



Acta Paulista de Enfermagem

ISSN: 0103-2100

ISSN: 1982-0194

Escola Paulista de Enfermagem, Universidade Federal de São Paulo

Cassiani, Silvia Helena de Bortoli; Aguirre-Boza, Francisca; Hoyos, María Cristina; Barreto, Maynara Fernanda Carvalho; Peña, Laura Morán; Mackay, María Consuelo Cerón; Silva, Fernando Antonio Menezes da
Competências para a formação do enfermeiro de prática avançada para a atenção básica de saúde
Acta Paulista de Enfermagem, vol. 31, núm. 6, Novembro-Dezembro, 2018, pp. 572-584
Escola Paulista de Enfermagem, Universidade Federal de São Paulo

DOI: 10.1590/1982-0194201800080

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=307059037002>

- Como citar este artigo
- Número completo
- Mais artigos
- Home da revista no Redalyc

redalyc.org

Sistema de Informação Científica Redalyc

Rede de Revistas Científicas da América Latina e do Caribe, Espanha e Portugal
Sem fins lucrativos academia projeto, desenvolvido no âmbito da iniciativa acesso aberto

Competências para a formação do enfermeiro de prática avançada para a atenção básica de saúde

Competencies for training advanced practice nurses in primary health care

Competencias para la formación del enfermero de práctica avanzada para la atención primaria de salud

Silvia Helena de Bortoli Cassiani¹

Francisca Aguirre-Boza²

Maria Cristina Hoyos³

Maynara Fernanda Carvalho Barreto⁴

Laura Morán Peña⁵

Maria Consuelo Cerón Mackay²

Fernando Antonio Menezes da Silva¹

Descritores

Enfermagem; América Latina; Região do Caribe; Enfermagem de Prática Avançada; Enfermagem de saúde comunitária

Keywords

Nursing; Latin America; Caribbean region; Advanced practice nursing; Community health nursing

Descriptores

Enfermería; América latina; Región del caribe; Enfermería de práctica avanzada; Enfermería en salud comunitaria

Submetido

20 de Abril de 2018

Aceito

19 de Junho de 2018

Autor correspondente

Silvia Helena De Bortoli Cassiani
<http://orcid.org/0000-0003-0914-7511>
E-mail: cassianis@paho.org

DOI

<http://dx.doi.org/10.1590/1982-0194201800080>



Resumo

Objetivo: Determinar um conjunto de competências centrais para a formação do enfermeiro de prática avançada na atenção básica de saúde, na América Latina e no Caribe.

Métodos: Estudo quantitativo descritivo, com análise qualitativa de dados, realizado em 2017. Participaram 830 enfermeiros da América Latina e do Caribe. Para a coleta de dados, utilizou-se um questionário com sete domínios, dimensões e competências do enfermeiro de prática avançada. A análise dos dados foi realizada por meio de estatística descritiva.

Resultados: Dos 830 enfermeiros que responderam à pesquisa, 40,7% ocupavam um cargo na área da educação; 41,4% trabalhavam em áreas clínicas e 17,8% ocupavam cargos de direção ou ministeriais. Quanto à escolaridade, 45,7% apresentavam mestrado e 17,3%, doutorado. Das 64 competências avaliadas, 59 foram consideradas centrais para a formação do enfermeiro de prática avançada e cinco como não indispensáveis ou muito relevantes.

Conclusão: O estudo apresenta um conjunto de competências centrais para o enfermeiro de prática avançada e contribui para a discussão sobre as competências centrais em sua formação na Assistência Primária à Saúde - APS. Quanto maior a escolaridade dos indivíduos, mais marcada foi a tendência de considerar as competências de ética e pesquisa relevantes, enquanto que a competência de prescrever medicamentos foi considerada relevante apenas para participantes cujos países regulamentam o papel de enfermeiros de prática avançada. As competências propostas devem ser consideradas dentro do contexto específico e regulado pela legislação de cada país.

Abstract

Objective: To determine a set of core competencies for advanced practice nurses in primary health care in Latin America and the Caribbean.

Methods: This is a descriptive quantitative study, with a qualitative data analysis, conducted in 2017. A total of 830 nurses from Latin America and the Caribbean participated. A questionnaire with seven domains, dimensions and competencies of advanced practice nurses was used for collecting data. Descriptive statistics were used for the data analysis.

Results: Of the 830 nurses that completed the survey, 40.7% held a position in education, 41.4% worked in clinical areas, and 17.8% occupied managerial or ministerial positions. In terms of education level, 45.7% had master's degrees and 17.3% had doctorates. Of the 64 competencies assessed, 58 were considered core competencies in the training of advanced practice nurses and five as indispensable or not relevant.

Conclusion: The study presented a set of core competencies of advanced practice nurses and contributed to the discussion on core competencies in primary health care. The higher the level of education, the greater the tendency to consider the competencies of ethics and research as relevant, whereas the competency to prescribe drugs was only considered relevant by participants from countries where the role of advanced practice nurses is regulated. The proposed competencies must be framed within a specific context and regulated by the laws of each country.

Resumen

Objetivo: Determinar un conjunto de competencias centrales para la formación del enfermero de práctica avanzada en la atención primaria de salud en América Latina y el Caribe.

Métodos: Estudio cuantitativo descriptivo, con análisis cualitativo de datos realizado en 2017. Participaron 830 enfermeros de América Latina y el Caribe. Para la recolección de datos se utilizó un cuestionario con siete dominios, dimensiones y competencias del enfermero en práctica avanzada. Para el análisis de los datos se utilizó la estadística descriptiva.

Resultados: De los 830 enfermeros que respondieron a la encuesta, 40,7% desempeñaban un cargo en el área de la educación; 41,4% trabajaban en áreas clínicas y 17,8% ocupaban cargos directivos o ministeriales. En cuanto a su nivel educativo, 45,7% contaban con maestría y 17,3% con doctorado. De las 64 competencias evaluadas, 59 fueron consideradas como centrales en la formación del enfermero de práctica avanzada y cinco como no indispensables o muy relevantes.

Conclusión: El estudio presenta un conjunto de competencias centrales del enfermero de práctica avanzada y contribuye a la discusión sobre las competencias centrales en su formación en la APS. A mayor nivel educativo del participante, fue más marcada la tendencia a considerar relevantes las competencias de ética e investigación, mientras que la competencia para prescribir medicamentos, fue considerada relevante exclusivamente para los participantes de países donde está regulamentado el rol de enfermeros de práctica avanzada. Las competencias propuestas deben enmarcarse en un contexto específico y regulado por la legislación de cada país.

Como citar:

Cassiani SH, Aguirre-Boza F, Hoyos MC, Barreto MF, Morán L, Cerón MC, et al. Competências para a formação do enfermeiro de prática avançada para a atenção básica de saúde. Acta Paul Enferm. 2018; 31(6):572-84.

¹Organização Pan-Americana da Saúde, Washington, D.C., EUA.

²Universidade de Los Andes, Santiago de Chile, Chile

³Universidade de Antioquia, Medellín, Colômbia

⁴Universidade Estadual de Londrina, Londrina, Brasil.

⁵Escola Nacional de Enfermagem e Obstetrícia, Universidade Nacional Autônoma do México, Cidade do México, México.

Conflitos de interesse: nada a declarar.

Introdução

Em 2013, a Organização Pan-Americana de Saúde (OPS/OMS) aprovou a resolução CD52.R13, “Recursos humanos para a saúde: ampliando o acesso a profissionais de saúde qualificados em sistemas de saúde baseados na atenção primária à saúde”, que convoca os países a reforçarem as equipes interprofissionais de saúde e a otimizarem o desenvolvimento das competências no âmbito de ação de toda a equipe. Especificamente, a resolução propõe “aumentar o número de praças de atuação das profissões de saúde pertinentes à atenção primária à saúde, incluindo médicos de família, enfermeiros de práticas avançadas e especialistas clínicos que não são médicos”.⁽¹⁾

Em seu 53º Conselho Diretivo, de 2014, a OPS/OMS aprovou a estratégia para o acesso universal à saúde e a cobertura universal de saúde. Essa estratégia reconhece a importância da Atenção Primária à Saúde (APS) e insta os países a aumentarem os investimentos nesse primeiro nível de atenção, a fim de melhorar a capacidade resolutiva, aumentar o acesso e ampliar progressivamente a oferta de serviços, para assim, cobrir, de maneira oportuna, as demandas de saúde.⁽²⁾

Durante a 29ª Conferência Sanitária Pan-Americana, de setembro de 2017, os países aprovaram a estratégia de recursos humanos que estabelece alternativas inovadoras para enfrentar os desafios, como rotação e redistribuição de tarefas, práticas avançadas, criação de novos perfis profissionais ou uso da telessaúde, que apresentam desenvolvimento limitado na região.⁽³⁾

Apesar dos profundos desequilíbrios e disparidades que existem na disponibilidade, distribuição, composição, competência e produtividade dos recursos humanos de saúde, principalmente no primeiro nível de atenção, enfermeiros podem desempenhar um papel-chave.⁽⁴⁾ A ampliação do papel dos enfermeiros com a incorporação de Enfermeiros de Prática Avançada (EPA) na APS pode assegurar o acesso da população a profissionais de saúde qualificados.

O EPA é um profissional graduado em enfermagem, com pós-graduação, que, integrado à equipe

interprofissional dos serviços do primeiro nível de atenção em saúde, contribui para a gestão da demanda de pacientes com doenças agudas leves e transtornos crônicos diagnosticados, de acordo com as diretrizes de protocolos ou guias clínicos.^(5,6)

O exercício profissional ampliado do EPA difere daquele desempenhado pelo enfermeiro da APS quanto ao nível de autonomia na tomada de decisões, incluindo o diagnóstico e tratamento dos transtornos do paciente. O Conselho Internacional de Enfermagem (CIE) define esse profissional como “um enfermeiro licenciado que adquiriu o conhecimento de especialista, habilidades de tomada de decisões complexas e competências clínicas para uma prática ampliada, características que são moldadas de acordo com o contexto do país onde ele exerce sua atividade”.⁽⁵⁾

Em países como os EUA e o Canadá, o EPA tem apresentado um bom custo-benefício, além de fornecer aos pacientes um atendimento seguro e de qualidade.^(7,8) Esse papel ampliado é reconhecido e regulado em mais de 50 países. Não obstante, na América Latina e em alguns países do Caribe,⁽⁹⁾ apesar de não contar com uma educação formal ou com uma regulamentação pertinente, muitos enfermeiros desenvolvem um trabalho que transcende seu âmbito de ação em resposta às crescentes necessidades da população atendidas.

Nesse contexto, a OPS/OMS tem desenvolvido uma série de atividades para discutir a ampliação do papel do enfermeiro na APS, como eventos, seminários *on-line* e diversas publicações.

Este estudo teve como objetivo determinar um conjunto de competências centrais do enfermeiro de prática avançada na atenção primária à saúde na América Latina e no Caribe. Ele é justificado devido à ausência de um consenso estabelecido na região sobre as competências centrais para a formação de um EPA.

Métodos

Estudo quantitativo descritivo, com análise quantitativa dos dados, realizado em 2017. A população alvo foram enfermeiros de prática assistencial, docen-

tes, presidentes de associações nacionais e enfermeiros de ministérios de saúde dos países da Região das Américas. Utilizou-se a base de dados da OPAS/OMS em Washington D.C., EUA, para o desenvolvimento do estudo. Por meio de um *e-mail*, os candidatos foram convidados a participar e receberam informações sobre como completar o questionário de coleta de dados. Também lhes foi pedido que divulgassem e convidassem outros profissionais com o mesmo perfil. A amostra foi não probabilística, com um total de 830 participantes de 31 países (Argentina, Bahamas, Belize, Bolívia, Brasil, Canadá, Chile, Colômbia, Costa Rica, Cuba, Equador, El Salvador, Estados Unidos, Granada, Guatemala, Guiana, Honduras, Ilhas Cayman, Ilhas Turcas e Caicos, Martinica, México, Nicarágua, Panamá, Paraguai, Peru, Porto Rico, República Bolivariana da Venezuela, República Dominicana, Suriname, Trinidad e Tobago e Uruguai). A Direção Nacional e a Comissão Permanente de Enfermagem da Secretaria de Saúde do México divulgaram amplamente a pesquisa no México.

O instrumento de coleta de dados usou a definição de EPA, estabelecida pela OPAS/OMS. Também foram coletadas as variáveis sociodemográficas, tais como país, cargo e escolaridade dos participantes, seguidas pela avaliação de sessenta e quatro competências.

Para determinar as competências centrais que seriam objeto de avaliação, foi realizada uma revisão da literatura com os descritores e palavras-chave de enfermagem de prática avançada, competências profissionais e saúde comunitária. Em reunião, um grupo de especialistas da OPAS/OMS analisou e identificou um total de seis documentos oficiais⁽¹⁰⁻¹⁵⁾ de associações ou governos que estipulavam as competências centrais do EPA em seus países ou regiões.

A partir desses documentos, outra equipe composta por especialistas da OPAS/OMS e profissionais de enfermagem do Chile, Espanha e México, especializados no tema de enfermagem de prática avançada, selecionaram um conjunto de competências que, inicialmente, foram classificadas em 15 domínios e logo foram reduzidas a oito. Numa terceira etapa, os especialistas realizaram uma nova revisão de cada competência e domínio, referente tanto à adequação linguística como à do con-

texto da APS, que resultou em sete domínios: (1) Gestão do cuidado: (a) Enfoque do cuidado, com três competências; (b) Avaliação e diagnóstico, com sete competências e (c) Prestação do cuidado, com 10 competências; (2) Ética, com quatro competências; (3) Colaboração interprofissional, com seis competências; (4) Promoção e prevenção em saúde, com nove competências; (5) Prática baseada em evidências, com seis competências; (6) Pesquisa, com cinco competências e (7) Liderança, com 14 competências.

Ademais, os participantes tiveram acesso a um espaço para deixarem comentários ou não. Cada item da pesquisa era de resposta obrigatória, com exceção do espaço para comentários.

A mesma equipe validou o conteúdo do instrumento final que foi entregue a tradutores nativos de cada idioma para a tradução e retrotradução do original em espanhol para o inglês e o português.

Para sua aplicação, foi solicitado que os participantes completassem o questionário a partir da pergunta: “Qual a relevância da seguinte competência para ser considerada como competência central do EPA para a APS nos países da América Latina e do Caribe?”. Para tanto, foi fornecida uma escala Likert de 6 pontos, própria para esta pesquisa: não se aplica, nada relevante, pouco relevante, relevante, muito relevante, indispensável.

O questionário utilizado ficou disponível aos participantes por quatro semanas, por meio de *SmartSurvey*®, em três idiomas: português, espanhol e inglês. Posteriormente, um link eletrônico foi enviado aos participantes, e solicitou-se que este fosse respondido na íntegra. O convite incluiu um parágrafo esclarecendo que, ao preencher o questionário, o participante estava confirmado seu consentimento informado, garantindo o anonimato e resguardando a informação relativa à sua identidade e instituição. O anonimato facilitou a livre expressão dos participantes, que, ademais, poderiam retirar sua participação a qualquer momento. No caso de desistência, o questionário não era incluído na análise.

A análise quantitativa dos dados incluiu a distribuição de frequências e proporções expressas em porcentagens. As diferenças de proporções entre os grupos foram calculadas com significância estatís-

tica de $p \leq 0,05$, usando-se o STATA® e Excel. Foi acordado que uma competência seria classificada como central quando as respostas “indispensável” e “muito relevante” somassem mais de 70% (ponto de corte). Foi realizada uma análise desagregada para as competências que não alcançaram os 70%.

Quanto à análise qualitativa, um pesquisador que não havia participado da análise quantitativa examinou o conteúdo. Em seguida, identificou as unidades significativas da análise que foram analisadas e organizadas em códigos e categorias. A equipe de pesquisadores se reuniu para triangular e validar a análise.

Resultados

Dos 830 (57%) participantes, 84,7% (n=703) responderam ao questionário em espanhol, 9,9% (n=82), em inglês e 5,4% (n=45), em português. A tabela 1 apresenta as características dos participantes do estudo.

Tabela 1. Características dos participantes do estudo

Variáveis	n(%)
Idioma	
Inglês	82(9,9)
Português	45(5,4)
Espanhol	703(84,7)
Cargo	
Acadêmico	259(31,2)
Diretoria programa de enfermagem	79(9,5)
Diretoria instituição de saúde/chefia alto escalão	100(12)
Enfermeiro clínico/chefia escala médio	244(29,4)
Funcionário ministerial/políticas públicas/municípios	75(9)
Outros	73(8,8)
Escolaridade	
Graduação	207(24,9)
Especialização	100(12,0)
Mestrado	379(45,7)
Doutorado	144(17,3)

Foram obtidas respostas da maioria dos países da região; a maioria dos participantes eram enfermeiros mexicanos, 51,6% (n=428), seguidos por colombianos (9,5%) e brasileiros (8,7%). As respostas do Brasil (8,7%), Canadá (4,7%), Colômbia (9,5%), Chile (5,7%) e México (51,6%) foram analisadas separadamente em função do número de participantes. As respostas dos demais países foram agrupadas em uma única categoria. Outra análise agrupou as participações de países que atualmen-

te contam com EPA (Canadá, EUA e países do Caribe não latino: Bahamas, Belize, Guiana, Ilhas Cayman, Ilhas Turcas e Caicos, Martinica, Suriname e Trinidad e Tobago) e aqueles que não contam com EPA (Argentina, Bolívia, Brasil, Colômbia, Cuba, Chile, Equador, El Salvador, Guatemala, Honduras, México, Nicarágua, Panamá, Paraguai, Peru, República Dominicana, Uruguai e Venezuela).

Na análise global, uma competência foi avaliada como tendo um alto grau de consenso sobre sua relevância quando a soma das respostas “indispensável” e “muito relevante” fosse pelo menos de 70%. Acima desse ponto de corte, a competência passou a ser considerada central. A análise mostrou que 59 competências (92,2%) apresentaram um alto grau de consenso com respeito à sua relevância.

Das 64 competências, as cinco a seguir não alcançaram o ponto de corte: No. 5 - Usa sistemas tecnológicos para levantar dados sobre variáveis relativas à avaliação do paciente. No. 17 - Prescreve medicamentos dentro de seu âmbito de ação. No. 48 - Cria projetos de pesquisa que respondem aos critérios estabelecidos por agências de financiamento. No. 49 - Realiza pesquisas individualmente ou em parceria com outros. No. 50 - Dissemina os achados de sua pesquisa a diversos públicos usando as modalidades adequadas. Assim, decidiu-se realizar uma análise mais detalhada.

Ao analisar os sete domínios nos quais agruparam-se as competências, com exceção daquela correspondente à pesquisa (65,4%), todos foram considerados indispensáveis ou muito relevantes em uma proporção maior que 80% (Tabela 2).

O domínio relativo à gestão do cuidado divide-se em três grupos de competências: (a) Enfoque do cuidado, (b) Avaliação e diagnóstico e (c) Prestação do cuidado (Tabela 2). Por sua vez, o último grupo compreende três competências, que foram consideradas indispensáveis ou muito relevantes por mais de 85% dos participantes. Por outro lado, 80% consideraram que seis competências do grupo sobre avaliação e diagnóstico eram indispensáveis ou muito relevantes para a prática do EPA, enquanto que 62,2% opinaram que a sétima competência, “Usa sistemas tecnológicos para levantar dados sobre variáveis para a avaliação do cliente”, também

Tabela 2. Descrição percentual dos domínios e das competências

Domínio/ Competência	Indispensável ou muito relevante (%)	Relevante (%)	Pouco, nada relevante ou não se aplica (%)
Domínio – Gestão do cuidado	80,7	13,4	5,9
a. Gestão do cuidado: enfoque do cuidado			
1. Incorpora conhecimentos sobre a diversidade cultural e determinantes da saúde à avaliação, ao diagnóstico e manejo terapêutico dos clientes e à avaliação dos resultados.	85,7	11,2	3,1
2. Incorpora conhecimentos sobre o desenvolvimento e as etapas da vida, fisiopatologia, psicopatologia, epidemiologia, exposição ambiental, doenças infecciosas, ciência do comportamento e demografia e processos familiares ao realizar avaliações, ao fazer diagnósticos e ao proporcionar manejo terapêutico.	87,1	11,1	1,8
3. Incorpora o conhecimento das manifestações clínicas de eventos normais de saúde, doenças/lesões agudas, doenças crônicas, comorbidades e emergências de saúde, incluindo os efeitos de múltiplas etiologias na avaliação, no diagnóstico e no manejo terapêutico dos clientes e na avaliação dos resultados.	85,8	12,3	1,9
b. Gestão do cuidado: avaliação e diagnóstico			
4. Usa habilidades de avaliação avançadas para diferenciar o normal, as variações do normal e anomalias.	84,2	13,6	2,2
5. Usa sistemas tecnológicos para levantar dados sobre variáveis relativas à avaliação do cliente.	62,2	25,5	12,3
6. Coleta e documenta, de maneira precisa, o histórico relevante dos clientes em cada etapa de vida e do ciclo de vida familiar, usando outras informações colaterais, se necessário.	80,1	15,7	4,2
7. Realiza e documenta, com precisão, os exames físicos apropriados ou centrados no sintoma dos clientes de todas as idades (incluindo triagens do desenvolvimento e comportamentais, exames físicos e avaliações de saúde mental).	81,3	14,9	3,7
8. Identifica fatores de risco de saúde e psicossociais de clientes de todas as idades e famílias em todos as fases do ciclo de vida familiar.	83,7	14,2	2,0
9. Realiza o diagnóstico diferencial entre condições agudas, crônicas e de risco de vida.	79,3	14,9	5,4
10. Planeja estratégias de triagem e diagnósticas fazendo uso apropriado da tecnologia como ferramenta, considerando os custos, riscos e benefícios para os clientes.	72,0	19,8	8,2
c. Gestão do cuidado: prestação do cuidado			
11. Presta cuidados consistentes de acordo com o que está estabelecido nos guias clínicos e protocolos.	87,3	10,7	1,9
12. Presta cuidados de maneira que respeita e promove a diversidade cultural.	88,8	9,6	1,6
13. Comunica-se de maneira efetiva, abordando os achados clínicos, o diagnóstico e as intervenções terapêuticas.	89,5	8,6	1,9
14. Determina as opções de cuidados e formula um plano terapêutico em colaboração com os clientes, considerando suas expectativas e crenças, as evidências disponíveis e a relação custo-benefício das intervenções.	85,2	11,8	3,0
15. Incorpora os princípios de qualidade e segurança do paciente à prática clínica.	91,7	6,5	1,8
16. Inicia um plano terapêutico, realizando intervenções farmacológicas e não farmacológicas, tratamentos ou terapias.	76,9	14,2	8,9
17. Prescreve medicamentos dentro de seu âmbito de ação (regulamentações e protocolos/programas nacionais).	52,8	16,0	31,2
18. Monitora o progresso do cliente, avaliando e ajustando o plano terapêutico de acordo com suas respostas.	81,7	10,8	7,5
19. Adapta intervenções para conseguir responder às necessidades das pessoas e famílias no envelhecimento, em transições da vida, em situações de comorbidade, e considerando as situações psicossocial e financeira.	83,0	11,9	5,1
20. Desenvolve um plano de cuidados paliativos e de final de vida, de maneira apropriada.	75,8	13,1	11,1
Domínio – Ética	86,7	10,5	2,8
21. Cria um ambiente terapêutico que permite que os clientes discutam livremente suas questões de saúde.	82,4	13,5	4,1
22. Facilita para a família tomar suas próprias decisões de saúde.	83,4	13,0	3,6
23. Incorpora princípios éticos na tomada de decisões.	93,3	5,9	0,8
24. Reconhece dilemas morais e éticos e atua de maneira apropriada, se necessário.	87,8	9,6	2,5
Domínio – Colaboração interprofissional	82,9	13,8	2,9
25. Colabora com o resto da equipe de saúde para promover o cuidado interprofissional centrado no cliente.	91,9	18,6	5,4
26. Atua como consultor, aceitando encaminhamentos de profissionais da equipe de saúde, agências da comunidade e outros profissionais para a prestação de cuidados ao cliente.	76,0	15,8	2,3
27. Coordena equipes interprofissionais para a prestação de cuidados ao cliente.	79,3	13,5	2,7
28. Promove espaços de aprendizagem entre os membros da equipe de saúde, para otimizar o cuidado do cliente.	83,9	16,1	2,5
29. Estabelece uma relação colaborativa com os provedores de serviços de saúde e os serviços comunitários.	81,3	11,8	3,1
30. Consulta e/ou encaminha os clientes a outros provedores de serviços de saúde, em qualquer momento do <i>continuum</i> do cuidado, quando a condição do cliente não está dentro do seu âmbito de ação.	85,1	13,4	5,4
Domínio – Promoção e prevenção	85,5	11,2	3,4
31. Participa do desenvolvimento e da implementação de programas de promoção da saúde em sua localidade.	81,2	11,0	3,9
32. Seleciona, implementa e avalia estratégias baseadas em evidências para a promoção de saúde e prevenção primária, secundária e terciária.	85,2	9,3	2,9
33. Trabalha para empoderar indivíduos, grupos e comunidades, a fim de que eles adotem estilos de vida saudáveis e autocuidado.	87,8	10,7	2,3
34. Interpreta informações técnicas e científicas de saúde de maneira apropriada para as diferentes necessidades dos clientes.	87,0	8,9	1,9
35. Avalia as necessidades educacionais de clientes e cuidadores para prestar cuidados de saúde personalizados e efetivos.	89,2	11,9	2,3
36. Treina o cliente e/ou cuidador para uma mudança positiva de comportamento.	85,8	9,5	2,5
37. Realiza treinamento e intervenções educativas personalizadas sobre os benefícios, as interações e a importância da adesão ao tratamento, assim como recomendações sobre seu acompanhamento e autogestão.	88,0	10,5	2,8
38. Realiza treinamentos e intervenções educativas personalizadas relativas às respostas pessoais a doenças, transtornos, condições de saúde, lesões e fatores de risco, incluindo mudanças de estilo de vida e intervenções terapêuticas.	86,7	15,3	6,5

Continua...

Continuação.

Domínio/ Competência	Indispensável ou muito relevante (%)	Relevante (%)	Pouco, nada relevante ou não se aplica (%)
39. Desenvolve materiais educativos apropriados à linguagem e às crenças culturais do cliente.	78,2	12,5	4,0
Domínio – Enfermagem baseada em evidências	83,0	13,1	3,9
40. Incorpora resultados de pesquisa e outras formas de conhecimento para melhorar os processos e resultados da prática.	83,5	10,4	2,4
41. Busca as melhores evidências para melhorar os resultados de saúde.	87,2	11,2	3,0
42. Analisa guias clínicos para aplicá-los de forma individual na prática.	85,8	13,9	5,3
43. Implementa algoritmos, guias clínicos e linhas de ação baseadas em evidências.	80,8	16,9	4,8
44. Atua como agente de mudança, por meio da implementação do conhecimento translacional e da disseminação de novos conhecimentos que podem incluir apresentações formais, publicações, discussões informais e o desenvolvimento das melhores práticas clínicas ou políticas.	78,3	13,7	3,9
45. Usa estratégias efetivas para mudar a conduta profissional e da equipe de trabalho, promovendo assim a adoção de práticas e inovações baseadas em evidências sobre o desempenho da atenção à saúde.	82,4	18,7	7,6
Domínio - Pesquisa	65,4	20,9	13,6
46. Identifica perguntas clínicas que podem ser resolvidas por meio de pesquisa.	73,7	18,4	10,0
47. Seleciona estratégias de investigação adequadas à natureza do problema a ser estudado, tanto qualitativas como quantitativas.	71,6	25,1	21,8
48. Cria projetos de pesquisa que respondem aos critérios estabelecidos por agências de financiamento.	53,1	21,1	14,8
49. Realiza pesquisas individualmente ou em parceria com outros.	64,1	21,3	14,0
50. Dissemina os achados de sua pesquisa a vários públicos, usando as modalidades adequadas.	64,7	10,4	2,7
Domínio - Liderança	81,4	12,6	4,5
51. Distingue o âmbito de sua prática do resto dos profissionais da equipe de saúde.	87,0	1,6	1,1
52. Atua de maneira autônoma e independente, manejando pacientes com diagnóstico ou ainda sem diagnóstico.	70,7	15,5	13,7
53. Documenta todos os aspectos dos cuidados prestados aos pacientes de acordo com o marco legal vigente.	88,6	9,4	2,0
54. Implementa estratégias para integrar e otimizar os processos de atenção ao paciente nas equipes de saúde dentro do sistema.	84,9	12,5	2,5
55. Defende a criação de ambientes organizacionais que apoiam a segurança dos pacientes, a prática colaborativa e o crescimento profissional.	77,6	16,3	6,1
56. Impulsiona a formulação de políticas e padrões que contribuem para o desenvolvimento da prática do EPA.	75,2	15,8	9,0
57. Demonstra habilidades de pensamento crítico quando diante de situações clínicas complexas.	90,1	8,7	1,2
58. Demonstra capacidade de influência, usando o pensamento crítico e reflexivo e justificando suas decisões de maneira estruturada e fundamentada.	81,7	10,1	1,2
59. Avalia a relação entre acesso, custo, qualidade e segurança e sua influência no cuidado da saúde.	78,7	16,4	4,9
60. Analisa a estrutura organizacional, as funções e os recursos para melhorar a prestação de cuidado.	80,6	15,5	3,9
61. Identifica as necessidades de melhorar a prestação de atenção à saúde.	86,5	11,4	2,0
62. Identifica lacunas e oportunidades e elabora recomendações baseadas em evidências para melhorar processos e práticas.	82,8	13,1	4,1
63. Trabalha com as comunidades, identificando necessidades e lutando por serviços de saúde que sejam capazes de atendê-las.	77,0	15,8	7,2
64. Formula e implementa estratégias de gestão do conhecimento para melhorar o cuidado da saúde, utilizando as tecnologias apropriadas.	78,1	16,6	5,3

era indispensável ou muito relevante. Nove competências do grupo relativo à prestação do cuidado foram consideradas indispensáveis ou muito relevantes, enquanto que apenas 52% dos participantes consideraram a décima competência, “Prescreve medicamentos dentro de seu âmbito de ação (regulamentações e protocolos/programas nacionais)” como indispensável ou muito relevante.

Em relação às competências pertencentes ao domínio relativo à ética, elas foram consideradas indispensáveis ou muito relevantes por 82% e 93,3% dos participantes. Não obstante, observou-se que os participantes com maior escolaridade consideraram que os componentes éticos eram mais relevantes.

Quanto ao domínio de colaboração interprofissional, as seis competências oscilaram entre as porcentagens 76% e 91%, consideradas indispensáveis

ou muito relevantes. A competência “Colabora com o resto da equipe de saúde para promover o cuidado interprofissional centrado no paciente” apresentou a maior porcentagem (91,9%).

No domínio da promoção e prevenção e da enfermagem baseada em evidências, 70% dos participantes avaliaram todas as competências como indispensáveis ou muito relevantes.

No tocante ao domínio de pesquisa, 70% não consideraram que três de suas cinco competências fossem indispensáveis ou muito relevantes.

A análise das 14 competências que compõem o domínio da liderança demonstrou consenso entre os participantes com relação à sua relevância, consideradas competências centrais para o EPA.

As cinco competências que não alcançaram o ponto de corte foram analisadas separadamente,

considerando-se as respostas dos participantes por escolaridade e cargo, distinguindo entre países com e sem EPA (Tabela 3).

Tabela 3. Porcentagem de respostas “indispensáveis ou muito relevantes” das competências que não alcançaram o ponto de corte. Participantes de países com ou sem EPA ($p=0,35$)

Competências	Com EPA em seus países (n= 80) %	Sem EPA em seus países (n= 750) %
Usa sistemas tecnológicos para levantar dados sobre variáveis para a avaliação do cliente.	62,5	62,1
Prescreve medicamentos dentro de seu âmbito de ação (regulamentações, protocolos/programas nacionais).	78,8	50,0
Cria projetos de pesquisa que respondem aos critérios estabelecidos por agências de financiamento.	32,5	55,3
Realiza pesquisas individualmente ou em parceria com outros.	37,5	66,9
Dissemina os achados de sua pesquisa a vários públicos, usando as modalidades adequadas.	41,3	67,2

A tabela 4 apresenta a porcentagem das respostas “indispensáveis ou muito relevantes”, de acordo com as características das cinco competências analisadas.

A competência “Usa sistemas tecnológicos para levantar dados sobre as variáveis para a avaliação do cliente” não conseguiu, em sua totalidade, ser classificada como competência central na prática do EPA (62,2%). Ao realizar a análise desagregada por países com ou sem EPA, tampouco se considerou como

competência muito relevante e não surgiram diferenças significativas ($p= 0,35$) entre as respostas dos participantes de países com (62,5%) e sem EPA (62,1%).

Uma análise dessa competência segundo a escolaridade dos participantes demonstrou que aqueles com mestrado e/ou doutorado, a consideraram mais relevante do que os demais.

Quanto ao país, os participantes do Canadá e Brasil a consideraram indispensável e muito relevante em 89,7% e 79,2%, respectivamente. Participantes do México (47,2%), da Colômbia (46,8%), do Chile (48,9%) e dos demais países (50,9%) não a consideraram relevante.

Os participantes consideraram que o uso de sistemas tecnológicos para levantar dados é importante para a APS, pois facilita o processo de cuidado em enfermagem na prática profissional e proporciona agilidade aos serviços de saúde na avaliação do paciente. Ademais, também foi considerado fundamental para os campos de pesquisa. A seguir, apresentam-se trechos das opiniões fornecidas pelos participantes.

“Cada vez mais, as instituições de saúde, incluindo [os] centros de atenção primária em áreas suburbanas e [em] algumas zonas rurais, contam com algum computador que [permite] criar bases de

Tabela 4. Proporção de respostas “indispensável ou muito relevantes” das competências que não alcançaram o ponto de corte por características do país, segundo escolaridade e cargo dos participantes

Características	Usa sistemas tecnológicos para levantar dados sobre variáveis para a avaliação do cliente.	Prescreve medicamentos dentro de seu âmbito de ação (regulamentações, protocolos/programas nacionais).	Cria projetos de pesquisa que respondam aos critérios estabelecidos por agências de financiamento.	Realiza pesquisas individualmente ou em parceria com outros.	Dissemina os achados de sua pesquisa a vários públicos usando as modalidades adequadas.
	%	%	%	%	%
Escolaridade					
Doutorado (n=144)	60,4	67,4	58,3	67,4	68,1
Mestrado (n=379)	68,1	55,7	58,6	71,5	72,8
Especialização (n=100)	54,1	41,5	40,6	50,7	50,2
Graduação (n=207)	59,0	44,0	51,0	59,0	59,0
Cargo					
Acadêmico (n=259)	61,4	54,1	58,3	75,7	73,7
Diretor de programa de enfermagem (n= 79)	75,9	59,5	65,8	81,0	78,5
Diretor de instituição de saúde/chefia alto escalão (n=100)	62,0	52,0	55,0	66,0	66,0
Enfermeiro assistencial/ chefia escalão médio (n=244)	55,7	49,2	41,4	45,9	49,2
Funcionário ministerial/ políticas públicas/ municípios (n=75)	66,7	50,7	54,7	58,7	65,3
Outros (n=73)	67,1	56,2	56,2	68,5	67,1
Total	62,2	52,8	53,1	64,1	64,7

dados por famílias e [gerar] registros familiares eletrônicos para levantar dados, realizar o acompanhamento dos indivíduos dentro de registros e [evitar] o uso do papel, e facilita-se o manejo do registro [fazendo] com que a informação seja mais acessível e oportuna. Dessa forma, baseados nas bases de dados, os profissionais de enfermagem podem gerar estudos epidemiológicos, de caso-controle, de casos únicos, de localização de famílias que moram em áreas que podem ser endêmicas, para localizar famílias, crianças em caso de campanhas de vacinação em massa, a informação é fonte para gerar pesquisa.” (Participante 70)

“O uso de sistemas tecnológicos é relevante porque eles são ferramentas que agilizam os processos de análise da informação que resultam do atendimento aos pacientes; no entanto, serão importantes apenas se as pessoas que os usam realmente saibam gerenciar a informação, assim que, se o profissional de enfermagem não sabe fazer um registro no papel, nem determinar qual é a informação realmente importante do paciente, de nada servirá que haja recursos tecnológicos mais avançados para avaliar [o] paciente.” (Participante 83)

Outro aspecto mencionado foi a dificuldade de se obterem recursos tecnológicos ou sua escassez. Muitos participantes disseram que os registros de dados dos pacientes são feitos manualmente, por falta de ferramentas mais adequadas:

“A coleta de dados é feita por meios físicos, tais como os históricos clínicos que são realizados manualmente, dadas as dificuldades de acesso às tecnologias em zonas rurais dispersas.” (Participante 38)

“Até o presente, tudo é feito de maneira manual e até os resultados das avaliações só são feitas no papel.” (Participante 39)

A competência relativa à prescrição de medicamentos dentro do âmbito de ação do EPA em geral não obteve consenso, pois apenas metade dos participantes a considerou indispesável ou muito relevante.

No entanto, ao realizar uma análise desagregada entre participantes de países com e sem EPA, encontrou-se que, no primeiro caso, os participantes disseram que era uma competência central indispesável ou muito relevante (78,8%), enquanto que os correspondentes de países sem EPA não a consideraram assim (50%).

Os resultados também mostraram que quanto maior a escolaridade do participante, maior a porcentagem da relevância da competência: doutorado (67,4%), mestrado (55,7%), especialista (44%) e graduação (55,7%), com diferenças significativas ($p<0,05$). Mesmo assim, cabe considerar que, no caso daqueles com graduação e especializações, a categoria “Não se aplica” apresentou uma porcentagem de 17%. Porém, ao desagregar a opinião pelo cargo dos participantes, não houve diferenças estatisticamente significativas ($p=0,6$).

É preciso considerar que, na maioria dos países, enfermeiros não têm autonomia para prescrever medicamentos, dada a ausência de regulamentações dessa atividade, o que pode ter influenciado as respostas.

Essa competência foi considerada relevante por alguns profissionais porque poderia ser uma estratégia para melhorar os processos clínicos na continuidade de tratamentos, além de contribuir para o acesso universal à saúde. Contudo, os participantes mencionaram limitações a essa prática e, ademais, existe a necessidade de estabelecer programas nacionais e regulamentação. Por outro lado, é preciso adequar os cursos de pós-graduação em enfermagem para capacitarem os profissionais:

“Seria muito relevante se fosse possível influenciar a legislação para que a enfermagem de prática avançada pudesse fazer prescrições em países latino -americanos.” (Participante 4)

“O alcance da prática é relativo. No entanto, é essencial seguir as leis dos estados e províncias que regem a prática da enfermagem por meio de uma jurisdição e/ou área geográfica específica.” (Participante 129)

“No Chile, enfermeiros não podem prescrever medicamentos. No entanto, se fosse possível mudar a legislação, seria indispesável. Essa lógica aspiracional não é algo marginal, já que, além dos médi-

cos, no Chile, as parteiras também podem receber medicamentos (toda a gama de anticoncepcionais injetáveis e orais).” (Participante 30)

“Prescrever medicamentos é essencial para as enfermeiras de prática avançada, pois assim poderiam contribuir para o acesso universal à atenção em saúde e trabalhar com autonomia. Muitos países têm enfermeiras de prática avançada que prescrevem medicamentos com segurança. Elas aprenderam como fazê-lo.” (Participante 113)

“Necessitamos adequar nossos currículos de graduação e pós-graduação. A formação de enfermeiros no Brasil não permite essa prática.” (Participante 39)

Observou-se que em países com regulamentações e leis que permitem a prescrição de medicamentos por enfermeiros ainda existem barreiras como a falta de conhecimento por parte dos profissionais e a realidade dos serviços de saúde que dificultam o exercício profissional.

Alguns participantes consideraram que a prescrição de medicamentos não é competência dos enfermeiros. É possível que não tenham compreendido a prescrição como uma competência relevante ao EPA devido ao tipo de conhecimento que possuem, a limitação das legislações nacionais sobre o exercício profissional e a realidade dos serviços de saúde.

“Não prescreve[m] medicamentos, mas a competência do enfermeiro corresponde a informar, explicar e constatar se o usuário entendeu todos os aspectos relativos à administração, precauções e sinais de alarme e tirar dúvidas.” (Participante 79)

“Atualmente, está supostamente regulada, mas, na realidade dos serviços, não acontece essa prescrição de medicamentos, o que limita a ampliação do papel do enfermeiro.” (Participante 31)

Na análise das competências de pesquisa que não alcançaram mais de 70% de consenso, a competência “Cria projetos de pesquisa que respondem aos critérios estabelecidos por agências de financiamento” foi considerada relevante por 32,5% dos parti-

cipantes de países com EPA e 55,3% daqueles sem EPA. Nesse caso, também foi observado que quanto maior a escolaridade dos participantes, maior a relevância atribuída às competências de pesquisa.

Ao desagregar por cargo, demonstrou-se que, para diretores de programas e acadêmicos, essas competências foram consideradas, na sua maior parte, relevantes, ainda que não tenham alcançado o ponto de corte. Mesmo assim, observou-se que quanto maior a escolaridade dos participantes, maior a relevância dada a essas competências; em nível de mestrado, essa porcentagem foi de 58,6%, enquanto que, para doutorado, foi de 58,3%, especializações, 40,6% e graduação, 51,0%.

A competência “Realiza pesquisa individualmente ou em parceria com outros” tampouco obteve consenso como indispensável ou muito relevante (64,1%), apesar de surgirem diferenças substantivas por cargo: para os acadêmicos (75,5%) e diretores de programa (81%), ela foi considerada mais relevante ($p=0,000$). Ao analisar os resultados por escolaridade, quanto maior o nível, maior a relevância atribuída.

A competência “Dissemina os achados da pesquisa, usando as modalidades adequadas” tampouco alcançou um consenso de 70%, e observaram-se algumas diferenças por grupo: 41,3% dos participantes de países com EPA e 67,2% dos sem EPA a consideraram indispensável e muito relevante. Quanto à escolaridade, a maioria dos participantes considerou-a mais relevante. No caso das respostas de acadêmicos e diretores de programas de enfermagem, a competência alcançou o ponto de corte para ser considerada central, com 73,7% e 78,5%, respectivamente.

No domínio da pesquisa, a competência “Cria projetos de pesquisa que respondem aos critérios estabelecidos por agências de financiamento” resultou em dificuldades de interpretação dos participantes, que a consideraram como relevante ou menos relevante segundo suas próprias experiências, e não necessariamente como uma competência central para a APS.

Alguns participantes disseram que criar projetos de pesquisa era indispensável para o exercício profissional; no entanto, alguns participantes expressaram que os profissionais poderiam fazer uso de pesquisas e não necessariamente produzi-las.

“Se o grau acadêmico do EPA fosse [de] especialista, a resposta seria relevante; se fosse [de] mestrado seria muito relevante e se fosse de doutorado, seria indispensável.” (Participante 21)

“Nem todos os projetos são passíveis de financiamento, mas são sim muito relevantes para o exercício profissional.” (Participante 8)

“Penso que são importantes. Porém, os clínicos podem fazer uso das pesquisas em vez de produzi-las.” (Participante 10)

Contudo, alguns participantes mencionaram dificuldades relativas à formação profissional, à carga horária de trabalho inadequada e aos recursos limitados para o desenvolvimento de projetos, especialmente no caso das agências de financiamento. Outros destacaram que o desenvolvimento de pesquisas poderia distrair os enfermeiros de sua prática profissional.

“Falta preparação para a pesquisa, além de preparação e experiência com a solicitação de financiamento e experiência com o desenvolvimento de pesquisa de qualidade.” (Participante 17)

“... mas acredito que seria distraí-los de seu objetivo principal.” (Participante 4)

“Não é tão factível, a logística passa por muitos filtros burocráticos e políticos e, além disso, a sobrecarga de trabalho impede seu desenvolvimento.” (Participante 37)

A competência “Realiza pesquisas individualmente ou em parceria com outros” mostrou que o trabalho em equipe facilita a prática dos enfermeiros na APS.

Os participantes que consideraram a realização de pesquisa como competência central destacaram a importância do trabalho em equipe para fortalecer a prática profissional.

“A pesquisa em grupo é mais efetiva porque se analisa um problema e se investiga a partir de diferen-

tes perspectivas, é inegável que pesquisar é essencial.” (Participante 14)

“É importante realizar pesquisas interdisciplinares e interinstitucionais.” (Participante 17)

Quanto aos dados qualitativos da competência “Dissemina os achados de sua pesquisa a diversos públicos, usando as modalidades adequadas”, os participantes a consideraram importante, mesmo que ainda esteja em desenvolvimento.

“A pesquisa, para que cumpra seu dever, deve ser divulgada, os achados precisam ser publicados e apresentados em eventos científicos. Em relação à prática avançada, ainda é incipiente.” (Participante 8)

Discussão

Este trabalho apresenta um conjunto de competências centrais para o EPA, estabelecido com o consenso de participantes de 31 países da região das Américas. A escolaridade dos participantes foi semelhante àquela encontrada no estudo de Sastre-Fullana,⁽¹⁶⁾ que consultou 45 especialistas com mestrado (41%) e doutorado (20%). A falta de um consenso internacional sobre a definição exata das competências associadas às funções do EPA motivou a realização de estudos para que estas possam ser definidas.⁽¹⁷⁾

A literatura identifica que os domínios: práticas baseadas em evidências; raciocínio clínico; autonomia da prática; consultoria; liderança clínica e profissional; educação e docência; colaboração e relações interprofissionais; prática ética e legal; gestão de qualidade e segurança; gestão de cuidados; promoção da saúde; comunicação; competência cultural; ativismo; e gestão de mudança são competências centrais do EPA.⁽¹⁶⁾ Esses domínios são parecidos àqueles estabelecidos pela análise aqui presente.

Ademais, a pesquisa de Sastre-Fullana⁽¹⁶⁾ estabeleceu um conjunto de competências do EPA por meio de consensos entre especialistas, demonstrando que a prática baseada em evidências e a liderança clínica e profissional são elementos que se destacam na prática da enfermagem. Ademais, o domínio relativo à pes-

quisa foi considerado essencial e diferenciado para a EPA em relação a outros níveis de enfermagem.

Neste trabalho, o domínio da ética seguido pelo da promoção, prevenção e enfermagem baseada na evidência apresentaram os maiores resultados quanto à relevância. A prática baseada em evidências, a colaboração interprofissional e a gestão do cuidado foram consideradas centrais em outros estudos, com resultados semelhantes aos do presente estudo.⁽¹⁶⁾

Quanto ao domínio de gestão do cuidado, a prescrição de medicamentos não foi considerada indispensável ou muito relevante pela maioria dos participantes, diferente do que foi apresentado em um relatório⁽¹⁸⁾ que demonstra o papel crescente do EPA na prescrição de medicamentos. Em países como a Austrália, o Canadá, os EUA, a Irlanda e o Reino Unido, enfermeiros estão autorizados a receber medicamentos e, em outros, como a Finlândia, essa prática está sendo implementada.

Os EUA foram o primeiro país a incluir a competência de prescrição de medicamentos para os enfermeiros, seguidos pela Austrália, Canadá e Inglaterra. Essa prática requer mudanças legislativas dentro dos países, o que pode ser uma dificuldade para a realização das funções avançadas de enfermagem.

O fato de a competência da prescrição de medicamentos não ter sido considerada indispensável ou muito relevante pode sugerir que a compreensão dos participantes se limitou à situação atual de alguns países que limita essa prática exclusivamente a médicos. Ademais, pode faltar clareza sobre o papel do EPA.

Dessa maneira, para poder realizar a prescrição de medicamentos, é preciso que tanto os países como os órgãos regulamentadores estabeleçam programas e regulamentações específicas.

Outro achado deste trabalho refere-se à autonomia do EPA; somente quatro participantes afirmaram que não concordavam com essa competência. O estudo de Sastre-Fullana⁽¹⁶⁾ também aborda a importância das competências que destacam a autonomia profissional, a capacidade de influenciar e orientar outros profissionais, prestar consultoria quando requisitada, prestar cuidados translacionais e trabalhar na defesa e orientação de usuários em seu processo assistencial, destacando que a autonomia deve estar regulamentada e enquadrada na APS.

O domínio da liderança apresentou um grau de relevância superior a 80% como competência indispensável e muito relevante, o que corrobora o achado de outros estudos^(16,17) que enfatizam a autonomia e a liderança no trabalho em equipe, a articulação e o encaminhamento de pacientes nos serviços de saúde e o papel desempenhado na equipe interprofissional.

O estudo de Nieminen e colaboradores⁽¹⁹⁾ sobre enfermeiros assistenciais especialistas definiu as seguintes competências centrais: assistência direta, consulta, liderança, colaboração, *coaching*, ética, tomada de decisões e pesquisa. O domínio ético alcança um nível elevado como indispensável ou muito relevante, semelhante aos achados de outros estudos.⁽¹⁵⁾

No caso do presente artigo, os participantes não consideraram o uso de sistemas tecnológicos para levantar dados e conduzir avaliações uma competência relevante ao EPA, diferentemente de outros estudos que demonstraram a importância e relevância desse aspecto dentro das competências centrais.^(20,21)

A informática e o conhecimento sobre sistemas tecnológicos deveriam ser competências centrais da prática profissional da enfermagem, pois o desenvolvimento de competências de enfermagem em informática, entre outros, promove, melhora e facilita a colaboração e a integração com outras profissões.^(20, 21)

Finalmente, para se implementar a EPA, é preciso definir as competências centrais para sua formação, além de conhecer as experiências de outros países. Considerando que a maioria das competências analisadas neste estudo foram consideradas relevantes pelos participantes, seria possível utilizá-las, depois que acordadas e contextualizadas em cada país.

A literatura científica expõe os benefícios da implementação da EPA. No entanto, existem barreiras à ampliação do papel de enfermeiros que incluem a ausência de proteção do título do EPA, a falta de clareza sobre o papel, as barreiras financeiras em relação ao salário e reembolso, as variações na formulação, as regulamentações desnecessariamente restritivas e a resistência de outras partes interessadas. Todas esses fatores são freios à implementação de novas funções nos ambientes clínicos.⁽²²⁾

Apesar dessa situação, a formação de enfermeiros com vistas à ampliação de seu papel na APS é um aspecto crucial e deve receber a mesma prioridade outorgada aos componentes regulatórios e políticos.

A maioria dos participantes avaliaram a relevância das competências a serem consideradas como competências centrais da EPA na APS, com base na realidade atual do papel dos enfermeiros, o que pode ter influenciado os resultados.

É possível que tanto o desconhecimento da função como a falta de clareza sobre o papel tenham enviesado as respostas e que a definição apresentada no instrumento não tenha sido suficientemente clara para muitos participantes.

Outra limitação deste estudo refere-se à heterogeneidade da amostra de participantes em termos de tamanho e distribuição por país, pois a participação foi bastante desigual. No entanto, o estudo coletou comentários e opiniões importantes para a formação do EPA na região.

Pioneiro no tema, o presente estudo contribui para a recente discussão sobre a formação e as competências centrais dos enfermeiros de APS na América Latina. Contudo, essas competências devem se enquadrar em um contexto específico e ser regulamentadas pela legislação de cada país ou contexto onde será implementado o papel ampliado de enfermeiros na atenção primária de saúde.

Conclusão

Este estudo apresenta um conjunto de competências centrais do enfermeiro de prática avançada e contribui para a discussão sobre sua formação no contexto da atenção primária de saúde. Um grupo representativo de enfermeiros de 31 países da região das Américas, com cargos diversos, analisou as competências apresentadas e classificaram 59 como competências centrais. É possível que a falta de clareza sobre o seu papel tenha contribuído para uma análise baseada na atual atuação e regulamentação, e não uma visão ampliada do papel. A análise dessas competências a partir das especificidades de cada país poderia produzir outros resultados.

Agradecimentos

Os autores agradecem a contribuição de Elena Gonzalo Jiménez.

Colaborações

Cassiani SHB, Aguirre-Boza F, Hoyos MC, Barreto MFC, Morán L, Cerón MC e Silva FA contribuíram com o desenho, redação do primeiro manuscrito, interpretação de dados e redação do segundo manuscrito, análise de dados e aprovação final da versão a ser publicada.

Referências

1. World Health Organization. Pan American Health Organization. Resolution CD52: R13: Human resources for health: Increasing access to qualified health workers in primary health care based health systems. Washington. 2013. [cited 2017 Sep 20]. Available from: <http://iris.paho.org/xmlui/handle/123456789/4441>
2. World Health Organization. Pan American Health Organization. Strategy for Universal Access to Health and Universal Health Coverage. Washington [Internet]. 2014. [cited 2017 Sep 20]. Available from: <http://www.paho.org/uhsexchange/index.php/en/uhsexchange-documents/technical-information/26-strategy-for-universal-access-to-health-and-universal-health-coverage/file>
3. World Health Organization. Pan American Health Organization. [Strategy on Human Resources for Universal Access to Health and Universal Health Coverage]. Washington. 2017. Spanish. [cited 2017 Jul 27]. Available from: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=13749%3Apaho-aims-to-reduce-shortage-of-health-workers-in-the-americas-improve-distribution-and-enhance-skills-to-achieve-sdgs&catid=740%3Apress-releases&Itemid=1926&lang=es
4. World Health Organization. Report of the Policy Dialogue Meeting on the Nursing Workforce. In: WHO. Dialogue Meeting. Geneva, Switzerland, 6-7 April 2017. [cited 2017 Sep 20]. Available from: <http://www.who.int/hrh/news/2017/NursingApril2017-2.pdf?ua=1>
5. Consejo Internacional de Enfermería (CIE). Definition of characteristics of direct care / nursing functions of advanced practice, 2001-2015. Geneva: CIE; 2015.
6. International Council of Nurses (ICN). Nurse practitioner/advanced practice nursing network. Country Profiles; 2014.
7. Swan M, Ferguson S, Chang A, Larson E, Smaldone A. Quality of primary care by advanced practice nurses: A systematic review. Int J Qual Health Care. 2015; 27(5):396-404.
8. Martin-Misener R, Harbman P, Donald F, Reid K, Kilpatrick K, Carter N, Bryant-Lukosius D, Kaasalainen S, Marshall DA, Charbonneau-Smith R, DiCenso A. Cost-effectiveness of nurse practitioners in primary and specialised ambulatory care: Systematic review. BMJ Open, 2015; 5(6):e007167.
9. Cassiani SH, Zug KE. Promoting the advanced nursing practice role in Latin America. Rev Bras Enferm. 2014; 67(5):673-4.

10. Una VR. Regional policy, legislation and nursing education. Nursing. Paper presented at: 22nd Annual Nursing and Midwifery Research Conference, UWI School of Nursing, Mona Campus, Jamaica; 2011.
11. The National Organization of Nurse Practitioner Faculties. Nurse practitioner core competencies content. A delineation of suggested content specific to the NP core competencies [Internet]. 2014. [cited 2017 Nov 10]. Available from: <http://c.ymcdn.com/sites/www.nonpf.org/resource/resmgr/competencies/2014npcorecompscontentfinal.pdf>
12. Sastre-Fullana P, Morales-Asencio JM, Sesé-Abad A, Bennasar-Veny M, Fernández-Domínguez JC, De Pedro-Gómez J. Advanced practice nursing competency assessment instrument (APNCAI): Clinimetric validation. *BMJ Open*. 2017; 7 (2):e013659.
13. The National Organization of Nurse Practitioner Faculties. Family/Across the lifespan. The National Organization of Nurse Practitioner Faculties. Population-focused nurse practitioner competencies [Internet]. [cited 2017 Oct 10]. Available from: <https://nonpf.confex.com/nonpf/2013pa/webprogram/Handout/Session3482/PopulationFocusNPComps2013.pdf>
14. College of Nurses of Ontario. Entry-level competencies for nurse practitioners [Internet]. 2016. [cited 2017 Jul 20]. Available from: <http://www.cno.org/globalassets/docs/general/47010-np-etc-competencies-2017.pdf>
15. Canadian Nurses Association. Canadian Nurse Practitioner. Core competency framework [Internet]. 2010. [cited 2017 Jul 20]. Available from: https://www.arnn.ca/sites/default/files/documents/competency_framework_2010_e.pdf
16. Sastre-Fullana P, Pedro-Gómez J, Bennasar-Veny M, Fernández-Domínguez JC, Sesé-Abad AJ, Morales-Asencio JM. Consenso sobre competencias para la enfermería de práctica avanzada en España. *Enferm Clin*. 2015; 25(5):267-75.
17. Sastre-Fullana P, Pedro Gómez J. Competence for frameworks for advanced practice nursing: A literature review. *Int Nurs Rev*. 2014; 61(4): 534-42.
18. Delamaire M, Lafourte G. Nurses in advanced roles. A description and evaluation of experiences in 12 developed countries [Internet]. OECD Publishing; 2010 [cited 2017 Jul 20]. Available from: http://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/nurses-in-advanced-roles_5kmbrcfms5g7-en
19. Nieminen AL, Mannevaara B, Fagerstrom L. Advanced practice nurses' scope of practice: A qualitative study of advanced clinical competencies. *Scand J Caring Sci*. 2011; 25(4): 661-70.
20. Collins S, Yen PY, Phillips A, Kennedy MK. Nursing informatics competency assessment for the nurse leader: The Delphi study. *J Nurs Adm*. 2017; 47(4), 212-18.
21. Ronquillo C, Topaz M, Pruinelli L, Peltonene LM, Nibber R. Competency recommendations for advancing nursing informatics in the next decade: International survey results. *Stud Health Technol Inform*. 2017; 232:119-29.
22. Maier CB, Aiken LH. Expanding clinical roles for nurses to realign the global health workforce with population needs: A commentary. *Isr J Health Policy Res*. 2016; 5: 21.