante, de ênfase da prestação de cuidado ao doente em ambientes hospitalares de cuidados imediatos para a promoção de saúde e provisão de atenção na comunidade, em ambientes de atenção primária à saúde. Agregados a essa mudança estão os desenvolvimentos em tecnologias da saúde, que dão lugar a estadias mais curtas no hospital, com pessoas mais agudamente enfermas capazes de serem transferidas para casa, envolvendo atenção na comunidade. Fatores determinantes, complexos, de saúde apontam claramente para a necessidade de promover saúde preventivamente, em colaboração com indivíduos, famílias e comunidades, em lugar de esperar e tratar os resultados de uma deterioração de saúde, o que deverá ser provido sem descuido do atendimento aos casos agudos. Além disso, há um movimento simultâneo: o trabalho de equipe multissetorial e multidisciplinar. Enfermeiras trabalham como membros dessas equipes, ainda que, como profissionais, aportem sua própria contribuição, segundo o Conselho Internacional de Enfermeiras (CONSELHO INTERNACIONAL DE ENFERMEIRAS, 2003).

A noção de Funções Essenciais de Saúde Pública, assim como a de seus serviços essenciais, foi desenvolvida em alguns países da América do Norte e da Europa, a partir de 1988, e incorporada pela Organização Mundial da Saúde em 1995, com o objetivo de construir uma imagem do conceito de Saúde Pública, ou seja, a de delimitar o âmbito de sua

atuação frente às mudanças tanto demográficas e dos perfis de saúde como as estruturais dos sistemas de saúde e do próprio conceito de saúde pública (OPAS, 1997).

As Funções Essenciais de Saúde Pública têm sido definidas como um “[...] conjunto de atividades fundamentais e imprescindíveis desenvolvidas para proteger a saúde da população e tratar a enfermidade por meios dirigidos ao ambiente e a comunidade” (BETTCHER; SAPIRIE; GOON, 1998, p. 47) “[...] o conjunto de ações e responsabilidades que devem ser desenvolvidas e assumidas para a realização de seu objeto central (finalidade): o melhoramento da saúde das populações” (MACEDO, 2001, p. 14).

As FESP representam as condições que permitem um melhor desempenho da prática da saúde pública. Se as funções estão bem determinadas e incluem todas as capacidades requeridas para uma boa prática, ficará assegurado o bom funcionamento de cada um dos campos de ação ou esferas de trabalho da saúde pública (OPAS, 2001).

Nesse referencial, compete aos Ministérios de Saúde a função de reitoria setorial, dentro da qual inserem-se competências em matéria de saúde pública. Com esse entendimento, a noção de funções tem sido aplicada aos sistemas de saúde (FESP) às instituições essenciais de saúde pública (IESP) e à força de trabalho em saúde pública, neste último caso, agregando-lhe um significado mais próximo à noção de capacidades ou competências (OPAS, 1998).

A competência significa aquela qualificação, preparação ou habilidade, que é adequada a uma certa necessidade ou demanda e que tem uma expressão empírica, um correlato concreto no desempenho de instituições e pessoas (OPAS, 1998). Portanto, competência é uma capacidade distintiva que anima as instituições ou a força de trabalho. Idealmente, as capacidades institucionais e profissionais deveriam acompanhar as necessidades ou demandas da sociedade em cada circunstância, o que é difícil de satisfazer, sobretudo, em realidades sujeitas a mudanças rápidas e profundas (RUIZ, 2001).

A definição ou identificação das competências requeridas de instituições e trabalhadores permite uma maior visibilidade das novas mudanças, existindo algumas capacidades que são mais relevantes, em uma realidade determinada. As competências podem ser visualizadas em vários níveis do sistema e, em cada nível, em vários âmbitos organizacionais ou institucionais, assim como públicos ou grupos profissionais (RUIZ, 2001).

Conforme a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), o crescente impulso da descentralização na Região tornou mais visíveis as limitações e lacunas existentes no desempenho de instituições e profissionais. Repetidas consultas, a propósito do fortalecimento e desenvolvimento dos sistemas locais de saúde, assinalaram, consistentemente, a importância de uma resposta rápida e massiva às necessidades de desenvolvimento, tanto das instituições como dos recursos humanos correspondentes (OPAS, 2002b).

O objetivo principal dessa Organização é preparar e implementar um plano de desenvolvimento da força de trabalho, baseado nas competências derivadas das Funções Essenciais de Saúde Pública. O planejamento do desenvolvimento de capacidades institucionais e pessoais, como as propostas para o desempenho apropriado dessas funções, é baseado, na previsão das necessidades quantitativas das várias categorias da força de trabalho e numa clara definição da competência no trabalho da equipe e das condições organizacionais para o seu desempenho (OPAS, 2002b).

No plano de seguimento das Funções Essenciais de Saúde Pública, a OPAS considera que as enfermeiras têm um foco específico de atuação, pois elas preenchem papéis-chave em saúde pública nas Américas, necessitando de educação profissional específica e de instrumentos para praticar a interdisciplinaridade na saúde (OPAS, 2002a).

A Organização Mundial da Saúde, através do Comitê de Experts em Prática de Enfermagem, vem trabalhando para considerar, em um contexto global, a natureza essencial, ou a essência da prática de enfermagem e, a partir daí, a extensão apropriada dessa prática em



países com diferentes necessidades de saúde (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 1997a). A competência, ou habilidade de prestar serviços profissionais específicos, quando utilizada na prática, na educação e na regulação, pode ajudar a definir o papel da enfermagem e fornecer evidência do cuidado prestado (OMS, 2003). Nesse contexto, aprofundar e clarificar o campo de conhecimento da enfermagem foram identificadas, pela OPAS (2001), como necessidades, tendo em vista o planejamento dos serviços de enfermagem que contribuam para o alcance da equidade, do acesso, da qualidade e da sustentabilidade dos serviços de saúde.

A produção científica da enfermagem no Brasil, nas duas últimas décadas, apresenta uma preocupação em definir a especificidade do seu trabalho junto à equipe multiprofissional, articulando saberes interdisciplinares, sem a preocupação de ‘mercado coletivo de trabalho’ (grifo nosso), mas procurando potencializar e ampliar as ações de enfermagem para sua maior resolubilidade na assistência de enfermagem. Estes estudos mostram, de uma forma geral, que as enfermeiras têm buscado modificar sua prática, a fim de avançar no atendimento integral de saúde. No entanto, têm encontrado dificuldades na determinação de suas competências, no trabalho em equipe multiprofissional e na indefinição da programação da assistência à saúde em nível local (ANTUNES, 1996; MAGALHÃES, 1991). Essas dificuldades podem estar relacionadas ao fato de o trabalho de enfermagem, na realidade estudada, ser desenvolvido por vários agentes, com participação da enfermeira tanto na equipe multiprofissional como na de enfermagem, assumindo nesta uma posição de liderança, bem como à complexidade do cuidado e às rápidas mudanças no contexto do trabalho, que exigem competências mais amplas do que as técnicas.

A discussão das competências dos profissionais de saúde e, mais especificamente, da equipe de enfermagem na saúde pública requer a compreensão da dimensão do setor saúde e das especificidades do trabalho em saúde. O setor saúde inclui as atividades de promoção,

proteção, prevenção e de reabilitação, que compreendem desde o autocuidado e a ajuda mútua, a atenção comunitária, os serviços profissionais de saúde até o cuidado institucional especializado, incorporando o sistema de serviços de saúde, suas formas de organização e seus estilos de funcionamento (OPAS, 2000c).

No Brasil, o processo de reforma do setor saúde foi impulsionado pelo Movimento da Reforma Sanitária, parte do processo de redemocratização do país, que se propunha a expressar um projeto político de mudança de concepção e das suas práticas de saúde. Com esse movimento, houve uma ampliação do conceito de saúde, que passa a ser entendida como direito do cidadão e dever do Estado, decorrente da expansão estatal, da elaboração da legislação sanitária, a partir de 1990, e da organização dos serviços de saúde, buscando instituir um novo modelo assistencial centrado no usuário, voltado ao atendimento integral da saúde, baseado na promoção da saúde e na melhoria da qualidade de vida. Foram adotados os princípios de universalidade, integralidade e equidade, que, aliados às diretrizes de descentralização, hierarquização e participação popular, tiveram como eixo principal a municipalização da gestão da saúde.

Foram vários os avanços produzidos por essa reforma, devido à amplitude e profundidade das mudanças que determinou. Seu tortuoso processo de implantação valorizou certos componentes do sistema de serviços de saúde, tais como o financiamento, a gestão, a organização e a infra-estrutura. Em relação ao financiamento do sistema, avanços importantes foram obtidos, a partir da operacionalização da NOB-SUS/96 (Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde de 1996) com a implantação do PAB-Piso de Atenção Básica, gerando a modalidade “per capita”, com transferência regular e automática dos recursos federais para os municípios habilitados, proporcionando maior autonomia para a execução das ações e atividades de atenção básica consideradas de responsabilidade típica municipal.

O processo de descentralização convergiu para a ampliação da capacidade de governo local, associada à melhor estruturação da atenção básica (BODSTEIN, 2002). Nesse processo, a expansão da rede básica ocorreu em dois momentos: o primeiro, com a implantação do SUS, cujo processo de descentralização de ações e serviços de saúde levou municípios a ampliarem sua rede de serviços e o quadro de recursos humanos, tanto os próprios como os daqueles profissionais dos Estados e da União, que passaram a prestar serviço sob gestão das prefeituras (BRASIL, 2001). Houve um crescimento constante do número de estabelecimentos de saúde, sendo que os sem-internação determinaram o perfil da curva ascendente desse crescimento, chegando a representar 71% dos estabelecimentos em 2002 (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2002).

O segundo momento, desencadeado a partir do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) em 1991, visava atender a necessidade de reformulação do modelo assistencial, necessária para a efetiva implantação do SUS. Nesse processo, foi criado o Programa de Saúde da Família (PSF) em 1994, tanto como uma estratégia para reverter a forma de prestação de assistência à saúde – hospitalocêntrica, individualista e de baixa resolubilidade – como uma proposta de reorganização da atenção básica, tomada como eixo de reorientação do modelo assistencial (BRASIL, 1998). É inegável que, dada a dimensão na qual sua implantação vem ocorrendo, verifica-se um impacto na organização da atenção básica, talvez não alcançado em outro momento, com o Programa de Saúde da Família, implantado em 4492 dos municípios brasileiros, com 19.182 equipes, e com o Programa de Agentes Comunitários de Saúde – PACS, com 184.934 agentes comunitários de saúde, atendendo 62,5 milhões de brasileiros (COSTA, 2004).

O conceito de atenção básica, utilizado neste trabalho, aproxima-se do de atenção primária à saúde (APS), como encontrado na literatura internacional (MENDES, 2002). Esse conceito foi impulsionado pela declaração “Saúde para todos no ano 2000”, construída na

reunião anual da Organização Mundial da Saúde (OMS), conjuntamente com o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), em 1977, quando se decidiu que o objetivo principal dos governos-membros seria o alcance dessa meta, que significava um nível de saúde que permitiria a todos os cidadãos uma vida produtiva social e economicamente.

O marco histórico da atenção primária foi a Conferência de Alma-Ata. Nesta, a atenção primária foi definida como sendo:

“fundamentalmente assistência sanitária posta ao alcance de todos os indivíduos e famílias da comunidade, por meio que lhes sejam aceitáveis, com sua plena participação e a um custo que a comunidade e o país possam suportar. A atenção primária, ao mesmo tempo em que constitui o núcleo do sistema nacional de saúde, forma parte do conjunto do desenvolvimento econômico e social da comunidade” (OMS/UNICEF, 1978 p. 40).

A declaração de Alma-Ata ao enfatizar a saúde, ou o bem-estar, como um direito fundamental e uma meta social mundial, dirigia-se à situação de desigualdade na saúde das pessoas em todos os países e à responsabilidade governamental de formulação de políticas de promoção do desenvolvimento econômico, social e de saúde (BARNES et al., 1995).

No Brasil, o processo de implantação da atenção primária à saúde teve início com a experiência do PIASS – Plano de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento, baseada no trabalho desenvolvido pela Fundação de Serviço Especial de Saúde Pública – FSESP, que deu origem à discussão do Programa de Extensão das Ações Básicas de Saúde ou Prev-Saúde, discutido na VII Conferência Nacional de Saúde em março de 1980. Essas experiências e discussões foram sendo traduzidas em propostas consubstanciadas nas AIS - Ações Integradas de Saúde e, a seguir, no SUDS (Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde), criado na tentativa de aperfeiçoar as AIS e fortalecer os princípios filosóficos e organizacionais que fundamentam o Sistema Único de Saúde (SUS), definidos na VIII Conferência Nacional de Saúde em 1986, marco definitivo que fundamentou a reforma política e a legislação do setor.

Atualmente, a atenção primária encontra, no modelo descentralizado de gestão e financiamento do SUS, a responsabilidade partilhada, na busca permanente pela melhoria do acesso e da qualidade do atendimento prestado à população de seus 5561 municípios (COSTA, 2003). O trabalho, nesse nível, baseia-se em uma nova concepção de saúde, não mais centrada somente na assistência à doença, mas, sobretudo, na promoção da qualidade de vida e na intervenção nos fatores que a colocam em risco, pela incorporação das ações programáticas de uma forma mais abrangente e do desenvolvimento de ações intersetoriais.

Existem três interpretações principais da atenção primária à saúde (MENDES, 1999): como atenção primária seletiva, como o nível primário do sistema de serviços de saúde e como estratégia de organização do sistema de serviços de saúde. Essas três codificações são encontradas em vários países e, até mesmo, convivem dentro de um mesmo país. O conceito de atenção básica, utilizado neste trabalho, aproxima-se do de atenção primária à saúde como estratégia de organização do sistema de serviços de saúde, dentro de um sistema integrado de serviços de saúde, porque essa, segundo Mendes (2002), além de ser a interpretação mais correta do ponto de vista técnico e a mais ampla, pode conter, dentro de sua significação estratégica, as duas outras concepções mais restritas.

O nível local refere-se, segundo Mendes (1988), a uma concepção do processo social de organização das práticas sanitárias, redirecionando os recursos, as ações e os serviços desenvolvidos, além de uma base geográfica e burocrática, sendo que todas as instituições de saúde são membros de um sistema articulado. A rede de saúde engloba todos os postos, centros de saúde, policlínicas, hospitais gerais, públicos e conveniados, contidos em sua base geográfica, articulada com setores governamentais e não governamentais de bem-estar social e meio ambiente. No presente estudo, o recorte do objeto de estudo para a delimitação da atenção básica no nível local foi definido como o primeiro contato da população com o sistema de saúde - e o espaço onde ele se realiza, ou seja, a porta de entrada no sistema de

saúde, conforme definido na atenção primária (STARFIELD, 2002), e incluiu os postos de saúde, os centros de saúde e as equipes do PSF. A delimitação do campo da pesquisa nas unidades de saúde e nas equipes de saúde da família deveu-se ao limite de tempo para o trabalho e aos recursos disponíveis.

A organização da atenção primária à saúde deve funcionar sob os ditames da prática sanitária da vigilância à saúde a partir de serviços que dêem conta de resolver, de forma eficaz e humanizada, a maior parte dos problemas dos usuários, integrando-se com outros pontos da atenção à saúde (Mendes, 1999). Nesse nível do sistema de serviços de saúde, a combinação de um conjunto de funções define a atenção primária, que oferece a entrada no sistema para todas as necessidades e problemas, fornece atenção para a pessoa no decorrer do tempo, de forma eficaz e humanizada, para todas as condições, exceto as muito incomuns ou raras, e coordena ou integra a atenção fornecida, em algum outro lugar, por terceiros (STARFIELD, 2002).

A expansão da rede básica, impulsionada pelo processo de descentralização no Sistema Único de Saúde (SUS) (CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 1987; SECRETARIA DE POLÍTICAS DE SAÚDE, 2000), além de operar mudanças na gestão e prestação de serviços no setor, também vem transformando o mercado de trabalho em saúde, sendo que a descentralização dessa força de trabalho constitui, atualmente, uma realidade. A enfermagem tem participado significativamente desse processo, por meio da acentuada municipalização dos empregos públicos para toda a sua equipe, como também do Programa de Saúde da Família que, principalmente após 1999, tem ampliado o número de equipes no país (VIEIRA; OLIVEIRA, 2001).

O mercado de trabalho formal do setor saúde absorve aproximadamente 2,18 milhões de empregos, o que representa cerca de 8,7% do total de empregos existentes na economia formal do país. Nesse, a força de trabalho de enfermagem representa 560.856 trabalhadores,

sendo 88.952 enfermeiros, 82.627 técnicos de enfermagem e 389.277 auxiliares de enfermagem (IBGE, 2002).

Dos profissionais registrados nos Conselhos, em 2001, os maiores contingentes são os de auxiliares de enfermagem (448 mil) e de médicos (328 mil), seguidos, num patamar menor, pelos de cirurgiões-dentistas (145 mil) e de enfermeiros (90 mil). Vale ressaltar, portanto, na dimensão quantitativa, a relação médico/enfermeiro, com uma sobreoferta de médicos três vezes maior (BRASIL, 2001).

Os órgãos do poder executivo municipal correspondem à forma jurídico-institucional pública de maior peso com relação à demanda de empregos na área de enfermagem. Para os enfermeiros, o vínculo nessa esfera administrativa é de 41,58% e para o pessoal de nível técnico/auxiliar, de 58,45% , segundo fontes do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2002).

O emprego de pessoal de enfermagem soma aproximadamente 30% do total do setor. Os enfermeiros, que possuíam distribuição praticamente equivalente entre os setores público (49,76%) e privado (50,24%) em 1998, hoje estão concentrados no setor público (74%). Com relação ao pessoal de enfermagem de nível médio, observa-se que a maioria, que estava empregada em instituições privadas (60%) em 1998, hoje possui distribuição praticamente equivalente no setor público (52,6%) e no setor privado (47,39%) (IBGE, 2002).

O setor saúde, no entanto, inclui um vasto campo de prática e participação, que vai além dos seus limites. Por isso, a definição de força de trabalho não pode ser limitada às pessoas que trabalham nesse setor. A força de trabalho é multiprofissional, multissetorial, diversa e dispersa pelo país. Neste contexto, a prática de enfermagem deve ser apreendida na sua relação com outros trabalhos da saúde, reconhecendo-se a complementaridade desse trabalho com a de outros.

Com esse entendimento, a contribuição da enfermagem, articulada a dos demais profissionais do setor, depende do desenvolvimento de recursos humanos. A conjuntura atual do processo de consolidação do SUS representa importante balizamento para as propostas e as estratégias de viabilização das políticas de recursos humanos, que são destacadas pelos formuladores e gestores como prioritárias para a consecução de um Sistema Único de Saúde (SUS) democrático, equitativo e eficiente.

A saúde, tida como tendo uma função social e não somente técnica, implica em decisões políticas. Como gestor federal do SUS, o Ministério da Saúde, na gestão do Ministro Humberto Costa, assumiu seu papel no que diz respeito à formulação das políticas orientadoras da formação, distribuição e gestão dos trabalhadores de saúde, a partir da criação da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde - SEGETES. Nesse contexto, adotou uma política de educação na saúde, ressignificada em termos de educação permanente, trazendo a necessidade de a formação estar articulada à atenção que se produz em saúde e às instâncias da gestão e controle social, tendo como dispositivo os Pólos de Educação Permanente na Saúde, distribuídos em várias regiões do país (BRASIL, 2004).

Em consonância com esse movimento, em momento anterior, houve um amplo debate acadêmico e político liderado pela Rede UNIDA<sup>2</sup>, tendo em vista o processo de construção coletiva das Diretrizes Curriculares Nacionais para os Cursos Universitários da Área da Saúde, que envolveu entidades nacionais e promoveu a articulação entre instituições de formação e o sistema de saúde, na busca de um perfil profissional com competências, habilidades e conteúdos contemporâneos para atuar no Sistema Único de Saúde (SUS), considerando o processo de Reforma Sanitária Brasileira (ALMEIDA, 2003).

Essas políticas, ao mesmo tempo em que qualificam internamente o sistema de saúde, criam as condições para enfrentar um dos grandes desafios colocados ao Estado, em diversos

---

<sup>2</sup> A Rede UNIDA é um movimento que reúne pessoas, projetos e instituições comprometidos com os movimentos de mudança na formação e desenvolvimento dos profissionais de saúde e na construção de um sistema de saúde equitativo e eficaz com forte participação social.



países, e que se refere aos processos de reforma do setor saúde, desencadeados nos anos 1990, e que são conformados pelas demandas originadas da evolução demográfica e epidemiológica, do desenvolvimento tecnológico e do surgimento de novos atores (OPAS, 1997).

Essas reformas foram implantadas sob a vigência de propostas de ajustes estruturais, de avanço das idéias neoliberais, em que o debate internacional parecia sugerir fortemente a redução da presença governamental, tanto na economia como em algumas das questões sociais, chegando às propostas de redução da participação do Estado na saúde, revertendo as expectativas suscitadas pela conferência de Alma-Ata e evidenciando um contraste entre a posição brasileira e a posição defendida, por exemplo, pelo Banco Mundial (MATTOS, 2001).

Dessa forma, os processos de reforma do setor saúde se centraram principalmente em mudanças estruturais, financeiras e organizacionais dos sistemas de saúde e nos ajustes na prestação de serviços sanitários à população. A saúde pública – como responsabilidade social e institucional – foi deixada de lado, justamente quando mais atenção requeria e quando mais se precisava do apoio dos governos a fim de modernizar a infra-estrutura necessária para sua prática (LÓPEZ-ACUÑA, 2001).

O trabalho nesse setor tem ocorrido em meio à intensificação do processo de internacionalização do capitalismo com a consolidação de reformas de amplo espectro, traduzidas em políticas de perfil neoliberal, cujas principais conseqüências são a desigualdade econômica e social. No mundo do trabalho, elas se manifestam no desemprego estrutural, na reestruturação do mercado de trabalho, na flexibilidade e na desregulamentação do trabalho, na terceirização das atividades, no crescimento dos empregos precários e na exclusão de amplos contingentes de trabalhadores do mercado formal. O trabalho não-qualificado, fragmentado, repetitivo, rotineiro e prescrito, característico do modelo taylorista/fordista, é

substituído pelo trabalho polivalente, integrado, em equipe, com mais flexibilidade e autonomia (DELUIZ, 2001).

A emergência da noção de competência é, fortemente, associada a essas novas concepções do trabalho. Os objetivos da adoção do modelo das competências são adequar a formação da força de trabalho às novas exigências do sistema produtivo, possibilitando a flexibilização do mercado de trabalho e a unificação do sistema de qualificação profissional (DELUIZ, 2001).

A competência, como uma categoria de análise, ou seja, “ [...] aquela que retém historicamente as relações sociais fundamentais e pode ser considerada baliza para o conhecimento do objeto nos seus aspectos gerais” (MINAYO, 1999, p. 94), condensa, dessa forma, elementos significativos do desenvolvimento capitalista ocorrido nas últimas décadas.

A noção de competência sucede à de qualificação como conceito organizador das relações de trabalho e de formação no processo de reestruturação produtiva, com valorização dos conteúdos reais do trabalho, incluindo, para além das aquisições de formação, seus atributos pessoais, as potencialidades, os desejos, os valores. A qualificação caracterizada por esses aspectos passa a ser concebida como qualificação real e remete, sobretudo, à pessoa, indo além da relação social estabelecida entre as capacidades profissionais e sua classe de salário, sendo a visibilidade dada à qualificação real, a operada pelas competências (RAMOS, 2001).

Porém, ao enfatizarem a dimensão da subjetividade dos trabalhadores, as competências possibilitam colocar em discussão o papel dos indivíduos na produção, como sujeitos ativos, de um processo de reconstrução de suas identidades (DELUIZ, 1995). As competências no plano da construção individual e coletiva valorizariam o desenvolvimento dos sujeitos e a formação de uma consciência coletiva e emancipatória, permitindo

desenvolver o questionamento sobre a natureza e a qualidade ética do trabalho com o qual estivessem envolvidos.

Essa conjuntura impõe a necessidade da ressignificação da noção de competência (RAMOS, 2001). Assim, ressignificar a noção de competência implica em investir na dimensão cidadã do coletivo trabalhador-usuário, cujo autogoverno imprime possibilidades de mudanças e inovações às formas já dadas de organização social das práticas, na perspectiva de sua realização como ser ontológico, portador de necessidades cuja interface manifesta-se no trabalho, e que precisam ser atendidas a fim de possibilitar a sua realização como sujeito-trabalhador e sujeito-usuário.

A construção de competências da enfermeira para o trabalho na atenção básica, nesse contexto, como apreensão do saber organizado pela profissão, como produto social inserido na dimensão política das relações de trabalho, deverá ser regida por uma ética que expresse a sua utilização para a emancipação do coletivo trabalhador-usuário, e para a satisfação do objetivo social, ou seja, o atendimento integral das necessidades de saúde.

Para isso, faz-se necessário compreender a construção de competências como aprendizagem fundamental, que tem como pilares:

“ [...] aprender a conhecer, isto é adquirir os instrumentos da compreensão; aprender a fazer, para poder agir sobre o meio envolvente; aprender a viver juntos, a fim de participar e cooperar com os outros em todas as atividades humanas e finalmente aprender a ser, via essencial que integra as três precedentes. É claro que estas quatro vias do saber constituem apenas, uma, dado que existem entre elas múltiplos pontos de contato, de relacionamento e de permuta.” (DELORS, 2001, p. 90).

Nesse sentido questionamos: como deverão ser construídas as competências da enfermeira para o trabalho na atenção básica, tendo em vista a necessidade de articulação das dimensões científica, técnica, conjuntural e ético-política do trabalho em saúde, que possibilite a satisfação do objetivo social e a construção de uma consciência coletiva e

emancipatória? Para isso, qual deverá ser a ética que deve reger a articulação do saber organizado pela profissão para essas competências?

Como desdobramento desses questionamentos, elaboramos o **primeiro pressuposto** deste estudo: as competências requeridas para o trabalho da enfermeira na atenção básica constituem-se em um subsídio para a construção de referenciais que atendam as necessidades de articulação da prática, da educação e da regulação, em uma perspectiva de emancipação do trabalhador e do usuário e de humanização do cuidado à saúde.

O propósito de um referencial para a construção de competências é o de gerar um debate na sociedade (OPAS, 1998), e, no nosso caso, na equipe de saúde e na enfermagem, sobre os ideais de saúde que têm, os principais desafios a enfrentar, os grandes campos de atuação para alcançá-los e as responsabilidades correspondentes aos atores-chave, mais do que a elaboração de um marco normativo ou de uma lista exaustiva de atividades a cumprir desde uma lógica tecnocrática.

Dessa forma, a questão das competências nunca poderá ser mantida apenas no plano objetivo, como resultado de uma modelização teórica, cognitiva ou de qualquer outro tipo, pois compreende uma dinâmica que não pode ser apreendida por esses processos (SCHWARTZ, 1998). A ênfase deverá recair no processo de construção de competências, ao invés da preocupação excessiva com o produto final, em termos de resultados ou desempenhos a serem avaliados (DELUIZ, 2001).

Sendo assim, como se dá a construção das competências necessárias para o trabalho da enfermeira na atenção básica?

Segundo Perrenoud (1999), as competências são construídas somente no confronto com verdadeiros obstáculos, em um processo de projeto ou resolução de problemas. Enfrentar situações diversas requer competências também diversas. É na possibilidade de relacionar, pertinentemente, os conhecimentos prévios e os problemas, que se reconhece uma

competência, pois na vida não se é confrontado com um enunciado, mas sim com uma situação que deve, primeiro, ser transformada em problema.

A construção de competências, portanto, compreende a atuação dos trabalhadores como protagonistas e sujeitos de ação, portadores de projetos, desejos, e que apreendem o trabalho como possibilidade de transformação (ALMEIDA, 2004).

Considerando-se que as competências são construídas no trabalho, mas que refletem relações cujos contornos variam de acordo com o contexto cultural, buscamos compreender essa inter-relação a partir de dois grupos de enfermeiras: um, de trabalhadoras que exercem cotidianamente, na atenção em saúde, a sua capacidade de relacionar conhecimentos com problemas, considerando-se que as competências por elas indicadas devem refletir as suas realidades, que o processo de trabalho que estão desenvolvendo permite realizar; outro, de docentes de instituições de ensino de graduação em enfermagem e de enfermeiras que ocupam cargos nos órgãos de gestão da saúde no Estado do Rio Grande do Sul, que participam nos processos decisórios das políticas públicas locais de saúde e são formuladoras de políticas e formadoras de opinião pública.

A produção científica da enfermagem nos últimos vinte anos permite compreender como essa área tem contribuído historicamente com o desenvolvimento da atenção primária (OPAS, 2001) e das ações básicas em saúde. No Brasil, esta produção evidencia a forma de participação da enfermagem nas políticas de saúde e na expansão da rede básica. Percebe-se a preocupação com a relação entre a formação e a prática, buscando possibilidades de transformação desta e dos modelos assistenciais, em direção à integralidade da atenção à saúde. Vários estudos foram produzidos, com diferentes fundamentações teóricas. Entre esses, alguns concebem a enfermagem como trabalho e, como tal, uma prática social (VAZ, 1989; MENEZES, 1990; ALMEIDA, 1991; VERDI, 1993; LOPES, 1994; ANTUNES, 1996; CORBISHLEY, 1998; FRIEDRICH, 2000; KALINOWSKI, 2000; MAZZORANI, 2000;

THUMÉ, 2000). Outros estudos enfocam o perfil, os papéis, as funções, as atribuições e as atividades da enfermeira (ROCHA, 1986; COSTA, 1987; ASSIS, 1988; MAGALHÃES, 1991; MORETTO, E., 2000; MORETTO, M. 2000; CHEADE, 2000).

Neste mesmo movimento de resgatar e reconstruir a área de Enfermagem no trabalho em saúde, foi realizado o projeto de Classificação das Práticas de Enfermagem em Saúde Coletiva (CIPESC), projeto brasileiro, parte do projeto internacional de classificação das práticas de enfermagem (CIPE) do Conselho Internacional de Enfermagem (CIE), desenvolvido a partir de 1996.

A participação brasileira, por intermédio da Associação Brasileira de Enfermagem - ABEn, representou uma estratégia importante para descrever e categorizar as ações de enfermagem e seus resultados, possibilitando visualizar a dimensão, a diversidade e a amplitude das práticas de enfermagem no âmbito do setor saúde.

O Projeto CIPESC evidenciou duas grandes vertentes de resultados (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ENFERMAGEM, 1999):

- aquela relacionada à identificação de novos termos, ou seja, fenômenos e intervenções de enfermagem em saúde coletiva, para a Classificação Internacional da Prática de Enfermagem versão Beta;
- aquela que caracterizou o processo de trabalho de enfermagem em saúde coletiva, no contexto do Sistema Único de Saúde – SUS – na sociedade brasileira, ou seja, como o trabalho de enfermagem está conformando o modelo atual de saúde.

O projeto CIPESC permitiu visualizar como tem ocorrido o trabalho da equipe de enfermagem em saúde pública, principalmente na atenção básica, cujos agentes fazem parte de uma cultura histórica, cujo trabalho, como campo pertinente de sua atividade e de sua vida, adquire um valor patrimonial como produto e gerador de novas competências (Schwartz, 1998). O envolvimento da enfermeira nos processos de trabalho que foram sendo desenvolvidos com a implantação do SUS, a sua significativa participação na atenção

primária e na organização da rede básica, conforme refletido no projeto CIPESC, possibilitaram a elaboração do **segundo pressuposto** desta pesquisa. a enfermeira, a partir do seu envolvimento com as questões do trabalho na atenção básica, cujo percurso envolve a articulação dos trabalhos da equipe de enfermagem, da equipe multiprofissional em saúde e de atores de outros setores no atendimento integral das necessidades de saúde, constrói acumulações em seu saber-ser, que, articuladas ao seu saber-fazer, saber-aprender e saber-conviver, constituem-se em importantes elementos produtos e geradores de competências.

No contexto de relações da equipe de saúde, a enfermagem tem-se caracterizado nos serviços de saúde como uma espécie de ‘faz tudo’, sendo que em alguns momentos ela se vê até mesmo exercendo atividades de outros profissionais (ASSIS, 1988). Diante dessa situação as enfermeiras revelam-se confusas diante de seu papel, executando suas atribuições com muitas dúvidas e poucos questionamentos, não havendo consenso a respeito das suas funções nas instituições de saúde (MENEZES, 1990).

A fim de evitar a perda da identidade profissional ocasionada pela prática polivalente, envolvendo agentes terapêuticos com atribuições muito semelhantes, perdendo-se, na prática, a especificidade, Campos (1997) sugere trabalhar com os conceitos de **Campo e Núcleo de Competência e Responsabilidade** ao planejar seja a formação, seja a prática profissional em saúde.

Por **Núcleo**, entender-se-ia o conjunto de saberes e de responsabilidades específicos a cada profissão ou especialidade. O Núcleo marcaria, assim, a diferença entre os membros de uma equipe. Os elementos de singularidade que definissem a identidade de cada profissional ou especialista, conhecimentos e ações de exclusiva competência de cada profissão ou especialidade, a isso convencionar-se-ia denominar Núcleo. Por **Campo** ter-se-iam saberes e responsabilidades comuns ou confluentes a várias profissões ou especialidades (CAMPOS, 1997).

A escolha de competências gerais e específicas para o estudo do trabalho da enfermeira na atenção básica inscreve-se, como forma de organização do trabalho, na mesma lógica que os conceitos de Campo e Núcleo, pois, com o estudo das competências gerais, buscamos identificar aquelas que a enfermeira comparte com os demais membros da equipe de saúde, sendo que as específicas tratariam da especificidade do seu trabalho, aquilo que a diferencia dos demais membros da equipe de saúde.

A especificidade, nesse caso, aproxima-se do conceito de essencial, como referido nas funções de saúde pública, no que concerne aquilo que se considera fundamental e, inclusive, indispensável na realização dos objetivos e/ou na caracterização do trabalho da enfermeira na atenção básica e, como tal, uma preocupação compartilhada para identificar os seus elementos centrais, constitutivos, inerentes. Com isso, buscamos afastarmo-nos de uma concepção meramente especializada e corporativista, que toma a especificidade como delimitação de práticas exclusivas ou privativas de determinada profissão.<sup>3</sup>

Na área de saúde, o trabalho da enfermagem é desenvolvido por uma equipe que envolve, na nossa realidade, enfermeiros, técnicos, auxiliares de enfermagem e, na atenção básica, agentes comunitários de saúde. A opção pelo recorte da enfermeira como sujeito deste estudo deveu-se à necessidade de delimitar-lhe o tamanho, pois a diversidade dos processos de trabalho empreendidos por esses agentes e a complexidade do processo de investigação de competências tornariam inviável a sua extensão a toda a equipe de enfermagem ou a toda a equipe de saúde com os recursos e o tempo disponíveis.

Tomando as competências gerais e específicas para o trabalho da enfermeira, na atenção básica, como instrumento de trabalho, elaboramos o **terceiro pressuposto** desta pesquisa: a construção de competências significa estabelecer diretrizes de responsabilidade da

---

<sup>3</sup> A crise desse tipo de interpretação da prática profissional encontra-se na proposta de regulamentação do ato médico que, ao mesmo tempo em que se mostra inadequada à mudança do modelo de saúde, pois retira do usuário a posição de centralidade e compromete sua autonomia na busca da atenção a saúde, questiona a legislação das demais profissões, regidas nos mesmos moldes.



enfermeira baseado em conhecimentos, habilidades e atitudes que, mobilizados de forma complementar com os de outros profissionais, contribuirão para reorientar o processo de trabalho e construir novas práticas sociais necessárias à transformação das práticas em saúde e em Enfermagem na atenção básica, na implementação do SUS e na constituição das FESP.

As vantagens e justificativas em definir claramente as competências esperadas do profissional, indicadas na literatura, são: a oportunidade para ele refletir sobre a natureza do seu trabalho inserido em uma estrutura mais ampla do que tem sido feito; a de estabelecer publicamente o que os membros de uma profissão estão habilitados a fazer e o que o público pode razoavelmente esperar deles; a de providenciar metas mais claras do que as que normalmente existem para as instituições de ensino e para os programas de educação permanente; a de tornar mais claro para o estudante o que dele será esperado alcançar como um recém-formado ou como alguém buscando uma especialidade ou um status avançado (GONCZI, 1994).

Estudos realizados para identificação das competências de médicos e enfermeiras para o trabalho na atenção primária e na comunidade, têm sido oferecidas por Kenyon et al. (1990), Lane e Ross (1994), Nickel et al. (1995), Gebbie e Hwang (2000), Diekemper, Smithbattle e Drake (1999a; 1999b), Silva (1998), Silva e Tanaka (1999). Esses esforços, embora conduzidos separadamente, e por tratarem da delimitação de uma área ainda pouco explorada, apresentam convergências, que referem-se principalmente às competências de comunicação, educacionais, de trabalho em equipe e de gerência. No Brasil, os estudos sobre competências dos profissionais na atenção primária em saúde foram realizados por Silva (1998) e Silva e Tanaka (1999), enfocando, porém, apenas as competências gerais e não as específicas. Esses estudos buscaram apreender as competências a partir do consenso entre vários atores profissionais de saúde pública ou comunitária, docentes, administradores, alunos.

O caminho metodológico tomado no presente estudo diferencia-se dos demais porque as competências, para as quais buscamos o consenso, foram indicadas por dois grupos de enfermeiras: o daquelas que trabalham em serviços de atenção básica, consideradas sujeitos no processo de construção de competências, buscando apreender ‘o que se faz’ e não ‘o que deve ser feito’ (grifos nossos), e o daquelas que atuam como docentes de ensino superior ou em cargos administrativos no SUS, e que contribuíram como formadores de recursos humanos e formuladores de políticas para a construção das referidas competências.

Esta diferença de inserção das enfermeiras não significa que as primeiras estejam construindo competências que reflitam apenas o seu processo de trabalho. Segundo Deluiz (2001), as competências não podem ser retiradas somente do conteúdo do trabalho, pois refletem relações de poder entre interlocutores sociais envolvidos no processo de produção de bens e de serviços, cujos contornos variam historicamente e de acordo com cada contexto cultural. Isso faz com que, mesmo no grupo das enfermeiras, as competências construídas, possam refletir estas relações, seja no relacionamento com os outros profissionais ou com as políticas de saúde.

Uma profissão passa por alterações e transformações ao longo de sua existência devido a múltiplas determinações como, por exemplo, o desenvolvimento tecnológico e o processo de trabalho, sendo que novas práticas são incorporadas continuamente ao trabalho, determinando novas competências. Sendo assim, tendo em vista a complexidade do trabalho em saúde, as mudanças no mundo do trabalho, as exigências colocadas pelo referencial das FESP, indagamos: quais competências deverão ser construídas tendo em vista as especificidades do trabalho da enfermeira na atenção básica no Brasil?

A fim de contribuir para o estudo das Funções Essenciais de Saúde Pública a partir da discussão das competências da enfermeira na atenção básica, foram elaborados os objetivos explicitados a seguir.

*OBJETIVOS*

## Objetivos

1. Identificar e analisar as competências gerais e específicas requeridas da enfermeira para atuação na saúde pública, a partir do trabalho realizado na rede básica de saúde.
2. Compreender como as competências gerais e específicas das enfermeiras na atenção básica em saúde estão contribuindo para o desempenho das Funções Essenciais de Saúde Pública, considerando-se a forma como essas competências estão sendo construídas no atual estágio de implementação do SUS.

*FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA*

## **II. Fundamentação teórica**

O referencial de Funções Essenciais de Saúde Pública e o Conceito de Competência, articulados aos princípios do SUS, fundamentam teoricamente este trabalho. Uma explanação de suas origens, motivações, conceitos, expressões e de como têm sido apropriados pela enfermagem será apresentada a seguir, visando fornecer elementos para a discussão da construção das competências da enfermeira na atenção básica, articulada ao contexto histórico-social e político da organização do setor público dos serviços de saúde do Brasil, a partir da interlocução com a literatura nacional e internacional e, finalmente, como contribuição à constituição das FESP.

### **1. As Funções Essenciais de Saúde Pública**

As contribuições da saúde pública como campo teórico e de prática são mais que evidentes nos processos de reforma do sistema de saúde, seja na identificação dos seus determinantes sobre os quais um sistema de saúde reformado deve atuar, seja na formulação de políticas de saúde e intersetoriais ou na avaliação dos efeitos das mudanças introduzidas nas organizações e nos modelos de atenção, financiamento, regulação e prestação (OPAS, 2000a).

Essas reformas têm que dar resposta a perfis de saúde mais e mais complexos, que exigem estratégias de intervenção audazes, dirigidas a modificar as condições de vida, as iniquidades e os comportamentos individuais e coletivos (OPAS, 1997). Macedo (2001) destaca que a saúde pública convencional já não é suficiente para enfrentar os desafios antes indicados. Para esse autor

“ [...] a saúde pública não é uma “ciência” nem uma disciplina. Os conhecimentos que requer para sustentar sua prática são previstos por diversas disciplinas articuladas em função de seu objeto. Esta articulação do conhecimento em função de seu uso (prática), em uma dimensão interdisciplinar, é a essência epistemológica da saúde pública, que pode transcender, às vezes, as disciplinas que lhe servem, mas sem constituir uma disciplina específica” (MACEDO, 2001, p. 7).

A saúde pública, no referencial das FESP, encontra-se em primeiro plano para análise das transformações do setor saúde. Nas últimas décadas, o conceito de saúde pública evoluiu em várias dimensões, como dever do estado, como campo de profissionalização e de conhecimento e, sobretudo, mais recentemente, como compromisso da sociedade com seus ideais de saúde (OPAS, 2000a). A nova visão da saúde pública implica um enfoque ampliado do conceito de políticas de saúde e de seus atores sociais relevantes. Essa elaboração baseia-se no reconhecimento de práticas sociais geradoras de saúde e de sua expressão setorial em Funções Essenciais de Saúde Pública.

O conceito de saúde pública que sustenta a definição das FESP é o da ação coletiva do Estado e da sociedade civil para proteger e melhorar a saúde dos indivíduos. É uma noção que vai além das intervenções de base populacional ou comunitárias e que inclui a responsabilidade de assegurar o acesso a cuidados de saúde de qualidade, não visualizando a saúde pública como disciplina acadêmica, mas prática social interdisciplinar (OPAS, 2002b).

Nesse sentido, as tarefas dos distintos atores sociais interessados na saúde estão sendo denominadas genericamente “Funções Essenciais de Saúde Pública”. A OPAS formulou esta proposta de sistematização e discussão para contribuir para tal redefinição. Trata-se, fundamentalmente, de colocar os processos de reforma em um marco social mais amplo, de manter a visão claramente posta nas finalidades de saúde e bem-estar da população, que se perseguem, e de reconhecer e legitimar um universo grande e rico de práticas sociais de produção de saúde. Com essa perspectiva é possível estabelecer uma distinção entre os fazeres da sociedade em seu conjunto, isto é, **práticas sociais**, as atribuições do estado, **funções**

**essenciais**, e as responsabilidades e competências das instituições e agências públicas e privadas que oferecem os **serviços de saúde** (OPAS, 1998, 2000a).

Foram propostos quatro agrupamentos de práticas sociais orientadas às seguintes ações:

- desenvolvimento e fortalecimento de uma cultura de vida e saúde pública;
- construção de ambientes saudáveis e “controle” de riscos e danos à saúde coletiva;
- construção de cidadania e de capacidade de participação;
- atenção às necessidades e demandas por serviços de saúde (MACEDO, 2001, p. 12).

As práticas sociais adquirem uma expressão correspondente no setor saúde, em termos de promoção da saúde da perspectiva de seus múltiplos determinantes, de vigilância e proteção da saúde, da condução própria do setor e da organização da oferta de serviços de saúde.

Dessa forma, o âmbito da política de saúde e da saúde pública começa a exceder os marcos limitados das tradições políticas, planos e fazeres do setor, para considerar os fatores de condições de vida e bem-estar social. Isso tem significado a necessidade de que a saúde pública seja revisada e recolocada como um campo de intervenção intersetorial no qual diversos atores sociais, e não somente o governo e os provedores dos serviços médicos de saúde, preocupam-se, com os fatores determinantes e condicionantes do estado de saúde, decidem e intervêm sobre eles (OPAS, 1997).

O universo de políticas e de relações resultantes do desempenho das funções compreende o espaço correspondente ao setor saúde, dentro de um contexto político, econômico e social, e o espaço internacional (OPAS, 2000c).

O contexto político, econômico e social configura um espaço de políticas e de atores externos ao setor, mas altamente relevantes para a produção social da saúde constituindo um



campo das políticas públicas saudáveis, da ação intersetorial nos âmbitos local, estadual e nacional. Este âmbito inclui, entre outros, os setores econômicos, do ambiente, do trabalho, da educação, transporte, urbanismo, habitação e segurança pública, incorporando as instituições do setor público, organizações não-governamentais e comunitárias, empresas e instituições do setor privado (OPAS, 2000c).

O discurso internacional sobre funções e sobre serviços essenciais de saúde pública ganhou força nos últimos anos, não existindo, entretanto, um conceito predominante ou uma aceitação generalizada sobre o significado e as implicações de sua definição (OPAS, 1998).

O termo 'funções centrais da saúde pública' entrou para o vocabulário através do relatório de um projeto do Instituto de Medicina da Academia de Ciências dos Estados Unidos (IOM), realizado em 1988, que resultou na indicação de três funções-chave: análise/avaliação de situações-problema, desenvolvimento de políticas necessárias (de assistência/previdência ou promoção) e garantia de provisão de serviços necessários para alcançar objetivos acordados. A saúde pública, nestes contexto, foi entendida como aquilo que a sociedade faz para assegurar condições necessárias para manter a saúde da população, envolvendo o atendimento de situações agudas, crônicas e de crise (INSTITUTE OF MEDICINE, 1988).

Esse relatório recomendou funções específicas para cada nível governamental:

Local \_ Avaliação e monitoramento dos problemas locais de saúde; desenvolvimento de políticas e liderança em questões locais; garantia de acesso a serviços de saúde de qualidade;

Estadual \_ Avaliação estadual e desenvolvimento de objetivos em saúde; garantia de uma base estatutária adequada; acesso a um conjunto básico de serviços essenciais de saúde pública; suporte para a capacidade localmente instalada;

Federal \_ Desenvolvimento e disseminação de conhecimento; estabelecimento de objetivos e prioridades nacionais; assistência técnica para estados e localidades; fundos para fortalecer a capacidade do estado; garantia de serviços de interesse público.

Ao mesmo tempo em que a trilogia de três funções centrais: análise/avaliação de situações-problema, desenvolvimento de políticas e garantia de provisão de serviços tem sido muito útil no âmbito da comunidade de saúde pública, ela se mostrou abstrata a ponto de necessitar de maiores explicações para ser útil em contextos práticos.

O Centro de Controle e Prevenção de Doenças (CDC) dos Estados Unidos e organizações de autoridades de saúde locais produziram listas mais detalhadas daquilo que a saúde pública realizou no início da década de 1990, mas a falta de um vocabulário comum trouxe confusão a muitos. Por essa razão, um grupo representando líderes dos órgãos de saúde pública em nível federal e importantes associações nos Estados Unidos organizou um Comitê Diretor em Funções de Saúde Pública, cujo trabalho resultou no documento: *A Saúde Pública nos Estados Unidos* (PUBLIC HEALTH IN AMÉRICA, 1994). Esse documento inclui um enunciado de visão geral "pessoas saudáveis em comunidades saudáveis", a afirmação de uma missão (promover a saúde física e mental e prevenir doenças, danos e incapacidades) e seis enunciados acerca das responsabilidades da saúde pública:

- Prevenir epidemias e a disseminação de doenças;
- Proteger contra ameaças à saúde, provenientes do meio ambiente;
- Prevenir danos;
- Promover o comportamento saudável;
- Reagir em situações de desastre e auxiliar comunidades em recuperação;
- Assegurar a acessibilidade a serviços de saúde de qualidade.

Sobre essa base foram definidos posteriormente os serviços essenciais de saúde pública (Anexo A), denominação adotada nos Estados Unidos, cujo conteúdo corresponde estruturalmente ao de funções essenciais de saúde, mas que tem uma conotação diferente em relação às Funções Essenciais de Saúde Pública da OPAS, já que o conceito desta última corresponde, conforme a Associação de Diretores de Enfermagem Estaduais e Territoriais (ASTDN, 2000), além das responsabilidades do Estado, a uma abrangência maior em termos de responsabilidade da sociedade (MARÍN, 2004).<sup>4</sup>

Nos últimos anos, foram realizados importantes esforços para buscar uma melhor definição e medição das FESP. Entre eles cabe destacar o Programa Nacional de Medição de Padrões de Desempenho da Saúde Pública (NPHPSP) do Centro de Controle e Prevenção de Doenças (CDC) nos Estados Unidos (TURNOCK et al., 1994) e o Estudo Delfi realizado pela OMS (BETTCHER; SAPIRIE; GOON, 1998).

O Programa Nacional de Medição de Padrões de Desempenho da Saúde Pública, através de um esforço colaborativo entre várias organizações nos Estados Unidos, desenvolveu padrões para avaliar o desempenho dos Serviços Essenciais de Saúde Pública nos sistemas estaduais e locais de saúde. Um trabalho colaborativo com a Organização Pan-americana da Saúde (OPAS), para compartilhar experiência na avaliação do desempenho e capacidade da infra-estrutura de saúde pública, buscou construir uma visão comum dos Serviços Essenciais de Saúde Pública dos Estados Unidos e das Funções Essenciais de Saúde Pública da OPAS (TURNOCK, et al., 1994).

Em 1997, a Organização Mundial da Saúde - OMS recomendou que o estudo de referências de identificação das Funções Essenciais de Saúde Pública – FESP fosse dirigido à utilização do conceito como um instrumento de implementação para a renovação da política

---

<sup>4</sup> MARÍN, J. Organização Pan-Americana da Saúde. Coordenador da Unidade de Organização de Serviços de Saúde. **Entrevista pessoal** dada à pesquisadora por ocasião do estágio no exterior, realizada no dia 15 de março de 2004.

de “Saúde para Todos” no século 21. Para isso, um estudo internacional foi conduzido, a fim de aprimorar o conceito de Funções Essenciais de Saúde Pública, obter um consenso internacional a respeito de quais funções constituem as FESP e determinar quais Funções Essenciais de Saúde Pública serão mais importantes no futuro (BETTCHER; SAPIRIE; GOON, 1998).

No estudo, conduzido em 67 países de todas as regiões da OMS, com 145 participantes, houve consenso de que: I) as FESP não precisam ser assumidas por agências ou serviços governamentais, mas podem ser desenvolvidas por organizações não-governamentais, pela comunidade e setor privado; II) como os determinantes das condições de saúde não estão confinados a esse setor, as funções de saúde pública podem também ser desenvolvidas por outros setores; III) todas as FESPs são importantes o suficiente para que sua implementação deva ser monitorada por agências governamentais; IV) embora as funções de saúde pública sejam usualmente descritas como sendo dirigidas a toda a população, em certas situações essas funções serão dirigidas a populações específicas, como migrantes e pobres (BETTCHER; SAPIRIE; GOON, 1998).

Macedo (2001) reconhece, porém, que a produção de bens públicos ou de grande externalidade e a realização de atividades reconhecidas como responsabilidade do Estado continuam sendo uma parte importante do fazer em saúde pública. O Estado é a principal instituição social, tem papéis fundamentais, talvez, o mais importante deles no mundo atual, seja o de ampliar a ação pública, mediante a mobilização e articulação dos atores sociais de “caráter público” não estatal, em uma ação sinérgica para propósitos comuns, sem menosprezo de suas responsabilidades diretas que não possam ou não devam ser delegadas, ou de muito difícil delegação em circunstâncias concretas.

As FESP são consideradas essenciais se promovem a saúde e previnem ou protegem a população dos principais riscos para a saúde, sendo que algumas funções de saúde pública são

tão importantes que países de todos os níveis de desenvolvimento deveriam garantir o seu desempenho mínimo. Elas devem estar sempre presentes, pois constituem também a matriz para a construção da infra-estrutura operacional de uma saúde pública efetiva, dentro das circunstâncias e possibilidades de cada âmbito de trabalho (macrorregional, nacional, regional e local) (MACEDO, 2001).

Compreendendo o desenvolvimento de recursos humanos como elemento no fortalecimento da infra-estrutura, o ‘Comitê Diretor em Funções de Saúde Pública’, responsável pela construção dos Serviços Essenciais de Saúde Pública nos Estados Unidos, designou um ‘Sub-Comitê em Força de Trabalho em Saúde Pública, Treinamento e Educação’, encarregado de prover um perfil da força de trabalho e analisar questões de treinamento e educação, incluindo o desenvolvimento de currículos e a educação à distância para assegurar uma força de trabalho competente para desempenhar as Funções Essenciais de Saúde Pública. Um dos resultados do trabalho desse sub-comitê foi uma estrutura de competências relacionadas aos serviços essenciais de saúde pública, elaborada com a finalidade de atender a necessidade de desenvolver currículos baseados em competências (UNITED STATES, 1997).

Como forma de contribuir com a implementação de alguns termos incluídos no relatório desse Sub-Comitê, o ‘Conselho de Integração entre Academia e Prática de Saúde Pública’ (COL), uma iniciativa que reúne organizações da prática e do ensino de saúde pública nos Estados Unidos, desenvolveu Competências Essenciais para os Profissionais de Saúde Pública (Anexo B) (COUNCIL, 2001). Estas competências são o resultado da colaboração de muitos profissionais do ensino e da prática da saúde pública e têm sido aplicadas juntamente com os serviços essenciais de saúde pública.

Um grupo de organizações de enfermagem em saúde pública dos Estados Unidos, reunidas sob a denominação de Conselho ‘Quad’, determinou a aplicação dessas

competências em dois níveis de prática: no papel da enfermeira generalista e no papel da gerente/especialista/consultora. No processo de construção dessas competências, a estrutura organizada pelo COL não pode ser modificada, por motivo de propriedade intelectual. O foco do trabalho foi então compreender como as enfermeiras aplicam essas competências e o nível de desempenho esperado para cada enunciado. Por isso, devido ao fato de a estrutura desenvolvida pelo COL conter competências integradas de todos os profissionais de saúde pública, ela não contém competências que são específicas para a enfermagem de saúde pública (THE QUAD COUNCIL, 2003).

A primeira iniciativa para relacionar a enfermagem às Funções Essenciais de Saúde Pública foi em 1993, a partir de um relatório das Diretoras de Enfermagem em Saúde Pública de Washington, da Associação de Diretoras Estaduais e Territoriais de Enfermagem (ASTDN). Nesse documento, para as funções de Avaliação, Desenvolvimento de Políticas e Garantia da Provisão de Serviços foram organizadas atividades de enfermagem em três níveis fundamentais de serviços - para o indivíduo, para a família e para a comunidade (CONLEY; DAHL, 1993) (Anexo C).

Em um outro momento, a prática de enfermagem foi relacionada às funções e aos serviços essenciais de saúde pública em um enunciado emitido pela ASTDN para descrever a enfermagem em saúde pública a partir de um marco referencial que influenciou um número de esforços nos Estados Unidos e que partiu da idéia de que os serviços essenciais explicam as funções centrais e são gerenciados em conjunto como parte do sistema público de saúde. Nesse referencial estão descritas as atividades que deverão ser desenvolvidas pelas enfermeiras para o desempenho dos serviços essenciais de saúde pública (Anexo D) (ASTDN, 2000), preconizando que enfermeiras de saúde pública estejam engajadas diretamente nas atividades interdisciplinares das funções centrais de saúde pública. O papel dessas enfermeiras deve ser de prevenção de agravos à saúde, de doenças, ou da incapacidade, a promoção da

saúde e a manutenção da saúde de populações. A enfermagem de saúde pública é considerada a prática de promover e proteger a saúde das populações, usando conhecimento derivado da enfermagem, das ciências sociais e da saúde pública. Com esse entendimento, as competências para o trabalho da enfermeira de saúde pública para cada função incluem (THE QUAD COUNCIL, 1993):

- a) Análise/avaliação de fatores de risco à saúde e indicadores de doença:
  - avaliar dados demográficos, epidemiológicos e bioestatísticos para antecipar e identificar riscos e padrões de morbidade e mortalidade;
  - avaliar comportamentos de saúde em mudança e padrões que têm o potencial de colocar a população em risco;
  - determinar outros indicadores para monitorar as dimensões do estado de saúde avaliados pela comunidade;
- b) Desenvolvimento de políticas para reduzir problemas de saúde:
  - analisar dados para identificar problemas de saúde potenciais e atuais;
  - trabalhar para desenvolver parcerias e estratégias dirigidas aos problemas de saúde identificados;
  - participar do desenvolvimento de políticas de saúde advogando pelas necessidades das crianças, famílias, grupos e comunidades.
- c) Garantia de provisão de serviços, cujas atividades promovam a efetiva implementação de políticas:
  - assegurar a provisão de serviços apropriados para atingir resultados de cuidados de saúde esperados;
  - monitorar o acesso, utilização e adequação dos serviços de saúde para a comunidade, incluindo populações-alvo e com acesso limitado;

- participar do desenvolvimento de sistemas e programas para promover resultados positivos de saúde para a comunidade;
- trabalhar para implementar a melhoria contínua da qualidade para sistemas de cuidados de saúde na comunidade;
- prover consultoria especializada de enfermagem de saúde pública para grupos e organizações na comunidade.

As funções essenciais dos sistemas de saúde pública também foram definidas em outros países na última década, entre eles a Austrália, a Inglaterra e o Canadá. Na Austrália, uma Declaração de Funções Essenciais de Saúde Pública (Anexo E) foi desenvolvida a partir de um estudo Delphi realizado com profissionais responsáveis pela prática e pelo desenvolvimento de políticas em saúde pública e por pesquisadores de todo o país (GEBBIE, 2002). Na Inglaterra, essas funções (Anexo F) estão descritas em um dos documentos a respeito da reforma do sistema nacional de saúde, que propõe a abrangência de um sistema moderno de saúde pública. No Canadá, as funções centrais de saúde pública são: avaliação da saúde da população; vigilância à saúde; promoção da saúde; prevenção de agravos e doenças; proteção à saúde (SULLIVAN, 2004).

Na versão mais recente das FESP da OPAS, a promoção da saúde, sua base paradigmática e suas propostas estratégicas passaram a ocupar uma posição central. Esse enunciado difere ligeiramente daquele comumente utilizado nos Estados Unidos, que consta do documento A Saúde Pública nos Estados Unidos (PUBLIC HEALTH IN AMÉRICA, 1994) e da proposta inicial baseada no Estudo Delphi (BETTCHER; SAPIRIE; GOON, 1998). Para Kickbusch (2001), a proposta da Organização avançou em relação às anteriores, visto que considera valores e dimensões políticas e sociais que as propostas iniciais não consideraram.



A iniciativa “Saúde Pública nas Américas” da OPAS examina, de forma particular, o avanço conquistado nas definições anteriores das FESP e determina em que esferas coincidem os diferentes enfoques (MACEDO, 2001). O alcance da iniciativa pode resumir-se nos seguintes pontos: 1) promover nas Américas um conceito comum da saúde pública e suas funções essenciais; 2) criar um marco para a avaliação do desempenho das FESP aplicável a todos os países americanos; 3) avaliar a prática da saúde pública em cada país, baseando-se na avaliação do desempenho das FESP; 4) propor um plano continental de ação para fortalecer a infra-estrutura e melhorar a prática da saúde pública; 5) publicar “O estado da saúde pública nas Américas”, documento que oferecerá um panorama do grau em que se estão sendo cumpridas as Funções Essenciais de Saúde Pública nas Américas (LOPEZ ACUÑA et al., 2001). Os principais resultados do desenvolvimento dessa iniciativa encontram-se publicados no livro “Saúde Pública nas Américas” (OPAS, 2002b).

Essa iniciativa apresenta a definição e medição das FESP como base para melhorar a prática da saúde pública e fortalecer a liderança da autoridade sanitária em todos os níveis do Estado. Ela é coordenada pela Divisão de Desenvolvimento de Sistemas e Serviços de Saúde, incluindo todas as unidades técnicas da Sede e as Representações da OPAS. A Organização criou um instrumento para a medição do desempenho das FESP, conjuntamente com os Centros para o Controle e Prevenção de Enfermidades dos Estados Unidos (CDC) e o Centro Latinoamericano de Investigação em Sistemas de Saúde (CLAISS). Além disso, a iniciativa tem-se beneficiado da participação e dos comentários de uma rede internacional de instituições e experts no âmbito da saúde pública (LOPEZ ACUÑA et al., 2001).

Desse trabalho, resultou a mais recente relação de funções essenciais (OPAS, 2000b):

1. Monitoramento, avaliação e análise da situação de saúde da população;
2. Vigilância, investigação e controle de riscos e danos em saúde pública;
3. Promoção da saúde;
4. Participação dos cidadãos em saúde;

5. Desenvolvimento de políticas e capacidade institucional de planificação e gestão em saúde pública;
6. Fortalecimento da capacidade institucional de relação e fiscalização em saúde pública;
7. Avaliação e promoção do acesso equitativo da população a serviços de saúde necessários;
8. Desenvolvimento de recursos humanos e capacitação em saúde pública;
9. Garantia e melhoria de qualidade dos serviços de saúde individuais e coletivos;
10. Investigação em saúde pública;
11. Redução do impacto de emergências e desastres em saúde.

Para cada FESP foram descritas definições e construídos padrões, indicadores, medições e submedições de desempenho. Segundo Lopez Acuña et al. (2001), a medição do desempenho tem por objetivo identificar globalmente as fortalezas e debilidades da prática da saúde pública. Além disso, permite um diagnóstico operativo das áreas do seu fazer que requeiram maior apoio para fortalecer a infra-estrutura de serviços de saúde pública, entendida em sua mais ampla acepção, isto é, incluindo as capacidades humanas e as instalações e equipamentos necessários para seu bom desempenho. Para alcançar esse objetivo é importante que a decisão de medir o desempenho esteja seguida do desenvolvimento de instrumentos que possam aperfeiçoar-se continuamente até alcançar um “ótimo razoável”, a fim de permitir sua utilização rotineira nos distintos níveis nos que se exerce a saúde pública na Região. O desenvolvimento de instrumentos para medir o desempenho das FESP implica um amplo processo de definição da função a medir, dos indicadores e normas de desempenho, além das medições e submedições que servirão de verificadores.

O conceito de função faz referência a um papel que implica as seguintes três dimensões: a) a noção de propósito ou de finalidade, equivalente à razão de ser; b) a noção de sistema, isto é, um conjunto de ações relacionadas, incluindo a idéia de uma hierarquia de agrupamentos de propriedades ou de atividades, as quais convergem para um mesmo

propósito e c) a noção de desempenho para alcançar o propósito, que representa, por sua vez, uma medida do nível de efetividade e da convergência das partes para alcançar a finalidade. O conceito de função carrega também uma conotação de responsabilidade, de prestação de contas. A função não pode ser considerada como equivalente a uma tarefa, um serviço ou um programa, que têm um caráter operativo em relação à função (OPAS, 1997).

As funções de saúde pública podem ser **genéricas** e **específicas**. As primeiras são as que não têm um objeto próprio, colaborando com a realização do objetivo central da saúde pública em cada campo de ação ou objeto específico em que essa atue. São funções como as de “regulação”, “fiscalização” ou “informação”. As **funções específicas** são aquelas que se referem às responsabilidades ou aos objetivos definidos como próprios, específicos da saúde pública em uma circunstância dada. Por exemplo, o “controle de enfermidades” ou ainda a “vigilância epidemiológica” (MACEDO, 2001; LOPEZ-ACUÑA et al., 2001).

As funções podem ser ainda **finalistas** ou **instrumentais**. Com relação aos objetivos últimos do sistema de saúde, as **funções finalistas** são aquelas que contribuem diretamente para a realização de objetivos, tais como a promoção da saúde, o controle de riscos e danos, a proteção do ambiente e a qualidade da atenção. As **funções instrumentais** são aquelas que servem aos objetivos em forma mediata, criando ou contribuindo para a criação de condições ou outros elementos para a realização de ações finalistas, tais como o monitoramento e análise da situação de saúde, o desenvolvimento de recursos humanos, a informação pública ou a regulação (MACEDO, 2001; LOPEZ-ACUÑA et al., 2001).

A necessidade, em um contexto de mudanças profundas e aceleradas, de um enunciado genérico de política que sirva de orientação na complexidade das mudanças não deve perder de vista a essência do que se deseja alcançar e da razão de ser do setor saúde. Essencial, portanto, não é entendido como equivalente ao básico, como o mínimo indispensável, nem como o prioritário, mas como o relevante e legítimo para o funcionamento ótimo de um

sistema (OPAS, 1997). Essencial é o que se considera fundamental e inclusive indispensável na realização dos objetivos e/ou na caracterização da saúde pública como tal (MACEDO, 2001).

Ainda que a qualificação essencial encontre uma acepção variada, sua utilização freqüente manifesta uma busca crescente de orientação e ordenamento, transmitindo uma preocupação compartilhada para identificar os elementos centrais, constitutivos, inerentes a determinados campos de atuação em saúde em meio às transformações aceleradas dos contextos, dos paradigmas e das dinâmicas institucionais em jogo.

As FESP remetem à montagem institucional e social que requerem as responsabilidades para seu desempenho, ressaltando a importância crítica não somente de serviços e programas, mas também de competências, recursos, relações, sistemas e valores (OPAS, 2000a).

Consideradas desde a perspectiva da sociedade, colocam a saúde pública no primeiro plano para a análise das transformações do setor. Requerem, portanto, a exploração de suas implicações para o desenvolvimento dos sistemas e serviços de saúde e a identificação correspondente, a um nível operativo, dos serviços essenciais de saúde pública, assim como para o desenvolvimento dos recursos humanos em saúde. A participação da academia e a prática de saúde pública em um processo dessa natureza resultam de particular interesse, tanto em termos da elaboração das funções e da busca de novos consensos sociais como de suas implicações em seus trabalhos de intervenção, educação e investigação (OPAS, 2000a).

Importantes avanços na identificação das formas de participação da enfermagem no desenvolvimento das Funções Essenciais de Saúde Pública, promovidos pela OPAS, incluem "A Enfermagem de Saúde Pública e as Funções Essenciais de Saúde Pública: bases para o exercício profissional no século XXI" (OPAS, 2002a), publicação baseada em uma reunião celebrada em junho de 2001 na sede da OPAS em Washington, D.C. Nesse mesmo sentido,

uma reunião na Universidade de Colúmbia foi realizada em junho de 2002, cujo objetivo foi a análise e a socialização das experiências da América Latina e Caribe em temas relacionados com a aplicabilidade das Funções Essenciais de Saúde Pública em diferentes cenários de prestação de serviços de saúde à população. No desenvolvimento dessas ações, é necessário destacar a ampla e decidida participação das enfermeiras da América Latina e do Caribe, contribuindo à implementação de ações relacionadas com as funções essenciais da saúde pública. Como decisão política, também há o Plano de Serviços de Enfermagem 2002-2005 da Organização Pan-Americana da Saúde, que propõe empreender um processo de definição de competências mínimas por cada uma das categorias de pessoal de enfermagem para executar as funções de saúde pública essenciais e, com base nisso, projetar um programa de capacitação nos níveis diferentes de enfermagem e programas de educação contínua (OPAS, 2002b).

Os propósitos da definição das Funções Essenciais de Saúde Pública e competências incluem, entre outros, a orientação curricular e o desenvolvimento de conteúdo de educação em saúde pública em programas de capacitação e educação continuada de profissionais no campo, acesso às capacidades e às necessidades da força de trabalho e o fortalecimento da credibilidade dos profissionais de saúde pública.

A Organização Pan-Americana de Saúde (RUIZ, 2001) tem, como uma de suas principais linhas de ação, a definição das competências a serem incorporadas no marco estrutural das respostas educacionais, utilizando como marco as tendências sociais e de saúde da região. Com esse entendimento, foram propostas as seguintes competências para a planificação das respostas educacionais para profissionais de saúde pública: analíticas, culturais, educacionais, de comunicação, de gestão da informação, e competência em ciências básicas da saúde. Outras competências gerais propostas nesse documento são a utilização de novos tipos de enfoques para o trabalho em equipe, a realização de auto-aprendizagem

permanente, a flexibilidade de adaptação às novas modalidades de organização e de condições de trabalho, a predisposição para incorporar as inovações e avaliar seus desempenhos de forma contínua.

No contexto de construção de competências para o desempenho das FESP, o desenvolvimento da força de trabalho em saúde pública consiste de uma abordagem integrada e complexa, que envolve os serviços de saúde, o mercado de trabalho, os sindicatos, as organizações profissionais e as instituições formadoras.

Existe uma condição especial da função essencial de desenvolvimento de recursos humanos e capacitação em saúde pública. Ela é aquela sem a qual as outras dez funções não podem ser desempenhadas; ou seja, ela é polivalente em relação às outras dez funções essenciais e estratégica para o desempenho das demais que as autoridades de saúde pública devem prover.

A construção de competências no referencial das Funções Essenciais de Saúde Pública e sua repercussão nos processos de desenvolvimento de recursos humanos implica, portanto, na compreensão da emergência da noção de competência como categoria ordenadora da relação trabalho-educação, dentro do contexto no qual se desenvolveu o modelo de competências e que será discutido a seguir.

## **2. O Modelo de Competências**

A instauração do modelo de competências é um movimento social amplo e irreversível que se concretiza na instauração dos sistemas de competência, cujas principais conseqüências fazem sentir-se nos mundos da educação e do trabalho. Optamos por fazer uma explanação das transformações ocorridas nesses setores, primeiramente, a fim de poder discutir as concepções de competência apresentadas na literatura.

## 2.1. O contexto do surgimento do modelo de competências

A noção de competência sucede à de qualificação, como conceito organizador das relações de trabalho e de formação no processo de reestruturação produtiva. O termo qualificação, expresso pelo nível de conhecimento especializado, contribuiu para a formulação dos códigos das profissões e para sua classificação no plano da hierarquia social.

Sob a predominância do taylorismo-fordismo o conceito de qualificação esteve restrito às relações diretas, por um lado, com a formação e com os diplomas e, por outro, com os códigos das profissões. A certeza do emprego era motivada pela crença na relação linear escolaridade-formação-emprego. Os objetivos científicos do currículo transformaram-se em análises das funções de ocupações e profissões industriais, expressas em termos de aprendizagem. Os profissionais formados mediante currículos científicos viriam a constituir o terceiro insumo ou fator de produção, ao lado das máquinas e das matérias-primas.

A crise do emprego, acompanhada do fim da ilusão planificadora e dos novos métodos de gestão, contribuiu para a deterioração do conceito de qualificação, na sua dimensão conceitual, tanto no que se refere à dificuldade de repertoriar o conteúdo dos empregos quanto na sua relação com os diplomas e com as perspectivas de desenvolvimento de uma carreira linear e crescente, possibilitado pelo sistema de classificação vigente.

Ao lado da retração do emprego industrial, ampliam-se as atividades de serviço, às quais os métodos e parâmetros clássicos de investigação da qualificação dos postos de trabalho não se adaptam plenamente. O emprego industrial reconfigura-se também em função da automação – a gestão de eventos e a polivalência realçam o valor do trabalho real em detrimento da prescrição – tornando as características dos empregos mais instáveis.

A relevância que adquire a noção de competência frente ao conceito de qualificação enfraquece algumas das dimensões desta última, provocando a crise do valor dos diplomas e das trajetórias lineares e rígidas de profissionalização e de classificação profissional. Com

essa transposição, o indivíduo evolui de uma lógica de ter (ter uma qualificação, ter conhecimentos), a uma lógica de ser (ser competente, ser qualificado).

Porém, para Ramos (2001, p. 283), “ [...] a competência não substitui a qualificação, mas a desloca para um plano secundário, como forma de se consolidar como estratégia ordenadora da relação trabalho-educação.” As alterações produzidas por esse modelo resultam em deslocamento de noções: dos saberes à competência, na esfera educativa; da qualificação à competência, na esfera do trabalho (DESAULNIERS, 1997).

A partir de uma flexibilidade não só técnico-instrumental como também intelectual, o modelo de competências requer maior nível de escolaridade dos trabalhadores, já que, para a tarefa cotidiana, são necessários recursos e capacidades infinitamente mais vastos que os que são explicitados (ROSA, 2000). O trabalhador polivalente, multiqualificado deve exercer, cada vez mais, funções abstratas e executar, cada vez menos, trabalho manual.

As mudanças na gestão da produção dão destaque à comunicação e supõem o deslocamento da produção de mercadoria à produção de serviço. Os empregadores substituem, cada vez mais, a exigência de uma qualificação, ainda muito ligada, a seu ver, à idéia de competência material, pela exigência de uma competência que se apresenta como uma espécie de coquetel individual, combinando a qualificação, em sentido estrito, adquirida pela formação técnica e profissional, ao comportamento social, à aptidão para o trabalho em equipe, à capacidade de iniciativa, ao gosto pelo risco. O desenvolvimento dos serviços exige, pois, cultivar qualidades humanas que as formações tradicionais não transmitem, necessariamente, e que correspondem à capacidade de estabelecer relações estáveis e eficazes entre as pessoas (DELORS, 2001).

O diploma deixa de ser o único ou principal pressuposto para o emprego e passa a concorrer com as formações ditas qualificantes, que visam à adaptação ao emprego. A escolaridade e a formação transformam-se, na verdade, numa aposta incerta, em que as



perspectivas de emprego ou auto-emprego dependem, exclusivamente, de atributos individuais (RAMOS, 2001).

O profissional passa a lidar com os momentos de crise quando ele pode mobilizar um saber em ato, contextualizado e construído na interação do indivíduo com a situação. Esse saber não é de ordem estritamente técnica nem unidimensional, mas transversal às especialidades técnicas. O profissional teria uma visão mais global do que o especialista, colocando em prática os fragmentos emprestados a diferentes especialidades e fazendo uma combinação criteriosa desses fragmentos como fruto de sua própria experiência.

## **2.2. A instauração dos sistemas de competência**

A institucionalização do modelo de competências tem levado à discussão da necessidade de sua regulação geral, a partir de um novo sistema coletivo para regular os meios de acesso ao emprego ou de uma regulação a partir de acordos bilaterais entre empregador e empregado. Um terceiro sujeito social – o governo – é convocado a dar materialidade a essa convergência, impulsionando as políticas que integram esses projetos.

Três pontos de consenso podem ser indicados: a) a necessidade de acordos em torno de sistemas para reconhecer competências ou a competência profissional de um indivíduo que não esteja baseada somente nos diplomas educacionais; b) a necessidade de os sistemas educacionais serem geridos para desenvolver competências profissionais; c) a necessidade de oferecerem-se aos indivíduos, incluindo os desempregados, iguais oportunidades de desenvolver suas competências ao longo de uma carreira (RAMOS, 2001).

Analisar/identificar/repertoriar permanentemente as competências requeridas pelos empregos e as adquiridas pelos trabalhadores, reformar os sistemas de educação geral e profissional e implantar projetos de educação permanente são iniciativas propostas para o

atendimento das necessidades acima apresentadas e que têm no modelo de competências uma base para sua implantação.

### 2.3. O modelo de competências na educação

As origens da educação e do treinamento baseadas na competência estão no movimento americano dos anos 1960, da pedagogia com base no desempenho ou pedagogia de domínio, como também foi chamada, e no modelo de educação e treinamento baseado na competência, surgido nos anos 80, e que constituiu a base das políticas de formação e capacitação de trabalhadores.

Nesse segundo momento, existem pelo menos dois movimentos significativos de apropriação da noção de competência nos diversos países: a) a introdução de uma nova abordagem da formação e aprendizagem profissional baseada nessa noção; b) a adaptação da formação profissional existente ao aparecimento de novas competências resultantes das novas formas de organização do trabalho e do novo tipo de recrutamento das empresas.

Devido à necessidade de reformar e modernizar as instituições de formação profissional, utiliza-se da competência profissional para sair de uma estrutura baseada na oferta em direção à outra mais vinculada às demandas do mercado de trabalho. A proposta seria de gerar padrões de qualidade em relação aos quais podem-se medir os resultados da formação específica.

A idéia que se difunde quanto à apropriação da noção de competência pela escola é que ela seria capaz de promover o encontro entre formação e emprego, ajudando na formulação de um código de comunicação entre as instituições formativas e as organizações produtivas. Em relação aos conteúdos da formação, o sistema de competência poderia orientar e renovar as políticas e as ações educacionais, gerando parâmetros permanentemente renováveis (RAMOS, 2001).

A competência profissional responde à necessidade de gerar referenciais para ordenar e criar uma oferta formativa de qualidade que permita elevar o nível de qualificação dos trabalhadores de um determinado setor de atividade.

A preocupação central das políticas que têm esse marco conceitual não é tanto o desenvolvimento de sistemas externos às instituições formativas, mas a construção de mecanismos de diálogo que aproximem os sujeitos sociais do mundo produtivo e que permitam a construção de referenciais (mais do que normas) a partir dos quais pode-se redesenhar e atualizar os processos formativos. Externamente à organização, as normas geram um sistema de informação sobre o que os processos produtivos demandam dos trabalhadores, convertendo-se em elementos orientadores para o sistema educativo. Ela deve ser conformada pelos conhecimentos, habilidades, destrezas, compreensão e atitudes que podem ser identificadas na etapa de investigação das competências profissionais para um desempenho competente em uma determinada função produtiva. A norma permite, também, descrever a capacidade de uma pessoa para obter resultados de qualidade no desempenho eficiente e seguro de uma atividade; a capacidade para resolver os problemas emergentes no exercício da função produtiva e a capacidade para transferir os conhecimentos, habilidades e destrezas que já possui, a outros contextos profissionais.

A construção da norma depende de como interpretar distintos contextos e situações e, portanto, do método de investigação de competências. Com isso, pode-se chegar a normas duras, baseadas em critérios relacionados a resultados diretos obtidos pela análise funcional, a normas brandas, derivadas da abordagem condutivista e a normas contextuais, derivadas da abordagem construtivista (RAMOS, 2001).

As normas expressam um objetivo, um resultado esperado e não uma metodologia de como aprender e chegar ao resultado. Enquanto os resultados da investigação de competências

expressam o que o trabalhador deve ser capaz de fazer, os currículos estabelecem as estratégias para construir essa capacidade.

A questão das competências e da relação conhecimentos/competências, constante das reformas curriculares, está consubstanciada na Educação Baseada em Competências. Esta é uma forma de educação que deriva do uso de um currículo derivado de uma análise de um perfil atual ou futuro e que procura certificar-se dos progressos dos estudantes, baseados no desempenho demonstrado em alguns aspectos daquele perfil (LANE; ROSS, 1994).

A estruturação das respostas educacionais, com base nas competências, exige as seguintes ações em forma permanente:

- identificação das competências necessárias de sistemas, instituições e profissionais;
- revisão e análise das áreas críticas do desempenho de instituições e trabalhadores (habilidades, atitudes e conhecimentos) e do conhecimento (teórico e metodológico) disponível;
- ajuste ou formulação de respostas educacionais (temas, métodos e modalidades idôneos) (RUIZ, 2001).

No Brasil, a formação de enfermagem vem sofrendo, há algum tempo, um processo de discussão e reformulação em função das mudanças políticas de saúde e no modelos assistenciais. O currículo vigente desde 1972 mostrava-se inadequado para atender as demandas de formação, o que gerou um processo de discussão e mobilização nacional por parte das entidades representativas e instituições de ensino de Enfermagem, visando a elaboração de uma proposta de currículo mínimo para os cursos de graduação, o que resultou na regulamentação do novo Currículo Mínimo de Enfermagem (BRASIL, 1994).

As escolas ainda se encontravam em fase de adaptação ao novo Currículo, quando, em 1996 foi promulgada a lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional – LDB, que extinguiu os currículos mínimos dos cursos de graduação e estabeleceu as diretrizes curriculares como responsáveis pelos rumos da formação superior (BRASIL, 1996).

Nesse processo, como tarefa coletiva dos trabalhadores de enfermagem, houve o debate ampliado e democrático em vários eventos, entre estes os Seminários Nacionais de Diretrizes para a Educação em Enfermagem no Brasil - SENADEN, quando foram discutidas e elaboradas as diretrizes curriculares para a formação dos profissionais de Enfermagem, nos diversos níveis, à luz da Lei de Diretrizes e Bases da Educação. A participação das escolas de Enfermagem de todo o país propiciou a elaboração de uma proposta nacional na qual se traçava o perfil do profissional, as competências e as habilidades, os conteúdos essenciais, a duração e estruturação modular do curso, estágios e atividades complementares (SEMINÁRIO NACIONAL DE DIRETRIZES PARA A EDUCAÇÃO EM ENFERMAGEM NO BRASIL, 1998, p. 1).

O discurso sobre competências, que atravessou a discussão sobre a formação de pessoal para o setor saúde desde que foi introduzido pela LDB, no entanto, não deixava claro qual o conceito e competência adotado, seja do ponto de vista teórico ou operacional para as escolas de enfermagem. Meyer e Kruse (2003), ao questionar os múltiplos sentidos contidos nesse termo, sustentam que embora sua adoção esteja legalmente sustentada e seja oficialmente incentivada, ainda é necessário um debate acerca da sua incorporação nas propostas de formação profissional.

Em evento posterior (SEMINÁRIO NACIONAL DE DIRETRIZES PARA A EDUCAÇÃO EM ENFERMAGEM NO BRASIL, 2000) discutiu-se a necessidade da articulação político-pedagógica que viabilizasse uma Enfermagem voltada para as necessidades de sua clientela, a partir da construção de projetos político-pedagógicos que

possibilitassem a formação de profissionais capazes de buscar constantemente o conhecimento para solucionar os problemas que se apresentassem das mais diversas formas e com habilidade de apropriar-se das informações e transformá-las em conhecimento, num processo crítico e reflexivo, tendo compromisso com a transformação social. Dentre as propostas desse debate podemos citar o Projeto Político-Pedagógico do Curso de Enfermagem da Faculdade de Medicina de Marília, vinculado ao Projeto UNI e à Fundação Kellogg (CHIRELLI, 2002).

A resolução do Conselho Nacional de Educação/Câmara de Educação Superior, número 3/2001, que trata das Diretrizes Curriculares Nacionais de Enfermagem, estabeleceu competências gerais e específicas tendo em vista a formação de enfermeiros (BRASIL, 2001). A análise dessas e de outras Diretrizes Nacionais de Cursos de Graduação da área da Saúde, acrescentadas da análise de outros documentos e de uma articulação entre as instituições de formação e o sistema de saúde, permitiu a construção coletiva das Diretrizes Curriculares Nacionais para os Cursos Universitários da Área da Saúde, na busca de um perfil profissional com competências, habilidades e conteúdos contemporâneos para atuar no Sistema Único de Saúde (SUS), considerando o processo de Reforma Sanitária Brasileira. Com essas diretrizes, buscava-se contemplar, na formação, o modelo de promoção à saúde, preconizado para o país, a atenção integral da saúde num sistema hierarquizado de referência e contra-referência e o trabalho em equipe, esperando-se do profissional, a capacidade de promover estilos de vida saudáveis, conciliando as necessidades individuais com as da comunidade, atuando aí como agente de transformação social (ALMEIDA, 2003).

## 2.4. O modelo de competências no trabalho

No trabalho, a noção de competência, original das ciências cognitivas, surge com uma marca fortemente psicológica para interrogar e ordenar práticas sociais. Começou a ser utilizada na Europa a partir dos anos 1980, tendo sua origem nas Ciências da Organização.

Segundo Burg, Loyd e Templeton (apud SILVA, 1998) definições de competência têm sido desenvolvidas na medicina desde os anos 1970. Na enfermagem, a Conferência Australiana de Autoridades em Enfermagem começou, em 1986, a desenvolver competências para o registro e inscrição de enfermeiras.

Zarifian (1999) atribui sua emergência às mudanças na organização do trabalho e às relações sociais ocorridas no interior das empresas. Os efeitos sobre os conteúdos profissionais devem-se à superação da organização prescrita nos procedimentos de trabalho. As prescrições não desaparecem, mas, ao invés de alcançar o conteúdo do trabalho propriamente dito, fazem-no em relação às missões e aos objetivos conferidos às equipes de assalariados. A não prescrição dos procedimentos de trabalho e a aproximação entre lógica industrial e lógica de serviço são inovações que o toyotismo traz para o fordismo.

No caso da gestão do trabalho por competência, a contratualização das relações sociais é do tipo liberal individualista, modelada na idéia do contrato civil entre indivíduos, e não na idéia do contrato social entre agregações coletivas de interesses sociais divergentes. A contratualização liberal não reconhece o conflito e a luta como elementos estruturais do combate. Pelo contrário, substitui-os pelo assentimento passivo a condições supostamente universais, consideradas incontornáveis. Perdendo seu estatuto político de sustentação de cidadania, o contrato de trabalho transforma-se em contrato de direito civil, enquanto o contrato social que presidiu a produção de serviços públicos nos Estados de Bem-Estar Social e no Estado desenvolvimentista reduz-se ao contrato individual e ao consumo de serviços privatizados (SANTOS, 1999).

A competência é tomada como categoria ordenadora das relações sociais de trabalho internas às organizações produtivas, portanto, apropriada à gestão da flexibilidade técnica e organizacional do trabalho. Contudo, a competência cumpre também o papel de ordenar as relações sociais de trabalho externamente às organizações produtivas, que assim analisada, associa-se fortemente à noção de empregabilidade.

O profissionalismo estende-se para além da obtenção de um emprego e de fazer um trabalho bem feito. Esse novo profissionalismo implica, primeiro, estar preparado para a mobilidade permanente entre diferentes ocupações numa mesma empresa, entre diferentes empresas e, até mesmo, para o subemprego ou para o trabalho autônomo. Segundo, pressupõe admitir que o exercício da atividade profissional pode evoluir do restrito plano operatório – em que o valor está na execução correta e precisa das tarefas – para um plano também reflexivo, quando se tem de enfrentar a complexidade dos processos, compreendendo-os e dominando-os.

A idéia de organização qualificante parte do pressuposto de que as estratégias de competitividade estariam levando as empresas a uma aproximação maior com seus clientes e usuários, deslocando o propósito do trabalho da produção de mercadorias para a produção de serviços.

A gestão por competência e sua perspectiva qualificante e de aprendizado adapta-se à precarização das relações de trabalho, mediante o desenvolvimento de um tipo de autonomia tanto individual quanto coletiva, dirigida ao interior e ao exterior da empresa. Ela se manifesta na capacidade de responder positivamente aos eventos que ocorrem durante o processo de trabalho e na condição que permite ao indivíduo mudar de emprego numa mesma empresa ou de uma empresa para outra ou mesmo de um setor de atividade para outro.



Conferir autonomia aos trabalhadores individuais e coletivos é uma estratégia de competitividade das empresas isoladas, mas é, também, uma forma de buscar suprimir os antagonismos entre trabalho e capital (RAMOS, 2001).

A atenção do trabalhador deslocar-se-ia da conduta individual das máquinas para os processos de trabalho. Nesse sentido, parece que as competências podem ser reveladas à medida que as características não automatizáveis são reconhecidas como atributos especificamente humanos.

O trabalho passa a ser compreendido como uma série de eventos (situações singulares que se entrecrocaram), relacionando-se uns com os outros, num regime de modificação (e não de repetição) da maneira de produzir. Esses eventos devem ser analisados, crítica e sistematicamente, quando possível, e antecipados preventivamente. O processo de trabalho deixa de ser compreendido como uma seqüência de fatos previsíveis para ser considerado uma seqüência de eventos (ZARIFIAN, 1996).

Além da abordagem *eventual* da atividade produtiva, os outros aspectos que caracterizariam a organização qualificante seriam a reorganização da atividade industrial sobre uma base comunicacional e a possibilidade de seus membros reelaborarem os objetivos de sua atividade de trabalho. Uma das maneiras de tornar qualificante esse tipo de gestão da produção é considerar a imprevisibilidade como origem e ocasião de aprendizagem. As formas de aprender frente aos eventos são explorá-los sistematicamente, de maneira a compreender suas causas e implicações, explorar um evento pelas escolhas de soluções possíveis para responder a uma categoria de problemas e aprender com sucesso uma diversidade de situações profissionais, cada uma delas comportando elementos parcialmente novos.

No âmbito do trabalho, analisar/identificar/repertoriar permanentemente as competências requeridas pelos empregos e as adquiridas pelos trabalhadores exige que elas competências se tornem visíveis, ao máximo, para que sejam avaliadas.

Nesse contexto, a regulação profissional, cuja estruturação em distintas realidades ocorre a partir de diferentes agentes reguladores (conselhos profissionais, órgãos governamentais) cumpre o papel de credenciar indivíduos ou instituições como expressão de que padrões específicos foram atingidos. Um mapa ocupacional descrevendo competências tem como finalidades: assegurar que uma ocupação pode prestar o serviço de que uma população necessita, habilitar uma categoria para a prática profissional após a formação específica, registrar profissionais vindos de outros países ou de outros programas, desenvolver padrões para programas educacionais e validar as competências profissionais (OMS, 2003).

Na enfermagem, esse movimento tem sido incorporado pelas suas organizações de representação internacional, sendo que duas organizações de reconhecida liderança em termos de políticas de Enfermagem e de Saúde Pública emitiram documentos recomendando a adoção de competências, o Conselho Internacional de Enfermeiras (CIE) e a Organização Mundial da Saúde (OMS).

O Conselho Internacional de Enfermeiras, considerando o processo de globalização, com migração de profissionais de enfermagem em todo o mundo, elaborou competências para a enfermeira generalista para ajudar a clarificar o papel das enfermeiras e guiar os acordos de mútuo reconhecimento e os programas de licenciamento entre os países (Anexo G) (CIE, 2003).

A Organização Mundial da Saúde, em suas direções estratégicas, recomenda o desenvolvimento de metodologias e sistemas para monitorar os serviços de enfermagem, os seus níveis, assim como as práticas e os instrumentos para a política de recursos humanos na área. A partir de uma preocupação com a falta de pessoal experiente de enfermagem para

atender às principais demandas de saúde pública, em face dos processos migratórios e das políticas de recursos humanos, publicou um documento que visa instrumentalizar os países a utilizar o referencial de competências na regulação, educação e gerenciamento de recursos humanos de enfermagem (OMS, 2003).

Padrões e Abrangência da Prática de Enfermagem em Saúde Pública foram desenvolvidos pela Associação de Enfermeiras dos Estados Unidos. Nesse documento estão descritos os princípios, as atividades, as responsabilidades éticas e de educação e dois tipos de padrões de prática: um, de cuidados e outro, de desempenho profissional (AMERICAN NURSES ASSOCIATION, 1999) (Anexo H).

O processo desenvolvido no Canadá foi impulsionado pela Associação Canadense de Enfermeiras e desenvolvido pela Associação Canadense de Enfermeiras de Saúde Comunitária, com o objetivo de estabelecer padrões para a certificação profissional destas, sendo que a estrutura de competências desenvolvida por essa associação visa fornecer subsídio para a elaboração do exame de certificação de enfermeiras no país (COMMUNITY HEALTH NURSES ASSOCIATION OF CANADA, 2003) (Anexo I).

No Brasil, o Projeto de Profissionalização dos trabalhadores da Área de Enfermagem/PROFAE, elaborou documentos de referências conceituais para a organização de um sistema de competências, que inclui uma norma para a certificação de competências do auxiliar de enfermagem (BRASIL, 2000).

Hoje, três são as principais matrizes referenciais dos métodos de investigação de competência: a condutivista, utilizada predominantemente nos Estados Unidos; a funcionalista, que se tem tornado hegemônica e a construtivista, de origem francesa.

O uso mais corrente do termo qualificação relacionou-se aos métodos de análise ocupacional, que visavam identificar as características do posto de trabalho e delas inferir o perfil ocupacional do trabalhador apto a ocupá-lo. O aporte principal da investigação de

competência continua sendo a análise ocupacional (ou análise dos empregos, ou, ainda, Job Evaluation). Uma abordagem de mesma raiz, mas que é considerada superior à análise ocupacional é a análise funcional. A matriz condutivista considera as competências superiores e, por isto, analisam as atividades desenvolvidas pelos experts com vistas a levar o conjunto de trabalhadores a um estágio equivalente de desempenho. O conceito de padrão tem sido utilizado com esse objetivo, embora em alguns documentos apareça como equivalente ao de competência (CIE, 2003).

A investigação de competências conduzida neste estudo buscou os elementos centrais, constitutivos, inerentes à prática de enfermagem na atenção básica. A abordagem que adotamos se aproxima da abordagem construtivista com origem na França, e que tem como característica a contribuição dos trabalhadores, buscando construir uma análise integrada e participativa dos processos de trabalho. A adoção dessa abordagem de investigação deve-se ao entendimento da competência como a mobilização de um saber em ato, construída na relação com o outro, ou seja, no processo cotidiano de trabalho.

## 2.5. As abordagens do conceito de competência

A literatura corrente sobre a noção de competência assinala, em termos gerais, que ela é a capacidade de articular e mobilizar conhecimentos, habilidades e atitudes, colocando-os em ação para resolver problemas e enfrentar situações de imprevisibilidade em uma dada situação concreta de trabalho e em um determinado contexto cultural.

A legislação internacional tem-se utilizado primordialmente da seguinte classificação formulada pela Organização Internacional do Trabalho (OIT): competências básicas, genéricas e específicas (CIE, 2003). As **competências básicas** são aquelas resultantes do processo de escolarização. As **competências genéricas** referem-se a comportamentos profissionais próprios de desempenho em diferentes setores ou atividades e usualmente

relacionados à interação com tecnologias mais gerais. As **competências específicas** são aquelas diretamente relacionadas ao exercício de ocupações concretas, não sendo facilmente transferíveis de um a outro âmbito profissional.

Os australianos apresentam a abordagem da competência como relação holística ou integrada, que pretende combinar o enfoque de atributos gerais com o contexto em que se aplicam. Esse enfoque leva em conta o contexto e a cultura do local de trabalho onde se dá a ação, permitindo, ainda, incorporar a ética e os valores como elementos do desempenho competente (SILVA, 1998).

São as seguintes as conseqüências da proposta australiana para o conceito de competência: a) o desempenho é observável diretamente, enquanto que a competência não o é e tampouco deixa inferir o desempenho. É por isso que a competência se define como a combinação de atributos subjacentes a um desempenho bem sucedido; b) os padrões de competência podem ser estabelecidos em vários níveis, como, por exemplo, trabalhador experimentado, especialista; c) os atributos do praticante e o desempenho mostrado em atividades-chave são os ingredientes essenciais dessa definição de competência, o que significa que os atributos por si só não constituem a competência, nem o fazem o mero desempenho de uma tarefa. Em síntese, essa noção de competência integra atributos com o desempenho (RAMOS, 2001)

Segundo Perrenoud (1999) desempenho é um significado comum para a noção de competência. Na abordagem integrada de competência, das quais aproximam-se os modelos francês e australiano, o desempenho é compreendido como a expressão concreta dos recursos que o indivíduo articula e mobiliza no enfrentamento das situações de trabalho.

Nos modelos funcionalistas, particularmente inspirados no modelo britânico, as competências baseiam-se em critérios de desempenho com origem behaviorista, ocupando-se da avaliação somativa de resultados predeterminados. A avaliação visa reconhecer evidências

e fazer juízo a respeito de se os indivíduos cumprem com os critérios de desempenho de cada elemento que foi especificado para a competência, confrontado com a norma (RAMOS, 2001).

Com esse entendimento Woodruffe (1993) descreve as competências como as características necessárias para desempenhar tarefas específicas, sendo que tarefa é o emprego específico que o indivíduo tem que fazer como parte de uma função que, por sua vez, é uma área mais ampla na qual o indivíduo pode trabalhar. Para alcançar um padrão aceitável de desempenho, o profissional tem que possuir certas competências, que darão suporte a um desempenho competente.

Para evitar esse reducionismo, tem-se recomendado uma avaliação recontextualizada, em que as medidas que se fixam no desempenho foram substituídas por aquelas que permitem inferir o conhecimento subjacente à competência. Neste sentido, While (1994), descreve competência como sendo o que a pessoa conhece e pode fazer em circunstâncias ideais, isto é, potenciais, enquanto desempenho é um comportamento real situado, de fato realizado no contexto da vida real.

Os principais problemas dessas teorias podem ser assim resumidos: a) reduzem os comportamentos humanos às suas aparências observáveis; b) reduzem a natureza do conhecimento ao próprio comportamento; c) consideram a atividade humana como uma justaposição de comportamentos elementares, cuja aquisição obedeceria a um processo cumulativo; d) não colocam a efetiva questão sobre os processos de aprendizagem, que subjazem aos comportamentos e desempenhos: os conteúdos da capacidade.

As competências podem ser **disciplinares** ou **transversais**. As **transversais** estão intimamente ligadas às **disciplinares**, pois se encontram na intersecção de diferentes disciplinas. A abordagem por competências não rejeita nem os conteúdos, nem as disciplinas, mas, sim, acentua sua implementação (PERRENOUD, 1999).

Há situações cujo domínio encontra seus recursos, essencialmente, em uma única disciplina, e há aquelas cujo domínio encontra seus recursos em várias disciplinas identificáveis. Existem situações cujo domínio não passa por nenhum conhecimento disciplinar, dependendo, unicamente, de conhecimentos fundados na experiência ou na ação, de conhecimentos tradicionais ou profissionais ou, ainda, de conhecimentos locais, difíceis de classificar de acordo com uma grade disciplinar. Esses conhecimentos, por sua vez, provêm de conhecimentos disciplinares (PERRENOUD, 1999).

Competência tem sido relacionada ao desenvolvimento de atitudes, ao domínio de certas habilidades e ao conhecimento subjacente. Segundo Perrenoud (1999), as habilidades ou hábitos, não tem o mesmo significado que competência, mas fazem parte dela e estão relacionados a uma certa automatização do fazer, reconhecidos a partir do momento em que o indivíduo fizer o que deve ser feito sem sequer pensar, pois já o fez. A perícia supõe também atitudes e posturas mentais, curiosidade, paixão, busca de significado, desejo de tecer laços, relação com o tempo, maneira de unir intuição e razão, cautela e audácia, que nascem tanto da formação como da experiência. Por sua vez, o conhecimento está presente em quase a totalidade das ações humanas, às vezes superficial, outras vezes aprofundado e, “ [...] quanto mais complexas, abstratas, mediatizadas por tecnologias, apoiadas em modelos sistêmicos da realidade forem consideradas as ações, mais conhecimentos aprofundados, avançados, organizados e confiáveis elas exigem.” (PERRENOUD, 1999, p. 36).

A inteligência, no sentido em que inclui tanto as capacidades cognitivas quanto as não-cognitivas, ou seja, as emoções, a imaginação, a sensibilidade, a criatividade e outros atributos, aproxima-se do que foi preconizado para a educação no Século XXI, no relatório da UNESCO, ou seja, além dos saberes formalizados, coloca-se ênfase no saber-ser, sobre o qual se fundariam os demais saberes: saber-fazer, saber-aprender, saber-conviver. Nesse relatório,

“ [...] saberes e saber-fazer evolutivos, adaptados à civilização cognitiva [...] ” (DELORS, 2001, p. 89) foram considerados as bases das competências do futuro.

A idéia de qualificação social no lugar de qualificação técnica toma força à medida que requisitos como a responsabilidade, a abstração e a interdependência entram no registro do trabalho e evocam os chamados saberes sociais ou saber-ser. Para Deluiz (1995), a competência social traduz-se no saber-ser. Stroobants (1998), no entanto, observa que a noção de saberes sociais pode sugerir que nem todos os saberes são sociais, gerando uma apreensão exógena da técnica.

Associado a saberes culturais e profissionais tem-se o novo saber-ser, adequado às circunstâncias da empregabilidade. O projeto pessoal dos indivíduos deve ser maleável o suficiente para transformar-se em projeto possível no confronto com o mundo do trabalho.

Para SCHWARTZ (1998) a competência explica a nova articulação entre a dimensão experimental e a conceitual dos saberes necessários à ação. Fundamentada na valorização da implicação subjetiva no conhecimento, ela desloca a atenção para a atitude, o comportamento e os saberes tácitos dos trabalhadores.

O termo inteligência não remete somente à dimensão cognitiva do trabalho, mas também à compreensiva. Esta última é mais subentendida, menos formalizável, pois compreender uma situação é saber apreciá-la, tendo em conta os comportamentos de seus constitutivos, sejam eles elementos materiais (as máquinas) ou humanos.

A dialética ocorre à medida que os conhecimentos se modificam no contato com os problemas e acontecimentos encontrados em situações concretas, em função das iniciativas conquistadas, das responsabilidades efetivamente exercidas, dos estudos de explicação e de compreensão manejados para saber plenamente o porquê das ocorrências ou dos casos que falharam nessa situação. Ao mesmo tempo, qualquer prescrição pode ser profundamente transformada, ampliada ou enriquecida pela ação dos sujeitos (RAMOS, 2001).



A partir desses entendimentos, a competência é tomada, neste estudo, como competência social conforme Deluiz (1995), referindo-se ao saber-ser que deve articular o saber-fazer, o saber-conviver e o saber-aprender.

A complexidade do modelo de competências, nas suas relações com o mundo do trabalho, da educação e regulação do mercado de trabalho, devido à amplitude das possibilidades de investigação, coloca limitações à sua apreensão como objeto de estudo. Por isto, a opção que tomamos a respeito de sua abordagem está relacionada à forma como compreendemos o processo de trabalho da enfermeira na atenção básica, no contexto histórico-social brasileiro do atual estágio de implementação do SUS, e ao conceito de saúde e suas implicações nas práticas de saúde.

### **3. As competências na construção do SUS e na constituição das FESP**

A investigação das competências que nos propomos construir em consonância com a constituição das Funções Essenciais de Saúde Pública exige das enfermeiras, que atuam na atenção básica, um compromisso ético- político não somente com os ideais de saúde que se buscam, expressos nas diretrizes do SUS, mas sobretudo com uma prática engajada e comprometida com a política de saúde que o Estado propõe.

No marco dos processos de Reforma da Saúde e desenvolvimento da Reitoria dos Ministérios da Saúde, reafirma-se a necessidade de que os diferentes países redefinam dinamicamente a ação do Estado e da sociedade civil no campo da saúde pública, em sua dimensão social, em termos tanto de problemas como de tarefas para responder a eles. (OPAS, 2000b).

A partir da década de 1980 instala-se no Brasil, um movimento que pretende a realização da Reforma Sanitária. Este movimento tem, por base, três pilares de pensamento

(PAIM,1992). O primeiro refere-se ao conceito de saúde e a ações de promoção, proteção e recuperação da saúde que reduzam ou eliminem os riscos de adoecimento; o segundo refere-se ao campo político, conferindo ao cidadão a saúde como direito e dever do Estado, e o terceiro diz respeito à reestruturação dos serviços de saúde por meio da constituição de um Sistema Único de Saúde.

A saúde passa a ser considerada um direito fundamental do ser humano, cabendo ao Estado formular e executar políticas econômicas e sociais que visem à redução de riscos de doenças e de outros agravos e ao estabelecimento de condições que assegurem acesso universal e igualitário às ações e aos serviços, para a sua promoção, proteção e recuperação. (BRASIL, 1990).

Essa visão contrapõe-se à idéia de que cada indivíduo é, por si só, responsável por sua saúde ou pela ausência dela. Sob essa perspectiva, intervenções individuais “descontextualizam” o comportamento de risco e falham no investimento de recursos humanos, materiais e financeiros, uma vez que esses comportamentos são socialmente gerados e mantidos. Tais intervenções, resguardada a sua importância, não podem ser separadas dos aspectos mais abrangentes como políticas governamentais, prioridades organizacionais e comportamentos profissionais (ROCHA; RODRIGUES, 2001).

Dessa forma, consideramos que o Estado é a principal instituição social, tem papéis fundamentais, talvez, o mais importante deles no mundo atual, seja o de ampliar a ação pública mediante a mobilização e articulação dos atores sociais de caráter público não-estatal em uma ação sinérgica para propósitos comuns, sem menosprezo de suas responsabilidades diretas, que não possam ou não devam ser delegadas, ou de muito difícil delegação em circunstâncias concretas. A função reitora do Estado inclui a direção, a regulamentação, a modulação do financiamento setorial, a supervisão dos seguros e a harmonização da prestação de serviços (MACEDO, 2001).

O Estado tem, como responsabilidades básicas, a adoção de políticas sociais e econômicas que propiciem melhores condições de vida, a definição, financiamento e administração de um sistema de saúde de acesso universal e igualitário, a normatização e controle das ações de saúde desenvolvidas de forma a garantir padrões de qualidade adequados (CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 1987).

O dever do Estado, no entanto, não exclui o das pessoas, família, empresas e da sociedade, sendo esta sinergia entre Estado e sociedade civil o fator instrumental mais importante para a eficácia da saúde pública. As FESP contribuem para o fortalecimento e desenvolvimento de uma política de saúde de caráter supra-setorial que, ao refletir o compromisso da sociedade com seus próprios ideais de saúde, tem a potencialidade de convocar e mobilizar o conjunto do Estado (MACEDO, 2001).

Aos Ministérios de Saúde, como autoridade sanitária, foi designada a responsabilidade pelo desempenho das Funções Essenciais de Saúde Pública, com fortalecimento de sua capacidade de condução de ações setoriais, elaboração de normas técnicas e regulação. Essas relacionam-se ao financiamento, garantia e provisão de serviços para garantir o acesso universal e equitativo à atenção de saúde com critérios de qualidade e eficiência (OPAS, 2000a).

A reestruturação do Sistema Nacional de Saúde no Brasil resultou na criação de um Sistema Único de Saúde, coordenado por um único Ministério, especialmente concebido para esse fim, regido pelos princípios de universalização, equidade, descentralização na gestão dos serviços, organizado em uma rede única, regionalizada, hierarquizada, com fortalecimento do papel do município, participação popular e controle social sobre as ações e os serviços de saúde (CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 1987).

A proposta apresentada, na 8ª Conferência Nacional de Saúde, para o SUS, atende a duas premissas em matéria de sistemas de saúde para o desempenho das Funções Essenciais

de Saúde Pública (OPAS, 1997). A primeira diz respeito ao conceito ampliado de saúde, que implica em uma lógica intersetorial que pressupõe que as políticas de saúde são políticas de governo. O Estado deve assumir explicitamente uma política de saúde conseqüente e integrada às demais políticas econômicas e sociais, assegurando os meios que permitam efetivá-las, cabendo ao Ministério de Saúde assumir a responsabilidade de influir sobre as políticas de outros setores de atividade em favor da saúde. A segunda premissa refere-se à proposta de construção de um sistema de saúde que considere o universo populacional, ou seja, a garantia, pelo Estado, de condições dignas de vida e de acesso universal e igualitário às ações e serviços de promoção, proteção e recuperação de saúde, em todos os seus níveis, a todos os habitantes do território nacional (CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 1987).

Estão incluídas ainda no campo de atuação do Sistema Único de Saúde – SUS a execução de todas as ações de vigilância sanitária, entre elas, a epidemiológica, a de saúde do trabalhador, dos estabelecimentos de saúde e da assistência farmacêutica.

Na esfera federal, os recursos financeiros, são gerenciados pelo Ministério da Saúde, através do Fundo Nacional de Saúde, que busca compatibilizar as necessidades das políticas de saúde local através do repasse de recursos Fundo a Fundo aos municípios e estados, cabendo aos Conselhos de Saúde, Nacional, Estadual e Municipal, o acompanhamento e fiscalização da aplicação dos recursos públicos.

A gestão do SUS é exercida em cada esfera de governo, pelo Ministério da Saúde no âmbito da União, pelas secretarias de saúde ou correlatos nos âmbitos estadual e municipal. À direção estadual, compete, entre outras, promover a descentralização, para os municípios, dos serviços e das ações de saúde; acompanhar, controlar e avaliar as redes hierarquizadas do SUS; prestar apoio técnico e financeiro aos municípios e executar supletivamente ações e serviços de saúde. À direção municipal do SUS compete planejar, organizar, controlar e avaliar as ações e os serviços de saúde e gerir e executar os serviços públicos de saúde,

participar do planejamento, da programação e da organização da rede regionalizada e hierarquizada do SUS, em articulação com sua direção estadual, adequando as políticas locais às características e peculiaridades de seu território (BRASIL, 1990).

Cada vez mais esse sistema de saúde deve responder a duas necessidades concretas, relacionadas diretamente com o objeto deste estudo: a recente expansão da rede básica e a necessidade de lidar com problemas cada vez mais complexos, que exige que o trabalho, nesse contexto, seja tomado como prática social interdisciplinar, envolvendo, desde a atenção individual à saúde, até ações de promoção da saúde, da qualidade de vida, de atenção às iniquidades.

O SUS obedece ao princípio da integralidade, disposto na Lei Orgânica da Saúde (BRASIL, 1990), entendida como “um conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema”, tendo como eixo norteador a descentralização dos serviços de saúde.

No processo de descentralização do SUS, a Norma Operacional Básica 96 (BRASIL, 1997) define as modalidades de sua gestão local, que passam a ser duas - “plena de atenção básica” e “plena do sistema de saúde”. Na gestão plena da atenção básica, os municípios passam a responder totalmente pela assistência ambulatorial, pelas ações básicas de vigilância sanitária e epidemiológica e pela gerência de todas as unidades básicas de saúde, enquanto, na gestão plena do sistema, além da atenção básica, passam a responder integralmente por todas as ações referentes aos serviços do SUS, inclusive a oferta de procedimentos de média e alta complexidade tecnológica.

Cabe ainda lembrar que o SUS conta, em cada esfera de governo, com duas instâncias colegiadas: a Conferência de Saúde e o Conselho de Saúde. A Conferência de Saúde avalia a situação de saúde e propõe as diretrizes para a formulação da política de saúde. O Conselho

de Saúde atua na formulação de estratégias e no controle de execução da política de saúde na instância correspondente, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros, tendo caráter permanente e deliberativo.

São funções de gerenciamento do sistema nacional de saúde: o manejo da informação, o desenvolvimento e implementação de políticas, programas e serviços de saúde, a mobilização de recursos para o setor, o desenvolvimento dos recursos humanos, o planejamento e gerenciamento da pesquisa em saúde, a avaliação, desenvolvimento e padronização da tecnologia em saúde (OPAS, 2002b).

No estudo de avaliação das Funções Essenciais de Saúde Pública nas Américas (OPAS, 2002b) assinalou-se, como área de preocupação, o desempenho baixo observado na função de desenvolvimento de recursos humanos (FESP 8), realidade que deve ser levada em conta, se considerarmos que o futuro fortalecimento da saúde pública passa pelo desenvolvimento de competências dos recursos humanos, nas quais assenta-se a força institucional da Autoridade Sanitária Nacional.

A II Conferência Pan-Americana de Educação em Saúde Pública, ‘Reforma Setorial e Funções Essenciais de Saúde Pública: Desafios para o Desenvolvimento de Recursos Humanos’, realizada na cidade do México de 11 a 13 de novembro de 1998, marca a vontade e a urgência sentidas por parte dos países da região das Américas e da OPAS de intensificar e reorientar o desenvolvimento de recursos humanos em saúde pública para responder aos desafios do momento atual (OPAS, 2000c).

A legislação do SUS preconiza, em seu artigo 27, que a política de recursos humanos na área de saúde será formalizada e executada, pelas diferentes esferas de governo, em cumprimento dos objetivos resumidos a seguir: organização de um sistema de formação de recursos humanos em todos os níveis de ensino, inclusive pós-graduação, além de programas de permanente aperfeiçoamento pessoal (BRASIL 1990).

A preocupação com a qualificação da força de trabalho do SUS resultou na edição, em 1998, da primeira versão da Norma Operacional Básica de Recursos Humanos para o SUS. A segunda versão, publicada em maio de 2000, foi o resultado desse processo, ou seja, da soma do produto do trabalho das Comissões do Conselho Nacional de Saúde com a contribuição dos convidados para a Oficina Nacional de Recursos Humanos, realizada em Goiânia (BRASIL, 2003c).

Os recursos humanos no setor saúde constituem a base para a viabilização e implementação dos projetos, das ações, e dos serviços de saúde disponíveis para a população, pois a utilização dos avanços tecnológicos e da alta tecnologia não substituirá a atuação do profissional de saúde na função essencial de atendimento àqueles que necessitem de atenção (BRASIL, 2003b)

Para a OPAS (2002b), o desenvolvimento da força de trabalho em saúde pública não consiste em treinamento específico de atividades, mas de uma abordagem integrada e complexa, que envolve os serviços de saúde, o mercado de trabalho, os sindicatos, as organizações profissionais e as instituições formadoras. A saúde é tida como tendo uma função social e não somente técnica, que implica em decisões políticas.

Atendendo a todas essas necessidades mencionadas anteriormente, os programas federais de formação de recursos humanos, que vêm sendo implantados nos últimos anos, possibilitam a mobilização de pessoas e instituições, objetivando uma aproximação entre as instituições formadoras e as ações e serviços do SUS; desenvolvem condições de crítica e reflexão sistemática; estimulam o fortalecimento do movimento por mudanças no processo de formação, introduzindo mudanças pontuais nos modelos hegemônicos de formação e cuidado em saúde. No entanto, esses programas ainda são insuficientes e desenvolvidos de maneira desarticulada, com capacidade limitada de: produzir impacto sobre as instituições formadoras para alimentar os processos de mudança e de promover mudanças nas práticas dominantes no

sistema de saúde, já que se manteve a lógica programática das ações ou das profissões e não se conseguiu desafiar os distintos atores para uma postura de mudança e problematização de suas próprias práticas e do trabalho em equipe (BRASIL, 2003c).

Talvez o mais importante instrumento de formação para a nova realidade, diante de um sistema complexo e enorme com o é o SUS, seja a educação permanente, propndo-se que a formação se dê na relação com as necessidades de saúde das pessoas, estruturada a partir da problematização do processo de trabalho e tendo como objetivo a transformação das práticas profissionais e da própria organização do trabalho. O marco conceitual que sustenta a educação permanente é o de aceitar que formação e desenvolvimento sejam feitos de modo descentralizado, ascendente, transdisciplinar, podendo propiciar a democratização institucional, o desenvolvimento da capacidade de aprendizagem, o desenvolvimento de capacidades docentes e de enfrentamento criativo das situações de saúde, o trabalho em equipes matriciais, a melhoria permanente da qualidade do cuidado à saúde e a constituição de práticas técnicas críticas, éticas e humanísticas.

O Ministério da Saúde, para atingir os objetivos propostos no campo da formação, a partir de 2003, vem implantando os Pólos de Educação Permanente - espaços para o estabelecimento do diálogo e da negociação entre os atores das ações e serviços do SUS e das instituições formadoras. O princípio norteador para a atuação dos pólos é o da integralidade da atenção à saúde (diretriz constitucional), conferindo-lhe forte capacidade de impacto sobre a saúde da população e essencial para a superação dos limites da formação e das práticas tradicionais, preconizando o acolhimento, o vínculo entre usuários e equipes, a responsabilização, o desenvolvimento da autonomia dos usuários e a resolubilidade da atenção à saúde.

Nesse contexto dissemina-se uma proposta de reorientação para essa prática, centrado, no conceito de promoção de saúde, buscando constituir um novo paradigma para a atenção à



saúde, em que a relação profissional/cuidador *versus* cliente/usuário seja menos assimétrica e mais humanizada, baseada na continuidade da ação e na responsabilidade. O corolário dessas concepções inclui propostas no campo da formação de recursos humanos que considerem as práticas correntes de saúde e não somente aquelas centradas no hospital; que reconheçam o processo de determinação social da enfermidade e não apenas sua causa biológica; que valorizem a adoção de estilos de vida saudáveis e não apenas a ênfase em prescrições terapêuticas; que estimulem os estudantes das profissões de saúde a assumir postura ativa em sua aprendizagem, inclusive mediante processos que se prolonguem por toda a vida (CAMPOS; SANTANA, 2002)

O exercício desse ofício deve evoluir do restrito plano operatório – em que o valor está na execução correta e precisa das tarefas – para um plano também reflexivo, quando se tem de enfrentar a complexidade dos processos, compreendendo-os e dominando-os. Porém, é necessário que isso se dê não apenas na dimensão micro do trabalho, a fim de politizar o debate a respeito da implantação do Sistema Único de Saúde (SUS), instigando os sujeitos envolvidos a serem sujeitos reflexivos e, não, sujeitos da adesão pura e simples, conforme sugere Merhy (2001).

Para isso, o conceito de saúde e suas implicações nas práticas de saúde deve levar em conta as crenças, os valores, a cultura, as representações, as condições de vida dos diferentes grupos e classes sociais, na sua dimensão histórica. As competências, como instrumento para a produção da saúde, devem ser construídas a partir da compreensão da saúde como um bem simbólico, que não tem uma forma concreta, que se transforma no tempo e no espaço, assumindo formas diferentes para distintas pessoas em diferentes etapas de suas vidas, em variadas culturas e momentos da história da humanidade (ALMEIDA et al. 2004).

Os sistemas de competência profissional têm sido apresentados como a melhor estratégia, na tentativa de realizar a conciliação dos projetos dos principais sujeitos envolvidos

nessa problemática: o projeto individual, o projeto das instituições e o projeto social, que tem como foco a dimensão social e coletiva do profissionalismo e o papel assumido, pelo governo e pela sociedade em geral, de prover os recursos e oportunidades iguais às pessoas para se tornarem profissionais e terem seu profissionalismo reconhecido conforme Caillaud et al. (apud RAMOS, 2001).

Na construção de projetos na enfermagem, portanto, é necessário que se discutam as transformações que estão ocorrendo no mundo do trabalho e no setor saúde, e que os projetos, resultantes da discussão entre os diversos atores envolvidos, reflitam as necessidades de saúde e as competências construídas pelos profissionais de saúde, em sua prática cotidiana. Nesse processo, inserem-se as competências para o trabalho em saúde pública como forma de contribuir para as mudanças que se fazem necessárias, a fim de que se avance na implantação do SUS.

Tendo em vista a contribuição da enfermagem para o trabalho em saúde pública e seu foco específico de atuação e, considerando que as enfermeiras preenchem papéis-chave em saúde pública nas Américas, cumpre que se construam modelos de formação, que viabilizem o desenvolvimento de atitudes críticas e reflexivas, em uma educação profissional específica e com instrumentos para praticar a interdisciplinaridade na saúde, e elementos potencializadores da emancipação dos trabalhadores.

***O PERCURSO METODOLÓGICO***

### **III. O Percurso Metodológico**

#### **1. O Contexto do estudo**

##### **1.1. O estado do Rio Grande do Sul**

A região que hoje corresponde ao Rio Grande do Sul pertencia à coroa espanhola, de acordo com o Tratado de Tordesilhas. A sua incorporação ao território brasileiro foi conseqüência de um processo de conquista, resultante muitas vezes de conflitos armados. (PESAVENTO, 1992).

Sua formação foi influenciada pela imigração açoriana, alemã e italiana, as quais tornaram-no um estado diferenciado, deixando marcas na história rio-grandense. Os imigrantes europeus estabeleceram-se nas regiões serranas do norte e nordeste, desenvolvendo atividades agrícolas sob forma de minifúndios e atividades industriais.

Na região dos Pampas, ao Sul e Sudoeste desenvolveu-se a primeira riqueza do estado, o gado, que até os tempos atuais ainda representa importância na economia gaúcha e a partir de então, indústrias de couro, pele e calçado ali se instalaram. O resultado do investimento nesse setor é a realização de uma das maiores feiras agropecuárias da América Latina – a Expointer.

Localizado no extremo sul do Brasil, faz fronteira com a Argentina e o Uruguai, e divisa com Santa Catarina. O estado é composto de 415 municípios, abrangendo uma área de 282.000 km<sup>2</sup>. Pela sua localização geográfica no globo terrestre é um dos poucos estados brasileiros com clima subtropical e as quatro estações do ano bem definidas.

A população é de 10.187.798 habitantes, sendo que a maioria habita a zona urbana (82%) embora o setor agropecuário empregue contingente significativo de pessoas de 10 anos ou mais (35%). A taxa de desemprego estadual é de 7,3% (IBGE, 2000).

Um dos aspectos demográficos mais relevantes para a saúde pública do Rio Grande do Sul é o aumento da expectativa de vida que chega a 71,6 anos de idade (DATASUS, 2000). Esse indicador, juntamente com o grau de educação e o poder de compra, tem possibilitado aos gaúchos a classificação de melhor qualidade de vida do país.

A taxa de alfabetização para maiores de 10 anos é de 93,9%, sendo que 81,34% dos gaúchos apresentam de 4 a 8 anos de escolaridade. O PIB médio anual é o terceiro do país, tendo chegado a 7.145,08 reais em 1998 (DATASUS, 2001).

No que se refere à saúde, hoje, o Rio Grande do Sul apresenta a seguinte situação epidemiológica: coeficiente de mortalidade geral de 6,55/1000; mortalidade infantil de 15,1/1000 hab.; natalidade de 18,31/1000 hab.; fecundidade de 2,16/1000 hab.; taxa de crescimento de 1,23 ao ano; mortalidade materna de 50,33/1000, tendo como principais causas de morte: I – doenças do aparelho circulatório (35,31%); II – neoplasias (19,81%); III – doenças do aparelho respiratório (13,31%) e IV – causas externas (10,05%) (DATASUS, 2001).

As doenças cardiovasculares representam a principal causa de morte no estado, fenômeno semelhante ao que ocorre em outras regiões onde o processo de crescimento econômico, de urbanização, de envelhecimento populacional faz emergir as chamadas “doenças da civilização”, das quais as afecções cardiovasculares são as principais representantes. As neoplasias também fazem parte dessas doenças, sendo que o câncer de mama ocupa o primeiro lugar.

As doenças respiratórias no Rio Grande do Sul representam um problema de saúde pública, principalmente nos meses de inverno, fato esse relacionado às condições climáticas, que pode ser evidenciado pela alta mortalidade. As populações mais afetadas pelo problema são as mais carentes, devido às precárias condições de vida e de moradia.

A cobertura vacinal em crianças menores de 1 ano é de 171,30%. Para a vacina tríplice DPT é de 100,2%, para a Sabin, de 100,07%, para a BCG, de 106,01%, sarampo, de 99,09%, hepatite B, de 97,39% e haemophilus, de 79,47% (DATASUS, 2000).

## 1.2. O município de Porto Alegre

Com dois séculos de história, 497 km<sup>2</sup> de área e aproximadamente 1.360.590 habitantes (IBGE, 2000), Porto Alegre está entre as maiores capitais brasileiras, configurando-se como a metrópole mais meridional do Brasil.

Batizada inicialmente de Porto dos Casais, por ter em 1752 acolhido 60 casais vindos das Ilhas portuguesas de Açores, a cidade foi rebatizada em 1822, quando o pequeno lugarejo transformou-se no município de Porto Alegre, em homenagem a Portalegre, localizada no Alto Alentejo, em Portugal.

Através do falso rio – que se comunica com a Lagoa dos Patos – a cidade lançou tentáculos para o mundo, tornando-se entreposto de vasta região agrícola e comercial. O lago Guaíba – que a população chama de rio – foi o principal responsável pela elevação do povoado a sede do governo da capital em 1873.

Cosmopolita, mas com um charme de província, Porto Alegre tem para oferecer uma gama de opções culturais, de serviços gastronômicos, de compras, aliados à beleza e à sua arquitetura, inspirada em padrões europeus, e ao alto índice de qualidade de vida.

### 1.2.1. O Sistema Único de Saúde no Município de Porto Alegre

Com relação à municipalização, Porto Alegre encontra-se na fase de gestão plena do sistema, apresentando uma distribuição não homogênea de serviços de saúde, públicos ou privados, organizados através de 08 Gerências Distritais e 16 Distritos Sanitários (PORTO ALEGRE, 1998).

Tem quatro redes de atenção em saúde - de atenção primária à saúde (básica), de atenção ambulatorial especializada, de atenção às urgências e de internações hospitalares (com 37 hospitais, sendo que 03 são públicos e 23 conveniados com o SUS), com quatro redes complementares – de vigilância à saúde, de reabilitação órteses e próteses, de apoio diagnóstico e de assistência farmacêutica. A rede de Atenção Primária constitui-se de: a) Ambulatórios Básicos, em centros de saúde (4); b) Unidades de Saúde próprias (10); c) Equipes de PSF (84); d) Unidades de Saúde do Centro de Saúde-Escola Murialdo (8), estadual; e) Unidades de Saúde Comunitária do Grupo Hospitalar Conceição (12), federal; e f) Unidades de Saúde conveniadas de instituições filantrópicas (4) (SMS/POA, 2003).

As primeiras unidades de saúde criadas em Porto Alegre contavam em sua equipe de profissionais com atendentes, auxiliares de enfermagem e médicos, sendo que a introdução da enfermeira nessas unidades deu-se a partir de 1980. A municipalização da rede básica de saúde ocorreu a partir de 1996, desencadeando um processo de aumento do número de serviços e do quantitativo de pessoal de enfermagem, sendo que o número de enfermeiras passou de 35, nesse momento, para 174 em 2000 (RAMOS; LIMA, 2000).

No ano de 1986, com a promulgação da Lei do Exercício Profissional de Enfermagem no Brasil, foi elaborado um documento orientador, adotado pela instituição, quanto à competência da enfermeira no âmbito das unidades de saúde. Esse documento foi revisado em

1991 e, posteriormente em 1998, dando origem ao atual Protocolo de Enfermagem da Secretaria Municipal de Saúde (PORTO ALEGRE, 1998).

Em nível central, a Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre tem contado com enfermeiros em diversos setores ligados às atividades de vigilância sanitária e epidemiológica, planejamento, capacitação e desenvolvimento de pessoal, bem como em funções diretivas ou de assessoria ao gabinete do Secretário, ao Conselho Municipal de Saúde, entre outras. A partir de 1985/86 e, particularmente de 1989, muitas enfermeiras assumiram funções de gerência, em nível central, distrital e local da instituição.

Em Porto Alegre, desenvolveram-se dois projetos de atenção primária, cujas acumulações contribuíram posteriormente para a implantação do Programa de Saúde da Família: o projeto do Centro de Saúde-Escola Murialdo e da Divisão de Saúde Comunitária do Hospital Nossa Senhora Conceição.

O projeto do ‘Sistema de Saúde Comunitária Murialdo’, concluído em 1975, continha uma proposta que estava na vanguarda internacional dos anos 70: modelo de atenção que associava as tarefas de prevenção, as curativas e as de reabilitação, assim como o ensino e a pesquisa, descentralização da unidade central em postos avançados para atendimento da população junto a seu local de moradia, estabelecendo áreas geográficas definidas para uma Equipe Primária, garantindo a continuidade do atendimento.

Localizado no Distrito Sanitário VI, região leste de Porto Alegre, esse Centro de Saúde originou-se de um trabalho de Saúde Pública, realizado pela Secretaria de Saúde com a cooperação técnica da Fundação SESP, como unidade piloto de Saúde Pública no estado do Rio Grande do Sul.

A formação de recursos humanos iniciou-se em 1964, quando foi firmado convênio entre a Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) e a Secretaria de Saúde,



objetivando o estágio de alunos da Faculdade de Medicina em medicina preventiva e saúde pública, bem como a formação e aperfeiçoamento de pessoal da Secretaria.

A residência em Medicina Geral Comunitária, primeira do país, foi criada a partir da participação da direção do Centro de Saúde em uma reunião promovida pela OPAS, realizada em Bogotá/Colômbia em 1971, juntamente com Jamaica, Bolívia, Guatemala, Colômbia, Panamá e Venezuela, quando foi formulado um Programa Internacional para Treinamento em Medicina Comunitária (BUSNELLO, 1975).

O Centro Médico-Social Murialdo iniciou o seu programa de residência em 1976, com a primeira turma de médicos residentes em Saúde Comunitária. No ano de 1977, a residência abriu-se para enfermeiras, assistentes sociais, psicólogos e veterinários, assumindo um caráter multiprofissional.

Hoje, O Centro de Saúde Murialdo transformou-se em Centro de Treinamento do Estado do Rio Grande do Sul, e a residência faz parte do programa de Residência Integrada em Saúde, da Escola de Saúde Pública.

O Serviço de Saúde Comunitária do Hospital Conceição foi criado em 1983, visando à aplicação de um modelo de cuidados primários de saúde, principalmente no que diz respeito ao conceito de saúde e à abertura dos serviços à participação comunitária. Concomitantemente à sua implantação, criou-se a residência em medicina comunitária, com o objetivo de formar médicos generalistas.

Hoje, a Divisão de Saúde Comunitária possui uma rede básica com 13 unidades de saúde localizadas nas zonas norte e leste de Porto Alegre, um núcleo de epidemiologia e uma área de internação no Hospital Conceição, com 30 leitos (referência hospitalar para suas unidades).

As equipes de saúde das unidades são constituídas por médicos gerais comunitários, médicos residentes, dentistas, psicólogos, assistentes sociais, enfermeiras e auxiliares de

enfermagem. O serviço também dispõe de uma equipe de segunda linha, representada por médicos internistas, psiquiatra, ginecologista e epidemiologistas.

Esse serviço presta assistência de saúde a uma população que vive dentro de uma área geograficamente definida. Cada médico geral comunitário é responsável por um determinado número de famílias, desenvolvendo atividades em ambulatório, internação hospitalar e trabalhos na comunidade.

O campo de atuação da enfermagem tem-se ampliado desde 1985, quando foi contratada a primeira enfermeira. Atualmente, as enfermeiras realizam consultas de enfermagem, visitas domiciliares, atendimento a recursos da comunidade, atividades educativas e de ensino, coordenam grupos e participam do programas da mulher, da gestante, da criança, dos pacientes impossibilitados de locomoverem-se até a unidade, de prevenção de doenças circulatórias, de imunização e vigilância epidemiológica. Elas são responsáveis pela supervisão do pessoal de enfermagem e daqueles em formação no serviço, sendo que algumas pesquisas também contam com a sua participação.

Na década de 1990, a ampliação da rede básica ganhou um novo reforço com a criação do Programa de Saúde da Família. A aprovação do Programa de Saúde da Família de Porto Alegre, pelo Conselho Municipal de Saúde (CMS), ocorreu em 21 de setembro de 1995, seguida da instalação da Comissão de Seleção dos profissionais para composição das equipes. A fase seguinte foi o processo de capacitação, realizado em conjunto pela Secretaria Municipal de Saúde e o Serviço de Saúde Comunitária do Grupo Hospitalar Conceição, mantendo a parceria iniciada na elaboração do projeto de implantação (MARTINI, 2000).

O PSF em Porto Alegre fundamenta-se em uma concepção de saúde entendida como síntese das condições de vida dos sujeitos. Visa, portanto, oferecer serviços de saúde à população submetida a situações de alto risco sócio-sanitário, priorizando áreas geográficas selecionadas com base em indicadores de concentração de pobreza. Assim, o PSF, em Porto

Alegre, preenche os vazios de serviços de áreas de grandes carências sociais e sanitárias (DE NEGRI FILHO et al., 1995).

É importante destacar que, paralelamente ao processo de implantação do PSF, Porto Alegre vivia a consolidação da municipalização plena, promovendo a reorganização de seus serviços de saúde através da distritalização, criando as gerências distritais, buscando construir um sistema minimamente hierarquizado e resolutivo, fortalecendo os mecanismos de participação e controle social como os Conselhos Locais e o Conselho Municipal de Saúde.

O Programa de Saúde da Família (PSF) em Porto Alegre iniciou em 1996, sendo que atualmente conta com 56 equipes de saúde, com 14% da população cadastrada e 190.076 habitantes cobertos por ele. As equipes são compostas por um ou dois médicos, uma enfermeira, dois auxiliares de enfermagem e quatro agentes comunitários de saúde, todos com 40 horas semanais, distribuídas em 8 horas diárias. Cada equipe é responsável, em média, por 850 famílias, correspondendo aproximadamente a 3500 usuários. Estão implantadas também 3 equipes de saúde bucal, que atendem 6 equipes de PSF.

As equipes do PSF trabalham em um território delimitado, identificando micro-áreas de risco e desenvolvendo ações intersetoriais e ações programáticas nos programas Pra-Nenê, Pra-Crescer, Saúde da Mulher e da Gestante, DST/AIDS, Tuberculose e Doenças Crônico-Degenerativas. Essas equipes prestam atenção integral, contínua e de qualidade à população adscrita, estimulando a organização da comunidade e a efetiva participação popular nos conselhos gestores. Em 6 anos de atividades no município, o PSF consolidou-se como uma proposta qualificada de atenção à saúde, a partir da epidemiologia e da vigilância à saúde.

## 2. Locais do estudo e população de enfermeiras participantes

A determinação dos locais do estudo e da escolha dos sujeitos deu-se em função da utilização da Técnica Delphi como método de investigação, que prevê que seja obtido o consenso de grupo a respeito de um determinado fenômeno. O grupo deve ser composto por profissionais efetivamente engajados na área onde está se desenvolvendo o estudo, pela sua experiência e/ou por seus conhecimentos técnicos (ÁVILA; SANTOS, 1988).

A seleção dos participantes considerou os critérios indicados na literatura, sendo que o principal deles refere-se à característica da Técnica Delphi, ou seja, o respeito e a valorização da experiência e do conhecimento de cada um dos participantes, que, de uma forma dirigida, coloca à apreciação coletiva seus julgamentos, que, apesar de serem subjetivos, são resultados de um longo processo de sistematização do conhecimento adquirido na prática e transformado no julgamento individual subjetivo (DUNCAN; SCHMIDT, 1992).

Por esse motivo, foram selecionados intencionalmente dois grupos, um de enfermeiras e outro que denominamos de especialistas, visando diferenciá-lo do primeiro em relação aos distintos processos de trabalho empreendidos pelas enfermeiras. As especialistas, nesse contexto, não assumem o papel de experts, cujas atividades devem ser analisadas visando a levar o conjunto de trabalhadores a um estágio equivalente de desempenho, como empreendido na matriz condutivista de investigação de competências. Tampouco as enfermeiras são consideradas juízes, nesse momento, das competências idealizadas pelas experts. O que buscamos é trazer diferentes perspectivas a respeito do tema em estudo, permitindo comparar opiniões diversas e assegurar maior consenso acerca das competências, a partir das quais novas alternativas para o modo de trabalhar em saúde possam emergir.

O primeiro grupo foi constituído de profissionais que atuam cotidianamente na atenção em saúde, considerando-se que as competências por eles indicadas devem refletir as

suas realidades, o que o processo de trabalho que estão desenvolvendo permite realizar. Foram convidadas a participar da pesquisa as enfermeiras que trabalham na rede municipal de saúde de Porto Alegre, na atenção básica: nos ambulatórios básicos, em centros de saúde, nas unidades de saúde próprias, as enfermeiras das Equipes de Saúde da Família, as do Serviço de Saúde Comunitária Conceição e as do Centro de Saúde-Escola Murialdo. As enfermeiras das unidades de saúde conveniadas de instituições filantrópicas não foram convidadas porque essas unidades passaram a fazer parte da rede básica, em momento posterior à seleção das participantes. As enfermeiras foram selecionadas devido a sua atuação em unidades básicas com áreas adstritas, a sua experiência no atendimento a famílias, por seu envolvimento no processo de mudança do modelo assistencial, e na capacitação de recursos humanos. Foram selecionadas da totalidade, que corresponde a 271 enfermeiras, aquelas com tempo de trabalho de no mínimo dois anos, ou seja, 131 enfermeiras.

Para o segundo grupo, foram convidadas enfermeiras que participam nos processos decisórios das políticas públicas locais de saúde e que ocupam cargos nas Secretarias Estadual e Municipal de Saúde, em número de 37, que, de certa forma, são formuladoras de políticas, e enfermeiras-docentes de todas as Escolas de Enfermagem do Estado do Rio Grande do Sul da área de enfermagem em saúde pública/comunitária/coletiva, em número de 107, como formadoras de opinião pública, num total de 144 especialistas.

Geralmente, antes da pesquisa, os respondentes potenciais são contatados individualmente pela equipe coordenadora, que lhes explica o que é a técnica Delphi, qual o objetivo do estudo em questão e a importância da participação deles no estudo, sendo que, aos painelistas que efetivamente concordam em participar, são enviados os questionários. Esse procedimento de contato individual não foi realizado no presente estudo, devido à limitação de tempo para a coleta de dados. Por este motivo, a inclusão no grupo de participantes deu-se à medida que as enfermeiras retornaram os termos de consentimento informado, preenchido, da

mesma forma que o realizado por Lindeman (1975), em qualquer uma das três etapas da pesquisa.

Desse procedimento resultou a delimitação do número de participantes que foi de 52 para o grupo das enfermeiras e de 57 para o de especialistas, sendo de 13 para enfermeiras em cargos administrativos e de 44 docentes, totalizando 109 participantes, ou seja, 40 % do total de enfermeiras dessas instituições, que preenchem os critérios para participação na pesquisa.

Esse número foi considerado adequado pelos pesquisadores, conforme os critérios indicados na literatura para constituição dos grupos baseada na Técnica Delphi. Esses critérios consideram que a pesquisa Delphi não pretende fazer um levantamento estatisticamente representativo da opinião de um determinado grupo amostrado, consistindo de uma consulta a um grupo limitado e seletivo de especialistas, que, através da sua capacidade de raciocínio lógico, da sua experiência e da troca objetiva de informações, procura chegar a opiniões conjuntas sobre as questões propostas. Nessa situação, as questões de validade estatística da amostra e dos resultados não se aplicam (WRIGHT; GIOVINAZZO, 2000), sendo que técnicas amostrais representativas podem ser inapropriadas quando opiniões de experts são requisitadas (BERETTA, 1996).

Williams e Webb (1994) consideram a técnica de confiabilidade de resultados em função do grau dos especialistas, não havendo um número ideal de juízes, sendo que a composição do grupo varia de acordo com o fenômeno em estudo e com os critérios definidos pelo pesquisador, para a seleção desses especialistas. Para Vichas apud Giovinazzo (2001), a qualidade do resultado depende essencialmente dos participantes do estudo, sendo que um número de 15 a 30 painelistas é considerado bom, o suficiente para gerar informações relevantes.

A totalidade das enfermeiras convidadas a participar do estudo, as enfermeiras participantes e os locais onde o estudo foi realizado estão apresentados a seguir. Os locais do

estudo compreenderam as Escolas de Enfermagem das Instituições de Ensino Superior do Estado do Rio Grande do Sul, as Secretarias de Saúde do Município de Porto Alegre e do Estado do Rio Grande do Sul e a rede de atenção primária do Município de Porto Alegre.

LOCAIS	POPULAÇÃO	PARTICIPANTES
<b>Universidades</b>		
Públicas		
UFPEL	12	03
UFSM	14	04
UFRGS	11	04
FURG	05	02
Privadas		
UCS	07	03
UNISC	07	05
UNIVATES	04	03
SETREM	01	00
URCAMP	01	01
ULBRA	09	04
UNISINOS	07	03
UPF	05	01
UNIFRA	06	00
UNIJUÍ	08	02
PUC	04	03
URI-Santo Ângelo	04	01
URI-Erechim	02	02
SUB-TOTAL	107	44
%	100	41
<b>Secretarias de Saúde</b>		
SMSS	28	13
SSMA	09	00
SUB-TOTAL	37	13
%	100	35
<b>Enfermeiras da rede básica*</b>		
Conceição	16	08
Murialdo	11	04
Ambulatórios básicos em Centros de Saúde		
	05	05
Unidades de Saúde	79	27
PSF	20	08
SUB-TOTAL	131	52
%	100	40
TOTAL	275	109
%	100	40

\*Enfermeiras com mais de 2 anos de trabalho, conforme critério de seleção da pesquisa.

**Quadro 1.** População de enfermeiras do estudo e número de enfermeiras participantes por local de trabalho, Rio Grande do Sul, 2004.

O estudo foi realizado em todas as escolas de enfermagem do estado do Rio Grande do Sul, 13 privadas e 04 públicas, conforme levantamento realizado previamente à coleta de dados, a saber: Universidade Federal de Pelotas - UFPEL, município de Pelotas; Universidade de Santa Maria - UFSM, Município de Santa Maria; Universidade Federal do Rio Grande do Sul - UFRGS, município de Porto Alegre; Fundação Universidade de Rio Grande - FURG, município de Rio Grande; Universidade de Caxias do Sul - UCS, município de Caxias do Sul; Universidade de Santa Cruz - UNISC, município de Santa Cruz; Centro Universitário do Vale do Taquari - UNIVATES, município de Lageado; SETREM, município de Três de Maio; Universidade da Região da Campanha - URCAMP, município de Bagé; Universidade Luterana do Brasil - ULBRA, município de Canoas; Universidade do Vale dos Sinos - UNISINOS, município de São Leopoldo; Universidade de Passo Fundo - UPF, município de Passo Fundo; Faculdade Franciscana - UNIFRA, município de Santa Maria; Universidade de Ijuí - UNIUI, município de Ijuí; Pontifícia Universidade Católica - PUC, município de Porto Alegre; Universidade Regional Integrada de Santo Ângelo URI-Santo Ângelo, município de Santo Ângelo; Universidade Regional Integrada de Erechim – URI-Erechim, município de Erechim.

Nas secretarias de saúde, os locais do estudo compreenderam as instâncias de gestão da Secretaria de Saúde do Município de Porto Alegre e a 1ª Coordenadoria Regional de Saúde da Secretaria de Saúde do Estado do Rio Grande do Sul.

Na rede básica do município de Porto Alegre, os locais do estudo abrangeram 05 ambulatórios básicos em saúde, 79 unidades de saúde, 20 equipes de saúde da família, 11 equipes do Centro de Saúde-Escola Murialdo e 16 unidades da Divisão de Saúde Comunitária do Grupo Hospitalar Conceição.



### 3. Método de pesquisa

#### 3.1. A Técnica Delphi

Criada em 1948, a Técnica Delphi baseia-se no julgamento de um painel de experts, sendo definida como:

“ [...] método para estruturar um processo de comunicação grupal de maneira que o processo é efetivo em permitir a um grupo de indivíduos, como um todo, a lidar com um problema complexo” (GIOVINAZZO, 2001)

Segundo Goodman (1987), existem quatro características da técnica Delphi que a distinguem de outros processos de decisão grupal: anonimato, interação com feedback controlado, respostas com informações estatísticas e o conhecimento que o expert traz para o grupo. Esta última é condição essencial para o trabalho, exigindo que o especialista tenha um real conhecimento do tema em discussão.

Para essa autora, a vantagem do anonimato é que ele estimula opiniões verdadeiras e não influenciadas por pressão do grupo ou outros fatores extrínsecos. A interação com feedback controlado é geralmente atingida por meio do uso de sucessivos questionários. A informação e/ou opinião solicitada aos respondentes é incorporada em questionários subseqüentes, de maneira que todos os participantes do estudo se mantenham informados a respeito da opinião do grupo. Os participantes também têm a oportunidade de comentar e, se desejarem, fazer novas sugestões (GOODMAN, 1987).

A técnica Delphi é constituída pelas seguintes etapas de execução:

1. informações referentes às questões são postadas individualmente a cada membro do painel, que então responde para o pesquisador: esse procedimento é anônimo e confidencial;
2. as respostas são coletadas e analisadas pelo pesquisador;

3. o pesquisador compila uma lista com todas as respostas e envia novamente para os membros do grupo;
4. nessa etapa, os especialistas são solicitados a reconsiderar a lista e responder indicando sua concordância ou não com os itens da lista;
5. as respostas são coletadas uma vez mais e o processo repetido até o consenso ser alcançado.

No geral, a técnica Delphi é um procedimento que motiva os participantes a pensarem mais no assunto em questão, considerando que eles podem ser agentes multiplicadores do tema abordado (MANCUSSI, 1998). Ela provê consenso de opinião de experts sem o viés que pode ocorrer em técnicas grupais, em que os membros podem ser intimidados ou inibidos a expressar suas opiniões na presença de outros, sendo que fatores restritivos da dinâmica de grupo são reduzidos, como a supressão de posições minoritárias. Sucessivas etapas permitem que pontos de vista sejam retirados, alterados ou adicionados a partir da reflexão dos painelistas. Como os questionários são enviados pelo correio não existem limitações geográficas para a seleção dos experts, permitindo a participação de grupos maiores de pessoas que os das técnicas grupais, embora o envio de questionário via correio acarrete em uma demora excessiva para a realização do processo completo, sendo o prazo usual de quatro meses a um ano, dependendo da complexidade do tema e do questionário, do número e engajamento dos respondentes e da disponibilidade de recursos, especialmente o recurso humano habilitado para a coordenação do processo (WRIGHT, 1986).

A técnica Delphi tem sido usada para resolver uma série de problemas em saúde e enfermagem, que variam desde as necessidades de um indivíduo hospitalizado ou departamento até as de um serviço estatal (FINK et al., 1984). A técnica foi desenvolvida e aplicada à pesquisa e, em anos recentes, adaptada para as ciências sociais, a educação e a enfermagem (WILLIAMS; WEBB, 1994), sendo que na base de dados Medline constam 14

referências de enfermagem com utilização da Técnica Delphi, a partir do ano de 1980, duas dessas para o estudo de competências.

No Brasil, Cassiani e Rodrigues (1996) realizaram a divulgação dessa técnica, visando a sua utilização nas pesquisas em enfermagem. Estudos com ela incluem o de Mancussi (1998), para identificar e analisar intervenções de enfermagem no processo de reabilitação do lesado medular e o de Perroca e Gaidzinski (1998), para validar o conteúdo de um instrumento para classificação de pacientes, baseado nas necessidades individualizadas de cuidados de enfermagem.

A técnica Delphi também foi utilizada para aprimorar o conceito de Funções Essenciais de Saúde Pública (FESP), para obter um consenso internacional a respeito de quais funções constituem as FESP e determinar quais seriam mais importantes no futuro (BETTCHER; SAPIRIE; GOONM, 1998). Esse estudo, denominado Delphi, foi conduzido em 3 ciclos entre maio de 1997 e dezembro de 1997. O primeiro questionário enfocou a definição de Funções Essenciais de Saúde Pública e as principais categorias dessas funções. O segundo questionário concentrou-se na identificação das Funções Essenciais de Saúde Pública específicas, sob cada uma das categorias gerais identificadas no primeiro questionário. O terceiro questionário confirmou uma lista final das funções essenciais e considerou quais funções aumentariam em importância no futuro.

Silva (1998) utilizou a Técnica Delphi para estudar as competências gerais do médico e da enfermeira que atuam em atenção primária de saúde, estudo este organizado em dois painéis: o primeiro, composto por profissionais de saúde que trabalhavam em serviços de saúde e em universidades de dez países e que participaram da primeira parte do estudo a fim de elaborar uma listagem inicial de competências e o segundo, composto de médicos e enfermeiras que atuavam em atenção primária de saúde no Brasil, visando descobrir se as competências requeridas de enfermeiras na atenção primária eram as mesmas dos médicos e

identificar as atividades comuns desenvolvidas por esses profissionais para essas competências.

No presente estudo, a Técnica Delphi foi adaptada a fim de possibilitar a apreensão das competências a partir do trabalho, ou seja, para que as competências pudessem ser explicitadas pelas trabalhadoras de enfermagem dos grupos de enfermeiras e de especialistas. A lógica utilizada, ou seja, trazer a experiência de quem está diretamente engajado no trabalho em saúde, permite maior compreensão e aproximação com o mundo real do trabalho, identificando as reais necessidades da educação permanente, articuladas às necessidades de saúde da população.

### **3.2 Instrumentos**

O questionário é considerado o instrumento mais adequado para a produção das informações no caso, inexistindo, porém, um modelo padronizado para a sua elaboração, aplicável a diversos estudos. A técnica Delphi requer um conjunto de questionários para a obtenção das opiniões dos respondentes.

Para este estudo foram elaborados três questionários. O primeiro deles (Apêndice A), com orientações explicativas sobre o conceito de Funções Essenciais de Saúde Pública e competências da enfermeira em saúde pública, teve o objetivo de gerar listas de competências gerais e específicas, relacionadas pelos sujeitos da pesquisa. Nesse momento, solicitamos às participantes de ambos os grupos que indicassem três competências gerais e três específicas e que comentassem porque acreditavam que se tratava de uma competência necessária para o trabalho da enfermeira na atenção básica de saúde.

Esse instrumento foi submetido a um pré-teste com um grupo de 10 enfermeiras que atuam na atenção básica (as quais foram extraídas da amostra) para verificar a sua

aplicabilidade, se o mesmo não apresentava ambigüidades e se as instruções estavam claras e de fácil compreensão.

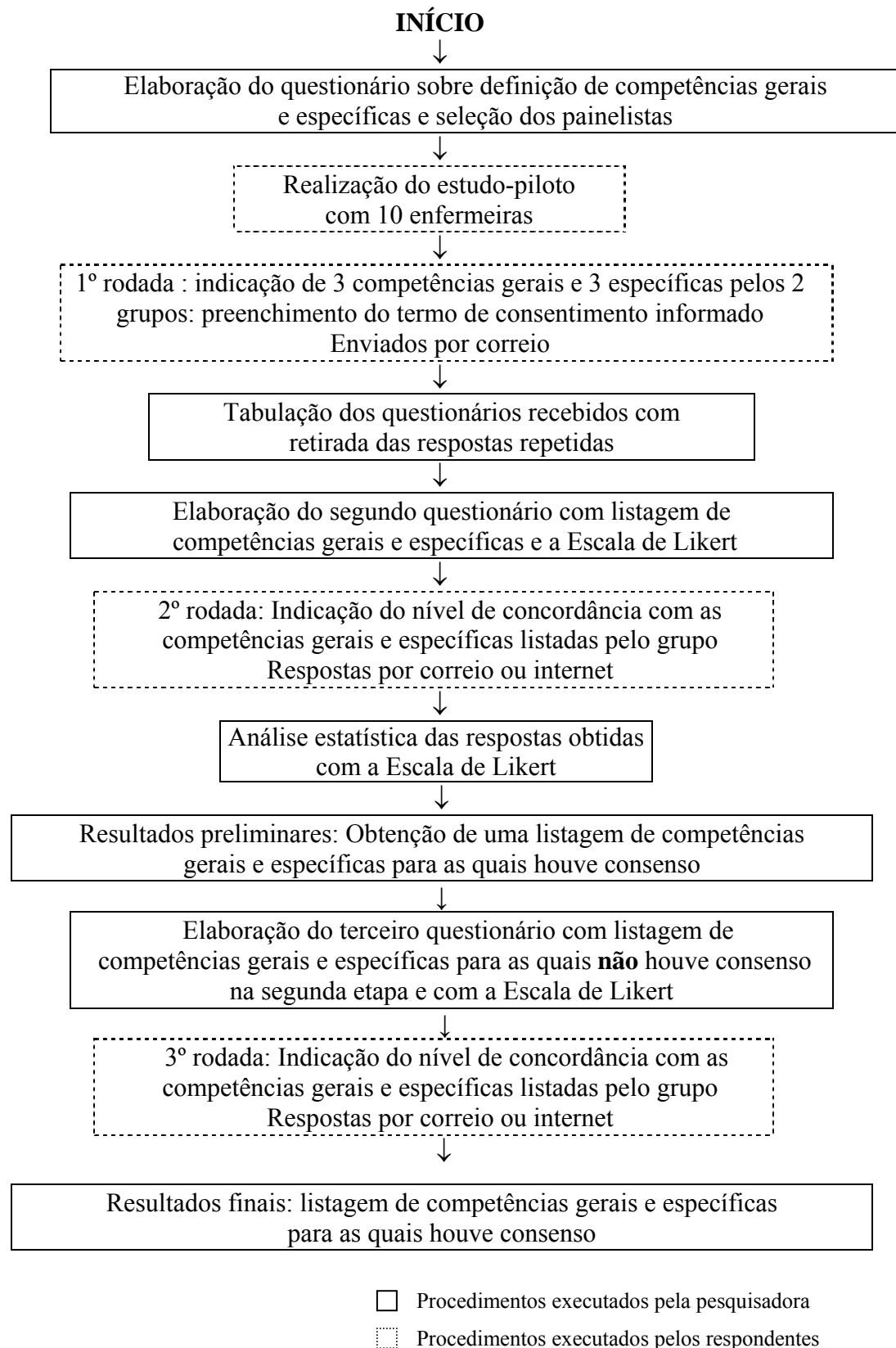
O segundo questionário constou de duas listas para cada grupo, uma, de competências gerais e outra, de competências específicas, compiladas das respostas obtidas com o primeiro questionário, retirando-se as repetidas. Com essas listagens, foram elaborados dois instrumentos: um para o grupo de enfermeiras (Apêndice B) e outro, para o grupo de especialistas (Apêndice C). Algumas competências apresentaram o mesmo conteúdo, porém enunciado diferente. Estes enunciados foram agrupados, tendo sido solicitado ao grupo que indicasse qual o mais apropriado. A estas listagens, foi adicionada uma escala de Likert com escores de 1 (discordo muito) a 5 (concordo muito), para obter o grau de concordância dos participantes com as competências listadas por cada grupo. A escala de Likert foi utilizada por ser uma escala simples de mensuração de atitude, na qual cada participante atribui pontos de forma independente, sendo que os escores alcançados pelas proposições enunciadas podem ser correlacionados com os totais alcançados (SILVA; TANAKA, 1999). Além disso, a literatura demonstrou que o método de análise de dados mais comumente utilizado em um estudo Delphi, e que é provavelmente mais facilmente entendido entre as enfermeiras, é a Escala de Likert (ROBERTS-DAVIS; READ, 2001).

Este instrumento foi enviado a todas as 131 enfermeiras e 144 especialistas identificadas na fase inicial da pesquisa, mesmo àquelas que não participaram da etapa anteriores, da mesma forma que Hitch e Murgatroyd (1983) e French, Ho e Lee (2002). Optamos por realizar esse procedimento, pois consideramos que, nessa etapa todas estariam avaliando as competências indicadas na primeira etapa da pesquisa, sendo que a diferença consistiria no fato de que, para as enfermeiras que participaram da primeira etapa, três das competências gerais e três das específicas avaliadas teriam sido indicadas por elas,

diferentemente das que não participaram, que avaliariam todas as competências indicadas pelo restante do grupo, neste caso, seus pares, conforme critério de seleção das participantes.

O objetivo do segundo questionário e dos demais foi auxiliar os participantes a esclarecer a questão em estudo, a partir de informações prestadas pelos demais membros do grupo, sendo almejada uma maior convergência de respostas, que poderia ser obtida através da oportunidade dada aos informantes de reverem suas respostas, compará-las com as dos outros, bem como com as razões de as mesmas terem sido dadas (FARO, 1997).

A análise do segundo questionário possibilitou a identificação de algumas competências para as quais houve consenso. Segundo Roberts-Davis e Read (2001), se um nível de consenso predeterminado foi alcançado para alguns itens, então estes itens não necessitam ser apresentados novamente. Por isso, o último questionário conteve uma análise das competências para as quais não houve consenso na segunda etapa, com a média obtida para cada competência listada e o escore individual apresentado no questionário anterior, conforme recomendado por Wright e Giovinazzo (2000) e utilizado por Sullivan e Brye (1983), Duffield (1993) e Lindeman (1975). A essa listagem foi adicionada uma escala de Likert com escores de 1 (discordo muito) a 5 (concordo muito) pontos (Apêndices D e E). As competências para as quais houve consenso foram apresentadas para conhecimento dos participantes, tendo sido solicitada a inclusão de comentários adicionais. Da mesma forma que para o segundo questionário, esse também foi enviado a todas as enfermeiras e a todas as especialistas, tendo obtido retorno apenas daquelas que participaram em alguma das etapas anteriores. Esses procedimentos estão apresentados no fluxograma a seguir.



**Figura 1.** Fluxograma de execução da Técnica Delphi modificado de GIOVINAZZO (2001)

### 3.3. Procedimentos

Geralmente, antes da pesquisa, os respondentes potenciais são contatados individualmente pela equipe coordenadora, que lhes explica o que é a técnica Delphi, qual o objetivo do estudo em questão e a importância da participação deles no estudo. No presente estudo, como forma de abordagem do grupo selecionado, propusemos a apresentação do projeto nas instituições participantes. O projeto foi apresentado para os docentes das Escolas e Cursos de Enfermagem das seguintes instituições de ensino: Pontifícia Universidade Católica, Universidade de Ijuí, Universidade de Santa Cruz, UNIVATES, Universidade da Região da Campanha - Campus Erechim, Universidade da Região da Campanha – Campus Santo Ângelo, Universidade Federal de Pelotas, Universidade Federal de Santa Maria, Universidade Luterana do Brasil, Universidade de Passo Fundo, Universidade Franciscana e Fundação Universidade de Rio Grande. Nas Universidades de Caxias do Sul e do Vale dos Sinos, o projeto não foi apresentado aos docentes, porque a instituição alegou não ser possível reuni-los.

No município de Porto Alegre, o projeto foi apresentado para as enfermeiras do Centro de Saúde Escola Murialdo, da Divisão de Saúde Comunitária do Hospital Conceição, da 1ª Delegacia de Saúde da Secretaria de Saúde do Estado do Rio Grande do Sul, da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre dos distritos sanitários: Centro, Glória/Cruzeiro/Cristal, Norte/Eixo Baltazar, Restinga/Extremo Sul, Sul/Centro Sul. O projeto não foi apresentado às enfermeiras dos distritos sanitários Leste/Nordeste, Nordeste/Humaitá/Navegantes/Ilhas e Partenon/Lomba do Pinheiro, pelo mesmo motivo encontrado no grupo de especialistas, ou seja, a instituição alegou não ser possível reunir as enfermeiras.

Os procedimentos para aplicação da Técnica Delphi incluem a circulação de questionários interativos, repetidas vezes, por um grupo de experts (WRIGHT;



GIOVINAZZO, 2000). Nas três etapas da pesquisa, os instrumentos foram distribuídos às instituições dos participantes, por correio ou em mãos. Juntamente com o instrumento e o termo de consentimento informado, uma ficha de identificação (Apêndice F), com dados a respeito da área de atuação e qualificação profissional, foi enviada. Estes dados foram úteis no desenvolvimento da pesquisa e foram manuseados somente pela pesquisadora. Nesta ficha foi anotado um código para cada participante para evitar a sua identificação, garantindo o anonimato e permitindo à pesquisadora reconhecer aqueles participantes que não retornaram os questionários preenchidos. Ela também conteve um item em que foi oferecida a opção de participação na pesquisa por correio ou por e-mail. Para o retorno dos questionários, um envelope selado foi enviado.

Cassiani e Rodrigues (1996) indicam que o tempo médio de duas semanas para o retorno dos questionários é suficiente. Nesta pesquisa, estabelecemos esse tempo na primeira rodada, mas tivemos que prorrogá-lo devido ao baixo retorno dos participantes e à demora na distribuição dos instrumentos na Secretaria de Saúde do Município, por tratar-se de muitas unidades (131), distantes umas das outras, e nas Universidades, pois a maioria é do interior do Estado, requerendo serviços de correio mais o tempo de distribuição dentro de cada instituição. Sendo assim, o tempo necessário para coleta de dados em cada etapa desta pesquisa ficou em torno de oito semanas, tempo este semelhante àquele observado por Silva (1998) em um estudo a respeito das competências gerais para médicos e enfermeiros na rede básica no Brasil, na realização da terceira etapa do estudo Delphi, com um painel de 60 experts. A coleta de dados foi realizada de outubro de 2003 a novembro de 2004, tendo havido uma interrupção no período de fevereiro a maio de 2004 para a realização de estágio da pesquisadora no exterior (bolsa doutorado).

Segundo Cassiani e Rodrigues (1996), a técnica exige que os participantes tenham habilidades de escrita e uma alta motivação para participarem. Exige também, por parte do

grupo executor, um grande dispêndio de tempo. Uma das desvantagens citadas por essas autoras é o problema ocasionado pelo retorno dos questionários.

A fim de minimizar a dificuldade no recebimento dos questionários preenchidos, realizamos um contato pessoal com os participantes do estudo, através de visitas, contato telefônico e cartas para aqueles colegas com quem havia um vínculo.

Considerando-se o número de participantes do estudo, ou seja, daquelas enfermeiras dos serviços, das secretarias e das instituições de ensino que retornaram o termo de consentimento assinado, calculamos a taxa de retorno dos três questionários.

<b>Questionários</b>		<b>Especialistas</b>	<b>Enfermeiras</b>	
	<i>n</i>	<b>Taxa de retorno</b>	<i>n</i>	<b>Taxa de retorno</b>
Etapa I	47 de 57	82%	35 de 52	67%
Etapa II	41 de 57	72%	41 de 52	79%
Etapa III	35 de 57	61%	34 de 52	65%

**Quadro 2.** Taxa de retorno dos questionários nas 3 etapas da Técnica Delphi, Rio Grande do Sul, 2004.

Participaram de uma das três etapas 15 especialistas (docentes e enfermeiras em cargos administrativos) e 16 enfermeiras da rede básica: de duas etapas, 16 especialistas e 14 enfermeiras e de todas as três etapas, 25 especialistas e 22 enfermeiras.

Apesar de ter sido aprovado por todas as instituições indicadas, não houve participantes de três delas na primeira etapa da pesquisa (duas Universidades e a Secretaria de Saúde do Estado) e quatro na segunda e na terceira (três Universidades e a Secretaria de Saúde do Estado) o que representou uma participação de 84% e 79% das instituições, respectivamente.

Na Técnica Delphi, o percentual de retorno dos questionários pode alterar a diversidade de opiniões de uma etapa para outra (WILLIAMS; WEBB, 1994). As taxas de retorno em estudos (primeiros questionários) variam de menos de 50% (FRY; BURR, 2001) para 55% (LYTE e JONES, 2001), 61% (FRENCH, HO, LEE, 2002), 79% (BOND; BOND,

1982) até 91% (DUFFIELD, 1993). Segundo Wright e Giovinazzo (2000), normalmente, há uma abstenção de 30% a 50% dos respondentes na primeira, e de 20% a 30% na segunda rodada da Técnica Delphi. O estudo Delphi conduzido no Brasil por Silva (1998) obteve 53% de retorno na sua aplicação em um painel de 60 experts. Bettcher, Sapirie e Goon (1998) obtiveram 95%, 91% e 78% nas três etapas da Técnica Delphi, o que foi considerado alto para grupos de mais de 100 participantes.

Além disso, a alta motivação dos participantes é essencial para assegurar perseverança através de várias etapas. Esta perseverança é uma questão importante quando os participantes devem responder mais de uma vez a um questionário possivelmente complexo. Neste caso, a técnica de amostragem baseia-se no interesse e na vontade dos participantes em devotar tempo e energia à pesquisa (HITCH e MURGATROYD, 1983). Além da motivação, Sackman (1975) cita o desacordo com o desenho e o conteúdo do estudo, o que pôde ser percebido na apresentação do projeto em relação ao referencial de competências, por tratar-se de um tema controvertido e não aceito por todos os colegas como um referencial adequado para o estudo do trabalho da enfermeira na atenção básica, devido ao relacionamento que fazem com o objetivo do modelo de competências de adequar a formação da força de trabalho às novas exigências do sistema produtivo capitalista, induzidas por reformas de caráter neoliberal, com a flexibilização do mercado de trabalho e a unificação do sistema de qualificação profissional.

No estudo conduzido por French, Ho e Lee (2002), a taxa de retorno dos instrumentos só teve significado na compreensão de quão representativos os respondentes eram da população identificada de experts, pois levando em consideração a decisão de que os informantes-chave devem ser respondentes voluntários, então aqueles que não responderam estão claramente sem interesse e deveriam ser vistos como informantes indesejáveis de qualquer forma.

#### 4. Análise dos dados

No presente estudo utilizamos uma abordagem de análise quanti-qualitativa. A análise quantitativa dos dados visou estabelecer consenso entre os respondentes. Na Técnica Delphi, cabe aos pesquisadores estabelecer o nível de consenso aceitável. É recomendado, na etapa final, um nível mínimo de concordância de 70% (GRANT; KINNEY, 1992). Neste estudo, após uma primeira análise dos dados obtidos com a escala de Likert, a partir da frequência das respostas para cada nível de concordância (Apêndice G), devido à estabilidade das respostas em torno do escore 5, foi adotado como critério de consenso o percentual de 75% para os escores 4 ou 5, conforme utilizado para o estabelecimento das Funções Essenciais de Saúde Pública por Bettcher, Sapirie e Goon (1998). Foram calculadas também a frequência média e a mediana (Apêndice H) das respostas obtidas com a escala de Likert, visando fornecer um feedback do nível de concordância das respostas aos dois grupos de participantes da pesquisa. Para isso, os valores das médias foram apresentados no terceiro instrumento, juntamente com o escore atribuído por cada participante.

Na fase de investigação de competências, foram adotados os conceitos de competência, geral e específica para a comunicação com as enfermeiras.

A **competência** tem sido relacionada à capacidade de articular e mobilizar conhecimentos, habilidades e atitudes, colocando-os em ação para resolver problemas e enfrentar situações de imprevisibilidade em uma dada situação concreta de trabalho e em um determinado contexto cultural. Ela compreende um conjunto de saberes e capacidades que os profissionais incorporam por meio da formação e da experiência, somado à capacidade de integrá-los, utilizá-los e transferi-los em diferentes situações profissionais.

As **competências gerais** referem-se a comportamentos profissionais próprios de desempenhos em diferentes setores ou atividades, usualmente relacionados à interação com

tecnologias mais gerais. Na área da saúde, na atenção básica, seriam aqueles de todos os profissionais.

As **competências específicas** são aquelas diretamente relacionadas com o exercício de ocupações concretas, não sendo facilmente transferíveis de um a outro âmbito profissional. No caso do projeto em execução, são as necessárias para o trabalho da enfermeira na atenção básica.

O processo de análise e compilação da primeira etapa da Técnica Delphi, no grupo de enfermeiras, resultou em uma listagem de 84 competências, sendo 44 gerais e 40 específicas, que constaram do segundo instrumento. Na segunda etapa, o consenso foi obtido para 17 competências gerais e 8 específicas. As demais foram submetidas novamente ao grupo para apreciação, por meio do terceiro instrumento, porém, nenhuma delas obteve consenso.

O mesmo processo, no grupo de especialistas, resultou em uma listagem de 93 competências, sendo 49 gerais e 44 específicas, que constaram do segundo instrumento. Na segunda etapa, o consenso foi obtido para 19 competências gerais e 7 específicas. As demais foram submetidas novamente ao grupo para apreciação, por meio do terceiro instrumento, sendo que 2 competências específicas obtiveram consenso nessa etapa.

Na investigação das competências, conhecimentos, habilidades, destrezas, compreensão e atitudes podem ser identificados. Uma das competências apontadas pelas especialistas foi classificada como atitude (iniciativa), porque não encontramos relação dela com as indicadas na literatura, parecendo adequar-se melhor a esse componente de competência.

As competências para as quais houve consenso nos dois grupos foram submetidas a uma classificação, para cujo prodimento utilizamos quatro referências: Silva (1998), Brasil (2003a), Council (2001) e Ruiz (2001). Assim, classificamos as competências em dez áreas de domínio: comunicação, trabalho em equipe, gerência, orientada a comunidade, valores

profissionais, resolução de problemas, educacionais, atenção à saúde e ciências básicas da saúde pública.

Para a padronização dos enunciados, adotamos um formato consistente com um verbo e um substantivo, partindo do entendimento de que a competência é indissociável da ação, conforme Ramos (2001). Além disso, na padronização dos enunciados, buscamos contemplar os seguintes critérios preconizados pela OMS (2003) para uso internacional ou nacional: as competências devem ser abrangentes o suficiente para serem aplicadas internacionalmente ou nacionalmente; ao mesmo tempo, devem ser específicas o suficiente para fornecer orientação para a tomada de decisões; devem ser fundamentais para a prática, não periféricas, e devem ser relevantes para a prática.

Além de termos utilizado a técnica Delphi para identificar as competências gerais e específicas, realizamos também uma análise qualitativa, necessária para buscarmos o valor dos dados empíricos, isto é, o significado atribuído pelos sujeitos em seu mundo singular, porque só uma listagem alcançada através do consenso não traria as aproximações que permitiram que fossem reveladas as particularidades de cada competência, o que se faz e o que deveria ser.

Na análise qualitativa, foram discutidos os motivos pelos quais essas competências são necessárias para o trabalho da enfermeira na atenção básica, conforme indicado pelas participantes frente ao percurso da enfermagem na implantação do SUS, aos preceitos da atenção primária, aos conteúdos da atenção básica, aos enunciados de competências existentes na literatura e, finalmente, a como essas competências estão contribuindo para o desempenho das FESP na realidade estudada.

Buscamos discutir todas as justificativas apresentadas, para cada competência, pelas enfermeiras dos dois grupos na primeira fase da pesquisa, sendo que o seu número varia de acordo com a proporção de participantes dos dois grupos, que fizeram as indicações nessa fase. Elas serão apresentadas nos resultados, acompanhadas dos códigos utilizados para os

sujeitos, ou seja, TE para as enfermeiras, IE para docentes das Instituições de Ensino Superior do Estado do Rio Grande do Sul, adicionado de uma letra para cada instituição e EC para enfermeiras em cargos na Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre.

Na análise da contribuição das competências construídas, neste estudo, para a constituição das FESP, consideramos os resultados da avaliação conduzida pela OPAS (2002), a fim de compreendermos como essas competências estão contribuindo para as áreas do seu fazer que requerem maior apoio para fortalecer a infra-estrutura de serviços de saúde pública, entendida em sua mais ampla acepção, isto é, incluindo as instalações, equipamentos e, nesse caso, as capacidades humanas necessárias para seu bom desempenho. Para isso, utilizamos as competências específicas propostas por Ruiz (2001), cujos enunciados aproximam-se das definições das FESP da OPAS (2002b). A fim de articularmos as áreas de domínio com as FESP, utilizamos o enunciado do Conselho de Integração entre Academia e Prática de Saúde Pública (COUNCIL, 2001) e um documento do Ministério de Saúde dos Estados Unidos, que apresenta essas competências relacionadas com as Funções Essenciais de Saúde Pública (PUBLIC HEALTH IN AMERICA, 1994).

## 5 Questões éticas da pesquisa

O projeto foi apreciado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto em 22 de agosto de 2003 (Anexo J). Os Termos de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndices I e J) foram assinados pelas enfermeiras participantes de acordo com a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde. Algumas das instituições participantes também tiveram o projeto submetido aos seus respectivos Comitês de Ética - Hospital Nossa Senhora da Conceição, Universidade Federal do Rio Grande do Sul e Secretaria Municipal de Saúde (Anexo K). Durante o processo de coleta de dados, o anonimato das participantes foi garantido por meio de um código anotado em uma ficha de identificação, manuseada somente pela pesquisadora e mantida separada dos instrumentos, para evitar a identificação dos respondentes.

***RESULTADOS***



## **IV. Resultados**

As competências da enfermeira na atenção básica, construídas neste estudo, serão apresentadas e discutidas, primeiramente, conforme a definição de cada área de domínio, buscando contrastar as competências construídas no grupo de enfermeiras com aquelas do grupo de especialistas, e apreender suas convergências, semelhanças, diferenças e contradições. A seguir, essas competências serão discutidas em relação às justificativas apresentadas pelos dois grupos de enfermeiras e especialistas, na primeira fase da pesquisa, em relação a sua necessidade para o trabalho desenvolvido pela enfermeira na atenção básica. Por fim, buscaremos apreender a contribuição do conjunto das competências construídas nos dois grupos para a constituição das funções essenciais de saúde pública. Inicialmente, faremos uma exposição das características dos sujeitos que participaram da pesquisa, visando fornecer um panorama geral a respeito das suas condições de trabalho e formação.

### **1. Caracterização dos sujeitos**

Trabalhamos com dois grupos para operacionalização da Técnica Delphi: de enfermeiras e de especialistas. Para efeitos de caracterização dos sujeitos, no entanto, optamos por dividir o grupo de especialistas, fazendo separadamente a caracterização dos docentes e das enfermeiras que ocupam cargos na Secretaria de Saúde do Município de Porto Alegre.

#### **1.1. Enfermeiras que atuam na Rede Básica do Município de Porto Alegre**

Participaram deste estudo 52 enfermeiras, sendo que 35 com vínculo institucional com a Secretaria Municipal de Saúde do Município, 8, com o programa de Saúde da Família, 9, com o Serviço de Saúde Comunitária do Grupo Hospitalar Conceição e 4, com o Centro de

Saúde Escola Murialdo. As funções que desempenham nestas instituições são apresentadas a seguir:

<b>Funções</b>	<b>n</b>
Enfermeira	36
Coordenadora e Enfermeira	9
Coordenadora da unidade	3
Enfermeira supervisora dos PSF da gerência distrital	1
Coordenadora do ambulatório básico e de especialidades	1
Enfermeira responsável pela vigilância em saúde	1
Coordenadora e preceptora	1
<b>TOTAL</b>	<b>52</b>

**Quadro 3.** Funções desempenhadas pelas enfermeiras participantes da pesquisa na rede básica do Município de Porto Alegre, 2004.

O vínculo empregatício informado indica uma relação de estabilidade com a instituição, da maior parte das enfermeiras, conforme apresentado a seguir.

<b>Vínculo empregatício</b>	<b>n</b>
Estatutário	26
CLT	16
Municipária	5
Funcionária pública	2
Ministério da Saúde	1
Secretaria da Educação	1
Não informou	1
<b>TOTAL</b>	<b>52</b>

**Quadro 4.** Vínculo empregatício das enfermeiras participantes da pesquisa na rede básica do Município de Porto Alegre, 2004.

Isso deve-se, em parte, à política da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre, de trabalhar com a perspectiva de ampliar o número de cargos de servidores estatutários, de forma a incluir no Programa de Saúde da Família, apenas essa modalidade de servidores.

A carga horária de trabalho indica um grande envolvimento das enfermeiras com as instituições. Para a maior parte delas é de 40 horas semanais (40), que correspondem aos

vínculos com a Secretaria de Saúde do Município (que não possui contrato de 20 horas semanais). As enfermeiras do Centro de Saúde-Escola Murialdo e do Hospital Conceição possuem carga horária de 36 horas semanais (8). As demais possuem contratos de 30 (2) e 20 horas semanais (2).

O tempo de trabalho das enfermeiras participantes deste estudo variou de 2 a 25 anos, pois, nesse grupo, como explicitado na metodologia, foram incluídas apenas as enfermeiras que possuíam mais de dois anos de trabalho na instituição. O vínculo dessas enfermeiras é recente, ou seja, mais da metade (40) trabalha na instituição por um período de até 10 anos.

<i>Tempo de trabalho</i>	<i>n</i>
De 2 a 5 anos	28
6 a 10 anos	12
11 a 15 anos	5
16 a 20 anos	4
21 a 25 anos	2
<b>TOTAL</b>	<b>52</b>

**Quadro 5.** Tempo de trabalho das enfermeiras participantes da pesquisa na Rede Básica do Município de Porto Alegre, 2004.

As enfermeiras que participaram da pesquisa não possuem, na sua maioria (41), outro vínculo empregatício, tendo as demais relatado vínculo empregatício com cursos de nível médio, como professoras (3), com a Secretaria Estadual da saúde (1), com a Secretaria Municipal de Porto Alegre (1), de Cachoeirinha (1) e com a rede hospitalar (2).

O tempo de formatura delas enfermeiras variou de 6 a 26 anos, com a seguinte distribuição:

<b>Tempo de formatura</b>	<b>n</b>
De 6 a 10 anos	12
11 a 15 anos	10
16 a 20 anos	15
21 a 26 anos	7
Não respondeu	8
<b>TOTAL</b>	<b>52</b>

**Quadro 6.** Tempo de formatura das enfermeiras participantes da pesquisa da rede básica do Município de Porto Alegre, 2004.

A formação das enfermeiras em nível de pós-graduação incluiu o Mestrado, sendo dois, em saúde coletiva e um, em epidemiologia, e a especialização (curso de pós-graduação “*lato sensu*”, com no mínimo 360 horas de duração), conforme apresentado abaixo. O número de cursos é maior do que o de enfermeiras porque sete relacionaram dois cursos e uma, três. Podemos dizer que o perfil das enfermeiras que participaram do estudo é de sanitarista, devido à formação na área de saúde pública, acrescida de cursos em saúde coletiva e da família, totalizando vinte e nove cursos.

<b>Cursos de Especialização</b>	<b>n</b>
Saúde pública	24
Administração hospitalar	5
Administração dos serviços de enfermagem	5
Saúde coletiva	3
Saúde da família	2
Gestão em saúde	2
Enfermagem obstétrica	2
Gerenciamento de enfermagem nos serviços de saúde	1
Pedagogia da enfermagem médico-cirúrgica	1
Enfermagem do trabalho	1
Bioenergética	1
Saúde do adolescente	1
Psiquiatria	1
Não possuem curso de especialização	12
<b>TOTAL</b>	<b>61</b>

**Quadro 7.** Cursos de Especialização realizados pelas enfermeiras participantes da pesquisa da rede básica do Município de Porto Alegre, 2004.

Entre os outros cursos citados pelas enfermeiras, que foram realizados durante seu percurso profissional, licenciatura em enfermagem, que prepara para o ensino nos cursos de enfermagem de nível médio, foi o mais procurado e, depois desse, a residência em saúde comunitária, o gerenciamento e a habilitação em saúde pública. Também é significativo o número de cursos realizados que foram oferecidos pela instituição empregadora, o que denota uma preocupação desta com a educação permanente dos profissionais de saúde empregados.

<b>Outros cursos</b>	<b>n</b>
Licenciatura em enfermagem	11
Residência em saúde geral comunitária	6
Gerenciamento	3
Habilitação em saúde pública	2
Graduação em educação física, teologia	2
Residência em saúde mental	1
Gestão em saúde	1
Qualidade total	1
PACS para formação de agentes comunitários	1
Coordenação de grupos	1
Atendimento a pacientes traumatizados	1
Emergências	1
Terapias alternativas	1
Diversos oferecidos pela instituição empregadora: vigilância sanitária, vigilância epidemiológica, zoonoses, vetores, tabagismo, tuberculose, implantação da unidade básica, amiga da amamentação, aconselhamento em aleitamento materno, sala de vacinas	7
<b>TOTAL</b>	<b>52</b>

**Quadro 8.** Outros cursos realizados pelas enfermeiras participantes da pesquisa da rede básica do Município de Porto Alegre, 2004.

## 1.2. Enfermeiras que ocupam cargos administrativos na Secretaria Municipal de Porto Alegre

São treze as enfermeiras que ocupam cargos na Secretaria Municipal de Porto Alegre e que participaram da pesquisa. Essas enfermeiras atuam no gabinete da Secretária, na Assessoria de Planejamento, na CGDTS, na Coordenadoria de Gestão da Vigilância à Saúde e

nas Gerências Distritais. Exercem funções de secretária adjunta, coordenadora da APS, coordenadora de estágios, técnica da equipe de desenvolvimento, gerente distrital, assessora técnica da gerência distrital, supervisora e enfermeira do núcleo de imunizações.

As enfermeiras em cargos possuem carga horária de 40 horas semanais, com exceção de uma que possui contrato de 30 horas.

O vínculo empregatício é de cargo comissionado (1), estatutário (7) e funcionária municipal (4) e o tempo de trabalho da grande maioria é de até 15 anos distribuídos da seguinte forma:

<i><b>Tempo de trabalho</b></i>	<i><b>n</b></i>
Até 5 anos	4
6 a 10 anos	3
11 a 15 anos	5
Mais de 20 anos	1
TOTAL	13

**Quadro 9.** Tempo de trabalho das enfermeiras participantes da pesquisa que ocupam cargos na Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre, 2004.

A maior parte não possui outros vínculos empregatícios (11), com exceção de duas enfermeiras, uma que trabalha em uma instituição de ensino superior e outra, na administração de um município da região metropolitana de Porto Alegre.

O tempo de formatura das enfermeiras variou de 6 a 26 anos, com uma distribuição homogênea.

<b>Tempo de formatura</b>	<b>n</b>
6 a 10 anos	2
11 a 15 anos	3
16 a 20 anos	4
21 a 25 anos	2
Mais de 26 anos	2
<b>TOTAL</b>	<b>13</b>

**Quadro 10.** Tempo de formatura das enfermeiras participantes da pesquisa que ocupam cargos na Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre, 2004.

A formação das enfermeiras em nível de pós-graduação incluiu o Mestrado em Enfermagem (em número de três) e a especialização (curso de pós-graduação “lato sensu”, com no mínimo 360 horas de duração) conforme apresentado abaixo. Quatro enfermeiras relacionaram dois cursos e uma, três, por isto, o número de cursos é maior do que o de enfermeiras.

<b>Cursos de Especialização</b>	<b>n</b>
Saúde Pública	7
Metodologia Ensino superior	2
Saúde da Família	1
Saúde do trabalhador	1
Enfermagem do trabalho	1
Enfermagem pediátrica	1
Administração e planejamento para docentes	1
Pneumologia sanitária	1
Projetos sociais e culturais	1
Não possui curso de especialização	1
<b>TOTAL</b>	<b>17</b>

**Quadro 11.** Cursos de Especialização realizados pelas enfermeiras participantes da pesquisa que ocupam cargos na Secretaria Municipal de Porto Alegre, 2004.

A maior parte das enfermeiras (92%) que ocupa cargos na Secretaria Municipal de Saúde possui formação em nível de especialização, evidenciando o seu preparo para o trabalho na formulação e condução das políticas de saúde, proporção essa maior do que a das enfermeiras da rede de atenção primária participantes deste estudo (77%). Podemos dizer que o perfil das enfermeiras que ocupam cargos e que participaram do estudo é de sanitarista,

devido à formação na área de saúde pública, acrescida de cursos em saúde comunitária, coletiva e da família, que totalizam oito dos dezessete cursos de especialização descritos, somados às Residências em saúde comunitária e coletiva, conforme apresentado abaixo.

<b>Outros cursos</b>	<b>n</b>
Residência em Saúde Comunitária	1
Residência em Saúde Coletiva	1
Licenciatura em enfermagem	1
Habilitação em enfermagem em saúde pública	1
Cursos de Graduação em Enfermagem Hospitalar	1
Cursos de Graduação em Direito	1
Cursos oferecidos pela instituição (avaliadora iniciativa hospital amiga da criança e conselheira em aleitamento materno)	1
<b>TOTAL</b>	<b>7</b>

**Quadro 12.** Outros cursos realizados pelas enfermeiras participantes da pesquisa que ocupam cargos na Secretaria Municipal de Porto Alegre.

### 1.3 Enfermeiras em cargos de docência nos Cursos de Enfermagem do Estado do Rio Grande do Sul

Participaram da pesquisa 44 docentes das instituições de ensino superior do Estado do Rio Grande do Sul, referidas no quadro 13.



<i>Instituições de Ensino Superior</i>	<i>n</i>
<b>Públicas</b>	
Universidade Federal de Santa Maria	4
Universidade Federal do Rio Grande do Sul	4
Universidade Federal de Pelotas	3
Fundação Universidade de Rio Grande	2
<b>Privadas</b>	
Universidade de Santa Cruz	5
Universidade Luterana do Brasil	4
Universidade de Caxias do Sul	3
Universidade do Vale dos Sinos	3
Centro Universitário do Vale do Taquari	3
Pontifícia Universidade Católica	3
Universidade Regional Integrada de Erechim	2
Universidade de Ijuí	2
Universidade da Região da Campanha	1
Universidade de Passo Fundo	1
Universidade Regional Integrada de Santo Ângelo	1
<b>TOTAL</b>	<b>44</b>

**Quadro 13.** Número de docentes participantes da pesquisa por Instituição de Ensino Superior do Estado do Rio Grande do Sul, 2004.

As participantes atuam como docentes (40) com diversas inserções na carreira - auxiliares, assistentes, adjuntos e titular - ou na instituição – como substitutas. Outras funções relacionadas foram as de chefe de departamento (1), coordenadora do curso de enfermagem (1), vice-diretora (1) e diretora do centro de ciências básicas da saúde (1).

O vínculo empregatício informado foi, na sua maior parte, o da consolidação das leis do trabalho (18), seguido do estatutário (6) e do de regime jurídico único (4). As demais participantes não informaram o vínculo (5) ou não forneceram informações que possibilitassem identificá-lo (11).

A maior parte das docentes possui contrato de 40 horas semanais (27) e a sua carga horária é apresentada a seguir.

<b>Carga horária (em horas semanais)</b>	<b>n</b>
40	27
36	2
32	1
30	3
22	3
20	4
12	1
13 a 21	1
Horista	2
<b>TOTAL</b>	<b>44</b>

**Quadro 14.** Carga horária semanal das docentes participantes da pesquisa nas Instituições de Ensino Superior do Estado do Rio Grande do Sul, 2004.

O vínculo empregatício (CLT) e o vínculo recente das docentes, conforme apresentado a seguir, refletem a expansão da rede privada de ensino superior e a retração da contratação de professores nas universidades públicas.

<b>Tempo de trabalho</b>	<b>n</b>
Até 5 anos	17
6 a 10 anos	8
11 a 15 anos	3
16 a 20 anos	8
21 a 25 anos	5
Mais de 26 anos	3
<b>TOTAL</b>	<b>44</b>

**Quadro 15.** Tempo de trabalho das docentes participantes da pesquisa das Instituições de Ensino Superior do Estado do Rio Grande do Sul, 2004.

A maior parte das docentes relatou não trabalhar em outra instituição (34). Outros vínculos foram relatados com a Secretaria Estadual de Saúde nas Coordenadorias Regionais (4), outra instituição de ensino superior (3), como sanitaristas (2), com a Secretaria de Educação do Estado (1), com a rede hospitalar (1), em Curso Técnico (1). Duas docentes relataram ter vínculo com três instituições.

O tempo de formatura, de 16 a 25 anos, na sua maioria, mostra a experiência destas enfermeiras na prática profissional de ensino.

<b>Tempo de formatura</b>	<b>n</b>
Até 5 anos	4
6 a 10 anos	1
11 a 15 anos	2
16 a 20 anos	15
21 a 25 anos	10
Mais de 26 anos	6
Não informou	6
<b>TOTAL</b>	<b>44</b>

**Quadro 16.** Tempo de formatura das docentes participantes da pesquisa nas Instituições de Ensino Superior do Estado do Rio Grande do Sul, 2004.

A formação das docentes em nível de especialização é apresentada abaixo. O número de cursos é maior do que o de enfermeiras porque dezesseis delas relacionaram dois cursos e três enfermeiras, três. A área de saúde pública concentra o maior número de cursos, acrescida de cursos em saúde comunitária, saúde mental coletiva, saúde coletiva e recursos humanos e da família, que totalizam vinte e oito cursos. Planejamento estratégico situacional, saúde escolar, epidemiologia, enfermagem do trabalho e gerontologia são também áreas cujo conhecimento contribui de forma mais direta para a prática da saúde pública. Essas áreas correspondem à metade dos cursos de especialização. A formação dos docentes em áreas não correlatas à de saúde pública/comunitária/coletiva, deve-se ao fato de que, na maior parte das instituições de ensino estudadas, não existem docentes especificamente encarregados dessa área, com grande mobilidade nas disciplinas, de um semestre para outro.

<b>Cursos de Especialização</b>	<b>n</b>
Saúde Pública	21
Administração hospitalar	6
Metodologia do ensino superior	5
Saúde comunitária	3
Enfermagem médico-cirúrgica	3
Enfermagem obstétrica	3
Saúde mental coletiva	2
Saúde do adulto	2
Metodologia da pesquisa	2
Administração hospitalar e serviços de saúde	2
Administração e direção hospitalar e sistemas de saúde	1
Administração de recursos humanos	1
Planejamento estratégico situacional	1
Saúde coletiva e recursos humanos	1
Saúde da família	1
Saúde escolar	1
Epidemiologia	1
Pediatria e puericultura	1
Enfermagem do trabalho	1
Formação pedagógica em educação profissional na área de enfermagem	1
Novas metodologias do ensino de enfermagem	1
Ciência e ensino	1
Terapia intensiva	1
UTI neonatal	1
Gerontologia	1
Não possui curso de especialização	4
<b>TOTAL</b>	<b>66</b>

**Quadro 17.** Cursos de Especialização realizados pelas docentes participantes da pesquisa das Instituições de Ensino Superior do Estado do Rio Grande do Sul, 2004.

Outro fator, que poderia estar relacionado à diversidade da formação dos docentes responsáveis pelo ensino de saúde pública/comunitária/coletiva nas instituições de ensino, é a exigência de curso de pós-graduação “stricto sensu” para o ensino nos cursos de graduação. Como podemos observar, a seguir, a maior parte dos docentes possui título de mestre (33), alguns de doutores (6), porém outros não possuem formação nesse nível (10). Outros cursos relacionados foram: formação pedagógica para docentes com habilitação em enfermagem (1), licenciatura (1) e um curso para formação de gerentes em saúde – Gerus (1).

<b>Outros cursos</b>	<b>n</b>
Doutorado	
➤ Enfermagem	3
➤ Enfermagem (em andamento)	2
➤ Sociologia	1
➤ Psicologia	1
➤ Filosofia da enfermagem	1
➤ Filosofia de enfermagem (em andamento)	1
➤ Gerontologia biomédica (em andamento)	1
Mestrado	3
➤ Assistência de enfermagem	8
➤ Enfermagem	8
➤ Enfermagem - em andamento	1
➤ Saúde coletiva	3
➤ Extensão rural	3
➤ Desenvolvimento regional	2
➤ Educação	2
➤ Enfermagem na saúde do adulto	1
➤ Saúde pública/área Materno-Infantil	1
➤ Enfermagem Materno-Infantil	1
➤ Educação e extensão rural	1
➤ Sociologia	1
➤ Ciências	1
➤ Educação ambiental	1
➤ Educação nas ciências	1
Docentes sem Mestrado/Doutorado	10
<b>TOTAL</b>	<b>68</b>

**Quadro 18.** Outros cursos realizados pelas docentes participantes da pesquisa das Instituições de Ensino Superior do Estado do Rio Grande do Sul, 2004.

## 2. As competências da enfermeira na atenção básica

O processo de construção de competências da enfermeira para o trabalho na atenção básica, empreendido na presente investigação, foi desenvolvido separadamente nos dois grupos de participantes: o de enfermeiras e o de especialistas.

No grupo de enfermeiras, esse processo resultou em 84 competências na primeira fase da pesquisa, sendo 44 gerais e 40 específicas, que constaram do segundo instrumento. Na segunda etapa, o consenso foi obtido para 17 competências gerais e 8 específicas. As demais foram submetidas novamente ao grupo para apreciação, por meio do terceiro instrumento, porém nenhuma obteve consenso.

No grupo de especialistas, na primeira etapa foram listadas 93 competências, sendo 49 gerais e 44 específicas, que constaram do segundo instrumento. Na segunda etapa, o consenso foi obtido para 21 competências gerais e 7 específicas. As demais foram submetidas novamente ao grupo para apreciação, por meio do terceiro instrumento, sendo que mais 2 competências específicas obtiveram consenso nessa etapa.

De todas as competências que obtiveram consenso, algumas são comuns nos dois grupos, outras foram indicadas apenas no grupo de enfermeiras ou no de especialistas. As competências que obtiveram consenso nos dois grupos foram:

- **‘busca na Ética os valores e princípios para sua atuação’;**
- **‘promove comprometimento com a saúde, como direito individual e coletivo’;**
- **responsabiliza-se pela atenção à saúde e contribui para a sua organização’;**
- **‘utiliza instrumentos de comunicação’;**
- **‘organiza seu processo de trabalho de forma articulada com a equipe de saúde’;**
- **‘coordena a equipe de enfermagem’;**
- **‘integra a equipe na constituição do planejamento e avaliação das ações de saúde’;**
- **‘planeja e sistematiza a assistência de enfermagem’;**
- **‘supervisiona e apóia a equipe de enfermagem’;**
- **‘trabalha com a perspectiva de vigilância da saúde’;**
- **‘articula a educação em saúde à sua prática cotidiana’;**
- **‘realiza consulta de enfermagem’;**
- **‘promove educação continuada/permanente em Enfermagem’.**

As competências que obtiveram consenso apenas no grupo de enfermeiras foram:

- **‘identifica-se com o trabalho’;**
- **‘sabe ouvir’;**
- **‘conhece a comunidade, com ela estabelece e mantém vínculos’;**

- **‘desenvolve ações de prevenção e proteção da saúde’;**
- **‘promove a saúde de indivíduos, famílias e comunidade’;**
- **‘coordena ações educativas na comunidade’;**
- **‘identifica os problemas de saúde’;**
- **‘compreende a dimensão coletiva dos problemas de saúde’;**
- **‘prioriza os casos urgentes’;**
- **‘busca a resolubilidade’.**

Essas competências podem ser relacionadas ao que Castro (1994) denomina saberes tácitos, pois parecem ter sido apreendidas através da experiência, estando ligadas à vivência concreta de um trabalhador particular numa situação específica, no caso, a enfermeira na atenção básica. Estas enfermeiras são consideradas conhecedoras únicas das idiossincrasias da totalidade ou de partes do processo de produção que as envolvem. O conhecimento que embasa as competências citadas encontra-se na base da constituição da qualificação adquirida pela experiência, vivência e pela memória dessa trabalhadora individual. O que está em jogo nessa relação é a implicação subjetiva da enfermeira no conhecimento e a idéia de que ela habita seu domínio de conhecimento quaisquer que sejam os modos de organização do trabalho.

As competências que obtiveram consenso apenas no grupo das especialistas foram:

- **‘atua com autonomia’;**
- **‘adota uma perspectiva interdisciplinar no trabalho’;**
- **‘é capaz de assumir a gerência e a gestão dos serviços de saúde’;**
- **‘trabalha com grupos’; ‘respeita e interage com diferentes culturas’;**
- **‘demonstra iniciativa’;**
- **‘presta atendimento integral dentro dos princípios do SUS’;**
- **‘demonstra capacidade de acolhimento e sensibilidade’;**
- **‘presta cuidado domiciliar de enfermagem’;**
- **‘demonstra conhecimento dos problemas e necessidades de saúde da população, bem como dos determinantes sociais’;**

➤ **‘utiliza pensamento crítico-reflexivo’ e ‘desenvolve, participa e aplica pesquisa’.**

Podemos considerar esse um grupo mais intelectualizado, sendo que as competências indicadas, de uma forma geral, aproximam-se do que Schwartz (1998) considera como dimensão conceitual das competências. Para esse autor, é impossível imaginar qualquer trabalho em atos sem tais normas antecedentes, toda atividade de trabalho é sempre, em algum grau, descritível, sendo que a prática científica tenta anteciper suas seqüências. Para cada tipo de situação, podemos listar com relativa facilidade essas condições mais ou menos necessárias ao exercício de tal atividade profissional. Trata-se sempre de saberes identificáveis e anteriormente armazenados, como os que são necessários ao trabalho das enfermeiras que ocupam cargos na gestão dos serviços de saúde para a formulação de políticas e ao das docentes, na formação de recursos humanos e no desenvolvimento da pesquisa.

Algumas áreas de domínio reuniram apenas competências gerais ou específicas. As áreas de domínio que reuniram apenas competências gerais foram a de comunicação e a orientada à comunidade, o que indica que estas podem ser áreas que se relacionam ao campo de saberes e responsabilidades da enfermeira, conforme definido por Campos (1997), ou seja, aquelas áreas cujas competências são compartilhadas com a equipe de saúde. Valores profissionais e resolução de problemas foram áreas que reuniram apenas competências gerais no grupo das enfermeiras, e promoção da saúde, no grupo das especialistas.

Áreas de domínio que reuniram apenas competências específicas foram evidenciadas no grupo de enfermeiras: promoção da saúde, atenção à saúde e educacional, sendo que no grupo de especialistas isso não foi evidenciado. Percebemos, dessa forma, uma preocupação das enfermeiras em delimitar o seu núcleo de saberes e responsabilidades, aquilo que as diferencia dos outros membros da equipe de saúde.



No entanto, foram diversos os motivos pelos quais as enfermeiras e as especialistas indicaram competências gerais e específicas no presente estudo, como será apresentado a seguir, na discussão das competências em cada área de domínio.

**Tabela 1\_** Competências da enfermeira na atenção básica: construção do grupo de enfermeiras por área de domínio

DOMÍNIO	COMPETÊNCIAS	%
1. Valores profissionais	Gerais	
	➤ Busca na Ética os valores e princípios para sua atuação	83
	➤ Promove comprometimento com a saúde, como direito individual e coletivo	75
	➤ Responsabiliza-se pela atenção à saúde e contribui para a sua organização	75
2. Comunicação	Gerais	
	➤ Utiliza instrumentos de comunicação	90
3. Trabalho em equipe	Geral	
	➤ Organiza seu processo de trabalho de forma articulada com a equipe de saúde	80
4. Gerência	Específica	
	➤ Coordena a equipe de enfermagem	85
	Geral	
5. Orientada à comunidade	➤ Integra a equipe na constituição do planejamento e avaliação das ações de saúde	78
	Específicas	
	➤ Planeja e sistematiza a assistência de enfermagem	75
6. Promoção da saúde	➤ Supervisiona e apóia a equipe de enfermagem	85
	Gerais	
	➤ Trabalha com a perspectiva de vigilância epidemiológica	78
7. Resolução de problemas	➤ Conhece a comunidade, com ela estabelece e mantém vínculos	78
	➤ Desenvolve ações de prevenção e proteção da saúde	83
	Específicas	
8. Atenção à saúde	➤ Promove a saúde de indivíduos, família e comunidade	78
	➤ Articula a educação em saúde à sua prática cotidiana	85
	➤ Coordena ações educativas na unidade sanitária e comunidade	75
9. Educacional	Gerais	
	➤ Identifica os problemas de saúde	76
	➤ Compreende a dimensão coletiva dos problemas de saúde	83
	➤ Prioriza os casos urgentes	78
10. Em ciências básicas da saúde pública	➤ Busca a resolubilidade	75
	Específica	
10. Em ciências básicas da saúde pública	➤ Realiza consulta de enfermagem	90
	Específica	
10. Em ciências básicas da saúde pública	➤ Promove educação continuada em Enfermagem	78
	Geral	
10. Em ciências básicas da saúde pública	➤ Trabalha com a rede de serviços de saúde	75
	➤ Demonstra capacidade técnica	78

**Tabela 2** Competências da enfermeira na atenção básica: construção do grupo de especialistas por área de domínio

DOMÍNIO	COMPETÊNCIAS	%
1. Valores profissionais	Gerais	
	➤ Busca na Ética os valores e princípios para sua atuação	83
	➤ Promove comprometimento e compromisso com a saúde, como direito individual e coletivo	80
	➤ Responsabiliza-se pela atenção à saúde	88
	Específica	
	➤ Atua com autonomia	76
2. Comunicação	Gerais	
	➤ Utiliza instrumentos de comunicação e estabelece relacionamentos	80
3. Trabalho em equipe	Gerais	
	➤ Organiza seu processo de trabalho de forma articulada com a equipe de saúde	78
	➤ Adota uma perspectiva interdisciplinar no trabalho	80
	Específica	
	➤ Coordena a equipe de enfermagem	83
4. Gerência	Gerais	
	➤ É capaz de assumir a gerência e gestão dos serviços de saúde	75
	➤ Integra a equipe na constituição do planejamento e avaliação das ações de saúde	80
	Específicas	
	➤ Planeja e sistematiza a assistência de enfermagem	75
	➤ Supervisiona e apóia a equipe de enfermagem	77
5. Orientada à comunidade	Gerais	
	➤ Trabalha com a perspectiva de vigilância da saúde	78
	➤ É capaz de organizar-se e atuar coletivamente	76
	➤ Trabalha com grupos	75
	➤ Respeita e interage com diferentes culturas	76
6. Promoção da saúde	Geral	
	➤ Articula a educação em saúde à sua prática cotidiana	83
7. Resolução de problemas	Atitude	
	▪ Demonstra iniciativa	88
8. Atenção à saúde	Gerais	
	➤ Realiza atendimento integral dentro dos princípios do Sistema Único de Saúde	80
	➤ Demonstra capacidade de acolhimento e sensibilidade	83
	Específicas	
	➤ Realiza consulta de enfermagem	75
➤ Presta cuidado domiciliar de enfermagem	83	
9. Educacional	Gerais	
	➤ Reconhece-se em contínua formação	88
	Específica	
	➤ Promove educação permanente	75
10. Em ciências básicas da saúde pública	Gerais	
	➤ Conhece o Sistema Nacional de Saúde e as políticas de saúde	80
	➤ Demonstra conhecimento dos problemas e necessidades de saúde da população, bem como dos determinantes sociais	90
	➤ Sabe coletivizar os seus conhecimentos	76
	Específicas	
	➤ Utiliza pensamento crítico-reflexivo	75
	➤ Desenvolve, participa e aplica pesquisa	76

## 2.1. Competências na área de domínio de valores profissionais

Como processo sociocultural e histórico e como prática humanística por excelência, a saúde pública requer conhecimentos, técnicas e uma prática de serviço baseada em valores como a consideração à vida e à saúde como bens supremos do ser humano dotado de direitos e responsabilidades, a solidariedade, a utilização eficiente dos recursos disponíveis, a participação e a equidade no acesso aos bens e serviços que produzem saúde (MACEDO, 2001).

Além disso, em uma abordagem que enfatiza a importância dos valores, a saúde pública é associada com a ética, como uma prática que é, ao mesmo tempo, subordinada e baseada em certos valores e princípios (OPAS, 2002b). Estes compreendem a afirmação da saúde como direito humano fundamental, a equidade na saúde como expressão de justiça social, a proposição de que a saúde ocupe um lugar central no desenvolvimento e um compromisso ético da saúde pública (MACEDO, 2001).

Nos dois grupos estudados, apreendemos a preocupação com a área de domínio dos valores profissionais, pelo número de competências que obtiveram consenso nesse item que foram seis, demonstrando a necessidade de detalhar as competências que devem ser compartilhadas pela equipe de saúde, pois a maior parte foi indicada como competência geral. Os dois grupos apontaram: **‘busca na Ética os valores e princípios para sua atuação’**, o grupo de enfermeiras: **‘promove comprometimento com a saúde, como direito individual e coletivo’** e **‘responsabiliza-se pela atenção à saúde e contribui para a sua organização’** e o de especialistas: **‘promove comprometimento e compromisso com a saúde, como direito individual e coletivo’** e **‘responsabiliza-se pela atenção à saúde’**. Como competências específicas foi indicada, no grupo de enfermeiras a identificação com o trabalho (**‘identifica-se com o trabalho’**) e, no de especialistas, a atuação com autonomia

(‘**atua com autonomia**’). Esses resultados corroboram aqueles do estudo conduzido por Silva (1998), cujas competências gerais necessárias para o trabalho na atenção básica obtiveram forte concordância entre médicos e enfermeiras nessa área de domínio.

O comportamento ético do profissional, como concepção, passa pelo processo de construção de uma consciência individual e coletiva, pelo compromisso social e profissional, configurados pela responsabilidade do plano das relações de trabalho, com reflexos nos campos técnico, científico e político (BRASIL, 2003a).

A ética na produção social da saúde refere-se, conforme Garrafa (1995), à ‘linguagem dos princípios’ e à ‘linguagem da virtude’ (grifo do autor). A primeira está relacionada aos quadros clínicos, que têm, nas leis e códigos, uma sustentação. A segunda aplica-se à atenção primária e diz respeito ao coletivo, às condições e situações de vida das pessoas na sociedade e do meio onde trabalham e vivem e à cidadania.

A ética como competência da enfermeira permeia a prática de enfermagem na atenção básica em todos os âmbitos, seja no gerenciamento do processo de trabalho de enfermagem, no relacionamento com o usuário, a família e a comunidade, no manejo de informações e dados, seja no aspecto mais amplo da saúde pública. Nesse contexto, a enfermeira ‘**busca na Ética os valores e princípios para sua atuação**’, afirmando

*“(...) levar em consideração os preceitos éticos na rede de trabalho do enfermeiro, analisados por vários ângulos de atuação (...)” (IEB3)\*;*

*“(...) Utilizar-se dos princípios éticos e da bioética, colocando seu serviço a favor do bem-estar dos indivíduos/comunidades atendidos (...)” (IEC4).*

---

\* Conforme descrito na metodologia, os códigos utilizados para os sujeitos são TE para as enfermeiras, IE para docentes das Instituições de Ensino Superior do Estado do Rio Grande do Sul adicionado de uma letra para cada instituição e EC para enfermeiras em cargos na Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre.

---

De uma forma geral, a formação da enfermeira prevê que ela respeite os princípios éticos, legais e humanísticos da profissão e gerencie o processo de trabalho em enfermagem com princípios de Ética e de Bioética, com resolubilidade, tanto em nível individual como coletivo, em todos os âmbitos de atuação profissional (BRASIL, 2003a).

Além disso, no processo de comunicação, os profissionais de saúde devem manter a confidencialidade das informações a eles confiadas, na interação com outros profissionais de saúde e com o público em geral (BRASIL, 2003a).

As enfermeiras sentem essa necessidade na prática, visualizando a ética como uma competência geral na atenção básica, devido ao seu relacionamento com a família:

*“(...) conhecemos toda a família e devemos ter cuidado em expressar opiniões e comentários (...)” (TE132).*

A necessidade da competência ética no contexto da relação da enfermeira com a família na atenção primária justifica-se devido a dois de seus princípios ordenadores. O primeiro é a focalização na família, que torna indispensável considerá-la como o sujeito da atenção, exigindo uma interação da equipe de saúde com essa unidade social e o conhecimento integral de seus problemas de saúde. O segundo é a longitudinalidade, que supõe a existência de aporte regular de cuidados pela equipe de saúde e seu uso consistente ao longo do tempo, num ambiente de relação mútua e humanizada entre a equipe de saúde, indivíduos e famílias (STARFIELD, 2002). Nesse processo contínuo de comunicação, os profissionais de saúde devem manter a confidencialidade das informações a eles confiadas, tanto no relacionamento com as famílias como na interação com outros profissionais de saúde, conforme está previsto nas Diretrizes para sua formação e também nos códigos de ética profissional (BRASIL, 2003a).

Na enfermagem, o sigilo e a confidencialidade das informações constam dos Códigos de Ética do Conselho Federal de Enfermagem e do Conselho Internacional de Enfermeiras. A regulamentação nacional prevê que a enfermeira deve manter sigilo sobre fato sigiloso de que tenha conhecimento em razão de sua atividade profissional, exceto nos casos previstos em Lei (BRASIL, 1987). O Conselho Internacional de Enfermeiras reconhece como uma competência da prática ética da enfermeira generalista assegurar sigilo e segurança da informação escrita e verbal adquirida em uma situação profissional (CIE, 2003):

*“(...) respeito ao indivíduo/família/comunidade e a valorização de seus saberes por meio de intervenções positivas (...)” (IEQ3).*

Nesse processo, a enfermeira de saúde comunitária no Canadá deve apoiar a escolha informada e respeitar as demandas específicas dos clientes, colaborar com outros para resolver problemas que envolvam dilemas éticos e novas situações como forma de demonstrar responsabilidade profissional e prestar contas do trabalho realizado (CANADIAN NURSES ASSOCIATION, 2004).

Em uma abordagem que enfatiza a importância dos valores, a saúde pública é associada com a ética, como uma prática que é, ao mesmo tempo, subordinada e baseada em certos valores (OPAS, 2002b). No grupo de especialistas, esta dimensão da ética teve a seguinte expressão:

*”(...) não permitir que a racionalidade de custo comprometa e se imponha na qualidade da atenção e banalize o risco de vida e de saúde (...)” (IEN2).*

Segundo a OPAS (2002b), este risco é imposto pela racionalidade formal que possui a aparência de ciência, de forma a justificar opiniões e, mesmo, interesses. Por isso, da percepção e identificação de necessidades à definição e implementação de respostas, os valores devem preceder a racionalidade, sendo que no extremo desses valores estão os conceitos de saúde e de vida.

O tema da saúde pública envolve liberdade e autonomia, direitos e deveres e é, portanto, da maior complexidade ética. Abrange a discussão da desigualdade nas condições de vida e no acesso aos serviços de saúde, principalmente aqueles relacionados ao desenvolvimento tecnológico, assim como à definição das prioridades definidas nos investimentos públicos (GARRAFA, 1995).

A ética deve reger todas as ações da saúde pública e as relações entre políticas econômicas e sociais, bem como as políticas, a investigação e a prestação de serviços na esfera da saúde (BUSS, 2000a).

Nesse contexto, na implementação de um modelo de atenção que garanta a sua universalidade, a resolubilidade e a qualidade do trabalho, a enfermeira **‘promove comprometimento com a saúde, como direito individual e coletivo’**, a partir do seu envolvimento com a área de atuação.

*“(...) o enfermeiro deve ser comprometido com a qualidade do seu trabalho, com a proposta de um modelo de assistência de saúde que ofereça aos usuários acesso universal, com resolutividade e atendimento humanizado (...)” (TE109);*

*“(...) envolver-se com toda a problemática de sua área de atuação, envolvendo todos os atores para proporcionar uma melhor qualidade de vida (...)” (TE67);*

*“(...) Responsabilizar o indivíduo por sua saúde (...)” (TE131).*

No entendimento das especialistas, para o comprometimento da enfermeira com o trabalho na atenção básica, é necessário que haja espaço para a sua participação efetiva nos processos de atenção à saúde.

*“(...) Porque se os profissionais sentirem-se como parte de um grande projeto (ideário) terão mais prazer e entusiasmo no trabalho. “Qualidade política do enfermeiro” (...)” (IEB1).*

Podemos dizer que o comprometimento significa obrigar por compromisso (FERREIRA, 1986) No grupo das especialistas o **‘compromisso’** também obteve consenso e, por este motivo, foi incorporado ao enunciado. Com esse entendimento, a enfermeira **‘promove comprometimento e compromisso com a saúde, como direito individual e coletivo’** ao reconhecer a saúde como direito a condições dignas de vida. Para isso, ela deve atuar de forma a garantir a integralidade da assistência, entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema (BRASIL, 2003a).

A atenção básica, como espaço de atenção à saúde, apresenta uma interface importante com a população atendida pelo sistema de saúde como um todo, permitindo evidenciar as condições de vida geradoras de necessidades. Nesse espaço, o compromisso social da enfermeira compreende a responsabilização pelos direitos de cidadania da população e a prestação de serviços com acolhimento, qualidade e resolubilidade, conforme referido pelas especialistas participantes deste estudo:

*“(...) é mais do que ter emprego, ter um salário, é postura política de construção da cidadania e de políticas de saúde mais justas e equânimes (...)” (IEN2).*



---

Para Lopes (1994), o compromisso implica na constituição de uma consciência sanitária crítica às formas injustas de distribuição dos serviços de saúde, à crescente dependência tecnológica, à mercantilização da saúde, o que só pode ser assegurado com uma prática comprometida com a solução dos problemas de saúde do coletivo, que seja a expressão do social, que leve em consideração a sociedade na qual se encontra inserida a enfermeira.

O compromisso social, como uma atitude manifestada pela enfermeira em sua conduta face à realidade da sociedade, compreende, segundo Chaves (1980), além da necessidade da busca de uma compreensão crítica da realidade, o posicionamento na atuação cotidiana, o nível de envolvimento com a comunidade dentro da realidade existente, o interesse pela coletividade nacional e o compromisso social em situações de risco para a comunidade.

Nos documentos consultados, tal compromisso encontra-se relacionado à competência de liderança dos profissionais de saúde. Nas diretrizes nacionais dos cursos de graduação na área da saúde, o compromisso social, juntamente com a responsabilidade, empatia, habilidade para tomada de decisões, comunicação e gerenciamento de forma efetiva e eficaz, faz parte da competência geral de liderança dos profissionais de saúde, tendo em vista o bem-estar da comunidade (BRASIL, 2003a).

Como competência da enfermeira nos serviços essenciais de saúde pública, a liderança dos profissionais da área é proposta para o estabelecimento de compromissos efetivos, que contribuam para o desenvolvimento de ações que visem à melhoria da saúde da comunidade (ASTDN, 2000; COUNCIL, 2001).

No campo da saúde, o concurso de profissionais íntegros é pré-requisito indispensável para o bom desenvolvimento de qualquer programa sanitário. Nesse contexto, a enfermeira **‘responsabiliza-se pela atenção à saúde e contribui para a sua organização’**.

A atenção primária à saúde deve cumprir as funções essenciais de organização e de responsabilização pela saúde dos cidadãos em quaisquer pontos de atenção à saúde em que estejam (MENDES, 2002). A responsabilização ocorre à medida que cada membro da equipe, conforme sua atribuição no atendimento ou seguimento de cada caso, desenvolve um vínculo personalizado, necessário à organização do atendimento nos vários pontos de atenção do sistema de saúde (SILVA JÚNIOR, 1998):

*“(...) Como coordenador da equipe de enfermagem, a enfermeira tem a responsabilidade sobre o atendimento e acolhimento da população e o cumprimento das tarefas e responsabilidade por parte da equipe (...)” (TE102);*

*“(...) Porque o trabalho da saúde em si mesmo exige muito do profissional, por exemplo, horário rígido, plantões em fins-de-semana e feriados, um simples erro de diagnóstico ou tratamento pode prejudicar a vida de uma pessoa (...)” (TE122).*

No entanto, na justificativa das enfermeiras, essa é uma competência que é tomada para si e para a equipe de enfermagem, como instrumento para a organização do trabalho na área, com ênfase nas tarefas, valorizando os aspectos de racionalização do trabalho, organização esta ainda regida pela administração científica proposta por Taylor:

*“(...) O trabalho da enfermeira exige constantemente que a pessoa seja responsável quanto ao cumprimento de horários, tarefas, coordenação de equipe e envolvimento com usuários (...)” (TE97);*

*“(...) Para poder priorizar suas ações é necessário ter uma certa organização, para reduzir gastos, etc (...)” (TE128).*

A organização assume um sentido de organização do serviço, sendo que a responsabilidade inscreve-se, nesse contexto, como um elemento que propicia o bom andamento desse serviço. Com esse entendimento, ela toma para si o controle de medicamentos, de material, de equipamentos, organização de fichário, controle do trabalho da zeladora, vigia e jardineiro, implantação de rotinas, encaminhamentos e transporte para pacientes, como observado nos estudos a respeito do trabalho da enfermeira na atenção básica por Assis (1988), Magalhães (1991), Thumé (2000) e Kalinowski (2000).

A organização e a responsabilidade, nesse contexto, necessitam mudar a forma como estão articuladas na atenção primária, ou seja,

“de uma abordagem de conteúdo e orientada para tarefas para uma abordagem que considera o que a atenção primária deveria estar fornecendo no contexto das características dos sistemas de serviço de saúde” (STARFIELD, 2002, p. 45).

Para as especialistas, a enfermeira **‘responsabiliza-se pela atenção à saúde’**. O sentido atribuído por elas a este aspecto aproxima-se mais daqueles dos documentos dos órgãos de representação da categoria, ou seja, conforme a legislação de enfermagem (BRASIL, 1987), de exercer suas atividades com responsabilidade, além de contribuir para a qualidade e a resolubilidade da atenção à saúde, e com o sentido atribuído pelo CIE (2003) de responsabilizar-se e prestar contas por seus julgamentos e ações profissionais, como competência da prática profissional da enfermeira generalista (CIE, 2003):

*“(...) Para que a enfermeira responda pelos seus atos e de sua equipe. Ela também é importante para dar resolutividade à atenção em saúde, garantir a qualidade do cuidado e diminuir a desigualdade e exclusão (...)” (IEN2).*

---

Esse sentido mais amplo dessa competência, parece ainda não ter sido incorporado pelas enfermeiras, que apresentam uma visão que não extrapola o processo de trabalho da unidade de saúde, com dificuldade de incorporar referenciais teóricos ao seu fazer na atenção básica, com permanência da dicotomia entre teoria e prática.

A responsabilidade, como uma competência necessária para a melhoria da qualidade do cuidado é relacionada no referencial construído no Canadá. Nesse contexto, participar na melhoria contínua da qualidade para aprimorar a prática da enfermagem de saúde comunitária e atuar sobre os fatores que influenciam a prática de enfermagem e a qualidade do cuidado (recursos organizacionais, limitações políticas) são competências da enfermeira de saúde comunitária que contribuem para o padrão de demonstrar responsabilidade e ‘prestação de contas’<sup>5</sup> (grifo nosso) profissional (CNA, 2004).

A enfermeira, como trabalhadora capaz de pensar, escolher ações coletivas como forma de organização e mudança social e da ética como compromisso com o bem-estar da maioria da humanidade, também ‘**atua com autonomia**’.

A autonomia técnica, como atributo do trabalho em saúde, apresenta-se de modo variado dependendo da categoria profissional. As variadas autonomias dizem respeito à maior ou menor autoridade técnica, socialmente legitimada e não apenas tecnicamente estabelecida, das distintas áreas profissionais e da correlata amplitude da dimensão intelectual do trabalho. (SCHRAIBER e PEDUZZI, 1993).

Ela é influenciada por relações de poder no trabalho em saúde de uma forma geral e na equipe multiprofissional. No Rio Grande do Sul, contexto deste estudo, a discussão da autonomia profissional tem sido provocada pela tramitação da Lei do Ato Médico, em tramitação no Congresso Nacional e, que compromete em seu texto, a autonomia profissional de todos os membros da equipe multiprofissional, constituindo-se, talvez o motivo pelo qual

---

<sup>5</sup> Não existe no português uma palavra que corresponda ao termo ‘accountability’. Ele pode ser entendido como ‘prestação de contas’, porque este termo é utilizado como tradução na área da saúde.

as enfermeiras, não mencionaram essa competência, pela dificuldade de discutir a sua autonomia técnica no cotidiano de trabalho.

**‘Atua com autonomia’**, como competência específica, obteve consenso no grupo de especialistas, que vêem na sua melhor delimitação, uma forma de compensar a sua ausência no cotidiano de trabalho da enfermeira na atenção básica.

*“(...) penso que seria uma competência geral, no sentido de ser necessária a todos os profissionais, entretanto necessita ser mais trabalhada com as enfermeiras do que com os demais profissionais. Não usamos, muitas vezes, de autonomia. Repassamos para o médico e o auxiliar/técnico responsabilidades da enfermeira e que trariam maior resolutividade às situações (...)” (IEQ6).*

No entanto, a autonomia profissional deve ser compreendida como um valor ético, que é advogada não só para o "eu" ou a "classe", mas para o "nós", que combina com o ideal democrático, em que os desafios e impasses demandam soluções que não sejam impostas, mas dialogadas. Essa autonomia não é dada, é conquistada por aqueles que ousam romper com limites, com a opressão, portanto, é construída (BIANCO, 1999).

O comportamento ético do trabalho de enfermagem tem valor tecnológico: é ferramenta técnica do trabalho porque esse trabalho requer disciplina moral para sua completa realização. As nossas ações pertencem-nos e desta autoria advém a correspondente responsabilidade. Por isso o conceito de responsabilidade é uma noção ética fundamental e agir eticamente é agir de um modo autônomo (SCHRAIBER; NEMES, 1996), considerando-se a organização do trabalho em saúde, e os valores que permeiam a atenção prestada, pois não é possível imaginar a autonomia como forma de trabalho isolado na saúde, e, muito menos, na atenção básica.

---

Ao reconhecer nos valores profissionais um embasamento para a sua prática, a enfermeira **‘identifica-se com o trabalho’**.

*“(...) Incorporar seus saberes à necessidade do serviço é fundamental para estabelecer estratégias de trabalho que qualifiquem as atividades da equipe. A identificação com o que se faz favorece o crescimento pessoal e as relações com o trabalho (...)” (TE62).*

É importante o reconhecimento do resultado do trabalho, por parte do trabalhador como do cliente e da sociedade, como a primeira condição necessária, mas não suficiente, para pensar em realização profissional dos profissionais de saúde, ou seja, é necessário reaproximar os trabalhadores do resultado de seu trabalho, voltar a valorizar o esforço singular realizado em cada caso, o que está relacionado ao tema da obra (CAMPOS, 1997).

A obra implica que o trabalhador mobilize e coloque sua força de trabalho e seus desejos em ação para essa construção, contando com um conjunto de instrumentos necessários para isso, ou seja, dispor de condições materiais e não materiais que permitam essa produção, para reconhecer-se no resultado do trabalho e satisfazer-se tanto com esse resultado como também com o caminho percorrido (MISHIMA, 2003).

Campos (2000) reconhece na produção e no atendimento de necessidades sociais, a produção simultânea de trabalhadores com interesses e necessidades, sendo que a gestão destes processos deveria ser compartilhada (co-gestão), propiciando a construção dos objetivos e projetos de forma participativa.

## 2.2. Competências na área de domínio de comunicação

Para o profissional de saúde pública, temos identificado a habilidade de comunicar-se de forma efetiva como importante. A habilidade de comunicação nos relacionamentos interpessoais é necessária para estabelecer vínculos com os usuários individualmente ou em grupo e para o desenvolvimento de certas atividades (RUIZ, 2001). A comunicação ainda envolve, além das habilidades de relacionamento interpessoal, a comunicação eletrônica para a análise na vigilância da saúde, e o uso dos meios de comunicação (COUNCIL, 2001).

Comunicação apropriada entre profissionais é um componente indispensável para desenvolver interações sólidas no contato direto com clientes, no trabalho em equipe, administrativo e gerencial. Ela envolve ouvir e falar a linguagem do paciente, desenvolver relações entre os profissionais e os profissionais e o paciente, compartilhar conhecimentos, liderar um grupo, seminário, encontro, transmitir e receber informação, sendo necessária para o treinamento dos profissionais de saúde e a orientação em saúde (SILVA, 1998).

Na área de domínio da comunicação, a competência geral - **‘utiliza instrumentos de comunicação’** - obteve consenso nos dois grupos, sendo que as especialistas incluíram o **‘relacionamento’** no enunciado. No grupo das enfermeiras **‘sabe ouvir’** também obteve consenso como competência geral.

Nos dois grupos houve o entendimento de que a enfermeira **‘utiliza instrumentos de comunicação e estabelece relacionamentos’**, na atenção básica, como forma de promover as relações interpessoais, com a comunidade e a equipe, e de garantir a qualidade do cuidado de enfermagem e de saúde. As especialistas atribuíram importância a essa competência, qualificando-a como **‘primordial’** (grifo nosso):

“(…) é fundamental e está no princípio do trabalho em todos os aspectos: no atendimento ao paciente, com as famílias, comunidade, entre os membros da equipe de trabalho e de cada unidade de saúde com sua gerência (…)” (TE38);

“(…) é fundamental para os relacionamentos com diferentes atores do processo de cuidar em atenção básica (…)” (IEQ3);

“(…) ‘primordial’ (grifo nosso) (IEM5, IEB4).

A importância da comunicação também foi observada no estudo conduzido por Silva (1998), no Brasil, em que 100% das enfermeiras concordaram ser essa uma competência necessária para o trabalho na atenção básica. Na análise das competências no referencial das FESP, como veremos adiante, podemos abstrair também a importância da comunicação, considerada necessária para o desempenho de 6 das 11 FESP.

As justificativas relacionadas ao trabalho da enfermeira na atenção básica incluem aquelas relacionadas à especificidade do trabalho em saúde pública, que envolve um grande número de atores, e outras que dizem respeito ao trabalho específico de enfermagem, e que necessita ser desenvolvido como parte desse processo:

“(…) é o instrumento, a competência geral mais necessária ao desempenho das ações em saúde coletiva, para qualquer profissional, em especial ao enfermeiro (…)” (IED1);

“(…) favorece o entendimento e a compreensão tanto dos membros da equipe de enfermagem quanto dos usuários dos serviços de saúde, no que se refere a questões de saúde e assuntos relacionados (…)” (IEA6);

“(…) para evitar equívocos nas ações de enfermagem (…)” (TE94);

“(…) no estabelecimento de diagnósticos de enfermagem (…)” (TE128);

“(…) na resolutividade dos problemas de enfermagem e para o encaminhamento de pacientes (…)” (TE91).



Segundo Ruiz (2001), a habilidade de comunicação nos relacionamentos interpessoais é necessária para estabelecer vínculos com os usuários, individualmente ou em grupo. Para o Conselho Internacional de Enfermeiras, como uma competência de comunicação terapêutica e relacionamento interpessoal, a enfermeira inicia, desenvolve e termina relacionamentos terapêuticos por meio do uso de comunicação apropriada e habilidades interpessoais com pacientes/clientes e/ou cuidadores (CIE, 2003). As enfermeiras participantes deste estudo evidenciam a importância da comunicação nos relacionamentos interpessoais:

*“(...) porque é através da comunicação que a ‘interação’ com o outro se processa, sendo que a qualidade desta interação vai depender da qualidade da comunicação (...)” (IEB1);*

*“(...) o diálogo e a compreensão entre os membros da equipe e entre a equipe e os usuários do serviço (...)” (TE115);*

*“(...) contribui para a transparência nas relações (...)” (TE91);*

*“(...) elemento facilitador da relação profissional/usuário (...)” (TE7).*

No universo de relações interpessoais que as enfermeiras desenvolvem com diversos atores no seu trabalho na atenção básica, as relações na equipe foram destacadas. A necessidade da competência de comunicação para o trabalho em equipe na atenção básica foi justificada por enfermeiras e especialistas:

*“(...) A comunicação facilita o trabalho em equipe (...)” (TE128);*

*“(...) nas ações inter e transdisciplinares (...)” (IEI1);*

*“(...) essencial para o desenvolvimento do trabalho multiprofissional (...)” (IEL5);*

*“(...) embasamento da equipe de enfermagem e da equipe da unidade como um todo (...)” (TE102);*

“(...) a partir da *contribuição com o saber do outro/próprio (...)*” (TE91);

“(...) *comunicar-se com clareza com equipe de trabalho e pacientes, estabelecendo um clima favorável para troca de idéias e esclarecimento de dúvidas (...)*” (IEF12);

“(...) *contribui para manter boas relações, facilita o trabalho e o respeito entre os colegas da equipe e pacientes (...)*” (IEH5).

Segundo Peduzzi (2001), na comunicação concebida e praticada como dimensão intrínseca do trabalho em equipe, a elaboração de um projeto assistencial comum se dá por meio da intrincada relação entre execução de relações técnicas e comunicação dos profissionais, do que resulta a integralidade das ações de saúde.

A habilidade de comunicação nos relacionamentos interpessoais, também é necessária para o desenvolvimento de certas atividades (RUIZ, 2001). Segundo o CIE (2003), na provisão e gerenciamento do cuidado, a enfermeira generalista deve apresentar informação clara e sucinta. No âmbito da relação com a clientela, as enfermeiras justificam a utilização da comunicação como um instrumento no desenvolvimento de suas atividades:

“(...) *a comunicação na atenção básica é fundamental para o desempenho de atividades individuais e coletivas, manifestando-se na interação entre serviço e população (...)*” (IEM2);

“(...) *estar atualizado sobre os fatos para agir sobre eles (...)*” (TE122);

“(...) *no atendimento à população carente, que tem inúmeras dificuldades em se expressar (...)*” (TE102);

“(...) *sabendo também ouvir e explicar, orientar as pessoas (...)*” (TE97);

“(...) *passar informações, conhecimentos e ensinamentos sobre saúde de maneira clara, criativa e eficiente (...)*” (TE75);

“(...) *nas ações de promoção da saúde na comunidade, no atendimento individual (...)*” (IED1).

Segundo Ruiz (2001), o profissional de saúde pública deve obter dados pertinentes de pessoas e organizações tanto quanto informar – por escrito e oralmente – de forma precisa (informação demográfica, estatística, programática e científica) a audiências profissionais e leigas para auxiliá-las para tomar decisões e desenvolver ações específicas.

A comunicação, tida como uma competência geral, que envolve a comunicação verbal, não-verbal e habilidades de escrita e leitura e o domínio de tecnologias comunicacionais e de informação, deve ser objeto da formação dos profissionais de saúde (BRASIL, 2003a). O uso de métodos de comunicação sensíveis culturalmente (verbal, não-verbal, por telefone, de animação grupal, impressos ou eletrônicos) constitui uma competência que atende ao padrão de construção de relacionamentos (CNA, 2004).

As dimensões verbal e não-verbal da comunicação, no cotidiano do trabalho da enfermeira na atenção básica, foi indicada pelas especialistas:

*“(...) é vital para o estabelecimento de relações interpessoais. Ela se dá, na maior proporção não-verbalmente e, visibiliza os sentimentos, gostos, desejos, anseios, necessidades, etc... das pessoas (...)” (IEL8);*

*“(...) utilizando linguagem acessível à população atendida, para que essa entenda o que lhe está sendo explicado e não faça uma interpretação errônea (...)” (IEH8);*

*“(...) Sensibilidade para detectar o não verbal. Tanto da clientela como dos funcionários (...)” (IEL9).*

A comunicação também foi vista como um instrumento necessário para o trabalho da enfermeira na atenção básica, a fim de garantir a sua qualidade:

“(...) a comunicação efetiva é uma competência, sem a qual não há trabalho de qualidade (...)” (IEB4);

“(...) importante para manter a qualidade dos serviços prestados (...)” (TE115);

“(...) O processo comunicacional é essencial para a busca da qualidade do atendimento e deve envolver o paciente, sua família e os trabalhadores de um modo geral (...)” (IEL6).

A comunicação, como um instrumento no processo de garantia da qualidade do cuidado de enfermagem e da assistência à saúde, e a qualidade, como um atributo do conjunto dos processos de trabalho, contribuem para a oferta de serviços e não apenas para o resultado isolado das práticas clínicas. Nesse sentido, a busca de qualidade, vista essencialmente como um processo de aprendizagem coletiva sobre os processos de trabalho, contribui para implementar a melhoria contínua da qualidade para sistemas de cuidados de saúde na comunidade (RUIZ, 2001).

O trabalho da enfermeira na atenção básica envolve o contato com diversos atores, usuários, membros da comunidade, da equipe de saúde, representantes de outros setores. O atendimento ao usuário diferencia-se do contato realizado com esses outros atores, pois, envolve a identificação das necessidades de saúde. Nessa relação, as enfermeiras relacionam **‘sabe ouvir’** como uma competência geral na atenção básica.

“(...) é necessário saber ouvir para a tomada de decisão nas ações imprescindíveis (...)” (TE94);

“(...) para a equipe buscar resolver e/ou encaminhar resolutivamente as situações encontradas (...)” (TE60).

Essa parece ser uma competência que tem sido construída no trabalho da enfermeira na atenção básica, ou seja, no atendimento ao usuário, pois está intimamente relacionada à identificação das suas necessidades de saúde.

Segundo Campos (2000), a escuta do que falam os sujeitos, ou a observação do modo como agem, bem como a leitura dos signos que produzem, são, todas, metodologias complementares para a coleta de informações, postas em análise para que, daí, resultem a tomada de decisão, a definição de tarefas e a progressiva composição dos projetos em saúde.

Porém, para que isso ocorra, é preciso que a enfermeira estabeleça uma relação dialógica com o sujeito-usuário, rompendo com a forma de trabalhar em que o *ser técnico* do enfermeiro sobressai ao seu *ser político*, e acaba estabelecendo com o *ser político* que o procura (o sujeito-usuário), apenas relações técnicas/objetivas (THUMÉ, 2000).

Perrenoud (1999) explica que uma competência pode funcionar como um recurso, mobilizável por competências mais amplas, com o qual o autor compara um encaixe de bonecas russas. A *dupla face* de toda competência pode, conforme o momento, mobilizar recursos ou funcionar como recurso em proveito de uma competência mais ampla. Neste estudo, as enfermeiras relacionaram a competência ‘**sabe ouvir**’ ao acolhimento:

“(...) a equipe deve saber ouvir, acolher as necessidades da comunidade que atende (...)”  
(TE60).

Em outros referenciais, essa competência é relacionada a uma habilidade de comunicação dos profissionais de saúde pública com o sentido de ouvir outros de maneira imparcial, respeitar pontos de vista e promover a expressão de diversas opiniões e perspectivas (COUNCIL, 2001).

Nesse contexto, a enfermeira deve criar um ambiente de apoio que assegure a participação do cliente, encorajando-o a falar, fazendo perguntas e ouvindo atentamente. Ela deve identificar as atitudes, crenças, suposições, sentimentos e valores a respeito da saúde, dos atores envolvidos, e o seu efeito potencial nas interações com o cliente e na intervenção (CNA, 2004; CIE, 2003).

### 2.3 Competências na área de domínio de trabalho em equipe

O trabalho em equipe tem sido considerado como uma competência dos profissionais de saúde, envolvendo a liderança da equipe, o incentivo e a sensibilidade para trabalhar em equipe, a organização do processo de trabalho, a identificação dos problemas da equipe e a articulação de todas as pessoas no cuidado à saúde (SILVA, 1998).

O trabalho em equipe pressupõe que a enfermeira aplique conhecimento de práticas de trabalho interprofissional, estabeleça e mantenha relações de trabalho construtivas com a enfermagem e outros colegas, contribua para o trabalho efetivo em equipe multidisciplinar, mantendo relacionamentos colaborativos e valorizando os papéis e habilidades de todos os membros das equipes de cuidado e da área social (CIE, 2003).

Obtiveram consenso nessa área de domínio, nos dois grupos estudados, a competência geral: **‘organiza seu processo de trabalho de forma articulada com a equipe de saúde’** e a competência específica: **‘coordena a equipe de enfermagem’**. A competência geral **‘adota uma perspectiva interdisciplinar no trabalho’** obteve consenso apenas no grupo de especialistas.

O trabalho em equipe tem sido considerado como uma competência gerencial dos profissionais de saúde, porém, o crescimento de sua importância relativa nos processos de trabalho em saúde justifica a necessidade do desenvolvimento de conhecimentos, habilidades

---

e atitudes específicas para o trabalho em equipe. Este parece ser o entendimento que embasa o seu tratamento como área de domínio à parte do gerenciamento. Essas competências são particularmente importantes para a enfermeira porque ela também é responsável pela equipe de enfermagem e, por este motivo, optamos por incluir a coordenação da equipe de enfermagem nessa área de domínio.

O trabalho multidisciplinar foi apresentado muito articulado à interdisciplinaridade pelas enfermeiras dos dois grupos. O trabalho multidisciplinar pressupõe a abordagem interdisciplinar, necessária para a integralidade da atenção à saúde, devido à complexidade dos problemas de saúde e à necessidade da articulação intersetorial para o atendimento das necessidades de saúde, sendo que a integração das diversas disciplinas que atuam na atenção básica tem, na equipe de saúde, talvez, o mais importante espaço no cotidiano de trabalho.

O campo da saúde coletiva, no entanto, é considerado uma área de trabalho multiprofissional, em que a integração dos que nele atuam pressupõe uma cooperação multissetorial. O enfrentamento de problemas complexos exige, cada vez mais, que a integração das disciplinas extrapole o âmbito da equipe de saúde e, até mesmo, o do setor saúde.

Este parece ser o entendimento no grupo de especialistas, no qual a perspectiva interdisciplinar no trabalho obteve consenso. O fato de ter sido indicada no grupo de enfermeiras, mas não ter obtido consenso, pode estar relacionado à associação que fazem com o trabalho multiprofissional, valorização esta compreensível na medida em que representa uma parcela importante no seu cotidiano de trabalho.

A enfermeira **‘organiza seu processo de trabalho de forma articulada com a equipe de saúde’** na atenção básica, segundo as participantes deste estudo, para o planejamento das ações, tendo como elementos a colaboração, a integração e a cooperação:

“(…) Porque para atingirmos um atendimento integral ao usuário necessitamos da equipe multiprofissional (…)”(IEC1);

“(…) Integração, troca de conhecimentos e experiências, visão integral do usuário e comunidade (…)” (TE9);

“(…) porque sugere colaboração, integração e cooperação entre os profissionais da área de saúde, adquirindo e transmitindo conhecimentos para atendimento integral do cliente (…)” (TE122).

Nesse processo, a enfermeira integra as ações de enfermagem às ações multiprofissionais, conforme está previsto nas Diretrizes Curriculares para o Curso de Graduação em Enfermagem (BRASIL, 1987):

“(…) Porque o resultado do trabalho da enfermeira está relacionado diretamente à organização do trabalho em equipe, com sintonia e objetivos comuns a serem alcançados (…)” (IEF4);

“(…) Considero essencial porque não é possível atuar individualmente, desconsiderando as outras necessidades de saúde das pessoas que não podem ser atendidas somente pelo enfermeiro (…)” (IEF6).

Segundo Campos (2000), o trabalho em equipe envolve a integração da experiência pessoal, dos saberes específicos de cada profissão, das habilidades, do gosto e da vocação dos componentes do grupo. No grupo de especialistas, encontramos as seguintes justificativas relacionadas com essas concepções:



*“(...) Porque transformar grupos em equipes é essencial para as ações em saúde pública (...)”*  
(EC25);

*“(...) O trabalho na atenção básica não se viabiliza com efetividade sem o trabalho em equipes, sejam multiprofissionais ou interdisciplinares (...)”* (IEC3).

Para Corbishley (1998), o trabalho em equipe pressupõe uma dimensão coletiva, determinando relações diversas (sociais, políticas, econômicas, ideológicas) entre os profissionais. As enfermeiras que participaram deste estudo consideram que organizar seu processo de trabalho de forma articulada com a equipe de saúde não quer dizer sempre na dependência do ato médico e justificam:

*“(...) Porque isto resultará num cuidado mais elaborado e humanizado. Com isto, ela também explicita para os demais trabalhadores sua competência técnica, sua autopromoção e autonomia (...)”*(IEM5).

O entendimento de que o trabalho em equipe é fundamental permeia a estrutura de competências construída pelo Conselho Internacional de Enfermeiras, que relaciona o trabalho colaborativo com outros profissionais e comunidades, à competência de promoção da saúde da enfermeira generalista (CIE, 2003).

A Associação de Diretoras Estaduais e Municipais de Enfermeiras dos Estados Unidos considera que, raramente, as enfermeiras de saúde pública contribuem para o desenvolvimento dos serviços essenciais dessa área, sem o envolvimento de outros membros da equipe multidisciplinar de saúde pública, tais como assistentes sociais, educadores, nutricionistas, ambientalistas e epidemiologistas, pois, de fato, a resolução da maioria dos

problemas de saúde pública requer habilidades específicas de cada um dos membros dessa equipe (ASTDN, 2000).

Nessa realidade, um dos princípios da Enfermagem de Saúde Pública é a promoção e proteção efetiva da saúde, por meio de colaboração com membros de outras profissões e organizações (ANA, 1999). De forma semelhante, a Associação de Enfermeiras do Canadá preconiza o engajamento de parceiros interdisciplinares e intersetoriais para abordar aspectos de prevenção e proteção (CNA, 2004).

A compreensão da importância da diversidade da força de trabalho em saúde pública também é uma competência para o Conselho de Integração entre a Academia e a Prática dos Estados Unidos, que considera aquela uma habilidade de competência cultural (COUNCIL, 2001). Nesse contexto, reconhece-se que não é possível para a enfermeira trabalhar sozinha, sendo que o trabalho interdisciplinar requer atitudes para o relacionamento dos profissionais, a fim de que as especificidades sejam reconhecidas:

*“(...) Para relacionar-se bem com a equipe, respeitando as diferenças individuais, estar aberto a críticas; tomar decisões em equipe, promover interdisciplinaridade (...)” (IEF12);*

*“(...) A enfermeira deve buscar soluções aos problemas junto aos diversos atores, conhecendo o trabalho do outro e mantendo sua especificidade (...)” (EC6).*

O objeto da Saúde Pública é inegavelmente complexo, uma vez que envolve o biológico e o social, o indivíduo e a comunidade e, ainda, a política social e econômica, requerendo um esforço interdisciplinar para sua abordagem, que tem como consequência uma abertura conceitual (GOMES; DESLANDES, 1994). Sendo assim, a enfermeira **‘adota uma perspectiva interdisciplinar no trabalho’** para a integralidade da atenção à saúde, devido à

complexidade dos problemas de saúde e à necessidade da articulação intersetorial para o atendimento das necessidades de saúde.

*“(...) O indivíduo é um ser integral, é um ser social, um cidadão com direito e deveres, que para se realizar necessita ter saúde e ter as demais necessidades humanas básicas atendidas: renda, moradia, educação, lazer, segurança, trabalho...Ele tem necessidade de ajuda das diferentes áreas profissionais, não só da saúde como as sociais/econômicas...(...)” (IEH3);*

*“(...) As ações são complexas, devido a necessidades bastante diversas, exigindo atuação conjunta nas resoluções (...)” (IEB4);*

*“(...) Mais do que nunca precisamos trabalhar de forma integrada e interdisciplinar para atender a amplitude do conceito de saúde (...)” (EC4).*

A reunião, como espaço para o planejamento das ações da equipe, constitui-se em um momento para a prática interdisciplinar necessária à integralidade da atenção:

*“(...) O trabalho que realiza na área de planejamento requer que as participações nas reuniões em equipe seja de rotina, uma vez que são várias as políticas de saúde em um mesmo setor (mulher, mental, bucal) (...)” (EC3).*

Na articulação dos processos de trabalho, a equipe de enfermagem, como responsável pelas ações assistenciais que competem a esta área profissional, responde pelos procedimentos desempenhados pelos demais membros da equipe: **‘coordena a equipe de Enfermagem’**. A coordenação da equipe de enfermagem, como competência específica da enfermeira na atenção básica, é relacionada por elas à sua responsabilidade legal, conforme a Lei do Exercício Profissional, que prevê a organização e direção dos serviços de enfermagem

e de suas atividades técnicas e auxiliares nas empresas prestadoras destes serviços como atividade privativa da enfermeira (BRASIL, 1987):

*“(...) É competência exclusiva da enfermeira coordenar a equipe de enfermagem. (Lei do exercício profissional) (...)” (TE102);*

*“(...) Técnicos e auxiliares de enfermagem devem ser ‘gerenciados’ por enfermeiros; é uma questão de legislação e de competência específica (...)” (TE97).*

A coordenação da equipe de enfermagem pressupõe o preparo da enfermeira para reconhecer-se como coordenadora do trabalho dessa equipe, compatibilizar as características profissionais dos agentes da equipe de enfermagem às diferentes demandas dos usuários e coordenar o processo de cuidar em enfermagem, considerando contextos e demandas de saúde (BRASIL, 2003a). A formação da enfermeira, ao mesmo tempo em que contribui para essa competência, parece indicar a sua necessidade prática, a fim de garantir a qualidade da atenção:

*“(...) Coordenação do serviço de assistência em enfermagem ao cliente (ou usuário) é importante devido aos conhecimentos específicos do enfermeiro para melhoria da atenção dispensada a este usuário (...)” (TE133).*

A equipe de enfermagem, na unidade básica, geralmente encontra-se em uma posição de recepção do usuário, que a coloca em contato com as suas demandas. A busca constante do atendimento das necessidades daquele gera, muitas vezes, um desgaste dessa equipe, sendo que sua integração afetiva parece auxiliar o trabalho. As enfermeiras utilizam, para isso, a

reunião da equipe como um instrumento que proporciona um ambiente em que os problemas e as informações são compartilhados, na busca de soluções:

*“(...) Porque é nesse momento de encontro do grupo que os problemas, as dificuldades são colocadas e que, junto o grupo procura soluções sob a orientação da enfermeira. Percebo também que o grupo “desabafa”, alivia o stress e faz trocas importantes que proporcionam crescimento pessoal e de toda a equipe. Também nesses encontros informações importantes são passadas e discutidas em equipe (...)” (TE38).*

Nas estruturas de competências analisadas, estão previstas, como habilidades de gerenciamento da enfermeira, a aplicação de habilidades básicas de relacionamento humano ao gerenciamento de organizações, motivação de pessoal e resolução de conflitos (COUNCIL, 2001). Porém, essa habilidade não está relacionada diretamente à coordenação da equipe de enfermagem. A sua importância relativa no Brasil refere-se, provavelmente, ao baixo número de enfermeiras no país, com divisão do trabalho da enfermagem, que é exercido por diversas categorias, sendo a enfermeira responsável por esse trabalho. A coordenação, no contexto de delegação de atividades, visa à organização e à integração do atendimento:

*“(...) Delegar atividades específicas para cada equipe de modo que o posto de saúde seja organizado no atendimento (...)” (TE120);*

*“(...) Pois o trabalho envolve equipe, paciente e família e é necessário integrar a assistência (...)” (TE14).*

Da mesma forma que as enfermeiras, as especialistas reconheceram que a coordenação da equipe de enfermagem é uma competência específica da enfermeira na atenção básica, que

pressupõe compatibilizar as características profissionais dos agentes às diferentes demandas dos usuários e coordenar a organização do processo de trabalho da equipe de enfermagem:

*“(...) Mesmo que o gerente do serviço não seja o enfermeiro é essencial que ele mantenha a responsabilidade de coordenar a equipe de enfermagem na organização do processo de trabalho (...)” (EC22);*

*“(...) A enfermeira, embora possa não ser a “chefe” da equipe de enfermagem é responsável pela organização, controle e administração em geral da Equipe de Enfermagem (...)”(EC12).*

## 2.4 Competências na área de domínio de gerência

A gerência em saúde é fundamental na efetivação de políticas sociais e, em específico, as de saúde, como ação intencional voltada para a consecução de objetivos, a qual detém caráter articulador e integrativo, sendo determinada e determinante no processo de organização dos serviços de saúde e fundamental para a efetivação de políticas sociais, em específico as de saúde (MISHIMA et al., 2000).

A área de domínio de gerência em saúde pública compreende o apoio à liderança do setor para converter a saúde em um referente básico das políticas setoriais; a compreensão da teoria da estrutura organizacional e sua relação com a prática profissional; a formulação, administração e monitoria do desempenho de programas (OPAS, 2001); o gerenciamento de sistemas de informação para coleta, recuperação e uso de dados para a tomada de decisão; a negociação e o desenvolvimento de contratos e outros documentos para a provisão de serviços à população; a condução de análises de custo-efetividade, custo-benefício e custo-utilidade (COUNCIL, 2001).

Nessa área de domínio, obteve consenso, nos dois grupos, a competência geral - **‘íntegra a equipe na constituição do planejamento e avaliação das ações de saúde’**, e as específicas - **‘planeja e sistematiza a assistência de enfermagem’** e **‘supervisiona e apóia a equipe de enfermagem’**.

No grupo de especialistas, obteve consenso como competência geral **‘assume a gerência e gestão dos serviços de saúde’**. No grupo das enfermeiras, essa competência foi indicada como específica, porém não obteve consenso (ou seja, 75% de concordância) nem na segunda nem na terceira etapa da pesquisa. É possível que isso tenha ocorrido em função de que as enfermeiras acreditem ser essa uma competência geral, contrariando as indicações acima expostas, porém, é curioso que ela assim não tenha sido relacionada na primeira fase da pesquisa.

A predominância das atividades administrativas no trabalho da enfermeira no Brasil, em todas as áreas, tem sido responsabilizada pela geração de uma dicotomia gerência/assistência, objeto de uma longa discussão. As enfermeiras questionam o afastamento das atividades do cuidado para assumir o gerenciamento dos serviços de enfermagem e de saúde, o que parece estar refletido na sua baixa concordância com essa competência no presente estudo.

No entanto, a administração e o gerenciamento pressupõem que os profissionais de saúde estejam aptos para tomar iniciativas, fazer o gerenciamento e administração, tanto da força de trabalho quanto dos recursos físicos, materiais e de informação (BRASIL, 2003a). Para as especialistas, a enfermeira **‘é capaz de assumir a gerência e gestão dos serviços de saúde’**, quando desenvolve esta aptidão:

*“(...) Visão de gerência, gestão é outra competência geral que o enfermeiro deve desenvolver, pois nesta competência estão noções básicas de administração, coordenação, planejamento necessárias ao desenvolvimento do seu trabalho e da equipe (...)” (IED1);*

*“(...) Contribui na organização do serviço, gerência de recursos humanos e gestão do serviço (...)” (IED4).*

Profissionais de saúde devem estar preparados para gerenciar e administrar recursos humanos, físicos, materiais e de informação. A competência de gerência deve também estar dirigida para atividades com o paciente, quer dizer, gerenciar os recursos disponíveis para o cuidado do paciente, grupos de risco e da comunidade.

Segundo Villa et al. (1988), a administração em enfermagem é constituída por três elementos: administração da assistência de enfermagem, administração dos serviços de enfermagem e administração do serviço de saúde. O primeiro e o segundo elementos, ou seja, a assistência de enfermagem prestada a grupos de pacientes, em que a enfermeira coordenaria a atividade de outras categorias de enfermagem e a administração dos serviços de enfermagem, que se referem às atividades administrativas desenvolvidas na rede básica, em que a enfermeira tem sob sua responsabilidade o serviço de enfermagem, encontram-se nas justificativas relacionadas pelas especialistas:

*“(...) Permite lotar os elementos da equipe nas funções onde desempenham com maior produtividade e satisfação final e também administrar a assistência e o cuidado em saúde aos indivíduos e aos grupos com maior competência e melhores resultados (...)” (IEA6);*

*“(...) Pela complexidade que envolve o trabalho da enfermeira na atenção básica é necessário que esta competência esteja sendo desenvolvida e articulada com os propósitos da assistência de enfermagem na atenção básica (...)” (IEM2);*

*“(...) Mesmo não coordenando a equipe de saúde, ela é responsável pela enfermagem. Deve estar capacitada ao gerenciamento (...)” (EC6).*



A administração da assistência de enfermagem e a administração do serviço de enfermagem têm sido responsáveis pelo preparo da enfermeira para o gerenciamento. As tarefas ou atividades que a enfermeira desempenha na atenção básica extrapolam a responsabilidade pelas atividades ligadas à equipe de enfermagem e de agentes comunitários de saúde, assumindo, na ausência da autoridade sanitária local, as suas funções. Ela é vista como uma facilitadora para o trabalho dos demais membros da equipe de saúde, preparando o ambiente e prevendo os recursos materiais necessários para que as atividades assistenciais, entre outras, aconteçam. A equipe de saúde percebe e reconhece a enfermeira como quem detém mais informações sobre o funcionamento do serviço, solicitando constantemente a sua presença para esclarecer e resolver dúvidas que surjam no decorrer da assistência. Essa situação, descrita por Kalinowski (2000), parece ser a mesma na realidade estudada, e justifica, para a enfermeira, a necessidade da competência para realizar a gestão não só dos serviços de enfermagem como também das unidades de saúde:

*“(...) Porque o enfermeiro é o profissional mais habilitado em termos de visão geral do processo de trabalho. Responsável pela maior equipe de trabalhadores, que é a da enfermagem (...)” (IED2);*

*“(...) A coordenação da equipe está entre as ações de gerência dos serviços. A ação fundamental para a otimização dos esforços não só na quantidade de atendimento à demanda, mas na qualidade das ações a serem desenvolvidas. Este profissional é o que mais permanece nos serviços e tem visão geral e muitas vezes específica de todo o funcionamento da unidade com o sistema local de saúde (...)” (IED1);*

*“(...) o currículo que é oferecido acredita que a enfermeira de modo geral é o melhor profissional habilitado para gerenciar a equipe em atenção básica (...)” (IEQ5).*

O exercício do gerenciamento da equipe e do serviço de enfermagem parece aproximar mais a enfermeira da gerência das unidades de saúde. No estudo conduzido por Silva e Tanaka (1999) a respeito das competências gerais requeridas para o trabalho de médicos e enfermeiras na atenção básica no Brasil, a competência referente à gerência apresentou consenso entre as enfermeiras, porém foi a única a não apresentar consenso entre os médicos, que não a consideram necessária para atuar em medicina. Esta forma de ver a enfermeira como gerente dos serviços de saúde, diferentemente dos outros profissionais, encontra expressão no Programa de Saúde da Família, no qual planejar, gerenciar, coordenar, executar e avaliar a Unidade de Saúde da Família foi considerada uma atribuição da enfermeira (BRASIL, 1999).

A dimensão do gerenciamento do cuidado é reconhecida pelo Conselho Internacional de Enfermeiras como competência da enfermeira generalista, que compreende a provisão de um ambiente seguro de cuidado, por meio do uso da garantia da qualidade e da estratégia de gerenciamento de riscos, a aplicação do conhecimento de práticas de trabalho interprofissional, a delegação e a supervisão (CIE, 2003).

No referencial construído no Canadá, é uma competência da enfermeira de saúde comunitária advogar a alocação apropriada de recursos para o atendimento da saúde e identificar a alocação inadequada de recursos para atender as necessidades do cliente (CNA, 2004).

Nos dois grupos a competência geral **‘integra a equipe na constituição do planejamento e avaliação das ações de saúde’** obteve consenso. O planejamento, como ação administrativa das enfermeiras no Brasil, foi instituído desde os primórdios da enfermagem de Saúde Pública na Fundação Serviço de Enfermagem em Saúde Pública - SESP, sendo redirecionado pela institucionalização do SUS, que preconiza a existência de planejamento e programação das ações de saúde, elaborados a partir de prioridades levantadas no diagnóstico

---

epidemiológico da população da área de abrangência das unidades básicas de saúde (ANTUNES, 1996).

Para as enfermeiras, a participação no desenvolvimento de atividades de planejamento e avaliação da equipe e das ações de saúde é uma competência geral fundamental para a atuação da equipe na atenção básica em saúde. Os motivos para esta afirmação encontram-se nos aspectos internos do trabalho na unidade de saúde e em uma preocupação com a sua organização, com os resultados advindos desse trabalho e com a qualidade do atendimento:

*“(...) Para que se consiga dar conta da demanda, não haja perda de tempo, que se tenha organização e qualidade na assistência prestada (...)” (TE16);*

*“(...) Porque qualifica e organiza as atividades e o serviço, permitindo maior eficiência e eficácia das ações em saúde (...)” (TE115);*

*“(...) Planejamento de planos em saúde, juntamente com os demais membros da equipe na atenção básica em saúde, é fundamental para a nossa atuação (...)” (TE133).*

Segundo Starfield (2002), na atenção primária, os problemas e necessidades são muito pouco definidos e diferenciados. A diversidade decorrente dessa situação, ao mesmo tempo em que impede que o planejamento seja organizado, prescrevendo todos os atos da equipe de saúde, requer algum tipo de planejamento e programação das ações de saúde para lidar com a complexidade dos seus problemas, elaborados a partir do diagnóstico da população, com o uso da informação em saúde:

“ (...) Não se perder, estimular o desenvolvimento do trabalho, poder se enxergar, lidar com necessidades sociais, não permitir ou diminuir ilusão, permitir com que todos se alinham na mesma direção na soma de esforços (...)” (TE91);

“(…) O planejamento é de fundamental importância para desenvolver ações na rede pública, ou seja, todo o serviço de saúde. Ter visão do todo e das partes (...)” (IEP4);

“(…) O planejamento é que norteia as ações no nível local de saúde. As ações têm que se dar por decisões programadas e não no improviso (...)” (IEI1);

“(…) É fundamental reconhecer as necessidades/problemas da população a fim de estabelecer prioridades na atenção à saúde. Inclui o trabalho com informações em saúde (...)” (IEO1).

“(…) É a atividade principal que executo na Secretaria Municipal de Saúde. O planejamento é que norteia as ações no nível local de saúde (...)” (EC3).

O planejamento deve, no entanto, ter uma expressão mais ampla, de forma a poder responder às especificidades regionais de saúde através de intervenções planejadas estrategicamente, em níveis de promoção, prevenção e reabilitação à saúde (BRASIL, 2003a). Nas justificativas apresentadas percebemos a vinculação do planejamento com a finalidade do trabalho e com a produção e implementação de políticas de saúde:

“(…) Importante para desenvolver as ações na promoção da saúde. É de extrema importância que a equipe tenha visão e participe do planejamento (...)” (IEP4);

“(…) Pensar estrategicamente o trabalho para saber claramente qual a finalidade do mesmo, para não acabar sendo absorvido apenas pela demanda livre e que muitas vezes impede “o parar” para planejar (...)” (IEF4);

“(…) Capacidade de adotar ou transformar proposições analíticas coletivas em ação (...)” (IEQ1);

“(…) O enfermeiro deve planejar ações visando promoção e educação em saúde, visando a qualidade de vida, implementação de políticas, definição de prioridades junto com a equipe. (...)” (TE109).

Nesse contexto, participar da composição das estruturas consultivas e deliberativas do sistema de saúde e reconhecer o papel social do enfermeiro para atuar em atividades de política e planejamento em saúde são competências específicas que a enfermeira deve desenvolver na sua formação (BRASIL, 2003a). No entanto, no enunciado emitido pelo Conselho Internacional de Enfermeiras, a competência de participar no desenvolvimento de políticas de saúde e planejamento de programas é para o CIE (2003), uma competência de qualificação profissional da enfermeira. Contudo, o seu desempenho requer que a enfermeira ‘advogue’ (grifo nosso) o seu direito a essa participação.

Como membro da equipe de saúde, a participação da enfermeira no planejamento, execução e avaliação dos planos assistenciais de saúde está prevista na Lei do Exercício Profissional de Enfermagem (BRASIL, 1987). As especialistas justificam a necessidade dessa competência para o trabalho da enfermeira na atenção básica, devido ao seu conhecimento e à representatividade da força de trabalho de enfermagem nos serviços de saúde:

*“(...) A enfermeira, com seu conhecimento amplo, deve participar do planejamento de programas, ações integradas embasadas no diagnóstico de comunidade para transformar aspectos deficitários e manter os adequados (...)” (EC12);*

*“(...) A participação no planejamento das atividades em atenção básica torna-se cada vez mais importante, visto que a grande maioria de trabalhadores na área de saúde é de enfermagem (...)” (IEH8);*

*“(...) Porque a enfermeira tem uma formação ampla e sólida em saúde coletiva o que contribuiria para direcionar o trabalho da equipe de saúde, voltada para a promoção à saúde da população (...)” (EC15);*

*“(...) O enfermeiro não consegue realizar o trabalho sozinho, através do planejamento conjunto viabiliza ações integrals e torna sua ação mais efetiva (...)” (IED2).*

Da mesma forma que as enfermeiras, as especialistas relacionam o planejamento com a avaliação das ações de saúde, reconhecendo a necessidade de planejar, executar e avaliar cuidados básicos de enfermagem aos indivíduos, no seu respectivo ciclo vital:

*“(...) Não se justifica a atuação sem planejamento (que deve seguir características estratégicas). Avaliação contínua e sistemática, quer da própria ação como do comportamento epidemiológico das doenças e agravos à saúde (...)” (IEA3).*

Quanto à avaliação das ações de saúde, no referencial de competências da enfermeira de saúde comunitária do Canadá, ela avalia o impacto das intervenções nos resultados de saúde do cliente como forma de atender o padrão de construção da capacidade individual/comunitária (CNA, 2004).

A avaliação na saúde pública, no entanto, compreende também a avaliação do sistema de atenção de saúde, com vistas a proteger a oferta de serviços com enfoque baseado na população e na evidência científica; a avaliação de políticas, planos e programas e a avaliação da estrutura e desempenho organizacional (RUIZ, 2001).

O atendimento das necessidades de saúde da população necessita de um planejamento interno aos serviços de saúde, que leve em consideração as especificidades das suas instituições. O planejamento e programação de enfermagem ocorrem, dessa forma, no âmbito do planejamento e da programação das instituições e serviços de saúde (BRASIL, 1987). Com esse entendimento, **‘planeja e sistematiza a assistência de enfermagem’** foi considerada uma competência específica da enfermeira.

“(…) Organização do trabalho, gerenciamento do serviço e das ações, atendimento às necessidades da (clientela) população usuária (…)” (IEB4);

“(…) Avaliar se a instituição e funcionário estão alcançando os objetivos propostos (…)” (IEL9);

“(…) Somente de posse desta habilidade poderá responder adequadamente e com efetividade às necessidades de saúde da população onde estiver inserida (…)” (IEA6);

“(…) Para garantir os avanços e melhorias na atenção à saúde (…)” (IEB7).

O planejamento e a sistematização da assistência em enfermagem, como competência específica da enfermeira em saúde comunitária, foi justificada, em parte, conforme o que prevê a Lei do Exercício Profissional (BRASIL, 2001) - o planejamento, organização, coordenação, execução e avaliação dos serviços de assistência de enfermagem é atividade privativa da Enfermeira -, da mesma forma que a competência da coordenação da equipe de enfermagem, ou seja, estão fundados no conhecimento da enfermeira e na necessidade de delegar atividades aos demais membros da equipe de enfermagem:

“(…) É sua competência legal e deve exercê-la plenamente (…)” (EC5);

“(…) É necessário ter parâmetros técnicos e éticos para o desempenho do trabalho de acordo com os pressupostos da profissão e do sistema de saúde (…)” (EC7);

“(…) Coordenação do serviço de assistência em enfermagem ao cliente (ou usuário) é importante devido aos conhecimentos específicos do enfermeiro para melhoria da atenção dispensada a este usuário (…)” (TE133);

“(…) A prescrição da Assistência de Enfermagem é necessária no trabalho da enfermeira na atenção básica de saúde, pois é através dela que a enfermeira dá continuidade da sua assistência e delega atividades aos demais membros da equipe de enfermagem (…)” (TE133).

Nas funções essenciais, essa competência da enfermeira contribui para o desempenho da função de garantia de provisão de serviços, cujas atividades promovam a efetiva implementação de políticas, devendo ela assegurar a provisão de serviços apropriados para atingir resultados de cuidados de saúde esperados (THE QUAD COUNCIL, 1993).

A enfermeira **‘supervisiona e apóia a equipe de enfermagem’** como uma das atividades do processo administrativo gerencial e de controle do processo de trabalho, sendo que esse pólo mais intelectual, de poder e controle do trabalho na enfermagem, tem sido ocupado historicamente pelas enfermeiras (Silva, 1997).

Como uma competência para o trabalho da enfermeira na atenção básica, a supervisão, em sua concepção, assume uma posição estratégica, ao possibilitar o desenvolvimento do trabalho na equipe de enfermagem que, ao mesmo tempo, possibilita o andamento do trabalho na unidade.

*“(...) Como em todos os serviços de saúde, o enfermeiro é o responsável pela efetivação do trabalho de enfermagem na rede básica, propiciando assim o andamento da própria U.S. (...)” (TE83);*

*“(...) Eu diria que a enfermeira é a espinha dorsal da Equipe, não só pela supervisão, mas pela valorização do pessoal auxiliar; só com uma equipe capacitada e coesa se desenvolve um bom trabalho (...)” (TE70);*

*“(...) São profissionais subordinados a enfermagem os quais devem ser orientados pelo enfermeiro (...)” (IEG1);*

*“(...) A supervisão técnica da equipe de auxiliares e técnicos de enfermagem é de competência do enfermeiro (...)” (EC4).*



Mendes Gonçalves (1994), ao estudar o processo de trabalho da enfermeira junto à equipe de saúde em unidades da rede básica de São Paulo, percebeu que uma característica das concepções que elas têm acerca de seu trabalho está na identificação que fazem de si mesmas como sendo, acima de tudo, supervisoras. A formação da enfermeira em administração parece contribuir para essa concepção, conforme justificativa apresentada pelas enfermeiras:

*“(...) Porque também conhecedora do trabalho e tendo estudado a administração em enfermagem, a enfermeira tem uma ampla visão sobre ele, e pode sugerir maneiras práticas, econômicas, eficientes e eficazes para o desenvolvimento na área da enfermagem (...)”* (TE122).

A supervisão, no estudo conduzido por Mendes Gonçalves (1994), foi tomada pelas enfermeiras tanto como padrão de referência para direcionar o trabalho, quanto para julgar sua eficácia. No presente estudo, tais motivos também levaram as enfermeiras a relacionar a supervisão como uma competência necessária para o trabalho na atenção básica, acrescida da oportunidade de qualificação do pessoal de enfermagem.

*“(...) Porque melhora a prática diária da atenção à saúde, além de ser ferramenta importante para formação de RH e controle de qualidade (...)”* (TE115);

*“(...) Observação do trabalho das equipes no posto de saúde de modo que o usuário seja atendido e o trabalho das equipes seja organizado (...)”* (TE120);

*“(...) Considero de suma importância essa competência porque através dela vai poder avaliar a equipe, identificar qualidades e falhas na realização das tarefas e vai poder planejar estratégias de qualificação da equipe (...)”* (TE38).

A predominância da supervisão na unidade básica como atividade administrativa, nos estudos analisados, inclui o atendimento ao auxiliar de enfermagem na orientação quanto ao tipo de curativo, supervisão de nebulização, verificação e registro da temperatura da geladeira, aplicação de vacina e orientação, preparo e esterilização de material, repasse das atividades, controle de esterilização e das soluções utilizadas (MAGALHÃES, 1991; THUMÉ, 2000).

O Conselho Internacional de Enfermeiras, ao reconhecer o trabalho da equipe de enfermagem, estabeleceu como competências de delegação e supervisão da enfermeira generalista: delegar, a outros, atividades adequadas a suas habilidades e alcance de prática e usar uma variedade de estratégias de apoio ao supervisionar aspectos do cuidado delegado a outros (CIE, 2003).

A supervisão, na concepção das especialistas, também apresenta uma interface com a educação permanente (BRASIL, 2004) ao eleger, como público, além da equipe de enfermagem, outros profissionais e estudantes, possibilitando a construção de estratégias contextualizadas que promovam o diálogo entre as políticas gerais e a singularidade dos lugares e pessoas, e as atividades educativas:

*“(...) Contribui na organização da atenção a saúde, qualifica a atenção à saúde e promove educação permanente no campo da enfermagem para a equipe como um todo (...)” (IED4);*

*“(...) Coordeno um grupo de 12 acadêmicos, 10 de enfermagem e 2 de informática que realizam atividades primordiais no setor. É necessário esta atividade, pois além da supervisão do trabalho, executo o papel de completar o ensino, contribuindo para uma formação melhor (...)” (EC3).*

## 2.5. Competências na área de domínio orientada à comunidade

Orientada à comunidade é uma área de domínio que pressupõe profissionais comprometidos com a comunidade onde trabalham. Eles devem levar em consideração as necessidades dessa comunidade e promover a saúde, tentar compreender os determinantes do processo saúde-doença, estabelecer comunicação com a comunidade, relacionamentos entre indivíduos e ajudar a encontrar soluções para os problemas de saúde da comunidade, contribuir para a qualidade dos serviços de saúde e da saúde da população (SILVA, 1998).

Todas as competências para as quais houve consenso são gerais. Em ambos os grupos, obtiver consenso: **‘é capaz de organizar-se e atuar coletivamente’**. No grupo de enfermeiras: **‘trabalha com perspectiva de vigilância epidemiológica’**; **‘conhece a comunidade, com ela estabelece e mantém vínculos’** e **‘desenvolve ações de prevenção e proteção da saúde’**. No grupo de especialistas: **‘trabalha com perspectiva de vigilância da saúde’**; **‘trabalha com grupos’** e **‘respeita e interage com diferentes culturas’**.

As enfermeiras no Brasil têm procurado conhecer as reais necessidades da comunidade por elas assistidas, no intuito do desenvolvimento de um trabalho conjunto e coeso, como forma de transcender as tarefas rotineiras, elegendo novas idéias ao fazer saúde (LOPES, 1994). A enfermeira **‘conhece a comunidade, com ela estabelece e mantém vínculos’**:

*“(...) É fundamental para o desenvolvimento de estratégias que visem à prevenção de doenças e promoção da saúde. Considero que, em saúde coletiva o trabalho que se faz fora é tão ou mais importante que dentro da unidade sanitária (...)” (TE70).*

Essa concepção aproxima-se daquela da Associação de Enfermagem Canadense, que relaciona a coleta e utilização de informação e dados, para a provisão de um contexto para

---

analisar situações de saúde e buscar intervenções aceitáveis, com o vínculo com a clientela, realizado a partir do uso do conhecimento da comunidade (CNA, 2004).

O conhecimento da comunidade implica também que os profissionais de saúde pública desenvolvam, implementem e avaliem o diagnóstico de saúde pública da comunidade. Para isso, necessitam identificar dados relevantes e apropriados e fontes de informação, estabelecer parcerias com comunidades para interpretar dados quantitativos e qualitativos coletados, aplicar processos de coleta de dados, aplicação de tecnologia de informação, e estratégias de armazenamento/recuperação em sistemas de computação (COUNCIL, 2001). Operativamente, isso traduz-se na análise de situação, elaboração e implementação de estudos, manejo e análise de dados e gestão de bases de dados, análise estatística e inferencial e apresentação de informação e elaboração de relatórios (RUIZ, 2001).

Nessa área de domínio, houve consenso de que a vigilância é uma competência geral na atenção básica, porém, as enfermeiras relacionaram **‘trabalha com perspectiva de vigilância epidemiológica’** e as especialistas, **‘trabalha com perspectiva de vigilância da saúde’**.

O conceito de vigilância surgiu nos anos 1950 no contexto de risco de uma guerra bacteriológica. O termo vigilância epidemiológica foi utilizado pela OMS pela primeira vez, em 1963, em um documento sobre malária, tornado-se em seguida saber operativo, estendido às doenças crônicas, em 1968. Posteriormente, organizou-se o conceito de vigilância sanitária, como uma outra prática singular destinada a vigiar o consumo de produtos pela população, incorporando outros objetos de vigilância (MENDES, 1999).

Na atenção básica, a enfermeira participa de forma mais concreta na vigilância epidemiológica, assumindo, inclusive, as ações de notificação das unidades de saúde. Passos (2003) considera que, dependendo do grau de desenvolvimento do sistema local de saúde, pode-se ir mais além do atual escopo da vigilância epidemiológica, incorporando-se

gradativamente outras informações que contemplem o monitoramento e análise da situação de saúde das populações visando ao enfrentamento mais global de seus problemas, possibilitando evoluir de uma lógica de vigilância de doenças para um sistema de vigilância da saúde.

Para as enfermeiras, trabalhar com perspectiva de vigilância da saúde permite a identificação e o controle dos fatores determinantes das condições de saúde do indivíduo, família e comunidade, conhecer as causas de adoecimento e sua distribuição na área de atuação, a partir da notificação de agravos, tendo em vista o planejamento e a eficácia do atendimento.

*“(...) Para obter dados epidemiológicos e ambientais para gerar informações para o planejamento em saúde coletiva (...)” (EC15);*

*“(...) É necessário conhecer as causas de adoecimento e sua distribuição na área de atuação para priorizar e dirigir ações, com vistas à prevenção ao controle (TE70);*

*“(...) Essa competência faz com que o enfermeiro exerça seu trabalho em prol da saúde pública, coletiva e comunitária. Trabalha-se com dados, acha-se o problema e traçam-se metas (...)” (IEB5);*

*“(...) Para atuar em promoção, prevenção e manutenção é necessário vislumbrar os possíveis fatores determinantes das condições de saúde e então aplicar práticas que possibilitem o controle dos mesmos (...)” (IEA3);*

*“(...) A partir disto haverá a eficácia do atendimento como um todo (...)” (EC5);*

*“(...) Notificar agravos é importante na atenção básica em saúde para se controlar as doenças transmissíveis em geral (...)” (TE133).*

No Brasil, a participação da enfermeira na prevenção e controle das doenças transmissíveis, em geral, e nos programas de vigilância epidemiológica está prevista na Lei do

Exercício Profissional de Enfermagem (BRASIL, 1987). No Programa de Saúde da Família, essa atribuição corresponde a ações de vigilância epidemiológica e sanitária (BRASIL, 1999).

A vigilância da saúde, como atividade em que subsistem critérios explícitos referidos a concepções orientadas para a dimensão coletiva da saúde e da doença, parece ser delegada à enfermeira na atenção básica, devido ao desinteresse dos demais profissionais de saúde:

*“ (...) Porque de um modo geral os demais profissionais da saúde não se preocupam com a vigilância epidemiológica. Esta ação viabiliza avaliar outras ações como eficácia das ações preventivas e controle das doenças imunopreveníveis e outras (...)” (TE25).*

Para a OPAS, vigilância, prevenção e controle de enfermidades transmissíveis e não-transmissíveis é uma competência específica dos profissionais de saúde e inclui: vigilância, investigação e controle de surtos de enfermidades; vigilância de enfermidades transmissíveis e não transmissíveis; acidentes e exposição a substâncias tóxicas ou agentes ambientais nocivos à saúde; desenvolvimento de programas de prevenção e controle de enfermidades; imunizações e prevenção de danos (RUIZ, 2001).

Os documentos consultados consideram que a enfermeira deva atuar em diferentes níveis de atenção à saúde, com ações de promoção, prevenção, proteção e reabilitação à saúde (BRASIL, 2003a; CHNAC, 2003).

No grupo de enfermeiras, **‘desenvolve ações de prevenção e proteção da saúde’** obteve consenso como competência geral, talvez com a intenção de resgatar esta importante área de trabalho da atenção básica, para toda a equipe de saúde.

---

*“(...) Qualquer profissional que trabalhe em saúde pública deve ter como prioridade seu trabalho focado na prevenção, através da educação/orientação aos usuários de seu serviço (...)” (TE44).*

Mendes Gonçalves (1994), ao analisar o processo de trabalho de equipes de saúde, percebeu que, como o trabalho de enfermagem mostrava-se singularmente mais bem estruturado, como um subconjunto dentro do conjunto do trabalho dos Centros de Saúde, a dimensão preventiva, atribuída à assistência médica tornava-se, pouco a pouco, um trabalho exclusivo da enfermagem, e radicalmente separado da assistência médica, ao mesmo tempo em que configurava a principal atividade em que subsistem critérios explícitos referidos a concepções orientadas para a dimensão coletiva da saúde e da doença.

Essa parece ser a realidade também nos Estados Unidos, onde a enfermeira de saúde pública é vista como uma profissional cuja prática apresenta uma ênfase especial na prevenção, o que possibilita influenciar o estado de saúde de indivíduos, famílias, grupos, assim como comunidades (ASTDN, 2000).

Nos referenciais estudados, a prevenção como competência da enfermeira generalista compreende participar de iniciativas de promoção da saúde e prevenção da doença, contribuir com a sua avaliação (CIE, 2003) e aplicar um repertório de atividades para minimizar a ocorrência de doenças ou danos e suas conseqüências para indivíduos/comunidades, para o atendimento dos princípios da prevenção e proteção. Nesse contexto, ela deve identificar as necessidades do cliente, planejar e implementar medidas protetoras e preventivas em saúde (CNA, 2004).

O trabalho da enfermeira na atenção básica envolve a sua atuação articulada a uma variedade de coletivos: a equipe de saúde, a equipe de enfermagem, os grupos de usuários, as

organizações sociais, os prestadores de serviços, os gestores, entre outros. Em todas essas instâncias **‘é capaz de organizar-se e atuar coletivamente’**:

*“(...) Ser líder da equipe de enfermagem; ser capaz de desenvolver projetos nas diferentes comunidades, promovendo a saúde de acordo com as condições e necessidades locais (...)”*  
(IEC4).

No Brasil, no âmbito da atenção básica, é uma atribuição da enfermeira desenvolver ações de saúde em diferentes ambientes, na unidade de saúde, na comunidade, no domicílio, no trabalho com grupos de pacientes, no Programa de Saúde da Família. A enfermeira de saúde comunitária no Canadá trabalha em parceria com outros profissionais de saúde e membros da comunidade no estabelecimento de programas de promoção/prevenção específicos para as necessidades dos clientes (CNA, 2004).

As enfermeiras de saúde pública, em parceria com outros, ajudam a construir comunidades saudáveis, interagindo com indivíduos e populações em locais como cidades, bairros, escolas e distritos rurais (ASTDN, 2000). A participação ativa no desenvolvimento de programas de promoção da saúde em escolas, igrejas, locais de trabalho e outras organizações sociais relevantes é considerada um elemento da competência específica de promoção da saúde dos profissionais de saúde pública (RUIZ, 2001).

O Conselho de Integração entre a Academia e a Prática dos Estados Unidos (COUNCIL, 2001), em sua estrutura de competências, delimitou como área de domínio uma ‘dimensão comunitária das habilidades práticas’. A esta área pertencem competências do profissional de saúde pública, como a de utilização da liderança, formação de equipes, negociação e habilidades de resolução de conflitos para construir parcerias comunitárias.



No grupo das especialistas, a competência - **‘trabalha com grupos’** obteve consenso, considerando-se o caráter coletivo do trabalho na atenção básica, porém a justificativa apresentada, apresenta uma concepção reduzida do processo saúde e doença, na medida não visualiza esta competência como um instrumento na construção de cidadania.

*“(...) Permite obter maior efetividade em ações preventivas e de promoção da saúde atingindo um maior número de pessoas (...)” (IEA6).*

Os estudos que relacionam o trabalho da enfermeira na atenção básica refletem a diversidade das práticas desenvolvidas com grupos compostos por clientes oriundos dos programas implantados segundo as diretrizes nacionais, isto é, crianças, gestantes e portadores de doenças crônico-degenerativas (MAGALHÃES,1991); de puericultura, pré-natal e planejamento familiar, bem como de sala de espera, de asma e oficinas terapêuticas (THUMÉ, 2000); em grupos extra-muros específicos: sobre enchentes, sobre meningite (JACOMO, 1999).

No contexto da atenção básica no Brasil, o trabalho com grupos é uma atribuição da enfermeira no Programa de Saúde da Família. No Canadá, a enfermeira de saúde comunitária aplica conhecimento de dinâmica de grupo, para apoiar o desenvolvimento dos grupos, como forma de atender o padrão de construção de capacidade individual/comunitária (CNA, 2004).

O trabalho cotidiano da enfermeira na atenção básica requer o fortalecimento da sensibilidade cultural e das habilidades interculturais. A interação da enfermeira com diferentes culturas pressupõe o respeito aos seus saberes; ela **‘respeita e interage com diferentes culturas’**:

*“(...) Forma para conseguir resultados na interação com a comunidade, respeitando os seus saberes (...)” (IEC3).*

Segundo Ruiz (2001), dos profissionais de saúde pública espera-se que desenvolvam uma compreensão de como a cultura afeta o comportamento e o estado de saúde, identificando o papel dos fatores culturais, sociais e comportamentais na determinação da enfermidade, sua prevenção, a promoção da saúde e a organização e prestação dos serviços de saúde.

A competência cultural compreende interagir de forma sensitiva, efetiva e profissional com pessoas de diferente origem cultural, socioeconômica, educacional, racial, étnica e profissional e pessoas de todas as idades e estilos de vida (COUNCIL, 2001). Envolve também a compreensão das práticas tradicionais de cura no sistema de crenças em saúde de indivíduos/família e/ou comunidade (CIE, 2003).

## 2.6. Competências na área de domínio de promoção da saúde

A promoção da saúde, como vem sendo entendida nos últimos 20 anos, apresenta-se como uma das estratégias mais promissoras para enfrentar os múltiplos problemas de saúde que afetam as populações humanas e seu ambiente. Partindo de uma ampla concepção do processo saúde-enfermidade e de seus determinantes, propõe a articulação de saberes técnicos e populares e a mobilização de recursos institucionais e comunitários, públicos e privados para seus enfrentamento e resolução (BUSS, 2000a).

Nessa área de domínio, o item - **‘articula a educação em saúde em sua prática cotidiana’** - obteve consenso nos dois grupos, porém, como competência específica no grupo das enfermeiras e como geral, no grupo das especialistas, **‘promove a saúde de indivíduos, família e comunidade’** e **‘coordena ações educativas na unidade sanitária e comunidade’** obtiveram consenso como competências específicas no grupo das enfermeiras. Chama a atenção o fato de que essa competência não obteve consenso no grupo das especialistas, o que

pode se explicar pela sua inserção recente na América Latina, com pouca influência nas práticas do sistema de saúde e na formação de recursos humanos, contextos em que se encontram inseridas as enfermeiras desse grupo (BUSS, 2000b).

Caracteriza a promoção da saúde, modernamente, a constatação do papel hegemônico dos determinantes gerais sobre as condições de saúde, em torno da qual se reúne um conjunto de valores: qualidade de vida, saúde, solidariedade equidade, democracia, cidadania, desenvolvimento, participação e parceria, entre outros (BUSS, 2000a). Com esse entendimento a enfermeira **‘promove a saúde de indivíduos, famílias e comunidade’**:

*“(...) Porque é importante para o entendimento sobre saúde e a melhoria da qualidade de vida da população (...)” (TE115);*

*“(...) É necessário promover ações de promoção ao trabalho da enfermeira na atenção de saúde e, uma ação que pode sinalizar os passos de que e a quem pretendemos com ações de saúde (...)” (TE94).*

A identificação da promoção da saúde como competência específica da enfermeira, na atenção básica, deveu-se à sua importância relativa no seu processo cotidiano de trabalho, sendo que, ao seu desempenho, as enfermeiras atribuem um ‘diferencial’ (grifo nosso), que pode ser relacionado à sua ‘missão’ (grifo nosso):

*“(...) É sua missão (...)” (TE91);*

*“(...) Diferencial do trabalho do enfermeiro em ABS. Na minha experiência pessoal, usuários apontam como competência importante ( “gosto de consultar contigo porque tu conversas comigo e me ensina coisas...” ) (...)” (TE7).*

Esta relação de centralidade da promoção da saúde também é relacionada nos documentos consultados: à missão da saúde pública nos Estados Unidos (ASTDN, 2000) e à missão da enfermeira de saúde comunitária no Canadá, onde se constitui um dos cinco padrões da prática de enfermagem em saúde comunitária (CHNAC, 2003).

O diferencial da promoção da saúde para a enfermeira também pode ser abstraído da análise da estrutura de competências desenvolvida pelo Conselho Internacional de Enfermeiras, que destaca a promoção da saúde entre as competências de provisão de cuidados da enfermeira generalista (CIE, 2003).

Apesar de a OPAS reconhecer a promoção e a prevenção como práticas ou campos que tradicionalmente têm sido desempenhados pela enfermagem, nos referenciais analisados, as competências relacionadas à promoção da saúde prevêm que a enfermeira ‘participe’ (grifo nosso) de iniciativas de promoção da saúde (CIE, 2003) ou que se trata de uma competência ‘específica dos profissionais de saúde pública’ (grifo nosso), evidenciando a importância da promoção da saúde para toda a equipe de saúde.

Nos referenciais de competências analisados, a promoção da saúde é destacada como uma competência específica dos profissionais de saúde pública, pela OPAS, e compreende: o estímulo e apoio às ações comunitárias de promoção da saúde e desenvolvimento de programas para reduzir os riscos e ameaças à saúde; a ação e compromisso intersetorial para fazer mais efetivas as ações promocionais; as medidas de regulação e as condições ambientais; a provisão de informação e educação para o fortalecimento da saúde e da vida no domicílio, na escola, no trabalho e na comunidade; o fortalecimento de vínculos com os setores políticos, outros setores e a comunidade, em apoio à promoção da saúde e a advocacia da saúde do público (RUIZ, 2001). Esse entendimento diferencia-se do que é adotado no Brasil, no que se refere à adoção de políticas de prevenção e promoção da saúde em todos os níveis do sistema de saúde, envolvendo toda a força de trabalho em saúde.

---

Nesses contextos, é competência da dimensão comunitária das habilidades práticas dos profissionais de saúde pública, colaborar com parceiros comunitários para promover a saúde da população (COUNCIL, 2001). A enfermeira deve participar de iniciativas de promoção da saúde e prevenção da doença e contribuir com a sua avaliação (CIE, 2003). A enfermeira de saúde comunitária também seleciona estratégias baseadas no Modelo Populacional de Promoção da Saúde, dirigido aos fatores que afetam a saúde e o bem-estar do cliente e usa múltiplas estratégias para promover a saúde (CNA, 2004).

As concepções das enfermeiras vêem a educação em saúde como inerente à prática da enfermeira na atenção básica, que **‘articula a educação em saúde em sua prática cotidiana’**.

Na história da enfermagem, encontramos alguns elementos que elucidam essa compreensão. Segundo Rosen (1994), a enfermagem de saúde pública evoluiu na Inglaterra e nos Estados Unidos no final do século XIX e começo do XX da interação das tendências de dar informações aos pobres e do desejo de melhorar o seu nível de saúde, sob influência do Iluminismo.

Nos estudos que acompanharam o trabalho da enfermagem na implantação do SUS, a educação em saúde é identificada nas práticas de saúde pública/comunitária/coletiva (COSTA, 1987; ASSIS, 1988; MAGALHÃES, 1991; JACOMO, 1999; FRIEDRICH, 2000; KALINOWSKI, 2000).

As enfermeiras consideram a educação em saúde como atividade específica e motivadora de seu trabalho, que se define a partir da organização das práticas sanitárias em cada unidade de saúde, isto é, a ação educativa estabelece-se a partir de programas determinados verticalmente, ou ligada às ações de promoção da saúde e prevenção da doença junto à comunidade, indivíduos ou grupos sociais, permeando densamente as atividades que

as enfermeiras realizam no âmbito das unidades, no domicílio, em outras instituições e nos espaços comunitários:

*“(...) Toda atuação diária do enfermeiro deve estar permeada pela educação em saúde, continuada e repetitivamente (...)” (IEB3);*

*“(...) Creio que na educação em saúde o aspecto da prevenção e da informação qualificada é atribuição do profissional que ‘pode’ pensar a integralidade dos sujeitos e coletivos (...)” (IEQ1);*

*“(...) Envolver-se com educação em saúde é disseminar informações, favorecendo o aumento de multiplicadores, tanto do quadro funcional, quanto de usuários (...)” (TE93);*

*“(...) Esta competência deveria ser inerente a todo o trabalho da enfermeira na área da atenção básica como forma de intervenção com processos político/pedagógicos na comunidade (...)” (IEM2).*

A literatura anglo-saxônica refere-se a essa competência como informar, educar e ‘empoderar’ (ASTDN, 2000), o que pressupõe a educação em saúde, na atenção individual ou de grupo, e nos programas comunitários como um direito do paciente. Esse entendimento aparece nas justificativas das enfermeiras:

*“(...) É necessário para o enfermeiro estar educando em ensinamentos para troca de conhecimentos, ou seja, troca de idéias com a população e outros profissionais (...)” (TE94).*

*“(...) Educar é imprescindível na saúde pública, pois temos que ensinar o autocuidado, as diferentes doenças, suas causas e como preveni-las. Isto só para exemplificar, pois o âmbito da educação em saúde pública é muito maior e mais importante do que imaginamos (...)” (TE75).*

No âmbito da educação em saúde, a enfermeira **‘coordena ações educativas na unidade sanitária e comunidade’**. A sua indicação como competência específica pode estar relacionada ao papel educativo em saúde, principalmente nas ações de prevenção e promoção da saúde, que tem sido enfatizado na formação da enfermeira (ALMEIDA, 1991b):

*“(...) Considero a competência necessária porque são nos grupos educativos, visitas domiciliares, oficinas em escolas e outras instâncias da comunidade que trabalhamos o aspecto mais importante em saúde coletiva: a prevenção (...)” (TE70);*

*“(...) Ferramenta especial na promoção da saúde, qualificação do trabalho/atividades e permite o crescimento/aquisição/difusão do saber (...)” (TE91).*

As justificativas das enfermeiras consideraram as condições que estão postas para sua operacionalização, tais como os ambientes, os grupos e as necessidades a serem atendidas:

*“(...) O enfermeiro trabalha com as escolas, creches e outras entidades através do processo de educação em saúde (...)” (IEB5);*

*“(...) Considero a competência necessária porque são nos grupos educativos, visitas domiciliares, oficinas em escolas e outras instâncias da comunidade que trabalhamos o aspecto mais importante em saúde coletiva: a prevenção (...)” (TE70);*

*“(...) Atividades educativas junto à escola e alunos tais como participação em feiras de saúde servindo como fonte de dados, bibliografia e/ou outros recursos tornando os alunos em agentes de saúde (...)” (TE9);*

*“(...) a atuação da enfermeira atinge uma grande parte da população, proporcionando trocas, comprometendo a comunidade no seu planejamento e conhecimento para a saúde (TE67).*

Recentemente, conforme as diretrizes curriculares, a enfermeira deve ser formada para planejar e implementar programas de educação e promoção à saúde, considerando a especificidade dos diferentes grupos sociais e dos distintos processos de vida, saúde, trabalho e adoecimento (BRASIL, 2003a).

Nos documentos analisados, a educação em saúde insere-se na Lei do Exercício Profissional e nas competências desenvolvidas pelo Conselho Internacional de Enfermeiras. A Lei do Exercício Profissional prevê que a enfermeira, como integrante da equipe de saúde, participe de programas e atividades de educação sanitária, visando à melhoria de saúde do indivíduo, da família e da população em geral (BRASIL, 1987). Segundo o CIE (2003), ela deve aplicar o conhecimento de recursos disponíveis para a promoção e educação em saúde e aplicar conhecimento de uma variedade de estratégias de ensino-aprendizagem com indivíduos, famílias e comunidades.

## 2.7. Competências na área de domínio de resolução de problemas

Segundo Starfield (2001), um dos princípios ordenadores que deve ser conhecido e operacionalizado na atenção primária à saúde é o do primeiro contato, que implica a acessibilidade e o uso de serviços para cada novo problema ou novo episódio de um problema para os quais se procura atenção à saúde. O reconhecimento de um problema ou necessidade, nesse contexto, constitui-se em um elemento de desempenho do sistema de serviços de saúde. Além disso, a atenção primária à saúde deve cumprir o papel resolutivo, intrínseco a sua instrumentalidade como ponto de atenção à saúde – o de resolver a grande maioria dos problemas de saúde da população (MENDES, 2002).

Obtiveram consenso, na área de domínio da resolução de problemas, competências indicadas pelo grupo de enfermeiras. São competências gerais, ou seja, que devem ser



compartilhadas pela equipe de saúde e representam o processo de resolução de problemas, as apresentadas a seguir: **‘identifica os problemas de saúde’**, **‘compreende a dimensão coletiva dos problemas de saúde’**, **‘prioriza os casos urgentes’** e **‘busca a resolubilidade’**. Estas parecem ser competências que, além de necessárias para o trabalho na atenção básica, também se constroem no trabalho, no enfrentamento cotidiano das situações de saúde. No grupo de especialistas, **‘demonstra iniciativa’** obteve consenso. Por não constar como uma competência nos referenciais analisados, foi classificada como uma atitude, por tratar-se de um atributo da competência, conforme descrito na literatura. No estudo conduzido por Silva (1998), como atividades para a resolução de problemas, as enfermeiras listaram a identificação, o enfrentamento e a criação de estratégias para resolver problemas, assim como a liderança.

A formação da enfermeira prevê que ela seja capaz de diagnosticar e solucionar problemas de saúde (BRASIL 2003a). No contexto da atenção básica, a enfermeira **‘identifica os problemas de saúde’**:

*“(...) Identificar problemas de saúde do usuário e direcioná-lo a programas específicos é uma tarefa importante no cotidiano do trabalho da enfermeira na atenção básica. Ex: gestante sem pré-natal – providenciar seu vínculo com o programa (...)”.*

A identificação de problemas nos referenciais analisados, relaciona-a às competências analíticas dos profissionais de saúde pública (RUIZ, 2001; COUNCIL, 2001). A análise e monitoria da situação de saúde compreendem, entre outras: a competência de avaliação da situação e tendências da saúde e seus determinantes, com ênfase na identificação de iniquidades; a avaliação das necessidades, demandas e riscos da população, com ênfase na

identificação de grupos prioritários; a monitoria da morbidade, mortalidade e determinantes da saúde (RUIZ, 2001).

Para o desempenho dessas competências, é necessário selecionar e definir variáveis relevantes para identificar problemas de saúde pública, determinando usos apropriados de dados quantitativos e qualitativos (COUNCIL, 2001).

A identificação de problemas é uma competência da enfermeira de saúde pública, que deve monitorar o estado de saúde para identificar problemas de saúde comunitária, diagnosticar e investigar problemas de saúde e riscos na comunidade (ASTDN, 2000), coletar, sintetizar e interpretar informação relevante para um problema de saúde (COUNCIL, 2001) e analisar dados para identificar problemas de saúde potenciais e atuais (THE QUAD COUNCIL, 1993).

As Diretrizes Curriculares prevêm que os profissionais de saúde devem ter competência para identificar as necessidades individuais e coletivas de saúde da população, seus condicionantes e determinantes (BRASIL, 2003a), sendo que a enfermeira na atenção básica, **‘compreende a dimensão coletiva dos problemas de saúde’**:

*“(...) Saber identificar situações de saúde/doença em que os fatores relacionados envolvam não só uma pessoa, mas sua família, sua comunidade e como essa ação pode ser coletiva e resolutive. Ex: casos de verminoses, anemias (...)” (TE60).*

Segundo Laurell (1983), a melhor forma de comprovar o caráter histórico da doença é conferida pelo processo que ocorre na coletividade humana, pois a natureza social da doença não se verifica nos casos clínicos, mas no modo característico de adoecer e morrer dos grupos humanos. Por isso, a medicina clínica não oferece solução para a maior parte dos problemas. O uso do olhar coletivo no exame dos problemas de saúde, nesse contexto, compreende

abranjer o histórico e o social na análise da situação de saúde. Na saúde pública e na atenção básica envolve também a percepção da necessidade de compreender a dimensão coletiva dos problemas de saúde, a partir do atendimento de casos isolados.

As enfermeiras envolvem-se, no seu cotidiano, com múltiplos objetos de trabalho, fazendo-se necessário definir e priorizar atividades que dêem mais respostas às necessidades de saúde da população da área de abrangência das unidades de saúde (ANTUNES, 1996). Na definição de atividades na unidade básica de saúde, a enfermeira **‘prioriza os casos urgentes’**:

*“(...) Precisamos identificar os casos urgentes, de acordo com critérios de gravidade pré-estabelecidos para atendimento imediato (...)” (TE108).*

Starfield (2002), no entanto, adverte que na atenção primária a acessibilidade deve ser universal e não necessariamente relacionada ao grau de necessidade, já que não se pode esperar que os indivíduos conheçam a gravidade ou urgência de muitos de seus problemas antes de buscarem atendimento.

A priorização dos casos urgentes, conforme o CNA (2004), envolve assistir o cliente a identificar riscos potenciais à saúde com o uso de habilidades de comunicação apropriadas em colaboração com membros da comunidade. Para isso, a enfermeira de saúde comunitária deve demonstrar flexibilidade nas intervenções planejadas de acordo com as mudanças nas prioridades apresentadas.

Com esse entendimento, o Conselho Internacional de Enfermeiras reconhece que a enfermeira deve priorizar as suas atividades e administrar o tempo efetivamente, porém recomenda a compreensão dos desafios éticos na tomada de decisão e na priorização do cuidado, especialmente nas situações de guerra, violência e desastres naturais (CIE, 2003).

Na atenção integral à saúde da população, a implantação dos programas específicos nas unidades e serviços de saúde não pode representar a seleção de clientela ou de procedimentos, devendo o serviço atender resolutivamente a toda a população da sua área geográfica. Nesse particular, as enfermeiras relacionaram a competência ‘ **busca a resolubilidade**’:

*“(...) A competência para resolução de problemas/incluindo-se a capacidade de percepção sobre a melhor forma de resolver determinado problema como sendo o trabalho em equipe a interdisciplinaridade é muito importante em ABS, principalmente por a porta de entrada do sistema (1º contato) (ou deveria ser!!!) (...)” (TE7);*

*“ (...) É necessário o enfermeiro dar maior resolução frente à ação que assume de responsabilidade profissional e humanista dentro da entrada de assistência do paciente na Instituição (...)” (TE94).*

## 2.8. Competências na área de domínio de atenção à saúde

A área de domínio da atenção à saúde pressupõe que os profissionais, dentro de seu âmbito profissional, devem estar aptos a desenvolver ações de prevenção, promoção, proteção e reabilitação da saúde, tanto em nível individual quanto coletivo.

Os profissionais de saúde, devem assegurar que sua prática seja realizada de forma integral e contínua com as demais instâncias do sistema de saúde, sendo capaz de pensar criticamente, de analisar os problemas da sociedade e de procurar soluções para os mesmos, tendo em conta que a responsabilidade da atenção à saúde não se encerra com o ato técnico, mas, sim, com a resolução do problema de saúde, tanto em nível individual como coletivo (BRASIL, 2003a).

---

Como competência da enfermeira, espera-se que atue profissionalmente, compreendendo a natureza humana em suas dimensões, em suas expressões e fases evolutivas e que preste cuidados de enfermagem compatíveis com as diferentes necessidades apresentadas pelo indivíduo, pela família e pelos diferentes grupos da comunidade, atuando nos programas de assistência integral à saúde da criança, do adolescente, da mulher, do adulto e do idoso (BRASIL, 2003a).

Nessa área de domínio, obtiveram consenso como competências gerais, no grupo de especialistas: **‘realiza atendimento integral dentro dos princípios do Sistema Único de Saúde’** e **‘demonstra capacidade de acolhimento e sensibilidade’**. Como competências específicas, **‘realiza consulta de enfermagem’** obteve consenso em ambos os grupos, e **‘presta cuidado domiciliar de enfermagem’**, no grupo das especialistas.

Conforme a legislação do exercício profissional, a enfermeira, como integrante da equipe de saúde, participa nos programas e nas atividades de assistência integral à saúde individual e de grupos específicos, particularmente daqueles prioritários e de alto risco (BRASIL, 2001). Na atenção básica, o atendimento integral é uma atribuição da enfermeira no Programa de Saúde da Família, que prevê o desenvolvimento de ações de assistência integral em todas as fases do ciclo de vida (BRASIL, 1999).

A integralidade, entendida como a articulação das atividades de prestação de cuidados de enfermagem voltados para a proteção e promoção da vida da coletividade, e de prestação de cuidados individuais que contribuam para a recuperação de pessoas doentes, no espaço onde se insere a unidade de saúde (ANTUNES, 1996), compreende a integração das diversas ações e das várias instituições de saúde e pressupõe o plano de equipe. A esse respeito, os dados coletados apontaram que a enfermeira **‘realiza atendimento integral dentro dos princípios do SUS’**:

“(...) *Compreender o ser humano inserido em micro e macro espaços ambientais, potenciais geradores das doenças, de modo a atendê-lo de forma preventiva, emotiva e reabilitadora (...)*” (IEC4);

“(...) *Desenvolver ações preventivas e educativas em nível individual e coletivo, porque o enfermeiro faz parte da equipe responsável pela saúde da população (...)*” (IEB7).

A integralidade, intimamente ligada à concepção de saúde e doença, define-se pela capacidade de oferecer ações de satisfação às varias demandas ligadas à promoção e recuperação da saúde (SILVA JÚNIOR, 1998).

Para Fleury (1994. p. 45), integralidade

“representa o desafio de se superar o paradigma clínico de assistência à saúde por um outro modelo que considere a determinação social do trabalho no interior da equipe sanitária e inverta a relação com o paciente de forma a torná-lo sujeito ativo de sua condição sanitária”

No atendimento integral à saúde, a equipe de profissionais de saúde deve articular os seus saberes com os aspectos singulares dos pacientes. Para Schwartz (1998) as enfermeiras encontram-se tipicamente no ponto de articulação, neste vaivém entre saber técnico e relação individualizada com o paciente: para elas, este é, ao mesmo tempo um tipo nosológico e uma pessoa, posição que, assumida pela enfermeira, possibilita que, no acolhimento, garanta a retaguarda do atendimento realizado pelas auxiliares de enfermagem. Além disso, na equipe de saúde, a reorganização do processo de trabalho, introduzida pelo acolhimento, faz com que a enfermeira, assim como os demais profissionais não médicos, passe a usar todo seu arsenal tecnológico, o conhecimento para a assistência, na escuta e solução de problemas de saúde, trazidos pela população usuária (FRANCO, 1999). A utilização do saber técnico pode ter sido o motivo pelo qual essa competência obteve consenso no grupo de especialistas, uma vez que

valoriza a dimensão conceitual no atendimento à saúde, dimensão esta imprescindível para a formação de recursos humanos e para a formulação de políticas.

O acolhimento, como forma de organização do processo de trabalho em saúde, significa desenvolver na equipe a capacidade de solidarizar-se com as demandas do usuário, criando uma relação humanizada e uma referência para os pacientes que necessitam de cuidados individuais ou coletivos (SILVA JÚNIOR, 1998). Com esse entendimento, a enfermeira **‘demonstra capacidade de acolhimento e sensibilidade’**:

*“(... ) um ponto essencial à efetivação do cuidado na enfermagem, dele decorrendo todo o relacionamento entre a enfermeira cuidadora e o sujeito cuidado, sendo que o exercício atento e consciente da sensibilidade da enfermeira cuidadora promove e facilita o desempenho do cuidado, voltado às particularidades de cada indivíduo assistido (...)” (IEL2).*

As especialistas que participaram deste estudo indicaram o acolhimento como uma competência da enfermeira na atenção básica, sendo que as justificativas estão relacionadas a certos valores, que devem nortear a prática, e ao atendimento de determinados princípios do sistema de saúde:

*“(...) respeito e atenção aos problemas das pessoas e comunidade, independente do grau de complexidade dos mesmos que exige um comportamento profissional comprometido com isto (...)” (IEM2);*

*“(...) o acolhimento a todos os usuários do SUS atende o princípio da universalidade da atenção e qualifica e humaniza a assistência (... )” (IEO2).*

A literatura internacional não relaciona o acolhimento como uma competência, porém, elementos do acolhimento podem ser encontrados nas competências construídas em outras realidades. A Associação de Enfermeiras do Canadá (CNA, 2004) considera competências da enfermeira de saúde comunitária, para o atendimento da acessibilidade e da equidade, ‘avaliar as necessidades do cliente, coordenar, referir’ e ‘facilitar o acesso aos serviços no setor de saúde e em outros setores’.

Campos (1997), porém, refere um significado mais amplo para a noção de acolhida, que além de dizer respeito à abertura dos serviços públicos para a demanda de novos e velhos pacientes ao atendimento, garantindo o acesso, deve prever, a capacidade de dar conta da variedade de necessidades trazidas pelos usuários.

As participantes especialistas justificaram que se trata de uma competência geral porque:

*(...) é atribuição de todos os servidores, principalmente os da saúde acolher, escutar as demandas e buscar uma orientação e/ou solução à demanda recebida do usuário ou trabalhador (...)*”(EC4).

Para Franco (1999), a enfermeira, além de acolher, garante a retaguarda do atendimento realizado pelas auxiliares de enfermagem, através de orientação sobre as condutas, e na utilização de protocolos que indicam os procedimentos a serem adotados diante das queixas mais comuns feitas à equipe de Acolhimento. As participantes deste estudo têm uma visão mais abrangente desse processo e vêm toda a equipe envolvida.



---

*“(...) coordenar a equipe de acolhimento, atuar diretamente nela sempre que possível e capacitar pessoal dando retaguarda e fazendo o elo com a equipe médica na resolução dos problemas e tomada de decisão, quanto à prioridade e forma de atendimento (...)” (EC22).*

No caso da enfermeira, a definição das condutas a serem adotadas no acolhimento é feita de acordo com a legislação própria, que regulamenta seu exercício profissional. O respaldo legal para o exercício das atividades da enfermeira encontra-se na Lei do Exercício Profissional de enfermagem, em vários artigos, sendo que cabe privativamente à enfermeira realizar a prescrição da assistência de enfermagem, bem como os cuidados de maior complexidade técnica e, como integrante da equipe de saúde, prescrever medicamentos estabelecidos em programas de saúde pública e em rotina aprovada pela instituição de saúde (BRASIL, 1987).

Acolher também foi considerada pelas especialistas uma competência necessária para o processo de trabalho na atenção básica, devido à sua característica de porta de entrada do sistema de saúde:

*“(...) fundamental para a afirmação da atenção básica como porta de entrada no sistema de saúde (...)” (IEO2);*

*“(...) onde acontece o primeiro contato com o usuário e possibilita o estabelecimento do vínculo necessário para a realização das atividades em saúde coletiva (...)” (EC15).*

Segundo Franco (1999), na unidade, como porta de entrada do sistema de saúde, o acolhimento modifica radicalmente o processo de trabalho. O impacto da reorganização do trabalho ocorre principalmente sobre os profissionais não médicos, que fazem a assistência e

---

passam a usar todo seu arsenal tecnológico, o conhecimento para a assistência, na escuta e solução de problemas de saúde, trazidos pela população usuária.

O acolhimento propõe inverter a lógica de organização e funcionamento do serviço de saúde, atendendo a todas as pessoas que o procuram, reorganizando o processo de trabalho, de forma que este desloque seu eixo central do médico para uma equipe multiprofissional – equipe de acolhimento -, que se encarrega da escuta do usuário, comprometendo-se a resolver seu problema de saúde e qualificando a relação trabalhador-usuário, que deve acontecer segundo parâmetros humanitários, de solidariedade e cidadania.

Ainda na área de domínio da atenção integral a saúde, **‘realiza a consulta de enfermagem’** obteve consenso nos dois grupos como competência específica. A consulta de enfermagem, que é uma atribuição da Enfermeira no PSF (BRASIL, 1999), não é citada na literatura internacional como uma competência. Nesse âmbito, encontramos competências com descrições do processo de atenção ao indivíduo, que podem ser comparadas à consulta de enfermagem (CNA, 2004).

No Brasil, houve uma discussão polêmica na década de 1980 a respeito da consulta de enfermagem. Questionava-se se a reivindicação das enfermeiras de obterem espaço nos serviços para a realização dessa atividade teria a finalidade de buscar o mesmo status atribuído ao médico ou se seria para aliviar a demanda médica.

Além disso, como atividade dirigida ao indivíduo, existe uma controvérsia internacional a respeito da sua inclusão nas atividades de saúde pública. O estudo Delphi, conduzido em 1997 com 145 experts em saúde pública de 67 países, não obteve consenso acerca da inclusão da atenção individual de pacientes, embora tenha se considerado que as funções de saúde pública usualmente descritas como sendo dirigidas a toda a população, em certas situações podem ser dirigidas a populações específicas, como migrantes e pobres (BETTCHER; SAPIRIE; GOON, 1998).

Nos Estados Unidos, a investigação conduzida por Gebbie e Hwang (2000), para identificar as habilidades e conhecimentos mais necessários para a enfermeira de saúde pública, não relacionou os necessários para a clínica dirigida ao indivíduo. Porém, a primeira iniciativa para relacionar a enfermagem às Funções Essenciais de Saúde Pública, desenvolvida pela Associação de Diretoras Estaduais e Territoriais de Enfermagem (ASTDN, 2000), inclui nos níveis fundamentais de serviços atividades dirigidas ao indivíduo (CONLEY; DAHL, 1993).

A consulta de enfermagem, conforme a Lei do Exercício Profissional, é uma atividade privativa da enfermeira (BRASIL, 2001). Da mesma forma que as enfermeiras, as especialistas consideram a consulta de enfermagem uma competência específica da enfermeira na atenção básica, relacionando os procedimentos para sua realização às fases do processo de enfermagem:

*“(...) Consulta de enfermagem é uma competência específica do enfermeiro na atenção básica de saúde, pois é indelegável. Na consulta se identifica o usuário, sua história, seus problemas, se intervém e se dá os devidos encaminhamentos (diagnóstico se possível, prescrição de enfermagem) e retornos (...)” (TE133);*

*“(...) É uma das competências específicas importantes para a enfermagem, onde será possível realizar diagnóstico, orientações de enfermagem (...)” (IEG1);*

*“(...) É a estratégia metodológica para o exercício das competências acima citadas (...)” (IEQ1);*

*“(...) A consulta de enfermagem é de competência da enfermeira e nela dever ser feito: histórico, diagnóstico, educação em saúde e tratamento, podendo este último ter o uso de medicamentos e/ou exames necessários e padronizados pelo protocolo de medicação e*

*solicitação de exames para as enfermeiras protocolado pelo Ministério da Saúde, Estado, Município e/ou instituição na qual a mesma trabalhe (...)* (EC12);

*“(...) É onde a relação paciente e profissional de saúde se estabelece de forma mais concreta facilitando a adesão ao tratamento (...)* (TE62);

*“(...) Porque quando realiza uma consulta de enfermagem, pode-se identificar os problemas de saúde, interferir nestes problemas para solucioná-los da melhor maneira possível, através de condutas pela Enfermeira (...)* (TE122).

Retomando a representação do encaixe de bonecas russas, conforme Perrenoud (1999), a promoção da saúde, embora tenha sido relacionada como uma competência específica da enfermeira na atenção básica, também foi considerada um recurso para a consulta de enfermagem, ao mesmo tempo em que encontra nesta, um espaço para a sua realização.

*“(...) Porque é um dos alicerces da promoção da saúde, permitindo ao enfermeiro fazer diagnóstico, orientar, educar, planejar cuidados e avaliar o impacto de suas ações no indivíduo, na família e na comunidade de forma crítica, responsável e autônoma, baseado na ética, no conhecimento e na ciência (...)* (TE115);

*“(...) Como promoção da saúde, em seu âmbito de prevenção, ensino, tratamento (...)* (TE83);

*“(...) Na atuação diária observo que a burocracia toma a maioria do tempo do enfermeiro. A consulta de enfermagem somada à promoção de saúde é importante (...)* (IEB3).

A competência da promoção da saúde, na literatura internacional, envolve a visão do indivíduo, família e comunidade de uma perspectiva holística, que leva em consideração os múltiplos determinantes da saúde (CIE, 2003). Com esse entendimento, a enfermeira deve

envolver o cliente em uma abordagem colaborativa ao conduzir uma avaliação holística de suas capacidades e necessidades (CNA, 2004). A necessidade de uma visão holística do indivíduo, que envolve a compreensão do contexto social na consulta de enfermagem, foi apresentada pelas enfermeiras:

*“(...) A consulta de enfermagem é abrangente, visualizando não só o aspecto da doença, como também o social (...)” (TE102);*

*“(...) Pela percepção holística do ser humano e riqueza quanto às possibilidades de intervenção, a consulta de Enfermagem é básica em saúde coletiva. No meu trabalho, é uma ação muito procurada e valorizada pela comunidade (...)” (TE70).*

A consulta de enfermagem, como ação de assistência direta à clientela, revela-se também sob a forma de ação educativa, neste estudo, com o significado de prevenção, conforme observado por Vaz (1989) na mesma realidade, em momento anterior, quando as enfermeiras viam nas ações educativas, a possibilidade de sua prática em saúde pública:

*“(...) Ministrando atenção e educação ao usuário na prevenção (...)” (TE120);*

*“(...) Promoção da saúde, orientação, vínculo, adesão (...)” (TE9);*

*“(...) Meio pelo qual você consegue ouvir e orientar os cuidados, de forma mais individualizada e incisiva (...)” (TE16).*

A consulta de enfermagem, como competência da enfermeira na atenção básica, envolve a identificação e o atendimento de indivíduos em situação de vulnerabilidade e risco. Essa avaliação é responsável pelo ordenamento da sua oferta, seja no atendimento aos indivíduos em fases do ciclo vital, como também nos casos de doenças crônicas:

*“(...) Para promover qualidade de vida, planejamento familiar, prevenção de doenças e orientação física e alimentar para crianças, hipertensos, diabéticos, gestantes e mulheres em geral (...)” (TE56).*

A consulta de enfermagem, no entanto, como trabalho em ato, mobiliza saberes que não se encontram prescritos nos protocolos, nem são fruto de metodologias específicas, e tampouco estão previstos no processo de enfermagem:

*“(...) É o trabalho em ato do saber/fazer da profissão, responde às diversas dimensões do cuidar/ cuidado no processo saúde/doença (...)” (IEN2);*

*“(...) Se a enfermeira possui conhecimento e constante atualização, torna-se apta e sente-se segura para realizar sua maior competência específica, atendendo todos os usuários da rede (...)” (EC6);*

*“(...) Além das competências gerais é fundamental que o enfermeiro faça a sua clínica na unidade (...)” (EC5).*

Campos (1997) refere-se à clínica como práticas não somente médicas, mas as de todas as profissões que lidam no dia-a-dia com diagnóstico, tratamento, reabilitação e prevenção secundária. Para Campos, reconhecer o poder que os médicos detêm nas organizações de saúde acaba por reforçar o patrimônio exclusivo deles sobre a clínica, sustentando a degradação das práticas clínicas sob a forma de procedimentos médicos. Existe um enfoque desequilibrado para o lado biológico, esquecendo-se das dimensões subjetiva e social das pessoas. Aborda-se mais a doença do que o indivíduo, ficando em segundo plano as possibilidades de promoção da saúde, ou de prevenção e, até mesmo aquelas, de reabilitação.

As possibilidades vislumbradas pelas especialistas no desempenho da consulta de enfermagem incluem a promoção, proteção e restabelecimento da saúde, a educação em saúde, o autocuidado e a melhoria da qualidade de vida:

*“(...) Porque é uma atividade que diferencia o trabalho da enfermeira, principalmente, quando visa ações de promoção da saúde (...)” (EC15);*

*“(...) É uma função da enfermagem que visa contribuir na avaliação de saúde da população e contribuir no processo de educação em saúde, promoção do autocuidado e conseqüentemente melhoria na qualidade de vida (...)” (IED4);*

*“(...) Conhecimento da clientela, acolhimento e vínculo (...)” (IEB4).*

*“(...) Atividade-fim para promoção, proteção e restabelecimento da saúde (...)” (IEQ3).*

A consulta de enfermagem como competência específica da enfermeira na atenção básica, foi justificada também pelas especialistas, como espaço de assistência de enfermagem ao indivíduo:

*“(...) A consulta de enfermagem é o procedimento que melhor representa a assistência de enfermagem individualizada (...)” (IEO1);*

*“(...) Para prestar assistência de enfermagem dirigida a um indivíduo (...)” (EC7);*

*“(...) É porque na atenção individual se fortalece o vínculo e a pessoa revela suas forças e suas fragilidades, desvelando assim o espaço para a intervenção em saúde (...)” (IEQ5);*

*“(...) O enfermeiro deve ter condições em atendimento individualizado nos programas e serviços de realizar diagnóstico de enfermagem e propor em conjunto com o paciente, ações que visem a promoção, proteção e recuperação da saúde (...)” (IED1).*

Em outros contextos, avaliar o estado de saúde e a habilidade funcional do cliente no contexto do seu ambiente e os apoios sociais disponíveis, desenvolver um plano com prioridades de cuidado, estabelecer uma relação terapêutica e integrar considerações culturais no plano de cuidados, implementar uma série de intervenções para manter, restaurar e/ou melhorar a saúde, incluindo a promoção da saúde, a prevenção da doença e estratégias clínicas diretas, facilitar a capacidade do cliente para o autocuidado e mobilizar a comunidade por recursos para o cliente são competências da enfermeira da saúde comunitária no Canadá (CNA, 2004). Nos Estados Unidos, a enfermeira provê serviços de enfermagem baseados em padrões da prática de enfermagem para indivíduos no ciclo vital (CONLEY; DAHL, 1993).

**‘Presta cuidado domiciliar de enfermagem’** também obteve consenso como uma competência específica da enfermeira, pelas especialistas. O cuidado domiciliar, como competência da enfermeira na atenção básica, compreende uma série de procedimentos que, ao mesmo tempo em que são desempenhados, possibilitam a compreensão do contexto de vida dos usuários dos serviços de saúde:

*“(...) A enfermeira, ao meu ver, precisa aproximar-se do contexto domiciliar/familiar e ser capaz de articular a atenção à saúde como os aspectos sociais, culturais, econômicos do indivíduo/família (...)” (IEO2);*

*“(...) Descentralização da assistência, facilitar acesso aos serviços para pessoas impossibilitadas de se locomover, promoção da saúde, assistência curativa e reabilitação (...)” (IED4);*

*“(...) Os procedimentos de maior complexidade de enfermagem para diminuir a necessidade de internação, visando a autonomização do cidadão (...)” (EC7);*



---

*“(...) É necessário dominar a técnica de visita domiciliar, fazê-la sempre que o caso requerer a presença do enfermeiro e capacitar a equipe de enfermagem na técnica (...)”* (EC22).

Como instrumento de trabalho da enfermeira na atenção básica, o cuidado domiciliar possibilita articular a atenção à saúde a essas condições e facilita o acesso aos serviços de saúde. Constitui-se em um espaço para a promoção da saúde e, no atendimento da necessidade de realização de procedimentos, interfere no tempo de internação hospitalar. É uma ação que deve ser desempenhada pela enfermeira no Programa de Saúde da Família e no Programa de Agentes Comunitários de Saúde, no acompanhamento dos agentes (BRASIL, 1999).

No contexto internacional, o cuidado domiciliar (“home care”) é exercido por enfermeiras, assim como outros profissionais de saúde e da área social, porém, sua prática não é articulada àquelas das enfermeiras de saúde pública/comunitária<sup>6</sup>.

No Canadá, no contexto da saúde comunitária, a visita domiciliar é considerada uma estratégia que a enfermeira usa para assegurar acesso a serviços de apoio para populações vulneráveis (pessoas que estão doentes, idosos, jovens, pobres, imigrantes, isolados ou com barreiras de comunicação) (CNA, 2004).

## 2.9. Competências na área de domínio educacional

A área de domínio educacional prevê que a força de trabalho em saúde pública esteja preparada para compartilhar, com seus pares e outros profissionais de saúde, o conhecimento

---

<sup>6</sup> Doran D. O Impacto da Competição Gerenciada na Qualidade dos Serviços de Enfermagem Domiciliar. Palestra proferida durante o Mini-Simpósio: Reestruturação do Cuidado à Saúde: Impacto nos profissionais de Cuidado Domiciliar e nos clientes, organizado pela Universidade de McMaster em Hamilton, Canadá e realizado no dia 19 de maio de 2004.

e a experiência que possuem, no intento de contribuir para a satisfação das sempre presentes necessidades de aprendizagem. Ao mesmo tempo, deve aumentar sua capacidade para aprender por si mesma e transmitir à instituição a disposição de estar aberta à aprendizagem em forma permanente (RUIZ, 2001).

Nessa área de domínio, obteve consenso como competência geral - **‘se reconhece em contínua formação’**, no grupo de especialistas, e como competências específicas - **‘promove educação continuada em enfermagem’**, no grupo das enfermeiras, e - **‘promove educação permanente’**, no grupo das especialistas.

Compreendemos que a competência - **‘se reconhece em continua formação’** - tenha obtido consenso no grupo de especialistas, devido à familiaridade deste grupo com os processos educativos, considerados essenciais para a atualização dos profissionais de saúde:

*“(...) É a maneira de estar sempre atualizada das questões de saúde vigente e poder desenvolver ou melhor repassar para o restante da equipe (...)”* (IEG1);

*“(...) Pela necessidade de atualizar-se visando o desenvolvimento da área da saúde (...)”* (IEB7).

A OPAS ainda considera que, idealmente, as capacidades institucionais e profissionais deveriam acompanhar as necessidades ou demandas da sociedade em cada circunstância, o que é difícil de satisfazer, sobretudo em realidades sujeitas a mudanças rápidas e profundas (RUIZ, 2001). Tal conjuntura, conforme o grupo, impõe a necessidade de buscar atualização constantemente:

*“(...) Condição para poder acompanhar um mundo de mudanças constantes (...)”* (IEC3).

Reconhecer-se em contínua formação significa também a possibilidade de incluir, no cardápio de opções terapêuticas, outras práticas, que não aquelas reconhecidas como da prática clínica dos profissionais de saúde:

*“(...) Buscar permanentemente o conhecimento, utilizando formas alternativas de atendimento, às quais complementam o modelo biomédico (...)” (IEC4).*

Nesse sentido, respeitar as escolhas dos indivíduos/comunidades e assistir o cliente a obter informação necessária para tomar decisões informadas relacionadas a opções de cuidado à saúde, alternativo, são competências da enfermeira de saúde comunitária no Canadá, que visam atender o padrão de facilitar o acesso e a equidade (CNA, 2004).

No grupo de especialistas, obtiveram consenso - **‘se reconhece em contínua formação’**, como competência geral, ao mesmo tempo que - **‘promove a educação permanente’** como específica, sugerindo uma visão dicotômica do processo ensino-aprendizagem em que, na primeira, a enfermeira vê-se como sujeito dos processos formativos e, na segunda, na posição de formadora. Nesta posição a educação permanente, parece estar relacionada à responsabilidade assumida tradicionalmente pela enfermeira pelo preparo da equipe de enfermagem, e, por isso, a enfermeira tem muito presente a educação permanente.

Porém, da forma como é apresentada, ela ainda apresenta-se limitada como possibilidade de construir estratégias que fortaleçam a atenção integral em saúde. A educação permanente pressupõe que os profissionais devam ser capazes de aprender continuamente, tanto na sua formação quanto na sua prática. Dessa forma, os profissionais de saúde devem aprender a aprender e ter responsabilidade e compromisso com a sua educação e o treinamento/estágios dos futuros profissionais e os profissionais dos serviços, inclusive

---

estimulando e desenvolvendo a mobilidade acadêmico/profissional, a formação e a cooperação por meio de redes nacionais e internacionais (ALMEIDA, 2003).

O pressuposto pedagógico na educação permanente é de que as práticas são definidas por múltiplos fatores (conhecimento, valores, relações de poder, organização do trabalho, etc), sendo o seu objetivo principal a transformação das práticas. As atividades educativas são construídas de maneira ascendente, levando em conta as necessidades específicas de profissionais e equipes, procurando inserir os estudantes no mundo do trabalho (BRASIL, 2004).

Segundo a OPAS, a aprendizagem compartilhada e a educação permanente dos trabalhadores da academia e dos serviços têm como componentes críticos, entre outros, a definição mais precisa dos elementos essenciais da profissão de saúde pública e a exploração da disposição e habilidades que os profissionais de saúde deveriam possuir para responder melhor às necessidades do público (RUIZ, 2001). Esses componentes foram identificados pelas especialistas no reconhecimento do profissional e na melhoria da qualidade da atenção à saúde:

*“(...) Porque um profissional atualizado tem reconhecimento junto ao cliente e a equipe de trabalho e, conseqüentemente há melhora da qualidade do trabalho (...)” (IEC1);*

*“(...) A enfermeira deve estar em constante capacitação e aperfeiçoamento de suas atividades (...)” (EC6).*

A atuação da enfermeira como sujeito, no processo de formação de recursos humanos no Brasil, é reconhecida como uma competência específica na sua formação profissional (BRASIL, 2003a). A participação da enfermeira nos processos formativos em saúde tem sido

relacionada, de forma especial, à sua posição na equipe de enfermagem, como forma de garantir a qualidade da atenção prestada:

*“(...) A enfermeira não pode deixar de lado a equipe de enfermagem que é sua responsabilidade. Prever educação continuada com esta equipe é uma forma de qualificar a assistência (...)” (IEF4);*

*“(...) Propor atualização aos funcionários e realizá-los na própria unidade em forma de oficinas, palestras, encontros mensais...(...)” (IEL9).*

Na atenção básica, coordenar ações para capacitação dos agentes comunitários de saúde e de auxiliares de enfermagem, com vistas ao desempenho de suas funções, é uma atribuição da enfermeira no Programa de Saúde da Família (BRASIL, 1999).

Nesse contexto, as enfermeiras relacionaram - **‘promove a educação continuada em enfermagem’** - como uma competência específica da enfermeira para o trabalho na atenção básica. A Lei do Exercício Profissional de enfermagem prevê que, como integrante da equipe de saúde, a enfermeira deve participar dos programas de treinamento e aprimoramento de pessoal de saúde, particularmente dos programas de educação continuada (BRASIL, 1987). Neste estudo, a educação continuada foi indicada como competência para o atendimento da necessidade de atualização dos profissionais e para a qualificação da atenção a saúde:

*“(...) Para que a enfermagem se sinta segura e continue atualizada com o objetivo de ampliar o “logus” de atuação na prevenção e cuidados em ex: escolas, creches, associações, grupos, etc... (...)”(TE16);*

*“(...) Porque todos os técnicos e principalmente o enfermeiro precisam se envolver nesta ação para dar continuidade de uma assistência quantitativa e qualitativa esperada (...)” (TE25);*

---

*“(...) Porque a enfermeira é uma educadora e prima pela qualidade no atendimento à atenção básica de saúde (...)” (TE38).*

Segundo a OPAS, a gestão de recursos humanos é uma competência específica dos profissionais de saúde pública e compreende, entre outras, o diagnóstico das necessidades de aprendizagem, a participação ativa na aplicação de programas para a capacitação e o desenvolvimento profissional e pessoal para o trabalho interdisciplinar e interprofissional (RUIZ, 2001).

A educação continuada, como estratégia de atualização da força de trabalho, adota como pressuposto pedagógico o fato de que o conhecimento preside e define as práticas e, por isto, deve atender ao seu objetivo principal, de atualização de conhecimentos específicos (BRASIL, 2004).

No entanto, é necessária uma maior familiaridade com a atual mudança do paradigma educativo, com metodologias mais participativas e interativas (RUIZ, 2001). Nesse processo, as enfermeiras reconhecem que a competência da educação continuada envolve o reconhecimento das complexidades do ensino para a mudança pessoal e social.

*“(...) Desenvolver um ensino para a formação de pessoas que atuem na transformação da sociedade (...)” (TE131).*

Além disso, propõe-se que os processos de capacitação dos trabalhadores da saúde tomem como referência as necessidades de saúde das pessoas e das populações, tenham como objetivos a transformação das práticas profissionais e da própria organização do trabalho e sejam estruturados a partir da problematização dos processos de trabalho (BRASIL, 2004).

## 2.10. Competências na área de domínio em ciências da saúde pública

A área de domínio que corresponde às ciências básicas da saúde pública é a que possibilita uma compreensão geral da definição e avaliação do estado de saúde das populações, os determinantes da saúde e os fatores que contribuem para a prevenção da enfermidade e para a promoção da saúde, ou que influenciam a utilização dos serviços de saúde (OPAS, 2001).

Nessa área de domínio, obtiveram consenso como competências gerais - **‘trabalha com a rede de serviços de saúde’** e **‘demonstra capacidade técnica’**, no grupo das enfermeiras, e **‘conhece o Sistema Nacional de Saúde e as políticas de saúde’**, **‘demonstra conhecimento dos problemas e necessidades de saúde da população, bem como dos determinantes sociais’** e **‘sabe coletivizar os seus conhecimentos’**, no grupo de especialistas.

**‘Usa o pensamento ‘crítico-reflexivo’ e ‘desenvolve, participa e aplica pesquisa’** foram duas competências específicas que obtiveram consenso no grupo de especialistas. A sua valorização no âmbito desse grupo relaciona-se, principalmente, à especificidade do trabalho docente, que envolve atividades de pesquisa e, também, o pensamento crítico-reflexivo devido à sua discussão na área da educação.

**‘Demonstra conhecimento dos problemas e necessidades de saúde da população, bem como dos determinantes sociais’** e **‘conhece a comunidade, com ela estabelece e mantém vínculos’** são duas competências que se aproximam, conforme a concepção das enfermeiras participantes deste estudo. No entanto, são classificadas na literatura em áreas de domínio diferentes, ou seja, a primeira, relacionada às ciências básicas em saúde pública e a segunda, relacionada ao diagnóstico de saúde e orientada à comunidade e, por isto, foram classificadas dessa forma. A distinção indicada pela literatura parece colocar essas competências em âmbitos distintos, ou seja, conhecer a comunidade tem um sentido mais

local, relacionado às possibilidades de criação de vínculo, sendo colocada no trabalho na atenção básica, e o conhecimento do contexto, um sentido mais amplo, na medida em que envolve aspectos mais gerais dos determinantes do processo saúde-doença, cujo conhecimento é necessário para a elaboração de políticas de saúde.

Segundo o Conselho Internacional de Enfermeiras, demonstrar compreensão da política nacional, social e de saúde é uma competência, de promoção da saúde, da enfermeira generalista (CIE, 2003). Com este sentido, conhecer o sistema nacional de saúde e as políticas de saúde foi indicada com uma competência para o processo de trabalho da enfermeira na atenção básica, nas instâncias de gestão do SUS e para a compreensão da organização dos serviços e das atividades.

As competências - **‘conhece o sistema nacional de saúde e as políticas de saúde’**, e **‘trabalha com rede de serviços de saúde’** - são necessárias para o trabalho da equipe de saúde na atenção básica, como coordenadora da rede de serviços de saúde e para a elaboração e desenvolvimento de políticas e regulamentações (OPAS, 2001):

*“(...) Este conhecimento é essencial para a construção do processo de trabalho nas equipes e para a intervenção resolutiva (...)” (EC26);*

*“(...) Para que a enfermeira tenha papel atuante nas instâncias de gestão do SUS, ela necessita saber e repassar informações sobre o sistema de saúde (...)” (EC1);*

*“(...) Deverá conhecer e analisar as políticas sociais e de saúde, relacionando sua influência na organização do serviço e das atividades (...)” (IEL5);*

*“(...) Não basta dar atenção e fazer uma boa anamnese e levantamento de problemas. É necessário encaminhar a cliente para atendimento nas áreas afins, de acordo com suas necessidades (...)” (IEH4);*

*“(...) Para orientar os usuários corretamente e encaminhá-los aos mesmos (...)” (IEH5);*



---

*“(...) O enfermeiro deve ser capaz de trabalhar em equipe, ter conhecimento de outros serviços para poder referenciar (...)” (TE109).*

Nos Estados Unidos, o conhecimento da rede de serviços está inscrito nas dimensões comunitárias das habilidades práticas, cuja competência prevê que o profissional de saúde pública descreva o papel do governo na prestação de serviços de saúde comunitária (COUNCIL, 2001).

Para as especialistas, **‘conhece os problemas e necessidades de saúde da população, bem como os determinantes sociais’** é uma competência da enfermeira na atenção básica:

*“(...) O conhecimento do contexto histórico, social, econômico, político e sócio-cultural da população é básico na identificação dos problemas, necessidades para a determinação das prioridades e tomada de decisão sobre o que, como, quando, onde e porque (...)” (IEH3).*

Esse conhecimento é necessário para que a enfermeira estabeleça novas relações com o contexto social, reconhecendo a estrutura e as formas de organização social, suas transformações e expressões (BRASIL, 2003a).

Como competência analítica dos profissionais de saúde pública, o conhecimento do contexto significa reconhecer como os dados iluminam questões éticas, políticas, científicas, econômicas e, sobretudo, de saúde pública. Para isso, é necessário que definam, avaliem e interpretem as condições de saúde da população, determinantes da saúde e doença, fatores que contribuem para a promoção da saúde e prevenção da doença e fatores que influenciam o uso dos serviços de saúde (COUNCIL, 2001).

Um dos instrumentos que devem ser utilizados pela enfermeira na atenção básica, para o conhecimento dos problemas e necessidades de saúde da população, segundo as especialistas, é o manejo de indicadores de saúde:

*“(...) A enfermeira precisa conhecer sua comunidade, seus indicadores de saúde para poder planejar ações de enfermagem para a promoção de saúde de sua região (...)”*(EC12);

*“(...) Para planejar intervenções nos indicadores com desempenho desfavorável (...)”* (IEH5).

Segundo Drummond Júnior (2001), o uso epidemiológico dos indicadores de saúde e qualidade de vida é recomendado, seja no Plano Municipal de Saúde, seja nos indicadores do Programa de Atenção Básica, não apenas como um instrumento formal, mas como uma exigência de protocolos de repasse de verbas e projetos de financiamentos diversos.

As enfermeiras, nessa situação, avaliam dados demográficos, epidemiológicos e bioestatísticos para antecipar e identificar riscos e padrões de morbidade e mortalidade, avaliam comportamentos de saúde e padrões que têm o potencial de colocar as pessoas em risco e determinam outros indicadores para monitorar as dimensões do estado de saúde, valorizadas pela comunidade. (THE QUAD COUNCIL, 1993):

*“(...) Para conhecer o espaço geográfico, as áreas de risco à saúde, condições de moradia/saneamento, hábitos culturais, nível sócio-econômico para planejar as atividades de promoção da saúde (...)”* (EC15);

*“(...) Os aspectos relativos ao estudo de populações são essenciais para o reconhecimento de necessidades em saúde e para a priorização nas intervenções (...)”* (EC26);

*“(...) Através do conhecimento do território poder planejar e avaliar as ações executadas são competências necessárias sim para a enfermeira (...)”* (EC5);

*“(...) Fundamental ao conhecimento da realidade de atuação (...)”* (IEQ1).

**‘Sabe coletivizar os seus conhecimentos’**, indicada pelas especialistas foi relacionada à **‘demonstra capacidade técnica’**, que obteve consenso no grupo de enfermeiras, devido à aproximação nas justificativas apresentadas por ambos os grupos. Além disso, entendemos

que os conhecimentos necessários ao trabalho na atenção básica não podem se restringir à área biomédica, como expressão de sua complexidade, nem àqueles necessários à realização de procedimentos.

Nesse sentido, Schraiber e Nemes (1996) advertem que as concepções de serviços devem evitar a redução de necessidades de saúde a processos fisiopatológicos, que mascaram a diferença existente entre complexidade científica das patologias e complexidade tecnológica do trabalho em saúde. Para elas, isso significa “valorizar positivamente a atenção primária como uma forma específica de organizar a prática e como tal, dotada de particular complexidade” (SCHRAIBER; NEMES, 1996, p.34).

As especialistas que participaram deste estudo, da mesma forma que as enfermeiras, identificaram que a capacidade técnica e os conhecimentos são necessários para delimitar o seu padrão de responsabilização, para a orientação do pessoal de enfermagem e, além disso, para a orientação da população e promoção da saúde e prevenção de doenças:

*“(...) Para que se exerça uma função ou técnica é preciso ter conhecimento. Para orientar os auxiliares de enfermagem também. Ex: consulta de Enfermagem deve ser bem realizada para determinar o que poderá ser feito pela Enfermeira e o que deverá ser feito por outro profissional (...)” (TE91);*

*“(...) Executa as ações específicas do Enfermeiro (...)” (TE14);*

*“(...) Muitas vezes a enfermeira por déficit de conhecimento transfere sua competência a outro profissional não capacitado (...)” (EC6);*

*“(...) Para orientação correta a população, promover a saúde; orientar a equipe de saúde, exercer a função da enfermeira de orientadora e promotora da saúde (...)” (IEF12);*

*“(...) Para se prestar uma boa assistência é preciso estar atualizado, capacitado (...)” (TE94);*

*“(...) O enfermeiro necessita estar capacitado para executar o seu trabalho, ter conhecimentos técnicos atualizados (...)” (TE109).*

Nos estudos analisados, há uma preocupação em definir as habilidades e os conhecimentos que deverão ser disponibilizados ao profissional de saúde pública. Almeida Filho (1997) afirma que o campo da Saúde Coletiva é reconhecidamente transdisciplinar cuja abordagem de seu objeto complexo (saúde-doença-cuidado) requer a atuação de quatro campos, a saber: a Epidemiologia, a Clínica, a Biologia e as Ciências Sociais em Saúde. Cada um desses campos dispõe de um ponto de observação em relação ao objeto complexo, mas nenhum deles é capaz de apreender todos os ângulos do mesmo. Gomes e Deslandes (1994, p. 108) definem Saúde Pública como a “ampliação das ciências biológicas, sociais e da conduta ao estudo do fenômeno saúde em populações humanas”.

No referencial da OPAS, o domínio das ciências da saúde pública inclui as ciências sociais e do comportamento, a bioestatística e a epidemiologia, a saúde pública ambiental e a prevenção de enfermidades e danos crônicos e agudos, bem como a compreensão do desenvolvimento histórico e da estrutura do sistema de saúde (RUIZ, 2001).

A importância dos conhecimentos pode ser abstraída dos padrões de prática de enfermagem em saúde comunitária no Canadá, que têm como princípio, a integração de múltiplas formas de conhecimento da enfermeira de saúde comunitária, baseado no pressuposto de que essa integração, na prática, faz com que a enfermeira torne-se co-criadora do conhecimento de enfermagem. O conhecimento, nesse documento, também está relacionado aos princípios dos cuidados primários à saúde adotados, que incluem, entre outros, o uso apropriado de conhecimentos, habilidades, estratégias, tecnologia e recursos (CHNAC, 2003).

No âmbito da enfermagem, Gebbie e Hwang (2000) procuraram identificar as habilidades e os conhecimentos mais necessários para enfermeiras de saúde pública, quais sejam: análise de dados/estatística; epidemiologia; avaliação do estado de saúde e da mudança organizacional; relação da população com as organizações; capacidade de promover

mudanças nas organizações; construção de forças nas diferenças/diversidade; condução de intervenções baseadas em populações; construção de coalisões; saúde ambiental; equipe interdisciplinar; desenvolvimento de políticas e advocacia; avaliação de programas; melhoria da qualidade.

Como competência, segundo o Conselho Internacional de Enfermeiras, na provisão e gerenciamento do cuidado, a enfermeira generalista deve aplicar conhecimentos e habilidades relevantes à prática de enfermagem (CIE, 2003).

Segundo Perrenoud (1999) é na possibilidade de relacionar, pertinentemente, os conhecimentos prévios e os problemas que se reconhece uma competência, pois na vida não se é confrontado com um enunciado, mas sim com uma situação que deve, primeiro, ser transformada em problema. A identificação, transferência e mobilização de conhecimentos são necessárias para construir-se uma competência, o que ocorre no enfrentamento cotidiano de problemas ou situações na atenção básica, conforme as especialistas:

*“(...) Por ser a base para resolução das situações cotidianas (...)” (EC6).*

O conhecimento, conforme o autor antes citado, está presente em quase a totalidade das ações humanas, às vezes superficial, outras vezes aprofundado, sendo que quanto mais complexas forem consideradas as ações, mais conhecimentos aprofundados, avançados, organizados e confiáveis elas exigem.

O conhecimento técnico-científico, para as especialistas, envolve conhecimentos de farmacologia e administração de medicamentos, de drogas ‘lícitas’ e ‘ilícitas’, sendo que o conhecimento das áreas biomédicas contribui para a discussão dos casos clínicos, para o monitoramento da saúde e o planejamento das ações:

“(...) Para realizar preparo e administração de medicamentos com segurança, com técnica correta; orientar corretamente o paciente; supervisionar e orientar a equipe de enfermagem (...)” (IEF12);

“(...) Geralmente as mulheres que procuram o atendimento na consulta de Enfermagem têm, na sua família, problemas relacionados ao uso de álcool e outras drogas. É fundamental saber encaminhá-las e orientá-las (...)” (IEH4);

“(...) Somente com o domínio do conhecimento das áreas biomédicas como por ex: anatomia, fisiologia, microbiologia e outros, poderá avaliar, propor e monitorar as condições de saúde de dado grupo social (...)” (IEA6);

“(...) Ter domínio sobre a área de atuação, conhecer para poder estabelecer com os demais profissionais as discussões de casos clínicos e o planejamento das ações. Através do conhecimento, poder legitimar o fazer do enfermeiro (...)” (IEF4).

**‘Sabe coletivizar os seus conhecimentos’** também foi indicada como uma competência importante para a enfermeira na atenção básica, na identificação de riscos:

“(...) A saúde coletiva exige que saibamos avaliar o risco por isso não podemos ficar só na promoção (...)” (IEI1).

A avaliação de risco, da mesma forma, não pode se restringir somente ao risco epidemiológico, mas exige conhecimentos ampliados e aprofundados para a abordagem dos riscos social e subjetivo, conforme Campos (2000), a fim de que a enfermeira responsabilize-se não apenas pelo que a epidemiologia tem definido como necessidades, mas também pelas demandas concretas dos usuários.

As competências - **‘utiliza o pensamento crítico-reflexivo’** e **‘desenvolve, participa e aplica pesquisa’** foram indicadas como específicas da enfermeira, provavelmente na intenção de salientar a importância do seu desenvolvimento na enfermagem.

O pensamento crítico-reflexivo pressupõe que o componente crítico deva orientar a reflexão, a fim de que o produto esteja orientado ao atendimento das necessidades de saúde:

*“(...) Essa competência gera atitude ativa e consciente dos profissionais no espaço de atuação. Possibilita, ainda, a reprodução e o incentivo deste comportamento junto aos usuários dos serviços na busca conjunta de uma melhor qualidade de vida (...)”* (IEL2).

No modelo de competências, o profissionalismo pressupõe admitir que o exercício da atividade profissional pode evoluir do restrito plano operatório – em que o valor está na execução correta e precisa das tarefas – para um plano também reflexivo, quando se tem de enfrentar a complexidade dos processos, compreendendo-os e dominando-os (RAMOS, 2001).

Nos referenciais analisados, o pensamento crítico está relacionado com a solução criativa de problemas (ASTDN, 2000; CIE, 2003), sendo que a prática reflexiva possibilita avaliar e buscar continuamente a melhoria da prática de enfermagem em saúde comunitária (CNA, 2004), e, para os profissionais de saúde pública, desenvolver um compromisso com o pensamento crítico rigoroso é uma habilidade básica em saúde pública (COUNCIL, 2001).

**‘Desenvolve, participa e aplica pesquisas’**, e/ou outras formas de produção de conhecimento que objetivem a qualificação da prática profissional, é uma competência específica que deve ser construída na formação da enfermeira (BRASIL, 2003a). A necessidade da pesquisa no trabalho da enfermeira na atenção básica foi relacionada, pelas especialistas, à atualização da sua prática:

---

*“(...) Torna o profissional atualizado nas atividades desenvolvidas. Ela deve estar presente durante toda a vida profissional do enfermeiro (...)” (IEH8).*

Os estudos a respeito do trabalho da enfermeira na atenção básica no Brasil, de uma forma geral, não fazem referência à pesquisa. No estudo conduzido por Magalhães (1991), as atividades de pesquisa foram referidas por apenas 4,2% das enfermeiras. As razões para essa atividade não ser considerada como prioritária nos postos de saúde residem no fato de que os mesmos têm, como principal função, a prestação de serviços.

Segundo Ceballos (2004), o saber-fazer da enfermeira nas práticas investigativas em saúde pública inclui os estudos epidemiológicos descritivos, os diagnósticos comunitários de pequenas populações e a interpretação de investigações qualitativas e quantitativas, baseando-se em competências cognitivas que incluem os métodos de investigação quantitativa e qualitativa e os estudos epidemiológicos descritivos.

O Conselho Internacional de Enfermeiras relaciona a pesquisa nas competências de qualificação e de gerenciamento do cuidado, a partir da sua valorização como meio de contribuir ao desenvolvimento em enfermagem, de melhorar os padrões de cuidado e de incorporar resultados de pesquisa válidos e relevantes, e outras evidências, na prática (CIE, 2003).

Para a OPAS, a investigação nos sistemas de saúde e saúde pública é uma competência de gerência dos profissionais de saúde pública (RUIZ, 2001). O Conselho de Integração entre a Academia e a Prática dos Estados Unidos considera a identificação e aplicação de métodos básicos de pesquisa em saúde pública como uma habilidade básica dos profissionais dessa área (COUNCIL, 2001).

A compreensão dos métodos de investigação em saúde e sua aplicabilidade na promoção de possíveis mudanças na prática da saúde pública fortalecem a disposição



---

favorável para o desenvolvimento, em todo sistema de saúde, da capacidade para investigar, assim como para a condução de estudos que apoiem o processo decisório na aliança com centros de investigação e instituições acadêmicas(OPAS, 2001).

### **3. A contribuição das competências da enfermeira na atenção básica para a constituição das Funções Essenciais de Saúde Pública**

A análise da contribuição das competências construídas pelas enfermeiras para a constituição das Funções Essenciais de Saúde Pública baseou-se na mais recente relação dessas funções (OPAS, 2000b), suas definições e as competências descritas por Ruiz (2001) para os profissionais de saúde pública, com o propósito de atender tais funções. Previamente a essa análise, uma comparação entre essas últimas competências e os enunciados das FESP fez-se necessária, a fim de que pudéssemos compreender em que medida as competências construídas pelo grupo de enfermeiras relacionam-se com as FESP.

Todas as competências construídas pelos dois grupos puderam ser relacionadas às Funções Essenciais de Saúde Pública, assim como essas competências contribuem para o desempenho de todas as FESP, o que corrobora o entendimento de que as enfermeiras possuem um papel fundamental no desempenho das Funções Essenciais de Saúde Pública.

As competências das enfermeiras contribuem mais especificamente para a FESP 7, de avaliação e promoção do acesso equitativo da população a serviços de saúde necessários, e para a FESP 9, de garantia e melhoria de qualidade dos serviços de saúde individuais e coletivos, funções essas relacionadas à provisão de serviços de saúde. A atenção básica em saúde no Brasil representa, nesse âmbito, uma importante estratégia e espaço em que se encontram inseridas as enfermeiras que participaram deste estudo, cujas competências para o trabalho foram objeto de investigação.

As funções para as quais as competências das enfermeiras contribuem de forma menos significativa são a FESP 6, de fortalecimento da capacidade institucional de regulação e fiscalização em saúde pública, e a FESP 11, de redução do impacto de emergências e desastres em saúde, funções essas desempenhadas mais especificamente em outras instâncias do sistema de saúde, tendo a atenção básica um papel secundário no seu desempenho.

O relacionamento de todas as competências com cada FESP é apresentada no quadro a seguir e discutida adiante.

Funções Essenciais de Saúde Pública (OPS/OMS, 2000)	Competências da enfermeira na atenção básica em saúde
<b>1. Monitoramento, avaliação e análise da situação de saúde da população</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ identifica os problemas de saúde;</li> <li>➤ demonstra conhecimento dos problemas e necessidades de saúde da população, bem como dos determinantes sociais;</li> <li>➤ utiliza instrumentos de comunicação e estabelece relacionamentos;</li> <li>➤ respeita e interage com diferentes culturas;</li> <li>➤ busca na Ética os valores e princípios para sua atuação.</li> </ul>
<b>2. Vigilância da saúde pública, investigação e controle de riscos e danos em saúde pública</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ trabalha com perspectiva de vigilância epidemiologia;</li> <li>➤ trabalha com perspectiva de vigilância da saúde;</li> <li>➤ identifica os problemas de saúde;</li> <li>➤ desenvolve, participa e aplica pesquisa;</li> <li>➤ desenvolve ações de prevenção e proteção da saúde.</li> </ul>
<b>3. Promoção da saúde</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ promove a saúde de indivíduos, família e comunidade;</li> <li>➤ articula a educação em saúde a sua prática cotidiana;</li> <li>➤ coordena as ações educativas na unidade sanitária e comunidade;</li> <li>➤ conhece a comunidade, com ela estabelece e mantém vínculos;</li> <li>➤ utiliza instrumentos de comunicação e estabelece relacionamentos;</li> <li>➤ respeita e interage com diferentes culturas;</li> <li>➤ é capaz de organizar-se e atuar coletivamente;</li> <li>➤ trabalha com grupos.</li> </ul>
<b>4. Participação dos cidadãos em saúde</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ conhece a comunidade, com ela estabelecer e manter vínculos</li> <li>➤ é capaz de organizar-se e atuar coletivamente</li> <li>➤ trabalha com grupos</li> <li>➤ respeita e interage com diferentes culturas</li> <li>➤ demonstra iniciativa</li> <li>➤ identifica os problemas de saúde</li> <li>➤ compreende a dimensão coletiva dos problemas de saúde</li> <li>➤ busca a resolubilidade.</li> </ul>
<b>5. Desenvolvimento de políticas e capacidade institucional de planejamento e gestão em saúde pública</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ conhece o Sistema Nacional de Saúde e as políticas de saúde;</li> <li>➤ é capaz de assumir gerência e gestão dos serviços de saúde;</li> <li>➤ integra a equipe na constituição do planejamento e avaliação das ações de saúde;</li> <li>➤ busca na Ética os valores e princípios para sua atuação;</li> <li>➤ promove comprometimento e compromisso com a saúde, como direito individual e coletivo;</li> <li>➤ planeja e sistematiza a assistência de enfermagem;</li> <li>➤ coordena a equipe de enfermagem.</li> </ul>
<b>6. Fortalecimento da capacidade institucional de regulação e fiscalização em saúde pública</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ conhece o Sistema Nacional de Saúde e das políticas de saúde;</li> <li>➤ utiliza instrumentos de comunicação e estabelece relacionamentos.</li> </ul>

**Quadro 19.** Relação entre Funções Essenciais de Saúde Pública e Competências da enfermeira na atenção básica, Rio Grande do Sul, 2004

Continua...

## Continuação

<b>7. Avaliação e promoção do acesso equitativo da população a serviços de saúde necessários</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ identifica os problemas de saúde;</li> <li>➤ compreende a dimensão coletiva dos problemas de saúde;</li> <li>➤ prioriza os casos urgentes;</li> <li>➤ busca a resolubilidade;</li> <li>➤ sabe ouvir o usuário;</li> <li>➤ demonstra capacidade de acolhimento e sensibilidade;</li> <li>➤ atua com autonomia;</li> <li>➤ respeita e interage com diferentes culturas;</li> <li>➤ organiza seu processo de trabalho de forma articulada com a equipe de saúde;</li> <li>➤ adota uma perspectiva interdisciplinar no trabalho;</li> <li>➤ utiliza instrumentos de comunicação e estabelece relacionamentos;</li> <li>➤ responsabiliza-se pela atenção à saúde e contribui para a sua organização;</li> <li>➤ promove o comprometimento e compromisso com a saúde, como direito individual e coletivo;</li> <li>➤ se reconhece em contínua formação.</li> </ul>
<b>8. Desenvolvimento de recursos humanos e capacitação em saúde pública</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ sabe coletivizar os seus conhecimentos;</li> <li>➤ promove a educação continuada;</li> <li>➤ promove a educação permanente;</li> <li>➤ busca na Ética os valores e princípios para sua atuação;</li> <li>➤ utiliza instrumentos de comunicação e estabelece relacionamentos;</li> <li>➤ supervisiona e apóia a equipe de enfermagem;</li> <li>➤ desenvolve, participa e aplica pesquisa;</li> <li>➤ utiliza o pensamento crítico-reflexivo.</li> </ul>
<b>9. Garantia e melhoria de qualidade dos serviços de saúde individuais e coletivos</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ conhece o Sistema Nacional de Saúde e as políticas de saúde;</li> <li>➤ busca na Ética os valores e princípios para sua atuação;</li> <li>➤ se identifica com o trabalho;</li> <li>➤ respeita e interage com diferentes culturas;</li> <li>➤ demonstra conhecimento dos problemas e necessidades de saúde da população, bem como dos determinantes sociais;</li> <li>➤ desenvolve, participa e aplica pesquisa;</li> <li>➤ sabe coletivizar os seus conhecimentos;</li> <li>➤ utiliza instrumentos de comunicação e estabelece relacionamentos;</li> <li>➤ planeja e sistematiza a assistência de enfermagem;</li> <li>➤ realiza a consulta de enfermagem;</li> <li>➤ promove a educação permanente;</li> <li>➤ integra a equipe na constituição do planejamento e avaliação das ações de saúde;</li> <li>➤ utiliza o pensamento crítico-reflexivo.</li> </ul>
<b>10. Investigação em saúde pública</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ desenvolve, participa e aplica pesquisa;</li> <li>➤ identifica os problemas de saúde;</li> <li>➤ compreende a dimensão coletiva dos problemas de saúde;</li> <li>➤ conhece os problemas e necessidades de saúde da população, bem como os determinantes sociais;</li> <li>➤ conhece o Sistema Nacional de Saúde e as políticas de saúde;</li> <li>➤ utiliza o pensamento crítico-reflexivo.</li> </ul>
<b>11. Redução do impacto de emergências e desastres em saúde</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ prioriza os casos urgentes;</li> <li>➤ busca a resolubilidade.</li> </ul>

**Quadro 19.** Relação entre Funções Essenciais de Saúde Pública e Competências da enfermeira na atenção básica, Rio Grande do Sul, 2004.

A **FESP 1**, de monitoramento, avaliação e análise da situação de saúde da população, compreende a avaliação atualizada da situação e das tendências de saúde do país e de seus fatores determinantes e a identificação das necessidades de saúde da população com atenção especial à identificação de desigualdades nos riscos, nos danos, na demanda e no acesso aos serviços. No desempenho dessa função, o profissional de saúde pública deve empreender o manuseio de estatísticas vitais e da situação específica de grupos de especial interesse ou de maior risco (OPAS, 2002b).

As competências construídas no presente estudo, que atendem a essa função, encontram-se nas áreas de domínio das ciências básicas da saúde pública, de comunicação, de valores profissionais, orientada à comunidade e resolução de problemas.

Nessas áreas, a enfermeira **‘demonstra conhecimento dos problemas e necessidades de saúde da população, bem como dos determinantes sociais’** e **‘identifica os problemas de saúde’**. Para isso, a enfermeira **‘utiliza instrumentos de comunicação e estabelece relacionamentos’**. Na pesquisa, coleta e armazenamento de dados, ela **‘respeita e interage com diferentes culturas’** e **‘busca na Ética os valores e princípios para sua atuação’**.

Na literatura, a competência descrita para a enfermeira no desempenho dessa função é monitorar o estado de saúde e identificar problemas de saúde comunitária. A enfermeira participa do diagnóstico da comunidade, identifica sub-populações de risco para doenças ou incapacidades e coleta informação sobre intervenções para populações especiais (ASTDN, 2000).

A **FESP 2**, de vigilância de saúde pública, investigação e controle de riscos e danos em saúde pública, compreende a capacidade para desenvolver a investigação e vigilância de surtos epidêmicos das enfermidades transmissíveis e não transmissíveis, fatores de comportamento, acidentes e exposição a substâncias tóxicas ou agentes ambientais prejudiciais para a saúde (OPAS, 2002b).

As competências do profissional de saúde pública, relacionadas para o desempenho dessa função, são o desenvolvimento de programas ativos de vigilância epidemiológica e de controle de enfermidades infecciosas, incluindo-se imunizações, e prevenção de danos (RUIZ, 2001).

As competências construídas no presente estudo que atendem a essa função encontram-se nas áreas de domínio de comunicação, de valores profissionais, orientada a comunidade, resolução de problemas e das ciências básicas da saúde.

Entre as ciências básicas da saúde pública, a epidemiologia adquire importância para o desempenho dessa função. A iniciativa ‘Saúde Pública nas Américas’ da OPAS (2002b) realizou uma avaliação da prática da saúde pública em cada país da Região, baseando-se na avaliação do desempenho das FESP e tendo por objetivo identificar globalmente as fortalezas e debilidades da prática da saúde pública.

Os resultados da medição das FESP, conduzida pela OPAS, foram analisados por sub-região, sendo que o Brasil foi incluído na sub-região do Cone Sul, com a Argentina, o Chile, o Paraguai e o Uruguai, juntamente com o México, que foi incluído por causa da sua similaridade geo-política com os países dessa sub-região. Nessa sub-região, essa função apresentou, para todos os aspectos, um nível de desempenho alto, exceto o relacionado com a capacidade e perícia em epidemiologia, que somente alcançou níveis moderados.

Esta é uma situação que precisa ser melhorada tendo em vista o trabalho das equipes de saúde na atenção básica e, particularmente, o da enfermeira, pois, baseada nessa disciplina, ela trabalha com **‘vigilância epidemiológica e da saúde’**, sendo que, no seu exercício, a partir dos conhecimentos das ciências básicas da saúde pública, **‘desenvolve, participa e aplica pesquisa’** e **‘identifica os problemas de saúde’**.

Uma descrição mais detalhada do envolvimento da enfermeira em ações de vigilância da saúde na Rede Básica do Rio Grande do Sul, contexto deste estudo, foi fornecida por

---

Thumé (2000), envolvendo o preenchimento e/ou envio dos Boletins de Notificação de Doenças Transmissíveis, ações pontuais relacionadas ao controle de crianças desnutridas, a investigação de doenças transmissíveis, o controle dos doentes de tuberculose e seus comunicantes, a monitorização de doenças diarréicas agudas e a orientação às pessoas que sofreram arranhadura ou mordedura por cão ou gato, auxiliando, assim, no controle da raiva.

No Brasil, a enfermeira **‘desenvolve ações de prevenção e proteção da saúde’**, no âmbito do programa de imunizações, seja na coordenação desse programa nas várias instâncias do SUS e das campanhas de vacinação, como na sua atuação cotidiana nas unidades de saúde, prática na qual destacam-se as atividades de pedido, distribuição, preparação para o uso, supervisão, aplicação das vacinas, controle da rede de frio e controle do estoque (THUME, 2000; MAGALHAES, 1991; FRIEDRICH, 2000; ALMEIDA, 1991; JACOMO, 1999).

A competência descrita na literatura para o desempenho dessa função é a de diagnosticar e investigar problemas de saúde e riscos na comunidade. A enfermeira deve compreender e identificar os determinantes de saúde e doença, aplicar conhecimento sobre a influência do ambiente na saúde, reconhecer múltiplas causas ou fatores determinantes da saúde e da doença e participar na identificação de casos e tratamento de pessoas com doenças transmissíveis. Ela deve participar na coleta de informação e dados para melhorar a vigilância e compreensão de problemas especiais e participar na identificação precoce de fatores de risco para a saúde da comunidade (ASTDN, 2000).

No Canadá, a enfermeira de saúde comunitária usa a epidemiologia para compreender padrões de doenças, comportamentos de saúde e o impacto dos seus determinantes, melhorar a tomada de decisão, reconhecer quando indivíduos, famílias, grupos, comunidades requerem investigação a respeito de doenças transmissíveis específicas, identificar doenças preveníveis

---

por vacinas e identificar medidas para controlar a disseminação de doenças transmissíveis, como forma de atender o padrão de prevenção e proteção da saúde (CNA, 2004).

A **FESP 3**, de promoção da saúde, compreende o estímulo e apoio às ações comunitárias de promoção da saúde e desenvolvimento de programas para reduzir os riscos e ameaças à saúde, o desenvolvimento de uma cultura de saúde e a ação e compromisso intersetorial para tornar mais eficazes as ações promocionais, as medidas reguladoras e as condições ambientais. Inclui a participação ativa no desenvolvimento de programas promocionais de saúde e a provisão de informação e educação para o fortalecimento da saúde e da vida nos ambientes domiciliares, em escolas, igrejas, locais de trabalho e outras organizações sociais relevantes. Prevê o fortalecimento de vínculos com os setores políticos, outros setores e a comunidade, em apoio à promoção da saúde, e a advocacia da saúde do público (RUIZ, 2001).

Contribuem para o desempenho dessa função, principalmente as competências construídas pelas enfermeiras das áreas de domínio da promoção da saúde e orientada a comunidade, bem como da área de comunicação. Nessas áreas, a enfermeira **‘promove a saúde de indivíduos, família e comunidade’**, **‘articula a educação em saúde à sua prática cotidiana’**, **‘coordena as ações educativas na unidade sanitária e comunidade’**, **‘conhece a comunidade, com ela estabelece e mantém vínculos’**, **‘utiliza instrumentos de comunicação e estabelece relacionamentos’**, **‘respeita e interage com diferentes culturas’**, **‘é capaz de organizar-se e atuar coletivamente’** e **‘trabalha com grupos’**.

Nos referenciais analisados, a competência exigida da enfermeira para o desenvolvimento dessa função é a de informar, educar e ‘empoderar’ a população a respeito de questões de saúde (COUNCIL, 2001). Para isso, ela deve desenvolver planos educacionais e de saúde para indivíduos e famílias em diferentes ambientes, desenvolver e implementar educação de saúde baseada na comunidade, prover relatórios regulares a respeito do estado de



---

saúde de populações especiais em ambientes clínicos, contextos comunitários e grupos, advogar por e com populações excluídas e em desvantagem, garantir planejamento em saúde que inclua prevenção primária e estratégias de intervenção precoce, identificar comportamentos de saúde na população e manter estratégias de intervenção eficazes a partir do financiamento continuado.

O desempenho dessa função na sub-região referida revelou que todos os países elaboraram políticas de promoção que incluem as recomendações internacionais e incorporam tecnologias da informação para impulsionar a promoção. Houve um desempenho moderado em todos os aspectos, destacando o bom nível alcançado na elaboração de normas e intervenções destinadas a favorecer os comportamentos e ambientes saudáveis, sendo que um dos aspectos positivos da sub-região é o fomento da incorporação desses aspectos nas políticas sanitárias e, especialmente, de promoção da saúde.

A **FESP 4**, de participação dos cidadãos na saúde, compreende o estímulo à participação da comunidade organizada e grupos da sociedade civil em programas de promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação; o fortalecimento da formação de alianças intersetoriais com a sociedade civil, com o propósito de melhorar a utilização de recursos disponíveis para o desenvolvimento integral da saúde e a incorporação do apoio da tecnologia e experiência no desenvolvimento de redes e alianças com a sociedade organizada em torno da promoção da saúde (RUIZ, 2001).

No presente estudo, as competências construídas pelas enfermeiras, que contribuem para essa função, encontram-se principalmente nas áreas de domínio de resolução de problemas, comunicação e orientada a comunidade: a enfermeira **‘conhece a comunidade, com ela estabelece e mantém vínculos’**; **‘é capaz de organizar-se e atuar coletivamente’**, **‘trabalha com grupos’**; **‘respeita e interage com diferentes culturas’**; **‘demonstra**

**iniciativa’; ‘identifica os problemas de saúde’; ‘compreende a dimensão coletiva dos problemas de saúde’ e ‘busca a resolubilidade’.**

A competência descrita para a enfermeira, na literatura, é a de mobilizar parcerias para identificar e resolver problemas de saúde. Ela deve interagir regularmente com vários provedores e serviços em cada comunidade, convocar grupos e provedores que compartilhem interesses e preocupações a respeito de populações especiais, prover liderança para priorizar problemas comunitários, desenvolver intervenções, explicar o significado das questões de saúde para o público e participar no desenvolvimento de planos de ação (ASTDN, 2000).

A avaliação da sub-região realizada pela OPAS (2002b) evidenciou que, quanto ao fortalecimento da participação social em matéria de saúde, a maioria dos países expressa a importância desta como eixo para definir e levar à prática os objetivos e metas de saúde pública, para o qual foram estabelecidas instâncias formais, em geral nos níveis intermediários e locais.

No SUS, a participação dos cidadãos na saúde está prevista em suas instâncias colegiadas: a Conferência de Saúde e o Conselho de Saúde, sendo sua representação paritária em relação ao conjunto dos demais segmentos, governo, prestadores de serviço e trabalhadores de saúde. A Conferência de Saúde avalia a situação de saúde e propõe as diretrizes para a formulação da política de saúde e o Conselho de Saúde atua na formulação de estratégias e no controle de execução da política de saúde, na instância correspondente, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros.

A **FESP 5**, de desenvolvimento de políticas e capacidade institucional de planejamento e gestão em saúde pública, compreende a definição de objetivos de saúde pública em todos os níveis, que sejam mensuráveis e congruentes com um marco de valores que promova a igualdade e o desenvolvimento, acompanhamento e avaliação das decisões

políticas em matéria de saúde pública, através de um processo participativo, que seja coerente com o contexto político e econômico em que se desenvolvem essas decisões (OPAS, 2002b).

Para a OPAS, o desenvolvimento de políticas e planificação de programas é uma competência específica dos profissionais em saúde pública, que envolve o exame dos sistemas e práticas existentes e de seu estado legal, político, estratégico e cultural. O profissional de saúde pública necessita de competências para o desenvolvimento de opções de política para o alcance de objetivos e metas da instituição ou programa (RUIZ, 2001).

As competências construídas no presente estudo que atendem a essa função encontram-se nas áreas de domínio de trabalho em equipe, gerência, orientada a comunidade e em ciências básicas da saúde pública.

No desempenho dessa função, a enfermeira **‘conhece o Sistema Nacional de Saúde e as políticas de saúde’, ‘trabalha com a rede de serviços de saúde’, ‘é capaz de assumir gerência e gestão dos serviços de saúde’ e ‘integra a equipe na constituição do planejamento e avaliação das ações de saúde’.**

Além dessas competências, outras, construídas nesta pesquisa contribuem para o desempenho dessa função. O desenvolvimento de políticas e de capacidade institucional de planejamento e gestão em saúde pública requer competências relacionadas à área de domínio dos valores profissionais. Para isso, a enfermeira **‘busca na Ética os valores e princípios para sua atuação’ e ‘promove comprometimento e compromisso com a saúde, como direito individual e coletivo’.**

Ela **‘é capaz de assumir a gerência e a gestão dos serviços’** e fazer o gerenciamento e administração, tanto da força de trabalho quanto dos recursos físicos e materiais e de informação, **‘responsabiliza-se pela atenção a saúde e contribui para a sua organização’;** **‘organiza seu processo de trabalho de forma articulada com a equipe de saúde’ e ‘coordena a equipe de enfermagem’.** Da mesma forma **‘planeja e sistematiza a**

**assistência de enfermagem'** para o desempenho desta função foi apontada pelas enfermeiras que a consideraram uma competência necessária para a obtenção de resultados relacionados à implementação de políticas.

A relação do planejamento com as políticas de saúde é identificada nas estruturas de competências analisadas, nas quais o profissional de saúde pública deve manifestar opções políticas, traduzir políticas em planos organizacionais, estruturas e programas e utilizar técnicas atuais nas análises de decisão e planejamento em saúde (COUNCIL, 2001) além de contribuir ao desenvolvimento comunitário efetivo mediante a interação com a comunidade (diagnóstico de necessidades, planejamento estratégico, gestão social, mobilização de recursos e advocacia) (RUIZ, 2001).

A competência indicada para a enfermeira para o desempenho da citada função é a de desenvolver políticas e planos para apoiar esforços de saúde individual e comunitária. Ela deve participar na tomada de decisão na comunidade e na família, prover informação e advogar pelos interesses de grupos especiais no desenvolvimento de programas e por financiamento apropriado para os serviços (ASTDN, 2000).

Com esse entendimento, é uma competência da enfermeira de saúde pública nos Estados Unidos, participar do desenvolvimento de políticas de saúde, advogando pelas necessidades de crianças, famílias, grupos e comunidades (THE QUAD COUNCIL, 1993), enquanto que a enfermeira de saúde comunitária, no Canadá, advoga por mudanças políticas para melhorar a saúde das comunidades e apóia a ação comunitária para influenciar mudanças políticas que melhorem a saúde como forma de atender o padrão de construção de capacidade individual/comunitária (CNA, 2004).

O referencial do Council (2001) relaciona a competência de gerenciamento dos profissionais de saúde pública à aplicação de habilidades básicas de relacionamento humano ao gerenciamento de organizações, motivação de pessoal e resolução de conflitos. As

---

competências construídas pelas enfermeiras e que contribuem com essa dimensão do gerenciamento encontram-se na área de domínio de trabalho em equipe.

Como competência para o gerenciamento do cuidado, o CIE (2003) propõe uma área de cuidado de saúde interprofissional, que prevê que a enfermeira estabeleça e mantenha relações de trabalho construtivas com a enfermagem e outros colegas, contribua para o trabalho efetivo em equipe multidisciplinar, mantendo relacionamentos colaborativos e valorizando os papéis e habilidades de todos os membros das equipes social e de cuidado à saúde.

A **FESP 6**, de fortalecimento da capacidade institucional de regulação e fiscalização em saúde pública, compreende: a revisão, formulação e implementação da legislação, regulamentações e procedimentos administrativos em saúde, o apoio à inspeção e licenciamento em saúde, o desenvolvimento de códigos, regulamentações e leis para guiar a prática da saúde pública e o estímulo ao cumprimento de leis, códigos, regulamentações e padrões sanitários para controlar riscos à saúde (RUIZ, 2001).

As competências que foram construídas pelas enfermeiras que contribuem com essa função encontram-se nas áreas de domínio da comunicação e das ciências básicas da saúde. A enfermeira **‘conhece o Sistema Nacional de Saúde e das políticas de saúde’** e **‘utiliza instrumentos de comunicação e estabelece relacionamentos’**.

Conhecer o Sistema Nacional de Saúde e as políticas de saúde para os profissionais de saúde pública, nos referenciais estudados, requer competências para identificar, interpretar e implementar leis de saúde pública, regulamentações e políticas relacionadas a programas específicos, avaliar custos, eficácia, benefício e articular as implicações de saúde, fiscal, administrativa, legal, social e política de cada opção política (COUNCIL, 2001; RUIZ, 2001).

A competência indicada para a enfermeira é a de aplicar leis e regulamentações para proteger a saúde e assegurar a segurança. Ela deve regular e apoiar o cuidado e o tratamento

---

seguro para populações dependentes como crianças e idosos, implementar regulamentos e leis para proteger o ambiente, estabelecer procedimentos e processos que assegurem a implementação competente dos esquemas de tratamento para doenças críticas para a saúde pública, participar no desenvolvimento de regulamentações locais que protejam comunidades e o ambiente de riscos potenciais e da poluição (ASTDN, 2000).

A **FESP 7**, de avaliação e promoção do acesso equitativo da população a serviços de saúde necessários, compreende a promoção da equidade no acesso efetivo de todos os cidadãos aos serviços de saúde, o desenvolvimento de ações dirigidas a superar obstáculos de acesso às intervenções em matéria de saúde pública e a facilitar a vinculação de grupos vulneráveis aos serviços de saúde (OPAS, 2002b).

As competências construídas pelas enfermeiras que contribuem para o desempenho dessa função encontram-se nas áreas de domínio da resolução de problemas, da atenção à saúde, do trabalho em equipe, orientada a comunidade e em ciências básicas da saúde pública.

Nesse processo, a enfermeira **‘identifica os problemas de saúde’, ‘compreende a dimensão coletiva dos problemas de saúde’, ‘prioriza os casos urgentes’ e ‘busca a resolubilidade’, ‘sabe ouvir’, ‘demonstra capacidade de acolhimento e sensibilidade’ e ‘respeita e interage com diferentes culturas’**. Nos serviços de saúde, ela **‘organiza seu processo de trabalho de forma articulada com a equipe de saúde’, ‘adota uma perspectiva interdisciplinar no trabalho’, ‘utiliza instrumentos de comunicação e estabelece relacionamentos’**.

Contribuem ainda para o desempenho dessa função competências incluídas na área de domínio de valores profissionais, pois, na avaliação e promoção do acesso equitativo das populações a serviços de saúde, a enfermeira **‘responsabiliza-se pela atenção à saúde e contribui para a sua organização’ e ‘promove o comprometimento e compromisso com a saúde, como direito individual e coletivo’**.

No atendimento integral, dentro dos princípios do Sistema Único de Saúde, a enfermeira **‘demonstra capacidade de acolhimento e sensibilidade’** e **‘atua com autonomia’**. Estas competências são necessárias para avaliar as necessidades do cliente e contribuem também para essa função à medida que possibilitam coordenar, referir e facilitar o acesso aos serviços no setor de saúde e em outros setores.

Como forma de promover o acesso e a equidade, a enfermeira deve respeitar as escolhas dos indivíduos/comunidades e assistir o cliente a obter informação necessária para tomar decisões informadas, relacionadas a opções de cuidado à saúde. Nesse sentido, a competência **‘se reconhece em contínua formação’**, construída pelas enfermeiras no presente estudo, contribui para o seu desempenho, na medida em que possibilita à enfermeira indicar alternativas terapêuticas em saúde.

Na literatura, a competência indicada para a enfermeira é a de vincular a população a serviços de saúde necessários e assegurar a provisão de cuidados de saúde quando inacessíveis. (ASTDN, 2000).

Promover o comprometimento e compromisso com a saúde, como direito individual e coletivo nos referenciais analisados (ASTDN, 2000; COUNCIL, 2001; CNA, 2004), relaciona-se ao desenvolvimento de ações que visem à melhoria da saúde da comunidade, à colaboração com outros para determinar o nível de ação necessário e a monitorar e avaliar mudanças/progressos no acesso a recursos e serviços de saúde, como forma de facilitar o acesso e a equidade dos serviços de saúde.

A **FESP 8**, de desenvolvimento de recursos humanos e capacitação em saúde pública, compreende o diagnóstico das necessidades de aprendizagem e avaliação do desempenho da força de trabalho em saúde pública, a participação ativa na aplicação de programas para a capacitação e desenvolvimento profissional do pessoal, o estímulo a alianças com instituições e programas de formação e a educação contínua. Prevê ainda o desenvolvimento de

---

capacidades para o trabalho interdisciplinar e multicultural em matéria de saúde pública e a formação ética do pessoal, com especial atenção a princípios e valores tais como a solidariedade, a igualdade e o respeito à dignidade das pessoas (RUIZ, 2001).

As competências construídas pelas enfermeiras, que contribuem para o desempenho dessa função, encontram-se nas áreas das ciências básicas da saúde pública, educacional e orientada a comunidade: **‘sabe coletivizar os seus conhecimentos’, ‘promove a educação continuada’, ‘promove a educação permanente’, ‘desenvolve, participa e aplica pesquisa’ e ‘utiliza o pensamento crítico-reflexivo’.**

Além destas, as enfermeiras construíram competências que contribuem para o desempenho dessa função e que estão relacionadas às áreas de domínio dos valores profissionais, de comunicação, de gerência e do trabalho em equipe: **‘busca na Ética os valores e princípios para sua atuação’, ‘utiliza instrumentos de comunicação e estabelece relacionamentos’ e ‘supervisiona e apóia a equipe de enfermagem’.**

A competência indicada para a enfermeira é a de garantir uma força de trabalho competente para o cuidado à saúde individual e pública (ASTDN, 2000). Ela deve participar da educação continuada e do preparo para garantir competência, definir e apoiar a delegação adequada para pessoal auxiliar na comunidade, estabelecer padrões para o desempenho, manter sistemas de registros de pacientes e documentos da comunidade, estabelecer e manter procedimentos e protocolos para o cuidado ao paciente, participar das atividades de garantia de qualidade tais como auditorias de registros, avaliações de serviços e diretrizes clínicas (ASTDN, 2000).

A avaliação da OPAS evidenciou que essa é uma das funções de menor desempenho na sub-região referida. Embora haja uma boa assistência global aos níveis sub-nacionais para o desenvolvimento de recursos humanos, são baixos os níveis alcançados no melhoramento da qualidade e da capacitação contínua dos recursos humanos e seu aperfeiçoamento. Com



relação ao nível local, interessa-nos observar a pouca adequação dos recursos humanos para a prestação de serviços apropriados às características dos usuários.

Como forma de melhorar o desempenho dessa função no Brasil, o Ministério da Saúde, na atual gestão, adotou uma política de educação na saúde, cujo instrumento de formação é a educação permanente, trazendo a necessidade de a formação estar articulada à atenção que se produz em saúde, mas também às instâncias da gestão e controle social, tendo como dispositivo os Pólos de Educação Permanente na Saúde distribuídos em várias regiões do país (BRASIL, 2004).

A **FESP 9**, de garantia e melhoria de qualidade dos serviços de saúde individuais e coletivos, compreende a promoção de sistemas permanentes de garantia de qualidade e de monitoria dos resultados de suas avaliações, o apoio à formulação dos padrões básicos para um sistema de garantia de qualidade e supervisão dos provedores de serviços, o apoio à avaliação das intervenções em saúde e a utilização dos resultados para melhorar a qualidade da provisão direta de serviços (OPAS, 2002b; RUIZ, 2001).

As competências construídas pelas enfermeiras que contribuem para o desempenho dessa função encontram-se nas áreas de domínio das ciências básicas da saúde, da ética, orientada a comunidade, da comunicação e resolução de problemas.

A enfermeira **‘conhece o Sistema Nacional de Saúde e as políticas de saúde’**, **‘busca na Ética os valores e princípios para sua atuação’**, **‘identifica-se com o trabalho’**, **‘respeita e interage com diferentes culturas’**, **‘demonstra conhecimento dos problemas e necessidades de saúde da população, bem como dos determinantes sociais’**, **‘desenvolve, participa e aplica pesquisa’** e **‘sabe coletivizar os seus conhecimentos’**.

Como competências que contribuem para o desempenho dessa função, as enfermeiras também relacionaram **‘utiliza instrumentos de comunicação e estabelece relacionamentos’**, **‘planeja e sistematiza a assistência de enfermagem’**, **‘realiza a**

**consulta de enfermagem**’, **‘promove a educação permanente**’ e **‘integra a equipe na constituição do planejamento e avaliação das ações de saúde**’ na melhoria da qualidade da atenção à saúde.

A enfermeira também **‘utiliza o pensamento crítico-reflexivo**’, competência esta que, conforme o CNA (2004), contribui para o desempenho dessa função, na medida em que possibilita avaliar e buscar continuamente a melhoria da prática de enfermagem em saúde comunitária. Além disso, os dois grupos de enfermeiras relacionaram o planejamento à avaliação das ações de saúde.

A competência indicada, na literatura, para a enfermeira é a de avaliar a efetividade, acessibilidade e qualidade dos serviços de saúde (ASTDN, 2000). Ela deve coletar dados e informações para as intervenções na comunidade, identificar aí populações excluídas e desatendidas, revisar e analisar dados do estado de saúde das comunidades, participar com estas na avaliação de serviços e resultados do cuidado, identificar e definir serviços requeridos para atender situações decorrentes do estado de saúde de complexas populações e grupos de risco especial.

Embora essa seja uma preocupação das enfermeiras, a avaliação realizada pela OPAS evidenciou que, como função que está relacionada com aspectos mais qualitativos dos fatores reitores do setor da saúde, essa é uma função que precisa ser melhorada no que diz respeito ao apoio aos níveis sub-nacionais para assegurar a qualidade dos serviços.

A **FESP 10**, de investigação em saúde pública, compreende a investigação rigorosa dirigida a aumentar o conhecimento que apóie a adoção de decisões em seus diferentes níveis, de execução e desenvolvimento de soluções inovadoras em matéria de saúde pública, cujo impacto possa ser medido e avaliado. Inclui o estabelecimento de alianças com os centros de investigação e instituições acadêmicas, de dentro e de fora do setor da saúde, com o fim de

---

realizar estudos oportunos que apoiem a adoção de decisões da Autoridade Sanitária Nacional em todos os seus níveis e em todo o seu campo de atuação (OPAS, 2002b).

As competências construídas pelas enfermeiras que contribuem para o desempenho dessa função encontram-se nas áreas de domínio de resolução de problemas, valores profissionais, orientada a comunidade e das ciências básicas da saúde pública.

Nesta área, a enfermeira **‘desenvolve, participa e aplica pesquisa’, ‘identifica os problemas de saúde’, ‘compreende a dimensão coletiva dos problemas de saúde’, ‘conhece os problemas e necessidades de saúde da população, bem como os determinantes sociais’, ‘conhece o Sistema Nacional de Saúde e as políticas de saúde’ e ‘utiliza o pensamento crítico-reflexivo’.**

A competência relacionada, na literatura, para a enfermeira é a de pesquisar por novas abordagens e soluções inovadoras para problemas de saúde, formular e usar instrumentos de investigação na melhoria da prestação do cuidado e no planejamento de programas e desenvolver relacionamentos com instituições acadêmicas (CONLEY; DAHL, 1993; ASTDN, 2000).

A **FESP 11**, de redução do impacto de emergências e desastres em saúde, compreende a participação no desenvolvimento de políticas, a planificação e a realização de ações de prevenção, mitigação, preparação, resposta e reabilitação precoce para reduzir o impacto dos desastres sobre a saúde pública (OPAS, 2002b).

Embora essa não seja uma função específica da atenção local, **‘prioriza os casos urgentes’ e ‘busca a resolubilidade’** contribuem para ela. Nesse contexto, a enfermeira necessita de critérios para proceder a essa priorização. Como atividade para o desempenho das Funções Essenciais de Saúde Pública, a enfermeira deve recomendar ou adotar sistemas de classificação de riscos para estabelecer prioridades no cuidado individual ao cliente (CONLEY; DAHL, 1993).

A competência da enfermeira para o atendimento dessa função é a de desenvolver programas e serviços para atender as necessidades de populações de alto risco e de membros da comunidade, e prover informação e advogar pelos interesses de grupos especiais no desenvolvimento de programas, devendo participar no planejamento do atendimento aos desastres e na mobilização dos recursos da comunidade em emergências (ASTDN, 2000).

*CONSIDERAÇÕES FINAIS*

## V. Considerações Finais

As competências gerais e específicas, aqui construídas, foram classificadas em dez áreas de domínio: valores profissionais, comunicação, trabalho em equipe, gerência, orientada a comunidade, promoção da saúde, resolução de problemas, atenção à saúde, educacional, em ciências básicas da saúde pública.

Como construção coletiva, as competências possibilitam colocar em discussão o papel dos indivíduos, na produção, como sujeitos ativos, valorizando-se o desenvolvimento dos sujeitos e a formação de uma consciência coletiva e emancipatória. Essas competências foram construídas pelos dois grupos, na área de domínio dos valores profissionais. A enfermeira **‘busca na Ética os valores e princípios para sua atuação’, ‘promove comprometimento com a saúde, como direito individual e coletivo’, ‘responsabiliza-se pela atenção à saúde e contribui para a sua organização’, ‘promove comprometimento e compromisso com a saúde, como direito individual e coletivo’, ‘identifica-se com o trabalho’ e ‘atua com autonomia’.**

Estas competências, ao promover a emancipação do trabalhador e do usuário, também contribuem para a humanização do cuidado, na medida em que se constituam em elementos orientadores das relações e das práticas na atenção básica. Além dessas, outras competências construídas neste estudo contribuem para a humanização do cuidado: **‘sabe ouvir o usuário’, ‘respeita e interage com diferentes culturas’, ‘demonstra capacidade de acolhimento e sensibilidade’.**

Elas expressam o compromisso ético-político das enfermeiras que atuam na atenção básica não somente com os ideais de saúde que se buscam, expressos nas diretrizes do SUS, mas sobretudo com uma prática engajada e comprometida com a política de saúde que o Estado propõe.

Dessa forma, confirmam o primeiro pressuposto da investigação - de que as competências requeridas para o trabalho da enfermeira, na atenção básica, constituem-se em um subsídio para a construção de referenciais que atendam as necessidades de articulação da prática, da educação e da regulação, em uma perspectiva de emancipação do trabalhador e do usuário e de humanização do cuidado à saúde.

Assim, a ressignificação da noção de competência ao investir na dimensão cidadã do coletivo trabalhador-usuário, cujo autogoverno imprime possibilidades de mudanças e inovações às formas já dadas de organização social das práticas, articula-se à política de educação na saúde adotada pelo atual governo, e que, ressignificada em termos de educação permanente, traz a necessidade de a formação estar articulada à atenção que se produz em saúde, e também às instâncias da gestão e controle social.

Nesse processo, precisamos considerar não apenas as competências, que estão sendo construídas pelos responsáveis pela formação de recursos humanos ou pelos formuladores de políticas, mas também as construídas pelos profissionais de campo, em sua prática diária, como pôde ser apreendido ao compararmos os resultados obtidos com o grupo de enfermeiras e o grupo de especialistas.

Como competência social, no sentido que se refere ao saber-ser que deve articular o saber-fazer, o saber-conviver e o saber-aprender, as acumulações que a enfermeira tem construído no atendimento integral das necessidades de saúde, na atenção básica, foram evidenciadas nos elementos produtos e geradores das competências construídas neste estudo.

Todas as áreas de domínio reúnem competências que refletem o saber-conviver da enfermeira na atenção básica e, de forma mais evidente, as de trabalho em equipe, gerência, orientada a comunidade, comunicação, promoção da saúde, valores profissionais e educacional.

Elementos do saber-aprender da enfermeira contribuíram para a construção de competências na área de domínio educacional: **‘reconhece-se em contínua formação’** e **‘promove educação continuada/permanente’**. Além destas, na área de domínio do trabalho em equipe, as competências **‘organiza seu processo de trabalho de forma articulada com a equipe de saúde’** e **‘adota uma perspectiva interdisciplinar no trabalho’** contribuem para o saber-aprender, no que se refere à sua importância para a troca de conhecimentos e para a resolução dos problemas de saúde.

As acumulações que a enfermeira tem desenvolvido no seu saber-fazer, a partir do processo cotidiano de trabalho na atenção básica, em que a prestação de serviços de saúde pública e a atenção em saúde são realizadas pelas mesmas pessoas e nos mesmos âmbitos assistenciais, também estão refletidas nas competências construídas pelos dois grupos. Assim, competências como **‘trabalha com perspectiva de vigilância da saúde’** e **‘desenvolve ações de prevenção e proteção da saúde’** relacionam-se à prestação de serviços de saúde pública, enquanto que **‘planeja e sistematiza a assistência de enfermagem’** e **‘realiza atendimento integral dentro dos princípios do Sistema Único de Saúde’** relacionam-se ao atendimento em saúde.

Sendo assim, consideramos que os resultados desta investigação atendem ao segundo pressuposto, ou seja, a enfermeira, a partir do seu envolvimento com as questões do trabalho na atenção básica, cujo percurso envolve a articulação dos trabalhos da equipe de enfermagem, da equipe multiprofissional em saúde e de atores de outros setores no atendimento integral das necessidades de saúde, constrói acumulações em seu saber-ser, que articuladas ao seu saber-fazer, saber-aprender e saber-conviver constituem-se em importantes elementos produtos e geradores de competências.



Como primeiro objetivo desta investigação, propusemos identificar e analisar as competências gerais e específicas requeridas da enfermeira para atuação na saúde pública, a partir do trabalho realizado na rede básica de saúde.

Tomamos como referencial para a delimitação das competências gerais e específicas os conceitos de Campo e Núcleo de saberes e responsabilidades, conforme Campos (1997). Assim as competências gerais foram relacionadas ao Campo de saberes e responsabilidades comuns ou confluentes às profissões da equipe de saúde na atenção básica, e as específicas, ao Núcleo de saberes e de responsabilidades específicos da enfermeira.

Na análise das competências por área de domínio, constatamos que algumas áreas reuniram apenas competências gerais. As áreas de domínio que reuniram apenas competências gerais foram as de comunicação e orientada a comunidade nos dois grupos, indicando que, para ambos estas são áreas em que o campo de saberes e responsabilidades da enfermeira pode ser evidenciado.

Durante o processo de coleta de dados, no entanto, a discussão das competências gerais, confrontadas com as específicas, foi o tema de maior embate nos grupos. Embora esse processo tenha resultado em uma relação de competências específicas, para as quais houve consenso, em cada um dos grupos, os motivos pelos quais elas foram indicadas e obtiveram consenso variaram.

Algumas destas competências foram relacionadas pelas enfermeiras e obtiveram consenso devido à necessidade do seu desenvolvimento na profissão de enfermagem: **‘atua com autonomia’**, **‘utiliza pensamento crítico-reflexivo’** e **‘desenvolve, participa e aplica pesquisa’**.

Outras estão diretamente relacionadas com a posição assumida pela enfermeira na equipe de enfermagem: **‘coordena a equipe de enfermagem’**; **‘planeja e sistematiza a assistência de enfermagem’**; **‘supervisiona e apóia a equipe de enfermagem’**; **‘promove**

**educação continuada em Enfermagem**’; **‘promove educação permanente’**, tidas como privativas da enfermeira na legislação do exercício profissional.

Outras ainda tentaram expressar o núcleo de saberes e responsabilidades da enfermeira, diferenciando atividades que são desenvolvidas pela equipe de saúde na atenção básica ao qualificá-las como sendo ‘de enfermagem’: **‘realiza consulta de enfermagem’**, **‘presta cuidado domiciliar de enfermagem’**.

Competências como **‘promove a saúde de indivíduos, família e comunidade’**, **‘articula a educação em saúde à sua prática cotidiana’**, **‘coordena ações educativas na unidade sanitária e comunidade’** parecem ter sido construídas devido a uma situação que refere-se à dificuldade da inserção dos médicos em programas de atenção integral à saúde, em virtude das características da Medicina Científica que têm sido contornadas, na atenção básica, pela divisão de trabalho entre diferentes categorias profissionais e suas especialidades para que o somatório dessas práticas garanta a integralidade. Assim, alguns profissionais trabalham a demanda clínica, outros, como expresso nas competências da enfermeira no presente estudo, atuam na promoção e educação em saúde com maior ênfase.

Sendo assim, consideramos que, embora tenha sido possível identificar e analisar as competências requeridas da enfermeira para atuação na rede básica, estas competências não são suficientes para demarcar-lhe, aí, o campo e o núcleo de saberes e responsabilidades.

As enfermeiras que participaram deste estudo, por seu interesse na construção de competências para a atenção básica, configuram-se em atores na construção do SUS, na medida em que, em sua maioria, possuem apenas um vínculo empregatício e possuem formação nas áreas de saúde pública, coletiva, saúde da família, gestão em saúde, gerenciamento dos serviços de enfermagem.

Apesar desse envolvimento com as práticas de saúde na atenção básica, as enfermeiras não puderam delinear com clareza qual o seu núcleo de saberes e responsabilidades. Essa

dificuldade, acreditamos estar relacionada com a característica coletiva do trabalho em saúde, principalmente em relação à enfermeira, por causa de sua inserção na equipe de enfermagem. Embora haja uma legislação prevendo áreas privativas do fazer de enfermagem, essa é uma questão polêmica, na medida em que procura explicar a especificidade profissional a partir da delimitação de áreas exclusivas de exercício. Além disso, essa representação mais recente das enfermeiras e de auxiliares de enfermagem na atenção básica, deve considerar as origens histórico-sociais da divisão do trabalho em enfermagem, em que as primeiras assumiam as tarefas mais intelectuais, enquanto que as últimas ficavam com as tarefas manuais, o que poderia também estar dificultando a compreensão da especificidade de cada trabalho.

No entanto, compreendemos que os resultados desta investigação expressam a especificidade do trabalho da enfermeira na atenção básica, e, como tal, os seus elementos centrais, constitutivos, inerentes, no que concerne àquilo que se considera fundamental e inclusive indispensável na realização dos seus objetivos e/ou na caracterização do seu trabalho.

A análise do conjunto das competências construídas pelos dois grupos permitiu evidenciar a sua relação com os enunciados da atenção primária à saúde, no que corresponde aos seus princípios de focalização na família, longitudinalidade e primeiro contato e quanto às suas funções essenciais de reconhecimento e resolução de um problema ou necessidade, de organização do sistema de serviços de saúde e de co-responsabilização pela saúde dos cidadãos. Contribuem de forma importante, para a APS, competências das áreas de domínio - orientada à comunidade e resolução de problemas, nas quais os dois grupos indicaram competências gerais, ou seja, que devem ser compartilhadas pela equipe de saúde.

Todas as competências construídas pelos dois grupos puderam ser relacionadas às Funções Essenciais de Saúde Pública, contribuindo para o desempenho de todas as FESP, principalmente a FESP 7, de avaliação e promoção do acesso equitativo da população a

serviços de saúde necessários, e a FESP 9, de garantia e melhoria de qualidade dos serviços de saúde individuais e coletivos, o que corrobora o entendimento de que as enfermeiras desempenham um papel fundamental no desempenho das Funções Essenciais de Saúde Pública.

Dessa forma, foi possível compreender como as competências gerais e específicas das enfermeiras na atenção básica em saúde estão contribuindo para o desempenho das Funções Essenciais de Saúde Pública, considerando-se a forma como essas competências estão sendo construídas no atual estágio de implementação do SUS, atendendo, assim, ao segundo objetivo desta investigação.

A constatação de que as competências construídas pelas enfermeiras contribuem para o desempenho das FESP significa que podem ser tomadas como referencial para o desempenho da FESP 8, de desenvolvimento de recursos humanos e capacitação em saúde pública na formação profissional e técnica e na educação permanente, conforme preconizado pela OPAS.

Além disso, essas competências contribuem para a construção do SUS, na medida em que se constituem em instrumentos para o trabalho da enfermeira na atenção básica, no atendimento das necessidades relacionadas com a sua recente expansão e no enfrentamento de problemas de saúde cada vez mais complexos, que exigem que o trabalho, nesse contexto, seja tomado como prática social interdisciplinar, envolvendo, desde a atenção individual à saúde, até ações de promoção da saúde, da qualidade de vida, de atenção às iniquidades.

Nesse sentido, os resultados da pesquisa confirmam o terceiro pressuposto: a construção de competências significa estabelecer diretrizes de responsabilidade da enfermeira baseado em conhecimentos, habilidades e atitudes que, mobilizados de forma complementar com os de outros profissionais, contribuem para reorientar o processo de trabalho e construir

novas práticas sociais necessárias à transformação das práticas em saúde e em Enfermagem na atenção básica, na implementação do SUS e na constituição das FESP.

Recomendamos a sua articulação ao conjunto das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso, em todos os níveis de complexidade do sistema, de forma contínua, a fim de garantir a integralidade em saúde.

As competências, como instrumento para a produção da saúde, foram construídas na presente investigação a partir da compreensão da saúde como um bem simbólico, que não tem uma forma concreta, que se transforma no tempo e no espaço, assumindo formas diferentes para distintas pessoas, em diferentes etapas de suas vidas, em variadas culturas e momentos da história da humanidade.

Com isso, recomendamos que as competências aqui construídas sejam tomadas como um referencial, cujo propósito seja o de gerar um amplo debate na sociedade, e, no nosso caso, na equipe de saúde e na enfermagem, sobre os ideais de saúde que se têm, os principais desafios a enfrentar, os grandes campos de atuação para alcançá-los e as responsabilidades correspondentes aos diversos atores, mais do que a elaboração de um marco normativo ou de uma lista exaustiva de atividades a cumprir desde uma lógica tecnocrática.

Na apreensão das competências construídas neste estudo, recomendamos que seja considerado que procuramos preservar o que as enfermeiras dos dois grupos de participantes construíram, sendo necessária a sua adaptação na construção de referenciais para o ensino e a regulação.

As competências construídas nesse estudo refletem uma trajetória de vinte anos, desde a contratação da primeira enfermeira na rede básica no Município de Porto Alegre, as acumulações produzidas pelas experiências das Residências em Saúde Comunitária do Centro de Saúde-Escola Murialdo e da Divisão de Saúde Comunitária do Hospital Conceição, bem como aquelas advindas da recente implantação do Programa de Saúde da Família. Esse

contexto é diferente no grupo de especialistas, com a expansão do setor privado de ensino superior.

Elas contribuem para preencher um hiato entre o proposto como modelo e a capacidade de resposta de enfermagem, provocados pela rápida e intensa expansão da rede básica em todo o país, com o aumento dos postos de trabalho e das funções da enfermeira, fornecendo elementos para dar resposta a problemas na formação, nas práticas e nos saberes acumulados e apropriados, como específicos das enfermeiras e da enfermagem.

A importância do trabalho da enfermagem e da enfermeira em atenção básica, expresso no reconhecimento de que as enfermeiras possuem um papel fundamental no desempenho das funções essenciais de saúde pública, tem sido reconhecida no Brasil pelos gestores e pela população, sendo que a dúvida continua sendo das enfermeiras.

Tendo em vista a contribuição da enfermagem para o trabalho em saúde pública e seu foco específico de atuação e, sendo que as enfermeiras preenchem papéis-chave em saúde pública, esperamos que as competências construídas nesta investigação contribuam para a construção de referenciais que atendam as necessidades de formação, regulação e da prática, e que viabilizem o desenvolvimento de atitudes críticas e reflexivas, como instrumentos para praticar a interdisciplinaridade na saúde e elementos potencializadores da emancipação dos trabalhadores.



## Referências

ALMEIDA, M. **Diretrizes curriculares dos cursos universitários da área da saúde**. Londrina: REDE UNIDA, 2003.

ALMEIDA, M. C. P. **El cuidado como objeto de estudio y los nuevos paradigmas emergentes en enfermería**. Ribeirão Preto. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto. Universidade de São Paulo. 10 p. (mimeografado).

\_\_\_\_\_. **O trabalho de enfermagem e sua articulação com o processo de trabalho em Saúde Coletiva** – rede básica de saúde em Ribeirão Preto. 1991. 297 f. Livre-docência (Tese) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 1991a.

\_\_\_\_\_. O trabalho de enfermagem e sua articulação com o processo de trabalho em saúde coletiva – rede básica de saúde em Ribeirão Preto. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 44, n. 2/3, p.64-75, abr./set. 1991b.

ALMEIDA, M. C. P.; MISHIMA, S. M.; PEREIRA, M. J. B. **Os processos de resignificação do trabalho de enfermagem**. Ribeirão Preto. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto. Universidade de São Paulo. 15 p. (mimeografado).

ALMEIDA, M. C. P.; MISHIMA, S. M.; SILVA, E. M.; MELLO, D. F. O trabalho de enfermagem e sua articulação com o processo de trabalho em saúde coletiva – rede básica de saúde. In: ALMEIDA, M. C. P.; ROCHA, S. M. M. **O trabalho de enfermagem**. Ribeirão Preto: Cortez, 1997. p. 61-112.

ALMEIDA, M. I. **Prática social da enfermeira: saber e poder no processo educativo**. 1991. 196 p. Dissertação (Mestrado)- Faculdade de Educação, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 1991.

ALMEIDA FILHO, N. Transdisciplinaridade e saúde coletiva. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 2, n. 1 /2, p. 5-20, 1997.

AMERICAN NURSES ASSOCIATION (ANA). **Scope and Standards of Public Health Nursing Practice**. Washington D.C., 1999. 25 p.

ANTUNES, M. J. M. **O enfermeiro e a integralidade da assistência de enfermagem na rede Básica do Sistema Único de Saúde**. 1996. 194f. Dissertação (Mestrado)- Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 1996.

ASSIS, M. C. A. **Funções exercidas pelos enfermeiros de saúde pública nos centros de saúde do I núcleo regional de saúde do estado da Paraíba**. 1988. 99f. Dissertação (Mestrado) – Departamento de Enfermagem, Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 1988.



ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ENFERMAGEM. **A classificação internacional das práticas de enfermagem em saúde coletiva – CIPESC**. Brasília: ABEn, 1999.

ASSOCIATION OF STATE AND TERRITORIAL DIRECTORS OF NURSING (ASTDN). **Public Health Nursing: a partner for healthy populations**. Washington D.C.: American Nurses Association, 2000.

ÁVILA, H. A.; SANTOS, M.P.S. A utilização de cenários na formulação e análise de políticas para o setor público. **Revista de Administração Pública**, v. 22, n. 4, p. 1733, 1988.

BARNES, D.; ERIBES C.; JUARBE T.; NELSON, M.; PROCTOR, S.; SAWYER, L. SHAUL, M.; MELEIS, A. I. Primary Health Care and Primary Care: a confusion of philosophies. **Nursing Outlook**, St. Louis, v. 43, n. 1, p. 7-16, Jan./Feb.1995.

BERETTA, R. A critical review of the Delphi technique. **Nurse researcher**, v. 3, n. 4, p. 79-89, 1996.

BETTCHER, D. W.; SAPIRIE, S GOON, E. H. T. Essential public health functions: results of the international Delphi study. **World Health Statistical Quaterly**, Washington, v. 51, p.44-55, 1998.

BIANCO, M. H. B. C. **Construção da autonomia do enfermeiro no cotidiano** : um estudo etnográfico sob o referencial teórico de Agnes Heller. 1999. 187f. Tese (Doutorado). Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 1999.

BODSTEIN, R. Editorial. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 3, p. 398-399, 2002.

BOND, S; BOND, J. A Delphi survey of clinical nursing research priorities. **Journal of Advanced Nursing**, Oxford, v. 7, p. 565-575, 1982.

BRASIL. Lei 7.498 de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício profissional de enfermagem e da outras providências. In: ASSOCIACAO BRASILEIRA DE ENFERMAGEM. **A nova lei do exercício da enfermagem**. ABEn: Brasília, 1987. p. 20-23.

\_\_\_\_\_. Lei 8080/90. **Lei orgânica da saúde**. Brasília, 1990.

\_\_\_\_\_. Ministério da Educação. Portaria nº 1721 de 16 de dezembro de 1994: currículo mínimo do Curso de Enfermagem. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 16 dez. 1994, Seção 1, p. 19301-2.

\_\_\_\_\_. Ministério da Educação. Lei nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996. Estabelece as diretrizes e bases da educação nacional. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 23 dez. 1996. Seção 1, p. 833-841.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Norma operacional básica – SUS 01/96**. Brasília, 1997.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial**. Brasília, 1998. 36p.

\_\_\_\_\_. Secretaria de Assistência à Saúde. **Manual para a organização da atenção básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 1999. 33p.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Referências conceituais para a organização do sistema de certificação de competências/PROFAE**. Brasília, 2000.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Anuário Estatístico do Brasil 2001**. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/saude>>. Acesso em: 24 set. 2003.

\_\_\_\_\_. Conselho Nacional de Educação. Institui diretrizes curriculares nacionais dos cursos de graduação em enfermagem. Resolução no 3, 7 Novembro 2001. In: ALMEIDA, M. **Diretrizes curriculares dos cursos universitários da área da saúde**. Londrina: REDE UNIDA, 2003a. p. 8-15.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Política de Educação e Desenvolvimento para o SUS: caminhos para a Educação Permanente em Saúde, Pólos de Educação Permanente em Saúde**. Brasília, 2003b.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Princípios e Diretrizes para a NOB/RH-SUS**. 2 ed. Brasília, 2003c.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia do SUS para a formação e o desenvolvimento dos trabalhadores para o setor e dá outras providências. **Portaria** nº 198, 13 de fevereiro de 2004.

BUSNELLO, E. et al. **Projeto de um Sistema de Saúde Comunitária**. Porto Alegre: Unidade Sanitária Murialdo, 1975. (mimeografado).

BUSS, P. M. Promoção da saúde e qualidade de vida. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, p. 163-177, 2000a.

\_\_\_\_\_. Revalorización de la promoción y de la prevención en salud. In: OPAS. **Desafios para la Educación en Salud Pública**. La reforma Sectorial y las Funciones Esenciales de Salud Publica. Washington: OPS, 2000b.

CAMPOS, G.W.S. **Reforma da reforma: repensando a saúde**. São Paulo: Hucitec, 1997.

\_\_\_\_\_. **Um método para análise e co-gestão de coletivos: a constituição do sujeito, a produção de valor de uso e a democracia em Instituições: o método da roda**. São Paulo: HUCITEC, 2000. 236 p.

CAMPOS, G. W.; SANTANA, J. P. Introdução. In: BRASIL. Ministério da Saúde. **Política de Recursos Humanos em Saúde**. Seminário Internacional: Brasília, 2002. p.9-12.

CANADIAN NURSES ASSOCIATION (CNA). **Community health nursing certification examination: list of competencies (Draft)**. Ottawa: Canadian Nurses Association, 2004.

CASSIANI, S. H. B.; RODRIGUES, L. P. A técnica Delphi e a técnica de grupo nominal como estratégias de coleta de dados das pesquisas em enfermagem. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 9, n. 3, p. 76-83, set./dez. 1996.

CASTRO, N. Organização do trabalho, qualificação e controle na indústria moderna. In: **Coletânea CBE**, 2 ed., Campinas: Papirus, p. 69-83, 1994.

CEBALLOS, M. E. **La enseñanza de la salud pública en los pregrados de enfermería**. Medellín. Universidad de Antioquia, 2004. 16p. (mimeografado).

CHAVES, D. E. Posicionamento de um grupo de enfermeiros sobre o seu compromisso social. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 33, p. 275-304, 1980.

CHEADE, M. F. M. **Caracterização das atividades dos enfermeiros nas secretarias municipais de saúde do estado de Mato Grosso do Sul**. 2000. 180f. Dissertação (Mestrado)- Escola Paulista de Medicina, Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, 2000.

CHIRELLI, M. Q. **O processo de formação do enfermeiro crítico-reflexivo na visão dos alunos do Curso de Enfermagem da FAMEMA**. 2002. 271f. Tese (Doutorado)- Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, 2002.

COMMUNITY HEALTH NURSES ASSOCIATION OF CANADA (CHNAC). **Canadian Community Health Nursing Standards of Practice**. May, 2003. Disponível em: <[www.communityhealthnursescanada.org](http://www.communityhealthnursescanada.org)>. Acesso em: 15 mar. 2004.

CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 8., 1987, Brasília. **Relatório Final...** Brasília: Ministério da Saúde, 1987.

CONLEY, E.; DAHL, J. **Public health nursing within core public health functions**. Washington : Public Health Nursing Directors, 1993.

CONSELHO INTERNACIONAL DE ENFERMEIRAS (CIE). **ICN Framework of Competencies for the Generalist Nurse**. Geneva: Conselho Internacional de Enfermeiras, 2003.

CORBISHLEY, A. C. M. **O trabalho de enfermagem no processo de construção de um modelo assistencial em saúde coletiva**. 1998. 304f. Tese (Doutorado)- Escola de Enfermagem Anna Nery, Rio de Janeiro, 1998.

COSTA, H. Editorial. **Revista Brasileira de Saúde da Família**, Brasília, v. 5, n. 7, p. 4, 2004. Edição Especial.

\_\_\_\_\_. Em defesa da saúde. **Folha de São Paulo**, São Paulo, 6 jul. 2003. Caderno A3.

COSTA, M. S. B. **Assistência primária de saúde e a prática de enfermagem**. 1987. 206f. Dissertação (Mestrado) - Departamento de enfermagem, Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 1987.

COUNCIL OF LINKAGES BETWEEN ACADEMIA AND PUBLIC HEALTH PRACTICE (COUNCIL). **Core competencies for public health professionals**. Washington: Council, 2001.

- DATASUS. **Imunizações – Cobertura – Rio Grande do Sul**. 2000. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br>>. Acesso em: 20 jul. 2002.
- DATASUS. **Indicadores e dados básicos – Brasil – 1999**. IDB – 2001. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br>>. Acesso em: 20 jul. 2002.
- DE NEGRI FILHO, A. et al. **Programa de Saúde da Família em Porto Alegre-RS**. Porto Alegre/Secretaria Municipal de Saúde, 1995. (mimeografado).
- DELORS, J. **Educação: um tesouro a descobrir**: relatório para a UNESCO da Comissão Internacional sobre Educação para o século XXI. 6 ed. São Paulo: Cortez, 2001.
- DELUIZ, N. Qualificação, competências e certificação: visão do mundo do trabalho. **Formação**, Brasília, v. 1, n. 3, p. 5-15, 2001.
- \_\_\_\_\_. **Formação do trabalhador: produtividade & cidadania**. Rio de Janeiro: Shape, 1995.
- DESAULNIERS, J. B. R. Formação, competência e cidadania. **Educação e Sociedade**, Campinas, v. 18, n. 60, dez. 1997.
- DIEKEMPER, M.; SMITHBATTLE, R. N.; DRAKE, M. A. Bringing the population into focus: a natural development of community health nursing practice. Part I. **Public Health Nursing**, Cambridge, v. 16 n. 1, p. 3-10, fev. 1999a.
- DIEKEMPER, M.; SMITHBATTLE, R. N.; DRAKE, M. A. Bringing the population into focus: a natural development of community health nursing practice. Part II. **Public Health Nursing**, Cambridge, v. 16 n. 1, p. 3-10, fev. 1999b.
- DRUMMOND JÚNIOR., M. **Epidemiologia e serviços de saúde**: reflexões sobre o uso da epidemiologia no SUS. tese (Doutorado). Faculdade de Ciências Médicas. Universidade de Campinas, Campinas, 2001.
- DUNCAN, B.B.; SCHMIDT, M. Diretrizes e estratégias da Rede IDA. **Boletim Informativo da Rede IDA**, v. 9, n. 7, p. 6-7, 1992.
- DUFFIELD, C. The Delphi technique: a comparison of results obtained using two expert panels. **International Journal of Nursing Studies**, Oxford, v. 30, n. 3, p. 227-237, 1993.
- FARO, A. C. M. Técnica Delphi na validação das intervenções de enfermagem. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 31, n. 2, p. 259-73, ago. 1997.
- FERREIRA, A. B. H. **Novo dicionário Aurélio da língua portuguesa**. 2 ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1986.
- FINK, A.; KOSECOFF, J.; CHASSIN, M.; BROOK, R. Consensus methods: characteristics and guidelines for use. **American Journal of Public Health**, Washington, v. 74, p. 979-983, 1984.
- FLEURY, S. **Estado sem cidadãos**: seguridade social na América latina. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1994.

- FRANCO, T.B. **Os processos de trabalho e a mudança do modelo tecnoassistencial em saúde**. 1999. 189f. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Ciências Médicas da Universidade de Campinas, Campinas, 1999.
- FRENCH, P.; HO, Y.Y.; LEE, L. A Delphi survey of evidence-based priorities in Hong Kong. **Journal of Nursing Management**, Oxford, v. 10, p. 265-273, 2002.
- FRIEDRICH, D. B. C. **Cuidado no trabalho da enfermeira em Unidade Básica de Saúde: uma práxis em transformação**. 2000. 134f. Dissertação (Mestrado)- Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2000.
- FRY, M.; BURR, G. Current triage practice and influences affecting clinical decision-making in emergency departments in NSW, Austrália. **Accident and Emergency Nursing**, Edinburgh, v. 9, p. 227-234, 2001.
- GARRAFA, V. **A dimensão ética da saúde pública**. São Paulo: FSP/USP, 1995.
- GEBBIE, K. **Competency-to-Curriculum Tool Kit**: developing curricula for public health workers. Discussion draft developed by Competencies & Curriculum Workgroup. Georgia, 2002. Disponível em : [www.mailman.hs.columbia.edu/CPHP/cdc/Competencies\\_tool\\_dit.htm](http://www.mailman.hs.columbia.edu/CPHP/cdc/Competencies_tool_dit.htm). Acesso em: 03 out. 2004.
- GEBBIE, K. M.; HWANG, I. Preparing currently employed public health nurses for changes in the health system. **American Journal of Public Health**, Washington, v. 90, n. 5, p. 716-721, May. 2000.
- GIOVINAZZO, R. A. Modelo de aplicação da Metodologia Delphi pela Internet – Vantagens e Ressalvas. **Administração On Line**, v. 2, n. 2, p. I-F, abr./jun. 2001.
- GONCZI, A. Competency Based Assessment in the Professions in Austrália. **Assessment in Education**, Londres, v. 1, n. 1, p. 27-43, 1994.
- GOODMAN, C. M. The Delphi technique: a critique. **Journal of Advanced Nursing**, Oxford, v. 12, n. 5, p. 729-734, 1987.
- GOMES, R.; DESLANDES, S.F. Interdisciplinaridade na saúde pública: um campo em construção. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 2, n. 2, p. 103-114, jan. 1994.
- GRANT, J. S.; KINNEY, M. S. Using the Delphi Technique to examine the content validity of nursing diagnoses. **Nursing Diagnosis**, v. 3, n. 1, p. 12-22, 1992.
- GREATOREX, J.; DEXTER, T. An accessible analytical approach for investigating what happens between the rounds of a Delphi study. **Journal of Advanced Nursing**, Oxford, v. 32, n. 4, p. 1016-1024, 2000.
- HITCH, P. J.; MURGATROYD J. D. Professional communications in cancer care: a Delphi survey of hospital nurses. **Journal of Advanced Nursing**, Oxford, v. 8, p. 413-422, 1983.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Estatísticas da Saúde**: Assistência Médico-Sanitária. Rio de Janeiro: IBGE, 2002. 272p.

\_\_\_\_\_. **Censo Demográfico 2000**, Rio de Janeiro, 2000.

INSTITUTE OF MEDICINE. **The future of public health**. Washington, D.C.: National Academy Press, 1988. 225p.

JACOMO, Y. A. **Atribuições da Equipe de Enfermagem de Unidade Básica de Saúde, na Implementação do Sistema único de Saúde nos Municípios de Ferraz de Vasconcelos e Taboão da Serra**. 1999. 130f. Tese (Doutorado) - Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1999.

KALINOWSKI, C. E. **O trabalho da Enfermeira na rede básica de saúde**: um estudo de caso. 2000. 77f. Dissertação (Mestrado)- Interinstitucional, Universidade Federal de Santa Catarina/ Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2000.

KENYON, V.; SMITH, E.; HEFTY, L. V.; BELL, M. L. MCNEIL, J.; MARTAUS, T. Clinical competencies for community health nursing. **Public Health Nursing**, Cambridge, v. 7, n. 1, p. 33-39, 1990.

KICKBBUSCH, I. Reflexiones sobre la Salud Pública en las Américas. In: OPS. **Educación en salud pública**: nuevas perspectivas para las Américas. Washington: OPS, 2001. p. 24-30.

LANE, D. S.; ROSS, V. The importance of defining Physicians' competencies: lessons from preventive medicine. **Academic Medicine**, Philadelphia, v. 69, n. 12, p. 972-974, Dec. 1994.

LAURELL, A. C. A saúde-doença como processo social. In: NUNES, E. D. (Org.) **Medicina social**: aspectos históricos e teóricos. São Paulo: Global, 1983. p. 133-153.

LINDEMAN, C. Delphi survey of priorities in clinical nursing research. **Nursing Research**, New York, v. 24, n. 6, p. 434-441, 1975.

LOPES, A. M. C. **A prática do enfermeiro de saúde pública**: entre o que se faz e o que se pensa. 1994. 113f. Dissertação (Mestrado)- Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 1994.

LÓPEZ ACUÑA, D.; MUÑOZ, F.; MACEDO, C. G.; HALVERSON, P. HANNA, W.; LARRIEU, M.; UBILLA, S. Iniciativa "La salud pública en las Américas": una manera de mejorar la práctica de salud pública en el continente americano. In: OPS. **Educación en salud pública**: nuevas perspectivas para las Américas. Washington: OPS, 2001. p.17-23.

LYTE, G. JONES, K. Developing a unified language for children's nurses, children and their families in the United Kingdom. **Journal of Clinical Nursing**, Oxford, vol. 10, n. 1, p. 79-85.

MACEDO, C. G. La salud publica en las Américas: documento conceptual y operacional. In: OPS. **Educación en salud pública**: nuevas perspectivas para las Américas. Washington: OPS, 2001. p. 1-16.

- MAGALHÃES, L. B. **A prática dos Enfermeiros em postos de saúde municipais no estado Paraná e sua relação com a formação profissional e a organização dos serviços.** 1991. 122f. Tese (Doutorado)- Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1991.
- MANCUSSI, A. C. Assistência ao binômio paciente/família na situação de lesão traumática da medula espinhal. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 6, n. 4, p. 67-74, 1998.
- MARTINI, J. G. Implantação do Programa de Saúde da Família em Porto Alegre. **Revista Brasileira de Enfermagem**., Brasília, v. 53, p. 3-4, dez. 2000. Número Especial
- MAZZORANI, B. M. **Trabalho da enfermagem nas unidades básicas de saúde:** reflexões sobre a realidade vivida e possibilidades de transformação. 2000. 181f. Dissertação (Mestrado)- Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2000.
- MENDES, E. V. **Uma agenda para a saúde.** 2 ed. São Paulo: HUCITEC, 1999.
- \_\_\_\_\_. **A atenção primária à saúde no SUS.** Fortaleza: Escola de Saúde Pública do Ceará, 2002.
- MENDES GONÇALVES, R. B. **Tecnologia e organização social das práticas de saúde:** características tecnológicas de processo de trabalho na rede estadual de centros de saúde de São Paulo. São Paulo: Hucitec/Abrasco, 1994.
- MENEZES, R. M. P. **Representações da prática de um grupo de enfermeiras:** um estudo de caso. 1990, 174f. Dissertação (Mestrado)- Escola de Enfermagem Ana Néri, Rio de Janeiro, 1990.
- MERHY, E. E. E daí surge o PSF como uma continuidade e um aperfeiçoamento do PACS. **Interface: comunicação, educação, saúde**, Botucatu, v. 9, p. 147-149, ago. 2001.
- MEYER, D. E.; KRUSE, H. L. Acerca de diretrizes curriculares e projetos pedagógicos: um início de reflexão. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 56, n. 4, p. 335-339, jul./ago. 2003.
- MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento:** pesquisa qualitativa em saúde. Rio de Janeiro: HUCITEC, 1999.
- MISHIMA, S. M. **A gerencia de serviços de atenção primaria a saúde como instrumento para a reorganização da assistência a saúde – o caso do Programa de Saúde da Família.** 2003. 153f. Tese (Livre-docencia). Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2003.
- MORETTO, E. F. S. **Enfermagem e o SUS:** da realidade à possibilidade. 2000. 204f. Dissertação (Mestrado)- Interinstitucional. Universidade Federal de Santa Catarina/Universidade Regional Integrada, Florianópolis, 2000.

MORETTO, M. A. **Política e a prática nas unidades básicas de saúde:** suas consonâncias na visão dos enfermeiros. 2000. 144f. Dissertação (Mestrado)- Interinstitucional. Universidade Federal de Santa Catarina/ Universidade Regional Integrada, Florianópolis, 2000.

MISHIMA, S. M.; VILLA, T.C.S.; SILVA, E. M.; PINTO, I .C.; ALMEIDA, M. C. P. O velho trabalho em equipe pode ganhar cara nova? Uma perspectiva do trabalho gerencial. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 54, p. 66-74, jan./abr. 2000.

NICKEL, J.; PITUCH, M. J.; HOLTON, J. DIDION, J. PERZYNSKI, K. WISE, J. MCVEY, B. Community Nursing Competencies: a comparison of educator, administrator, and student perspectives. **Public Health Nursing**, Cambridge, v. 12, n. 1, p. 3-8, 1995.

ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DA SAÚDE (OPAS). **La Enfermería de Salud Pública y las Funciones Esenciales de Salud Publica:** bases para el ejercicio profesional en el siglo XXI. Washington: OPAS, 2002a.

\_\_\_\_\_. **La Salud Pública en las Américas:** nuevos conceptos, análisis del desempeño y bases para la acción. Washington: OPAS, 2002b.

\_\_\_\_\_. **Servicios de enfermería para contribuir al logro de la equidad, el acceso, la calidad y la sostenibilidad de los servicios de salud.** Plan de Medio Plazo: 2001-2003. Washington, 2001.

\_\_\_\_\_. **Desafíos para la Educación en Salud Pública.** La reforma Sectorial y las Funciones Esenciales de Salud Publica. Washington: OPAS, 2000a.

\_\_\_\_\_. **Funciones Esenciales de Salud Publica.** 126 Sesión del Comité Ejecutivo. Washington: OPAS, 2000b.

\_\_\_\_\_. **Propuesta de agenda para las instituciones de formación y capacitación en salud pública y marco de referencia para la cooperación técnica.** Washington: OPAS, 2000c.

\_\_\_\_\_. **Funciones Esenciales de Salud Pública:** una perspectiva desde las prácticas sociales. Marco de referencia para una discusión regional. Washington: OPAS, 1998.

\_\_\_\_\_. División de Desarrollo de Sistemas y Servicios de Salud. **Funciones Esenciales de Salud Publica.** Documento de Posición. Washington: OPAS, 1997.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Competency in Nursing.** Genebra: OMS, 2003.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. UNICEF. **Atención primaria de salud.** Informe de la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud. Genebra: OMS, 1978.

PAIM, J. A reforma sanitária e a municipalização. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 1, n. 2, p. 29-44, 1992.



PASSOS, M. R. “Assistir e vigiar”. As ações de vigilância epidemiológica na unidade básica de saúde: situação atual e perspectivas. 2003. 215f. Tese (doutorado). Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2003.

PEDUZZI, M. Multiprofessional healthcare team: concept and typology. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 35, n. 1, p. 103-109, fev. 2001.

\_\_\_\_\_. **Equipe multiprofissional de saúde: a interface entre trabalho e interação**. 1998. 254f. Tese (Doutorado).:Faculdade de Ciências Médicas, Universidade de Campinas, Campinas 1998.

PERRENOUD, P. **Construir as competências desde a escola**. Porto Alegre: ARTMED, 1999.

PERROCA, M. G.; GAIDZINSKI, R. R. Sistema de classificação de pacientes: construção e validação de um instrumento. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 32, n. 2, p. 153-68, ago. 1998.

PESAVENTO, S. J. **História do Rio Grande do Sul**. Porto Alegre: Mercado Aberto, 1992.

MATTOS, R. A. Os Sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A (org.). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: ABRASCO, 2001.

PORTO ALEGRE. Secretaria Municipal de Saúde. **Projeto de Expansão da Saúde da Família**. Porto Alegre, 2003. 82p. (mimeografado).

\_\_\_\_\_. Secretaria Municipal de Saúde. Resolução n. 06 141p./98 de 21 de Agosto de 1998. **Protocolo e rotina para prescrição e transcrição de medicamentos, solicitação de exames laboratoriais e procedimentos para os enfermeiros que atuam nos ambulatórios de saúde pública da SMS**. Porto Alegre: Gabinete do Secretário,/SMS, 1998. 32p. (mimeografado).

PUBLIC HEALTH IN AMÉRICA. 1994. Disponível em: <<http://www.phppo.cdc.gov/dphs/nphpsp/>>. Acesso em: 24 jun. 2002.

RAMOS, D. D.; LIMA, M. A. D. O espaço de enfermagem em saúde coletiva na rede municipal de saúde de Porto Alegre. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre v. 21, , p. 45-55, 2000. Número especial.

RAMOS M. N. **A pedagogia das competências: autonomia ou adaptação?** São Paulo: Cortez, 2001.

ROBERTS-DAVIS, M.; READ, S. Clinical role clarification: using the Delphi method to establish similarities and differences between Nurse Practitioners and Clinical Nurse Specialists. **Journal of Clinical Nursing**, Oxford, v. 10, n. 1, p. 33-43, 2001.

ROCHA, J. S. **Implicações das ações integradas de saúde na formação e utilização de enfermeiros no município de Barra Mansa no Estado do Rio de Janeiro**. 1986. 51f. Dissertação (Mestrado)- Universidade Federal Fluminense, Rio de Janeiro, 1986.

ROCHA, S. R. O.; RODRIGUES, E. M. S. Promoção da saúde: estratégia para o desenvolvimento sustentável. In: BRASIL. Ministério da Saúde. **Gestão Municipal de Saúde: textos básicos**. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde, 2001. p. 265-268.

ROSA, M. I. Trabalho: nova modalidade de uso de si e educação: debates/confrontos de valores. **Revista Pro-posições**, v. 32, Campinas, dez. 2000.

ROSEN, G. **Uma história da saúde pública**. 2. ed. Rio de Janeiro: Hucitec/Abrasco, 1994.

RUIZ, L. De la realidad a las disciplinas: estructuración de las respuestas educacionales con base en las competencias de las instituciones y de la fuerza de trabajo. In: OPS. **Educación en salud pública: Nuevas perspectivas para las Americas**. Washington: OPS, 2001. p. 134-161.

SACKMAN, H. **Delphi Technique: expert opinion forecasting and group process**. Lexington Books, Lexington, Massachussets.

SANTOS, B. S. Reinventar a democracia: entre o pré-contratualismo e o pós-contratualismo. In: **A crise dos paradigmas em ciências sociais e os desafios para o século XXI**. Rio de Janeiro: Contraponto, 1999. p. 33-76.

SCHRAIBER, L. B.; NEMES, M. I. B. Processo de trabalho e avaliação dos serviços de saúde. **Cadernos FUNDAP**, São Paulo, n. 19, p. 88-97, jan./abr. 1996.

SCHRAIBER, L. B.; PEDUZZI, M. **Recursos humanos e trabalho coletivo em saúde: o caso da região do Butantã**, Município de São Paulo. Relatório de Pesquisa, São Paulo, 1997.

SCHWARTZ, Y. Os ingredientes da competência: um exercício necessário para uma questão insolúvel. **Educação & Sociedade**, Campinas, v. 19, n. 65, dez. 1998.

SECRETARIA DE POLITICAS DE SAUDE. Departamento de Atenção Básica. Programa Saúde da Família. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 34, n. 3, p. 316-318, 2000.

SEMINÁRIO NACIONAL DE DIRETRIZES PARA A EDUCAÇÃO EM ENFERMAGEM NO BRASIL, 3., 1998, Rio de Janeiro. **Relatório Final...** Rio de Janeiro: ABEn, Seção RJ, 1998.

SEMINÁRIO NACIONAL DE DIRETRIZES PARA A EDUCAÇÃO EM ENFERMAGEM NO BRASIL, 4., 2000, Fortaleza. **Relatório Final...** Fortaleza: ABEn, Seção CE, 2000.

SILVA, E. M. **Supervisão do trabalho de enfermagem em saúde pública no nível local**. 1997. 306f. Tese (Doutorado). Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 1997.

SILVA JÚNIOR, A. G. **Modelos tecnoassistenciais em saúde: o debate no campo da saúde coletiva**. São Paulo: Hucitec, 1998.

SILVA, R. F. **Generic competencies required by nurses and doctors in a primary health care team**. 1998. 116f. Dissertation (Master) - Centre of Medical Education, University of Dundee, Dundee, 1998.

SILVA, R. F.; TANAKA, O. Y. Técnica Delphi: identificando as competências gerais do médico e do enfermeiro que atuam em atenção primária de saúde. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 33, n. 3, p. 207-16, set. 1999.

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

STROOBANTS, M. Qualificação ou competências? Padrões de geometria variável. In: DESAULNIERS, J. **Trabalho & formação & competências**. Porto Alegre: EDIPUCRS, 1998. p. 81-100.

SULLIVAN, E.; BRYE, C. Nursing's future: use of the Delphi technique for curriculum planning. **Journal of Nursing Education**, Ottawa, v. 22, n. 5, p. 187-189, May 1983.

SULLIVAN, L. **Core competencies in public health**: literature summary. Public Health Research, Education and Development Program of Middlesex-London. Ottawa, 2004.

THE QUAD COUNCIL. **Public health nursing competencies**. Cidade, 2003. Disponível em: <[www.astdn.org](http://www.astdn.org)>. Acesso em: 15 mar. 2004.

\_\_\_\_\_. **Public health nursing in a reformed health care system**. Washington D.C.: The Quad Council, 1993.

THUMÉ, E. **Práticas dos enfermeiros na Atenção Básica em Saúde na região sul do Rio Grande do Sul**. 2000. 147f. Dissertação (Mestrado) - Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2000.

TURNOCK, B. J.; HANDLER, A.; DYAL, W. W.; CHRISTENSON, G.; VAUGHN, E. H. ROWITZ, L. MUNSON, J. W. BALDERSON, T.; RICHARDS, T. B. Implementing and assessing organizational practices in local health departments. **Public Health Reports**, Rockville, v. 109, n. 4, p. 478-484, 1994.

UNITED STATES. Department of Health and Human Services. **The Public Health Workforce**: an agenda for the 21st century. Washington: USDHHS, 1997. (Full report of the Public Health Functions Project).

VAZ, M. R. C. **O trabalho da enfermeira na rede básica de serviços de saúde**: análise de depoimentos. 1989. 211f. Dissertação (Mestrado)- Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 1989.

VERDI, M. **Com a palavra, as enfermeiras**: concepções teóricas que fundamentam sua prática nos serviços da rede básica de saúde. 1993. 180f. Dissertação (Mestrado)- Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 1993.

VIEIRA A.L.S., OLIVEIRA E. S. A equipe de enfermagem no mercado de trabalho em saúde no Brasil. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 57, p. 63-70, jan./abr. 2001.

VILLA, T et al. **Caracterização da prática administrativa do enfermeiro nas instituições de saúde**. Ribeirão Preto. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto. Universidade de São Paulo. 16 p. (mimeografado).

WHILE, A . E. Competence versus performance: which is more important? **Journal of Advanced Nursing**, Oxford, v. 20, n. 4, p. 525-531, 1994.

WILLIAMS, P. L.; WEBB, C. The Delphi technique: a methodological discussion. **Journal of Advanced Nursing**, Oxford, v. 19, n. 2, p. 180-186, 1994.

WOODRUFFE, C. What is meant by a competency? **Leadership and Organisation Development Journal**, Bradford, v. 14, n. 1, p. 29-36, 1993.

WRIGHT, J. T. A técnica Delphi: uma ferramenta útil para o planejamento do Brasil? In: ENCONTRO BRASILEIRO DE PLANEJAMENTO EMPRESARIAL, 28-29 1985. **Anais...** São Paulo: Sociedade Brasileira de Planejamento Empresarial, 1986, p. 199-207.

WRIGHT, J. T. C.; GIOVINAZZO, R. A. Delphi – uma ferramenta de apoio ao planejamento prospectivo. **Caderno de Pesquisas em Administração**, São Paulo, v. 1, n. 12, p. 54-65, 2000.

ZARIFIAN, P. O modelo da competência e suas conseqüências sobre os ofícios profissionais. In: Seminário Internacional Educação profissional, trabalho e competências. 1996, Rio de Janeiro. **Anais...**Rio de Janeiro: CIET, 1996.

\_\_\_\_\_. **El modelo de competencia y los sistemas productivos**. Montevideo: Cinterfor, 1999.



## APÊNDICE A – Instrumento I

### COMPETÊNCIAS DA ENFERMEIRA NO NÍVEL LOCAL: Contribuição à construção das Funções Essenciais de Saúde Pública

#### FORMULÁRIO – LEVANTAMENTO PRELIMINAR DE COMPETÊNCIAS

Este instrumento visa fazer um levantamento preliminar para identificar as competências gerais e específicas requeridas da enfermeira para a atuação na saúde pública, com enfoque no nível local. Ele faz parte de um estudo a respeito da especificidade do trabalho da Enfermeira na atenção primária e visa contribuir para a construção das Funções Essenciais de Saúde Pública.

A noção de Funções Essenciais de Saúde Pública (FESP) foi desenvolvida em alguns países da América do Norte e da Europa a partir de 1988 e incorporada pela Organização Mundial da Saúde em 1995. As FESP foram definidas como um conjunto de atividades fundamentais e imprescindíveis, ações e responsabilidades que devem ser desenvolvidas e assumidas para a realização de seu objetivo central: o melhoramento da saúde das populações.

Nesse referencial, compete aos Ministérios de Saúde a função de reitoria setorial, dentro da qual se inserem competências em matéria de saúde pública. Com esse entendimento, a noção de funções tem sido aplicada, além de aos sistemas de saúde (FESP) e a instituições essenciais de saúde pública (IESP), à força de trabalho em saúde pública, neste último caso agregando-lhe um significado mais próximo à noção de **capacidades** ou **competências**. Competência significa aquela qualificação, preparação ou habilidade que é adequada a uma certa necessidade ou demanda e que tem uma expressão empírica, um correlato concreto no desempenho.

Competência tem sido relacionada à capacidade de articular e mobilizar conhecimentos, habilidades e atitudes, colocando-os em ação para resolver problemas e enfrentar situações de imprevisibilidade em uma dada situação concreta de trabalho e em um determinado contexto cultural. Ela compreende um conjunto de saberes e capacidades que os profissionais incorporam por meio da formação e da experiência, somado à capacidade de integrá-los, utilizá-los e transferi-los em diferentes situações profissionais.

As **competências genéricas** referem-se a comportamentos profissionais próprios de desempenhos em diferentes setores ou atividades e usualmente relacionados à interação com tecnologias mais gerais. Na área da saúde, na atenção básica, seriam aquelas de todos os profissionais (de nível superior, técnico e outros).

As **competências específicas** são aquelas diretamente relacionadas com o exercício de ocupações concretas, não sendo facilmente transferíveis de um a outro âmbito profissional. No caso do projeto em execução são aquelas necessárias para o trabalho da enfermeira na atenção básica.

A noção de competência foi primeiramente incorporada pelo mundo do trabalho e inserida posteriormente nas propostas de formação e atualização profissional.

Propostas de competências para a prática e para o ensino de saúde pública têm sido elaboradas por um Projeto de Competências nos Estados Unidos que reúne a opinião de diversas organizações. No Brasil, existe apenas um estudo a respeito das competências gerais para o trabalho de enfermeiras e médicos na atenção básica.

No ensino, as diretrizes curriculares nacionais dos cursos de graduação da área da saúde estabelecem competências gerais para todos os profissionais de saúde e específicas para cada profissão, inclusive para a enfermagem. Da mesma forma, a Organização Pan-americana de Saúde vem trabalhando a definição das competências a serem incorporadas no marco estrutural das respostas educacionais utilizando as tendências sociais e de saúde da região. Foram propostas competências genéricas e específicas para a planificação das respostas educacionais para profissionais de saúde pública.

Neste estudo, porém, não pretendemos gerar uma lista exaustiva de atividades a cumprir, mas sim, suscitar um debate na enfermagem, a partir das competências, sobre os ideais de saúde que se têm, os principais desafios a enfrentar, os grandes campos de atuação para alcançá-los e as responsabilidades correspondentes.

Interessa-nos, neste trabalho, suscitar a discussão a respeito do trabalho da enfermeira de saúde pública no nível local, ou seja, na atenção básica, naquele nível definido tecnicamente como o primeiro contato da população com o sistema de saúde - e o espaço onde se realiza, ou seja, a porta de entrada no sistema de saúde.

Para darmos início a esta discussão, solicitamos que liste três competências gerais e três específicas que, segundo a sua experiência e o seu conhecimento, são essenciais para o trabalho da enfermeira na atenção básica. Solicitamos que, após listar cada **competência**, comente **por que** você considera que esta é necessária ao trabalho da enfermeira na atenção básica de saúde.

## COMPETÊNCIAS GERAIS

1. \_\_\_\_\_

Comente por que você considera que esta competência é necessária ao trabalho da enfermeira na atenção básica de saúde.

---

---

---

2. \_\_\_\_\_

Comente por que você considera que esta competência é necessária ao trabalho da enfermeira na atenção básica de saúde.

---

---

---

3. \_\_\_\_\_

Comente por que você considera que esta competência é necessária ao trabalho da enfermeira na atenção básica de saúde.

---

---

---



### COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS

1. \_\_\_\_\_

Comente por que você considera que esta competência é necessária ao trabalho da enfermeira na atenção básica de saúde.

---

---

---

2. \_\_\_\_\_

Comente porque você considera que esta competência é necessária ao trabalho da enfermeira na atenção básica de saúde.

---

---

---

3. \_\_\_\_\_

Comente porque você considera que esta competência é necessária ao trabalho da enfermeira na atenção básica de saúde.

---

---

---

APÊNDICE B – Formulário II: Grupo Enfermeiras

COMPETÊNCIAS DA ENFERMEIRA NA ATENÇÃO BÁSICA:  
Contribuição à construção das Funções Essenciais de Saúde Pública

Na coluna da esquerda (1), marque qual enunciado lhe parece mais apropriado e, na da direita (2) o nível de concordância com a competência listada.

Coluna 1	COMPETÊNCIAS GERAIS	Coluna 2				
		Nível de concordância				
		Concordo Muito				Discordo Muito
( )	Tomada de decisão					
( )	Agilidade na tomada de decisões					
	Outro:	( )	( )	( )	( )	( )
( )	Responsabilidade					
( )	Responsabilidade profissional					
( )	Organização e responsabilidade					
	Outro:	( )	( )	( )	( )	( )
( )	Trabalhar em equipe multidisciplinar					
( )	Fazer parte da equipe multiprofissional					
	Outro:	( )	( )	( )	( )	( )
( )	Trabalhar interdisciplinarmente com a equipe					
( )	Interdisciplinaridade					
	Outro:	( )	( )	( )	( )	( )
( )	Promover educação continuada					
( )	Reconhecer as complexidades do ensino para a mudança pessoal e social					
( )	Capacitação permanente de auxiliares e/ou técnicos de Enfermagem e/ou Agentes comunitários de saúde					
	Outro:	( )	( )	( )	( )	( )
( )	Coordenação					
( )	Coordenar Assistência de Enfermagem					
	Outro:	( )	( )	( )	( )	( )
( )	Planejamento					
( )	Planejamento estratégico					
( )	Participação no desenvolvimento de atividades de planejamento e avaliação da equipe e ações de saúde					
	Outro:	( )	( )	( )	( )	( )
( )	Promover comprometimento com a saúde, como direito individual e coletivo					
( )	Comprometimento					
	Outro:	( )	( )	( )	( )	( )
( )	Notificação de agravos					
( )	Notificar as doenças de notificação compulsória					
( )	Trabalhar com perspectiva de vigilância epidemiológica					
	Outro:	( )	( )	( )	( )	( )
( )	Promover a saúde através do autocuidado observando a integralidade					
( )	Promoção comunicação					
	Outro:	( )	( )	( )	( )	( )
( )	Orientação e coordenação de grupos					
( )	Grupos de saúde					
	Outro:	( )	( )	( )	( )	( )
( )	Resolubilidade					
( )	Resolução					
	Outro:	( )	( )	( )	( )	( )
	Comunicação	( )	( )	( )	( )	( )
	Acolhimento	( )	( )	( )	( )	( )
	Educação em saúde	( )	( )	( )	( )	( )
	Supervisão	( )	( )	( )	( )	( )
	Visitas domiciliares	( )	( )	( )	( )	( )
	Organização da equipe de Enfermagem	( )	( )	( )	( )	( )
	Identificação dos problemas de saúde	( )	( )	( )	( )	( )

Continua...

Continuação

Coluna 1	Coluna 2				
	Nível de concordância				
COMPETÊNCIAS GERAIS	Concordo Muito				Discordo Muito
Priorização dos casos urgentes	( )	( )	( )	( )	( )
Coordenar programa de vacinação	( )	( )	( )	( )	( )
Criar fluxograma para as ações básicas	( )	( )	( )	( )	( )
Prevenção/Preservação da saúde	( )	( )	( )	( )	( )
Habilidade	( )	( )	( )	( )	( )
Delegação	( )	( )	( )	( )	( )
Integrar	( )	( )	( )	( )	( )
Orientação em sala de espera	( )	( )	( )	( )	( )
Ler nas entrelinhas	( )	( )	( )	( )	( )
Olhar coletivo	( )	( )	( )	( )	( )
Trabalho em rede	( )	( )	( )	( )	( )
Identificação com o trabalho	( )	( )	( )	( )	( )
Participação em fóruns tais como: Conselho Gestor, Conselho Local de saúde, intercomunitária	( )	( )	( )	( )	( )
Empatia	( )	( )	( )	( )	( )
Sensibilidade	( )	( )	( )	( )	( )
Relacionamento	( )	( )	( )	( )	( )
Afetividade (competência para estabelecer relação profissional com afetividade)	( )	( )	( )	( )	( )
Conhecer a comunidade, com ela estabelecer e manter vínculos	( )	( )	( )	( )	( )
Organização do serviço	( )	( )	( )	( )	( )
Saber ouvir	( )	( )	( )	( )	( )
Criatividade	( )	( )	( )	( )	( )
Flexibilidade	( )	( )	( )	( )	( )

**COMPETÊNCIAS DA ENFERMEIRA NO NÍVEL LOCAL:**  
Contribuição à construção das Funções Essenciais de Saúde Pública

**COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS**

Na coluna da esquerda (1), marque qual enunciado lhe parece mais apropriado e, na da direita (2), o nível de concordância com a competência listada.

Coluna 1	COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS	Coluna 2				
		Nível de concordância				
		Concordo Muito				Discordo Muito
( )	Consulta de Enfermagem					
( )	Assistência direta ao paciente/Consulta de enfermagem					
( )	Consulta de Enfermagem ao recém-nascido					
( )	Consulta de Enfermagem à Puérpera					
( )	Consulta de Enfermagem ao Idoso					
	Outro:	( )	( )	( )	( )	( )
( )	Coordenação de ações educativas na Unidade Sanitária e comunidade					
( )	Educação					
( )	Educar					
( )	Educação em saúde					
( )	Atividades educativas - escola					
( )	Grupos educativos					
	Outro:	( )	( )	( )	( )	( )
( )	Capacitação e Treinamento em serviço					
( )	Educação continuada em Enfermagem					
( )	Ensino em serviço					
( )	Treinamento em serviço para os auxiliares e técnicos de enfermagem					
( )	Treinamento da Equipe de Enfermagem					
( )	Promoção de capacitações					
	Outro:	( )	( )	( )	( )	( )
( )	Supervisão de Enfermagem					
( )	Supervisão da Equipe de Enfermagem					
( )	Supervisão e apoio à Equipe de Enfermagem					
( )	Supervisão Equipe Enfermagem-Responsabilidade técnica					
( )	Responsabilidade de cada um					
	Outro:	( )	( )	( )	( )	( )
( )	Promoção da saúde					
( )	Promoção da saúde (ênfase no cuidado)					
( )	Promover a saúde					
	Outro:	( )	( )	( )	( )	( )
( )	Capacidade técnica					
( )	Conhecimento técnico					
( )	Habilidades técnicas					
	Outro:	( )	( )	( )	( )	( )
( )	Coordenação da equipe de enfermagem					
( )	Reuniões com a Equipe de Enfermagem					
	Outro:	( )	( )	( )	( )	( )
( )	Gerenciamento					
( )	Gerencial					
( )	Administrativo					
	Outro:	( )	( )	( )	( )	( )
( )	Relação com a comunidade					
( )	Elo ligação direta Equipe-Usuário					
	Outro:	( )	( )	( )	( )	( )
( )	Coordenação do serviço de assistência em enfermagem					
( )	Avaliar e planejar a Assistência de Enfermagem					
( )	Planejamento de ações					
( )	Prescrição da assistência de enfermagem					
	Outro:	( )	( )	( )	( )	( )
( )	Procedimentos mais complexos					
( )	Realizar ações de enfermagem (procedimentos)					
	Outro:	( )	( )	( )	( )	( )

Continua...

Continuação

Coluna 1	COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS	Coluna 2				
		Nível de concordância				
		Concordo Muito			Discordo Muito	
( )	Atender os programas preconizados pelo Ministério da Saúde					
( )	Implementar programas					
	Outro:	( )	( )	( )	( )	( )
( )	Visita domiciliar					
( )	Atendimento domiciliar					
	Outro:	( )	( )	( )	( )	( )
( )	Humanização do atendimento	( )	( )	( )	( )	( )
( )	Agilidade	( )	( )	( )	( )	( )
( )	Capacidade de adaptação	( )	( )	( )	( )	( )
( )	Ter consciência de que a saúde é, além de um direito da pessoa, uma responsabilidade social e política.	( )	( )	( )	( )	( )
( )	Atuar em um acolhimento com a intenção de mudança da realidade ou de melhorá-la.	( )	( )	( )	( )	( )
( )	Exercer influência sobre os fatores que determinam sua saúde e bem-estar	( )	( )	( )	( )	( )
( )	Privacidade	( )	( )	( )	( )	( )
( )	Liderança	( )	( )	( )	( )	( )
( )	Coleta de CP	( )	( )	( )	( )	( )
( )	Pré-natal de baixo risco	( )	( )	( )	( )	( )
( )	Atividades de atenção básica	( )	( )	( )	( )	( )
( )	Saber olhar o todo	( )	( )	( )	( )	( )
( )	Saber trabalhar em equipe	( )	( )	( )	( )	( )
( )	Realizar diagnóstico situacional	( )	( )	( )	( )	( )
( )	Projetos	( )	( )	( )	( )	( )
( )	Suscitar nas pessoas o sentimento de cidadania	( )	( )	( )	( )	( )
( )	Integradora	( )	( )	( )	( )	( )
( )	Prevenção em saúde	( )	( )	( )	( )	( )
( )	Biossegurança	( )	( )	( )	( )	( )
( )	Conhecer a população	( )	( )	( )	( )	( )
( )	Conhecer a área de atuação	( )	( )	( )	( )	( )
( )	Escuta	( )	( )	( )	( )	( )
( )	Referência para qualidade do trabalho da enfermagem	( )	( )	( )	( )	( )

APÊNDICE C - Formulário II: Grupo Especialistas

COMPETÊNCIAS DA ENFERMEIRA NA ATENÇÃO BÁSICA:  
Contribuição à construção das Funções Essenciais de Saúde Pública

Na coluna da esquerda, marque qual enunciado lhe parece mais apropriado e, na da direita o nível de concordância com a competência listada.

Coluna 1	COMPETÊNCIAS GERAIS	Coluna 2				
		Nível de concordância				
		Concordo Muito			Discordo Muito	
<input type="checkbox"/>	Comunicação					
<input type="checkbox"/>	Relacionamento/comunicação					
<input type="checkbox"/>	Manter boas relações de trabalho					
<input type="checkbox"/>	Utilização de linguagem acessível à população atendida					
	Outro:	( )	( )	( )	( )	( )
<input type="checkbox"/>	Trabalho em equipe					
<input type="checkbox"/>	Capacidade de trabalhar em equipe					
<input type="checkbox"/>	Saber trabalhar em equipes					
<input type="checkbox"/>	Atuação e intervenção em equipe					
<input type="checkbox"/>	Participação de reuniões gerais da equipe					
<input type="checkbox"/>	Organizar seu processo de trabalho de forma articulada com a equipe de saúde (isto não quer dizer sempre na dependência do ato médico).					
	Outro:	( )	( )	( )	( )	( )
<input type="checkbox"/>	Visão gerencial					
<input type="checkbox"/>	Gerenciamento					
<input type="checkbox"/>	Gerência e gestão dos serviços					
<input type="checkbox"/>	Gestão de recursos humanos e materiais na UBS					
<input type="checkbox"/>	Chefia de unidade					
<input type="checkbox"/>	Gerenciamento das ações de enfermagem					
	Outro:	( )	( )	( )	( )	( )
<input type="checkbox"/>	Diagnóstico de saúde da comunidade					
<input type="checkbox"/>	Diagnóstico da área de atuação					
<input type="checkbox"/>	Capacidade de analisar um território social					
<input type="checkbox"/>	Diagnóstico de saúde na comunidade					
<input type="checkbox"/>	Diagnóstico da comunidade					
<input type="checkbox"/>	Conhecer os indicadores de saúde do município					
<input type="checkbox"/>	Níveis de Observação					
<input type="checkbox"/>	Conhecimento dos problemas e necessidades de saúde da população, bem como dos determinantes sociais.					
	Outro:	( )	( )	( )	( )	( )
<input type="checkbox"/>	Acolhimento					
<input type="checkbox"/>	Orientação/acolhimento					
<input type="checkbox"/>	Capacidade de acolhimento/sensibilidade					
	Outro:	( )	( )	( )	( )	( )
<input type="checkbox"/>	Planejamento					
<input type="checkbox"/>	Planejamento de programas e ações					
<input type="checkbox"/>	Integrar a equipe de saúde na constituição do planejamento					
<input type="checkbox"/>	Planejamento do trabalho da enfermagem					
<input type="checkbox"/>	Trabalhar com planejamento					
<input type="checkbox"/>	Participação no planejamento das atividades em atenção básica.					
<input type="checkbox"/>	Planejamento operacional					
<input type="checkbox"/>	Planejamento e avaliação					
	Outro:	( )	( )	( )	( )	( )
<input type="checkbox"/>	Vigilância da saúde					
<input type="checkbox"/>	Ações de vigilância em saúde					
<input type="checkbox"/>	Vigilância à saúde					
<input type="checkbox"/>	Vigilância epidemiológica					
<input type="checkbox"/>	Controlar fatores determinantes das condições de saúde do indivíduo, família e comunidade.					
	Outro:	( )	( )	( )	( )	( )

Continua...

Continuação

Coluna 1	COMPETÊNCIAS GERAIS	Coluna 2				
		Nível de concordância				
		Concordo Muito				Discordo Muito
( )	Implementação dos programas e ações					
( )	Coordenação de programas de saúde pública					
	Outro:	( )	( )	( )	( )	( )
( )	Atenção à saúde					
( )	Realizar atendimento integral dentro dos princípios do SUS					
( )	Planejar, executar e avaliar cuidados básicos de enfermagem na atenção básica aos indivíduos no seu respectivo ciclo vital					
	Outro:	( )	( )	( )	( )	( )
( )	Conhecer o SNS e as políticas de saúde					
( )	Conhecimento dos serviços afins					
( )	Conhecer a rede de serviços					
( )	Análise das políticas sociais e de saúde					
( )	Conhecer e repassar informações sobre o sistema de saúde					
	Outro:	( )	( )	( )	( )	( )
( )	Participar/receber capacitações					
( )	Educação permanente					
( )	Reconhecer-se em contínua formação					
( )	Participar de capacitações					
	Outro:	( )	( )	( )	( )	( )
( )	Interdisciplinaridade					
( )	Ter visão interdisciplinar					
( )	Trabalho interdisciplinar – em equipe					
	Outro:	( )	( )	( )	( )	( )
( )	Capacidade de lidar com a tecnologia da informação					
( )	De informática					
( )	Gerenciamento de informação					
	Outro:	( )	( )	( )	( )	( )
( )	Ética					
( )	Comportamento Ético					
	Outro:	( )	( )	( )	( )	( )
( )	Promoção da saúde como qualidade de vida					
( )	Comunicação e desenvolvimento na prevenção e promoção da saúde para elevar qualidade de vida					
	Outro:	( )	( )	( )	( )	( )
( )	Participar da instância de controle social					
( )	Valorizar e participar do controle social					
	Outro:	( )	( )	( )	( )	( )
( )	Liderança situacional					
( )	Exercer liderança					
	Outro:	( )	( )	( )	( )	( )
	Capaz de organizar-se e atuar coletivamente	( )	( )	( )	( )	( )
	Capacidade de articulação	( )	( )	( )	( )	( )
	Organização	( )	( )	( )	( )	( )
	Educação em saúde	( )	( )	( )	( )	( )
	Trabalho com grupos	( )	( )	( )	( )	( )
	Respeitar e interagir com diferentes culturas	( )	( )	( )	( )	( )
	Estimular o cliente no seu autocuidado	( )	( )	( )	( )	( )
	Tomada de decisão	( )	( )	( )	( )	( )
	Criatividade	( )	( )	( )	( )	( )
	Empatia	( )	( )	( )	( )	( )
	Abertura	( )	( )	( )	( )	( )
	Polivalência	( )	( )	( )	( )	( )
	Iniciativa	( )	( )	( )	( )	( )
	Resolutibilidade	( )	( )	( )	( )	( )
	Negociação	( )	( )	( )	( )	( )
	Política	( )	( )	( )	( )	( )
	Processo de Enfermagem	( )	( )	( )	( )	( )
	Conhecimento teórico	( )	( )	( )	( )	( )
	Conhecimento de epidemiologia	( )	( )	( )	( )	( )

Continua...

Concluindo

Coluna 1	Coluna 2				
	Nível de concordância				
COMPETÊNCIAS GERAIS	Concordo		Discordo		
	Muito		Muito		
Ter pleno conhecimento da estrutura pública de saúde principalmente orçamentária	( )	( )	( )	( )	( )
Habilidade e Humanização	( )	( )	( )	( )	( )
Confiança em si	( )	( )	( )	( )	( )
Articulação	( )	( )	( )	( )	( )
Visão	( )	( )	( )	( )	( )
Cooperação	( )	( )	( )	( )	( )
Visitas Domiciliares	( )	( )	( )	( )	( )
Participar em eventos da comunidade	( )	( )	( )	( )	( )
Responsabilidade	( )	( )	( )	( )	( )
Compromisso social	( )	( )	( )	( )	( )
Comprometimento	( )	( )	( )	( )	( )
Consulta de Enfermagem em Ginecologia	( )	( )	( )	( )	( )



**COMPETÊNCIAS DA ENFERMEIRA NA ATENÇÃO BÁSICA:**  
Contribuição à construção das Funções Essenciais de Saúde Pública

**Formulário II: Grupo Especialistas**  
**COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS**

Na coluna da esquerda, marque qual enunciado lhe parece mais apropriado e, na da direita, o nível de concordância com a competência assinalada ou listada.

Coluna 1	COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS	Coluna 2				
		Nível de concordância				
		Concordo Muito				Discordo Muito
<input type="checkbox"/>	Consulta de enfermagem					
<input type="checkbox"/>	Realizar consulta de enfermagem					
<input type="checkbox"/>	Atenção individual – consulta de enfermagem					
	Outro:	( )	( )	( )	( )	( )
<input type="checkbox"/>	Educação Permanente					
<input type="checkbox"/>	Atualização na área de atuação ou qualificação profissional					
<input type="checkbox"/>	Atuar na Educação Continuada da equipe de saúde					
<input type="checkbox"/>	Educação continuada					
<input type="checkbox"/>	Desenvolver capacitações para a equipe de enfermagem					
<input type="checkbox"/>	Atualização – repensar a prática					
<input type="checkbox"/>	Promover educação continuada à equipe de enfermagem					
<input type="checkbox"/>	Ensino de enfermagem					
<input type="checkbox"/>	Educação Permanente da Equipe Multiprofissional (agentes de saúde, estudantes, docentes e profissionais de saúde) e do indivíduo, família e comunidade					
<input type="checkbox"/>	Promover educação continuada à equipe de enfermagem					
<input type="checkbox"/>	Buscar atualização constantemente					
	Outro:	( )	( )	( )	( )	( )
<input type="checkbox"/>	Planejamento					
<input type="checkbox"/>	Planejar assistência em saúde					
<input type="checkbox"/>	Planejamento da assistência – sistematização da assistência					
<input type="checkbox"/>	Planejamento em saúde					
<input type="checkbox"/>	Planejamento e visão de resultados					
<input type="checkbox"/>	Planejar as ações					
	Outro:	( )	( )	( )	( )	( )
<input type="checkbox"/>	Conhecimento					
<input type="checkbox"/>	Conhecimento científico					
<input type="checkbox"/>	Conhecimento/prevenção de doenças					
<input type="checkbox"/>	Conhecimentos de farmacologia e administração de medicamentos					
<input type="checkbox"/>	Conhecimento técnico					
<input type="checkbox"/>	Conhecimento sobre drogas ditas “lícitas” e “ilícitas”.					
<input type="checkbox"/>	Conhecimento – avaliar risco					
<input type="checkbox"/>	Conhecimento teórico					
<input type="checkbox"/>	Saber coletivizar os seus conhecimentos					
	Outro:	( )	( )	( )	( )	( )
<input type="checkbox"/>	Educação em saúde					
<input type="checkbox"/>	Educação para a saúde					
<input type="checkbox"/>	Conhecer e saber utilizar metodologias de educação popular em saúde.					
<input type="checkbox"/>	Orientação sobre auto-exame de mamas.					
	Outro:	( )	( )	( )	( )	( )
<input type="checkbox"/>	Visita Domiciliar					
<input type="checkbox"/>	Procedimentos de maior complexidade e VD quando necessário					
<input type="checkbox"/>	Cuidado domiciliar de enfermagem (competência para compreensão do contexto domiciliar)					
<input type="checkbox"/>	Visitação domiciliar					
	Outro:	( )	( )	( )	( )	( )
<input type="checkbox"/>	Trabalho com grupos					
<input type="checkbox"/>	Grupos					
<input type="checkbox"/>	Organização dos grupos de saúde					
	Outro:	( )	( )	( )	( )	( )

Continua...

Continuação

Coluna 1	COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS	Coluna 2				
		Nível de concordância				
		Concordo Muito			Discordo Muito	
( )	Supervisão técnica de membros da equipe de enfermagem como auxiliares e técnicos					
( )	Supervisão e acompanhamento das atividades auxiliares					
( )	Planejamento/ supervisão/ administração na área de enfermagem					
( )	Supervisão da equipe de enfermagem					
( )	Supervisão dos auxiliares e técnicos de enfermagem					
( )	Supervisionar ações dos técnicos/auxiliares/agentes comunitários de saúde					
( )	Supervisão/Preceptoria					
	Outro:	( )	( )	( )	( )	( )
( )	Assistência					
( )	Atuar na assistência e diagnóstico precoce na área oncológica					
( )	Metodologia na assistência					
( )	Sistematização da assistência					
( )	Coordenação da assistência					
( )	Atenção à saúde do adulto, mulher e criança.					
( )	Gerenciamento da assistência em Atenção Integral à Saúde – Atenção primária/secundária/terciária					
( )	Cuidar, a partir das necessidades do indivíduo, família e grupo.					
	Outro:	( )	( )	( )	( )	( )
( )	Coordenação da Equipe de Enfermagem					
( )	Coordenação da equipe de enfermagem e equipe multiprofissional					
( )	Gerência da equipe					
( )	Administração da equipe de enfermagem					
	Outro:	( )	( )	( )	( )	( )
( )	Promoção da saúde					
( )	Promoção/ autocuidado					
	Outro:	( )	( )	( )	( )	( )
( )	Responsável pela sala de vacinas					
( )	Responsável pelo Programa de Imunizações					
( )	Vacinação					
	Outro:	( )	( )	( )	( )	( )
( )	Conhecimento do território					
( )	Identificar os fatores componentes e determinantes das condições de saúde na família e indivíduo.					
( )	Identificar as causas das doenças a partir da realidade local					
	Outro:	( )	( )	( )	( )	( )
( )	Priorizar e intervir sobre fatores componentes das condições de saúde através de dados epidemiológicos e diagnósticos					
( )	Atender às necessidades sociais locais.					
( )	Intervenção no processo saúde-doença					
	Outro:	( )	( )	( )	( )	( )
( )	Procedimentos técnicos					
( )	Procedimentos de maior complexidade e VD quando necessário					
( )	Coleta para exame citológico de colo de útero.					
	Outro:	( )	( )	( )	( )	( )
( )	Priorizar e intervir sobre fatores componentes das condições de saúde através de dados epidemiológicos e diagnósticos					
( )	Atender às necessidades sociais locais.					
( )	Intervenção no processo saúde-doença					
	Outro:	( )	( )	( )	( )	( )
( )	Acolhimento					
( )	Humanização e atualização					
	Outro:	( )	( )	( )	( )	( )
( )	Comunicação					
( )	Comunicação adequada entre os membros da equipe					
( )	Ter capacidade de síntese e registrar todas as situações					
( )	Registros de enfermagem					
	Outro:	( )	( )	( )	( )	( )

Continua...

Concluindo

Coluna 1	COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS	Coluna 2				
		Nível de concordância				
		Concordo Muito				Discordo Muito
( )	Liderança					
( )	Administração, gerenciamento e liderança					
	Outro:	( )	( )	( )	( )	( )
( )	Atua dentro dos preceitos da ética e da moral					
( )	Comportamento Ético					
	Outro:	( )	( )	( )	( )	( )
( )	Compor a equipe de vigilância em saúde					
( )	Vigilância à saúde					
	Outro:	( )	( )	( )	( )	( )
( )	Prática político-social					
( )	Compreensão das políticas de saúde no contexto das políticas sociais – perfil epidemiológico					
	Outro:	( )	( )	( )	( )	( )
	Resolubilidade	( )	( )	( )	( )	( )
	Articulação intersetorial	( )	( )	( )	( )	( )
	Capacidade de reconhecer as interfaces do seu trabalho	( )	( )	( )	( )	( )
	Devolução de dados para o nível local	( )	( )	( )	( )	( )
	Protocolo dos enfermeiros	( )	( )	( )	( )	( )
	Sistematizar o conhecimento sobre necessidades humanas básicas ao longo do ciclo vital e compatibilizá-las com os programas de saúde	( )	( )	( )	( )	( )
	Utilização dos sistemas de informação em saúde	( )	( )	( )	( )	( )
	Avaliação das ações	( )	( )	( )	( )	( )
	Quantidade versus qualidade	( )	( )	( )	( )	( )
	Integralidade na assistência	( )	( )	( )	( )	( )
	Articulação	( )	( )	( )	( )	( )
	Identificar situações de risco	( )	( )	( )	( )	( )
	Flexibilidade	( )	( )	( )	( )	( )
	Sentir-se membro da coletividade de enfermagem	( )	( )	( )	( )	( )
	Persistência/Continuidade	( )	( )	( )	( )	( )
	Integrar a comunidade no serviço	( )	( )	( )	( )	( )
	Pesquisa	( )	( )	( )	( )	( )
	Organização	( )	( )	( )	( )	( )
	Prevenção de doenças	( )	( )	( )	( )	( )
	Qualificação técnico-científica	( )	( )	( )	( )	( )
	Pensamento crítico-reflexivo	( )	( )	( )	( )	( )
	Trabalho em equipe	( )	( )	( )	( )	( )
	Gerenciamento	( )	( )	( )	( )	( )
	Autonomia	( )	( )	( )	( )	( )

APÊNDICE D – Instrumento III – Grupo enfermeiras

Anexo I

Grupo Enfermeiras

Competências para as quais houve **CONSENSO** na segunda etapa da pesquisa

COMPETÊNCIAS GERAIS	COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS
<ul style="list-style-type: none"><li>➤ Saber ouvir</li><li>➤ Educação em Saúde</li><li>➤ Ética</li><li>➤ Prevenção/Preservação da saúde</li><li>➤ Olhar Coletivo</li><li>➤ Trabalhar em equipe multidisciplinar</li><li>➤ Comunicação</li><li>➤ Conhecer a comunidade, com ela estabelecer e manter vínculos</li><li>➤ Participação no desenvolvimento de atividades de planejamento e avaliação da equipe e ações de saúde</li><li>➤ Trabalhar com perspectiva de vigilância epidemiológica</li><li>➤ Priorização de casos urgentes</li><li>➤ Identificação dos problemas de saúde</li><li>➤ Trabalho em rede</li><li>➤ Organização e responsabilidade</li><li>➤ Promover comprometimento com a saúde, como direito individual e coletivo</li><li>➤ Resolubilidade</li><li>➤ Identificação com o trabalho</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>➤ Consulta de enfermagem</li><li>➤ Supervisão e apoio à equipe de enfermagem</li><li>➤ Coordenação da equipe de enfermagem</li><li>➤ Educação continuada em enfermagem</li><li>➤ Promoção da saúde</li><li>➤ Capacidade técnica</li><li>➤ Coordenação de ações educativas na unidade sanitária e comunidade</li><li>➤ Coordenação do serviço de assistência em enfermagem</li></ul>

COMENTÁRIOS:

COMPETÊNCIAS DA ENFERMEIRA NO NÍVEL LOCAL:  
Contribuição à construção das Funções Essenciais de Saúde Pública

Formulário III: Grupo Enfermeiras

Geral	Específica	COMPETÊNCIAS GERAIS	Seu escore	Escore do grupo	Nível de concordância					Comentários
					Concordo Muito	(4)	(3)	(2)	(1)	
( )	( )	Tomada de decisão		3,6	(5)	(4)	(3)	(2)	(1)	
( )	( )	Trabalhar interdisciplinarmente com a equipe		3,6	(5)	(4)	(3)	(2)	(1)	
( )	( )	Desenvolver ações de promoção da saúde por meio de atividades educativas, estímulo à participação social		3,6	(5)	(4)	(3)	(2)	(1)	
( )	( )	Orientação e coordenação de grupos		3,3	(5)	(4)	(3)	(2)	(1)	
( )	( )	Visitas domiciliares		3,4	(5)	(4)	(3)	(2)	(1)	
( )	( )	Coordenar programa de vacinação		3,3	(5)	(4)	(3)	(2)	(1)	
( )	( )	Criar fluxograma para as ações básicas		3,1	(5)	(4)	(3)	(2)	(1)	
( )	( )	Delegação		3,1	(5)	(4)	(3)	(2)	(1)	
( )	( )	Desenvolver ações que facilitem a integração entre a equipe e a população		3,2	(5)	(4)	(3)	(2)	(1)	
( )	( )	Orientação em sala de espera		3,0	(5)	(4)	(3)	(2)	(1)	
( )	( )	Ler nas entrelinhas		2,7	(5)	(4)	(3)	(2)	(1)	
( )	( )	Participação em fóruns tais como: Conselho Gestor, Conselho Local de saúde, intercomunitária		3,2	(5)	(4)	(3)	(2)	(1)	
( )	( )	Empatia		3,4	(5)	(4)	(3)	(2)	(1)	
( )	( )	Sensibilidade		3,5	(5)	(4)	(3)	(2)	(1)	
( )	( )	Relacionamento		3,6	(5)	(4)	(3)	(2)	(1)	
( )	( )	Afetividade		3,3	(5)	(4)	(3)	(2)	(1)	

Geral	Específica	COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS	Seu escore	Escore do grupo	Nível de concordância					Comentários
					Concordo Muito	(4)	(3)	(2)	Discordo Muito	
( )	( )	Criatividade		3,5	(5)	(4)	(3)	(2)	(1)	
( )	( )	Flexibilidade		3,7	(5)	(4)	(3)	(2)	(1)	
( )	( )	Dinamismo		3,6	(5)	(4)	(3)	(2)	(5)	
( )	( )	Gerenciamento		3,4	(5)	(4)	(3)	(2)	(1)	
( )	( )	Realizar ações de enfermagem (procedimentos) (os que constam nos protocolos)		3,5	(5)	(4)	(3)	(2)	(1)	
( )	( )	Atender os programas preconizados pelo MS e implementar programas conforme a necessidade do serviço		3,2	(5)	(4)	(3)	(2)	(1)	
( )	( )	Ações de prevenção e monitoramento a situações de risco sanitário para a população		3,5	(5)	(4)	(3)	(2)	(1)	
( )	( )	Humanização do atendimento		3,2	(5)	(4)	(3)	(2)	(1)	
( )	( )	Agilidade		2,9	(5)	(4)	(3)	(2)	(1)	
( )	( )	Capacidade de adaptação		2,9	(5)	(4)	(3)	(2)	(1)	
( )	( )	Ter consciência de que a saúde é, além de um direito da pessoa, uma responsabilidade social e política		3,3	(5)	(4)	(3)	(2)	(1)	
( )	( )	Atuar em um acolhimento com a intenção de mudança da realidade ou de melhorá-la		3,0	(5)	(4)	(3)	(2)	(1)	
( )	( )	Exercer influência sobre os fatores que determinam sua saúde e bem-estar		2,9	(5)	(4)	(3)	(2)	(1)	
( )	( )	Conhecimento		3,4	(5)	(4)	(3)	(2)	(1)	
( )	( )	Empatia		3,1	(5)	(4)	(3)	(2)	(1)	
( )	( )	Confiança		3,2	(5)	(4)	(3)	(2)	(1)	
( )	( )	Privacidade		3,1	(5)	(4)	(3)	(2)	(1)	
( )	( )	Liderança		3,2	(5)	(4)	(3)	(2)	(1)	
( )	( )	Coleta de CP		3,8	(5)	(4)	(3)	(2)	(1)	

Geral	Específica	COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS	Seu escore	Escore do grupo	Nível de concordância					Comentários
					Concordo Muito	(4)	(3)	(2)	Discordo Muito	
( )	( )	Pré-natal de baixo risco		3,3	(5)	(4)	(3)	(2)	(1)	
( )	( )	Atividades de atenção básica		3,3	(5)	(4)	(3)	(2)	(1)	
( )	( )	Realizar diagnóstico situacional		3,4	(5)	(4)	(3)	(2)	(1)	
( )	( )	Suscitar nas pessoas o sentimento de cidadania		3,0	(5)	(4)	(3)	(2)	(1)	
( )	( )	Conhecer a área de atuação		3,4	(5)	(4)	(3)	(2)	(1)	
( )	( )	Referência para a qualidade do trabalho da enfermagem		3,5	(5)	(4)	(3)	(2)	(1)	

APÊNDICE E – Formulário III – Grupo Especialistas

Anexo I

Competências para as quais houve **CONSENSO** na segunda etapa da pesquisa

Coluna 1	COMPETÊNCIAS GERAIS	Coluna 2	COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS
( )	Capacidade de trabalhar em equipe	( )	Trabalho em equipe
( )	Ética	( )	Comportamento Ético
( )	Reconhecer-se em contínua formação	( )	Buscar atualização constantemente
( )	Responsabilidade	( )	Organização e responsabilidade
( )	Capacidade de acolhimento/sensibilidade	( )	Acolhimento
	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Conhecimento dos problemas e necessidades de saúde da população, bem como dos determinantes sociais</li> <li>➤ Iniciativa</li> <li>➤ Relacionamento/Comunicação</li> <li>➤ Educação em Saúde</li> <li>➤ Compromisso Social</li> <li>➤ Comprometimento</li> <li>➤ Integrar a equipe de saúde na constituição do planejamento</li> <li>➤ Conhecer o SNS e as políticas de saúde</li> <li>➤ Trabalho interdisciplinar – em equipe</li> <li>➤ Realizar atendimento integral dentro dos princípios do SUS</li> <li>➤ Ações de vigilância em saúde</li> <li>➤ Capaz de organizar-se e atuar coletivamente</li> <li>➤ Gerência e gestão dos serviços de saúde</li> <li>➤ Trabalho com grupos</li> <li>➤ Respeitar e interagir com diferentes culturas</li> <li>➤ Conhecimento teórico</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Realizar consulta de enfermagem</li> <li>➤ Pesquisa</li> <li>➤ Cuidado domiciliar de enfermagem</li> <li>➤ Autonomia</li> <li>➤ Planejamento da assistência – sistematização da assistência</li> <li>➤ Pensamento crítico-reflexivo</li> <li>➤ Trabalho em rede</li> <li>➤ Resolubilidade</li> <li>➤ Identificação com o trabalho</li> <li>➤ Educação Permanente da Equipe Multiprofissional</li> </ul>

COMENTÁRIOS:



**COMPETÊNCIAS DA ENFERMEIRA NO NÍVEL LOCAL:**  
Contribuição à construção das Funções Essenciais de Saúde Pública

Formulário III: Grupo Especialistas

Geral	Específica	COMPETÊNCIAS	Seu escore	Escore do grupo	Nível de concordância					Comentários
					Concordo Muito	(4)	(3)	(2)	(1)	
( )	( )	Implementação dos programas e ações		3,4	(5)	(4)	(3)	(2)	(1)	
( )	( )	Valorizar e participar do controle social		3,4	(5)	(4)	(3)	(2)	(1)	
( )	( )	Exercer liderança		2,7	(5)	(4)	(3)	(2)	(1)	
( )	( )	Capacidade de articulação		3,3	(5)	(4)	(3)	(2)	(1)	
( )	( )	Estimular o cliente no seu autocuidado		3,0	(5)	(4)	(3)	(2)	(1)	
( )	( )	Tomada de decisão		3,2	(5)	(4)	(3)	(2)	(1)	
( )	( )	Criatividade		3,3	(5)	(4)	(3)	(2)	(1)	
( )	( )	Empatia		3,1	(5)	(4)	(3)	(2)	(1)	
( )	( )	Abertura		2,9	(5)	(4)	(3)	(2)	(1)	
( )	( )	Polivalência		2,5	(5)	(4)	(3)	(2)	(1)	
( )	( )	Resolutibilidade		3,0	(5)	(4)	(3)	(2)	(1)	
( )	( )	Negociação		3,1	(5)	(4)	(3)	(2)	(1)	
( )	( )	Processo de Enfermagem		2,8	(5)	(4)	(3)	(2)	(1)	
( )	( )	Habilidade e humanização		3,2	(5)	(4)	(3)	(2)	(1)	
( )	( )	Confiança em si		3,17	(5)	(4)	(3)	(2)	(1)	
( )	( )	Visão		3,1	(5)	(4)	(3)	(2)	(1)	

Geral	Específica	COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS	Seu escore	Escore do grupo	Nível de concordância					Comentários
					Concordo Muito	(4)	(3)	(2)	Discordo Muito	
( )	( )	Cooperação		3,3	(5)	(4)	(3)	(2)	(1)	
( )	( )	Flexibilidade		3,2	(5)	(4)	(3)	(2)	(1)	
( )	( )	Planejamento, supervisão/administração na área de enfermagem		3,4	(5)	(4)	(3)	(2)	(1)	
( )	( )	Cuidar, a partir das necessidades do indivíduo, família e grupo		3,4	(5)	(4)	(3)	(2)	(1)	
( )	( )	Coordenação da Equipe de Enfermagem		3,4	(5)	(4)	(3)	(2)	(1)	
( )	( )	Promoção da saúde		3,1	(5)	(4)	(3)	(2)	(1)	
( )	( )	Responsável pelo Programa de Imunizações		3,2	(5)	(4)	(3)	(2)	(1)	
( )	( )	Identificar os fatores componentes e determinantes das condições de saúde na família e indivíduo		2,9	(5)	(4)	(3)	(2)	(1)	
( )	( )	Priorizar e intervir sobre fatores componentes das condições de saúde através de dados epidemiológicos e diagnósticos		2,8	(5)	(4)	(3)	(2)	(1)	
( )	( )	Procedimentos de maior complexidade		3,0	(5)	(4)	(3)	(2)	(1)	
( )	( )	Humanização e atualização		2,8	(5)	(4)	(3)	(2)	(1)	
( )	( )	Conhecimento do território		2,8	(5)	(4)	(3)	(2)	(1)	
( )	( )	Articulação intersetorial		3,1	(5)	(4)	(3)	(2)	(1)	
( )	( )	Capacidade de reconhecer as interfaces do seu trabalho		3,1	(5)	(4)	(3)	(2)	(1)	
( )	( )	Devolução de dados para o nível local		2,7	(5)	(4)	(3)	(2)	(1)	
( )	( )	Protocolo dos enfermeiros		3,0	(5)	(4)	(3)	(2)	(1)	
( )	( )	Sistematizar o conhecimento sobre necessidades humanas básicas ao longo do ciclo vital e compatibilizá-las com os programas de saúde		3,2	(5)	(4)	(3)	(2)	(1)	
( )	( )	Utilização dos sistemas de informação em saúde		3,0	(5)	(4)	(3)	(2)	(1)	
( )	( )	Avaliação das ações		3,0	(5)	(4)	(3)	(2)	(1)	

---

Geral	Específica	COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS	Seu escore	Escore do grupo	Nível de concordância					Comentários
					Concordo Muito		Discordo Muito			
( )	( )	Identificar situações de risco		2,8	(5)	(4)	(3)	(2)	(1)	
( )	( )	Sentir-se membro da coletividade de enfermagem		3,0	(5)	(4)	(3)	(2)	(1)	
( )	( )	Persistência/continuidade		2,8	(5)	(4)	(3)	(2)	(1)	
( )	( )	Integrar a comunidade no serviço		2,8	(5)	(4)	(3)	(2)	(1)	
( )	( )	Prevenção de doenças		3,0	(5)	(4)	(3)	(2)	(1)	
( )	( )	Qualificação técnico-científica		3,0	(5)	(4)	(3)	(2)	(1)	

APÊNDICE F – Ficha de Identificação

COMPETÊNCIAS DA ENFERMEIRA NO NÍVEL LOCAL:  
Contribuição à construção das Funções Essenciais de Saúde Pública

FICHA DE IDENTIFICAÇÃO

Nome: \_\_\_\_\_ Código: \_\_\_\_\_

DADOS RELACIONADOS AO TRABALHO

Instituição: \_\_\_\_\_

Função: \_\_\_\_\_

Vínculo empregatício: \_\_\_\_\_ Carga horária: \_\_\_\_\_

Tempo de trabalho nesta instituição: \_\_\_\_\_

Tempo de trabalho nesta função: \_\_\_\_\_

Outros vínculos: \_\_\_\_\_

DADOS RELACIONADOS À FORMAÇÃO

Tempo de formada(o):

Especialização (mínimo 360 horas): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Outros cursos: quais? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

PREFERE CONTINUAR PARTICIPANDO DA PESQUISA:

Por e-mail:

Por correio:

Outro:

Informe o endereço para contatos subsequentes: \_\_\_\_\_

## APÊNDICE G – Frequências Simples e Percentuais das respostas ao segundo e terceiro questionário

**Tabela 3\_** Frequências simples e percentuais das respostas ao segundo questionário no grupo das enfermeiras: competências gerais, Porto Alegre, 2004

COMPETÊNCIAS GERAIS	Frequências simples e percentual											
	Discordo Muito								Concordo Muito		Sem Resposta	
	1	%	2	%	3	%	4	%	5	%	6	%
Tomada de decisão	0	0	0	0	3	7,31	7	17,03	30	73,17	1	2,43
Organização e responsabilidade	0	0	0	0	0	0	8	19,51	31	75,60	2	4,87
Trabalhar em equipe multidisciplinar	0	0	0	0	1	2,43	5	12,19	34	82,92	1	2,43
Trabalhar interdisciplinarmente com a equipe	0	0	0	0	1	2,43	10	24,39	28	68,29	1	2,43
Promover educação continuada	0	0	0	0	1	2,43	11	26,82	28	68,29	1	2,43
Coordenação	1	2,43	0	0	3	7,31	9	21,95	26	63,41	2	4,87
Participação no desenvolvimento de atividades de planejamento e avaliação da equipe e ações de saúde	0	0	0	0	1	2,43	5	12,19	33	80,48	2	4,87
Promover comprometimento com a saúde, como direito individual e coletivo	0	0	0	0	1	2,43	8	19,51	31	75,60	1	2,43
Trabalhar com perspectiva de vigilância epidemiológica	0	0	0	0	1	2,43	5	12,19	33	80,48	2	4,87
Desenvolver ações de promoção da saúde por meio de atividades educativas, estímulo a participação social	0	0	1	2,43	0	0	10	24,39	29	70,73	1	2,43
Orientação e coordenação de grupos	0	0	1	2,43	2	4,87	8	19,51	27	65,85	3	7,31
Resolubilidade	0	0	0	0	2	4,87	6	14,63	31	75,60	2	4,87
Comunicação	1	2,43	0	0	2	4,87	4	9,75	33	80,48	1	2,43
Acolhimento	1	2,43	0	0	3	7,31	8	19,51	29	70,73	0	0
Educação em saúde	1	2,43	0	0	0	0	4	9,75	35	85,36	1	2,43
Ética	1	2,43	0	0	1	2,43	3	7,31	35	85,36	1	2,43
Supervisão	3	7,31	0	0	3	7,31	8	19,51	25	60,97	2	4,87
Visitas domiciliares	1	2,43	0	0	4	9,75	8	19,51	27	65,85	1	2,43
Organização da equipe de Enfermagem	4	9,75	0	0	1	2,43	5	12,19	30	73,17	1	2,43
Identificação dos problemas de saúde	1	2,43	1	2,43	1	2,43	5	12,19	32	78,04	1	2,43
Priorização dos casos urgentes	2	4,87	0	0	1	2,43	5	12,19	33	80,48	0	0
Coordenar programas de vacinação	3	7,31	0	0	3	7,31	7	17,07	27	65,85	1	2,43
Criar fluxograma para as ações básicas	2	4,87	0	0	5	12,19	15	35,58	18	43,90	1	2,43
Prevenção/Preservação da Saúde	0	0	0	0	0	0	5	12,19	35	85,36	1	2,43
Habilidade	1	2,43	0	0	2	4,87	15	36,58	22	53,65	1	2,43
Delegação	1	2,43	0	0	4	9,75	16	39,02	18	43,90	2	4,87
Integrar	0	0	0	0	1	2,43	9	21,95	27	65,85	4	9,75
Desenvolver ações que facilitem a integração entre a equipe e a população	1	2,43	1	2,43	5	12,19	9	21,95	23	56,09	2	4,87

Continua...

continuação

COMPETÊNCIAS GERAIS	Frequências simples e percentual													
	Discordo Muito										Concordo Muito		Sem Resposta	
	1	%	2	%	3	%	4	%	5	%	6	%		
Orientação em sala de espera	1	2,43	2	4,87	6	14,63	13	31,70	17	41,46	2	4,87		
Ler nas entrelinhas	6	14,63	1	2,43	3	7,31	12	29,26	17	41,46	2	4,87		
Olhar coletivo	0	0	0	0	2	4,87	5	12,19	34	82,92	0	0		
Trabalho em rede	0	0	0	0	3	7,31	7	17,07	31	75,60	0	0		
Identificação com o trabalho	0	0	0	0	1	2,43	8	19,51	31	75,60	1	2,43		
Participação em fóruns tais como: Conselho gestor, conselho local de saúde, intercomunitaria	0	0	1	2,43	7	17,07	13	31,70	19	46,34	1	2,43		
Saber ouvir	0	0	0	0	1	2,43	2	4,87	37	90,24	1	2,43		
Empatia	0	0	2	4,87	2	4,87	10	24,39	26	63,41	1	2,43		
Sensibilidade	0	0	1	2,43	2	4,87	9	21,95	28	68,29	1	2,43		
Relacionamento	0	0	1	2,43	1	2,43	9	21,95	29	70,73	1	2,43		
Afetividade (competência para estabelecer relação profissional com afetividade)	0	0	1	2,43	6	14,63	10	24,39	23	56,09	1	2,43		
Conhecer a comunidade, com ela estabelecer e manter vínculos	0	0	1	2,43	1	2,43	7	17,07	32	78,04	0	0		
Organização do serviço	0	0	0	0	2	4,87	12	29,26	25	60,97	2	4,87		
Criatividade	1	2,43	1	2,43	2	4,87	11	26,82	26	63,41	0	0		
Flexibilidade	0	0	1	2,43	1	2,43	10	24,39	29	70,73	0	0		
Dinamismo	0	0	1	2,43	1	2,43	9	21,95	29	70,73	1	2,43		

**Tabela 4\_** Frequências simples e percentuais das respostas ao segundo questionário no grupo das enfermeiras: competências específicas, Porto Alegre, 2004

COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS	Frequências simples e percentual											
	Discordo Muito								Concordo Muito		Sem Resposta	
	1	%	2	%	3	%	4	%	5	%	6	%
Consulta de enfermagem	0	0	0	0	0	0	2	4,87	38	92,68	1	2,43
Coordenação de ações educativas na Unidade Sanitária e comunidade	0	0	2	4,87	1	2,43	6	14,63	31	75,60	1	2,43
Educação continuada em Enfermagem	1	2,43	0	0	1	2,43	5	12,19	33	80,48	1	2,43
Supervisão e apoio à Equipe de Enfermagem	0	0	0	0	0	0	4	9,75	36	87,80	1	2,43
Promoção da saúde	0	0	1	2,43	1	2,43	5	12,19	33	80,48	1	2,43
Capacidade técnica	0	0	1	2,43	1	2,43	5	12,19	33	80,48	1	2,43
Coordenação da equipe de enfermagem	0	0	0	0	0	0	4	9,75	36	87,80	1	2,43
Gerenciamento	0	0	0	0	3	7,31	10	24,39	26	63,41	2	4,87
Relação com a comunidade	2	4,87	1	2,43	7	17,07	6	14,63	24	58,53	1	2,43
Coordenação do serviço de assistência em enfermagem	0	0	0	0	1	2,43	6	14,63	31	75,60	3	7,31
Realizar ações de enfermagem (procedimentos)	0	0	0	0	2	4,87	10	24,39	27	65,85	2	4,87
Implementar programas	0	0	2	4,87	3	7,31	8	19,51	25	60,97	3	7,31
Visita domiciliar	1	2,43	2	4,87	4	9,75	12	29,26	20	48,78	2	4,87
Ações de prevenção e monitoramento a situações de risco sanitário para a população	0	0	0	0	2	4,87	14	34,14	24	58,53	1	2,43
Planejamento de ações	1	2,43	1	2,43	2	4,87	9	21,95	26	63,41	2	4,87
Humanização do atendimento	2	4,87	0	0	4	9,75	7	17,07	26	63,41	2	4,87
Agilidade	2	0	0	0	5	4,87	14	34,14	17	41,46	3	2,43
Capacidade de adaptação	1	2,43	1	2,43	5	12,19	14	34,14	17	41,46	3	7,31
Ter consciência de que a saúde é, além de um direito da pessoa, uma responsabilidade social e política.	3	7,31	1	2,43	1	2,43	8	19,51	27	65,85	1	2,43
Atuar em um acolhimento com a intenção de mudança da realidade ou de melhorá-la.	2	4,87	2	4,87	4	9,75	11	26,82	20	48,78	2	4,87
Exercer influência sobre os fatores que determinam sua saúde e bem-estar	2	4,87	1	2,43	4	9,75	13	31,70	18	43,90	3	7,31
Conhecimento	1	2,43	1	2,43	0	0	9	21,95	28	68,29	2	4,87
Empatia	2	4,87	0	0	5	12,19	11	26,82	21	51,21	2	4,87
Confiança	2	4,87	0	0	4	9,75	10	24,39	23	56,09	2	4,87
Privacidade	2	4,87	0	0	4	9,75	14	34,14	19	46,34	2	4,87
Liderança	1	2,43	0	0	2	4,87	13	31,70	22	53,65	3	7,31
Coleta de CP	2	4,87	3	7,31	5	12,19	14	34,14	15	36,58	2	4,87
Pré-natal de baixo risco	1	2,43	0	0	4	9,75	13	31,70	22	53,65	1	2,43
Atividades de atenção básica	2	4,87	0	0	2	4,87	8	19,51	27	65,85	2	4,87
Saber olhar o todo	3	7,31	0	0	0	0	6	14,63	30	73,17	2	4,87
Saber trabalhar em equipe	1	2,43	0	0	1	2,43	7	17,07	30	73,17	2	4,87

Continua...

continuação

COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS	Frequências simples e percentual											
	Discordo Muito								Concordo Muito		Sem Resposta	
	1	%	2	%	3	%	4	%	5	%	6	%
Realizar diagnóstico situacional	0	0	1	2,43	3	7,31	7	17,07	28	68,29	2	4,87
Projetos	1	2,43	1	2,43	5	12,19	9	21,95	23	56,09	2	4,87
Suscitar nas pessoas o sentimento de cidadania	2	4,87	2	4,87	4	9,75	12	29,26	19	46,34	2	4,87
Integradora	1	2,43	1	2,43	5	12,19	12	29,26	20	48,78	2	4,87
Biossegurança	3	7,31	0	0	0	0	13	31,70	23	56,09	2	4,87
Conhecer a população	3	7,31	0	0	1	2,43	10	24,39	26	63,41	1	2,43
Conhecer a área de atuação	3	7,31	0	0	1	2,43	8	19,51	28	68,29	1	2,43
Escuta	3	7,31	0	0	0	0	7	17,07	28	68,29	3	7,31
Referência para qualidade do trabalho da enfermagem	1	2,43	0	0	0	0	9	21,95	29	70,73	2	4,87



**Tabela 5\_** Freqüências simples e percentuais das respostas ao segundo questionário no grupo das especialistas: competências gerais, Rio Grande do Sul, 2004

COMPETÊNCIAS GERAIS	Freqüências simples e percentual											
	Discordo Muito								Concordo Muito		Sem Resposta	
	1	%	2	%	3	%	4	%	5	%	6	%
Relacionamento/comunicação	0	0	0	0	1	2,43	6	14,63	33	80,48	1	2,43
Organizar seu processo de trabalho de forma articulada com a equipe de saúde	0	0	0	0	0	0	8	19,51	32	78,04	1	2,43
Gerência e gestão dos serviços	0	0	0	0	1	2,43	8	19,51	31	75,60	1	2,43
Conhecimento dos problemas e necessidades de saúde da população, bem como dos determinantes sociais.	0	0	0	0	0	0	3	7,31	37	90,24	1	2,43
Capacidade de acolhimento/sensibilidade	0	0	0	0	2	4,87	5	12,19	33	80,48	1	2,43
Integrar a equipe de saúde na constituição do planejamento	0	0	0	0	0	0	6	14,63	33	80,48	2	4,87
Ações de vigilância em saúde	0	0	0	0	1	2,43	7	17,03	32	78,04	1	2,43
Implementação dos programas e ações	0	0	1	2,43	1	2,43	10	24,39	27	65,85	2	4,87
Realizar atendimento integral dentro dos princípios do SUS	0	0	0	0	1	2,43	5	12,19	33	80,48	2	4,87
Conhecer o SNS e as políticas de saúde	0	0	1	2,43	0	0	6	14,63	33	80,48	1	2,43
Reconhecer-se em contínua formação	0	0	0	0	0	0	3	7,31	36	87,80	2	4,87
Trabalho interdisciplinar – em equipe	0	0	1	0	0	0	6	7,31	33	80,48	1	4,87
Capacidade de lidar com a tecnologia da informação	1	2,43	0	0	2	4,87	6	14,63	29	70,73	3	7,31
Comportamento Ético	0	0	0	0	0	0	5	12,19	34	82,92	2	4,87
Promoção da saúde como qualidade de vida	0	0	1	2,43	1	2,43	10	24,39	28	68,29	1	2,43
Valorizar e participar do controle social	0	0	0	2,43	0	2,43	10	24,39	28	68,29	3	2,43
Exercer liderança	0	0	0	0	4	9,75	1	26,82	18	43,90	7	17,07
Capaz de organizar-se e atuar coletivamente	1	2,43	0	0	2	4,87	4	9,75	31	75,60	3	7,31
Capacidade de articulação	1	2,43	0	0	0	0	13	31,70	25	60,97	2	4,87
Organização	1	2,43	0	0	4	9,75	6	14,63	28	68,29	2	4,87
Educação em saúde	1	2,43	0	0	1	2,43	4	9,75	34	82,92	1	2,43
Trabalho com grupos	1	2,43	0	0	0	0	7	17,03	31	75,60	2	4,87
Respeitar e interagir com diferentes culturas	1	2,43	0	0	1	2,43	8	19,51	31	75,60	0	0
Estimular o cliente no seu autocuidado	2	4,87	0	0	1	2,43	9	21,95	25	60,97	4	9,75
Tomada de decisão	1	2,43	0	0	1	2,43	7	17,07	28	68,29	4	9,75
Criatividade	1	2,43	0	0	1	2,43	7	17,07	29	70,73	4	7,31
Empatia	1	2,43	0	0	2	4,87	7	17,07	27	65,85	4	9,75
Abertura	1	2,43	2	4,87	2	4,87	10	24,39	22	53,65	4	9,75
Polivalência	4	9,75	2	4,87	9	21,95	8	19,51	15	36,58	3	7,31
Iniciativa	1	2,43	0	0	1	2,43	2	4,87	36	87,80	1	2,43
Resolubilidade	2	4,87	1	2,43	0	0	12	29,26	23	56,09	3	7,31
Negociação	2	4,87	1	2,43	4	9,75	8	19,51	24	58,53	2	4,87
Política	4	4,87	0	0	2	4,87	13	31,70	18	43,90	4	4,87

Continua...

continuação

COMPETÊNCIAS GERAIS	Frequências simples e percentual											
	Discordo Muito								Concordo Muito		Sem Resposta	
	1	%	2	%	3	%	4	%	5	%	6	%
Processo de Enfermagem	2	4,87	2	4,87	1	2,43	4	9,75	26	63,41	6	14,63
Conhecimento teórico	2	4,87	0	0	1	2,43	4	9,75	31	75,60	3	7,31
Conhecimento de epidemiologia	1	2,43	0	0	3	7,31	7	17,07	28	68,29	2	4,87
Ter pleno conhecimento da estrutura pública de saúde principalmente orçamentária	1	2,43	0	0	6	14,63	13	31,7	19	46,34	2	4,87
Habilidade e Humanização	2	4,87	0	0	2	4,87	8	19,51	27	65,85	2	4,87
Confiança em si	1	2,43	0	0	2	9,75	7	17,07	26	63,41	3	7,31
Articulação	3	7,31	0	0	2	4,87	1	26,82	21	51,21	4	9,75
Visão	3	7,31	0	0	2	4,87	6	14,63	27	65,85	3	7,31
Cooperação	1	2,43	0	0	1	2,43	7	17,07	29	70,73	3	7,31
Visitas Domiciliares	1	2,43	0	0	4	9,75	1	26,82	20	48,78	5	12,19
Participar em eventos da comunidade	1	2,43	1	2,43	5	12,19	14	34,14	18	43,90	2	4,87
Responsabilidade	1	2,43	1	2,43	0	0	1	2,43	36	87,80	2	4,87
Compromisso social	1	2,43	0	0	1	2,43	4	9,75	34	82,92	1	2,43
Comprometimento	2	4,87	0	0	1	2,43	3	7,31	33	80,48	2	4,87
Flexibilidade	1	2,43	1	2,43	2	4,87	7	17,07	27	65,85	3	7,31
Consulta de Enfermagem em Ginecologia	9	21,95	2	4,87	6	14,63	5	12,19	12	29,26	7	17,07

**Tabela 6\_** Frequências simples e percentuais das respostas ao segundo questionário no grupo das especialistas: competências específicas, Rio Grande do Sul, 2004

COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS	Frequências simples e percentual											
	Discordo Muito								Concordo Muito		Sem Resposta	
	1	%	2	%	3	%	4	%	5	%	6	%
Realizar consulta de enfermagem	1	2,43	0	0	0	0	2	4,87	34	82,92	3	7,31
Buscar atualização constantemente	1	2,43	0	0	1	2,43	1	2,43	34	82,92	4	9,75
Educação Permanente da Equipe Multiprofissional	0	0	1	2,43	2	4,87	3	7,31	31	75,6	4	9,75
Planejamento da assistência – sistematização da assistência	1	2,43	1	2,43	0	0	5	12,19	30	73,17	4	9,75
Saber coletivizar os seus conhecimentos	1	2,43	1	2,43	0	0	7	17,07	27	65,85	5	12,19
Conhecer e saber utilizar metodologias de educação popular em saúde.	2	4,87	1	2,43	0	0	6	14,63	28	68,29	4	9,75
Planejamento/ supervisão/ administração na área de enfermagem	0	0	0	0	2	4,87	10	24,39	27	65,85	2	4,87
Cuidado domiciliar de enfermagem (competência para compreensão do contexto domiciliar)	1	2,43	0	0	1	2,43	5	12,19	31	75,6	3	7,31
Cuidar, a partir das necessidades do indivíduo, família e grupo.	0	0	1	2,43	2	4,87	10	24,39	26	63,41	2	4,87
Trabalho com grupos	2	4,87	1	2,43	0	0	9	21,95	26	63,41	3	7,31
Gerência da equipe	0	0	1	2,43	0	0	10	24,39	28	68,29	2	4,87
Promoção da saúde	1	2,43	0	0	1	2,43	5	12,19	29	70,73	5	12,19
Responsável pelo Programa de Imunizações	1	2,43	2	4,87	0	0	6	14,63	29	70,73	3	7,31
Identificar os fatores componentes e determinantes das condições de saúde na família e indivíduo.	3	7,31	2	4,87	1	2,43	6	14,63	25	60,97	4	9,75
Priorizar e intervir sobre fatores componentes das condições de saúde através de dados epidemiológicos e diagnósticos	2	4,87	1	2,43	1	2,43	6	14,63	25	60,97	6	14,63
Procedimentos de maior complexidade e VD quando necessário	2	4,87	1	2,43	2	4,87	6	14,63	26	63,41	4	9,75
Comunicação adequada entre os membros da equipe	2	4,87	2	4,87	1	2,43	3	7,31	29	70,73	4	9,75
Administração, gerenciamento e liderança	0	0	2	4,87	2	4,87	8	19,51	23	56,09	6	14,63
Comportamento Ético	2	4,87	1	2,43	0	0	3	7,31	31	75,60	4	9,75
Vigilância à saúde	2	4,87	0	0	3	7,31	8	19,51	23	56,09	5	12,19
Compreensão das políticas de saúde no contexto das políticas sociais – perfil epidemiológico	2	4,87	1	2,43	0	0	8	19,51	22	53,65	8	19,51
Resolubilidade	2	4,87	0	0	1	2,43	6	14,63	27	65,85	5	12,19
Acolhimento	2	4,87	0	0	1	2,43	2	4,87	30	73,17	6	14,63
Humanização e atualização	2	4,87	2	4,87	1	2,43	4	9,75	26	63,41	6	14,63
Conhecimento do território	2	4,87	1	2,43	0	0	4	9,75	27	65,85	7	17,07
Articulação intersetorial	2	4,87	0	0	1	2,43	4	9,75	29	70,73	5	12,19
Capacidade de reconhecer as interfaces do seu trabalho	2	4,87	1	2,43	1	2,43	5	12,19	28	68,29	4	9,75
Devolução de dados para o nível local	3	7,31	2	4,87	2	4,87	4	9,75	24	58,53	6	14,63
Protocolo dos enfermeiros	1	2,43	0	0	1	2,43	4	9,75	29	70,73	6	14,63

Continua...

Continuação

COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS	Frequências simples e percentual											
	Discordo Muito								Concordo Muito		Sem Resposta	
	1	%	2	%	3	%	4	%	5	%	6	%
Sistematizar o conhecimento sobre necessidades humanas básicas ao longo do ciclo vital e compatibilizá-las com os programas de saúde	2	4,87	1	2,43	3	7,31	6	14,63	27	65,85	2	4,87
Utilização dos sistemas de informação em saúde	3	7,31	0	0	0	0	5	12,19	28	68,29	5	12,19
Avaliação das ações	2	4,87	0	0	1	2,43	3	7,31	29	70,73	6	14,63
Quantidade versus qualidade	6	14,63	5	12,19	1	2,43	9	21,95	15	36,58	5	12,19
Integralidade na assistência	4	9,75	1	2,43	1	2,43	4	9,75	26	63,41	5	12,19
Articulação	4	9,75	1	2,43	2	4,87	8	19,51	22	53,65	4	9,75
Identificar situações de risco	3	7,31	2	4,87	0	0	2	4,87	28	68,29	6	14,63
Flexibilidade	3	7,31	1	2,43	1	2,43	8	19,51	24	58,53	4	9,75
Sentir-se membro da coletividade de enfermagem	1	2,43	1	2,43	4	9,75	10	24,39	22	53,65	3	7,31
Persistência/Continuidade	4	9,75	2	4,87	0	0	10	24,39	21	51,21	4	9,75
Integrar a comunidade no serviço	3	7,31	1	2,43	0	0	8	19,51	24	58,53	5	12,19
Pesquisa	4	9,75	0	0	0	0	3	7,31	31	75,60	3	7,31
Organização	3	7,31	3	7,31	0	0	3	7,31	28	68,29	4	9,75
Prevenção de doenças	3	7,31	1	2,43	2	4,87	7	17,07	23	56,09	5	12,19
Qualificação técnico-científica	4	9,75	1	2,43	1	2,43	2	4,87	29	70,73	4	9,75
Pensamento crítico-reflexivo	3	7,31	0	0	1	2,43	1	2,43	31	75,6	5	12,19
Trabalho em equipe	3	7,31	1	2,43	0	0	1	2,43	31	75,6	5	12,19
Gerenciamento	3	7,31	2	4,87	0	0	3	7,31	28	68,29	5	12,19
Autonomia	3	7,31	0	0	1	2,43	1	2,43	31	75,6	5	12,19

**Tabela 7\_** Freqüências simples e percentuais das respostas ao terceiro questionário no grupo das enfermeiras: competências gerais, Porto Alegre, 2004

COMPETÊNCIAS GERAIS	Freqüências simples e percentual											
	Discordo Muito								Concordo Muito		Sem Resposta	
	1	%	2	%	3	%	4	%	5	%	6	%
Tomada de decisão	0	0	1	2,94	7	20,58	13	38,22	13	47,09	0	0
Trabalhar interdisciplinarmente com a equipe	0	0	1	2,94	1	2,94	7	20,58	25	73,5	0	0
Desenvolver ações de promoção da saúde por meio de atividades educativas, estímulo à participação social	0	0	2	5,88	3	8,82	10	29,4	19	55,86	0	0
Orientação e coordenação de grupos	0	0	1	2,94	5	14,7	13	38,22	15	44,1	0	0
Visitas domiciliares	0	0	1	2,94	3	8,82	7	20,58	22	64,68	1	2,94
Coordenar programa de vacinação	0	0	0	0	3	8,82	6	17,64	25	73,5	0	0
Criar fluxograma para as ações básicas	0	0	0	0	7	20,58	16	47,04	11	32,34	0	0
Delegação	0	0	0	0	3	8,82	15	44,1	16	47,04	0	0
Desenvolver ações que facilitem a integração entre a equipe e a população	0	0	1	2,94	4	11,76	17	49,98	12	35,28	0	0
Orientação em sala de espera	0	0	0	0	7	20,58	21	51,21	6	17,64	0	0
Ler nas entrelinhas	0	0	2	5,88	11	32,34	8	23,52	13	38,22	0	0
Participação em fóruns tais como: Conselho Gestor, Conselho Local de saúde, intercomunitária	0	0	1	2,94	9	26,46	13	38,22	10	29,4	1	2,94
Empatia	0	0	0	0	4	11,76	19	55,86	11	32,34	0	0
Sensibilidade	0	0	2	5,88	3	8,82	13	38,22	16	47,04	0	0
Relacionamento	0	0	0	0	3	8,82	15	44,1	16	47,04	0	0
Afetividade	0	0	0	0	7	20,58	14	41,16	13	38,22	0	0
Criatividade	0	0	2	5,88	4	11,76	13	38,22	15	44,1	0	0
Flexibilidade	0	0	0	0	3	8,82	16	47,04	15	44,1	0	0
Dinamismo	0	0	0	0	3	8,82	13	38,22	18	52,92	0	0

**Tabela 8\_** Freqüências simples e percentuais das respostas ao terceiro questionário no grupo das enfermeiras: competências específicas, Porto Alegre, 2004

COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS	Freqüências simples e percentual											
	Discordo Muito								Concordo Muito		Sem Resposta	
	1	%	2	%	3	%	4	%	5	%	6	%
Gerenciamento	0	0	0	2,94	5	20,58	15	38,22	14	47,09	0	0
Realizar ações de enfermagem (procedimentos) (os que constam nos protocolos)	0	0	0	0	3	8,82	6	17,64	25	73,5	0	0
Atender os programas preconizados pelo MS e implementar programas conforme a necessidade do serviço	0	0	1	2,94	4	11,76	10	29,4	19	55,86	0	0
Ações de prevenção e monitoramento a situações de risco sanitário para a população	0	0	0	0	2	5,88	16	47,04	15	44,1	0	0
Humanização do atendimento	0	0	0	0	4	11,76	11	32,34	18	52,92	1	2,94
Agilidade	0	0	2	5,88	6	17,64	11	32,34	15	44,1	0	0
Capacidade de adaptação	0	0	0	0	10	29,4	10	29,4	14	41,16	0	0
Ter consciência de que a saúde é, além de um direito da pessoa, uma responsabilidade social e política	0	0	0	0	6	17,64	7	20,58	21	61,74	0	0
Atuar em um acolhimento com a intenção de mudança da realidade ou de melhorá-la	0	0	0	0	11	32,34	16	47,04	17	49,98	0	0
Exercer influência sobre os fatores que determinam sua saúde e bem-estar	0	0	0	0	8	23,52	11	32,34	14	41,16	1	2,94
Conhecimento	0	0	0	0	5	14,7	5	14,7	24	70,56	0	0
Empatia	0	0	2	5,88	8	23,52	14	41,16	9	26,46	1	2,94
Confiança	0	0	0	0	3	8,82	15	44,1	15	44,1	1	2,94
Privacidade	0	0	1	2,94	8	23,52	12	35,28	13	38,22	0	0
Liderança	0	0	4	11,76	4	11,76	13	38,22	11	32,34	2	5,88
Coleta de CP	2	5,88	2	5,88	4	11,76	11	32,34	15	44,1	0	0
Pré-natal de baixo risco	0	0	2	5,88	6	17,64	11	32,34	15	44,1	0	0
Atividades de atenção básica	0	0	0	0	7	20,58	5	14,7	22	64,68	0	0
Realizar diagnóstico situacional	0	0	2	5,88	4	11,76	14	41,16	14	41,16	0	0
Suscitar nas pessoas o sentimento de cidadania	0	0	0	0	8	23,52	11	32,34	15	44,1	0	0
Conhecer a área de atuação	0	0	2	5,88	5	14,7	4	11,76	22	64,68	1	2,94
Referência para qualidade do trabalho da enfermagem	0	0	0	0	4	11,76	7	20,58	22	64,68	0	0

**Tabela 9**\_Frequências simples e percentuais das respostas ao terceiro questionário no grupo das especialistas: competências gerais, Porto Alegre, 2004

COMPETÊNCIAS GERAIS	Frequências simples e percentual											
	Discordo Muito								Concordo Muito		Sem Resposta	
	1	%	2	%	3	%	4	%	5	%	6	%
Implementação dos programas e ações	2	5,7	0	0	0	0	23	65,55	9	25,65	1	2,85
Valorizar e participar do controle social	2	5,7	0	0	2	5,7	8	22,8	23	65,55	0	0
Exercer liderança	3	8,55	3	8,55	3	8,55	13	37,05	13	37,05	0	0
Capacidade de articulação	0	0	2	5,7	2	5,7	13	37,05	18	51,3	0	0
Estimular o cliente no seu autocuidado	2	5,7	2	5,7	5	14,25	6	17,1	20	57	0	0
Tomada de decisão	2	5,7	2	5,7	4	11,4	10	28,5	17	39,9	0	0
Criatividade	0	0	2	5,7	5	14,25	13	37,05	15	42,75	0	0
Empatia	2	5,7	1	2,85	2	5,7	12	34,2	18	51,3	0	0
Abertura	0	0	5	14,25	5	14,25	10	28,5	14	39,9	1	2,85
Polivalência	0	0	4	11,4	10	28,5	12	34,2	9	25,65	0	0
Resolubilidade	0	0	0	0	6	17,1	12	34,2	17	39,9	0	0
Negociação	2	5,7	0	0	5	14,25	12	34,2	14	39,9	2	5,7
Processo de Enfermagem	4	11,4	2	5,7	3	8,55	5	14,25	19	54,15	2	5,7
Habilidade e humanização	2	5,7	2	5,7	2	5,7	9	25,65	18	51,3	2	5,7
Confiança em si	2	5,7	0	0	3	8,55	12	34,2	18	51,3	0	0
Visão	2	5,7	2	5,7	5	14,25	8	22,8	17	39,9	1	2,85
Cooperação	2	5,7	2	5,7	3	8,55	5	14,25	23	65,55	0	0
Flexibilidade	0	0	1	2,85	5	14,25	11	31,35	16	45,6	2	5,7

**Tabela 10\_** Freqüências simples e percentuais das respostas ao terceiro questionário no grupo das especialistas: competências específicas, Porto Alegre, 2004

COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS	Freqüências simples e percentual											
	Discordo Muito								Concordo Muito		Sem Resposta	
	1	%	2	%	3	%	4	%	5	%	6	%
Planejamento, supervisão/administração na área de enfermagem	0	0	2	5,7	1	2,85	5	14,25	27	76,95	0	0
Cuidar, a partir das necessidades do indivíduo, família e grupo	0	0	2	5,7	3	8,55	7	19,95	23	65,55	0	0
Coordenação da Equipe de Enfermagem	2	5,7	0	0	0	0	3	8,55	29	82,65	1	2,85
Promoção da saúde	3	8,55	0	0	6	17,1	8	22,8	18	51,3	0	0
Responsável pelo Programa de Imunizações	2	5,7	2	5,7	4	11,4	12	34,2	15	42,75	0	0
Identificar os fatores componentes e determinantes das condições de saúde na família e indivíduo	4	11,4	2	5,7	4	11,4	10	28,5	15	42,75	0	0
Priorizar e intervir sobre fatores componentes das condições de saúde através de dados epidemiológicos e diagnósticos	4	11,4	1	2,85	2	5,7	8	22,8	18	51,3	2	5,7
Procedimentos de maior complexidade	0	0	3	8,55	6	17,1	7	19,95	17	48,45	2	5,7
Humanização e atualização	4	11,4	3	8,55	6	17,1	4	11,4	18	51,3	0	0
Conhecimento do território	2	5,7	3	8,55	8	22,8	6	17,1	14	39,9	2	5,7
Articulação intersetorial	0	0	4	11,4	3	8,55	12	34,2	13	37,05	3	8,55
Capacidade de reconhecer as interfaces do seu trabalho	0	0	8	22,8	4	11,4	15	42,75	8	22,8	0	0
Devolução de dados para o nível local	4	11,4	3	8,55	3	8,55	9	25,65	13	37,05	3	8,55
Protocolo dos enfermeiros	2	5,7	3	8,55	4	11,4	9	25,65	16	45,6	1	2,85
Sistematizar o conhecimento sobre necessidades humanas básicas ao longo do ciclo vital e compatibilizá-las com os programas de saúde	2	5,7	2	5,7	4	11,4	10	28,5	17	48,45	0	0
Utilização dos sistemas de informação em saúde	0	0	4	11,4	5	14,25	6	17,1	18	51,3	2	5,7
Avaliação das ações	2	5,7	2	5,7	4	11,4	4	11,4	21	59,85	2	5,7
Identificar situações de risco	2	5,7	4	11,4	5	14,25	6	17,1	18	51,3	0	0
Sentir-se membro da coletividade de enfermagem	0	0	3	8,55	4	11,4	12	34,2	15	42,75	1	2,85
Persistência/continuidade	2	5,7	4	11,4	8	22,8	11	31,35	10	28,5	0	0
Integrar a comunidade no serviço	4	11,4	4	11,4	3	8,55	9	25,65	15	42,75	0	0
Prevenção de doenças	4	11,4	2	5,7	5	14,25	7	19,95	17	48,45	0	0
Qualificação técnico-científica	2	5,7	4	11,4	4	11,4	5	14,25	20	57	0	0



## APÊNDICE H – Frequência Média e Mediana das respostas ao segundo e terceiro questionários.

**Tabela 11** – Frequências média e mediana das competências gerais do segundo questionário obtidas com a Escala de Likert no grupo das enfermeiras, Porto Alegre, 2004.

COMPETÊNCIAS GERAIS	Mediana	Média
Tomada de decisão	5	3,9
Organização e responsabilidade	5	3,9
Trabalhar em equipe multidisciplinar	5	3,9
Trabalhar interdisciplinarmente com a equipe	5	3,8
Promover educação continuada	5	3,8
Coordenação	5	3,6
Participação no desenvolvimento de atividades de planejamento e avaliação da equipe e ações de saúde	5	3,9
Promover comprometimento com a saúde, como direito individual e coletivo	5	3,8
Trabalhar com perspectiva de vigilância epidemiológica	5	3,9
Desenvolver ações de promoção da saúde por meio de atividades educativas, estímulo à participação social	5	3,8
Orientação e coordenação de grupos	5	3,8
Resolubilidade	5	3,8
Comunicação	5	3,8
Acolhimento	5	3,6
Educação em saúde	5	3,9
Ética	5	3,9
Supervisão	5	3,5
Visitas domiciliares	5	3,6
Organização da equipe de Enfermagem	5	3,5
Identificação dos problemas de saúde	5	3,7
Priorização dos casos urgentes	5	3,7
Coordenar programas de vacinação	5	3,5
Criar fluxograma para as ações básicas	4	3,3
Prevenção Preservação da Saúde	5	4
Habilidade	5	3,5
Delegação	4	3,4
Integrar	5	3,9
Desenvolver ações que facilitem a integração entre a equipe e a população	5	3,5
Orientação em sala de espera	4	3,2
Ler nas entrelinhas	4	3
Olhar coletivo	5	3,8
Trabalho em rede	5	3,7
Identificação com o trabalho	5	3,8
Participação em fóruns tais como: Conselho gestor, conselho local de saúde, intercomunitária	4	3,3
Saber ouvir	5	4
Empatia	5	3,6
Sensibilidade	5	3,7
Relacionamento	5	3,7
Afetividade (competência para estabelecer relação profissional com afetividade)	5	3,5
Conhecer a comunidade, com ela estabelecer e manter vínculos	5	3,8
Organização do serviço	5	3,7
Criatividade	5	3,5
Flexibilidade	5	3,7
Dinamismo	5	3,7

**Tabela 12\_** Frequências média e mediana das competências específicas do segundo questionário obtidas com a Escala de Likert no grupo das enfermeiras, Porto Alegre, 2004.

COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS	Mediana	Média
Consulta de enfermagem	5	4
Coordenação de ações educativas na Unidade Sanitária e comunidade	5	3,7
Educação continuada em Enfermagem	5	3,8
Supervisão e apoio à Equipe de Enfermagem	5	4
Promoção da saúde	5	3,8
Capacidade técnica	5	3,8
Coordenação da equipe de enfermagem	5	4
Gerenciamento	5	3,7
Relação com a comunidade	5	3,3
Coordenação do serviço de assistência em enfermagem	5	3,9
Realizar ações de enfermagem (procedimentos)	5	3,8
Implementar programas	5	3,6
Visita domiciliar	5	3,4
Ações de prevenção e monitoramento a situações de risco sanitário para a população	5	3,6
Planejamento de ações	5	3,6
Humanização do atendimento	5	3,5
Agilidade	4	3,3
Capacidade de adaptação	4	2,4
Ter consciência de que a saúde é, além de um direito da pessoa, uma responsabilidade social e política.	5	3,5
Atuar em um acolhimento com a intenção de mudança da realidade ou de melhorá-la.	5	3,3
Exercer influência sobre os fatores que determinam sua saúde e bem-estar	5	3,3
Conhecimento	5	3,7
Empatia	5	3,4
Confiança	5	3,5
Privacidade	5	3,4
Liderança	5	3,6
Coleta de CP	4	3,1
Pré-natal de baixo risco	5	3,5
Atividades de atenção básica	5	3,6
Saber olhar o todo	5	3,7
Saber trabalhar em equipe	5	3,8
Realizar diagnóstico situacional	5	3,7
Projetos	5	3,5
Suscitar nas pessoas o sentimento de cidadania	5	3,3
Integradora	5	3,4
Biossegurança	5	3,5
Conhecer a população	5	3,5
Conhecer a área de atuação	5	3,5
Escuta	5	3,7
Referência para qualidade do trabalho da enfermagem	5	3,8

**Tabela 13** Freqüências média e mediana das competências gerais do segundo questionário obtidas com a Escala de Likert no grupo das especialistas, Porto Alegre, 2004.

COMPETÊNCIAS GERAIS		
	Mediana	Média
Relacionamento/comunicação	5	3,9
Organizar seu processo de trabalho de forma articulada com a equipe de saúde	5	3,9
Gerência e gestão dos serviços	5	3,8
Conhecimento dos problemas e necessidades de saúde da população, bem como dos determinantes sociais	5	4
Capacidade de acolhimento/sensibilidade	5	3,9
Integrar a equipe de saúde na constituição do planejamento	5	4
Ações de vigilância em saúde	5	3,8
Implementação dos programas e ações	5	3,7
Realizar atendimento integral dentro dos princípios do SUS	5	3,9
Conhecer o SNS e as políticas de saúde	5	3,9
Reconhecer-se em contínua formação	5	4
Trabalho interdisciplinar – em equipe	5	3,9
Capacidade de lidar com a tecnologia da informação	5	3,8
Comportamento Ético	5	4
Promoção da saúde como qualidade de vida	5	3,7
Valorizar e participar do controle social	5	3,9
Exercer liderança	5	3,7
Capaz de organizar-se e atuar coletivamente	5	3,7
Capacidade de articulação	5	3,7
Organização	5	3,7
Educação em saúde	5	3,8
Trabalho com grupos	5	3,8
Respeitar e interagir com diferentes culturas	5	3,7
Estimular o cliente no seu autocuidado	5	3,7
Tomada de decisão	5	3,8
Criatividade	5	3,8
Empatia	5	3,8
Abertura	5	3,6
Polivalência	4	3,0
Iniciativa	5	3,9
Resolubilidade	5	3,6
Negociação	5	3,4
Política	5	3,3
Processo de Enfermagem	5	3,6
Conhecimento teórico	5	3,8
Conhecimento de epidemiologia	5	3,7
Ter pleno conhecimento da estrutura pública de saúde principalmente orçamentária	5	3,4
Habilidade e Humanização	5	3,6
Confiança em si	5	3,7
Articulação	5	3,5
Visão	5	3,6
Cooperação	5	3,8
Visitas Domiciliares	5	3,6
Participar em eventos da comunidade	4	3,3
Responsabilidade	5	3,9
Compromisso social	5	3,8
Comprometimento	5	3,8
Flexibilidade	5	3,7
Consulta de Enfermagem em Ginecologia	4	2,8

**Tabela 14\_** Freqüências média e mediana das competências específicas do segundo questionário obtidas com a Escala de Likert no grupo das especialistas, Porto Alegre, 2004.

COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS	Mediana	Média
Realizar consulta de enfermagem	5	4,0
Buscar atualização constantemente	5	3,9
Educação Permanente da Equipe Multiprofissional	5	3,9
Planejamento da assistência – sistematização da assistência	5	3,9
Saber coletivizar os seus conhecimentos	5	3,7
Conhecer e saber utilizar metodologias de educação popular em saúde.	5	3,6
Planejamento/ supervisão/ administração na área de enfermagem	5	3,8
Cuidado domiciliar de enfermagem	5	3,9
Cuidar, a partir das necessidades do indivíduo, família e grupo	5	3,6
Trabalho com grupos	5	3,5
Coordenação da equipe de enfermagem	5	3,8
Promoção da saúde	5	3,8
Responsável pelo Programa de Imunizações	5	3,7
Identificar os fatores componentes e determinantes das condições de saúde na família e indivíduo.	5	3,4
Priorizar e intervir sobre fatores componentes das condições de saúde através de dados epidemiológicos e diagnósticos	5	3,6
Procedimentos de maior complexidade e visita domiciliar quando necessário	5	3,6
Comunicação adequada entre os membros da equipe	5	3,6
Administração, gerenciamento e liderança	5	3,8
Comportamento Ético	5	3,7
Vigilância à saúde	5	3,5
Compreensão das políticas de saúde no contexto das políticas sociais – perfil epidemiológico	5	3,7
Resolubilidade	5	3,7
Acolhimento	5	3,8
Humanização e atualização	5	3,6
Conhecimento do território	5	3,7
Articulação intersetorial	5	3,7
Capacidade de reconhecer as interfaces do seu trabalho	5	3,6
Devolução de dados para o nível local	5	3,4
Protocolo dos enfermeiros	5	3,0
Sistematizar o conhecimento sobre necessidades humanas básicas ao longo do ciclo vital e compatibilizá-las com os programas de saúde	5	3,6
Utilização dos sistemas de informação em saúde	5	3,6
Avaliação das ações	5	3,8
Quantidade versus qualidade	4	2,8
Integralidade na assistência	5	3,4
Articulação	5	3,3
Identificar situações de risco	5	3,6
Flexibilidade	5	3,4
Sentir-se membro da coletividade de enfermagem	5	3,5
Persistência/Continuidade	5	3,2
Integrar a comunidade no serviço	5	3,5
Pesquisa	5	3,5
Organização	5	3,4
Prevenção de doenças	5	3,4
Qualificação técnico-científica	5	3,5
Pensamento crítico-reflexivo	5	3,7
Trabalho em equipe	5	3,6
Gerenciamento	5	3,5
Autonomia	5	3,7

**Tabela 15**\_Frequências média e mediana das competências gerais do terceiro questionário obtidas com a Escala de Likert no grupo das enfermeiras, Porto Alegre, 2004.

COMPETÊNCIAS GERAIS	Mediana	Média
Tomada de decisão	4	4,1
Trabalhar interdisciplinarmente com a equipe	5	4,6
Desenvolver ações de promoção da saúde por meio de atividades educativas, estímulo à participação social	5	4,3
Orientação e coordenação de grupos	4	4,2
Visitas domiciliares	5	4,5
Coordenar programa de vacinação	5	4,6
Criar fluxograma para as ações básicas	4	4,1
Delegação	4	4,3
Desenvolver ações que facilitem a integração entre a equipe e a população	4	4,1
Orientação em sala de espera	4	4,1
Ler nas entrelinhas	4	3,9
Participação em fóruns tais como: Conselho Gestor, Conselho Local de saúde, intercomunitária	4	3,9
Empatia	4	4,0
Sensibilidade	4	4,2
Relacionamento	4	4,3
Afetividade	4	4,1
Criatividade	4	4,2
Flexibilidade	4	4,3
Dinamismo	5	4,4

**Tabela 16** Freqüências média e mediana das competências específicas do terceiro questionário obtidas com a Escala de Likert no grupo das enfermeiras, Porto Alegre, 2004.

COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS	Mediana	Média
Gerenciamento	4	4,3
Realizar ações de enfermagem (procedimentos) (os que constam nos protocolos)	5	4,7
Atender os programas preconizados pelo MS e implementar programas conforme a necessidade do serviço	5	4,3
Ações de prevenção e monitoramento a situações de risco sanitário para a população	4	4,4
Humanização do atendimento	5	4,4
Agilidade	4	4,1
Capacidade de adaptação	4	4,1
Ter consciência de que a saúde é, além de um direito da pessoa, uma responsabilidade social e política	5	4,4
Atuar em um acolhimento com a intenção de mudança da realidade ou de melhorá-la	4	4,1
Exercer influência sobre os fatores que determinam sua saúde e bem-estar	4	4,1
Conhecimento	5	4,5
Empatia	4	3,9
Confiança	4	4,4
Privacidade	4	4,0
Liderança	4	4,6
Coleta de CP	4	4,0
Pré-natal de baixo risco	4	4,1
Atividades de atenção básica	5	4,3
Realizar diagnóstico situacional	4	4,1
Suscitar nas pessoas o sentimento de cidadania	4	4,1
Conhecer a área de atuação	5	4,3
Referência para qualidade do trabalho da enfermagem	5	4,5

**Tabela 17**\_Frequências média e mediana das competências gerais do terceiro questionário obtidas com a Escala de Likert no grupo das especialistas, Porto Alegre, 2004.

COMPETÊNCIAS GERAIS	Mediana	Média
Implementação dos programas e ações	4	4,1
Valorizar e participar do controle social	5	4,4
Exercer liderança	4	3,8
Capacidade de articulação	5	4,3
Estimular o cliente no seu autocuidado	5	4,1
Tomada de decisão	4	4,0
Criatividade	4	4,1
Empatia	5	4,2
Abertura	4	4,0
Polivalência	4	3,7
Resolubilidade	4	4,3
Negociação	4	4,2
Processo de Enfermagem	5	4,1
Habilidade e humanização	5	4,2
Confiança em si	5	4,2
Visão	5	4,1
Cooperação	5	4,2
Flexibilidade	5	4,3

**Tabela 18\_** Freqüências média e mediana das competências específicas do terceiro questionário obtidas com a Escala de Likert no grupo das especialistas, Porto Alegre, 2004.

COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS	Mediana	Média
Planejamento, supervisão/administração na área de enfermagem	5	4,6
Cuidar, a partir das necessidades do indivíduo, família e grupo	5	4,4
Coordenação da Equipe de Enfermagem	5	4,7
Promoção da saúde	5	4,0
Responsável pelo Programa de Imunizações	4	4,0
Identificar os fatores componentes e determinantes das condições de saúde na família e indivíduo	4	3,8
Priorizar e intervir sobre fatores componentes das condições de saúde através de dados epidemiológicos e diagnósticos	5	4,1
Procedimentos de maior complexidade	5	4,2
Humanização e atualização	5	3,8
Conhecimento do território	4	3,9
Articulação intersetorial	4	4,2
Capacidade de reconhecer as interfaces do seu trabalho	4	3,6
Devolução de dados para o nível local	4	3,9
Protocolo dos enfermeiros	4	4,0
Sistematizar o conhecimento sobre necessidades humanas básicas ao longo do ciclo vital e compatibilizá-las com os programas de saúde	4	4,0
Utilização dos sistemas de informação em saúde	5	4,2
Avaliação das ações	5	4,3
Identificar situações de risco	5	3,9
Sentir-se membro da coletividade de enfermagem	4	4,2
Persistência/continuidade	4	3,6
Integrar a comunidade no serviço	4	3,7
Prevenção de doenças	4	3,8
Qualificação técnico-científica	5	4,0



**APÊNDICE I - Consentimento livre e esclarecido: participante enfermeira.**

Pesquisa: **COMPETÊNCIAS DA ENFERMEIRA NO NÍVEL LOCAL: Contribuição à construção das Funções Essenciais de Saúde Pública**

**Autores:** Profa. Dra. Maria Cecília Puntel de Almeida (pesquisadora responsável)

Contato: fone (16)6023949 e-mail: cecilia@eerp.usp.br

Regina Rigatto Witt (pesquisadora)

Contato: fone (51) 33425905 e-mail: witt@orion.ufrgs.br

**CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO  
PARTICIPANTE ENFERMEIRA**

Estamos desenvolvendo a presente pesquisa a fim de contribuir para a construção das competências requeridas da enfermeira, para atuação na saúde pública, tendo como suporte o trabalho realizado na rede básica de saúde.

Para isto, dois grupos de profissionais de enfermagem efetivamente engajados na área pela sua experiência e/ou conhecimentos foi selecionado. Gostaríamos de convidá-la a participar desta pesquisa, participando do grupo de enfermeiras, emitindo seu parecer a respeito das questões solicitadas. Estas informações serão compiladas juntamente com as de outras participantes e reenviadas a todas. O processo será realizado em 4 etapas, sendo que a sua colaboração será solicitada em cada uma delas.

Pelo presente Consentimento Informado, declaro que fui esclarecido, de forma clara e detalhada, livre de qualquer forma de constrangimento e coerção, dos objetivos, da justificativa e benefícios do presente Projeto de Pesquisa.

Fui igualmente informado:

- da garantia de receber resposta a qualquer pergunta ou esclarecimento referente à pesquisa;
- da liberdade de retirar meu consentimento, a qualquer momento, e deixar de participar do estudo, sem que isto me traga prejuízo algum;
- da segurança de que não serei identificado e que se manterá o caráter confidencial das informações.

Eu \_\_\_\_\_, aceito participar do grupo de trabalhadores da pesquisa: Competências da enfermeira no nível local: contribuição à construção das Funções Essenciais de Saúde Pública, emitindo meu parecer quando solicitado. Estou ciente de que as informações por mim fornecidas serão tratadas de forma sigilosa.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2003.

**APÊNDICE J – Consentimento livre e esclarecido: participante especialista.**

Pesquisa: **COMPETÊNCIAS DA ENFERMEIRA NO NÍVEL LOCAL: Contribuição à construção das Funções Essenciais de Saúde Pública**

**Autores:** Profa. Dra. Maria Cecília Puntel de Almeida (pesquisadora responsável)  
Contato: fone (16)6023949 e-mail: cecilia@eerp.usp.br  
Regina Rigatto Witt (pesquisadora)  
Contato: fone (51) 33425905 e-mail: witt@orion.ufrgs.br

**CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO  
PARTICIPANTE ESPECIALISTA**

Estamos desenvolvendo a presente pesquisa a fim de contribuir para a construção das competências requeridas da enfermeira, para atuação na saúde pública, tendo como suporte o trabalho realizado na rede básica de saúde.

Para isto, dois grupos de profissionais de enfermagem efetivamente engajados na área pela sua experiência e/ou conhecimentos foi selecionado. Gostaríamos de convidá-la a participar desta pesquisa, participando do grupo de especialistas em enfermagem, emitindo seu parecer a respeito das questões solicitadas. Estas informações serão compiladas juntamente com as de outras participantes e reenviadas a todas. O processo será realizado em 4 etapas, sendo que a sua colaboração será solicitada em cada uma delas.

Pelo presente Consentimento Informado, declaro que fui esclarecido, de forma clara e detalhada, livre de qualquer forma de constrangimento e coerção, dos objetivos, da justificativa e benefícios do presente Projeto de Pesquisa.

Fui igualmente informado:

- da garantia de receber resposta a qualquer pergunta ou esclarecimento referente à pesquisa;
- da liberdade de retirar meu consentimento, a qualquer momento, e deixar de participar do estudo, sem que isto me traga prejuízo algum;
- da segurança de que não serei identificado e que se manterá o caráter confidencial das informações.

Eu \_\_\_\_\_, aceito participar do grupo de trabalhadores da pesquisa: Competências da enfermeira no nível local: contribuição à construção das Funções Essenciais de Saúde Pública, emitindo meu parecer quando solicitado. Estou ciente de que as informações por mim fornecidas serão tratadas de forma sigilosa.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 200\_\_.



---

**ANEXO A** - Serviços Essenciais de Saúde Pública segundo  
o Projeto Saúde Pública nos Estados Unidos.

---

**Serviços Essenciais de Saúde Pública**

---

SESP 1	Monitoramento do estado de saúde para identificar os problemas de saúde da comunidade
SESP 2	Diagnóstico e investigação dos problemas de saúde e dos riscos na comunidade
SESP 3	Informação, educação, e empoderamento das pessoas em temas de saúde
SESP 4	Mobilização de associações comunitárias para identificar e resolver problemas de saúde
SESP 5	Desenvolvimento de políticas e planos que apoiem a saúde individual e coletiva
SESP 6	Cumprimento de leis e regulações que protejam a saúde e dêem segurança
SESP 7	Vinculação das pessoas com serviços de atenção de saúde e garantia de provisão de serviços de saúde onde não estejam disponíveis
SESP 8	Garantia de recursos humanos competentes para a saúde pública e a atenção de saúde
SESP 9	Avaliação da eficácia, acessibilidade, e qualidade dos serviços de saúde individual e coletivos
SESP10	Investigação sobre novos enfoques e soluções inovadoras para os problemas de saúde

---

Fonte: PUBLIC HEALTH IN AMÉRICA. 1994. Disponível em <http://www.phppo.cdc.gov/dphs/nphpsp/>. Acesso em: 24/06/2002.

## ANEXO B – Competências Essenciais para Profissionais de Saúde Pública por Domínio.

DOMÍNIOS	COMPETÊNCIAS
<b>Habilidades de Avaliação/ Analíticas</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Define um problema</li> <li>➤ Determina usos apropriados e limitações de dados quantitativos e qualitativos</li> <li>➤ Seleciona e define variáveis relevantes para definir problemas de saúde pública</li> <li>➤ Identifica dados relevantes e apropriados e fontes de informação</li> <li>➤ Avalia a integridade e comparabilidade de dados e identifica lacunas nas fontes de dados</li> <li>➤ Aplica princípios éticos para a coleta, sustentação, uso e disseminação de dados e informações</li> <li>➤ Estabelece parcerias com comunidades para interpretar dados quantitativos e qualitativos coletados</li> <li>➤ Faz inferências relevantes a partir de dados quantitativos e qualitativos</li> <li>➤ Obtém e interpreta informação relacionada com riscos e benefícios para a comunidade</li> <li>➤ Aplica processos de coleta de dados, aplicação de tecnologia de informação, e estratégias de armazenamento/recuperação em sistemas de computação</li> <li>➤ Reconhece como os dados iluminam questões éticas, políticas, científicas, econômicas e, sobretudo, de saúde pública</li> </ul>
<b>Desenvolvimento de Políticas/ Habilidades de Planejamento de Programas</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Coleta, sintetiza e interpreta informação relevante para um problema de saúde</li> <li>➤ Manifesta opções políticas e redige declarações políticas claras e concisas</li> <li>➤ Identifica, interpreta e implementa leis de saúde pública, regulações e políticas relacionadas a programas específicos</li> <li>➤ Articula as implicações de saúde, fiscal, administrativa, legal, social e política de cada opção política</li> <li>➤ Manifesta a possibilidade e resultados esperados de cada opção política</li> <li>➤ Utiliza técnicas atuais nas análises de decisão e planejamento em saúde</li> <li>➤ Decide a respeito do procedimento adequado</li> <li>➤ Desenvolve um plano para implementar políticas, incluindo objetivos, resultados, objetivos de processo e passos para sua implementação</li> <li>➤ Traduz política em planos organizacionais, estruturas e programas</li> <li>➤ Prepara e implementa planos de resposta em emergências</li> <li>➤ Desenvolve mecanismos para monitorar e avaliar programas para sua eficiência e qualidade</li> </ul>
<b>Habilidades de comunicação</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Comunica-se de forma efetiva tanto por escrito quanto de forma oral ou de outras formas</li> <li>➤ Solicita retorno de indivíduos e organizações</li> <li>➤ Advoga por programas de saúde pública e recursos</li> <li>➤ Lidera e participa em grupos para atender questões específicas</li> <li>➤ Usa a mídia, tecnologias avançadas e redes comunitárias para comunicar informação</li> <li>➤ Apresenta efetivamente informação demográfica, estatística, programática e científica apurada para profissionais e audiências leigas</li> </ul>
	<p><b>Atitude</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Ouve outros de maneira imparcial, respeita pontos de vista e promove a expressão de diversas opiniões e perspectivas</li> </ul>
<b>Habilidades de Competência Cultural</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Utiliza métodos apropriados para interagir de forma sensitiva, efetiva e profissional com pessoas de origem cultural, socioeconômica, educacional, racial, étnica e profissional e pessoas de todas as idades e estilos de vida</li> <li>➤ Identifica o papel dos fatores cultural, social e comportamental na determinação da prestação de serviços de saúde pública</li> <li>➤ Desenvolve e adapta abordagens para problemas que levam em consideração diferenças culturais</li> </ul>

Continua...

## Continuação

	<b>Atitudes</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Compreende as forças dinâmicas que contribuem para a diversidade cultural</li> <li>➤ Compreende a importância da diversidade da força de trabalho em saúde pública</li> </ul>
<b>Dimensões Comunitárias das Habilidades Práticas</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Estabelece e mantém vínculos com apoiadores-chave</li> <li>➤ Utiliza a liderança, formação de equipes, negociação e habilidades de resolução de conflitos para construir parcerias comunitárias</li> <li>➤ Colabora com parcerias comunitárias para promover a saúde da população</li> <li>➤ Identifica como as organizações públicas e privadas operam em uma comunidade</li> <li>➤ Estabelece compromissos comunitários efetivos</li> <li>➤ Identifica valores comunitários e recursos disponíveis</li> <li>➤ Desenvolve, implementa e avalia o diagnóstico de saúde pública da comunidade</li> <li>➤ Descreve o papel do governo na prestação de serviços de saúde comunitária</li> </ul>
<b>Habilidades Básicas em Saúde Pública</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Identifica as responsabilidades individuais e organizacionais no contexto dos Serviços Essenciais de Saúde Pública e Funções Essenciais</li> <li>➤ Define, avalia e interpreta as condições de saúde da população, determinantes da saúde e doença, fatores que contribuem para a promoção da saúde e prevenção da doença e fatores que influenciam o uso dos serviços de saúde</li> <li>➤ Compreende o desenvolvimento histórico, estrutura e interação entre saúde pública e sistemas de saúde</li> <li>➤ Identifica e aplica métodos básicos de pesquisa em saúde pública</li> <li>➤ Aplica as ciências básicas de saúde pública, incluindo ciências comportamentais e sociais, epidemiologia, saúde pública ambiental e prevenção de doenças crônicas e infecciosas e danos à saúde</li> <li>➤ Identifica e busca evidência científica atualizada e relevante</li> <li>➤ Identifica as limitações da pesquisa e a importância das observações e inter-relações</li> </ul>
	<b>Atitude</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Desenvolve um compromisso com o pensamento crítico rigoroso</li> </ul>
<b>Planejamento Financeiro e Habilidades de Gerenciamento</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Desenvolve e apresenta um orçamento</li> <li>➤ Gerencia programas com limitações orçamentárias</li> <li>➤ Aplica processos de financiamento</li> <li>➤ Desenvolve estratégias para determinar prioridades de financiamento</li> <li>➤ Monitora o desempenho do programa</li> <li>➤ Prepara propostas para solicitar financiamento externo</li> <li>➤ Aplica habilidades básicas de relacionamento humano ao gerenciamento de organizações, motivação de pessoal e resolução de conflitos</li> <li>➤ Gerencia sistemas de informação para coleta, recuperação e uso de dados para a tomada de decisão</li> <li>➤ Negocia e desenvolve contratos e outros documentos para a provisão de serviços à população</li> <li>➤ Conduz análises de custo-efetividade, custo-benefício e custo-utilidade</li> </ul>
<b>Liderança e Habilidades de Pensamento de Sistemas</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Cria padrões culturais e éticos nas organizações e comunidades</li> <li>➤ Ajuda a criar valores centrais, visão compartilhada e usos destes princípios para guiar a ação</li> <li>➤ Identifica questões internas e externas que podem impactar a prestação de serviços essenciais de saúde pública</li> <li>➤ Facilita a colaboração com grupos internos e externos para assegurar participação de apoiadores-chave</li> <li>➤ Promove aprendizado da equipe e organização</li> <li>➤ Contribui para o desenvolvimento, implementação e monitoramento do desempenho de padrões organizacionais</li> <li>➤ Usa o sistema legal e político para efetuar mudança</li> <li>➤ Aplica estruturas teóricas e organizacionais na prática profissional</li> </ul>

Fonte: COUNCIL OF LINKAGES BETWEEN ACADEMIA AND PUBLIC HEALTH PRACTICE. *Core Competencies for Public Health Professionals*. Abril 2001.

**ANEXO C - Atividades de Enfermagem organizadas segundo as Funções Essenciais de Saúde Pública.**

Atividades FESP	Indivíduo	Família	Comunidade
<b>AVALIAÇÃO</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Identifica indivíduos nas famílias que necessitam de serviços;</li> <li>➤ Avalia a capacidade funcional do indivíduo, por meio de medidas de avaliação específicas, incluindo instrumentos de triagem física, social e de saúde mental;</li> <li>➤ Estabelece o diagnóstico de enfermagem para o indivíduo, com descrição do problema ou potencial problema, etiologia e fatores contribuintes;</li> <li>➤ Desenvolve um plano de cuidados de enfermagem para o indivíduo.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Avalia as potencialidades da família e áreas de preocupação. Isto envolve uma avaliação abrangente das necessidades físicas, sociais e de saúde mental;</li> <li>➤ Avalia o ambiente de moradia da família, com enfoque nas relações de suporte e outros fatores que podem ter um impacto significativo nos resultados de saúde da família;</li> <li>➤ Conhece o ambiente maior em que a família vive (o quarteirão ou comunidade específica) para avaliar a segurança e outras questões relacionadas.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Analisa dados e necessidades de populações específicas ou áreas geográficas;</li> <li>➤ Identifica e interage com lideranças comunitárias formais e informais;</li> <li>➤ Identifica populações-alvo que podem estar em risco. Estas populações podem incluir áreas de elevada densidade populacional, baixa renda, centros de cuidados de crianças e idosos;</li> <li>➤ Participa na coleta de dados em uma população-alvo;</li> <li>➤ Conduz levantamentos ou observa populações-alvo, tais como creches, prisões e centro de detenções, para melhor entender as necessidades.</li> </ul>
<b>DESENVOLVIMENTO DE POLÍTICAS</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Recomenda ou assiste o desenvolvimento de padrões para o cuidado individual do cliente;</li> <li>➤ Recomenda ou adota sistemas de classificação de riscos para estabelecer prioridades no cuidado individual ao cliente;</li> <li>➤ Participa no estabelecimento de critérios para início, término ou encaminhamento do cuidado individual;</li> <li>➤ Participa no desenvolvimento de descritores de tarefas para estabelecer papéis para os vários membros da equipe que provêm serviços aos indivíduos.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Recomenda serviços para famílias, baseados na identificação de necessidades;</li> <li>➤ Recomenda programas para atender necessidades específicas da família em uma área geográfica;</li> <li>➤ Facilita a integração de famílias com necessidades similares. Faz recomendações para formuladores de políticas sobre aspectos específicos que afetam grupos de famílias.</li> <li>➤ Solicita dados adicionais e informação analisada para identificar tendências em um grupo de famílias;</li> <li>➤ Identifica famílias-chave em uma comunidade que podem estar em oposição ou apoiando políticas específicas ou programas e desenvolve estratégias de intervenções apropriadas e efetivas para usar com estas famílias.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Provê liderança para convocar e facilitar os grupos comunitários para avaliar problemas de saúde e desenvolver um plano para atender estes problemas;</li> <li>➤ Recomenda programas de treinamento específico para atender necessidades de saúde identificadas;</li> <li>➤ Alerta os formuladores de políticas sobre regulações em saúde, decisões sobre receita e outros fatores que podem afetar negativamente a saúde da comunidade;</li> <li>➤ Recomenda programas para populações-alvo tais como creches, asilos, prisões abrigos, locais de trabalho e comunidades de minorias;</li> <li>➤ Age como advogada para populações-alvo que não querem ou não podem se dirigir aos formuladores de políticas a respeito de questões problemáticas;</li> <li>➤ Trabalha com serviços e indústria para desenvolver programas de saúde aos empregados.</li> </ul>

Continua...

Continuação

Atividades FESP	Indivíduo	Família	Comunidade
<b>GARANTIA DA PROVISÃO DE SERVIÇOS</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Provê serviços de enfermagem baseados em padrões da prática de enfermagem para indivíduos no ciclo vital. Estes serviços podem compreender uma variedade de programas incluindo crianças com necessidades especiais, prevenção do abuso, imunizações e programas de HIV/AIDS;</li> <li>➤ Avalia e apóia o progresso individual para alcançar resultados estabelecidos;</li> <li>➤ Consulta outros serviços e profissionais da equipe de saúde em relação ao plano individual de saúde;</li> <li>➤ Estabelece prioridades para as necessidades individuais de forma contínua;</li> <li>➤ Participa de equipes de controle de qualidade para avaliar a qualidade do cuidado prestado.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Provê serviços para um grupo de famílias em uma área geográfica. Serviços podem ser oferecidos em uma variedade de locais, incluindo domicílio, creches, escolas. Os serviços podem incluir avaliação física, educação em saúde e aconselhamento e levantamento das condições de saúde e desenvolvimento;</li> <li>➤ Provê cuidado clínico de enfermagem para grupos específicos de famílias em uma área geográfica.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Provê serviços para uma população-alvo de creches, escolas, locais de trabalho, comunidades de minorias, prisões, e abrigos. Intervenções podem incluir levantamento das condições de saúde, educação, promoção da saúde, e programas de prevenção de danos;</li> <li>➤ Melhora a garantia da qualidade das atividades com vários provedores de cuidados de saúde em uma comunidade. Exemplos: educação sobre novas imunizações, programas educacionais para controle de doenças transmissíveis e técnicas de apoio para populações de alto risco;</li> <li>➤ Mantém a vigilância de doenças transmissíveis e controle de surtos;</li> <li>➤ Participa na pesquisa ou projetos de demonstração;</li> <li>➤ Provê consultoria especializada de enfermagem de saúde pública na comunidade;</li> <li>➤ Assegura padrões de cuidado na comunidade.</li> </ul>

Fonte: CONLEY, E.; DAHL, J. *Public Health Nursing within Core Public Health Functions*. Public Health Nursing Directors of Washington. July 1993.



---



---

**ANEXO D – Atividades de Enfermagem para cada Serviço Essencial de Saúde Pública**


---



---

**Serviços  
Essenciais de  
Saúde Pública****Atividades de Enfermagem**

<b>Monitorar o estado de saúde</b>	<p>Monitorar o estado de saúde para identificar problemas de saúde comunitária</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Participar no diagnóstico da comunidade</li> <li>➤ Identificar sub-populações de risco para doenças ou incapacidades</li> <li>➤ Coletar informação sobre intervenções para populações especiais</li> </ul>
<b>Diagnosticar e investigar</b>	<p>Diagnosticar e investigar problemas de saúde e riscos na comunidade</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Compreender e identificar determinantes de saúde e doença</li> <li>➤ Aplicar conhecimento sobre influência do ambiente na saúde</li> <li>➤ Reconhecer múltiplas causas ou fatores determinantes da saúde e da doença</li> <li>➤ Participar na identificação de casos e tratamento de pessoas com doenças transmissíveis</li> </ul>
<b>Informar, educar e 'empoderar'</b>	<p>Informar, educar e 'empoderar' a população a respeito de questões de saúde</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Desenvolver planos educacionais e de saúde para indivíduos e famílias em diferentes ambientes</li> <li>➤ Desenvolver e implementar educação de saúde baseada na comunidade</li> <li>➤ Prover relatórios regulares a respeito do estado de saúde de populações especiais em ambientes clínicos, contextos comunitários e grupos</li> <li>➤ Advogar por e com populações excluídas e em desvantagem</li> <li>➤ Garantir planejamento em saúde que inclua prevenção primária e estratégias de intervenção precoce</li> <li>➤ Identificar comportamentos de saúde na população e manter estratégias de intervenção eficazes a partir do financiamento continuado</li> </ul>
<b>Mobilizar parcerias</b>	<p>Mobilizar parcerias para identificar e resolver problemas de saúde</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Interagir regularmente com vários provedores e serviços em cada comunidade</li> <li>➤ Convocar grupos e provedores que compartilham interesses e preocupações a respeito de populações especiais</li> <li>➤ Prover liderança para priorizar problemas comunitários e desenvolver intervenções</li> <li>➤ Explicar o significado das questões de saúde para o público e participar no desenvolvimento de planos de ação</li> </ul>
<b>Desenvolver políticas e planos</b>	<p>Desenvolver políticas e planos para apoiar esforços de saúde individual e comunitária</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Participar na tomada de decisão na comunidade e na família</li> <li>➤ Prover informação e advogar pelos interesses de grupos especiais no desenvolvimento de programas</li> <li>➤ Desenvolver programas e serviços para atender as necessidades de populações de alto risco e de membros da comunidade</li> <li>➤ Participar no planejamento do atendimento aos desastres e mobilização dos recursos da comunidade em emergências</li> <li>➤ Advogar por financiamento apropriado para os serviços</li> </ul>

Continua...

Continuação

<b>Aplicar leis e regulações</b>	<p>Aplicar leis e regulações para proteger a saúde e assegurar a segurança</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Regular e apoiar o cuidado e o tratamento seguro para populações dependentes</li> <li>➤ como as crianças e os idosos</li> <li>➤ Implementar regulamentos e leis para proteger o ambiente</li> <li>➤ Estabelecer procedimentos e processos que assegurem a implementação competente dos esquemas de tratamento para doenças críticas para a saúde pública</li> <li>➤ Participar no desenvolvimento de regulações locais que protejam comunidades e o ambiente de riscos potenciais e poluição</li> </ul>
<b>Garantir a atenção à saúde</b>	<p>Vincular a população a serviços de saúde necessários e assegurar a provisão de cuidados de saúde quando inacessíveis</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Prover serviços clínicos preventivos para determinadas populações de alto-risco</li> <li>➤ Estabelecer programas e serviços para atender necessidades especiais</li> <li>➤ Recomendar cuidado clínico e outros serviços para clientes e suas famílias em clínicas, domicílios e na comunidade</li> <li>➤ Providenciar encaminhamento a partir de redes comunitárias para o cuidado necessário</li> <li>➤ Participar de coalizões comunitárias de provedores e encontros para educar e identificar centros de serviços para populações na comunidade</li> <li>➤ Prover vigilância clínica e identificação de doenças transmissíveis</li> </ul>
<b>Garantir uma força de trabalho competente</b>	<p>Garantir uma força de trabalho competente para o cuidado à saúde individual e pública</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Participar da educação continuada e do preparo para garantir competência</li> <li>➤ Definir e apoiar a delegação adequada para pessoal auxiliar na comunidade</li> <li>➤ Estabelecer padrões para o desempenho</li> <li>➤ Manter sistemas de registros de pacientes e documentos da comunidade</li> <li>➤ Estabelecer e manter procedimentos e protocolos para o cuidado ao paciente</li> <li>➤ Participar das atividades de garantia de qualidade tais como auditorias de registros, avaliações de serviços e diretrizes clínicas</li> </ul>
<b>Avaliar serviços de saúde</b>	<p>Avaliar a efetividade, acessibilidade e qualidade dos serviços de saúde</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Coletar dados e informações para as intervenções na comunidade</li> <li>➤ Identificar populações excluídas e desatendidas nas comunidades</li> <li>➤ Revisar e analisar dados do estado de saúde das comunidades</li> <li>➤ Participar com as comunidades na avaliação de serviços e resultados do cuidado</li> <li>➤ Identificar e definir serviços requeridos para atender situações decorrentes do estado de saúde de complexas populações e grupos de risco especial</li> </ul>
<b>Pesquisar por soluções</b>	<p>Pesquisar por novas abordagens e soluções inovadoras para problemas de saúde</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Implementar intervenções não tradicionais e abordagens para efetuar mudanças em populações especiais</li> <li>➤ Participar na coleta de informação e dados para melhorar a vigilância e compreensão de problemas especiais</li> <li>➤ Desenvolver relacionamentos com instituições acadêmicas e explorar novas intervenções</li> <li>➤ Participar na identificação precoce de fatores de risco para a saúde da comunidade</li> <li>➤ Formular e usar instrumentos de investigação para identificar e afetar a prestação do cuidado e o planejamento de programas</li> </ul>

Fonte: ASSOCIATION OF STATE AND TERRITORIAL DIRECTORS OF NURSING. **Public Health Nursing: a partner for healthy populations.** American Nurses Association: Washington D.C., 2000. 30p.

## ANEXO E - Funções Essenciais de Saúde Pública da Austrália

---

1. Acessa, analisa, e comunica necessidades de saúde da população e expectativas da comunidade;
2. Previne e controla doenças transmissíveis e não-transmissíveis e danos por meio da redução dos fatores de risco, educação, vigilância e outras intervenções;
3. Promove e apóia estilos de vida e comportamentos saudáveis por meio da ação com indivíduos, famílias, comunidades e sociedade;
4. Promove, desenvolve e apóia políticas públicas saudáveis, incluindo legislação, regulação e medidas fiscais;
5. Planeja, financia, gerencia e avalia a melhoria da saúde e programas de construção da capacidade desenhados para atingir melhorias no estado de saúde e para fortalecer capacidades, competências, sistemas e infra-estrutura.
6. Fortalece comunidades e constrói capital social por meio de consultoria, participação e empoderamento;
7. Promove, desenvolve, apóia e inicia ações que asseguram ambientes seguros e saudáveis;
8. Promove, desenvolve e apóia ações para melhorar o estado de saúde da população Aborígene e da Ilha de Torres Strait e outros grupos vulneráveis

---

Fonte: GEBBIE, K. Competency-to-Curriculum Tool Kit: developing curricula for public health workers. Discussion draft developed by Competencies & Curriculum Workgroup. Georgia, USA: January 16, 2002. Disponível em : [www.mailman.hs.columbia.edu/CPHP/cdc/Competencies\\_tool\\_dit.htm](http://www.mailman.hs.columbia.edu/CPHP/cdc/Competencies_tool_dit.htm) Acessado em:

## ANEXO F - Funções Essenciais de Saúde Pública na Inglaterra

---

1. Vigilância da saúde, monitoramento e análise. Investigação de surtos de doenças, epidemias e riscos para a saúde;
2. Estabelecimento, desenvolvimento e gerenciamento de programas de promoção da saúde e prevenção da doença;
3. Capacitação e empoderamento de comunidades e cidadãos para promover a saúde e reduzir desigualdades;
4. Criação e manutenção de parcerias governamentais e intersetoriais para melhorar a saúde e reduzir desigualdades;
5. Garantia do cumprimento de regulações e leis para proteger e promover a saúde;
6. Desenvolvimento e manutenção de uma força de trabalho multidisciplinar em saúde qualificada e treinada;
7. Garantia de desempenho efetivo dos serviços do Sistema Nacional de Saúde para atingir objetivos de melhoria da saúde, prevenção da doença e redução das desigualdades;
8. Pesquisa, desenvolvimento, avaliação e inovação;
9. Garantia de qualidade das funções de saúde pública.

---

Fonte: SULLIVAN, L. **Core Competencies in Public Health**: literature summary. Public Health Research, Education and Development Program of Middlesex-London, Canadá, jan. 2004.

## ANEXO G – Estrutura de Competências do Conselho Internacional de Enfermeiras para a Enfermeira Generalista.

### 1. PRÁTICA PROFISSIONAL, ÉTICA E LEGAL

#### 1.1. Prestar contas (Accountability)

- a) Aceita prestar contas e a responsabilidade pelos julgamentos e ações profissionais;
- b) Reconhece os limites de seu papel e competência;
- c) Consulta a enfermeira que tem a perícia requerida, quando o cuidado requer perícia além da própria competência ou alcance de prática;
- d) Consulta com outros profissionais de saúde e organizações/instituições quando as necessidades individuais ou do grupo estão além do alcance da sua prática de enfermagem.

#### 1.2. Prática ética

- a) Exerce a prática de acordo com o Código de Ética do CIE;
- b) Engaja-se efetivamente em tomadas de decisões éticas;
- c) Age no papel de advogada para proteger direitos humanos como descrito no Código de Ética do CIE;
- d) Respeita o direito do paciente/cliente de acessar informação;
- e) Assegura sigilo e segurança da informação escrita e verbal adquirida em uma situação profissional;
- f) Respeita o direito do paciente/cliente à privacidade;
- g) Respeita o direito do paciente/cliente à escolha e autodeterminação no cuidado de enfermagem e de saúde;
- h) Desafia apropriadamente a prática de saúde que pode comprometer a segurança, privacidade ou dignidade do paciente/cliente;
- i) Identifica prática insegura e toma as providências apropriadas;
- j) Reconhece suas crenças e valores e como estes podem influenciar o cuidado;
- k) Respeita os valores, costumes, crenças e práticas espirituais dos indivíduos e grupos;
- l) Provê cuidado culturalmente sensitivo;
- m) Demonstra compreensão dos desafios éticos na tomada de decisão e priorização do cuidado nas situações de guerra, violência e desastres naturais.

#### 1.3. Prática Legal

- a) Prática de acordo com a legislação vigente;
- b) Prática de acordo com as políticas nacional e local e com as diretrizes normativas;
- c) Reconhece e age a respeito das brechas da lei relacionadas à prática de enfermagem e/ou código profissional de conduta/código de prática;

### 2. PROVISÃO E GERENCIAMENTO DO CUIDADO

#### 2.1. Princípios centrais da provisão e gerenciamento do cuidado

- a) Aplica conhecimento e habilidades relevantes à prática de enfermagem;
- b) Incorpora resultados de pesquisa válidos e relevantes e outras evidências na prática;
- c) Inicia e participa da discussão a respeito da inovação e mudança no cuidado de enfermagem e de saúde;
- d) Aplica pensamento crítico, e habilidades de resolução de problemas;
- e) Aplica julgamento clínico e tomada de decisão em uma variedade de contextos profissionais e de prestação de cuidados;
- f) Justifica o cuidado de enfermagem prestado;
- g) Prioriza as suas atividades e administra o tempo efetivamente;
- h) Demonstra compreensão do processo de advocacia;
- i) Age como um recurso para indivíduos, famílias e comunidades no enfrentamento de mudanças na saúde, incapacidade e morte;
- j) Apresenta informação clara e sucintamente;
- k) Interpreta apuradamente dados objetivos e subjetivos e seu significado para a prestação de cuidado seguro;

- l) Demonstra compreensão do planejamento em desastres.

## 2.2 Provisão do cuidado

### 2.2.1 A promoção da saúde

- a) Demonstra compreensão da política nacional social e de saúde;
- b) Trabalha de forma colaborativa com outros profissionais e comunidades;
- c) Vê o indivíduo, a família e a comunidade de uma perspectiva holística que leva em consideração os múltiplos determinantes da saúde;
- d) Participa de iniciativas de promoção da saúde e prevenção da doença e contribui com a sua avaliação;
- e) Aplica conhecimento de recursos disponíveis para a promoção e educação em saúde;
- f) Age para possibilitar ao indivíduo, família e comunidade adotar estilos de vida saudáveis;
- g) Provê informação de saúde relevante para indivíduos, famílias e comunidades para auxiliar a alcançar ótima saúde e reabilitação;
- h) Demonstra compreensão das práticas tradicionais de cura no sistema de crenças em saúde de indivíduos/família e/ou comunidade.
- i) Apóia/educa para o desenvolvimento e/ou manutenção de habilidades de vida independente;
- j) Reconhece o potencial para o ensino da saúde nas intervenções de enfermagem;
- k) Aplica conhecimento de uma variedade de estratégias de ensino-aprendizagem com indivíduos, famílias e comunidades;
- l) Avalia o aprendizado e a compreensão a respeito de práticas de saúde.

### 2.2.2 Diagnóstico

- a) Desenvolve uma avaliação relevante e sistemática de saúde e de enfermagem;
- b) Analisa, interpreta e documenta dados apuradamente.

### 2.2.3 Planejamento

- a) Formula um plano de cuidado, quando possível em colaboração com paciente/clientes e/ou cuidadores;
- b) Consulta com membros relevantes da equipe de cuidado social e de saúde;
- c) Assegura que pacientes/clientes e/ou cuidadores recebam e compreendam informação para basear o consentimento para o cuidado;
- d) Envolve um advogado quando o paciente/cliente e/ou cuidados requisitam apoio ou tem habilidades limitadas de tomada de decisão;
- e) Estabelece prioridades de cuidado, quando possível em colaboração com pacientes/clientes e/ou cuidadores;
- f) Identifica resultados esperados e o tempo necessário para o seu alcance e/ou os revisa em colaboração com paciente/cliente e/ou cuidadores;
- g) Regularmente revê e revisa o plano de cuidado, quando possível com a colaboração de pacientes/clientes e/ou cuidadores;
- h) Documenta o plano de cuidado.

### 2.2.4 Implementação

- a) Implementa cuidado de enfermagem planejado para atingir resultados estabelecidos;
- b) Pratica a enfermagem de uma maneira que respeita os limites da relação profissional com o paciente/cliente;
- c) Documenta a implementação das intervenções;
- d) Responde efetivamente em situações de mudança rápida ou inesperada;
- e) Responde efetivamente a situações de emergência ou desastre;

### 2.2.5 Avaliação

- a) Avalia e documenta o progresso em direção aos resultados esperados;
- b) Colabora com pacientes/clientes e/ou cuidadores para revisar o progresso em direção aos resultados planejados;
- c) Usa a avaliação de dados para modificar o plano de cuidado.

### 2.2.6 Comunicação terapêutica e relacionamento interpessoal

- a) Inicia, desenvolve e termina relacionamentos terapêuticos por meio do uso de comunicação apropriada e habilidades interpessoais com pacientes/clientes e/ou cuidadores;
- b) Comunica consistentemente informação relevante, apurada e abrangente sobre o estado de saúde do paciente/cliente, de forma verbal, escrita e eletrônica;
- c) Assegura que a informação dada ao paciente/cliente e/ou cuidadores é apresentada de maneira apropriada e clara;
- d) Responde apropriadamente às perguntas, solicitações e problemas do paciente/cliente e/ou cuidador;
- e) Comunica-se de uma forma que capacita o paciente/cliente e/ou cuidador;
- f) Usa informação tecnológica disponível efetiva e apropriadamente;
- g) Demonstra conhecimento dos desenvolvimentos/aplicações locais no campo da tecnologia em saúde.

### 2.3 Gerenciamento do cuidado

#### 2.3.1 Ambiente seguro

- a) Cria e mantém um ambiente seguro de cuidado por meio do uso da garantia da qualidade e da estratégia de gerenciamento de riscos;
- b) Usa instrumentos de avaliação apropriada para identificar riscos reais e potenciais;
- c) Assegura uma administração segura de substâncias terapêuticas;
- d) Implementa procedimentos de controle de infecção;
- e) Comunica e registra problemas de segurança para uma autoridade relevante.

#### 2.3.2 Cuidado de saúde interprofissional

- a) Aplica conhecimento de práticas de trabalho interprofissional;
- b) Estabelece e mantém relações de trabalho construtivas com a enfermagem e outros colegas;
- c) Contribui para o trabalho efetivo em equipe multidisciplinar mantendo relacionamentos colaborativos;
- d) Valoriza os papéis e habilidade de todos os membros das equipes social e de cuidado à saúde;
- e) Leva em consideração as visões dos pacientes/clientes e/ou cuidadores na tomada de decisão pela equipe interprofissional.

#### 2.3.3 Delegação e supervisão

- a) Delega, a outros, atividades adequadas à suas habilidades e alcance de prática;
- b) Usa uma variedade de estratégias de apoio quando supervisiona aspectos do cuidado delegado a outros;
- c) Mantém accountability e responsabilidade quando delega aspectos do cuidado a outros.

## 3 DESENVOLVIMENTO PROFISSIONAL

### 3.1. Qualificação profissional

- a) Promove e mantém a imagem profissional da enfermagem;
- b) Advoga o direito de participar no desenvolvimento de políticas de saúde e planejamento de programas;
- c) Contribui ao desenvolvimento da prática profissional de enfermagem;
- d) Valoriza a pesquisa como meio de contribuir ao desenvolvimento em enfermagem e melhorar os padrões de cuidado;
- e) Age como um modelo efetivo de papel;
- f) Responsabiliza-se pela liderança quando relevante na prestação do cuidado de enfermagem e de saúde;

### 3.2 Melhoria de qualidade

- a) Usa evidência válida na avaliação da qualidade da prática de enfermagem;
- b) Participa nos procedimentos de melhoria e garantia de qualidade;

### 3.3 Educação continuada

- a) Revisa regularmente a sua prática;
- b) Assume responsabilidade pelo aprendizado contínuo e manutenção da sua competência;
- c) Age para atender necessidades de educação continuada;
- d) Contribui para o desenvolvimento educacional e profissional de estudantes e colegas;
- e) Age como um mentor efetivo;
- f) Aproveita oportunidades para aprender com outros contribuindo para o cuidado em saúde.

---

Fonte: CONSELHO INTERNACIONAL DE ENFERMEIRAS. ICN Framework of Competencies for the Generalist Nurse. Geneva, 2003. 51p.



---

**ANEXO H - Padrões e Abrangência da Prática de Enfermagem em Saúde Pública nos Estados Unidos.**

---

**Princípios da Enfermagem de Saúde Pública**

---

1. Avaliação de base populacional, desenvolvimento de políticas e garantia de que os processos são sistemáticos e abrangentes.
  2. Todos os processos devem incluir parceria com representantes do povo.
  3. Prioridade é dada à prevenção primária.
  4. Estratégias de intervenção são selecionadas para criar um ambiente saudável, condições sociais e econômicas nas quais as pessoas possam prosperar.
  5. A prática da enfermagem de saúde pública inclui uma obrigação de atingir ativamente todos que possam se beneficiar de uma intervenção ou serviço.
  6. A preocupação e a obrigação dominante é pelo melhor bem de todas as pessoas ou da população como um todo.
  7. Administração e alocação de recursos disponíveis apóiam o máximo ganho no benefício da saúde da população.
  8. A saúde das pessoas é mais efetivamente promovida e protegida por meio de colaboração com membros ou outras profissões e organizações.
- 

**Padrões de Cuidado**

- Avaliação
- Diagnóstico
- Identificação de resultados
- Planejamento
- Garantia: Ação componente do Processo de Enfermagem para a Enfermagem de Saúde Pública
- Avaliação

**Padrões de Desempenho Profissional**

- Qualidade do Cuidado
- Avaliação de desempenho
- Educação
- Coleguismo
- Ética
- Colaboração
- Pesquisa
- Utilização de recursos

## ANEXO I – Padrões de Enfermagem de Saúde Comunitária do Canadá

### Valores e crenças das Enfermeiras de Saúde Comunitária

- Cuidado
- Os princípios dos cuidados primários de saúde
- As múltiplas formas de conhecimento
- Parcerias individuais e comunitárias
- 'Empoderamento'

### Padrões de Enfermagem de Saúde Comunitária

- Promover a saúde
  - ✓ Promoção da saúde
  - ✓ Prevenção e proteção da saúde
  - ✓ Manutenção da saúde, recuperação e tratamentos paliativos
- Construir capacidade individual/comunitária
- Construir relacionamentos
- Facilitar o acesso e a equidade
- Demonstrar responsabilidade e 'accountability'

---

Fonte: COMMUNITY HEALTH NURSES ASSOCIATION OF CANADA. **Canadian Community Health Nursing Standards of Practice**. May 2003. Disponível em: [www.communityhealthnursescanada.org](http://www.communityhealthnursescanada.org). Acessado em: 15/03/2004.

## ANEXO J



ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO - UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO  
CENTRO COLABORADOR DA ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE PARA  
O DESENVOLVIMENTO DA PESQUISA EM ENFERMAGEM

Avenida Bandeirantes, 3900 - Campus Universitário - Ribeirão Preto - CEP 14040 902 - São Paulo - Brasil  
FAX: 55 - 016 - 633-3271 / 55 - 016 - 630 2561 / TELEFONES: 55 - 016 - 633 0379 / 602 3382

## COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA EERP/USP

Of.CEP-EERP/USP – 0104/03

Ribeirão Preto, 22 de agosto de 2003.

Prezada Senhora,

Comunicamos que o projeto de pesquisa, abaixo especificado, foi analisado e considerado **APROVADO** pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, em sua 55ª Reunião Ordinária, realizada em 20 de agosto de 2003.

**Protocolo:** n° 0392/2003

**Projeto:** Competências da Enfermagem no Nível Local: contribuição à construção das funções essenciais de saúde pública

**Pesquisadores:** Maria Cecília Puntel de Almeida/ Regina Rigatto Witt

*Em atendimento à Resolução 196/96, deverá ser encaminhado ao CEP o relatório final da pesquisa e a publicação de seus resultados, para acompanhamento, bem como comunicada qualquer intercorrência ou a sua interrupção.*

Atenciosamente,

*M. Regueira*  
Prof.ª Dr.ª Maria Tuly Regueira

Coordenadora do CEP-EERP/USP

Ilma. Sra.

Prof.ª. Dr.ª. Maria Cecília Puntel de Almeida

Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Saúde Pública  
Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - USP

## COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA EERP-USP

### PARECER

Ref.: Protocolo 0392/2003.

Plano de pesquisa: “Competências da enfermagem no nível local: contribuição à construção das funções essenciais de saúde pública”.

Pesquisadoras: Regina Rigatto Witt e Profa. Dra. Maria Cecília Puntel de Almeida do Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Saúde Pública da EERP-USP.

O trabalho acima citado tem como questão central a especificidade do trabalho da enfermeira no nível local no que concerne a sua contribuição para a construção das Funções Essenciais de Saúde Pública. O objetivo do trabalho é identificar e analisar as competências gerais e específicas da enfermeira para o trabalho no nível local, tendo como referencial as Funções Essenciais de Saúde Pública, marco referencial que, ao mesmo tempo que utilizado neste trabalho, pretende-se contribuir também para a discussão da sua constituição, trazendo a seguir a questão das referidas funções.


O processo contém carta de encaminhamento assinada pela pesquisadora orientadora. Como o projeto será desenvolvido em vários serviços do Rio Grande do Sul, há cartas de autorização dos Departamentos de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria, da Fundação Universidade Federal do Rio Grande, do Centro Universitário UNIVATES, do Centro de Saúde Escola Murialdo, do Curso de Enfermagem da Universidade de Santa Cruz do Sul, da Universidade de Caxias do Sul,, da Universidade de

Passo Fundo e da Primeira Delegacia Regional de Saúde da Secretaria de Saúde do Estado do Rio Grande do Sul. A folha de rosto, devidamente preenchida, é assinada pela pesquisadora principal. O termo de consentimento livre e esclarecido é bem redigido.

Considerando o exposto acima somos de parecer que o projeto em questão, quanto aos aspectos éticos, seja aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da EERP-USP.

Ribeirão Preto, 20 de agosto de 2003.

Aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa  
da EERP/USP, na sua 55ª Reunião  
Ordinária, realizada em 20 de 08 de 2003

  
Prof.ª Dr.ª Maria Suely Nogueira  
Coordenadora  
Comitê de Ética em Pesquisa-EERP/USP

ANEXO K



PRÓ-REITORIA DE PESQUISA PROPESQ

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

RESOLUÇÃO

O Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Rio Grande do Sul analisou o projeto:

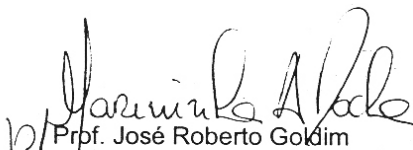
**Número:**2003220

**Título do projeto:** Competências da Enfermeira do nível local: contribuição à construção das Funções Essenciais de Saúde Pública

**Investigador(es) principal(ais):** Maria Cecília Puntel de Almeida (Pesq.Resp.)/ Regina Rigatto Witt

O mesmo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFRGS, reunião n.24, ata n. 45, por estar adequado ética e metodologicamente e de acordo com a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.

Porto Alegre, 11 de dezembro de 2003.

  
Prof. José Roberto Goldim  
Coordenador CEP/UFRGS



**COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DO GRUPO HOSPITALAR CONCEIÇÃO**  
**CEP - GHC**  
**RESOLUÇÃO**

Porto Alegre, 17 de julho de 2003.

O Comitê de Ética em Pesquisa-CEP-GHC, que é reconhecido pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP)/MS, em reunião ordinária em 16/07/2003 analisou o projeto de pesquisa:

**Nº 032/03**

**Título Projeto:** "Competências da Enfermagem no Nível Local: Contribuição à Construção das Funções Essenciais de Saúde Pública"

**Pesquisador(es):** Regina Rigatto Witt

**PARECER:**

**Documentação:** Aprovada  
**Aspectos Metodológicos:** Aprovados  
**Aspectos Éticos:** Aprovados

**Parecer final:** Este projeto, bem como o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, de acordo com as Diretrizes e Normas Internacionais e Nacionais especialmente as Resoluções 196/96 e complementares do Conselho Nacional de Saúde, obteve o parecer de **APROVADO**, neste CEP.

**Grupo e área temática:** Projeto pertencente ao Grupo III – Área Temática: Ciências da Saúde (enfermagem – 4.04).

**Considerações finais:** Toda e qualquer alteração do projeto, assim como os eventos adversos graves, deverão ser comunicados imediatamente ao CEP/GHC. Somente poderão ser utilizados os Termos de Consentimento onde conste a aprovação do CEP/GHC. O autor deverá encaminhar relatórios semestrais sobre o andamento do projeto. Após conclusão do trabalho, o pesquisador deverá encaminhar relatório final ao Centro de Resultados onde foi desenvolvida a pesquisa e ao Comitê de Ética em Pesquisa.

**Dr. Julio Baldisserotto**  
 Coordenador  
 Comitê de Ética do GHC



PREFEITURA MUNICIPAL DE PORTO ALEGRE  
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE  
HOSPITAL DE PRONTO SOCORRO  
DIREÇÃO CIENTÍFICA  
COORDENADORIA DE ENSINO E PESQUISA

Of. DC. 084/2003

Porto Alegre, 22 de julho de 2003.

Ref. Projeto de Pesquisa

AC CP N. 033/2003

**“Competências da enfermeira no nível local: contribuição à construção das funções essenciais de saúde pública”**

Prezados Autores:

O seu projeto de pesquisa foi revisado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital de Pronto Socorro Municipal de Porto Alegre, sendo considerado adequado do ponto de vista ético e metodológico para execução.

Solicitamos que seja explicitado que se trata da opinião dos próprios enfermeiros sobre suas competências.

Colocamo-nos a sua disposição para quaisquer informações adicionais.

Atenciosamente,

Dr. Hamilton Petry de Souza,  
Coordenador de Ensino e Pesquisa.