

UNIVERSIDADE ESTADUAL DO OESTE DO PARANÁ – CAMPUS DE FOZ DO IGUAÇU
CENTRO DE EDUCAÇÃO, LETRAS E SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE PÚBLICA EM REGIÃO
DE FRONTEIRA - MESTRADO

EDUARDO NEVES DA CRUZ DE SOUZA

**Mapeamento de competências essenciais de enfermeiros da atenção básica de
saúde em cidades-gêmeas brasileiras**

FOZ DO IGUAÇU

2021

EDUARDO NEVES DA CRUZ DE SOUZA

**Mapeamento de competências essenciais de enfermeiros da atenção básica de
saúde em cidades-gêmeas brasileiras**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública de Região de Fronteira, do Centro de Educação Letras e Saúde -CELS, da Universidade Estadual do Oeste do Paraná, Campus de Foz do Iguaçu, como requisito para a obtenção do título de Mestre em Saúde Pública em Região de Fronteira.

Área de concentração: Saúde Pública em Região de Fronteira

Orientadora: Dra. Maria de Lourdes de Almeida

Linha de Pesquisa: Políticas de saúde em região de fronteira

Foz do Iguaçu

2021

Ficha de identificação da obra elaborada através do Formulário de Geração Automática do Sistema de Bibliotecas da Unioeste.

Souza, Eduardo Neves da Cruz de
Mapeamento de competências essenciais de enfermeiros da atenção básica de saúde em cidades-gêmeas brasileiras / Eduardo Neves da Cruz de Souza; orientador(a), Maria de Lourdes de Almeida, 2021.
155 f.

Dissertação (mestrado), Universidade Estadual do Oeste do Paraná, Campus de Foz do Iguaçu, Centro de Educação, Letras e Saúde, Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública em Região de Fronteira, 2021.

1. Enfermeiros. 2. Atenção Básica. 3. Competência profissional. 4. Áreas de fronteira. I. Almeida, Maria de Lourdes de. II. Título.

SOUZA, E.N.C. **Mapeamento de competências essenciais de enfermeiros da atenção básica de saúde em cidades-gêmeas brasileiras.** 155. F. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública em Região de Fronteira) – Universidade Estadual do Oeste do Paraná. Orientadora: Dra. Maria de Lourdes de Almeida. Foz do Iguaçu, 2021. Eduardo Neves da Cruz de Souza.

Aprovado em: 25/03/2021

BANCA EXAMINADORA



Prof.^a Dra. Maria de Lourdes de Almeida (Orientadora)
Universidade Estadual do Oeste do Paraná / UNIOESTE



Prof.^a Dra. Aida Maris Peres
Universidade Federal do Paraná / UFPR



Prof. Dr. Marcos Augusto Moraes Arcoverde
Universidade Estadual do Oeste do Paraná / UNIOESTE

Em memória de Silvana Consolari.

*“Quando eu era um menino,
a senhora dizia que eu me tornaria um grande homem.*

Venho lutando todos os dias para ser.

És eterna no meu coração e de meus irmãos.

Saudades, querida Tia Silvana.”

AGRADECIMENTOS

Eis que chega um momento incrível e satisfatório desta pesquisa, agradecer e homenagear aqueles que contribuíram direta e indiretamente para concretização deste sonho. Pretendo ser sucinto e claro com você leitor, ao mencionar estas pessoas essenciais para minha vida pessoal e profissional.

À senhora Elci Terezinha Neves da Cruz, por ser minha mãe e meu pai, pelos seus sacrifícios de toda uma vida e amor, mas sobretudo, por sonhar dos meus sonhos e me ensinar o caminho para torná-los possíveis.

Ao Gustavo Joselito Gonçalves dos Santos, meu noivo, que durante estes vinte e quatro meses de pesquisa, esteve comigo em todos os momentos, me incentivando e ajudando. Sou grato por ter encontrado o ser humano mais generoso e bondoso que já conheci, simplesmente, te amo.

Às minhas irmãs Carolina Lourenço Soares, Mariani Consolari Cruz e Vitoria Consolari Cruz, mulheres que aprenderam a ser fortes e hoje me orgulham pelas pessoas que se tornaram.

Aos meus irmãos Douglas Rafael Almeida Cruz, Mateus Consolari Cruz e Enes Lourenço Soares Junior, pela amizade e apoio de toda vida.

À minha amiga, Monica Idair Rosa, pelas risadas do dia a dia que tornam minha vida mais leve e alegre. Como também, por me confirmar o papel de padrinho de um menino lindo e amado por nós.

À minha amiga que é um presente da graduação, Michele dos Santos Hortelan, por dividir as experiências do cotidiano de pesquisadores e assim poder crescermos juntos nessa jornada da carreira de enfermagem.

À professora Dra. Maria de Lourdes de Almeida, por ser precursora desta pesquisa, como também, uma inspiração para todos os seus alunos.

Ao programa de mestrado em Saúde Pública em Região de Fronteira, pela excelência na qualificação profissional e enriquecimento da ciência brasileira.

Aos enfermeiros que mesmo trabalhando em um complexo cenário pandêmico, se dispuseram participar deste trabalho, e assim, compartilhar as vivências profissionais.

Assim, a estes deixo minha singela gratidão.

*“Pés, não me falhem agora,
leve-me até a linha de chegada.”*

Lana Del Rey (2012)

SOUZA, E.N.C. **Mapeamento de competências essenciais de enfermeiros da atenção básica de saúde em cidades-gêmeas brasileiras.** 155 F. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública em Região de Fronteira) – Universidade Estadual do Oeste do Paraná. Orientadora: Dra. Maria de Lourdes de Almeida. Foz do Iguaçu, 2021. Eduardo Neves da Cruz de Souza.

RESUMO

O enfermeiro ocupa papel fundamental na sistematização do cuidado no primeiro nível de atenção em saúde, assim como, ao atuar em regiões de fronteira, precisa dispor de uma prática clínica e gerencial que atenda às necessidades específicas dessas localidades. O objetivo desta pesquisa foi realizar o mapeamento de competências essenciais de enfermeiros que atuam na rede de Atenção Básica de Saúde em cidades gêmeas da linha de fronteira: Brasil e Paraguai. Trata-se de uma pesquisa exploratória descritiva de abordagem quali-quantitativa, realizada a partir de três etapas: 1º análise documental; 2º Aplicação de um questionário semiestruturado utilizando o instrumento Marco Regional das Competências Essenciais em Saúde Pública, composto por seis domínios; 3º mapeamento das competências. O período da coleta dos dados foi de fevereiro a julho de 2020. Os dados quantitativos foram analisados por meio do *software* R utilizando o nível de significância de 5% e os dados qualitativos por meio da técnica de análise de Discurso do Sujeito Coletivo. A pesquisa contou com a participação de seis cidades gêmeas, na qual, 64 enfermeiros responderam ao questionário, para a análise documental foi utilizada a Política Nacional de Atenção Básica de 2017 e a Lei do Exercício Profissional de Enfermagem de N° 7.498/1986 como bases para identificar as competências necessárias do enfermeiro, entretanto, diante da ausência de documentos oficiais que orientem a prática profissional do enfermeiro em região de fronteira, foi realizado um mapeamento de evidências científicas sobre o tema, através da técnica de *scoping review*. Com relação a caracterização dos participantes houve predomínio do sexo feminino (89,10%) e titulação nível de especialização (70,31%). As análises bivariáveis demonstraram limitações do grupo entrevistado em aplicar as competências que afirmam ter conhecimento, quanto a lacuna de competência, foi identificada no domínio 2 “Vigilância e controle de danos” da variável região de atuação ($p=0,014$). Da análise dos discursos emergiram dez Ideias Centrais, sendo: Atendimento às gestantes brasileiras e paraguaias; atendimento às crianças brasileiras e paraguaias; gerenciamento da equipe

multidisciplinar; atividades privativas do enfermeiro; prestar assistência cultural para abordagem humanizada; realizar orientação familiar/comunitária; realizar diagnóstico situacional da comunidade fronteiriça; compressão do idioma estrangeiro; conhecer o perfil epidemiológico da fronteira; noções das políticas de saúde do Paraguai. A descrição das atividades realizadas, **possibilitou** a elaboração de 29 competências gerais e 5 competências específicas para o trabalho em região de fronteira. Espera-se através dos achados desta pesquisa, oportunizar a elaboração de um instrumento de avaliação de desempenho profissional do enfermeiro, bem como, utilizar as competências que emergiram na construção do perfil profissional para o cargo de enfermeiro da Atenção Básica em região de fronteira, o que vai ao encontro dos objetivos de se realizar o mapeamento de competências. Além de propor um plano institucional para o desenvolvimento das competências identificadas como *gap* no instrumento adaptado da Organização Panamericana de Saúde.

Palavras-chave: Enfermeiros; Atenção Básica; Competência profissional; Áreas de fronteira; Saúde fronteiriça.

SOUZA, E.N.C. **Mapping of essential skills of nurses in primary health care in Brazilian twin cities.** 155. F. Dissertation (Master in Public Health in a Frontier Region) - State University of Western Paraná. Advisor: Dra. Maria de Lourdes de Almeida. Foz do Iguaçu, 2021. Eduardo Neves da Cruz de Souza.

ABSTRACT

Nurses play a fundamental role in the systematization of care at the first level of health care, just as, when working in border regions, they need to have a clinical and managerial practice that meets the specific needs of these locations. The objective of this research was to map the essential skills of nurses who work in the Primary Health Care network in twin cities on the border line: Brazil and Paraguay. This is a descriptive exploratory research with a qualitative and quantitative approach, carried out in three stages: 1st document analysis; 2nd Application of a semi-structured questionnaire using the Framework of Essential Competences in Public Health, composed of six domains; 3rd mapping of competencies. The data collection period was from February to July 2020. Quantitative data were analyzed using the R software using the 5% significance level and qualitative data using the Collective Subject Discourse analysis technique. The survey counted on the participation of 6 twin cities, in which 64 nurses answered the questionnaire, the documentary analysis used the 2017 National Primary Care Policy and the Nursing Professional Exercise Law No. 7,498 / 1986 as bases to identify the necessary skills of the nurse, however, in the absence of official documents that guide the professional practice of nurses in the border region, a mapping of scientific evidence on the topic was carried out, using the scoping review technique. Regarding the characterization of the participants, there was a predominance of females (89.10%) and a degree of specialization (70.31%). The bivariate analyzes showed limitations of the interviewed group in applying the competences that they claim to have knowledge, regarding the competence gap, was identified in domain 2 "Surveillance and damage control" of the variable region of operation ($p = 0.014$). From the analysis of the speeches, ten Central Ideas emerged, namely: Assistance to Brazilian and Paraguayan pregnant women; care for Brazilian and Paraguayan children; management of the multidisciplinary team; private activities of the nurse; provide cultural assistance for a humanized approach; carry out family / community orientations; perform a situational diagnosis of the border community; foreign language compression; know the epidemiological profile of the

border; notions of Paraguay's health policies. As well as, the description of the activities carried out, enabled the development of 29 competencies and the remaining 5 specific competencies for the job. It is hoped through the findings of this research, to create the opportunity to develop an instrument for assessing the professional performance of nurses, as well as to use the skills that emerged in the construction of the professional profile for the position of Primary Care nurses in the border region, the which meets the objectives of conducting competency mapping. In addition to proposing an institutional plan for the development of the skills identified as a gap in the adapted instrument of the Pan American Health Organization.

Key words: Nurses; Basic Attention; Professional competence; Frontier areas; Border health.

SOUZA, E.N.C. **Mapeo de habilidades esenciales de enfermeras en atención primaria de salud en ciudades gemelas brasileñas.** 155. F. Disertación (Maestría en Salud Pública en una Región Fronteriza) - Universidad Estadual del Oeste de Paraná. Asesora: Dra. María de Lourdes de Almeida. Foz do Iguacu, 2021. Eduardo Neves da Cruz de Souza.

RESUMEN

El enfermero juega un papel fundamental en la sistematización de la atención en el primer nivel de atención de la salud, además, al trabajar en las regiones fronterizas, es necesario contar con una práctica clínica y gerencial que responda a las necesidades específicas de estos lugares. El objetivo de esta investigación fue mapear las competencias esenciales de los enfermeros que laboran en la red de Atención Primaria de Salud en ciudades gemelas de la frontera: Brasil y Paraguay. Se trata de una investigación exploratoria descriptiva con enfoque cualitativo y cuantitativo, realizada en tres etapas: 1º análisis documental; 2º Aplicación de un cuestionario semiestructurado utilizando el Marco de Competencias Esenciales en Salud Pública, compuesto por seis dominios; 3er mapeo de competencias. El período de recolección de datos fue de febrero a julio de 2020. Los datos cuantitativos se analizaron usando el software R usando el nivel de significancia del 5% y los datos cualitativos usando la técnica de análisis del Discurso Colectivo del Sujeto. La encuesta contó con la participación de 6 ciudades gemelas, en las cuales 64 enfermeras respondieron el cuestionario, el análisis documental utilizó la Política Nacional de Atención Primaria de 2017 y la Ley de Práctica Profesional de Enfermería N ° 7.498 / 1986 como bases para identificar las competencias necesarias del enfermera, sin embargo, ante la ausencia de documentos oficiales que orienten la práctica profesional de las enfermeras en la región fronteriza, se realizó un mapeo de la evidencia científica sobre el tema, utilizando la técnica de revisión de alcance. En cuanto a la caracterización de los participantes, hubo predominio del sexo femenino (89,10%) y cierto grado de especialización (70,31%). Los análisis bivariados mostraron limitaciones del grupo entrevistado en la aplicación de las competencias que afirman tener conocimiento, en cuanto a la brecha competencial, se identificó en el dominio 2 “Vigilancia y control de daños” de la variable región de operación ($p = 0.014$). Del análisis de los discursos surgieron diez Ideas Centrales, a saber: Atención a embarazadas brasileñas y paraguayas; cuidado de niños brasileños y paraguayos; gestión del equipo multidisciplinario;

actividades privadas de la enfermera; brindar asistencia cultural para un enfoque humanizado; realizar orientaciones familiares / comunitarias; realizar un diagnóstico situacional de la comunidad fronteriza; comprensión de idiomas extranjeros; conocer el perfil epidemiológico de la frontera; nociones de las políticas de salud de Paraguay. Así como, la descripción de las actividades realizadas, permitió el desarrollo de 29 competencias y las restantes 5 competencias específicas para el puesto. Se espera que a través de los hallazgos de esta investigación, se genere la oportunidad de desarrollar un instrumento para la evaluación del desempeño profesional del enfermero, así como utilizar las habilidades que surgieron en la construcción del perfil profesional para el cargo de enfermero de Atención Primaria en la región fronteriza, la cual cumple con los objetivos de realizar mapeo de competencias. Además de proponer un plan institucional para el desarrollo de las competencias identificadas como brecha en el instrumento adaptado de la Organización Panamericana de la Salud.

Palabras clave: Enfermeras; Atención básica; Competencia profesional; Zonas fronterizas; Salud fronteriza.

LISTA DE SIGLAS

APS	Atenção Primária de Saúde
AB	Atenção Básica
ACS	Agente Comunitário de Saúde
ARG	Argentina
CEP	Comitê de Ética e Pesquisa
CBCENF	Congresso Brasileiro dos Conselhos de Enfermagem
COMUS	Conselhos Municipais de Saúde
COVID-19	Corona Vírus
CIE	Conselho Internacional de Enfermeiros
CF	Constituição Federal
DSC	Discurso do Sujeito Coletivo
EPS	Educação Permanente em Saúde
EPA	Enfermagem de Prática Avançada
ESF	Estratégia de Saúde da Família
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IES	Instituição de Ensino Superior
IST	Infecção Sexualmente Transmissível
MS	Mato Grosso do Sul
MRCESP	Marco Regional de Competências Essenciais em Saúde Pública
NASF	Núcleo de Apoio a Saúde da Família
OPAS	Organização Pan-Americana de Saúde
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PR	Paraná
PY	Paraguai
PDFF	Programa de Promoção do Desenvolvimento da Faixa de Fronteira
PPP	Projeto Político Pedagógico
RAS	Redes de Atenção à Saúde
SAE	Sistematização da Assistência de Enfermagem

SBV	Suporte Básico de Vida
SMS	Secretária Municipal de Saúde
SIS-Fronteiras	Sistema Integrado de Saúde nas Fronteiras
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBS	Unidade Básica de Saúde
UNIOESTE	Universidade Estadual do Oeste do Paraná

LISTA DE TABELAS

TABELA I. Caracterização de cada cidade gêmea de acordo com os estabelecimentos da AB e N° populacional.....	48
TABELA II. Frequência da variável de acordo com as cidades gêmeas do Paraná e do Mato Grosso do Sul.....	75
TABELA III. Frequência da variável por área de aperfeiçoamento profissional dos enfermeiros que compõem a amostra.....	77
TABELA IV. Frequência da variável do tempo de atuação dos enfermeiros participantes da pesquisa.....	77
TABELA V. Estatísticas descritivas das variáveis por competências dos seis domínios da amostra.....	79
TABELA VI. Frequência das variáveis por domínio e idade dos enfermeiros participantes da pesquisa.....	85
TABELA VII. Frequência das variáveis por domínio e sexo dos enfermeiros participantes da pesquisa.....	86
TABELA VIII. Frequência das variáveis por domínio e área de aperfeiçoamento profissional dos enfermeiros participantes da pesquisa.....	87
TABELA IX. Frequência das variáveis por domínio e tempo de atuação no cargo de enfermeiro.....	88
TABELA X. Frequência das variáveis por domínio e processo de contratação dos enfermeiros participantes da pesquisa.....	90
TABELA XI. Frequência das variáveis por domínio e região de atuação dos enfermeiros participantes da pesquisa.....	91

LISTA DE FIGURAS

FIGURA I. Arcos da faixa de fronteira internacional na américa do sul.....	25
FIGURA II. Identificação do gap de competências.....	35
FIGURA III. Trajetória metodológica para mapeamento de competências.....	47
FIGURA IV. Localização geográfica das cidades gêmeas, campo da pesquisa.....	48
FIGURA V. Fluxograma do processo de composição do grupo de participantes na pesquisa....	57
FIGURA VI. Frequência da variável Cidade / Estado na amostra.....	75
FIGURA VII. Histograma da variável média nas questões do domínio 1. Utilizando à escala de Likert do questionário Marco Regional de Competências Essenciais em Saúde Pública (MRCESP).....	81
FIGURA VIII. Histograma da variável média nas questões do domínio 2. Utilizando à escala de Likert do questionário MRCESP.....	81
FIGURA IX. Histograma da variável média nas questões do domínio 3. Utilizando à escala de Likert do questionário MRCESP.....	82
FIGURA X. Histograma da variável média nas questões do domínio 4. Utilizando à escala de Likert do questionário MRCESP.....	82
FIGURA XI. Histograma da variável média nas questões do domínio 5. Utilizando à escala de Likert do questionário MRCESP.....	83
FIGURA XII. Histograma da variável média nas questões do domínio 6. Utilizando à escala de Likert do questionário MRCESP.....	83

LISTA DE QUADROS

QUADRO I. Cidades gêmeas brasileiras e os municípios estrangeiros.....	26
QUADRO II. Pilares para o trabalho de acordo com Fleury & Fleury (2001)	33
QUADRO III. Síntese comparativa das competências do Enfermeiro nas edições da PNAB (2006 e 2011).....	43
QUADRO IV. Síntese comparativa das competências do Enfermeiro nas últimas edições da PNAB (2011 /2017).....	40
QUADRO V. Distribuição dos Enfermeiros que atuam nas redes de AB de acordo com as cidades gêmeas.....	49
QUADRO VI. Distribuição dos enfermeiros participantes da pesquisa de acordo com cada cidade gêmea.....	56
QUADRO VII. Análise documental dos domínios do questionário MRCESP e as competências contempladas na literatura.....	72
QUADRO VIII. Caracterização dos Enfermeiros que participaram da pesquisa.....	76
QUADRO IX. Apresentação dos resultados gerais da análise do DSC.....	92
QUADRO X. Ideias centrais e discursos do sujeito coletivo sobre as práticas tipicamente desenvolvidas pelos enfermeiros participantes da pesquisa.....	93
QUADRO XI. Ideias centrais e discursos do sujeito coletivo sobre as competências essenciais do enfermeiro em região de fronteira, distintas das demais regiões.....	95
QUADRO XII. Ideias centrais e discursos do sujeito coletivo sobre a descrição de competências específicas para o trabalho do enfermeiro na Atenção Básica de Saúde em cidades gêmeas.....	96
QUADRO XIII. Apresentação das competências expressas pelos enfermeiros, de acordo com as atividades realizadas na AB em região de fronteira.....	98
QUADRO XIV: Apresentação dos resultados do mapeamento de competências expressas pelos enfermeiros e que não são orientadas pela PNAB, 2017.....	101

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	20
2	OBJETIVOS	23
2.1	OBJETIVO GERAL	23
2.2	OBJETIVOS ESPECIFICOS	23
3	JUSTIFICATIVA	24
4	BASES TEÓRICAS	27
4.1	CIDADES-GEMÊAS BRASILEIRAS	27
4.2	ATENÇÃO À SAÚDE NAS CIDADES-GEMÊAS	32
4.3	COMPETÊNCIAS ESSENCIAIS DE TRABALHADORES DA SAÚDE	36
4.4	POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO BÁSICA (PNAB)	39
4.5	COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO PELA POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO BÁSICA.	43
4.6	COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO DE SAÚDE PÚBLICA EM REGIÃO FRONTEIRA: <i>SCOPING REVIEW</i>	49
5	PERCURSO METODOLÓGICO	61
5.1	NATUREZA DA PESQUISA	61
5.2	MUNICÍPIOS CAMPO DE PESQUISA	62
5.3	A POPULAÇÃO DE ESTUDO	64
5.4	COLETA DE DADOS	65
5.5	ANÁLISE DE DADOS	67
5.6	ASPECTOS ÉTICOS E LEGAIS	69
6	RESULTADOS	71
6.1	COMPETÊNCIAS ESSENCIAIS DOS ENFERMEIROS QUE ATUAM NA ATENÇÃO BÁSICA: ANÁLISE DOCUMENTAL	74
6.2	COMPETÊNCIAS ESSENCIAIS DOS ENFERMEIROS QUE ATUAM NA ATENÇÃO BÁSICA: MARCO REGIONAL DE COMPETÊNCIAS ESSENCIAIS DE SAÚDE PÚBLICA (MRCESP)	75
6.3	COMPETÊNCIAS ESSENCIAIS DOS ENFERMEIROS QUE ATUAM NA ATENÇÃO BÁSICA: ANÁLISE QUALITATIVA	93
7	DISCUSSÃO	102
8	CONSIDERAÇÕES FINAIS	114
9	REFERÊNCIAS	116
	APÊNDICE I - RESUMO SIMPLES (II Congresso de Saúde Coletiva da UFPR) ...	131
	ANEXO I - TERMO DE CONCENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)	133
	ANEXO II - APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA E PESQUISA – CEP	136
	ANEXO III – INSTRUMENTO PARA COLETA DE DADOS	137

1 INTRODUÇÃO

Pela literatura vigente, o termo competência profissional é tido como a conjunção de conhecimentos, habilidades e atitudes de um indivíduo para o desempenho de atividades que lhe são exigidas no exercício diário de trabalho. Por isso, as atividades profissionais necessitam ser descritas de acordo com a entrega esperada, além de considerar as experiências necessárias que possam contribuir com a qualidade das ações no cotidiano de trabalho (BRANDÃO, 2018).

Logo, é clara a importância de refletir sobre as competências profissionais em cada campo de trabalho. De modo que, essa pesquisa é desenvolvida na área de saúde pública, com enfoque nas ações que são diariamente prestadas pelo enfermeiro a toda sociedade. É válido destacar que o Sistema Único de Saúde (SUS), nos moldes da atenção à saúde vigente no Brasil, determina criteriosamente as competências essenciais destes trabalhadores, a partir de um direcionamento logístico, conceitual, tecnológico e demais instrumentos importantes para o planejamento de todo o trabalho (ZACHI; RIBEIRO; SILVA; VAZ, 2020).

Ao se pensar nas especificidades no contexto organizacional da saúde, os enfermeiros destacam-se não somente pelo número de competências incorporadas à sua prática, mas nas últimas décadas chama a atenção para a magnitude e importância das mesmas em todo o processo de cuidar. Este fato ressignificou o seu trabalho na região das Américas, em particular nos países latino-americanos, gerando assim, questionamentos sobre as suas reais competências gerenciais e assistenciais, em todos os níveis de atenção à saúde, sendo que no Brasil obteve maior intensificação na rede de serviços da Atenção Básica (AB), que é o processo inicial de atendimento do SUS (OPAS, 2018).

As atividades da AB são regulamentadas pela Política Nacional de Atenção Básica (PNAB, 2017) e efetivadas nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) e nas unidades de Estratégia de Saúde da Família (ESF) (BRASIL, 2014). É necessário ter clareza sobre a diferenciação destas nomenclaturas, uma vez que, ambas são portas de entrada do SUS. De acordo com a PNAB (2017), toda rede de atenção primária compõem o campo de AB, e assim seguem para as demais conjunturas setoriais, sendo que a UBS possui maior tempo de inserção nas comunidades, onde ocorrem os serviços essenciais, como consulta

de enfermagem, médica, odontológica, requisição de exames e acesso a medicamentos (SANTOS; MISHIMA; MERHY, 2018).

A ESF busca reacender a prática preventiva de promoção da saúde por meio do trabalho de equipe multiprofissional, programas de saúde e adequação da assistência territorializada, descentralizada, com integralidade, equidade e a priorização de grupos com maior risco de adoecimento (FERREIRA; LADEIA, 2018).

Diante disso, os serviços prestados tanto na UBS quanto na ESF são regidos pelos princípios e diretrizes do SUS, que garantem o atendimento de saúde em sua totalidade e alcance das necessidades específicas de cada usuário. O que se torna um desafio para o enfermeiro atuar nestes serviços e elaborar o cuidado de enfermagem na construção de relações interpessoais com diálogo, escuta, humanização e respeito para as especificidades de cada usuário e família assistida (FAUSTO et al., 2018).

Vale destacar que centenas de enfermeiros vivenciam as singularidades que as regiões de fronteira apresentam, diante de populações consideradas flutuantes, que diariamente migram para o Brasil na busca por melhores condições de atendimento de saúde. Entretanto, diante da inexistência de políticas públicas específicas para tal demanda, os serviços prestados por vezes não são contabilizados nos orçamentos municipais, o que compromete a gestão e assistência regionalizada de toda comunidade, como também geram intensa demanda nos fluxos de atendimentos, sobrecarga de trabalho e déficit organizacional em todos os demais serviços (ZASLAVSY; GOULART, 2016).

É importante frisar que os problemas orçamentários da saúde em região de fronteira não são em virtude da assistência aos estrangeiros, pois acima de tudo, a Constituição Federal (CF) considera o direito à saúde a todos que estiverem no território brasileiro. A barreira inicial surge pela falta de atenção e planejamento das esferas públicas do governo federal, estadual e municipal em equiparar legalmente os serviços de saúde na fronteira (SILVA; LALANE, 2019).

Os profissionais de enfermagem que estão na linha de frente no atendimento a comunidades fronteiriças, por vezes se encontram à mercê de práticas irregulares e propícias ao erro, comprometendo assim a qualidade da assistência prestada, considerando que os enfermeiros são os responsáveis pela coordenação e direcionamento de todo o trabalho das equipes (BERRES; BAGGIO, 2020).

Diante do fato de que não existe a descrição de competências específicas para o trabalho do enfermeiro no campo da saúde pública na fronteira, a presente pesquisa foi desenvolvida com enfermeiros de saúde pública que atuam na rede de AB em cidades

situadas na faixa de fronteira do Brasil com o Paraguai, onde existe uma intensa mescla de questões econômicas, políticas e sociais. Trata-se de uma extensão de 1.365 km, com municípios dos estados do Mato Grosso do Sul (MS) e Paraná (PR) na fronteira internacional com o Paraguai (BRASIL, 2016).

É importante considerar que nestas regiões ocorre diariamente a comutação de diferentes serviços em divergentes escalas, o que resulta diretamente em um perfil específico de trabalho prestado pelas equipes de saúde e de enfermagem, quando comparado com as demais regiões do Brasil, com destaque às cidades-gêmeas (SCHERMA, 2018). Ferrari (2019) descreve o termo cidades-gêmeas como localidades que englobam um contexto geográfico específico. Por estas cidades firmarem seus limites municipais com um país vizinho, ocorre uma dinamização nas interações dos trabalhadores e moradores que o compõem o respectivo território.

Diante da compreensão do complexo cenário de prática profissional vivenciado por enfermeiros de AB que atuam em cidades gêmeas, este trabalho teve como questão norteadora: Quais as competências essenciais expressas por enfermeiros em suas práticas profissionais na atenção básica de saúde em cidades gêmeas brasileiras situadas na linha de fronteira do Brasil com o Paraguai?

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Realizar o mapeamento das competências essenciais dos enfermeiros que atuam na Atenção Básica (AB) de saúde em cidades-gêmeas brasileiras.

2.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Identificar por meio de Análise documental as competências essenciais de enfermeiros que atuam na AB de saúde em regiões de fronteira internacional.
- Levantar as competências existentes e as expressas por enfermeiros inseridos na AB de cidades gêmeas localizadas na linha de fronteira entre o Brasil e Paraguai Marco Regional de Competências Essenciais em Saúde Pública.
- Apontar o *gap* ou lacuna existentes entre as competências expressas pelos enfermeiros e aquelas identificadas como essenciais a partir do instrumento Marco Regional de Competências Essenciais em Saúde Pública.

3 JUSTIFICATIVA

Ao longo das últimas décadas, a identidade profissional do enfermeiro no Brasil sofreu intensas transições. No cenário geral de atuação do enfermeiro, tem-se como marco e a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), na qual foi instituído, por meio da Constituição Federal (CF) de 1988 (artigos 194, 196 e 198), a saúde como direito de todos e dever do Estado, assim como, com a ampliação da assistência de enfermagem no campo da Atenção Primária de Saúde (APS) nos anos recorrentes (FERNANDES; SILVA; TORRES, 2018).

Nestas vertentes, as competências gerenciais do enfermeiro foram estendidas principalmente no âmbito da saúde preventiva de cuidado direto aos usuários, o que refletiu em um maior diálogo sobre sua prática profissional e liderança na gestão do cuidado de enfermagem em todo o país (NÓBREGA-THERRIEN et al., 2018).

Fato semelhante ocorreu em países como a Austrália, Canadá, Estados Unidos e Inglaterra, em que as competências dos enfermeiros da atenção primária passaram por um processo de readequação, no intuito de otimizar a sua força de trabalho e reduzir custos, proporcionando maior equidade e qualidade na prestação de serviços (TOSO; FILIPPONN; GIOVANELLA, 2016).

Martin-Misener et al (2015) ao avaliar o grau de custo-efetividade da atuação de enfermeiros que atuam na atenção primária, constataram que o trabalho de enfermeiros na rede de AB resultou em altas taxas de satisfação dos usuários, além do aprimoramento da gestão e gerenciamento do trabalho, uma vez que, os profissionais além de passar maior tempo com os usuários e assim proporcionar um atendimento humanitário e resolutivo, possuem maior amplitude de competências a serem exercidas.

É importante salientar que a legislação que orienta a atuação dos enfermeiros na AB no Brasil é a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB). Tal documento regulamenta os serviços de enfermagem e das demais categorias profissionais que compõem as equipes de saúde (PNAB, 2017). Trata-se de uma padronização da assistência de esfera nacional, com o principal objetivo de adequar os serviços da AB pela Estratégia de Saúde da Família (ESF) e Unidades Básicas de Saúde (UBS).

Todavia, a PNAB desde a sua implantação em 2006 até sua última reformulação, em 2017, ainda não atingiu a abrangência necessária para responder as divergentes e específicas carências assistenciais das comunidades brasileiras, como é o caso das regiões de fronteira, que se quer são citadas no documento, tão pouco as competências

específicas dos profissionais para atuar nestas comunidades (MOROSINI; FONSECA, 2017).

Inclusive, os enfermeiros que atuam em regiões de fronteira do Brasil, não contam com políticas de saúde específicas para gerenciar o cuidado integralizado nos serviços de Atenção Básica (AB) destas regiões (TOSO; FILIPPON; GIOVANELLA, 2016).

Neste contexto, o planejamento e organização da AB em comunidades fronteiriças sofre em larga escala, partindo de um cenário complexo de políticas públicas ineficientes que comprometem a qualidade da assistência prestada. Como dito, a divisão de recursos para o custeio da saúde não contempla em sua integralidade os usuários que não residem no Brasil, mas que ao mesmo tempo, transitam diariamente pelas regiões de fronteira brasileira (DUARTE et al., 2015).

Fato que se torna ainda mais complexo, quando envolve países que possuem intensa heterogeneidade nas políticas públicas de saúde, como é o caso do Paraguai, que diverge em vários aspectos com o Brasil na área de planejamento e organização dos serviços públicos. No Paraguai, cerca de 27 % de toda população não possui nenhum tipo de atendimento de saúde e existe uma baixa utilização dos serviços, que estão associados aos altos custos, dificuldades de acesso e à pouca resolutividade (LIMA; TOSOI, 2019). Em contrapartida, a saúde no Brasil é universal, gratuita e busca prestar uma assistência de qualidade (BRASIL, 2016).

Como dito, os municípios campo desta pesquisa, são denominados de cidades gêmeas, pertencentes aos estados brasileiros do Paraná e Mato Grosso do Sul, onde existem fronteiras terrestres e fluviais com os municípios paraguaios, livre circulação da população na fronteira sem a necessidade de autorização dos órgãos de imigração, facilitando a busca de serviços do SUS do Brasil (GIOVANELLA et al., 2007). Essa transição diária de estrangeiros que são atendidos no Brasil, é um reflexo da influência de inúmeros fatores, dentre eles a sensação de pertencimento, as dificuldades de obtenção de direitos de forma equânime no país de residência, a questão econômica, a organização do sistema de saúde e até mesmo o atendimento humanitário efetivado pelas equipes de enfermagem na Atenção Básica de saúde (BOUSQUAT et al., 2018).

Vale destacar que medidas já foram tomadas no intuito de barrar os atendimentos desta população, como exemplo, a criação do “Cartão do SUS”, que passou a ser obrigatória a comprovação de residência fixa no Brasil, fato que gerou inúmeras declarações falsas e informações que não condiziam com a verdade, pois caso contrário

o atendimento nas redes de saúde pública não iria ocorrer (BAENINGER et al., 2018). Fatos que dificultavam toda a rede de serviços oferecidos na AB, onde ao mesmo tempo, já se exigia do enfermeiro competência para direcionar sua equipe e ser resolutivo para a população (LIMA; TOSOI, 2019).

Oliveira et al (2017), afirmam que é necessário implantar uma definição da quantidade de recursos financeiros suficientes para os serviços da AB em regiões de fronteira, como estratégia de reorganização do sistema de saúde que vise à universalidade e à integralidade da atenção, que irá depender das peculiaridades sociais, ambientais, geográficas, epidemiológicas e étnicas de cada município brasileiro.

Assim, considera-se que a atuação do enfermeiro de saúde pública destas localidades é fragilizada devido à inexistência de meios para o atendimento humanizado de populações estrangeiras, considerando também, os aspectos sanitários e epidemiológicos (NÓBREGA-TERRIEN et al., 2018). Como também, há ausência de iniciativas por parte do Ministério da Saúde brasileiro em criar meios de intercâmbio de informações de saúde entre os países, fato que corrobora para o cenário da saúde nas cidades gêmeas brasileiras (ZASLAVSY; GOULART, 2016).

Hortelan et al (2019) constataram também, por meio de mapeamento de competências de gestores de saúde em 12 municípios limítrofes da faixa de fronteira do Brasil com o Paraguai, que grande parte destes profissionais são enfermeiros e possuem lacunas em competências necessárias para o exercício profissional. Considera-se que existe uma lacuna de conhecimento sobre as competências de enfermeiros que atuam na atenção básica de saúde neste cenário e este estudo pretende trazer contribuições teóricas neste sentido.

Com tudo isso, é importante considerar que, não se trata do serviço rotineiro de um enfermeiro de AB, pois conforme apontado acima os problemas das regiões de fronteira vão além do déficit organizacional, soma-se a dificuldade de implantar a Sistematização da Assistência de Enfermagem em um meio limitado de recursos materiais e financeiros.

4 BASES TEÓRICAS

O presente capítulo apresenta as bases teóricas utilizadas para fundamentar a pesquisa e dar sustentação para responder ao problema apontado. Inicia-se com uma contextualização das cidades-gêmeas brasileiras, da atenção à saúde nas cidades-gêmeas seguido de uma apresentação das competências essenciais para os trabalhadores da saúde, discorre sobre a Política Nacional de Atenção Básica e finaliza com as competências do enfermeiro pela Política Nacional de Atenção Básica no Brasil.

4.1 CIDADES GEMÊAS BRASILEIRAS

As pesquisas entre espaço e saúde vêm sendo cada vez mais discutidas em diversas áreas, principalmente nos ramos da epidemiologia e geografia, a história confirma a grande contribuição destes estudos para o entendimento dos processos de saúde-doença (SCHERMA, 2018). Desta maneira, as regiões de fronteira representam estes espaços que podem influenciar na construção dos aspectos culturais e de saúde da população (LIMA; TOSOI, 2019).

Com isso, para analisar e discutir os cenários da saúde em regiões de fronteira, é fundamental conhecer os termos empregados ao tema, sendo que, fronteiras são definidas como localidades geográficas que se encontram na confluência entre dois territórios nacionais, entretanto, além deste conceito divisório, podem remeter à ideia de ligação, e para compreendê-la é necessário considerar o conjunto de ambos os lados do limite internacional, pois como dito, trata-se de outra territorialidade que vai reconfigurar todo o espaço (GUICHONNET; RAFFESTIN, 1974).

Atrelado ao meio fronteiriço, existem as cidades-gêmeas, consideradas pelo Ministério da Integração Nacional (2014) como:

Cidades cortados pela linha de fronteira, seja essa seca ou fluvial, articulada ou não por obra de infraestrutura, que apresentem grande potencial de integração econômica e cultural, podendo ou não apresentar uma conurbação ou semi-conurbação com uma localidade do país vizinho, assim como manifestações "condensadas" dos problemas característicos da fronteira, que aí adquirem maior

densidade, com efeitos diretos sobre o desenvolvimento regional e a cidadania (Art. 1. Portaria N° 123, de 21 de março de 2014).

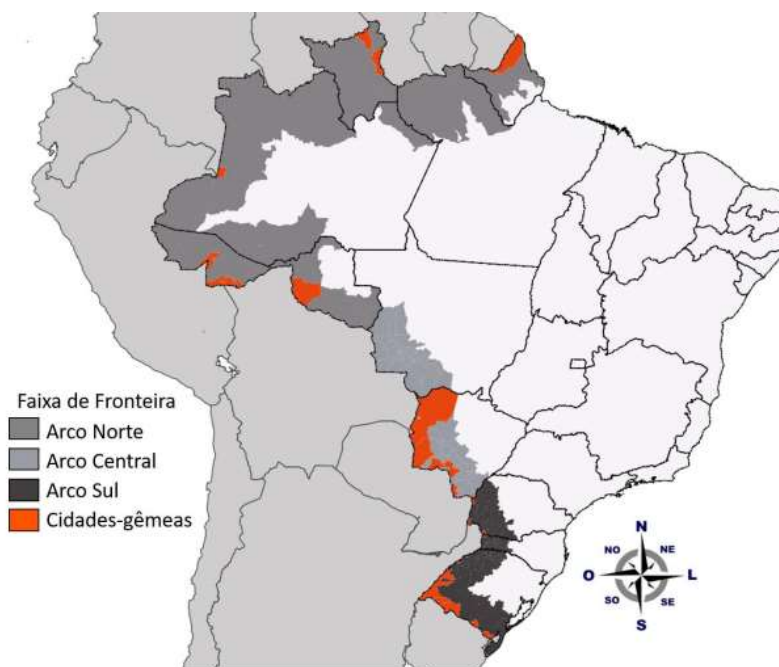
Também é empregado o termo zona de fronteira para se referir ao meio em que se encontra a confluência entre dois países, remete à ideia de ligação entre territórios, sendo necessário considerar o conjunto de ambos os lados do limite internacional (FERRARI, 2015), ou seja, se caracteriza por interações que criam um meio geográfico próprio de fronteira. Sendo assim, o meio geográfico que melhor configura a zona de fronteira é o formado pelas cidades gêmeas (BRASIL, 2005).

Com tudo isso, as cidades-gêmeas são os principais campos de estudos para tratar de fenômenos sociais em regiões fronteiriças, como dito, estão localizados no limite internacional ou próximos dele e mantêm diversos vínculos com a cidade do país vizinho, por vezes representam um ponto fixo para o intercâmbio transfronteiriço (CAMPOS; RÜCKERTII, 2014).

Denotasse que estas localidades são tidas especialmente como áreas vulneráveis, devido a diferenciais políticos, sanitários e jurídicos, comumente existente entre os dois países (BUENO, 2016). Por sua vez, estas regiões não se desenvolvem somente no sentido econômico, mas também envolvem todo um conjunto de interações (culturais, sociais, sociodemográficas e etc.) (FERRARI, 2015).

É importante destacar que as cidades gêmeas brasileiras estão geograficamente localizadas na faixa de fronteira do Brasil com os países vizinhos da América do Sul, sendo estabelecida em 150 km de largura (Lei nº. 6.634, de 2/05/1979), paralela à linha divisória terrestre do território nacional, dividida em três grandes arcos: norte, central e sul. Conforme ilustra a figura 1.

Figura I. Arcos da faixa de fronteira internacional na América do Sul.



Fonte: França, 2019.

Os arcos regionais possuem grande extensão em todo o território brasileiro, na medida em que configura a conectividade das cidades fronteiriças com as cidades dos demais dez países da linha de fronteira (Paraguai, Argentina, Uruguai, Bolívia, Peru, Colômbia, Venezuela, Suriname, Guiana e Guiana Francesa) (ALBUQUERQUE, 2012).

Conforme visto na figura 2, o arco norte representa a região amazônica, o arco central possui maior concentração de áreas agrícolas, e o arco sul detém de maior confluência da agroindústria (PÊGO, 2017).

Vale ressaltar que o desenvolvimento regional destas localidades, em grande parte, é representado pelas cidades-gêmeas. Observa-se que mesmo se referindo a um termo já discutido, foi somente no ano de 2014 que as cidades-gêmeas brasileiras foram reconhecidas pelo Ministério da Integração, em virtude do grau de envolvimento com os municípios estrangeiros. De modo que a definição só é válida para os municípios que possuem, individualmente, população superior a dois mil habitantes (BRASIL, 2014).

Atualmente, o Brasil possui 33 cidades gêmeas localizadas entre dez estados de fronteira com os países da América do Sul, conforme mostra o quadro I.

Quadro I. Cidades gêmeas brasileiras e os municípios estrangeiros.

Estado brasileiro	Cidade Gêmea	Cidade Gêmea estrangeira
Amazonas	Tabatinga	Leticia / Colômbia
Rondônia	Guajará Mirim	Guayaramerín / Bolívia
Acre	Assis Brasil	Bolpebra / Bolívia Iñapari / Peru
	Brasiléia	Cobija / Bolívia
	Epitaciolândia	Cobija / Bolívia
	Santa Rosa do Purus	Santa Rosa / Peru
Amapá	Oiapoque	Saint George / Guiana Francesa
Roraima	Bonfim	Lethem / Guiana
	Pacaraima	Santa Elena / Venezuela
Mato Grosso	Cáceres	San Matías / Bolívia
Mato Grosso do Sul	Bela Vista	Bella Vista do Norte / Paraguai
	Corumbá	Puerto Suarez / Bolívia
	Mundo Novo	Salto del Guáira / Paraguai
	Paranhos	Ypehú / Paraguai
	Ponta Porã	Pedro Juan Cabalero / Paraguai
	Coronel Sapucaia	Capitán Bado / Paraguai
	Porto Murtinho	Puerto Palma Chica / Paraguai
Paraná	Foz do Iguaçu	Ciudad del Leste / Paraguai
	Barracão	Bernardo de Irigoyen / Argentina

	Sto. Antônio do Sudoeste	San Antonio / Argentina
	Guaíra	Salto del Guaíra / Paraguai
Santa Catarina	Dionísio Serqueira	Bernardo de Irigoyen / Argentina
Rio Grande do Sul	Aceguá	Aceguá / Uruguai
	Barra do Quaraí	Bella Union / Uruguai Monte Caseros / Argentina
	Itaqui	Alvear / Argentina
	Jaguarão	Rio Branco / Uruguai
	Porto Xavier	San Javier / Uruguai
	Quaraí	Artigas / Uruguai
	Santana do Livramento	Rivera / Uruguai
	São Borja	San Tomé / Argentina
	Uruguaiana	Paso de Los Libres / Argentina
	Chuí	Chuy / Uruguai
	Porto Mauá	Alba Posse / Argentina

Fonte: Dados da pesquisa (2021).

Mesmo tratando-se de diferentes níveis de interatividade e regionalidade, todas as cidades gêmeas brasileiras são vistas como importantes áreas de integração sul-americana, em virtude de particularidades na gestão e planejamento municipal que necessitam ser considerados (BRITO; MISSIO, 2019). Notadamente, as relações internacionais configuram fatos marcantes das políticas públicas e ações desenvolvidas, com ênfase aos serviços de bem comum, que imprescindivelmente, precisam ser compartilhados entre as comunidades fronteiriças (PECQUEUR, 2016).

Ao refletir sobre as especificidades das cidades-gêmeas, constata-se uma dualidade no cenário territorial para a gestão local, em decorrência da conurbação

internacional. De modo que, existe a possibilidade de fortalecer as bases econômicas e culturais, por intermédio de uma rica aproximação sociocultural. Em outra vertente, reconhece-se que o compartilhamento internacional implica em problemas atípicos de complexa resolução e não conhecida no âmbito nacional (BRITO; MISSIO, 2019).

De modo geral, nas cidades-gêmeas brasileiras existem dificuldades de ambos os lados da fronteira que se unificam e tornam-se dificuldades comuns das duas cidades, acarretando diretamente no desenvolvimento local (SCHERMA, 2018). Torna-se cada vez mais imprescindível a efetivação de políticas públicas específicas nas zonas de fronteira, sendo igualmente importantes para o desenvolvimento da integração na América do Sul.

4.2 ATENÇÃO À SAÚDE NAS CIDADES-GEMÊAS

A saúde como direito de todos consta no art. XXV da declaração universal dos direitos humanos, citada no ano de 1948, é descrito que todo indivíduo deve ter acesso a serviços de saúde, independentemente de onde esteja, e assim possa ser capaz de objetivar sua qualidade de vida. Entretanto, o obstáculo inicial surge diante de sistemas de saúde desiguais, atrelados a ausência de intervenções unificadas entre cada nação (RODRIGUES; PEREIRA, 2017).

O fato é que o limite político de cada país resulta em problemas para o planejamento de saúde em regiões de toda faixa de fronteira, principalmente o que tange o controle de doenças. Esta falta de estratégias internacionais compromete a eficácia de programas nacionais, pode-se citar como exemplo a cobertura vacinal brasileira disponível pelo SUS, que é benéfica de um lado da fronteira e ausente do outro, o que compromete a sua eficiência (PÊGO, 2017).

É importante considerar também a intensificação dos fluxos internacionais dos últimos anos, na qual, as populações passaram a transitar de um país para outro com facilidade e as cidades gêmeas são as regiões mais procuradas e conseqüentemente crescem de forma exponencial (FERRARI, 2019). Diante de tamanha facilidade de movimentação, surge a possibilidade de encontrar serviços de saúde gratuitos e de qualidade no território estrangeiro.

Este ambiente atípico vivenciado nas cidades gêmeas também é resultado do avanço da informatização e dos meios de comunicação entre as pessoas que ali circulam diariamente. Nessa conformidade, os indivíduos atravessam as fronteiras e mantêm fortes

vínculos com o país de origem, sendo que muitos optam por até mesmo manter o idioma nativo, e assim configuram novos espaços sociais com implicações para a saúde (GOMES, 2017).

Ao tratar das cidades gêmeas brasileiras, são identificados fortes fatores que resultam em desigualdades sociais, como as condições de vida das comunidades fronteiriças, dinâmicas demográficas, acesso e disponibilidade dos serviços de saúde. Como ocorre na zona de fronteira do Brasil com o Paraguai, que em virtude da intensa diferenciação dos sistemas de saúde em cada país, existe uma acentuada descontinuidade dos serviços que diferenciam o cidadão estrangeiro no Sistema Único de Saúde (SUS), categoricamente, a fronteira passa a ser um ambiente de divisão e exclusão (CAMPOS, 2017).

Além do mais, muitos estrangeiros conhecem o princípio da universalidade do SUS, sendo este, um dos principais motivos pela procura de atendimento nas regiões de fronteira brasileira. Logo, o direito à saúde nestas localidades é instável e por vezes depende da conduta ética e política dos profissionais envolvidos diretamente com a prática assistencial (CAMPOS; RÜCKERTII, 2014).

Acredita-se que a acessibilidade de políticas públicas de saúde atrelada a recursos financeiros específicos para cidades gêmeas, poderiam garantir o atendimento de toda população, auxiliando assim na concretude da prática humanizada, como também, no trabalho dos gestores municipais (SILVA; JOHNSON; ARCE, 2016). Além disso, ainda são identificadas ações que dificultam a inserção de usuários estrangeiros no SUS, para Moura e Cardoso (2013) o excesso de imigrantes que chega diariamente no Brasil e o desconhecimento do perfil dos mesmos, são fatores que dificultam a adequada formação de políticas para as cidades gêmeas.

Campos (2017) descreve ainda que o direito à saúde envolve o direito à vida, sendo assim uma proteção primordial, ao passo que dificultar o acesso de estrangeiros no SUS, não somente negligenciam princípios constitucionais brasileiros, como também, compromissos firmados do Brasil em convenções de Direitos Humanos.

Apesar disso, no Brasil ainda não existem diretrizes específicas e/ou padronização para o atendimento de saúde de estrangeiros em cidades fronteiriças, ainda fica a cargo de cada município gerenciar as demandas de acordo com os níveis de complexidade, por vezes, algumas cidades puramente recusam o atendimento (GADELHA; COSTA, 2013).

Sendo assim, as estratégias de gestão e planejamento de saúde nas cidades gêmeas é a mesma que é para as demais cidades brasileiras. Cita-se o programa SIS-Fronteira,

que tinha o enfoque de atuar na saúde destas localidades, entretanto, foi finalizado e não houve propostas de substituição ou ampliação do mesmo (BRASIL, 2016).

Com tudo isso, ainda são diversos os obstáculos para implantação de políticas públicas de saúde que sejam efetivamente universais e equânimes nas cidades gêmeas, mas a principal barreira é relacionada a insuficiência de repasses financeiros, fato que ilustra a desatenção por parte das demais esferas gestão quanto a delicada realidade das regiões de fronteira brasileira (LIMA; TOSO, 2019).

Ao passo dos 32 anos de sua criação, o SUS ainda carece de maior fundamentação política para o atendimento de comunidades fronteiriças, na perspectiva dos princípios da universalidade e equidade, e assim, garantir meios para o amparo legal e prestação de serviços ao usuário estrangeiro, que ainda é ineficiente (MOROSINI; FONSECA, 2017).

Gadelha e Costa (2013) relatam que uma das principais dificuldades vivenciadas por enfermeiros que atuam na AB em cidades gêmeas brasileiras é a de garantir os direitos de cidadania dos estrangeiros ao acesso universal no sistema público de saúde, uma vez que a própria sociedade não reconhece o direito constitucional.

Desse modo, um dos maiores desafios do SUS é tratar de forma adequada as regiões de fronteira internacional no país, pois são locais onde os órgãos de saúde têm a obrigação de estabelecer uma assistência de saúde integralizada a toda população que esteja no território nacional, independentemente de sua nacionalidade (BRASIL, 2016).

Logo, Gallo e Costa (2003) descrevem que os municípios fronteiriços brasileiros têm dificuldades em realizar esta atenção integral à saúde, devido à existência de uma comunidade flutuante que utiliza o sistema, mas não é contabilizada para o repasse de recursos financeiros.

Um estudo realizado em cidades gêmeas do estado do Mato Grosso do Sul, norteou o fluxo de atendimento na Atenção Básica de saúde para estrangeiros paraguaios e brasileiros que residem no Paraguai. No período de 2010 a 2012, foi identificado que do total de atendimentos feitos pelo SUS em território brasileiro, cerca de 63.62% dos serviços são voltados para este público, sendo responsável por 78,13% dos gastos totais (OLIVEIRA; PALÓPOLI; ARAUJO, 2014).

O atendimento de saúde para estrangeiros provenientes do Paraguai, ocorre em todas as cidades gêmeas dos estados do Mato Grosso do Sul e Paraná, sendo que as cidades de Foz do Iguaçu-PR e Ponta Porã-MS apresentam os maiores números de assistência de saúde (CAMPOS, 2017).

Importante enfatizar que os recursos destinados pelo SUS não contemplam esta população flutuante, de forma que o serviço prestado é garantido pela constituição brasileira e onera o orçamento de saúde destas cidades gêmeas, além de sobrecarregar todos os serviços de saúde, o que também afeta a qualidade de vida dos trabalhadores, em virtude da sobrecarga de trabalho e estresse profissional (UCHIMURA; BOSI, 2017).

Ferreira, Mariani e Neto (2015), apontaram por meio de análises estatísticas dos atendimentos de saúde em cidades gêmeas do estado do Mato Grosso do Sul, um aumento considerável nas últimas décadas de estrangeiros, que passam diariamente pela assistência de enfermagem nestas regiões. Além disso, Oliveira et al. (2014) destacaram que nas unidades de ESF do município de Guaíra/Paraná, existe um predomínio de consultas de enfermagem a estrangeiros não residentes no Brasil, uma média 64% do total de atendimentos.

Um fator determinante, para o alto fluxo de estrangeiros de origem paraguaia e brasileiros que residem no Paraguai buscarem os serviços de saúde nas cidades fronteiriças, são as diferenças entre os sistemas de saúde. A assistência à saúde no Paraguai, através das diversas instituições do setor público, cobre 58% da população; o setor privado cobre 15% e 27% de toda a população não possui nenhuma assistência de saúde (OLIVEIRA et al., 2014). Em contrapartida, o sistema de saúde brasileiro é público, universal, gratuito e busca pela qualidade.

Neste contexto, os profissionais da saúde sofrem pela sobrecarga de trabalho, muitas vezes associada a déficits de materiais, sendo que o enfermeiro precisa gerenciar e planejar toda a assistência de saúde intrínseca às características de uma região de fronteira internacional (OPAS, 2018). Com isso, percebe-se que as organizações de saúde necessitam de enfermeiros mais autônomos, com maior iniciativa e perfil diferente do exigido até então (TOSO; FILIPPON; GIOVANELLA, 2016).

É válido salientar que Brandão (2018), por meio da técnica de mapeamento de competências em diferentes instituições empresariais, foi utilizado como suporte teórico para que este mapeamento seja replicado na área da saúde. O instrumento utilizado para a realização do mapeamento de competência foi construído a partir das competências essenciais para recursos humanos em saúde pública descritas no documento “Marco Regional de Competências Essenciais em Saúde Pública (MRCESP) (CONEJERO et al, 2013) que foi traduzido e adaptado à realidade brasileira por Almeida et.al. (2017).

Desse modo, a presente pesquisa foi realizada com os enfermeiros que atuam na Atenção Básica (AB) de saúde das cidades gêmeas dos estados do Paraná e Mato Grosso do Sul, na linha de fronteira entre o Brasil e Paraguai. Considerando que as cidades gêmeas são desafiadoras para o trabalho de enfermagem, enfatiza-se a necessidade de identificar as competências profissionais tidas como essenciais por estes profissionais, e assim, identificar as possíveis lacunas de competências para a realização do trabalho nessa área específica.

4.3 COMPETÊNCIAS ESSENCIAIS DE TRABALHADORES DA SAÚDE

Historicamente, as discussões acerca do termo competência surgiram na segunda metade do século XX, na medida em que a classe empresarial necessitava desenvolver as diligências essenciais para a produção, diante de um cenário de alto desenvolvimento tecnológico e reorganização do trabalho (SILVA; MOURÃO, 2018).

Inicialmente, o estudo de competência passou a ser reconhecido como área de análise das aptidões dos indivíduos para a realização de algo a partir dos conhecimentos adquiridos na formação escolar e acadêmica, através das vivências profissionais e pessoais, assim como as habilidades que representam o saber fazer dos conhecimentos já existentes (MCCLELLAND, 1973).

Tendo em vista que a literatura apresenta vertentes concretas para o conceito de competência, denotasse a evolução do termo para os estudos e pesquisas no campo organizacional. Posto isto, autores como Durand (2000), já associava o termo competência com as dimensões cognitivas, psicomotoras e afetivas do indivíduo com a natureza do trabalho. Dado que, Gonczi (1999) já havia descrito que não é suficiente possuir competência, mas também é preciso saber exercê-la no campo profissional.

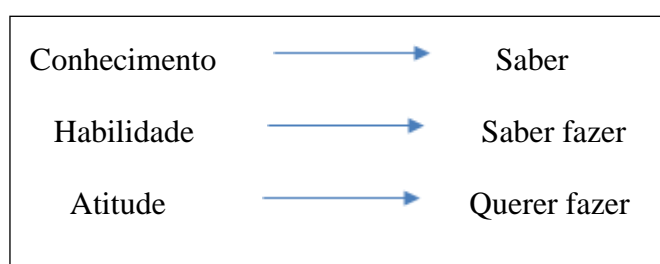
Zarifian (1999) concluiu ainda que o termo competência é capaz de reproduzir determinado reconhecimento social acerca da capacidade de alguém, assim sendo revelada como o indivíduo age diante de situações complexas no trabalho, na medida em que o seu desempenho irá manifestar a sua competência.

Reforça-se ainda, que para Freitas e Brandão (2006), competência deve ser desenvolvida por meios de processos de aprendizagem, seja formal ou informal, de maneira que o termo passa a ser vista como resultado do que o indivíduo aprendeu ao longo de toda vida profissional. Em outra pesquisa de Brandão, Puente-Palácios e Borges (2008), os pesquisadores contextualizam competência em detrimento com os

resultados que surgem no trabalho, tendo em vista que existe um elo entre o indivíduo, equipe e a organização como um todo.

Com tudo isso, a competência profissional passa a ser entendida também como as atitudes do trabalhador, sendo o exercício da habilidade de um determinado conhecimento, pois representa o querer fazer, surgindo assim a junção de conhecimentos, habilidades e atitudes (CHAs), pilares essenciais para o trabalho de todo indivíduo na ocupação de seu cargo (FLEURY; FLEURY, 2001). Conforme demonstrado no quadro a seguir:

Quadro II. Pilares para o trabalho de acordo com Fleury & Fleury (2001)



Fonte: Adaptado pelo autor de Leme (2012).

Fleury e Fleury (2001) configuraram competência como um conjunto de CHAs que diferem na maior parte do trabalho de um profissional, sendo assim, referente ao desenvolvimento das funções e as tarefas relativas a cada cargo. Os debates referentes à apropriação dos conceitos de competências profissionais pelas organizações foram retomados pela necessidade de profissionais competentes adaptarem-se às novas atividades e funções que surgem da globalização e seu impacto no ambiente organizacional (SILVA; ROQUETE, 2013).

Diante disso, o presente trabalho irá tratar da competência individual do profissional enfermeiro, sendo tida como uma competência inserida em um conjunto social, na qual, implica saber como agir, integrar e transferir conhecimentos, recursos e habilidades para as equipes de trabalho (FLEURY; FLEURY, 2001).

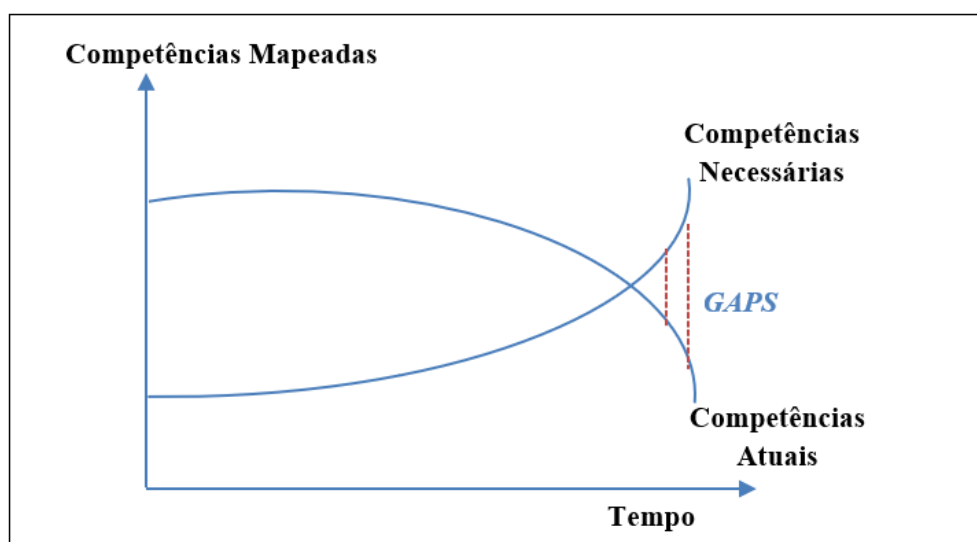
Todavia, mapear competência profissional é identificar lacunas de habilidades, de modo a reconhecer as divergências entre as competências essenciais para realizar as atividades da organização e as competências internas já existentes (CARBONE., et al 2009). Brandão (2018) enfatiza ainda que para realizar essa identificação é necessário

desenvolver uma pesquisa teórica no intuito de avaliar tais habilidades necessárias para área a ser estudada, seguido de rigor metodológico, técnicas e instrumentos específicos.

Primeiramente, é necessário ter clareza das competências necessárias do cargo para o alcance dos propósitos da organização, ou seja, é necessário ter clareza dos objetivos da organização, para isso, é orientada a pesquisa teórica para conhecer as respectivas competências essenciais do trabalhador (SILVA; MOURÃO, 2018). Tendo os objetivos e estratégias da organização, é possível efetivar o mapeamento de competências, constituindo assim a segunda etapa do processo. Como dito, o principal intuito do mapeamento é investigar possíveis lacunas “*gaps*” de competências essenciais para concretude do trabalho na organização (BRANDÃO, 2018).

Na figura a seguir é possível visualizar graficamente a fundamentação para estudo dos *gaps* de competência. Nota-se que não existe uma curva ascendente para as competências necessárias e sim uma inclinação ascendente, uma vez que o dinamismo e as mudanças constantes dos ambientes de trabalho, fazem com que as competências estejam sempre em processo de reavaliação, renovação e adequação. Por sua vez, a curva descendente das competências atuais, possui esta inclinação em virtude das constantes transformações culturais, tecnológicas e econômicas que todo profissional está inserido e conseqüentemente suas competências tornem-se defasadas (BRANDÃO; GUIMARÃES, 2001).

Figura II. Identificação do gap de competências.



Fonte: Adaptado de Brandão & Guimarães (2001).

Com isso, o melhor resultado para a organização é o ponto de encontro das duas curvas, que representa a ausência de *gap* por competências. Entretanto, caso nenhuma medida seja tomada diante do espaço existente entre as curvas, o *gap* (lacuna) tende a crescer e conseqüentemente prejudicar os objetivos de toda a organização (BRANDÃO, 2018).

Nesta perspectiva, Silva e Roquete (2013) salientam que é extremamente complexo articular o mapeamento de competências profissionais no campo da saúde pública. Deste modo, os conhecimentos exigidos para essa prática transitam pelos seguintes pressupostos: epidemiologia e vigilância sanitária, políticas e programas de saúde e administração de recursos humanos (RH), logística de abastecimento, controle e distribuição de insumos médico-hospitalares e processos relacionados com o atendimento e acolhimento de pessoas.

4.4 POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO BÁSICA (PNAB)

O SUS possui uma estratégia de hierarquização que organiza todos os serviços por níveis de atenção e podem variar a partir de suas respectivas necessidades tecnológicas. Sendo que o nível primário de atenção à saúde, possui grande destaque por apresentar o menor índice de suporte tecnológico e intensa abrangência populacional (SANTOS; MISHIMA; MERHY, 2018).

Assim como, experiências de outros países mostraram que, quando atenção primária à saúde ocupa o papel central na organização do sistema, ela é capaz de melhorar a assistência de toda a população de forma igualitária, sendo associada a menos custos, maior satisfação dos usuários com a rede de serviços, melhores condições de saúde e menor uso de medicamentos (SANTOS; CAMPOS, 2015).

No Brasil esta área é regulamentada pela Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) que considera Atenção Primária de Saúde (APS) como termo equivalente a Atenção Básica (AB) e assim é tratada como:

Conjunto de ações de saúde individuais, familiares e coletivas que envolvem promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos, cuidados paliativos e vigilância em saúde, desenvolvida por meio de práticas de cuidado integrado e gestão qualificada, realizada com equipe multiprofissional e dirigida à população em

território definido, sobre as quais as equipes assumem responsabilidade sanitária (BRASIL, 2017, p. 02)

O processo de elaboração da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), teve início no ano de 2003, através de um grupo de trabalho no Ministério da Saúde, sendo publicada somente em março de 2006. Entretanto, o cenário política da época mostrava-se conturbado e inseguro diante das reformas ministeriais, assim como, algumas reformas estruturais propostas pela primeira política de Atenção Básica não haviam sido efetivadas ainda, como por exemplo a categorização do serviço do Agente Comunitário de Saúde (ACS) (FERREIRA; LADEIA, 2018).

Sendo que todas as estratégias de ação do SUS são baseadas em princípios e diretrizes que estão interligadas e operacionalizam as Redes de Atenção à Saúde (RAS) (BRASIL, 2017). Os princípios do SUS tratam de questões inerentes a atenção integral e humanitária ao ser humano, na qual, a universalidade é entendida como o acesso universal e contínuo das pessoas aos serviços de saúde, oferecendo fácil acesso e sem diferenciações, com foco na assistência resolutiva para cada usuário e o meio em que se encontra (BRASIL, 2016).

Por sua vez, a integralidade é alcançada quando as redes de atenção atendem às necessidades de saúde da população adscrita, preservando sua autonomia, sendo capaz de atender os campos da promoção, prevenção, tratamento, reabilitação, redução de danos e cuidados paliativos (PNAB, 2017).

Tais estratégias de ação foram regulamentadas somente a partir do ano de 2006 pelo Ministério da Saúde (MS) através da PNAB (2006), que surgiu com o principal objetivo de fortalecer estes serviços, tidos como porta de entrada do usuário ao SUS. Definiu-se também, uma orientação no modelo de atenção, com foco no fortalecimento da Estratégia de Saúde da Família (ESF), assim como, na consolidação, qualificação dos profissionais e demais serviços da APS (PNAB, 2006).

Neste contexto e com o intuito de garantir a consolidação dos serviços na AB de saúde, a PNAB teve sua primeira revisão no ano de 2011. Sendo que o novo texto manteve inúmeras normativas da primeira PNAB de 2006 e introduziu importantes inovações voltadas à ampliação do acesso, com destaque nas coberturas de saúde e resolutividade da assistência prestada em toda a AB, com introdução de novos arranjos de equipes e o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica (PMAQ-AB) (BRASIL, 2014).

Sendo que é a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) que regulamenta e direciona todos os serviços da Atenção Primária de Saúde (APS), assim como, as funções de todos os trabalhadores inseridos na APS. Teve sua primeira publicação pela Portaria GM/MS nº 648, de 28 de março de 2006 (BRASIL, 2006).

No ano de 2017, ocorreu a 3ª versão da 2ª reformulação da PNAB pela portaria 2423 de 21/09/2017, na qual foi definida as RAS como ferramenta para a organização do SUS. Tal reformulação admitiu, além da ESF, outras estratégias de organização da AB, com vagos parâmetros populacionais e carga horária profissional (BRASIL, 2017).

Portanto, é notório o compromisso que a PNAB manteve, desde sua criação, com a regulamentação e dimensionamento das atribuições e responsabilidades de cada categoria profissional de saúde que compõem as equipes, com o principal intuito de organizar os serviços prestados à população e o reconhecimento das habilidades específicas dos trabalhadores (MENDOZA et al., 2016). Deste modo, cada competência gerencial e assistencial é descrita e alinhada pela PNAB, a partir do perfil das categorias profissionais referenciadas pela formação acadêmica e análise do potencial de resolutividade frente aos serviços a serem prestados na Atenção Básica (DOMENICO; IDE, 2006).

Assim, diante desta diversidade de atividades e categorias profissionais consideradas pela PNAB, este trabalho possui enfoque central na habilitação e prática profissional do enfermeiro, que conforme já apontado, trata-se de uma profissão que teve suas atribuições na APS discutidas e reformuladas em inúmeros países, com maior destaque para a gestão e coordenação das equipes.

A PNAB (2017), descreve que o enfermeiro, enquanto membro integrante da equipe multidisciplinar, precisa possuir competências profissionais essenciais que o habilite para o desenvolvimento de ações nos diferentes grupos populacionais e territoriais, comprometidas com a preservação do modelo assistencial vigente e, conseqüentemente, com a consolidação do SUS.

Neste contexto, o enfermeiro que atua na AB, é responsável por modificar as condições de vida da comunidade assistida (FERNANDES et al., 2018). Para isso, sua atuação não se deve restringir aos espaços das unidades, mas, principalmente, ao território pelo qual ele e sua equipe são responsáveis. Essa ampliação deve ter por foco no desenvolvimento de estratégias e ações de promoção da saúde (GIRARDI et al., 2017). Assim são descritas, conforme a Política Nacional de Atenção Básica, as

atribuições dos enfermeiros:

I – Prestar assistência de saúde aos indivíduos e famílias vinculadas às equipes e, quando indicado ou necessário, no domicílio e/ou nos demais espaços comunitários (escolas, associações entre outras), em todos os ciclos de vida;

II – Realizar consulta de enfermagem, procedimentos, solicitar exames complementares, prescrever medicações conforme protocolos, diretrizes clínicas e terapêuticas, ou outras normativas técnicas estabelecidas pelo gestor federal, estadual, municipal ou do Distrito Federal, observadas as disposições legais da profissão;

III – Supervisionar acolhimento com escuta qualificada e classificação de risco, de acordo com protocolos estabelecidos;

IV – Realizar estratificação de risco e elaborar plano de cuidados para as pessoas que possuem condições crônicas no território, junto aos demais membros da equipe;

V – Realizar atividades em grupo e encaminhar, quando necessário, usuários a outros serviços, conforme fluxo estabelecido pela rede local;

VI – Planejar, gerenciar e avaliar as ações desenvolvidas pelos técnicos/auxiliares de enfermagem e os Agentes Comunitários de Saúde em conjunto com os outros membros da equipe;

VII – Supervisionar as ações do técnico/auxiliar de enfermagem e Agentes Comunitário de Saúde (ACS);

VIII – Implementar e manter atualizados rotinas, protocolos e fluxos relacionados a sua área de competência na UBS;

IX – Exercer outras atribuições conforme legislação profissional, e que sejam de responsabilidade na sua área de atuação (PNAB, 2017).

Constata-se que os serviços do enfermeiro se encontram tanto em atividades assistenciais quanto gerenciais. Para Lima e Toso (2019) isso ocorre em consequência do seu alto envolvimento com inúmeras áreas de serviços assistenciais da AB, que resulta em um forte compromisso com a gestão de toda a unidade, muitas vezes de planejar, coordenar e avaliar as ações realizadas por todos. Como também, atua de

facilitador no relacionamento entre os membros da equipe de saúde e gestores municipais.

De acordo com Mendonza et al (2016), ainda é necessário a estruturação da função do enfermeiro gerente de unidades da AB, dentro de um contexto legal que define claramente suas atribuições que não podem ser acumuladas com as atividades assistenciais, pois ambos os serviços possuem grau de complexidade que deve ser considerado para a qualidade do serviço.

Constata-se também, uma determinada contradição na descrição dos serviços do enfermeiro na PNAB, uma vez que, os princípios do SUS que adotam o cuidado universal, integral e com equidade não são claramente apresentados, pois a assistência definida não considera as diversidades culturais e geográficas que o Brasil possui (FERREIRA; LADEIA, 2018). Na medida em que estes trabalhadores estão inseridos em comunidades fronteiriças, onde existem intensa mescla cultural, diante da diversidade populacional, a prática profissional de enfermagem encontra dificuldades diárias que limitam a efetividade da assistência.

Sendo assim, mesmo diante de inúmeras reformulações e análises, ao longo dos anos, as funções do enfermeiro pela PNAB ainda apresentam lacunas que interferem diretamente em seu trabalho.

4.5 COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO PELA POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO BÁSICA.

As organizações dos serviços de saúde no Brasil, constantemente estiveram marcadas por mudanças de ordens econômicas, sociais e políticas, que resultaram em uma maior necessidade de eficiência e qualidade nos níveis de assistência. Especialmente o que tange a área de Atenção Básica de saúde, como já mencionado, é prioritária para a ordenação de toda a rede do Sistema Único de Saúde (SUS) (FERNANDES et al., 2018).

Diante disso, destaca-se o papel do enfermeiro neste contexto, tido como fundamental para a sistematização de todo o cuidado, estando comprometido com a prática clínica e gerencial de enfermagem, intrínseca a legislação vigente e ao mesmo tempo resolutiva para a comunidade (ZACHI; RIBEIRO; SILVA; VAZ, 2020).

Desse modo, este profissional tem o desafio de realizar seu trabalho com enfoque na construção de vínculos interpessoais de escuta, diálogo, respeito e humanização.

Práticas que exigem do enfermeiro competências específicas não mais voltadas para o modelo curativo e técnico da assistência de enfermagem (OLIVEIRA et al., 2017). Destaca-se que já na primeira edição da PNAB de 2006, as competências do enfermeiro foram descritas alinhadas às vertentes gerenciais da assistência e fluxos administrativos, além de ser designado para supervisão das equipes de enfermagem e dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) (BRASIL, 2006).

Vale destacar que até a última edição da PNAB de 2017, houveram alterações significativas no que tange as competências do enfermeiro. Diante das mudanças populacionais dos últimos anos e a busca por resolutividade as necessidades de saúde cada usuário (MELO; ANDRADE, 2018). Para o trabalho da enfermagem, a fundamentação da Atenção Básica de saúde representa a oportunidade de reorientar a prática assistencial às necessidades dos usuários, desprendendo-se do cuidado hospitalocêntrico com enfoque no profissional médico. Nesta perspectiva, o enfermeiro passa a ser responsabilizado por todas as intervenções dos cuidados de enfermagem, com base nos princípios da APS (GIRARDI, 2017).

A primeira edição da PNAB (2006) já foi um marco para prática de trabalho do enfermeiro na época, pode-se citar a realização da consulta de enfermagem, que a nível federal, ainda não haviam normativas claras de suporte legal para sua realização, tais políticas ficavam a cargo das esferas estaduais e municipais. Além disso, a lei do Exercício Profissional de Enfermagem é concisa quando descreve que a consulta de enfermagem é privativa do enfermeiro e deve ser realizada com bases legais, autonomia profissional, conhecimento científico, competências clínicas e gerenciais (OLIVEIRA, 2017). Na medida em que a consulta de enfermagem realizada na APS envolve diversas competências do enfermeiro, na quais, serão necessários suporte científico e técnico para o profissional.

Oliveira, Palópoli e Araujo (2014) ao investigar a propedêutica das consultas de enfermagem em cidades do estado do Rio Grande do sul, apontaram a dificuldade que muitos enfermeiros vivenciavam em virtude da inexistência de apoio técnico para a prática clínica de enfermagem, ou de uma supervisão técnica específica, uma vez que, utilizam unicamente de protocolos estaduais ou por vezes de outros municípios, no entanto, esses nem sempre atendem as necessidades específicas do perfil populacional.

É importante destacar ainda, que em muitas localidades brasileiras não são ofertadas condições estruturais e organizacionais nas unidades de saúde e conseqüentemente comprometem a qualidade da consulta de enfermagem. Apesar desta

atividade ser citada entre as competências privativas do enfermeiro, é comum nestas circunstâncias a atenção em saúde voltar a ser centrada no médico (MARTIN-MISENER et al., 2015).

Outro destaque importante da resolução de 2006 da PNAB, foi a regulamentação dos serviços de Educação Permanente em Saúde (EPS), que trouxe o enfermeiro como mediador das práticas educativas para a APS. Nesse âmbito, a EPS é tida como uma estratégia fundamental para o processo de qualificação constante dos profissionais, com objetivo de identificar necessidades de conhecimentos, gerando subsídios para aprimorar a assistência prestada (BRASIL, 2006).

A partir deste reconhecimento de que o enfermeiro possui competência para realização de práticas de educação permanente, o mesmo foi inserido em outros programas nos anos seguintes, em especial o programa de Saúde na Escola, instituído no ano de 2007 (MOROSINI; FONSECA, 2017).

Em sequência, ao ano 2011 surgiu a segunda edição da PNAB, trazendo importantes inovações para aprimoramento do acesso de saúde, cobertura e resolutividade, com destaque ainda maior para a Estratégia de Saúde da Família (ESF) tida como importante ferramenta para organização da AB (BRASIL, 2011). Ao comparar as atribuições do enfermeiro nas edições da PNAB de 2006 e 2011, verificam-se vertentes que mantiveram a sua autonomia profissional em vários aspectos, assim como, descontinuidades e agregações. O quadro a seguir demonstra em síntese tais reformulações.

Quadro III. Síntese comparativa das competências do Enfermeiro nas edições da PNAB (2006 e 2011)

Dimensões da análise	Competências do Enfermeiro na Atenção Básica
Continuidades	<ul style="list-style-type: none"> • Enfermeiro seguiu prestando assistência integral ao indivíduo em todos os ciclos de vida, mantendo a responsabilidade pela supervisão dos ACS; • A consulta de enfermagem seguiu tendo como referência principal os protocolos municipais, estados e Distrito Federal e ainda contribui e participa das

	atividades de educação permanente da equipe de enfermagem.
Descontinuidades	<ul style="list-style-type: none"> • É retirado o termo Unidade de Saúde da Família (USF) na prática profissional do enfermeiro, enfatizando a Estratégia de Saúde da Família (ESF), assim como, este profissional não é mais citado como responsável pela supervisão da equipe técnica em saúde bucal.
Agregações	<ul style="list-style-type: none"> • É especificada a autonomia do enfermeiro para realização da consulta de enfermagem, assim como o respaldo para encaminhamento do usuário a outros serviços; • O atendimento a demanda espontânea passa a ser citado entre as suas funções e responsabilidades, assim como, a prática de educação permanente mediada pelo enfermeiro passa a ser citada também para demais membros da equipe.

Fonte: PNAB resoluções de 2006 e 2017. Adaptado pelo autor.

Em um contexto mais abrangente, a reformulação da PNAB de 2011, manteve aspectos importantes da anterior e concretizou planos necessários para a APS como o Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF), equipes de saúde da família ribeirinhas com destaque a flexibilização da carga horária médica e a introdução do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica (MENDOZA et al, 2016).

Diversos programas de saúde surgiram a partir da reformulação da PNAB de 2011, em sua maioria agregando atribuições ao enfermeiro. Entretanto, foi somente a partir do ano de 2015, que estratégias partiram do Departamento de Atenção Básica (DAB) do Ministério da Saúde com o objetivo de unir esforços e subsídios para construção de uma nova reforma da PNAB. Sendo somente em setembro de 2017 concretizado o processo da nova e mais recente edição (GIRARDI et al., 2017).

Cabe destacar que a última edição da PNAB, surgiu em meio a um complexo cenário governamental, com a reorganização de forças conservadoras no Brasil e

alteração de presidente da república (MOROSINI; FONSECA, 2018). Concomitante, a um crescimento de pautas antidemocráticas e autoritárias, objetivando o crescimento da mercantilização dos direitos sociais brasileiros. Fatores que influenciaram decisivamente em várias vertentes desta nova edição (MELO; ANDRADE, 2018). O quadro a seguir ilustra em síntese as características da reformulação da PNAB de 2011 e 2017, no que tange as competências do enfermeiro.

Quadro III. Síntese comparativa das competências do Enfermeiro nas últimas edições da PNAB (2011 /2017)

Dimensões da análise	Competências do Enfermeiro na Atenção Básica
Continuidades	<ul style="list-style-type: none"> • Os princípios do atendimento integralizado e universal em suma, se mantiveram conservados na escrita da PNAB 2017. • Supervisão e gerenciamento das ações dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS), Técnicos e Auxiliares de enfermagem.
Descontinuidades	<ul style="list-style-type: none"> • Foram retirados do texto os termos: demanda espontânea, educação permanente em saúde, no que se refere ao formato das práticas do cuidado.
Agregações	<ul style="list-style-type: none"> • Acolhimento com escuta qualificada. • Maior detalhamento para estratificação de risco e plano de cuidado para pessoas com doenças crônicas. Ênfase nas diretrizes clínicas e terapêuticas durante a consulta de enfermagem. • Implementação para as rotinas administrativas e fluxos relacionados a área.

Fonte: PNAB resoluções de 2011 e 2017. Adaptado pelo autor.

Aponta-se que a edição de 2017 da PNAB passa a não considerar o enfermeiro como único responsável pelas práticas de Educação Permanente em Saúde (EPS), recomenda-se ser de responsabilidade comum a todas as esferas de governo a garantia de espaços físicos e ambientes adequados para a formação de estudantes e trabalhadores de saúde nas unidades de AB (BRASIL, 2017). A PNAB de 2011 previa também que o

enfermeiro planejasse, coordenasse e avaliasse as ações desenvolvidas pelos ACS. Porém, a de 2017 cita a figura do “enfermeiro supervisor” vinculada ao ACS.

Morosini e Fonseca (2017), em análise da PNAB 2017, apontam que esta edição possui um formato ambíguo, pois agrega verbos como recomendar e sugerir, logo, desconfigura o caráter indutor e objetivo que deve ser uma política pública de saúde. Como dito, em seu processo de trabalho o enfermeiro necessita de respaldo legal e concreto para efetivação de todos os seus serviços, sem espaço para subjetividade.

Outro critério complexo, é a permanência de lacunas nas políticas públicas de saúde em regiões de fronteiras, de acordo com as atribuições descritas nas edições da PNAB, ainda não são considerados os serviços específicos realizados pelas equipes de AB e o profissional enfermeiro que atuam em regiões de fronteira internacional. Reconhece-se que a população fronteiriça possui perfil singular no âmbito de saúde coletiva (GIRARDI et al., 2015).

Para o cotidiano de trabalho do enfermeiro, acredita-se que ainda exista um longo caminho a percorrer e obstáculos a ultrapassar, para que seja alcançado o objetivo de efetivar uma assistência de enfermagem segura e resolutiva na AB, que vincule diferentes saberes, trabalhadores e setores das políticas públicas, de modo a compreender e enfrentar os determinantes sociais e característicos de saúde de cada comunidade.

Ao longo de 30 anos desde a promulgação das Leis nº 8.080 e nº 8.142, de 1990, pode-se considerar, que mesmo com divergências e lacunas, foram as políticas públicas de saúde que alinharam o crescimento e desenvolvimento da AB e fortaleceram as diretrizes e princípios do SUS.

E neste contexto, a identidade profissional do enfermeiro no Brasil sofreu intensas transições. Sendo que as suas competências gerenciais foram estendidas para o âmbito da saúde preventiva e atenção direta aos usuários, o que refletiu em um maior diálogo sobre sua prática profissional e liderança na gestão do cuidado de enfermagem em todo o país. Com isso, as competências do enfermeiro sofreram alterações em todas as reformas da PNAB, com aspectos que ampliam ou limitam o serviço assistencial, gerencial e social do enfermeiro.

4.6 COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO DE SAÚDE PÚBLICA EM REGIÃO FRONTEIRA: *SCOPING REVIEW*

Etimologicamente, o termo fronteira remete à frente de algo, frontaria ou face; originária do latim *frontis*, pode representar o começo de tudo onde exatamente parece terminar (FERREIRA, 2014). Ao pensar no atual mundo globalizado e nas mudanças no cenário geopolítico, as interações entre as fronteiras se tornaram prioritárias no fortalecimento econômico de inúmeros países, inclusive do Brasil (AIKES; RIZZOTTO., 2018).

Em regiões de fronteira é necessário reconhecer que o setor da saúde influencia significativamente no campo das relações internacionais (KRUGER; DANTAS; CASTRO; PASSADOR; CALDANA., 2017). Entretanto, inúmeras cidades fronteiriças ainda possuem obstáculos legais para a concretude da atenção à saúde. Destaca-se que o Brasil é o único país da América do Sul que possui um sistema público de saúde, universal e equânime. Logo, esta dissemelhança gera maior mobilidade das populações que buscam os serviços de saúde do país vizinho, o que compromete o planejamento dos trabalhos prestados (SILVA; NETO; MARIANI., 2017).

A realidade é que, em regiões de fronteira, populações flutuantes migram de um país para o outro em busca de melhores condições de atendimento de saúde, sendo que na maioria das vezes, ocorre a procura pela infraestrutura do sistema de saúde brasileiro, que resulta em déficit nos orçamentos municipais em virtude dos atendimentos de estrangeiros não serem contabilizados nos gastos públicos (AIKES & RIZZOTTO, 2018; KRUGER; DANTAS; CASTRO; PASSADOR; CALDANA., 2017).

Dado que a enfermagem representa a maior força de trabalho no Sistema Único de Saúde (SUS), o cotidiano desses profissionais em cidades de fronteira é distinto de qualquer outra região (MELO; ANDRADE; MEIRELLES; ORTIGA, 2020). Na medida em que o exercício profissional do enfermeiro é fundamental para os cuidados da população fronteiriça, seja na gestão e/ou assistência, atua incorporado com a regulamentação e efetividade dos princípios e diretrizes do SUS, como também, com o fortalecimento dos vínculos entre população e profissionais de saúde (PEREIRA; OLIVEIRA, 2018).

O enfermeiro ocupa papel de destaque em toda sistematização do cuidado, considerando que as suas funções gerenciais provém do processo histórico da profissão, pensadores da saúde se ocuparam em legitimar os acréscimos de competências gerenciais,

como estratégia de tornar o profissional ainda mais produtivo, diante das novas exigências do campo de trabalho (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE, 2019).

Como dito, o enfermeiro que atua em regiões de fronteira convive com as especificidades destas populações, pode-se citar inicialmente a pluralidade linguística e cultural que exigem do profissional maiores habilidades para efetividade da assistência, como também, a dificuldade em desempenhar o cuidado integralizado, uma vez que, não há garantias de retorno do usuário estrangeiro (BAGGIO; BERRES, 2020). Autores descrevem que a barreira cultural atrelada a descontinuidade da assistência de enfermagem das regiões de fronteira, compromete a essência da profissão, que é reconhecida como a ciência do cuidar (NOGUEIRA; CUNHA, 2020).

Fato que corrobora com estudo realizado em um centro de nutrição infantil de Foz do Iguaçu no Paraná, cidade tríplice fronteira com o Paraguai e Argentina, em que a interrupção do cuidado integralizado de saúde e enfermagem gera riscos a grupos vulneráveis, como é o caso dos recém-nascidos pré-termos, em que a rede municipal de saúde não conta com protocolos de referência e contrarreferência para retorno e acompanhamento da criança que reside no país vizinho (BAGGIO; BERRES, 2020).

Como dito, o enfermeiro inserido neste contexto e enquanto provedor do cuidado de enfermagem, não possui suporte técnico e legal para garantia da assistência de qualidade, em razão da legislação vigente não orientar competências específicas para o trabalho (CUNHA; COSTA; HENRIQUES, 2019). Reconhece-se assim, que a definição de tais competências poderia subsidiar caminhos para o atendimento holístico de toda população fronteiriça (BAGGIO & BERRES, 2020; CUNHA; COSTA; HENRIQUES, 2019).

Considerando que o termo competência trata das aptidões do trabalhador para a realização do serviço, a partir dos conhecimentos adquiridos em sua formação e através das vivências profissionais e pessoais (CANTANTE; FERNANDES; TEIXEIRA; FROTA; ROLIM, 2019).

Perante as singularidades do trabalho do enfermeiro que atua em regiões de fronteira e a necessidade de descrever competências específicas para sua prática profissional, tem-se o seguinte objetivo: Identificar as evidências científicas sobre as competências do enfermeiro de saúde pública em região de fronteira.

Este capítulo trata-se de um estudo de revisão no formato de *Scoping Review* utilizando o referencial teórico-metodológico The Joanna Brigs Institute (JBI) for

Scoping Reviews (JOANNA BRIGGS INSTITUTE, 2015), organizado nas seguintes etapas:

1) Identificação do questionamento de pesquisa, sendo: “Qual a produção de conhecimento sobre as competências necessárias para prática profissional de enfermeiros de saúde pública em região de fronteira?”

2) Identificação de estudos relevantes, na qual, realizou-se busca inicial nas bases de dados eletrônicas Latino-Americano e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Scientific Electronic Library (SCIELO), National Library of Medicine (PubMed), Web Of Science e SCOPUS. Foram estabelecidos os descritores a partir das plataformas Ciências da Saúde (DeCS) e termos no Medical Subject Headings (MeSH), bem como palavras-chave para a busca efetiva. De acordo com as recomendações do JBI para scoping review, empregou-se a estratégia *Population, Concept e Context* (PCC). Assim, foram considerados: (P) Enfermeiros, (C) Competência, (C) Áreas de fronteira. As referências listadas nos estudos encontrados também foram analisadas, visando identificar documentos adicionais para inserção nesta revisão. Foram utilizados os operadores controlados booleanos: *AND*, *OR* e *NOT* para compor as chaves de busca.

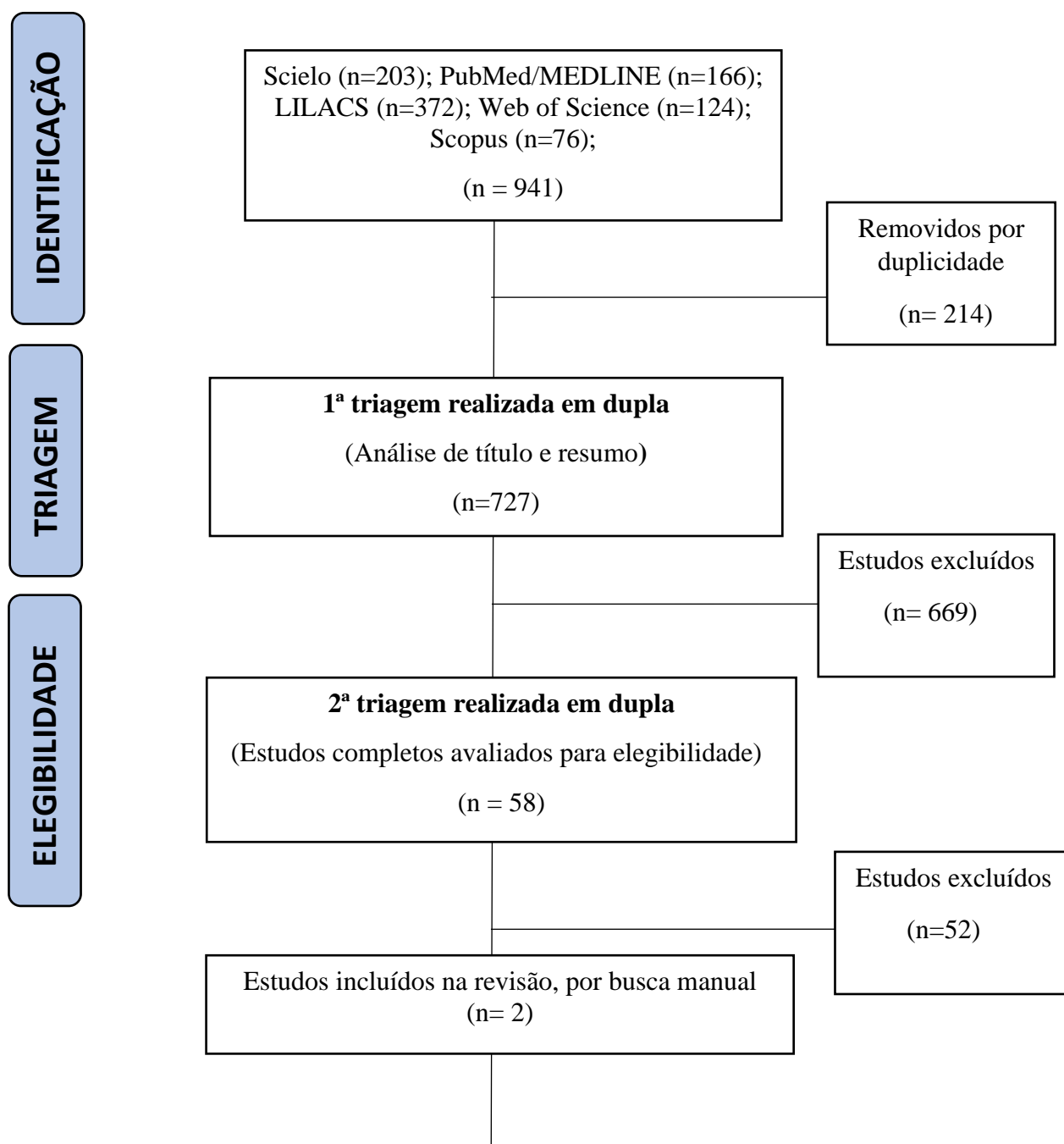
3) Seleção dos estudos, onde, foram analisadas as palavras contidas nos títulos, resumos e descritores, assim como, os estudos selecionados que respondiam à questão norteadora desta revisão foram lidos na íntegra. Os critérios de inclusão consideraram os estudos de abordagem qualitativa, quantitativa e qualiquantitativa; estudos primários; revisões sistemáticas, metanálises e/ou metasínteses; livros; e guidelines, publicados ou disponibilizados até junho de 2020, que abordassem o tema ‘competência do enfermeiro de saúde pública para prática profissional em região de fronteira’.

4) O mapeamento de dados ocorreu por meio de um instrumento adaptado elaborado pelos autores para extração de informações, conforme orientações da JBI, o qual contemplou: Ano de publicação, Origem, Objetivo, População, Metodologia, Tipo de intervenção, comparador e detalhes dos mesmos, Duração da intervenção, Resultados e detalhes destes, principais conclusões que se relacionam com a questão da revisão do escopo e Autores dos estudos (JOANNA BRIGGS INSTITUTE, 2015),

5) E finalmente a compilação, resumo e relato dos resultados, com base nos achados, foram identificadas cinco competências para prática profissional do enfermeiro em região de fronteira. O processo de leitura e seleção dos estudos foi realizado por dois revisores independentes, na qual, os estudos em conflito foram revistos e debatidos entre os avaliadores a fim de obter consenso quanto a indicação para a inclusão ou exclusão.

Foram mapeados 941 estudos e documentos com potencial para pesquisa. Destes, excluiu-se 214 por duplicidade, resultando em 727 publicações para análise de títulos e resumos. Em seguida, 669 estudos foram excluídos por não responderem à pergunta de revisão, sendo que os 58 restantes foram elegidos para leitura na íntegra. Ao passo da sequência metodológica, 52 estudos foram excluídos devido à ausência de informações sobre as competências do enfermeiro para o trabalho em regiões de fronteira, e dois estudos foram identificados via busca manual. A amostra final totalizou em oito estudos analisados e incluídos nesta revisão, conforme mostra a figura 1.

Neste revisão, seguiu-se rigorosamente o *checklist* de Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses (PRISMA) (PETERS; GODFREY; MELNERNEY; TRICCO, 2020). Trata-se de uma ferramenta específica para revisões e assertiva para descrição pontual em cada etapa do estudo. Nesse sentido, o processo de busca e seleção dos estudos está apresentado pelo fluxograma adaptado de PRISMA.



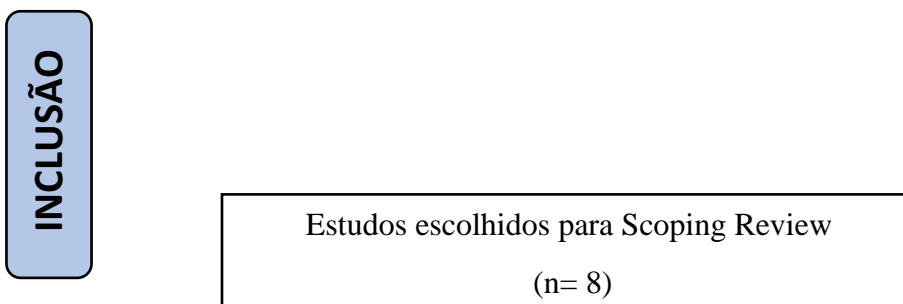


Figura 1. Fluxograma do processo de seleção dos estudos, adaptado do PRISMA, 2020.

Dos oito estudos selecionados, sete foram publicados em inglês e um em português, entre os anos de 2006 e 2020. A metodologia de maior prevalência foi a qualitativa, seguida de pesquisa de revisão, com estudos que investigaram os princípios sociais do papel do enfermeiro no âmbito da competência cultural em regiões fronteiriças. Os estudos quali quantitativos adotaram questionário semiestruturado para explorar as experiências profissionais. Também são descritos os objetivos e resultados principais dos estudos. No quadro 1, são apresentados os estudos identificados na revisão.

Quadro 1 – Síntese dos estudos identificados na revisão, conforme autores, ano de publicação, país de origem, título, objetivos e resultados, 2020.

Autores/ País	Título	Objetivo (s)	Resultados
Bigbee, 2009, EUA	Enfermeiros de saúde pública em consultórios de uma enfermagem rural / fronteira (BIGBEE., et al., 2009).	Descrever e comparar os níveis de competência e padrões de prática dos enfermeiros de saúde pública que trabalham em regiões rurais e fronteiriças do estado de Idaho, com enfermeiros que atuam na capital.	Os níveis de competência dos enfermeiros de regiões rurais e fronteiriças foram significativos nas áreas de competência cultural, comunicação, saúde coletiva, liderança, sendo os mais baixos nas áreas de gestão e políticas públicas de saúde.
Brasil, 2006, Brasil	Os enfermeiros no Mercosul: Recursos humanos, regulação e Formação Profissional	Estudo da dinâmica dos enfermeiros nos países-membros do Mercosul (Brasil, Paraguai, Uruguai e Argentina), tendo em	Os enfermeiros de cada país do Mercosul, apresentam competências semelhantes, sendo: visão

	Comparada (BRASIL, 2006).	vista os recursos humanos e os processos de regulação e formação profissional.	humanista do cuidado através da dimensão coletiva, gestão em saúde, com destaque a necessidade de fortalecer a competência política do enfermeiro.
Dupin. et al, 2020, Suécia	Educação em enfermagem em saúde pública vista através das lentes da superdiversidade: um recurso para a saúde global (DUPIN., et al, 2020	Avaliação dos currículos acadêmicos de enfermagem em Genebra à luz do conceito de superdiversidade.	É necessária a reestruturação dos cursos de enfermagem para adequar-se as especificidades da competência cultural e os enfermeiros docentes deveram liderar o caminho para tal formação.
Kalengay et al, 2015, Suécia	É um dilema: perspectivas de profissionais de enfermagem sobre exames de saúde de migrantes recém-chegados (KALENGAY., et al, 2015)	Investigar as experiências de enfermeiros na triagem de migrantes recém-chegados que tenha subsidiado competências para a prática clínica.	Limitações para a abordagem cultural nos serviços de triagem. Mesmo com as estratégias de educação permanente, os enfermeiros descreveram um descompasso entre as políticas de saúde suecas com a realidade da prática profissional, fato que limita a assistência humanizada ao imigrante.
Lin et al, 2015, Taiwan	Competência cultural e fatores relacionados entre enfermeiros	Estudo da competência cultural de Enfermeiras taiwanesas para o atendimento de estrangeiros.	Os enfermeiros relataram barreiras de comunicação no atendimento a pessoas

	taiwaneses (LIN., et al, 2015).		de diferentes culturas. Embora o nível de competência cultural entre os participantes fosse de baixo a moderado, eles expressaram atitudes positivas e respeito pelas origens culturais do paciente e interesse em aprender sobre cuidados culturais.
Rosemberg et al, 2020, EUA	Transnacionalismo: Uma estrutura para o avanço da pesquisa em Enfermagem com imigrantes contemporâneos (ROSEMBERG., et al, 2020)	Discutir a competência transnacional de enfermagem como estratégia para a assistência do imigrante contemporâneo.	A competência transnacional é um importante caminho para a pesquisa em enfermagem poder contextualizar com maior profundidade todas as características do paciente imigrante.
Songwathana & Siriphan, 2015, Tailândia	Competência cultural de enfermeiras tailandesas no cuidado de clientes que vivem em um ambiente multicultural (SONGWATHANA & SIRIPHAN., 2015)	Avaliar o nível de competência cultural das enfermeiras tailandesas no cuidado de clientes que vivem em um ambiente multicultural.	Os resultados apontam a importância da competência cultural para os enfermeiros tailandeses como estratégia para reduzir o estresse e os conflitos dos enfermeiros ao trabalhar em ambientes multiculturais da região da fronteira Tailândia-Malásia.

Villa & Flores, 2018, México	Experiências que influenciam na assistência obstétrica de enfermeiras mexicanas (VILLA & FLORES., 2018)	Conhecer quais e como são as experiências profissionais que influenciam nos processos de enfermagem obstétrico em regiões fronteiriças do norte do México.	A limitação surge diante da dificuldade de compreensão de outros idiomas, e não possuem meios institucionais para efetividade da assistência, ou seja, a diversidade linguística e étnica é muito ampla para ser enfrentada com poucos recursos.
------------------------------	---	--	--

A partir da análise dos estudos mapeados nesta revisão de *scoping*, emergiram cinco competências, consideradas pelos autores específicas para prática profissional do enfermeiro de saúde pública em região de fronteira, sendo que, para estruturar didaticamente a sessão de discussão, a mesma será explanada por categorias.

A competência cultural do enfermeiro é apontada em quatro dos oito estudos norteados na revisão, sendo que os autores reconhecem as características individuais e coletivas dos povos fronteiriços, na medida em que condicionam o trabalho de enfermagem. Uma das pesquisas suecas (FAUSTINE, et al., 2015) apontou que a primeira discrepância entre paciente estrangeiro e o enfermeiro surge diante da compreensão do processo de saúde e doença, em virtude de modelos de saúde distintos e inexperiência do profissional em realizar o atendimento com escuta ativa e sensibilidade a cada contexto de vida, seja de um estrangeiro ou não.

Outros autores (CHIN-NU; SMITH; ALFRED; LIN, 2015) descrevem que a competência cultural do enfermeiro parte de princípios teóricos fundamentais que devem ser tratados desde a formação, com destaque aos ramos de antropologia e teologia, que podem colaborar com o entendimento de toda conjunção intercultural do paciente. Com isso, o enfermeiro passa ser capaz de transcender a assistência de enfermagem para além das questões nacionais e étnicas, sendo assim executada a partir de uma sistematização holística e mais humanizada (MOREIRA; MOTTA, 2016).

O estudo (DUPIN, et al., 2020) desenvolvido em Genebra, retrata que diante do aumento dos atendimentos nos serviços de saúde nas regiões de fronteiras suecas e em

virtude do grau de responsabilidade do enfermeiro neste contexto, a competência cultural já deveria estar compondo as grades curriculares dos cursos de enfermagem, pois somente assim, pode-se desenvolver estratégias viáveis para o desempenho da assistência.

Fato que corrobora com estudo realizado com estagiários de enfermagem atuantes em comunidades indígenas da faixa de fronteira do Brasil com a Venezuela, sendo que os pesquisadores reconhecem que o choque-cultural com a população é inevitável mas pode ser minimizado, por meio de treinamentos específicos e reestruturação urgente do perfil de competências desenvolvidas na formação do futuro enfermeiro (MOREIRA; MOTTA, 2016).

Tais limitações para efetividade da competência cultural, também foram descritas no estudo tailandês desta revisão, que avaliou o preparo das enfermeiras que trabalham em áreas fronteiriças (SONGWATHANA; SIRIPHAN, 2015), os grupos atendidos eram em sua maioria de budistas tailandeses, muçulmanos malaios, e tailandeses nativos de ascendência chinesa que migraram de outras regiões do país (comumente do nordeste da Tailândia, onde existem tribos e pessoas que vivem em montanhas na fronteira com Mianmar). Neste cenário, sem o devido preparo para desempenhar o cuidado cultural e apoio legislativo, as enfermeiras por vezes realizavam uma assistência cultural sem amparo legal.

Alguns estudos manifestaram consenso de que a competência cultural do enfermeiro necessita ser priorizada em todo contexto de trabalho em regiões de fronteira, com reconhecimento às crenças culturais e os saberes do outro, com enfoque na eliminação de barreiras de acesso dos grupos minoritários. Sendo assim, é fundamental que o enfermeiro compreenda que o seu trabalho é reorientado na medida em que os grupos populacionais mudam e se direcionam às novas possibilidades identitárias, as quais refletem a necessidade de efetivar espaços comuns de conectividade.

O estudo brasileiro identificado na revisão (BRASIL, 2006), aborda uma análise comparativa das legislações profissionais de enfermagem de cada país que compõem o tratado do Mercado Comum do Sul (MERCOSUL), sendo este, um acordo econômico do Brasil, Argentina, Paraguai e Uruguai. No conseguinte, foi possível notar que perante inúmeras divergências entre as leis do exercício profissional de enfermagem de cada país, a competência política do enfermeiro surge como prioritária para efetividade do cuidado crítico-reflexivo, com enfoque as populações transitórias que circulam facilmente entre os respectivos países.

Como dito, as comunidades de fronteira estão a frente no atendimento de grupos de origem internacional, fato que revela inúmeras discordâncias governamentais, sociais e econômicas entre os países. Estudos revelam que indivíduos que migram de um país para o outro, encontram-se à mercê de irregularidades na prestação de direitos civis, de modo que o enfermeiro necessita de atribuições sócio-políticas para prestação de serviços a este público (DELAMUTA, et al., 2020).

Pesquisadores ao construir um guia de atributos da competência política do enfermeiro, concluíram que os profissionais possuem percepção limitada e fragmentada do assunto, fato que resulta em uma posição acrítica e neutra da categoria, sendo assim, por vezes expectadora de diversas transformações sociais da saúde. Considerando assim, que a competência política carece de maiores discussões para exemplificação de sua prática, sendo que o enfermeiro para ser ativo no campo político, não precisa necessariamente estar aliado a algum partido ou organização (MELO, et al., 2017).

Compreendesse que toda atitude e julgamento moral são ações políticas, desse modo, o enfermeiro executa diariamente tal competência sem que diretamente a reconheça (BRASIL, 2006). Além disso, o complexo cenário de saúde nas regiões de fronteira, exigem do profissional postura sócio-política-crítica-reflexiva, diante dos paradigmas sociais ainda existente (MELO, et al., 2017).

O estudo de Vila e Flores (2018), realizado com enfermeiras obstétricas em comunidades da fronteira do norte do México, relata que o trabalho de enfermagem é mais significativo quando fortalecida a competência em comunicação e determinados domínios linguísticos. Dado que muitas gestantes não falam o idioma nativo, todo o processo de cuidar precisa alinhar-se ao perfil da paciente, logo, a assistência de enfermagem passou a alcançar maior amplitude e efetividade.

Pesquisadores descrevem que as barreiras linguísticas são fatores predisponentes no comprometimento da assistência de qualidade. Tendo em vista que não seja provável que os enfermeiros conheçam inúmeros idiomas, o entendimento do significado de determinados sinais de comunicação não verbais que estão presentes em várias culturas e pode subsidiar um maior alcance da assistência, para tanto, faz-se necessário conhecer minimamente estes sinais (BARBOSA; SALES; TORRES, 2020).

A competência transnacional do enfermeiro é apontada no estudo de Rosemberg et al (2016), em que se contextualiza características contemporâneas das populações migratórias. Os autores partem do princípio de que a internacionalidade se refere à relação inter-nações e a transnacionalidade não se limita a fronteiras, sendo isso, resultado

direto dos sistemas informatizados que favorecem a comunicação do estrangeiro e o desaparecimento da distância geográfica. Assim, são construídas várias e novas formas de espaços sociais, nos quais o estrangeiro transnacional não irá romper as suas relações com o seu país de origem (DURRELL, 2020).

Pesquisa realizada com estrangeiros mexicanos residentes em regiões de fronteira estadunidense, demonstraram um quantitativo de atividades transnacionais, a partir do contato diário promovido pelas redes sociais. Fato que colabora com a preservação dos hábitos e práticas culturais do país de origem (DURRELL, 2020). Logo, esses laços e relações sociais têm implicações para a saúde destas populações, sendo que a competência transnacional do enfermeiro é designada para orientar maior compreensão da diversidade cultural destas pessoas.

A competência do enfermeiro para o cuidado integralizado, envolve as áreas de gerenciamento dos serviços de saúde, epidemiologia, ciências sociais e outras afins, o que indica a necessidade de uma junção de conhecimentos específicos, tornando assim um saber complexo de se desempenhar pelo profissional (SOUZA, et al., 2017).

Os estudo realizado com enfermeiras que atuam em ambulatórios de regiões rurais e fronteiriças do estado de Idaho nos EUA (BIGBEE, 2009), considera a necessidade de práticas preventivas e coletivas para que o trabalho de enfermagem seja realizado com autonomia e interdisciplinaridade. Entretanto, denotasse no estudo um difícil consenso em torno do termo saúde coletiva, acredita-se que seja em virtude do país ainda priorizar o modelo biomédico de assistência e pouco preventivista.

Estudos afirmam que a assistência coletiva do enfermeiro fronteiriço irá necessitar de um vínculo ainda mais próximo com a comunidade, em virtude dos problemas regionais específicos, além da responsabilidade ética e social com cada paciente (CUNHA; COSTA; HENRIQUE, 2019). Na medida em que a enfermagem como precursora de um cuidado integral, humanizado e familiar, considera o enfermeiro o agente preparado para a troca constante de saberes com escuta-ativa e prática de educação em saúde, o que pode subsidiar o cuidado individual e coletivo em todo ciclo vital de uma comunidade fronteiriça (MOTA; SHARAIBER; AYRES, 2018).

Considera-se assim, que a competência do enfermeiro para saúde coletiva precisa partir do trabalho integrado com a equipe multidisciplinar, moldado em um paradigma de atenção à saúde que precisa ser inter-relacionado com a situação de cada membro da comunidade, sendo estas as bases da atenção primária de saúde. Salienta-se, que o enfermeiro precisa ter conhecimento sobre todo o processo de saúde e doença com

avaliação analítica da situação e características da fronteira, desenvolvendo ações visando toda a conjuntura da população fixa e transitória, configurando assim, um modelo de saúde global, como estratégia de ampliar a assistência para além dos limites geográficos (CUNHA; COSTA; HENRIQUE, 2019).

O rol de competências identificadas nesta revisão atende ao questionamento da pesquisa, como também sugere que o enfermeiro de saúde pública que atua em região de fronteira, por vezes, se vê obrigado a executar práticas assistências não referenciadas, como forma de priorizar o cuidado humanizado, holístico e cultural. Ressalta-se que os estudos mapeados provêm de diferentes países, na medida que os contextos de saúde não são únicos, a competência de maior destaque foi de âmbito cultural, apontada como essencial para os serviços de enfermagem em região de fronteira.

Espera-se que os resultados deste trabalho possam contribuir com a reestruturação das grades curriculares dos cursos de enfermagem. Por consequência, é necessária importante a produção de novas evidências sobre os problemas identificados na gestão e assistência da saúde em cidades fronteiriças, ao passo que o campo científico ainda é escasso nas perspectivas do tema estudado.

5 PERCURSO METODOLÓGICO

Este capítulo apresenta as informações referentes ao caminho percorrido a fim de se responder à questão de pesquisa e os objetivos propostos para esse trabalho. Descreve-se o tipo e local de pesquisa, participantes, coleta e análise dos dados e os aspectos éticos e legais considerados na realização do estudo.

5.1 NATUREZA DA PESQUISA

Pesquisa tipo exploratória, de abordagem qualiquantitativa, para mapeamento de competências essenciais de enfermeiros que atuam na AB de saúde em cidades-gêmeas brasileiras da linha de fronteira do Brasil e Paraguai.

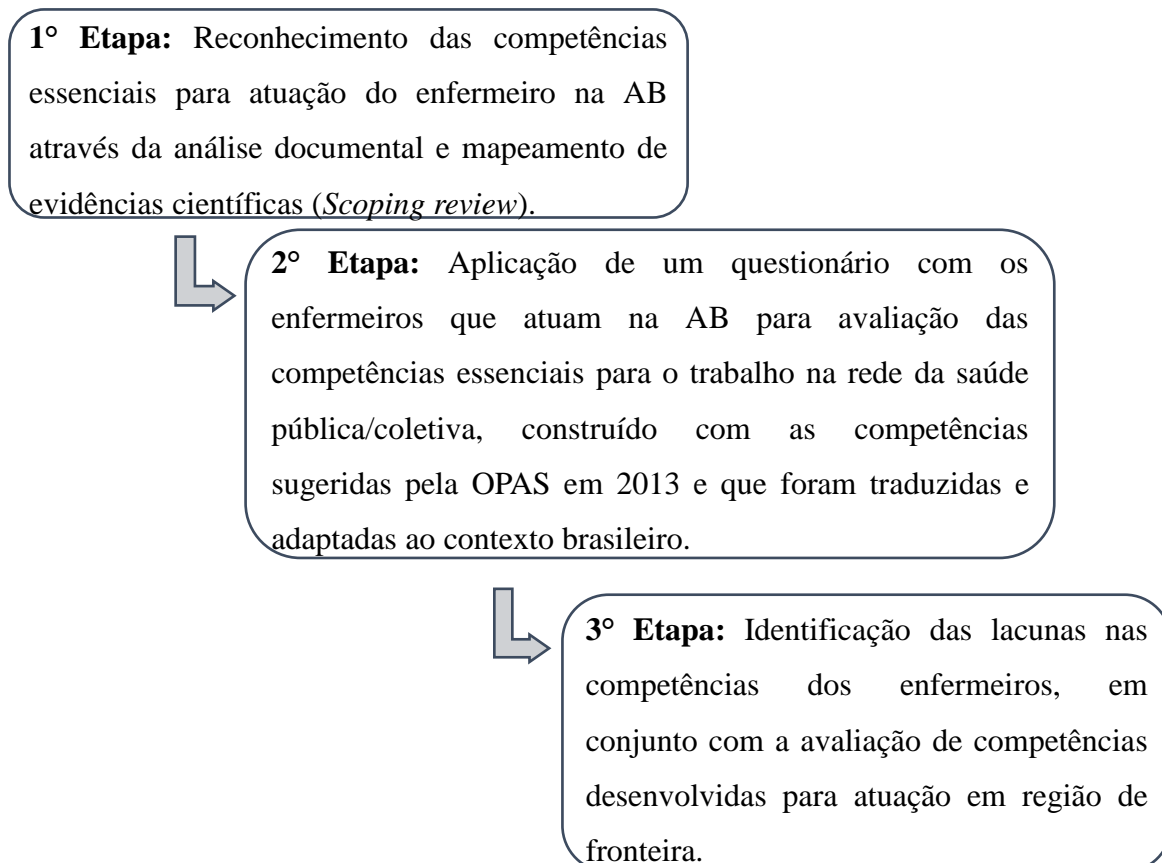
É válido destacar que as pesquisas que adotam a abordagem qualitativa e quantitativa, unem estas modalidades para uma mesma investigação (FAWCETT, 2015). Santos (2017) descreve ainda que a elaboração de projetos científicos com a utilização deste método é uma ferramenta que vem crescendo nas pesquisas de enfermagem e saúde. Crescimento que se deve ao fato de que estudos mistos apresentam uma alternativa ainda mais intensa para a investigação de fenômenos desordenados, que frequentemente surgem nas pesquisas de enfermagem.

Creswell e Clark (2013) descreveram quatro características definidoras de pesquisas qualiquantitativa, sendo: quando trata-se de conceitos novos e há insuficiente literatura disponível para análise e discussão dos mesmos; quando os resultados de uma abordagem podem ser melhor interpretados com uma segunda fonte de dados; quando por si mesmas a abordagem qualitativa e a abordagem quantitativa isoladamente não são suficientes para clareza dos questionamentos estudados e quando os resultados quantitativos são de difícil interpretação e os dados qualitativos podem ajudar a compreendê-los.

No que se refere a parte descritiva e exploratória deste trabalho, haverá o propósito de trazer maior proximidade com o problema que será abordado, sendo compostas por: levantamento bibliográfico e análise de documentos que estimulem a compreensão dos resultados (CRESWELL; PLANO; CLARK, 2013), na qual irá exigir que o pesquisador tenha amplo conhecimento sobre o que irá estudar, pois pretende descrever os fenômenos de diferentes locais, e quanto à natureza do estudo segue a abordagem quantitativa.

O mapeamento de competências desta pesquisa seguiu rigorosamente a trajetória metodológica proposta por Brandão (2018), a partir de três etapas, conforme a figura a seguir:

Figura III. Trajetória metodológica para mapeamento de competências.



5.2 MUNICÍPIOS CAMPO DE PESQUISA

Os municípios convidados a participar desta pesquisa foram selecionados por serem considerados pelo Ministério da Integração (2014) como cidades-gêmeas e estarem localizados na linha de fronteira entre o Brasil e o Paraguai, nos estados do Mato Grosso do Sul (MS) e Paraná (PR), conforme mostra a figura 1, sendo: Bela Vista –MS, Coronel Sapucaia –MS, Mundo Novo –MS, Paranhos –MS, Ponta Porã – MS, Foz do Iguaçu – PR e Guaíra – PR.

Figura IV - Localização geográfica das cidades gêmeas de fronteira internacional situadas no Brasil, campo da pesquisa.



Fonte: Elaborado pelo autor (2019)

Esses municípios fronteiriços recebem tal classificação pois apresentam o grau máximo de interação conforme o Programa de Promoção do Desenvolvimento da Faixa de Fronteira (PDFF) (BRASIL, 2016). De acordo com Antunes (2012), as cidades gêmeas podem ser tidas como instrumento analítico, econômico e político da integração entre países, pois possibilitam o fortalecimento dos acordos e estão inseridas em uma rede urbana em diversas escalas. Assim, cada município desta pesquisa, possui fronteira fluvial ou terrestre com os municípios paraguaios.

Importante destacar que as cidades gêmeas brasileiras desta pesquisa possuem as redes de serviços de saúde estabelecidos de acordo com o planejamento e organização de cada secretaria municipal, sendo assim, no que tange a Atenção Básica de Saúde destas localidades, existe uma distribuição específica de Unidades Básicas de Saúde (UBS) e unidades de Estratégia de Saúde da Família (ESF), conforme demonstra a tabela IV:

Tabela I- Caracterização de cada cidade gêmea de acordo com os estabelecimentos da AB e N° populacional.

Cidades gêmeas (BR)	População	N° de ESF	N° de UBS	Cidade Fronteiriça
Foz do Iguaçu (PR)	258.832	17	7	Cidad del Lest
Guaíra (PR)	32.923	7	1	Salto del Guaíra
Bela Vista (MS)	24.629	6	4	Bella Vista do Norte
Coronel Sapucaia (MS)	15.253	2	1	Capitám Bado
Paranhos (MS)	14.228	4	2	Ypehú
Ponta Porã (MS)	92.526	13	1	Pedro Juan Cabalero

Fonte: Adaptado do banco de dados do E-gestor Atensão Básica e do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde - CNES (2020).

5.3 A POPULAÇÃO DE ESTUDO

Para a pesquisa com os enfermeiros, optou-se por obter uma amostra probabilística, aleatória, por constituir o tipo de amostragem que oferece, na média, os dados mais fidedignos sobre as características de uma dada população. A presente pesquisa baseou-se na amostra dos enfermeiros que atuam na Atensão Básica (AB), o número total destes profissionais foi fornecido pelas Secretárias Municipais de Saúde (SMS) de cada cidade gêmea. Totalizando um grupo de 139 enfermeiros que atuam na AB distribuídos entre cada cidade gêmea estudada.

Foi calculada uma amostragem aleatória e estratificada de acordo com cada cidade gêmea de atuação dos enfermeiros da APS, considerando um erro amostral de 5% e intervalo de confiança de 95% (BOLFARINE; BUSSAB, 2005). Para o cálculo do tamanho amostral foi utilizada a seguinte fórmula para a população finita e variável nominal (FONSECA; MARTINS, 1996, p. 179).

$$\text{Onde: } n = Z^2 \cdot p \cdot q \cdot N$$

$$d^2 (N-1) + Z^2 \cdot pq$$

Foi estimada uma amostra final de 63 enfermeiros, acrescidos mais 30% (87) e distribuídos proporcionalmente entre as sete cidades gêmeas situadas no Brasil, da faixa de fronteira internacional (Brasil e Paraguai), conforme mostra a tabela a seguir:

Quadro V.- Distribuição dos Enfermeiros que atuam nas redes de AB de acordo com as cidades gêmeas.

Municípios	Enfermeiros (N=)	%	Amostra mínima	Amostra sorteada (+30%)
Bela Vista – MS	09	6,47%	4	6
Coronel Sapucaia – MS	13	9,35%	6	8
Mundo Novo – MS	14	10,07%	7	9
Paranhos – MS	08	5,75%	4	6
Ponta Porã/MS	20	14,38%	8	13
Foz do Iguaçu -PR	53	38,12%	23	30
Guaíra – PR	22	15,86%	11	15
TOTAL	139	100%	63	87

Fonte: Amostra calculada pelo autor a partir de dados das secretarias municipais de saúde (2020).

É importante salientar que em virtude do cenário pandêmico vivenciado no período da coleta de dados da pesquisa, o cronograma de entrevistas necessitou ser estendido de fevereiro a julho de 2020, assim como, a amostragem inicial de participantes teve de ser recalculada, dado que todo o dimensionamento de pessoal da saúde foi alterado para atender as demandas dos novos setores que foram criados nas cidades campo desta pesquisa.

5.4 COLETA DE DADOS

O período da coleta dos dados da pesquisa foi de fevereiro a julho de 2020. De acordo com a técnica de Mapeamento de Competências proposta por Brandão (2018), a pesquisa foi realizada em duas fases de coleta de dados, sendo:

1ª fase: Análise documental: pesquisa da PNAB (2017) e Lei do exercício profissional de Enfermagem, para que possam nortear as competências essenciais

requeridas para a prática profissional de enfermeiros da APS (BRANDÃO, 2018). Essa fase aconteceu no período de fevereiro a novembro de 2019.

2ª fase: Aplicação do instrumento (online) semiestruturado para mapear as competências que são expressas pelos enfermeiros que atuam na AB das cidades gêmeas campo desta pesquisa. O período da coleta de dados foi de fevereiro a julho de 2020, mediante aprovação do projeto de pesquisa pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Estadual de Oeste do Paraná.

Para essa fase o participante foi orientado a responder as questões relacionadas ao perfil do enfermeiro que atua na AB com questões referentes a gênero, idade, formação, município de atuação, tempo de atuação na AB e ainda a forma de contratação para o trabalho na AB. Além dessas perguntas foram elaboradas três questões abertas com os seguintes temas:

1. As atividades que tipicamente são desenvolvidas pelo enfermeiro (a) de Atenção Básica em região na região de fronteira em que atua.
2. Atuação na Atenção Básica de outra região que não era de fronteira internacional. Se sim, discorrer sobre a necessidade de competências específicas para atuar como enfermeiro (a) em região de fronteira
3. Competências necessárias para atuar na Atenção Básica de Saúde em uma região de Fronteira.

Na sequência do instrumento, apresentam-se questões relacionadas às competências Essenciais para recursos humanos em Saúde Pública, sugeridas pela OPAS em 2013 e que foram traduzidas do espanhol para o português e adaptadas para a realidade brasileira por Almeida et.al. (2016).

O instrumento composto por seis domínios: Primeiro domínio é a análise da situação de saúde, com a descrição de 09 competências. O segundo domínio é Vigilância e controle de riscos e danos, 14 competências. O terceiro é Promoção da saúde e participação social e contém 10 competências. O quarto com sete competências refere-se a Políticas, planificação, regulação e controle. O quinto domínio tem oito competências e trata da Equidade ao acesso e qualidade nos serviços individuais e coletivos e o último domínio com oito competências é sobre a Saúde Internacional e saúde global (OPAS, 2013).

Sendo assim, o instrumento possui 56 questões objetivas com escalas para respostas tipo *Likert* e ainda espaço para resposta aberta caso o participante queira acrescentar algo

mais a respeito da competência em análise (ANEXO III). A escala likert foi estruturada em cinco opções para que o participante marcasse como ele se percebe sobre cada competências:

1. Não tenho conhecimento do assunto.
2. Já ouvi falar, mas tenho pouco conhecimento do assunto.
3. Tenho conhecimento limitado sobre o assunto para aplicação na prática.
4. Tenho conhecimento sobre o assunto e sei ou saberia como aplicar na prática.
5. Tenho bom conhecimento sobre o assunto, coloco em prática e saberia ensiná-lo a outros.

Optou-se pela coleta de dados por meio da plataforma *SuveyMonkey*. O contato com o participante foi realizado pelo endereço de e-mail com envio de um convite para participar da pesquisa e com orientações sobre objetivo, Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e preenchimento do instrumento. Na mesma mensagem foi enviado link que ao ser clicado pelo participante o direcionava ao questionário. O instrumento somente foi encaminhado ao participante após leitura e aceite do TCLE. Os contatos dos participantes que atuavam no local da pesquisa foram conseguidos com auxílio das secretarias de saúde de cada município.

O tempo estimado para preenchimento do questionário foi de trinta minutos. O critério de inclusão da pesquisa foi do convidado atuar como enfermeiro da Atenção Básica de Saúde em cidade gêmea campo deste pesquisa, logo, o critério de exclusão foi o profissional não atuar como enfermeiro, não aceitar participar da pesquisa e/ou não preencher o questionário por completo.

5.5 ANÁLISE DE DADOS

As questões abertas qualitativa, foram analisadas por meio da técnica de análise de Discurso do Sujeito Coletivo (DSC). Sendo está uma modalidade de apresentação de resultados de pesquisas de natureza qualitativas, que tem depoimentos como matéria prima, sob a forma de um ou vários discursos-síntese escritos na primeira pessoa do singular, expediente que visa expressar o pensamento de uma coletividade, como se esta coletividade fosse o emissor de um discurso (LEFÈVRE; LEFÈVRE, 2005).

Com isso, para a construção dos DSCs seguiu-se o percurso metodológico proposto, sendo: 1º Leitura das transcrições de cada entrevista; 2º agrupamento dos

principais temas que emergiram nas respostas e junção das expressões chaves; 3º Identificação das Ideias Centrais (ICs) de cada questão norteadora, categorizando assim cada grupo de ideias; o 5º e último passo consiste na elaboração do DSC.

A partir da análise do material coletado e os DSC fundamentados, emergiram competências operacionais, que de acordo com Brandão (2018), representa o desempenho esperado do profissional, na qual, indica explicitamente o que o trabalhador deve ser capaz de exercer no campo de trabalho.

No que tange a análise dos dados quantitativos, para realizar a comparação entre a definição de competências essenciais e competências identificadas pelos enfermeiros, será utilizado o Teste não paramétrico de Sinais (ZAR, 2010). Este teste tem como premissa avaliar se duas condições são significativamente equivalentes, ou seja, no presente caso, se as competências essenciais estabelecidas pela OPAS são expressas pelos enfermeiros da APS. As análises foram aplicadas assumindo um nível de significância igual a 0,05, sendo realizadas no programa R (R CORE TEAM, 2017).

A interpretação do p-valor do teste foi feita da seguinte forma: se o p-valor for menor que 0,05, significa que a um nível de significância estatística de 5%, há relação entre a variável de grupo e a variável de perfil envolvida. Caso o p-valor for maior do que 0,05, dizemos que a um nível de significância estatística de 5%, na qual, não há relação entre elas. Para isso, foram utilizadas análises estatísticas descritivas e Inferenciais, através de gráficos, tabelas e testes estatísticos. As variáveis do estudo estão divididas em:

- **Variáveis de perfil:** Idade, sexo, maior titulação, área de aperfeiçoamento, Tempo no cargo atual, Processo de contratação, Cidade/Estado e Especialização.
- **Variáveis do questionário:** Variáveis de cada domínio C1D1 (Competência 1, Domínio 1), Variáveis das médias dos itens de cada domínio (Média nas questões do Domínio 1, Domínio 2, Domínio 3, Domínio 4, Domínio 5, Domínio 6. Média das questões e variáveis dos grupos de cada domínio do questionário MRCESP.

As variáveis dos grupos de cada domínio foram construídas da seguinte forma: **A:** Média das respostas dos itens com valor de 1 a 2 - não tem conhecimento sobre o assunto/ Já ouvi falar mais tenho pouco conhecimento sobre o assunto; **B:** Média das respostas dos itens com valor de 2,1 a 4 - tem conhecimento limitado sobre o assunto para aplicação na prática / Tenho conhecimento sobre o assunto e sei ou saberia aplica-lo na prática; **C:** Média das respostas dos itens com valor de 4,1 a 5 - Tenho bom conhecimento sobre o

assunto, coloco em prática e saberia ensiná-los a outros. Todas as análises foram realizadas utilizando o software estatístico R (R CORE TEAM, 2018).

As variáveis de cada domínio foram apresentadas em tabelas e as estatísticas descritivas e gráficos de frequências. Para as variáveis das médias dos itens de cada domínio é apresentado uma tabela contendo as estatísticas descritivas da variável e um gráfico de histograma. Por último, é demonstrado para as variáveis dos grupos de cada domínio uma tabela e um gráfico de frequências, contendo a frequência e percentual de observações para cada categoria da variável.

As estatísticas descritivas apresentadas são, além da média:

- **Tamanho Amostral (N):** quantidade de observações na amostra.
- **Desvio Padrão:** medida da variação dos dados. Quanto maior o desvio padrão, maior é a variação das observações da amostra.
- **Mínimo:** menor valor observado na amostra.
- **1° Quartil:** valor tal que 25% das observações possuem um valor na variável abaixo dele.
- **Mediana:** valor tal que 50% das observações possuem um valor da variável abaixo dele.
- **3° Quartil:** valor tal que 75% das observações possuem um valor da variável abaixo dele.
- **Máximo:** maior valor observado na amostra.

Após obter os resultados dos dados, para as variáveis de cada item de cada domínio e variáveis das médias dos itens de cada domínio a interpretação do número delas é feita da seguinte forma: Quanto maior o valor, maior a competência do enfermeiro sobre o domínio apresentado. Desse modo, será efetivado o mapeamento de competências para identificar a lacuna (gap) das competências essenciais identificadas na primeira etapa da pesquisa documental, e as competências expressas pelos enfermeiros com a aplicação do instrumento, conforme o preconizado por Brandão (2018).

5.6 ASPECTOS ÉTICOS E LEGAIS

A presente pesquisa obteve aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Estadual de Oeste do Paraná – UNIOESTE (Nº20578619.4.0000.0107),

assim como obteve parecer favorável dos responsáveis de cada campo de estudo, mediante explanação prévia de todo o trabalho a ser realizado.

É importante destacar que foram seguidos todos os protocolos do Comitê de Ética e Pesquisa com Seres Humanos (CEP), sendo que, os secretários municipais de saúde assinaram os termos de aceite da pesquisa de cada município, após a explanação de toda proposta de trabalho (BRASIL, 2012). Desse modo, mesmo diante de dificuldades que foram encontradas para contactar os responsáveis pelos campos de estudo, ocorreu somente a recusa de um município para a realização da pesquisa.

A coleta de dados seguiu criteriosamente os períodos estabelecidos em cronograma, assim como, somente foi iniciada mediante o aceite de cada enfermeiro pelo Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo II). Onde foram seguidas as orientações da Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde que regulamentam as pesquisas envolvendo seres humanos (BRASIL, 2012).

6 RESULTADOS

No período de fevereiro a julho de 2020, com apoio das secretarias municipais de saúde de cada cidade gêmea campo desta pesquisa, foram realizados 139 convites por endereço eletrônico (*e-mail*) de cada enfermeiro atuante na Atenção Básica de cada cidade-gêmea. Por meio de um *link* eletrônico gerado pelo *software SurveyMonkey*, os convidados tiveram acesso ao Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e o questionário da pesquisa.

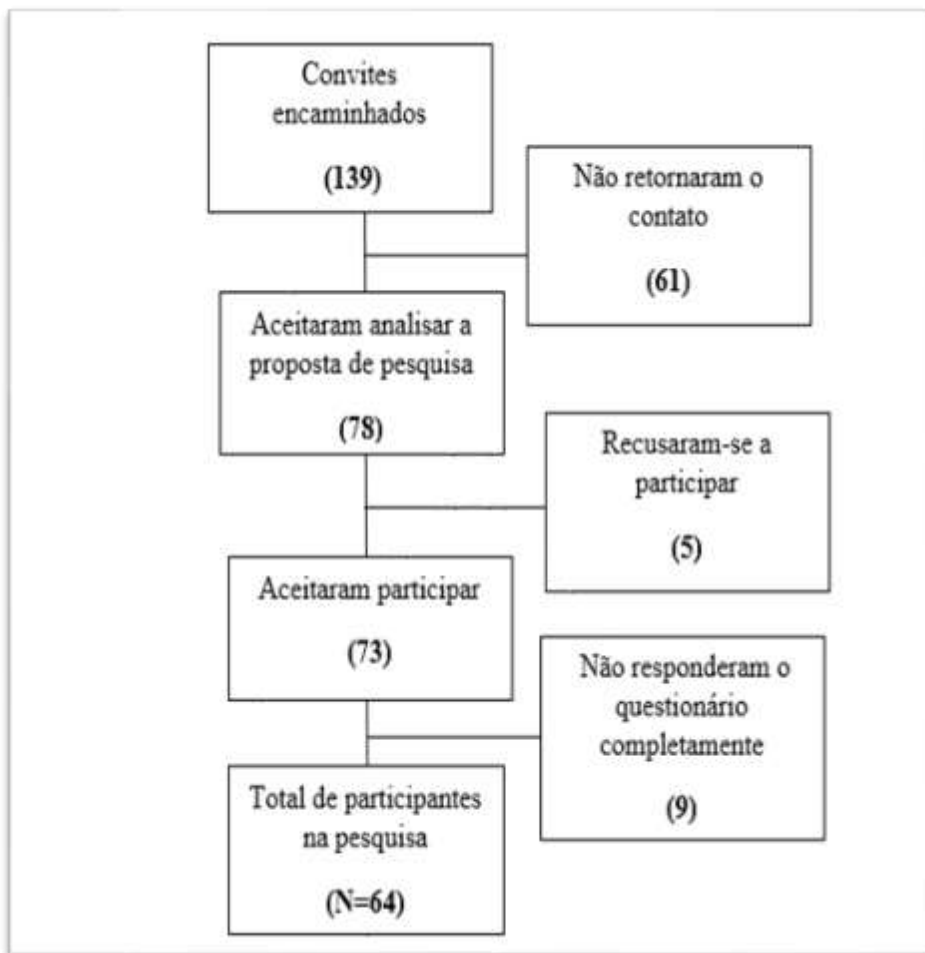
Destaca-se que diante da ausência de retorno de alguns profissionais, um segundo e terceiro contato foram efetivados para confirmação de recebimento do *e-mail*. De modo que, 61 destes não retornaram o contato e/ou não demonstraram interesse em analisar a proposta de pesquisa, mesmo com a posterior comunicação via telefone dos pesquisadores responsáveis.

Ao todo, 78 profissionais enfermeiros oportunizaram conhecer o projeto, sendo que cinco destes, após a leitura do TCLE não aceitaram participar da pesquisa. Com isso, 73 profissionais se dispuseram a responder o questionário MRCESP. Entretanto, destes 73, outros nove participantes não responderam o instrumento completamente, mesmo diante das orientações para participação na íntegra e a realização de um novo contato do pesquisador solicitando releitura do instrumento. Com tudo isso, a pesquisa contou com o grupo efetivo de 64 enfermeiros, conforme ilustra o fluxograma da figura IV.

Como dito, os enfermeiros participantes deste trabalho, estão distribuídos nas redes de AB das regiões envolvidas com esta pesquisa. Foram realizados contatos prévios via telefone e *e-mail* com cada UBS e ESF das respectivas cidades, com intuito de exemplificar toda a proposta de trabalho e incentivar a cooperação.

Todavia, diante de fatores imprevisíveis, como a disseminação do vírus respiratório denominado Corona vírus no ano de 2020, que resultou em uma pandemia e consequentemente modificou a rotina de trabalho de todos os profissionais de saúde pública, com destaque as equipes de enfermagem, que se mantiveram na linha de frente na assistência aos infectados.

Compreende-se que o complexo ambiente de trabalho dos enfermeiros da linha de frente na pandemia, tornou-se um fator comprometedor para a disposição dos enfermeiros em cooperar com a pesquisa científica, na medida em que é indiscutível a importância das evidências científicas no campo de enfermagem, sendo estas capazes de direcionar todas as práticas profissionais de enfermagem demais campos de saúde.

FIGURA V – Fluxograma do processo de composição do grupo de participantes na pesquisa.

Fonte: Elaborado pelo autor (2020).

Com tudo isso, o cronograma da coleta de dados necessitou ser estendido, como estratégia para maior enquadramento na disponibilidade dos enfermeiros convidados, porém, ainda houveram cidades com número de participantes reduzidos, até mesmo nenhum participante, como a cidade de Mundo Novo no estado do Mato grosso do Sul, conforme demonstra o quadro V.

Quadro V - Distribuição dos enfermeiros participantes da pesquisa de acordo com cada cidade gêmea.

Municípios	Nº de participantes	%
Foz do Iguaçu / PR	50	78,13%
Guaíra / PR	4	6,25%
Bela Vista / MS	4	6.25%
Ponta Porã / MS	1	1,56%
Coronel Sapucaia / MS	2	3,13%
Mundo Novo / MS	0	0,0%
Paranhos / MS	3	4,68%
Total	64	100%

Fonte: Dados da pesquisa (2020).

Este estudo contou com a participação de seis cidades gêmeas da linha de fronteira do Brasil com o Paraguai, sendo: Foz do Iguaçu / PR, Guaíra / PR, Bela Vista/ MS, Ponta Porã / MS, Coronel Sapucaia / MS e Paranhos /MS. Os enfermeiros do município de Mundo Novo /MS não responderam ao questionário por completo.

No decorrer deste capítulo são apresentados os 64 questionários respondidos pelos enfermeiros, contemplando assim os seis domínios por competência conforme é preconizado pelo instrumento de pesquisa. Será inicialmente apresentada a análise documental referente às competências essenciais de enfermeiros que atuam na Atenção Básica de saúde em cidades gêmeas da linha de fronteira do Brasil com o Paraguai, na sequência, a análise do perfil profissional dos participantes, assim como a descrição dos dados quantitativos e qualitativos que abordam as competências do enfermeiro descritas como essenciais pelos entrevistados e comparadas com as competências identificadas pelo MRCESP.

6.1 COMPETÊNCIAS ESSENCIAIS DOS ENFERMEIROS QUE ATUAM NA ATENÇÃO BÁSICA: ANÁLISE DOCUMENTAL

Conforme é recomendado pela técnica de mapeamento de competências (BRANDÃO, 2018), foi realizado buscas por documentos oficiais de amparo legal para a prática profissional do enfermeiro de Atenção Básica (AB) em regiões de fronteira brasileira, como forma de verificar se as competências do MRCESP estavam de acordo com as que o Ministério da Saúde (BRASIL, 2017) estabelece para atuação dos enfermeiros de AB de todo território nacional.

Diante disso, as principais referências para avaliar os domínios descritos no Marco Regional de Competências Essenciais em Saúde Pública (MRCESP) e que contemplam as competências do enfermeiro de AB, é a regulamentação da portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017, onde foi aprovada a última resolução da Política Nacional de Atenção Básica, assim como a legislação vigente do exercício profissional de enfermagem no Brasil de nº 7.498/1986 e o Decreto nº 94.406/1987 no Art.11 que se refere as atribuições privativas do enfermeiro, conforme é demonstrado no quadro VI.

Quadro VII - Análise documental dos domínios do questionário MRCESP e as competências contempladas na literatura.

Domínios	Referência para avaliar competências
1 - Análise da Situação de Saúde.	▪ PNAB,2017
2- Vigilância e Controle de Riscos e Danos.	▪ PNAB, 2017 ▪ Lei 7.498/1986
3- Promoção da Saúde e Participação Social.	▪ PNAB, 2017
4- Política, Planejamento, Regulação e Controle.	▪ PNAB, 2017 ▪ Lei 7.498/1986
5- Equidade ao Acesso e Qualidade nos Serviços Individuais e Coletivos.	▪ PNAB, 2017 ▪ Decreto 94.406/1987
6- Saúde Internacional e Saúde Global	▪ PNAB, 2017

Fonte: Adaptado de Lei nº 7.498/1986; Decreto nº 94.406/1987; PNAB, 2017.

6.2 COMPETÊNCIAS ESSENCIAIS DOS ENFERMEIROS QUE ATUAM NA ATENÇÃO BÁSICA: MARCO REGIONAL DE COMPETÊNCIAS ESSENCIAIS DE SAÚDE PÚBLICA (MRCESP)

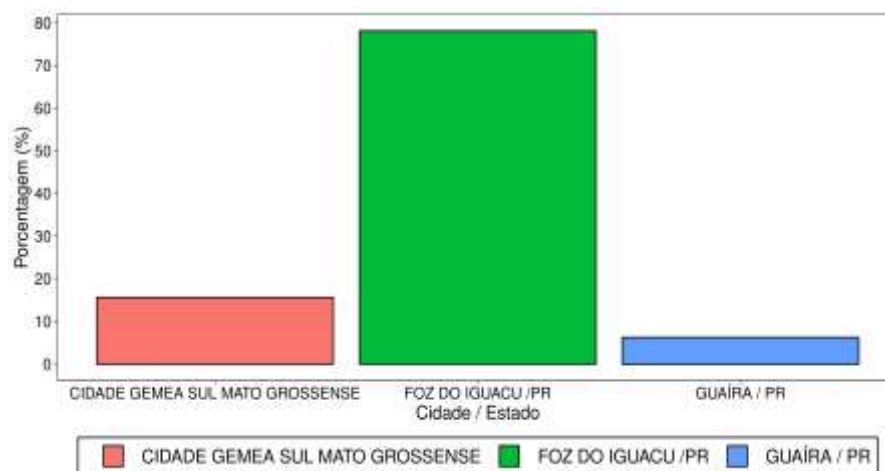
Como dito, os dados quantitativos da pesquisa foram organizados por variáveis de perfil e por domínios do instrumento MRCESP. Na figura V e tabela II, é apresentada a variável de participantes de acordo com as cidades gêmeas do Paraná e os quatro municípios do Mato Grosso do Sul. Na medida em que a pesquisa contou com número reduzido de participantes no estado mato-grossense, foi proposto o agrupamento das cidades gêmeas desta região para análise.

Tabela II - Frequência da variável de acordo com as cidades gêmeas do Paraná e do Mato Grosso do Sul.

Foz do Iguaçu / PR	Guáira / PR	Cidades do Sul Mato grossense
50 (78,1%)	4 (6,2%)	10 (15,6%)

Fonte: Dados da pesquisa (2020)

Figura V - Frequência da variável Cidade / Estado na amostra.



Fonte: Dados da pesquisa (2020)

Inicialmente os enfermeiros responderam questões referente ao perfil profissional, sendo abordado o gênero, faixa etária, maior titulação, área de especialização, forma de contratação para o cargo, tempo de serviço e cidade gêmea de residência. Conforme é demonstrado no quadro VII.

Quadro VIII - Caracterização dos enfermeiros que participaram da pesquisa.

Sexo	(N)	(%)
Feminino	57	89,1
Masculino	7	10,9
Total	64	100
Idade		
21 a 29 anos	17	26,6
30 a 39 anos	31	48,4
40 a 49 anos	12	18,75
50 a 59 anos	4	6,25
60 anos ou mais	0	0,00
Total	64	100
Maior titulação na área		
Bacharelado	4	7,81
Bacharelado e licenciatura	10	12,5
Especialização	43	70,31
Mestrado	6	7,81
Total	64	100
Forma de contratação		
Concurso público	53	82,2
Contrato de trabalho	11	17,8
Total	64	100

Fonte: Dados da pesquisa (2020)

Dos 64 participantes, houve predomínio do gênero feminino (89,1%), com enfermeiras em sua maioria com titulação a nível de especialização (70,31%), idades entre 30 a 39 anos (48,44%) e concursadas no cargo que ocupam na Atenção Básica (82,2%).

Em seguida, 53 participantes responderam quanto a área de aperfeiçoamento profissional. Conforme demonstra a tabela III. Deste, 14 (26,4%) dos enfermeiros entrevistados afirmaram não possuir interesse por área específica de aperfeiçoamento, seguida de 13 (24,5%) que relataram estudar na área de saúde da família, na medida em que o menor grupo foi da área de ensino e educação, com apenas 2 (3,8%) enfermeiros com interesse no tema.

Tabela III. Frequência da variável por área de aperfeiçoamento profissional dos enfermeiros que compõem a amostra.

Área de aperfeiçoamento profissional					
Clínica Médica	Ensino / Educação	Administração em saúde	Saúde da Família	Urgência e Emergência	Não possui interesse por área específica
11 (20.8%)	2 (3.8%)	7 (13.2%)	13 (24.5%)	6 (11.3%)	14 (26.4%)

Fonte: Dados da pesquisa (2020)

Na sequência, os entrevistados foram questionados quanto ao tempo de atuação no cargo de enfermeiro da AB em cidades gêmeas da linha de fronteira do Brasil com o Paraguai, sendo que, o período inicial foi menor de 6 meses de atuação, com o maior período acima de 10 anos atuante na profissão. Conforme é demonstrado na tabela VI.

Os resultados quanto ao tempo de atuação mostraram-se diversificados entre os profissionais, de maneira que o tempo de 6 meses a 1 ano de atuação foi relativamente semelhante ao tempo de 5 a 10 anos e ao período acima de 10 anos, assim sendo 15 (23,4%) enfermeiros para cada grupo.

Tabela VI - Frequência da variável do tempo de atuação dos enfermeiros participantes da pesquisa.

Tempo de atuação no cargo					
Menos de 6 meses	6 meses a 1 ano	1 a 2 anos	2 a 5 anos	5 a 10 anos	Acima de 10 anos
5 (7,8%)	15 (23,4%)	11 (17.2%)	3 (4,7%)	15 (23,4%)	15 (23,4%)

Fonte: Dados da pesquisa (2020).

Na sequência são apresentadas as estatísticas de acordo com os 6 domínios do instrumento MRCESP que contemplam 56 competências, contendo a frequência e percentual de cada item. Como também, a partir da figura VI é apresentado um histograma das variáveis médias de acordo com as frequências de respostas nas questões de cada domínio. Destes dados foi utilizado a estatística descritiva com gráfico de frequência de resposta para agrupamento por domínio.

TABELA V. Estatísticas descritivas das variáveis por competências dos seis domínios da amostra.

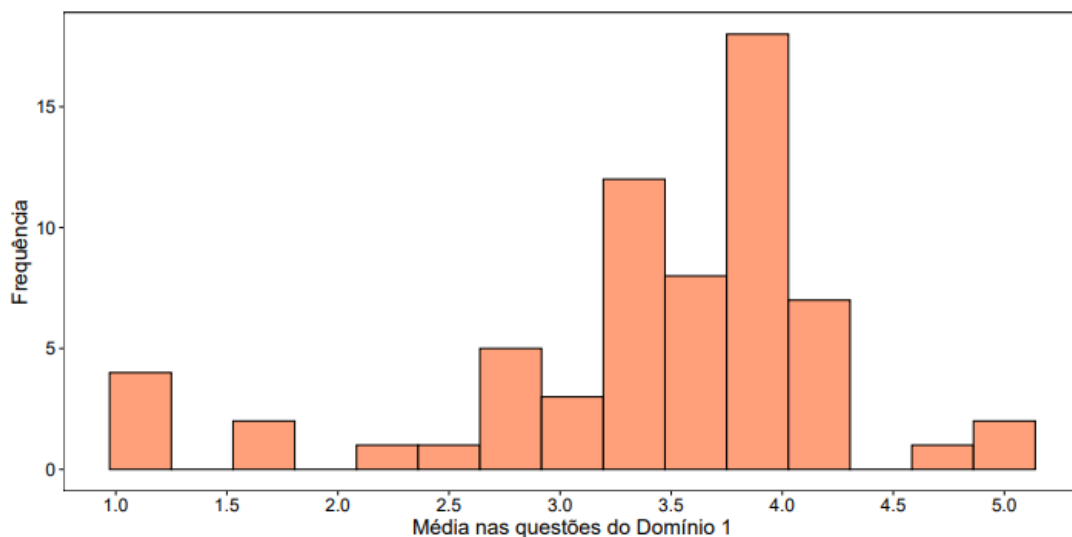
	Competência e Domínio (CD)	Média	Desvio Padrão	Mínimo	1° Quartil	Mediana	3° Quartil	Máximo
1	C1D1	3,3	1	1	3	4	4	5
2	C2D1	3,3	1	1	3	3	4	5
3	C3D1	3,9	1	1	4	4	4	5
4	C4D1	3,5	1,1	1	3	4	4	5
5	C5D1	3,2	1	1	3	3	4	5
6	C6D1	3,5	1	1	3	4	4	5
7	C7D1	3,3	1,1	1	3	3,5	4	5
8	C8D1	3,5	1,1	1	3	4	4	5
9	C9D1	3,2	1,1	1	3	4	4	5
10	C1D2	3,1	1,2	1	2,8	3	4	5
11	C2D2	3	1,2	1	2	3	4	5
12	C3D2	2,9	1,1	1	2	3	4	5
13	C4D2	3,2	1,1	1	3	3	4	5
14	C5D2	3,3	1,1	1	3	4	4	5
15	C6D2	3,4	1,2	1	3	4	4	5
16	C7D2	3,3	1,3	1	2,8	4	4	5
17	C8D2	3,1	1,2	1	2,8	3	4	5
18	C9D2	3	1,1	1	2	3	4	5
19	C10D2	2,8	1	1	2	3	3	5
20	C11D2	2,8	1,1	1	2	3	3	5
21	C12D2	2,7	1,1	1	2	3	3	5
22	C13D2	2,7	1,1	1	2	3	4	5
23	C14D2	2,6	1,2	1	2	2,5	4	5
24	C1D3	3,4	1,3	1	2,8	4	4	5
25	C2D3	3,2	1,2	1	2	3	4	5

TABELA V. Estatísticas descritivas das variáveis por competências dos seis domínios da amostra (continuação).

26	C3D3	2,9	1,3	1	2	3	4	5
27	C4D3	3,2	1,3	1	2	3,5	4	5
28	C5D3	2,9	1,1	1	2	3	4	5
29	C6D3	3	1,2	1	2	3	4	5
30	C7D3	3,2	1,2	1	2	3	4	5
31	C8D3	3	1,2	1	2	3	4	5
32	C9D3	3	1,1	1	2	3	4	5
33	C10D3	3	1,1	1	2	3	4	5
34	C1D4	3,1	1,3	1	2	3,5	4	5
35	C2D4	3,4	1,3	1	2	4	4	5
36	C3D4	3,1	1,2	1	2	3	4	5
37	C4D4	3,4	1,5	1	2,8	4	4	11
38	C5D4	3,2	1,2	1	2	3	4	5
39	C6D4	3,2	1,2	1	2	4	4	5
40	C7D4	3,1	1,2	1	2	3	4	5
41	C1D5	3,3	1,4	1	3	4	4	5
42	C2D5	3,1	1,3	1	2	3	4	5
43	C3D5	3,1	1,2	1	2	3	4	5
44	C4D5	3	1,1	1	2	3	4	5
45	C5D5	3,1	1,3	1	2	3	4	5
46	C6D5	3	1,2	1	2	3	4	5
47	C7D5	3,3	1,4	1	2	4	4	5
48	C8D5	3,3	1,4	1	2,8	4	4	5
49	C1D6	2,7	1,2	1	2	3	4	5
50	C2D6	2,8	1,2	1	2	3	4	5
51	C3D6	2,6	1,2	1	1	3	4	5
52	C4D6	2,7	1,2	1	1,8	3	4	5
53	C5D6	2,7	1,1	1	2	3	4	5
54	C6D6	2,8	1,3	1	2	3	4	5

Fonte: Dados da pesquisa (2020).

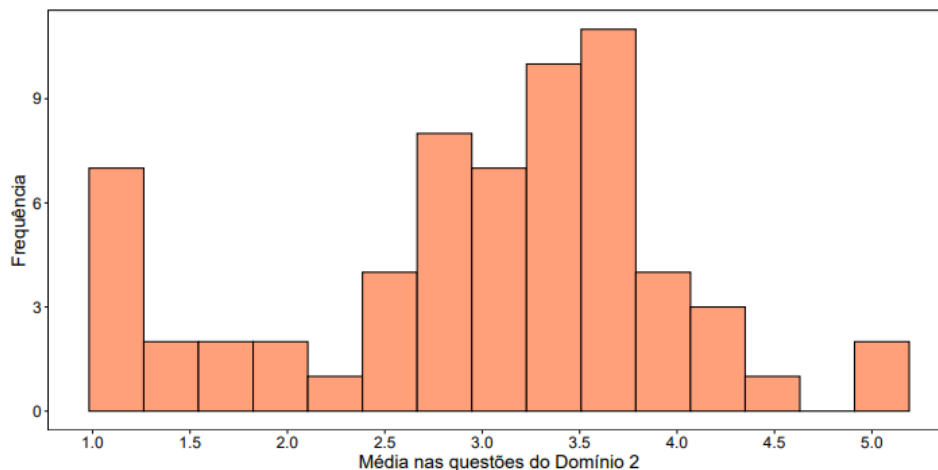
Figura VII - Histograma da variável média nas questões do domínio 1. Utilizando à escala de Likert do questionário Marco Regional de Competências Essenciais em Saúde Pública (MRCESP).



Fonte: Dados da pesquisa (2020).

O histograma da figura VII, demonstra a variável média de respostas no domínio 1 (Análise da Situação de Saúde), pode-se observar que o maior percentual de respostas se manteve no grupo 4 (Tenho conhecimento sobre o assunto e sei ou saberia como aplicar na prática).

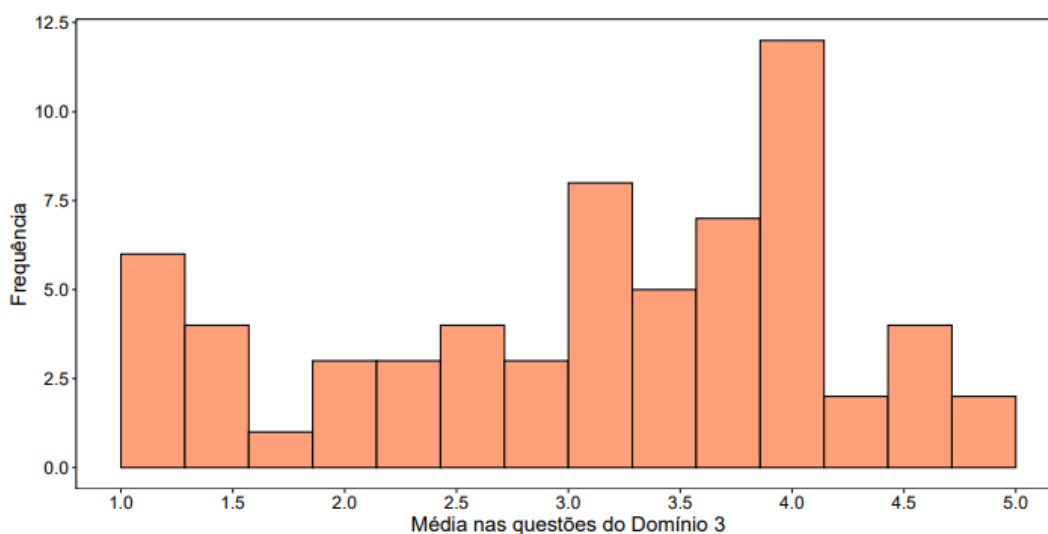
Figura VIII - Histograma da variável média nas questões do domínio 2. Utilizando à escala de Likert do questionário MRCESP.



Fonte: Dados da pesquisa (2020).

A figura VIII, demonstra a variável média de respostas nas questões do domínio 2 (Vigilância e Controle de Riscos e Danos), de modo que, o percentual mais significativo esteve no grupo 3 (Tenho conhecimento limitado sobre o assunto para aplicação na prática).

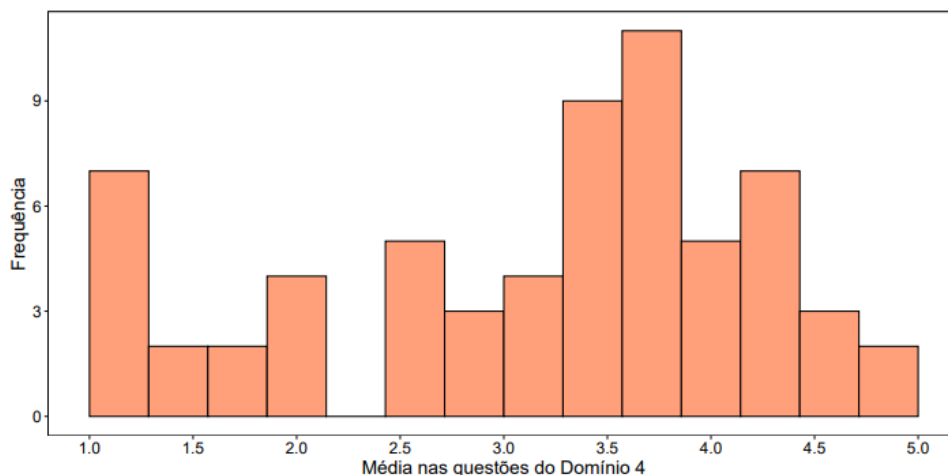
Figura IX - Histograma da variável média nas questões do domínio 3. Utilizando à escala de Likert do questionário MRCESP.



Fonte: Dados da pesquisa (2020).

O histograma da figura IX, demonstra a variável média de respostas no domínio 3 (Promoção da Saúde e Participação Social), sendo que o maior percentual de respostas esteve no grupo 4 (Tenho conhecimento sobre o assunto e sei ou saberia como aplicar na prática).

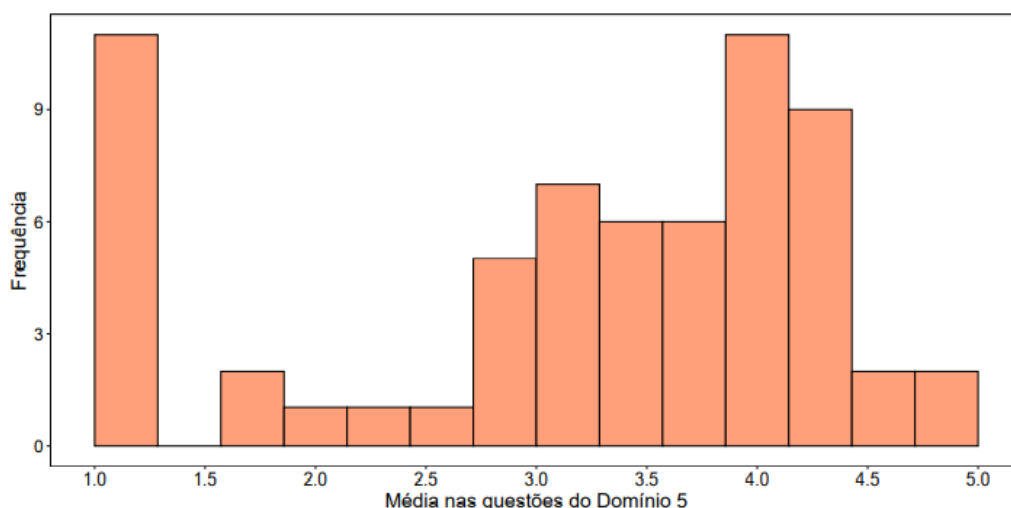
Figura X- Histograma da variável média nas questões do domínio 4. Utilizando à escala de Likert do questionário MRCESP.



Fonte: Dados da pesquisa (2020).

O histograma da figura X, exemplifica a variável média nas questões do domínio 4 (Política, Planejamento, Regulação e Controle), na qual, o maior percentual de respostas esteve no grupo 3 (Tenho conhecimento limitado sobre o assunto para aplicação na prática).

Figura XI- Histograma da variável média nas questões do domínio 5. Utilizando à escala de Likert do questionário MRCESP.

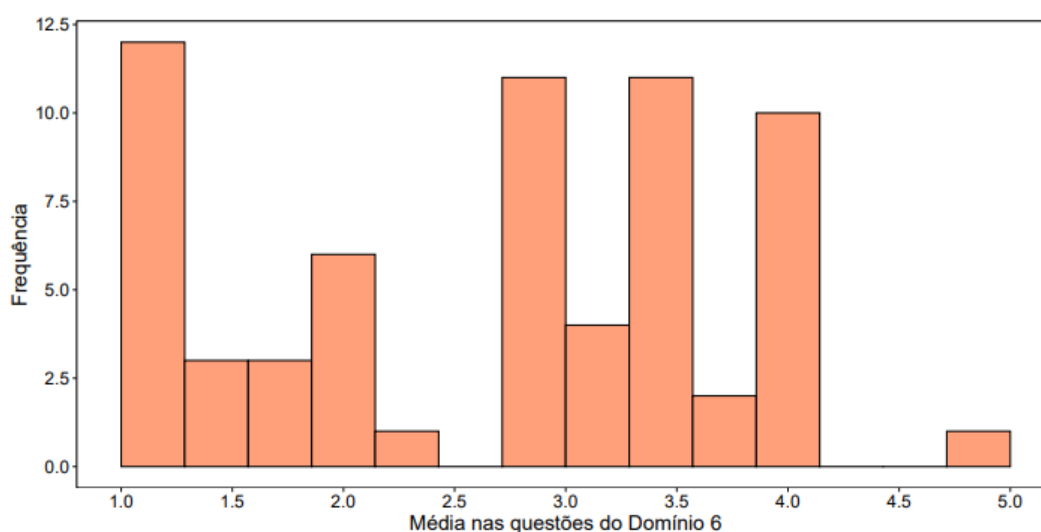


Fonte: Dados da pesquisa (2020).

O histograma da figura XI, demonstra a variável de questões do domínio 5 (Equidade ao Acesso e Qualidade nos Serviços Individuais e Coletivos), na qual, o percentual de respostas esteve em dois grupos, 1 (Não tenho conhecimento do assunto) e

4 (Tenho conhecimento sobre o assunto e sei ou saberia como aplicar na prática). É interessante observar que o grupo 5 (Tenho bom conhecimento sobre o assunto, coloco em prática e saberia ensiná-lo a outros), não obteve percentual significativo de respostas em nenhum dos 6 domínios do questionário,

Figura XII- Histograma da variável média nas questões do domínio 6. Utilizando à escala de Likert do questionário MRCESP.



Fonte: Dados da pesquisa (2020)

O histograma da figura XII, variável média de questões do domínio 6 (Saúde Internacional e Saúde Global), demonstra percentuais de respostas em três diferentes grupos, sendo: 1 (Não tenho conhecimento do assunto), 3 (Tenho conhecimento limitado sobre o assunto para aplicação na prática) e 4 (Tenho conhecimento sobre o assunto e sei ou saberia como aplicar na prática).

A seguir serão apresentadas as variáveis de perfil do grupo entrevistado com cada domínio presente na escala de Likert do questionário MRCESP. Desse modo, para cada uma das variáveis de perfil selecionada, foi elaborada uma tabela de frequências, contendo a frequência e percentual de observações para cada categoria da variável de perfil (linha) e cada categoria da variável de grupo (coluna). Além da análise descritiva através de tabelas, também é apresentada uma análise inferencial, aplicando o Teste Exato de Fisher (R CORE TEAM, 2018).

Os dados apresentados na tabela VI se referem as frequências das variáveis por faixa etária dos enfermeiros entrevistados e domínios do questionário MRCESP. Na qual, a faixa etária de prevalência foi de 30 a 39 anos, com o p-valor maior que 0,05 em todos os domínios, sendo assim, a um nível de significância estatística de 5% que não há relação com relação a variável de faixa etária.

Tabela VI - Frequência das variáveis por domínio e idade dos enfermeiros participantes da pesquisa.

Domínio 1 (p = 0.2)				
Idade	A	B	C	Total
21 a 29	1 (5.9%)	13 (76.5%)	3 (17.6%)	17 (26.6%)
30 a 39	3 (9.7%)	26 (83.9%)	2 (6.5%)	31 (48.4%)
40 a 59	2 (16.7%)	7 (58.3%)	3 (25%)	12 (18.8%)
50 a 59	0 (0%)	2 (50%)	2 (50%)	4 (6.2%)
Total	6 (9.4%)	48 (75%)	10 (15.6%)	64 (100%)
Domínio 2 (p =0.339)				
Idade	A	B	C	Total
21 a 29	1 (5.9%)	15 (88.2%)	1 (5.9%)	17 (26.6%)
30 a 39	7 (22.6%)	21 (67.7%)	3 (9.7%)	31 (48.4%)
40 a 59	4 (33.3%)	7 (58.3%)	1 (8.3%)	12 (18.8%)
50 a 59	1 (25%)	2 (50%)	1 (8.3%)	12 (18.8%)
Total	13 (20.3%)	45 (70.3%)	6 (9.4%)	64 (100%)
Domínio 3 (p = 0.274)				
Idade	A	B	C	Total
21 a 29	1 (5.9%)	14 (82.4%)	2 (11.8%)	17 (26.6%)
30 a 39	6 (19.4%)	19 (61.3%)	6 (19.4%)	31 (48.4%)
40 a 59	5 (41.7%)	6 (50%)	1 (8.3%)	12 (18.8%)
50 a 59	1 (25%)	2 (50%)	1 (25%)	4 (6.2%)
Total	13 (20.3%)	41 (64.1%)	10 (15.6%)	64 (100%)
Domínio 4 (p = 0.179)				
Idade	A	B	C	Total
21 a 29	1 (5.9%)	13 (76.5%)	3 (17.6%)	17 (26.6%)
30 a 39	7 (22.6%)	16 (51.6%)	8 (25.8%)	31 (48.4%)
40 a 59	5 (41.7%)	5 (41.7%)	2 (16.7%)	12 (18.8%)
50 a 59	1 (25%)	1 (25%)	2 (50%)	4 (6.2%)
Total	14 (21.9%)	35 (54.7%)	15 (23.4%)	64 (100%)
Domínio 5 (p = 0.093)				
Idade	A	B	C	Total
21 a 29	1 (5.9%)	14 (82.4%)	2 (11,8%)	17 (26,6%)
30 a 39	8 (25.8%)	15 (48.4%)	8 (25,8%)	31 (48,4%)
40 a 59	4 (33.3%)	4 (33.3%)	4 (33,3%)	12 (18,8%)
50 a 59	1 (25%)	1 (25%)	2 (50 %)	4 (6,2%)
Total	14 (21,9%)	34 (53.1%)	16 (25 %)	64 (100%)
Domínio 6 (p = 0.559)				
Idade	A	B	C	Total

21 a 29	4 (23,5%)	13 (76,5%)	0 (0%)	17 (26,6%)
30 a 39	13 (41,9%)	16 (51,6%)	2 (6,5%)	31 (48,4%)
40 a 59	6 (50%)	6 (50%)	0 (0%)	12 (18,8%)
50 a 59	1 (24%)	3 (75%)	0 (0%)	4 (6,2%)
Total	24 (37,5%)	38 (59,4%)	2 (3,1%)	64 (100%)

Fonte: Dados da pesquisa (2020).

De acordo com o domínio 1 (Análise da situação de saúde) da tabela VI, pela variável de perfil (linha) é possível observar que os enfermeiros tiveram maior frequência de respostas no grupo B com 26 (83,9%). Logo, no domínio 2 (Vigilância e controle de riscos e danos), os maiores percentuais estiveram no grupo B com 21 (67,7%) dos entrevistados, seguidos de 7 (22,6%) do grupo A.

O domínio 3 (Promoção da saúde e participação social), obteve percentual compondo o grupo B com 19 (61,3%) do grupo, grupo A e C com 6 (19,4%) em cada. Na medida em que no domínio 4 (Políticas, planejamento, regulamento e controle), as maiores frequências foram no grupo B com 16 (51,6%) e grupo C com 8 (25,8%) do grupo de faixa etária entre 30 a 39 anos.

No domínio 5 (Equidade ao acesso e qualidade nos serviços individuais e coletivos), o percentual mais frequente de respostas esteve no grupo B com 15 (48,4%) do grupo, seguido de dados similares entre o grupo A e C com 8 (25,8%) em cada. Entretanto, no domínio 6 (Saúde internacional e saúde global), houve maior frequência na variável de perfil entre os grupos A e B, sendo 16 (51,6%) do grupo B e 13 (41,9%) profissionais do grupo A.

Os resultados apresentados na tabela VII referem-se à frequência das variáveis por domínio e sexo dos enfermeiros. O p-valor esteve maior que 0,05 em todos os domínios, com isso, a um nível de significância estatística de 5% que não há relação com relação a variável de gênero do grupo de entrevistados. Na qual, no domínio 1 da variável apresentou maior frequência no grupo B com 42 (73,7%) dos entrevistados, seguidos do grupo C com 9 (15,8%) do total feminino do grupo.

No domínio 2, houve maior predomínio do grupo B com 38 (66,7%) profissionais do grupo entrevistado, junto a 13 (22,8%) do grupo A. Resultado semelhante surgiram nos demais domínios, na qual, o grupo de maior frequência foi o B seguido do grupo A.

Tabela VII - Frequência das variáveis por domínio e sexo dos enfermeiros participantes da pesquisa.

Domínio 1 (p = 1)				
Gênero	A	B	C	Total
Feminino	6 (10.5%)	42 (73.7%)	9 (15.8%)	57 (89.1%)
Masculino	0 (0%)	6 (85.7%)	1 (14.3%)	7 (10.9%)
Total	6 (9.4%)	48 (75%)	10 (15.6%)	64 (100%)
Domínio 2 (p = 0.332)				
Gênero	A	B	C	Total
Feminino	13 (22.8%)	38 (66.7%)	6 (10.5%)	57 (89.1%)
Masculino	0 (0%)	7 (100%)	0 (0%)	7 (10.9%)
Total	13 (20.3%)	45 (70.3%)	6 (9.4%)	64 (100%)
Domínio 3 (p = 0.3)				
Gênero	A	B	C	Total
Feminino	13 (22.8%)	36 (63.2%)	8 (14%)	57 (89.1%)
Masculino	0 (0%)	5 (71.4%)	2 (28.6%)	7 (10.9%)
Total	13 (20.3%)	41 (64.1%)	10 (15.6%)	64 (100%)
Domínio 4 (p = 0.245)				
Gênero	A	B	C	Total
Feminino	14 (24.6%)	31 (54.4%)	12 (21.1%)	57 (89.1%)
Masculino	0 (0%)	4 (57.1%)	3 (42.9%)	7 (10.9%)
Total	14 (21.9%)	35 (54.7%)	15 (23.4%)	64 (100%)
Domínio 5 (p = 0.329)				
Gênero	A	B	C	Total
Feminino	14 (24.6%)	30 (52.6%)	13 (22.8%)	57 (89.1%)
Masculino	0 (0%)	4 (57.1%)	3 (42.9%)	7 (10.9%)
Total	14 (21.9%)	34 (53.1%)	16 (25%)	64 (100%)
Domínio 6 (p = 0.392)				
Gênero	A	B	C	Total
Feminino	23 (40.4%)	32 (56.1%)	2 (3.5%)	57 (89.1%)
Masculino	1 (14.3%)	6 (85.7%)	0 (0%)	7 (10.9%)
Total	24 (37.5%)	38 (59.4%)	2 (3.1%)	64 (100%)

Fonte: Dados da pesquisa (2020).

No prosseguimento é apresentada a variável por área de aperfeiçoamento profissional, com 53 respondentes do grupo total. Nesta variável o p-valor esteve maior que 0,05 em todos os domínios, logo, o nível de significância estatística de 5% não apresentou relação com relação a variável área de aperfeiçoamento profissional. De modo que a maior frequência de percentuais esteve no grupo B.

Tabela VIII - Frequência das variáveis por domínio e área de aperfeiçoamento profissional dos enfermeiros participantes da pesquisa.

Domínio 1 (p = 0.079)				
Área de especialização	A	B	C	Total
Clínica Médica	1 (9.1%)	6 (54.5%)	4 (36.4%)	11 (20.8%)
Ensino / Educação	0 (0%)	2 (100%)	0 (0%)	2 (3.8%)
Gestão / Gerenciamento	0 (0%)	5 (71.4%)	2 (28.6%)	7 (13.2%)
Saúde da Família	1 (7.7%)	12 (92.3%)	0 (0%)	13 (24.5%)
Urgência e Emergência	1 (16.7%)	3 (50%)	2 (33.3%)	6 (11.3%)
Sem área específica	3 (21.4%)	11 (78.6%)	0 (0%)	14 (26.4%)
Total	6 (11.3%)	39 (73.6%)	8 (15.1%)	53 (100%)
Domínio 2 (p = 0.217)				
Área de especialização	A	B	C	Total
Clínica Médica	1 (9.1%)	8 (72.7%)	2 (18.2%)	11 (20.8%)
Ensino / Educação	0 (0%)	2 (100%)	0 (0%)	2 (3.8%)
Gestão / Gerenciamento	0 (0%)	5 (71.4%)	2 (28.6%)	7 (13.2%)
Saúde da Família	2 (15.4%)	11 (84.6%)	0 (0%)	13 (24.5%)
Urgência e Emergência	2 (33.3%)	4 (66.7%)	0 (0%)	6 (11.3%)
Sem área específica	5 (35.7%)	9 (64.3%)	0 (0%)	14 (26.4%)
Total	10(18.9%)	39 (73.6%)	4 (7.5%)	53 (100%)
Domínio 3 (p = 0.535)				
Área de especialização	A	B	C	Total
Clínica Médica	2 (18.2%)	6 (54.5%)	3 (27.3%)	11 (20.8%)
Ensino / Educação	0 (0%)	2 (100%)	0 (0%)	2 (3.8%)
Gestão / Gerenciamento	0 (0%)	4 (57.1%)	3 (42.9%)	7 (13.2%)
Saúde da Família	2 (15.4%)	10 (76.9%)	1 (7.7%)	13 (24.5%)
Urgência e Emergência	1 (16.7%)	4 (66.7%)	1 (16.7%)	6 (11.3%)
Sem área específica	5 (35.7%)	8 (57.1%)	1 (7.1%)	14 (26.4%)
Total	10(18.9%)	34 (64.2%)	9 (17%)	53 (100%)
Domínio 4 (p = 0.515)				
Área	A	B	C	Total
Clínica Médica	2 (18.2%)	7 (63.6%)	2 (18.2%)	11 (20.8%)
Ensino / Educação	0 (0%)	2 (100%)	0 (0%)	2 (3.8%)
Gestão / Gerenciamento	0 (0%)	3 (42.9%)	4 (57.1%)	7 (13.2%)
Saúde da Família	4 (30.8%)	5 (38.5%)	4 (30.8%)	13 (24.5%)
Urgência e Emergência	2 (33.3%)	4 (66.7%)	0 (0%)	6 (11.3%)
Sem área específica	4 (28.6%)	7 (50%)	3 (21.4%)	14 (26.4%)
Total	12(22.6%)	28 (52.8%)	13(24.5%)	53 (100%)
Domínio 5 (p = 0.249)				
Área	A	B	C	Total
Clínica Médica	2 (18.2%)	7 (63.6%)	2 (18.2%)	11 (20.8%)
Ensino / Educação	0 (0%)	1 (50%)	1 (50%)	2 (3.8%)
Gestão / Gerenciamento	0 (0%)	2 (28.6%)	5 (71.4%)	7 (13.2%)
Saúde da Família	3 (23.1%)	6 (46.2%)	4 (30.8%)	13 (24.5%)
Urgência e Emergência	2 (33.3%)	4 (66.7%)	0 (0%)	6 (11.3%)
Sem área específica	5 (35.7%)	7 (50%)	2 (14.3%)	14 (26.4%)
Total	12(22.6%)	27 (50.9%)	14(26.4%)	53 (100%)

Domínio 6 (p = 0.295)				
Área	A	B	C	Total
Clínica Médica	2 (18.2%)	9 (81.8%)	0 (0%)	11 (20.8%)
Ensino / Educação	0 (0%)	2 (100%)	0 (0%)	2 (3.8%)
Gestão / Gerenciamento	1 (14.3%)	5 (71.4%)	1 (14.3%)	7 (13.2%)
Saúde da Família	7 (53.8%)	5 (38.5%)	1 (7.7%)	14 (26.4%)
Urgência e Emergência	3 (50%)	3 (50%)	0 (0%)	13 (24.5%)
Sem área específica	6 (42.9%)	8 (57.1%)	0 (0%)	6 (11.3%)
Total	19(35.8%)	32 (60.4%)	2 (3.8%)	53 (100%)

Fonte: Dados da pesquisa (2020).

A tabela IX apresenta as frequências de respostas por domínio de acordo com a variável tempo de atuação no cargo ocupado pelo grupo entrevistado. De modo que, os 6 domínios novamente mostraram o p-valor maior que 0,05, conseqüentemente não houve relação da variável com as respostas por domínio de competência.

Os períodos de maiores frequências foram de 6 meses a 1 ano, 5 a 10 anos e acima de 10 anos, todos com o total de 15 (23,5%) enfermeiros em cada. De acordo com o grupo das colunas, os domínios 1, 4 e 5 mantiveram maior percentual nos grupos B e C. No conseqüente, os domínios 2, 3 e 6 apresentaram maiores frequências no grupo B e A do total de entrevistas.

Tabela IX. Frequência das variáveis por domínio e tempo de atuação no cargo de enfermeiro.

Domínio 1 (p = 0.515)				
Período	A	B	C	Total
Menor que 6 meses	2 (40%)	3 (60%)	0 (0%)	5 (7.8%)
6 meses a 1 ano	1 (6.7%)	12 (80%)	2 (13.3%)	15 (23.4%)
1 a 2 anos	1 (9.1%)	9 (81.8%)	1 (9.1%)	11 (17.2%)
2 a 5 anos	0 (0%)	2 (66.7%)	1 (33.3%)	3 (4.7%)
5 a 10 anos	2 (13.3%)	11 (73.3%)	2 (13.3%)	15 (23.4%)
Acima de 10 anos	0 (0%)	11 (73.3%)	4 (26.7%)	15 (23.4%)
Total	6 (9.4%)	48 (75%)	10(15.6%)	64 (100%)

Domínio 2 (p = 0.603)				
Período	A	B	C	Total
Menor que 6 meses	2 (40%)	2 (40%)	1 (20%)	5 (7.8%)
6 meses a 1 ano	4 (26.7%)	10 (66.7%)	1 (6.7%)	15 (23.4%)
1 a 2 anos	1 (9.1%)	8 (72.7%)	2 (18.2%)	11 (17.2%)
2 a 5 anos	0 (0%)	3 (100%)	0 (0%)	3 (4.7%)
5 a 10 anos	4 (26.7%)	11 (73.3%)	0 (0%)	15 (23.4%)
Acima de 10 anos	2 (13.3%)	11 (73.3%)	2 (13.3%)	15 (23.4%)
Total	13(20.3%)	45 (70.3%)	6 (9.4%)	64 (100%)

Domínio 3 (p = 0.856)				
Período	A	B	C	Total
Menor que 6 meses	2 (40%)	3 (60%)	0 (0%)	5 (7.8%)
6 meses a 1 ano	3 (20%)	10 (66.7%)	2 (13.3%)	15 (23.4%)
1 a 2 anos	1 (9.1%)	8 (72.7%)	2 (18.2%)	11 (17.2%)
2 a 5 anos	0 (0%)	2 (66.7%)	1 (33.3%)	3 (4.7%)
5 a 10 anos	5 (33.3%)	8 (53.3%)	2 (13.3%)	15 (23.4%)
Acima de 10 anos	2 (13.3%)	10 (66.7%)	3 (20%)	15 (23.4%)
Total	13(20.3%)	41 (64.1%)	10 (15.6%)	64 (100%)
Domínio 4 (p = 0.992)				
Período	A	B	C	Total
Menor que 6 meses	1 (20%)	3 (60%)	1 (20%)	5 (7.8%)
6 meses a 1 ano	3 (20%)	9 (60%)	3 (20%)	15 (23.4%)
1 a 2 anos	2 (18.2%)	7 (63.6%)	2 (18.2%)	11 (17.2%)
2 a 5 anos	0 (0%)	2 (66.7%)	1 (33.3%)	3 (4.7%)
5 a 10 anos	4 (26.7%)	8 (53.3%)	3 (20%)	15 (23.4%)
Acima de 10 anos	4 (26.7%)	6 (40%)	5 (33.3%)	15 (23.4%)
Total	14(21.9%)	35 (54.7%)	15(23.4%)	64 (100%)
Domínio 5 (p = 0.29)				
Período	A	B	C	Total
Menor que 6 meses	2 (40%)	3 (60%)	0 (0%)	5 (7.8%)
6 meses a 1 ano	3 (20%)	10 (66.7%)	2 (13.3%)	15 (23.4%)
1 a 2 anos	2 (18.2%)	6 (54.5%)	3 (27.3%)	11 (17.2%)
2 a 5 anos	0 (0%)	3 (100%)	0 (0%)	3 (4.7%)
5 a 10 anos	4 (26.7%)	8 (53.3%)	3 (20%)	15 (23.4%)
Acima de 10 anos	3 (20%)	4 (26.7%)	8 (53.3%)	15 (23.4%)
Total	14(21.9%)	34 (53.1%)	16 (25%)	64 (100%)
Domínio 6 (p = 0.613)				
Período	A	B	C	Total
Menor que 6 meses	3 (60%)	2 (40%)	0 (0%)	5 (7.8%)
6 meses a 1 ano	5 (33.3%)	10 (66.7%)	0 (0%)	15 (23.4%)
1 a 2 anos	5 (45.5%)	5 (45.5%)	1 (9.1%)	11 (17.2%)
2 a 5 anos	0 (0%)	3 (100%)	0 (0%)	3 (4.7%)
5 a 10 anos	7 (46.7%)	8 (53.3%)	0 (0%)	15 (23.4%)
Acima de 10 anos	4 (26.7%)	10 (66.7%)	1 (6.7%)	15 (23.4%)
Total	24(37.5%)	38 (59.4%)	2 (3.1%)	64 (100%)

Fonte: Dados da pesquisa (2020).

Na tabela X é possível observar a frequência das variáveis por domínio e o processo de admissão ao cargo que ocupam na Atenção Básica. Na qual, a contratação via concurso público foi a mais representativa, com 53 (82.8%) dos 64 enfermeiros entrevistados. O p-valor de cada domínio mostrou-se superior a 0,05, logo, não houve relação da variável com as lacunas por competência.

Tabela X - Frequência das variáveis por domínio e processo de contratação dos enfermeiros participantes da pesquisa.

Domínio 1 (p = 0.538)				
Forma de contratação	A	B	C	Total
Concurso Público	4 (7.5%)	40 (75.5%)	9 (17%)	53 (82.8%)
Contratação Temporária	2(18.2%)	8 (72.7%)	1 (9.1%)	11 (17.2%)
Total	6 (9.4%)	48 (75%)	10(15.6%)	64 (100%)
Domínio 2 (p = 0.307)				
Forma de contratação	A	B	C	Total
Concurso Público	10(18.9%)	39 (73.6%)	4 (7.5%)	53 (82.8%)
Contratação Temporária	3 (27.3%)	6 (54.5%)	2 (18.2%)	11 (17.2%)
Total	13(20.3%)	45 (70.3%)	6 (9.4%)	64 (100%)
Domínio 3 (p = 0.707)				
Forma de contratação	A	B	C	Total
Concurso Público	10(18.9%)	35 (66%)	8 (15.1%)	53 (82.8%)
Contratação Temporária	3 (27.3%)	6 (54.5%)	2 (18.2%)	11 (17.2%)
Total	13(20.3%)	41 (64.1%)	10 (15.6%)	64 (100%)
Domínio 4 (p = 0.294)				
Forma de contratação	A	B	C	Total
Concurso Público	10(18.9%)	29 (54.7%)	14(26.4%)	53 (82.8%)
Contratação Temporária	4 (36.4%)	6 (54.5%)	1 (9.1%)	11 (17.2%)
Total	14(21.9%)	35 (54.7%)	15 (23.4%)	64 (100%)
Domínio 5 (p = 0.304)				
Forma de contratação	A	B	C	Total
Concurso Público	10(18.9%)	30 (56.6%)	13(24.5%)	53 (82.8%)
Contratação Temporária	4 (36.4%)	4 (36.4%)	3 (27.3%)	11 (17.2%)
Total	14(21.9%)	34 (53.1%)	16 (25%)	64 (100%)
Domínio 6 (p = 0.529)				
Forma de contratação	A	B	C	Total
Concurso Público	18 (34%)	33 (62.3%)	2 (3.8%)	53 (82.8%)
Contratação Temporária	6 (54.5%)	5 (45.5%)	0 (0%)	11 (17.2%)
Total	24(37.5%)	38 (59.4%)	2 (3.1%)	64 (100%)

Fonte: Dados da pesquisa (2020).

Na tabela a seguir são apresentadas as frequências das variáveis por domínio e a região de atuação dos enfermeiros participantes da pesquisa. Nas quais, foram organizadas em 3 grupos regionais, sendo: Foz do Iguaçu/PR, Guaíra/ PR e cidades gêmeas do sul mato-grossense. O maior percentual de participantes foi da cidade de Foz do Iguaçu/ PR com 50 (78,1%) do total de entrevistados, seguidos de Guaíra /PR com 4 (6,2%) e as cidades gêmeas do estado do Mato Grosso do Sul totalizando 10 (15,6%).

O p-valor mostrou-se superior nos domínios 1,3,4,5 e 6, na medida em que no domínio 2 o p-valor de 0,014 é menor que 0,05, significando assim um nível estatístico considerável com a variável de região do entrevistado.

Tabela XI - Frequência das variáveis por domínio e região de atuação dos enfermeiros participantes da pesquisa.

Domínio 1 (p = 0.093)				
Região	A	B	C	Total
Cidades Gêmeas sul mato grossense / MS	3 (30%)	7 (70%)	0 (0%)	10 (15.6%)
Foz do Iguaçu / PR	3 (6%)	37 (74%)	10 (20%)	50 (78.1%)
Guaíra / PR	0 (0%)	4 (100%)	0 (0%)	4 (6.2%)
Total	6 (9.4%)	48 (75%)	10(15.6%)	64 (100%)
Domínio 2 (p = 0.014)				
Região	A	B	C	Total
Cidades Gêmeas sul mato grossense / MS	5 (50%)	3 (30%)	2 (20%)	10 (15.6%)
Foz do Iguaçu / PR	8 (16%)	39 (78%)	3 (6%)	50 (78.1%)
Guaíra / PR	0 (0%)	3 (75%)	1 (25%)	4 (6.2%)
Total	13 (20.3%)	45 (70.3%)	6 (9.4%)	64 (100%)
Domínio 3 (p = 0.129)				
Região	A	B	C	Total
Cidades Gêmeas sul mato grossense / MS	5 (50%)	4 (40%)	1 (10%)	10 (15.6%)
Foz do Iguaçu / PR	8 (16%)	34 (68%)	8 (16%)	50 (78.1%)
Guaíra / PR	0 (0%)	3 (75%)	1 (25%)	4 (6.2%)
Total	13 (20.3%)	41 (64.1%)	10(15.6%)	64 (100%)
Domínio 4 (p = 0.151)				
Região	A	B	C	Total
Cidades Gêmeas sul mato grossense / MS	5 (50%)	4 (40%)	1 (10%)	10 (15.6%)
Foz do Iguaçu / PR	9 (18%)	29 (58%)	12 (24%)	50 (78.1%)
Guaíra / PR	0 (0%)	2 (50%)	2 (50%)	4 (6.2%)
Total	14 (21.9%)	35 (54.7%)	15(23.4%)	64 (100%)
Domínio 5 (p = 0.139)				
Região	A	B	C	Total
Cidades Gêmeas sul mato grossense / MS	5 (50%)	3 (30%)	2 (20%)	10 (15.6%)
Foz do Iguaçu / PR	9 (18%)	29 (58%)	12 (24%)	50 (78.1%)
Guaíra / PR	0 (0%)	2 (50%)	2 (50%)	4 (6.2%)
Total	14 (21.9%)	34 (53.1%)	16 (25%)	64 (100%)
Domínio 6 (p = 0.094)				
Região	A	B	C	Total
Cidades Gêmeas sul mato grossense / MS	6 (60%)	4 (40%)	0 (0%)	10 (15.6%)
Foz do Iguaçu / PR	18 (36%)	31 (62%)	1 (2%)	50 (78.1%)
Guaíra / PR	0 (0%)	3 (75%)	1 (25%)	4 (6.2%)
Total	24 (37.5%)	38 (59.4%)	2 (3.1%)	64 (100%)

Fonte: Dados da pesquisa (2020).

6.3 COMPETÊNCIAS ESSENCIAIS DOS ENFERMEIROS QUE ATUAM NA ATENÇÃO BÁSICA: ANÁLISE QUALITATIVA

De acordo com o percurso metodológico proposto nesta pesquisa, para análise dos dados qualitativos, utilizou-se o método de Discurso do Sujeito Coletivo (DSC). Desse modo, os 64 enfermeiros entrevistados discorreram sobre a prática profissional na Atenção Básica (AB) de cidades gêmeas situadas na linha de fronteira do Brasil com o Paraguai.

O quadro a seguir mostra um panorama geral das dez Ideias Centrais (ICs) que emergiram a partir da análise do material coletado nas entrevistas, de acordo com as três questões discursivas da pesquisa.

Quadro IX. Apresentação dos resultados gerais da análise do DSC.

Questão Norteadora	Ideias Centrais
Descrever as atividades que tipicamente são desenvolvidas pelos enfermeiros (as) de Atenção Básica na região de fronteira em que atua.	IC1Q1 – Atendimento às gestantes brasileiras e paraguaias
	IC2Q1 – Atendimento às crianças brasileiras e paraguaias
	IC3Q1 - Gerenciamento da equipe multidisciplinar
	IC4Q1 – Atividades privativas do Enfermeiro
Se já atuou na Atenção Básica de outra região que não era de fronteira internacional, descrever as atividades específicas para atuar como enfermeiro (a) em região de fronteira.	IC5Q2 – Prestar assistência cultural para abordagem humanizada
	IC6Q2 – Realizar orientação familiar/comunitária
Descrever as competências que acredita serem específicas para atuar na Atenção Básica de Saúde em uma região de	IC7Q3 – Realizar o diagnóstico situacional da comunidade fronteiriça
	IC8Q3 - Compreensão do idioma estrangeiro
	IC9Q3 - Conhecer o perfil epidemiológico

Fronteira.	da fronteira
	IC10Q3 - Noções das políticas de Saúde do Paraguai

Fonte: Dados da pesquisa (2020).

Os resultados estão organizados de acordo com cada questão norteadora. Sendo que o primeiro questionamento (DSC1) trata das atividades que tipicamente são desenvolvidas pelos enfermeiros na AB da região de fronteira. Surgiram três ICs e DSCs, conforme demonstra a quadro X.

Quadro X. Ideias centrais e discursos do sujeito coletivo sobre as práticas tipicamente desenvolvidas pelos enfermeiros participantes da pesquisa.

Ideias Centrais	Discurso do Sujeito Coletivo
IC1Q1 - Atendimento às gestantes brasileiras e paraguaias	DSC1Q1: <i>“Acompanhamento de pré-natal de gestantes circunscritas na área da ESF e gestantes que residem no Paraguai, porém possuem documento brasileiro”.</i>
IC2Q1 - Atendimento às crianças brasileiras e paraguaias	DSC2Q1: <i>“Puericultura de crianças circunscritas na área da ESF e comumente de crianças que residem no Paraguai, mas possuem documento brasileiro”.</i>
IC3Q1 - Gerenciamento da equipe multidisciplinar	DSC3Q1: <i>“Além dos procedimentos privativos da profissão; também estou no planejamento e gerenciamento das atividades de toda equipe”.</i>
IC4Q1 - Atividades privativas do Enfermeiro	DSC4Q1: <i>“Realizo diariamente: Classificação de risco, atendimento de urgência e emergência, encaminhamentos para rede referenciada, supervisão da equipe de enfermagem e demais procedimentos privativos do enfermeiro”.</i>

Fonte: Dados da Pesquisa (2020).

A análise da IC1Q1, atendimento às gestantes brasileiras e paraguaias, ilustra a atribuições do grupo entrevistado na assistência de enfermagem a saúde da mulher e os cuidados obstétricos realizados na consulta de pré-natal. Como também, a referência ao princípio da universalidade, ao prestar o atendimento a usuária do SUS independentemente do seu país de origem.

Logo, a IC2Q1 aborda à assistência de enfermagem a criança, que ocorre através da realização da consulta de puericultura. Tal atribuição emergiu na maioria dos discursos analisados, fato que denota a responsabilização do enfermeiro no cuidado da criança na AB. A natureza da IC1 e IC2 do questionamento I, evidenciam também que o enfermeiro possui maior contato com a mulher e a criança no que tange o cuidado familiar.

Outro destaque importante, é que o discurso do grupo entrevistado enfatiza a nacionalidade (brasileira ou paraguaia) dos usuários atendidos no SUS. Na mesma medida em que afirmam que os serviços são prestados de acordo com as exigências legais. Fato que denota o comprometimento dos profissionais em prestar a assistência de saúde de acordo com a legislação vigente na conjuntura do princípio da universalidade.

Na sequência, a IC3Q1, o enfermeiro é considerado o gerente da equipe multidisciplinar no planejamento de atividades diárias e atribuições administrativas. Os discursos demonstraram o papel de liderança que é direcionado ao profissional na AB, na medida em que competências gerenciais precisam ser desenvolvidas para o desempenho da função.

Como também, a IC4Q1 refere-se as atividades privativas do enfermeiro que são realizadas diariamente na AB. Os profissionais apresentaram conhecimento considerável sobre as questões éticas e legais da prática assistencial, de modo que, as atividades específicas de cada categoria profissional da equipe de enfermagem precisam ser orientadas e supervisionadas por um enfermeiro responsável.

O segundo questionamento dirigido ao grupo entrevistado, considera os enfermeiros que já tenham atuado na Atenção Básica (AB) de outra região que não era de fronteira internacional, caso positivo, se o profissional percebe a necessidade de atividades específicas para atuar em região de fronteira. Sendo que dos 64 enfermeiros entrevistados, 18 afirmaram já ter atuado na AB de outra localidade que não era de fronteira, e assim surgiram duas IC, conforme demonstra o quadro X.

Quadro XI. Ideias centrais e discursos do sujeito coletivo sobre as atividades específicas do enfermeiro em região de fronteiras, distintas das demais regiões.

Ideias Centrais	Discurso do Sujeito Coletivo
IC5Q2 - Prestar assistência cultural para abordagem humanizada	DSC4Q2: <i>“Aqui precisamos ter um olhar ainda maior diante das diversidades que surgem todos os dias, principalmente pensando na pandemia que estamos vivendo, com enfoque em um atendimento humanizado, saber acolher sem discriminar.”</i>
IC6Q2 – Realizar orientação familiar/Comunitária	DSC5Q2: <i>“Percebo que aqui atendemos uma grande variedade de pacientes e famílias que não são fixos de nossa área, como pacientes oriundos do Paraguai para tratamento de saúde.”</i>

Fonte: Elaborado pelo autor (2020).

A análise do discurso referente a IC5Q2 evidência que existe a necessidade de desenvolver e aplicar a competência cultural em todos os processos assistenciais de enfermagem, como forma de alcançar a realidade de cada usuário atendido, atrelado aos princípios da humanização.

No discurso da IC6Q2, realizar orientação familiar/comunitária é apontada como importante estratégia de inserção dos enfermeiros na realidade das famílias e a comunidade atendida na unidade. Como também, através dos discursos é possível identificar práticas educativas de saúde realizadas pelo enfermeiro para os grupos fixas e as transitórias da comunidade.

Em seguida, a última pergunta dirigida ao grupo, abordou as competências específicas para atuar como enfermeiro (a) na Atenção Básica de Saúde em uma região de Fronteira. Por meio da análise das respostas, pode-se nortear quatro IC, conforme demonstra o quadro XI.

Quadro XII. Ideias centrais e discursos do sujeito coletivo sobre a descrição de competências específicas para o trabalho do enfermeiro na Atenção Básica de Saúde em cidades gêmeas.

Ideias Centrais	Discurso do Sujeito Coletivo
IC7Q3 - Realizar o diagnóstico situacional da comunidade fronteiriça	DSC6Q3: <i>“Conhecer a população a ser atendida, planejando ações conforme diagnóstico situacional. Capacitar a equipe, sempre ouvindo todos os integrantes. Colocar em prática as ações e avaliar resultados para fazer as mudanças necessárias ou não.”</i>
IC8Q3 - Compreensão do idioma estrangeiro	DSC7Q3: <i>“É necessário o domínio do espanhol, como forma de preparo do profissional de enfermagem para o atendimento de qualidade. Por vezes as orientações ficam comprometidas por falta de entendimento do idioma do paciente, principalmente relacionado a atendimento no pré-natal, manejo de pacientes portadores de ISTs e atendimento do SBV.”</i>
IC9Q3 - Conhecer o perfil epidemiológico da fronteira	DSC8Q3: <i>“É preciso ter conhecimento de doenças e ocorrências comuns no Brasil e nos Países vizinhos. Atentando aos aspectos epidemiológicos e de Vigilância Sanitária. Considerando realidades culturais e as legislações adversas, assim como, as mais de 70 etnias que Foz do Iguaçu tem.”</i>
IC10Q3 - Noções das políticas de Saúde do Paraguai	DSC9Q3: <i>“Precisamos ter um olhar crítico sobre os determinantes sociais e</i>

	<p><i>legislativos do país destes pacientes, principalmente para aqueles que vão seguir o tratamento no país de residência, como é o caso dos paraguaios e brasileiros que moram lá”</i></p>
--	--

Fonte: Dados da pesquisa (2020).

No discurso que se refere a IC7Q3, realizar o diagnóstico situacional da comunidade fronteiriça, pode-se verificar que os enfermeiros entrevistados buscam contextualizar-se quanto a realidade da comunidade adscrita. De modo que, o diagnóstico situacional é uma importante estratégia de identificação das necessidades específicas da população, de modo que, os achados apontam determinadas fragilidades para construção do diagnóstico situacional, em virtude das especificidades da fronteira.

No conseguinte, a IC8Q3 aborda a necessidade do enfermeiro em compreender os idiomas do país vizinho, sendo o espanhol e o Guaraní as duas línguas oficiais do Paraguai, ou seja, frequente entre os usuários estrangeiros. Tal estratégia surge diante de barreiras linguísticas que podem comprometer a escuta ativa e comunicação entre enfermeiro e usuário.

Assim como, a IC9Q3 enfatiza a necessidade do enfermeiro em conhecer o perfil epidemiológico específico da fronteira, principalmente, o que tange as doenças de fácil disseminação entre os grupos que viajam de um país para o outro diariamente. Este discurso evidencia a dificuldade do enfermeiro em traçar características epidemiológicas da comunidade fronteiriça, diante de ruptura das estratégias de prevenção, como é o caso do sistema de vacinação que ocorre somente em um lado da fronteira.

Com isso, o discurso da IC10Q3 (noções das políticas de saúde do Paraguai), novamente denota ao enfermeiro o papel de advogar pelas necessidades de saúde do usuário atendido na AB que não reside no Brasil e irá prosseguir com os cuidados de saúde no país de residência. Tais discursos surgem diante da ausência de sistemas de referência e contra referência entre os países da fronteira, e conseqüentemente, comprometem o alcance da concretude da assistência.

Em continuidade, a descrição das atividades realizadas pelo enfermeiro na AB em região de fronteira possibilitou a construção de 29 competências, de acordo com Brandão (2018), conforme o quadro IX.

Quadro XIII: Apresentação das competências expressas pelos enfermeiros, de acordo com as atividades realizadas na AB em região de fronteira.

Competências gerenciais	
1.	Comunicar-se na forma oral e escrita, sempre que necessário, com todos os profissionais que compõem a RAS (Rede de Atenção à Saúde);
2.	Atender a todo e qualquer usuário, observando as normativas legais do SUS;
3.	Gerenciar o controle de materiais e insumos;
4.	Elaborar o diagnóstico situacional na unidade e comunidade adscrita;
5.	Implementar processos de Educação Permanente em Saúde (EPS);
6.	Elaborar relatórios das coletas de exames citopatológico e teste rápido;
7.	Formular a escala de trabalho da equipe de enfermagem;
8.	Formular a estratificação de risco da unidade;
9.	Zelar e proteger o patrimônio da unidade;
10.	Identificar e corrigir falhas no processo de trabalho da equipe de enfermagem;
11.	Organizar as atividades diárias da sala de vacina da unidade;
12.	Elaborar e propor protocolos de enfermagem;
13.	Supervisionar as atividades diárias da equipe de enfermagem e dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS);
14.	Formular estrategicamente a transferência do usuário de forma segura e eficiente;
15.	Preencher a ficha de Notificação Compulsória de doenças;
Competências assistenciais	
16.	Realizar o acolhimento com escuta ativa e integralizada;
17.	Supervisionar a administração de medicamentos pela equipe de enfermagem;

18. Organizar o atendimento a demanda espontânea;
19. Promover os grupos de atendimento do Hiperdia;
20. Organizar os atendimentos através da classificação de risco;
21. Realizar consulta de Enfermagem;
22. Realizar consulta de pré-natal;
23. Realizar consulta de Puericultura;
24. Elaborar a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE);
25. Formular o manejo clínico de pacientes portadores de Infecções Sexualmente Transmissíveis;
26. Formular o fluxo de atendimento para Suporte Básico de Vida (SBV);
27. Realizar passagem de sondas;
28. Realizar testes rápidos para diagnóstico de HIV; VDRL; Hepatite B e C
29. Formular estratégias para a visita domiciliar;

Fonte: Dados da pesquisa (2020).

As competências expressas no quadro IX contemplam todas as funções do enfermeiro para o trabalho na AB, como também, competências que não são de responsabilidade exclusiva do profissional, mas de toda equipe de saúde. Fato que denota determinada desigualdade no dimensionamento de serviços e sobrecarga do profissional.

Em seguida, a partir da análise do discurso sobre as atividades específicas do enfermeiro na AB em região de fronteira e conforme a orientação de Brandão (2018) para descrição de competências operacionais, o quadro a seguir indica as competências específicas que emergiram das respostas do grupo entrevistado.

Quadro XIV: Apresentação dos resultados do mapeamento de competências expressas pelos enfermeiros e que não são orientadas pela PNAB, 2017.

1. Realizar o diagnóstico situacional da comunidade fronteiriça;
2. Atender o usuário estrangeiro com escuta ativa e humanizada;
3. Comunicar-se de forma adequada com o usuário estrangeiro;
4. Realizar o perfil epidemiológico da fronteira;
5. Conhecer as políticas de saúde do país vizinho;

Fonte: Dados da pesquisa (2020).

O mapeamento permitiu identificar cinco competências que foram referidas pelos enfermeiros que atuam na AB em região de fronteira e que não constam na PNAB (2017). Sendo estas, competências relativas ao cotidiano da assistência de enfermagem prestada na AB de cidades gêmeas do Brasil com o Paraguai.

7 DISCUSSÃO

Como resultado da pesquisa documental e para legibilidade das competências que devem ser desempenhadas pelos enfermeiros que atuam nas redes de Atenção Básica (AB) dos municípios brasileiros, em que foi estudada a regulamentação da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) da portaria Nº 2.436, de 21 de setembro de 2017, documento oficial que padroniza e direciona as competências dos profissionais que compõem a equipe. Como também, a Lei do Exercício Profissional de Enfermagem, legislação vigente no Brasil de Nº 7.498/1986 e o Decreto Nº 94.406/1987 que regulamenta a lei, com ênfase ao Art.8 em que se refere as atribuições privativas do enfermeiro.

Logo no primeiro domínio “Análise da situação de saúde” do instrumento Marco Regional de Competências Essências em Saúde Pública (MRCESP) foram identificadas características importantes do serviço do enfermeiro na AB. Conforme é preconizado pela Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS, 2018) tal competência é descrita como a linha do cuidado capaz de estabelecer intervenções de saúde específicas para grupos populacionais. Na PNAB (2017) é reconhecida quando direcionada ao enfermeiro a responsabilidade de elaborar os planos de cuidado a partir da efetivação da estratificação de risco na comunidade em que se encontra.

Neste processo de amplitude do trabalho de enfermagem na comunidade, o domínio “Vigilância e Controle de Riscos e Danos” também pode ser caracterizado na identificação, avaliação e gerenciamento de riscos que o enfermeiro realiza na AB. A gestão do risco é uma importante estratégia para prática segura de enfermagem, sendo assim entendida como um recurso contínuo de iniciativas, procedimentos, condutas no controle de riscos que podem vir a comprometer a qualidade da assistência.

Tal prática é regulamentada pela lei 7.498/1986 do exercício profissional de enfermagem que aborda a prevenção e controle sistemático de danos como trabalho privativo do enfermeiro. Na medida em que a PNAB (2017) também descreve a participação do profissional no processo de mapeamento e identificação de grupos vulneráveis expostos a riscos.

Percebe-se assim uma maior preocupação na área de segurança do paciente, com enfoque na Política Nacional de Segurança do Paciente (2013), que descreve ações voltadas à segurança do paciente e disseminação de informações sobre o tema, inicialmente esteve voltada para a assistência hospitalar, entretanto, é na AB que surge o

cuidado inicial, sendo tida como porta de entrada do usuário do SUS, tornando-se assim importante discutir controle de riscos e danos neste âmbito de saúde (SILVA, 2019).

Outro fator de destaque, é a necessidade de elaboração e implantação de protocolos municipais de enfermagem, uma vez que, detalham todas as características da assistência da região adstrita, contemplando a operacionalização dos problemas locais, podendo assim, após validação, servir de respaldo legal para prática segura de enfermagem. Reforça-se que o Brasil possui uma intensa expansão territorial, com ampla diversidade cultural, epidemiológica, social, econômica e política, fundamentando ainda mais a necessidade de implantação de protocolos regionais de enfermagem (CAMPOS; KUCKERTII, 2014)

No domínio de “Promoção da saúde e participação social”, compreende-se que o enfermeiro, assim como os demais membros da equipe de saúde, operacionaliza o bem-estar e qualidade de vida das pessoas, em defesa da equidade e desenvolvimento de intervenções voltadas para participação popular e deliberativa (SILVA et al., 2010). Na PNAB (2017) é descrito o compromisso de toda equipe de saúde com a articulação de intervenções de promoção da saúde, como principal plano de fortalecimento e consolidação do SUS, tornando assim, cada vez mais concretos seus princípios e diretrizes.

Ainda nesta vertente, no domínio de “Política, planejamento, regulação e controle” o enfermeiro de saúde pública está inserido nos processos de fiscalização, avaliação e cooperação do SUS, sendo que, tal prática o permite identificar as demandas regionais e locais de saúde, considerando suas prioridades, o que justifica a necessidade de sua atuação regulatória. Além do mais, pela PNAB (2017) é orientada a participação do enfermeiro na regulação do acesso na AB, na definição de fluxos assistências, assim como na elaboração de protocolos e diretrizes para concretude da assistência de qualidade.

Neste mesmo sentido, o domínio que trata “Equidade ao acesso, e qualidade nos serviços individuais e coletivos” envolve uma das principais condições da saúde pública brasileira é a garantia de acesso a todos, disponibilizado universalmente sem barreiras. É importante contextualizar que o enfermeiro em quanto agente precursor da prática de enfermagem equânime, possui sensibilidade para reconhecer potencialidades e limitações de cada usuário e assim fundamentar os processos assistências.

No que toca a prática do enfermeiro na Atenção Básica, a equidade se baseada na legislação do exercício profissional (BRASIL, 1986) e pela PNAB (2017), de modo que

fica resguardado o direito de prestar o cuidado reconhecendo as diferenças e condições de vida e saúde da população, priorizando o direito à saúde pelas diferenciações e à diversidade.

Diante desta perspectiva, constata-se o enfoque transdisciplinar que o enfermeiro deve possuir em sua prática assistencial, conforme é abordado no último domínio do questionário MRCESP (Saúde internacional e saúde global), a asserção estende a saúde para além das fronteiras nacionais, dado que a globalização interconecta a população mundial e categoricamente influencia no campo da saúde, desse modo, é fundamental reputar a abordagem global com enfoque nos direitos humanos, promovendo assim qualidade na assistência de saúde para todos os cidadãos do mundo.

Para o enfermeiro da AB atuar na saúde global, é imprescindível o saber político dos sistemas de saúde, assim como, seus determinantes e condicionantes, além das questões globais que existem em zonas de limite internacional (PRETO et al., 2015). De tal maneira, a regulamentação do exercício profissional de enfermagem (BRASIL, 1986) e a PNAB (2017) não citam o tema saúde global, entretanto, referem ao enfermeiro o estabelecimento de mecanismos que garantam acolhimento e acessibilidade para todos, afim de receber e ouvir qualquer usuário livre de barreiras nacionais.

É importante destacar que nesta revisão não foram encontrados documentos oficiais e/ou legislações vigentes que pudessem descrever as competências do enfermeiro para atuar em localidades fronteiriças. Documentos como o SIS-fronteira e o programa saúde do viajante, consideraram os serviços de saúde na fronteira de forma ampla e sem grande profundidade ao trabalho da enfermagem (BRASIL,2014).

Para melhor compreender tal insipiência, é necessário partir de uma análise histórica, e assim poder constatar que o desenvolvimento da enfermagem e do Sistema Único de Saúde (SUS) sempre permearam por caminhos estreitos que se complementam até os dias atuais. Pode-se ter como exemplo, a própria legitimação do exercício profissional de enfermagem de 1986, que foi resultado de demandas políticas, econômicas e sociais, mas obteve pouco reconhecimento da sociedade e dos órgãos públicos da época.

Na mesma década em que os paradigmas iniciais do SUS começavam a emergir e fundamentar a sua criação, principalmente, a partir dos conhecidos “Movimento da Reforma Sanitária” e a “VIII Conferência Nacional de Saúde”, na qual, foi proposta a elaboração de um sistema regido pelos princípios da universalidade, equidade e integralidade, assim como a ampliação do conceito de saúde. Evento na qual a

enfermagem não apresentou participação clara e articulada.

Embora o enfermeiro tenha dificuldades em comprovar o seu envolvimento efetivo na construção de políticas sociais, desde a regulamentação do SUS pelas leis orgânicas de saúde de 1990, o profissional tem ocupado espaços de destaque na administração dos serviços públicos de saúde, e com isso pode ampliar o seu rol de competências, com destaque as áreas de gerenciamento, dimensionamento de recursos humanos, avaliação da qualidade, educação permanente e a pesquisa em enfermagem.

Sendo assim, conforme a evolução do SUS o enfermeiro passou a ser membro fundamental de todos os níveis de atenção (primário, secundário e terciário), com destaque para a equipe de Atenção Primária de Saúde (APS), que a partir da criação do Programa Saúde da Família (PSF) em 1994, ouve um notório crescimento da empregabilidade da enfermagem na saúde pública.

Entretanto, o fato é que mesmo tratando-se de áreas que se relacionam (saúde pública e enfermagem), o planejamento legislativo do SUS pouco advoga pelas necessidades e problemas da categoria, mesmo necessitando constantemente de sua mão de obra. Como é o caso dos enfermeiros que atuam em região de fronteira, sendo este um reflexo de décadas em que a profissão não conta com o devido fortalecimento e investimento (FERREIRA; PÉRICO; DIAS, 2018).

Nóbrega-Therrien et al (2018), afirmam que por muitos anos o enfermeiro não exerceu ações transformadoras, no que tange o reconhecimento da sociedade, mas sim, executou as orientações determinadas pelas políticas e programas de saúde. Ressaltasse, a importância deste profissional como agente transformador, que possa ser notada a dimensão do seu espaço conquistado ao longo dos anos e assim alcance visibilidade e legitimação de todas as competências que exerce diariamente.

De acordo com o Conselho Federal de Enfermagem (COFEN, 2020), o número de enfermeiros no Brasil já se aproxima da marca de seiscentos mil (592.207), e mesmo diante de uma força de trabalho com alta responsabilidade técnica, quando se trata de saúde na fronteira, em todos os 9 estados brasileiros (Rio Grande do Sul, Santa Catarina, Paraná, Mato Grosso do Sul, Mato Grosso, Rondônia, Acre, Amazonas e Pará) que possuem fronteira internacional (terrestre e/ou fluvial) são inúmeras as dificuldades vivenciadas por estes trabalhadores da saúde pública.

Tais problemas já tem sido debatidos em eventos importantes da enfermagem brasileira, pode-se citar a 22º CBCENF (Congresso Brasileiro dos Conselhos de Enfermagem), realizada no ano de 2019 na cidade de Foz do Iguaçu/PR, na qual,

profissionais da categoria analisaram a complexa realidade da enfermagem em comunidades fronteiriças, assuntos como déficit no planejamento dos serviços, assistência às comunidades indígenas e aprimoramento das competências do enfermeiro, foram tópicos de destaque nas discussões (CBCENF, 2019).

Além disso, no ano seguinte (2020) o trabalho da enfermagem se agravou com a pandemia do Coronavírus (COVID-19), sendo que os profissionais, foram e seguem direcionados na chamada “linha de frente” para o combate, tratamento e controle da disseminação da doença, atuando em setores públicos, filantrópicos e privados. Autores afirmam que mesmo com a intensificação dos problemas já existentes na enfermagem, a categoria segue sem intervenção por parte das esferas públicas de gestão e da sociedade.

Neste contexto, para execução da presente pesquisa, foi necessário readaptar o público alvo, em virtude da indisponibilidade dos enfermeiros inicialmente convidados. Desse modo, este estudo contou com a participação de 64 (100%) enfermeiros que atuam na AB de 6 cidades gêmeas do estado do Paraná e Mato Grosso do Sul na linha de fronteira com o Paraguai.

A partir do mapeamento de competências dos enfermeiros que atuam na rede de atenção básica de cidades gêmeas dos estados do Paraná e Mato Grosso do Sul, os dados quantitativos foram analisados e cruzados pelas variáveis de perfil e do questionário Marco Regional de Competências Essências em Saúde Pública (MRCESP), no intuito de identificar possíveis lacunas nas competências essenciais.

Ao analisar a frequência de respostas em cada um dos seis domínios do instrumento, a maioria do grupo entrevistado assinalou as alternativas do grupo B (Tenho conhecimento limitado sobre o assunto para aplicação na prática/ Tenho conhecimento sobre o assunto e sei ou saberia aplicá-lo na prática). Dado que não configura em lacuna (*gap*) por competência, entretanto, reflete determinada fragilidade dos enfermeiros diante dos temas do instrumento MRCESP (Anexo III).

Sendo que o grupo C (Tenho bom conhecimento sobre o assunto, coloco em prática e saberia ensiná-lo a outros) não obteve considerável grau de respostas quando comparados ao grupo A (não tenho conhecimento sobre o assunto / Já ouvi falar mais tenho pouco conhecimento sobre o assunto) especialmente nos domínios 5 (Equidade de acesso, e qualidade nos serviços individuais e coletivos) e 6 (Saúde Internacional e Saúde Global).

Acredita-se, que ao tratar da equidade e qualidade nos serviços prestados (domínio 5) pelo enfermeiro de Atenção Básica (AB), é importante partir do princípio de que o

profissional precisa estar conectado diariamente com a comunidade a qual pertence e assim poder compreender as necessidades e problemas existentes, para que possa encontrar os recursos necessários e garantir os direitos sociais de saúde.

Ferreira et al (2017) ao promover a reflexão sobre o trabalho do enfermeiro na AB e os meios necessários para reconstrução da prática profissional, descrevem que a priorização de determinados serviços gerenciais, distancia o enfermeiro da assistência direta e da realidade da população. Fato que dificulta a tomada de decisão e consequentemente podem negligenciar determinadas competências. Por outro lado, admite-se que com o passar dos anos, os enfermeiros precisaram assumir papéis ampliados na gestão e assistência, afim de garantir a cobertura universal de saúde.

Tais paradigmas se estreitam a perspectivas da saúde de todo mundo, tratadas no conceito de saúde global (domínio 6). Os estudos na área de enfermagem global podem vir a ser um importante subsídio para o aprimoramento do cuidado individual e coletivo na AB, uma vez que trata de um processo que envolve determinantes sociais e incluem iniciativas na pesquisa, liderança, educação e política, sendo estes, temas recentes da categoria. Fato que dialoga com o considerável índice de respostas no grupo A do domínio 6 (MENDES; VENTURA; FUMINCELLI, 2018).

Mendes et al (2018), demonstraram também, através do instrumento “Competências Básicas Essenciais de saúde Global” avaliaram a partir de uma amostra de 222 docentes de enfermagem, se determinantes da saúde global estavam sendo abordados na graduação. Fora constatado que estes conhecimentos ainda são rasos na formação do enfermeiro, mas reconhecido que se trata de um tema que precisa ser introduzido gradativamente nas grades curriculares dos cursos superiores de enfermagem.

No que se refere as variáveis de perfil do grupo entrevistado na presente pesquisa, dos sessenta e quatro profissionais, a maioria era do gênero feminino, com idades entre 30 a 39 anos, especialistas e com tempo de atuação na AB acima de 5 anos. Contudo, ao realizar o cruzamento destas variáveis de perfil, não houveram significância estatística em nenhum dos domínios, entretanto, os mesmos permaneceram no grupo B, de modo que possuem as respectivas competências, mas com fragilidade para aplicação.

No que se refere a variável região em que os enfermeiros atuam, o maior número de participantes foi do município de Foz do Iguaçu (PR), seguidos das cidades gêmeas do Sul Mato grossense e a cidade de Guaíra (PR). Quando comparamos esta variável com os domínios, percebemos significância estatística (*gap*) dos enfermeiros da região do sul mato grossense no domínio 2 (Vigilância e controle de riscos e danos).

Dado similar a pesquisa de Hortelan (2018), em que foi mapeado as competências essenciais de sessenta dois gestores de saúde pública de municípios lindeiros do Oeste do Paraná, também pelo instrumento MRCESP. De modo que o *gap* mais expressivo na pesquisa foi o domínio 2.

Aponta-se que para o enfermeiro exercer as competências na área de vigilância e controle de doenças, é necessário oportunizar meios de atualização e aprimoramento profissional, além do que é tratado na formação acadêmica. Lobô et al (2018) ao investigar o ensino de vigilância sanitária através dos Projetos Políticos Pedagógicos (PPP) de 98 IES (públicas) de cursos de enfermagem, constataram que majoritariamente o tema está inserido em componentes curriculares diversos, o que demonstra determinada instabilidade da formação na área.

É importante salientar que este principal *gap* mapeado pela análise quantitativa, é proveniente de enfermeiros que atuam em comunidades fronteiriças (linha de fronteira com o Paraguai), onde existe uma intensa migração pendular de pessoas e bens materiais que ultrapassam diariamente a fronteira geográfica, e assim dificulta o controle da vigilância sanitária e demais vertentes epidemiológicos e ambientais da fronteira.

Na sequência, os dados qualitativos desta pesquisa foram analisados a partir de três questões discursivas, elaboradas e adaptadas pelos pesquisadores ao instrumento MRCESP, de modo que os entrevistados discorreram sobre as suas atividades diárias na AB da cidade gêmea de atuação. A partir da primeira questão norteadora (DSCQ1), foi possível numerar 29 competências expressas pelos enfermeiros de saúde pública, sendo categorizadas entre gerenciais e assistenciais.

Diante do mapeamento proposto na presente pesquisa e orientado pelo referencial de Brandão (2018), as competências expressas pelos enfermeiros foram comparadas com as descritas pela PNAB (2017) e a Lei do exercício profissional de enfermagem. Logo, foi possível identificar uma amplificação das atividades expressas pelos enfermeiros, em virtude da auto responsabilização de competências que não são exclusivamente de sua incumbência.

Pode-se citar como exemplo as competências: 5 (Implementar processos de Educação Permanente em Saúde), 9 (Zelar e proteger pelo patrimônio da unidade) e 15 (Preencher a ficha de Notificação Compulsória de doenças), sendo estas, atribuições de todos os profissionais da saúde, entretanto, emergiram entre o rol de atribuições diárias dos enfermeiros entrevistados. Fato que denota uma possível divisão desigual de

competências exercidas pela equipe multiprofissional.

Um estudo multicêntrico realizado nas cinco regiões brasileiras, analisou os elementos que geram sobrecarga de trabalho em 40 enfermeiros que atuam em unidades de saúde da família. Nos achados foi possível identificar que o excesso de trabalho dos profissionais ocorre principalmente em virtude do déficit quantitativo de trabalhadores, que se agrava com o excesso de atividades realizadas que não competem exclusivamente aos enfermeiros (BIFFE et al., 2020).

Similarmente, na pesquisa de Fernandes et al (2018) ao analisar a identidade profissional do enfermeiro de saúde pública, através do discurso de 48 enfermeiros atuantes na AB dos estados do Ceará e Paraíba, constataram que os profissionais associam sua imagem com o sentido do “Faz tudo”. Tal situação, distancia o profissional da essência de sua profissão, uma vez que assume competências que vão além das necessárias para o cargo, gerando o sentimento de pertencer a múltiplas categorias, não somente da enfermagem, por consequência tem a sua identidade profissional vulnerabilizada.

Quanto aos “*gaps*” identificados pelo mapeamento de competências, observou-se a partir da primeira competência da PNAB (2017), que orienta quanto ao atendimento de enfermagem em espaços comunitários, associações, escolas entre outras, em todos os ciclos de vida, não houve discursos que considerassem tais atividades externas da unidade, com exceção da competência 19 (Promover os grupos de atendimento do Hiperdia) e 29 (Formular estratégias para a visita domiciliar), sendo que estas atividades possuem determinantes legais para vigência e execução.

Reconhecesse que a educação em saúde é uma importante estratégia para alcance e efetividade da prática preventiva na saúde coletiva, ao mesmo tempo em que o enfermeiro da AB deve ser capaz de gerenciar atividades educativas para a comunidade, quando houver estrutura e oportunidade para o exercício de tal competência.

É possível citar o Programa Saúde na Escola (PSE, 2007), na qual, visa oportunizar a integração e articulação da educação em saúde nas comunidades escolares de todo o Brasil. Entretanto, Brasil et al (2017), ao analisar as ações do PSE entre enfermeiros e professores da cidade de Fortaleza/CE, identificaram que grande parte dos profissionais desconhecem a fundamentação e objetivos do programa, assim como, não sabiam como planejar e desenvolver as atividades entre a Unidade Básica de Saúde (UBS) e escola. Fato que denota a importância de os programas de saúde serem orientados para toda equipe multiprofissional e gerencial, com suporte e preparo para a prática.

Para Ferreira et al (2018), uma das características marcantes do cotidiano do enfermeiro de AB é a sobrecarga de trabalho atrelada ao afastamento da assistência direta, como consequência da necessidade constante em ofertar respostas imediatas aos problemas da unidade e população, ou seja, a priorização de demandas que requerem respostas mais urgentes e ligadas a questões gerenciais.

O profissional enfermeiro por vezes não reconhece as diversas competências que exerce e que devem ser exercidas. Cruz e Carrijo (2017) ao analisar a percepção de 9 enfermeiros gestores de um hospital público de Foz do Iguaçu/PR sobre o processo de Educação Permanente em Saúde (EPS), constaram o desconhecimento de os profissionais quanto a competência do enfermeiro enquanto educador.

Na medida em que inúmeros procedimentos da assistência podem estar sendo exercidos sem o total grau de segurança e confiabilidade por parte dos profissionais. Moll et al (2017) ao investigar o grau de compressão de 12 enfermeiros da Atenção Básica de uma cidade do Triângulo Mineiro, no que tange a logística e sistematização das RAS (Redes de Atenção à Saúde), constataram significativas falhas que dificultam a consolidação dos serviços, determinada desarticulação entre a atenção primária e os demais níveis de atenção à saúde que acarretam prejuízos para a continuidade da assistência.

Quanto as Ideias Centrais (IC) identificadas pela análise do DSCQ1, emergiram quatro, sendo: (IC1Q1) Atendimento às gestantes brasileiras e paraguaias; (IC2Q1) Atendimento às crianças brasileiras e paraguaias; (IC3Q1) Gerenciamento da equipe multidisciplinar; (IC4Q1) Atividades privativas do Enfermeiro. É importante notar que o atendimento ao usuário estrangeiro emergiu em duas IC, fato que torna evidente a presença diária deste público nos serviços de saúde da fronteira.

Na medida em que a natureza destes atendimentos se refere a gestantes e crianças. É fundamental compreender que a morbimortalidade infantil é um indicador de saúde e desenvolvimento social, atrelada as condições socioeconômicas e sanitárias da comunidade. Quanto a mortalidade materna, de acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), mesmo diante de uma considerável redução no número de casos, os índices ainda são considerados elevados, principalmente, o que tange aos óbitos que poderiam ser evitados.

Rocha et al (2018), ao analisar o conhecimento e perspectiva de enfermeiros quanto a rede de atenção materna e infantil nas cidades que pertencem a 9º regional de

saúde estado do Paraná/Brasil, constataram que os entrevistados possuíam conhecimento sobre a rede, assim como, foram capacitados para execução da assistência. Entretanto, apresentaram dificuldades na estratificação de risco intermediário, na medida em que realizam a consulta de puericultura, mas desconhecem os serviços de referência a criança de risco.

Dado semelhante a pesquisa de Barres e Baggio (2020), que ao investigar a continuidade do cuidado ao recém-nascido pré-termo na AB da cidade fronteira de Foz do Iguaçu/ Paraná, evidenciaram a urgente necessidade de planejamento e avaliação dos fluxos de referência e contrarreferência no atendimento destes grupos, diante de uma intensa desarticulação das redes de saúde na fronteira, que limitam a prática profissional do enfermeiro e de toda equipe.

No conseguinte, a IC3Q1 (Gerenciamento da equipe multidisciplinar), contextualiza o papel do enfermeiro de quem organiza e planeja as ações da equipe multiprofissional na unidade de AB. É importante salientar que o profissional por cumprir competências assistências e gerenciais e estar a frente da equipe em inúmeras circunstâncias, conseqüentemente, ocupa o cargo de líder da equipe multiprofissional.

Barreto et al (2018), ao investigar a percepção de doze trabalhadores de uma equipe multiprofissional (nutricionistas, fisioterapeutas, psicólogos e educador físico), quanto o desempenho do enfermeiro na elaboração de práticas educativas na AB do município de Aracati, litoral do Ceará, foi possível identificar que a equipe reconhece o trabalho do enfermeiro, na medida em que as ações educativas são competências de todos, mas na maioria das vezes, planejada e desenvolvida somente pelo enfermeiro. Dado que aponta determinada dependência da equipe diante da liderança exercida pelo enfermeiro no âmbito da AB.

Logo, o segundo questionamento discursivo da pesquisa foi direcionado aos enfermeiros que já atuaram na AB de outras regiões distintas da realidade fronteira, e assim, quais competências acreditam ser específicas para o exercício da profissão em região de fronteira. De modo que, surgiram duas Ideias Centrais (IC), sendo: (IC5Q2) prestar assistência cultural para abordagem humanizada e (IC6Q2) realizar orientação familiar/ comunitária.

No que se refere a assistência cultural do enfermeiro, apontada na IC5Q2, é importante compreender que tal atributo tem sido discutido em diversos países, como principal instrumento de preparo para o cuidado em saúde a populações diversificadas, sendo que tal habilidade é fundamental para o vínculo do enfermeiro com o paciente de

qualquer origem, na qual, muitas vezes são vivenciadas por um “choque de culturas”. Autores apontam que o desenvolvimento da competência cultural na AB atrelada a ações na comunidade, são meios viáveis de alcance das principais estratégias e diretrizes da PNAB (2017).

Os entrevistados também consideraram a assistência de enfermagem para família comunidade (IC6Q2) como importante intervenção na saúde das populações de fronteira. É possível compreender a complexidade da realidade vivenciada por estes profissionais, uma vez que, são orientados a prestar o cuidado integralizado e equânime para todos, na medida em que a assistência de enfermagem na AB de cidades fronteiriças possui peculiaridades que ultrapassam os preceitos da PNAB (2017), fato que gera inúmeras dificuldades com a não legitimação do estrangeiro presente no território brasileiro.

Na continuidade da entrevista discursiva, o último questionamento solicitou aos enfermeiros, quais competências acreditam ser essenciais para o trabalho na Atenção Básica de Saúde em cidades-gêmeas do Paraná e Mato Grosso do Sul. Logo, dos discursos emergiram quatro IC, sendo: (IC7Q3) realizar o diagnóstico situacional da comunidade fronteiriça, (IC8Q3) compreensão do idioma estrangeiro, (IC9Q3) Conhecer o perfil epidemiológico da fronteira, (IC10Q3) Noções das políticas de saúde do Paraguai.

No que se refere a IC7Q3, o diagnóstico situacional elaborado pelo enfermeiro na UBS é tido pela literatura como um dos mais importantes instrumentos de gestão e pesquisa do profissional, na qual, permite-se conhecer o perfil e as necessidades da comunidade adscrita e assim posteriormente poder planejar e programar as ações. Como também, promove unificação e direcionamento da assistência prestada pela equipe multiprofissional. Entretanto, não foram identificados achados científicos que contextualizem a execução do diagnóstico situacional de enfermagem em comunidades fronteiriças, dado que sugere a necessidade de maiores pesquisas neste âmbito.

A competência linguística apontada na IC8Q3, é considerada pelos enfermeiros como importante meio para compreensão fidedigna do paciente estrangeiro atendido na fronteira. Dado homogêneo ao trabalho de Silva et al (2020), que analisou a compreensão de enfermeiros sobre a assistência ao parto e nascimento, na região de fronteira do estado do Amapá com a Guiana Francesa, na qual, a diversidade cultural foi referenciada como fator limitante para a comunicação efetiva, na medida em que existem numerosas etnias indígenas, além de estrangeiros.

Como também, na IC10Q3 é referida a competência do enfermeiro em compreender o planejamento legislativo das políticas de saúde do Paraguai,

principalmente, no que se refere ao paciente estrangeiro que dá continuidade ao tratamento e cuidados de saúde no país de residência. Fato delicado que exemplifica a heterogeneidade dos serviços de saúde nos países da América do Sul, o que contribui para disparidades na assistência prestada nas cidades fronteiriças.

Werle et al (2021), ao analisar a tendência de casos de HIV/Aids por sexo e faixa etária nas cidades gêmeas do Mato Grosso do Sul, evidenciaram um representativo avanço da doença em diferentes grupos, como também, a limitação da pesquisa em traçar um perfil da comunidade, diante da notificação compulsória realizada somente no Brasil atrelado ao fluxo migratório de usuários do SUS.

Diante disso, compreende-se a complexidade das barreiras existentes no trabalho do enfermeiro da Atenção Básica de saúde em cidades gêmeas, principalmente, no que tange a ordenação do perfil epidemiológico da comunidade, competência apontada na IC9Q3. Uma vez que para modificação desse cenário será necessário o envolvimento de todos os níveis de gestão da saúde (municipal, estadual e federal), com cooperação bilateral para alinhar o atendimento da população estrangeira no SUS.

8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados deste trabalho atenderam aos questionamentos e objetivos norteadores da pesquisa. O mapeamento de competências proposto, emergiu diante da necessidade de analisar e discutir a prática profissional de enfermeiros que atuam na Atenção Básica de saúde em cidades gêmeas da linha de fronteira do Brasil com o Paraguai, e assim, poder identificar a existência de lacunas de conhecimentos, habilidades e atitudes, como também, competências exercidas além do que é orientado pela legislação vigente.

Através dos achados bibliográficos, foi possível constatar a escassez de documentos e pesquisas que possam respaldar o exercício profissional do enfermeiro de saúde pública em regiões de fronteira, sendo este, um reflexo do processo histórico da própria categoria profissional, que mesmo ocupando espaços fundamentais para estabilidade e laboração de todo Sistema Único de Saúde (SUS), ainda carece de reconhecimento e valorização, com destaque ao campo de Atenção de Básica de saúde.

O instrumento Marco Regional de Competências Essenciais em Saúde Pública, responde as competências direcionadas ao enfermeiro, sendo assim viável para avaliação do desempenho dos profissionais. De modo que, os dados quantitativos da pesquisa demonstraram que a maior parte do grupo entrevistado possui conhecimento das competências, mas com barreiras para a aplicabilidade no cotidiano de trabalho.

Desse modo, é importante destacar o papel prioritário da Educação Permanente em Saúde para resolutividade de problemas específicos do exercício profissional, sendo está uma modalidade respaldada e orientada pelo SUS, mas que não deve ser de responsabilidade exclusiva de um único profissional, mas sim, um compromisso de todos.

Quanto à lacuna identificada (Vigilância e controle de riscos e danos), compreende-se as limitações dos profissionais para realizar o controle de doenças em toda comunidade adscrita. Pois conforme discutido, dentre a complexa realidade das regiões de fronteira, os intensos fluxos migratórios e a heterogeneidade dos sistemas de saúde de cada país são fatores que limitam o desempenho do profissional.

Destaca-se a necessidade de fortalecimento da pesquisa, ensino e extensão na área de enfermagem, assim como, nas grades curriculares dos cursos de formação superior, principalmente o que tange a saúde global. Considerando que somente a evidência científica é capaz comprovar as dificuldades da saúde em região de fronteira e assim propor soluções.

Nas competências expressas, na análise qualitativa da pesquisa, foi possível identificar atividades diárias que não são de exclusiva responsabilidade dos enfermeiros, o que demonstra a vulnerabilidade da identidade do profissional diante da equipe. Entende-se que o enfermeiro assumiu novas competências gerenciais ao longo dos últimos anos, entretanto, é fundamental ter clareza do rol de competências de cada membro da equipe multiprofissional, e com isso, pode prestar uma assistência sincrônica e contínua para comunidade, evitando sobrecarga de trabalho desvalorização profissional.

Quanto às competências específicas para o trabalho em região de fronteira, os enfermeiros descreveram questões inerentes às necessidades do campo de atuação. Diante disso, enfatiza-se a urgente necessidade de revisão e atualização da Política Nacional de Atenção Básica, e que assim sejam considerados todos os aspectos que envolvem a saúde em região de fronteira.

Recomenda-se, a partir dos achados desta pesquisa, a proposição de um plano de desenvolvimento profissional baseado no *gap* mapeado e demais necessidades de aperfeiçoamento de competências. Como também, a construção de um instrumento de avaliação de desempenho para os processos de recrutamento e seleção de enfermeiros para atuar na Atenção Básica de saúde em regiões de fronteira internacional, como as competências norteadas nos DSC.

Considerando a dimensão geográfica da faixa de fronteira brasileira, na perspectiva de novos estudos, é necessário investigar e evidenciar a realidade da enfermagem nas demais fronteiras do país, assim como, novos mapeamentos de competências.

Como limitação desta pesquisa, considerasse que o cenário pandêmico tenha comprometido a participação e aceite de enfermeiros em compor o grupo entrevistado, em virtude da sobrecarga profissional e conseqüentemente indisponibilidade de tempo.

Por fim, é fundamental compreender que a resolutividade dos problemas evidenciados nesta pesquisa, não dependem exclusivamente dos enfermeiros, mas de um esforço contínuo da comunidade, equipe de Atenção Básica e as esferas de gestão. Desse modo, que sejam propostas políticas de acordos bilaterais, reconhecimento do usuário estrangeiro atendido no SUS e qualificação contínua de todos os trabalhadores da saúde.

9 REFERÊNCIAS

- AIKES, Solange; RIZZOTTO, Maria Lucia Frizon. Integração regional em cidades gêmeas do Paraná, Brasil, no âmbito da saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 34, p. e00182117, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/csp/2018.v34n8/e00182117/pt/>. Acesso em: 14 jun. 2020.
- ALMEIDA, Maria de Lourdes. Competências essenciais de gestores para a saúde pública/coletiva. Tese. Curitiba: Universidade Federal do Paraná, 2016. Disponível em: <https://acervodigital.ufpr.br/handle/1884/44057> Acesso em 15 jun. 2019.
- ALMEIDA Maria de Lourdes; PERES, Aida Maris; FERREIRA, Maria Manuela Frederico, MANTOVANI, Maria de Fátima. Translation and adaptation of the Competencias Esenciales en Salud Pública para los recursos humanos en salud. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**. 2017;25:e2896. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692017000100345 Acesso em: 8 ago. 2019.
- ALBUQUERQUE, José Lindomar Coelho. Limites e paradoxos da cidadania no território fronteiriço: o atendimento dos brasiguaios no sistema público de saúde em Foz do Iguaçu (Brasil). **Geopolítica**. [Internet]. vol. 3, núm. 2, p. 185-205, 2012. Disponível em: <file:///C:/Users/user/Downloads/40040-Texto%20de%20art%C3%ADculo-61018-3-10-20130705.pdf> Acesso em: 9 ago. 2019.
- ANTUNES, Eduardo Manoel. Considerações sobre integração regional e seus reflexos nas cidades de fronteira do Mercosul. **Anais: Seminário Brasileiro de Estudos Estratégicos Internacionais – SEBREEI. Integração Regional e Cooperação Sul-Sul no Século XXI**, 1, 2012, Porto Alegre. Anais eletrônicos. Porto Alegre: Instituto de Geociências/ UFRGS, 2012. Disponível em: <http://unbral.nuvem.ufrgs.br/base/items/show/9707> Acesso em: 20 mar. 2019.
- BAENINGER, Rosana; SILVA, João Carlos Jarochinski. Migrações Venezuelanas. Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP). [Dissertação]. Departamento de Demografia. 2018. Disponível em: http://www.nepo.unicamp.br/publicacoes/livros/mig_venezuelanas/migracoes_venezuelanas.pdf Acesso em: 13 jan. 2021.
- BARBOSA, Loeste de Arruda; SALES, Alberone Ferreira Gondim; TORRES, Milena Ellen Mineiro. Impacto da migração venezuelana na rotina de um hospital de referência em Roraima, Brasil. **Interface (Botucatu)**. 2020; 24: 1-16. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/icse/v24/1807-5762-icse-24-e190807.pdf> acesso em: 20 dez. 2020.
- BERRES, Rosilene; BAGGIO, Maria Aparecida. (Des)continuidade do cuidado ao recém-nascido pré-termo em região de fronteira. **Rev. Bras. Enfermagem**. . [Internet].

vol.73 n.3. 2020. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-71672020000300176&script=sci_arttext&tlng=pt Acesso em: 03 jan. 2021.

BIFF, Daiane Denise; PIRES, Elvira; NOVATZKI, Elaine Cristina; TRINDADE, Leticia de Lima; MACHADO, Rosani Ramos; AMADIGI, Felipa Rafaela; ANJOS, Magda Duarte dos. Cargas de trabalho de enfermeiros: luzes e sombras na Estratégia Saúde da Família. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**. [Internet]. n 25. v 1. 2020. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/csc/2020.v25n1/147-158/pt/> Acesso em 02 de Fev 2021.

BIGBEE JL, GEHRKE P, OTTERNESS N. Public health nurses in a rural / border nurse offices. *Rural and Remote Health*. 2009; 9(1282):1-12.

BOUSQUAT, Aylene; GIOVANELLA, Lígia; FAUSTO, Maria Cristina Rodrigues; MEDINA, Maria Guadalupe; MARTINS, Cleide Lavieri; ALMEIDA, Patty Fidelis CAMPOS, Estela Maria Saraiva; MOTA, Paulo Henrique dos Santos. A atenção primária em regiões de saúde: política, estrutura e organização. **Cad. Saúde Pública**. [Internet]. v. 22, n. 7, p. 21-35, 2018. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2019000805002 Acesso em: 14 abr. 2020.

BUENO, Chris. Brexit e o novo momento para a Europa. **Ciência e Cultura**. [Internet]. v. 68, n. 4, p. 14-16, 2016. Disponível em: http://cienciaecultura.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0009-67252016000400006 Acesso em: 14 mar. 2020.

BRANDÃO, Hugo Pena. Mapeamento de competências: métodos, técnicas e aplicações em gestão de pessoas. São Paulo: Atlas, 2018.

BRANDÃO, Hugo Pena; PUENTE-PALACIOS, Katia Elizabeth; BORGES, José Eduardo. A análise multinível aplicada ao estudo da competência: em busca de uma compreensão mais integrada e abrangente sobre a noção de competência. **Anais: Encontro Anual da Associação Nacional dos programas de Pós-Graduação em Administração (EnANPAD)**, 32. Rio de Janeiro – RJ. 2008. Disponível em: http://www.anpad.org.br/diversos/down_zips/38/EOR-B20.pdf Acesso em: 22 ago. 2020.

BRANDÃO, Hugo Pena; GUIMARÃES, Tomas de Áquino. Gestão de competências e gestão de desempenho: tecnologias distintas ou instrumentos de um mesmo constructo? **Rev. Administração de Empresas – ERA**. v.41, n.1, p. 8-15, 2001. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/rae/v41n1/v41n1a02> Acesso em: 9 fev. 2020.

BRASIL. Ministério de Integração. Portaria nº 213, de 19 de julho de 2016. Estabelece o conceito de "cidades gêmeas" nacionais, os critérios adotados para essa definição e lista todas as cidades brasileiras por estado que se enquadram nesta condição. . [Internet]. Disponível em: http://www.sedecti.am.gov.br/wp-content/uploads/2019/07/portaria_n%C2%BA_213_de_19_de_julho_de_2016.pdf Acesso em: 20 abr. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria Nº 529, de 1º de abril de 2013. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0529_01_04_2013.html Acesso em: 22 abr. 2019.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. O enfermeiros no Mercosul: recursos humanos, regulação e formação profissional comparada. Ministério da Saúde (Brasil). 2006 [Internet]. [cited 2020 Aug 7]. 288 p. Available from: <file:///C:/Users/user/Desktop/Artigo%20Scoping%20review/Artigos%20Elegiveis/7.pdf>

BRASIL. Ministério da Integração Regional. Proposta de reestruturação do programa de desenvolvimento da faixa de fronteira: bases para uma política integrada de desenvolvimento regional para a faixa de fronteira. Brasília: Ministério da Integração Regional. 2005. Disponível em: https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_docman&view=download&alias=697-proposta-reestruturacao-do-programa-desenvolvimento-da-faixa-fronteira-7&category_slug=mercosul-162&Itemid=965 Acesso em: 20 abr. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Básica-PNAB. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília-DF. 2017. [Internet]. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html Acesso em: 22 fev. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Básica-PNAB. Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011 PNAB, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). [Internet]. Brasília-DF. 2011. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html Acesso em: 22 fev. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Básica-PNAB. Portaria nº 648/gm de 28 de março de 2006. Aprova a PNAB estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Pactos pela saúde. [Internet]. Brasília- DF. 2006. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pacto_saude_v4_4ed.pdf Acesso em 22 fev. 2019.

BRASIL. Ministério da Integração Nacional. Política Nacional de Desenvolvimento Regional – Integração Nacional. Brasília-DF. 2014). [Internet]. Disponível em: <https://www.gov.br/mdr/pt-br/assuntos/desenvolvimento-regional/pndr> Acesso em 15 fev. 2019.

BRASIL. (Constituição de 1988). Constituição da República Federativa do Brasil: Texto constitucional promulgado em 5 de outubro de 1988, com as alterações determinadas pelas Emendas constitucionais de Revisão nº 1 a 6/64- Brasília: Senado Federal. p 496. 2016. [Internet]. Disponível em:

http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm Acesso em: 15 mar. 2020.

BRASIL. Ministério da Justiça e Cidadania. Mapeamento das políticas públicas federais na faixa de fronteira: Interfaces com o plano estratégico de fronteiras e a estratégia nacional de segurança pública nas fronteiras. Brasília- DF. 2016. [Internet]. Disponível em: <https://www.idesf.org.br/wp-content/uploads/2020/10/mapeamento-das-politicas-federais-na-ff.pdf> Acesso em: 20 jan. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos: Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, 2012. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files//media/document//resolucao-cns-466-12.pdf> Acesso em: 20 de jun. de 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Implantação das Redes de Atenção à Saúde e Outras Estratégias da SAS: Atenção Básica e as Redes de Atenção à Saúde (2014). [Internet]. Disponível em: http://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/implantacao_redes_atencao_saude_sas.pdf Acesso em: 14 dez. 2020.

BRITO, Aline Robies; MISSIO, Fabricio. Planejamento territorial em cidades gêmeas. **Rev. Brasileira de Gestão e Desenvolvimento Regional**. [Internet]. Taubaté, SP, v. 15, n. 6, p. 52-53, 2019. Disponível em: <file:///C:/Users/user/Downloads/5184-11358-1-PB.pdf>. Acesso em: 13 out. 2020

BOMFIM, Rosa Amorim. Competência profissional uma revisão bibliográfica. **Rev. Organização Sistêmica**. v.1, n.1, 2012. Disponível em: <https://www.tc.df.gov.br/app/biblioteca/pdf/AR500493.pdf> Acesso em: 27 set. 2019.

BOLFARINE, Heleno; BUSSAD, Wilton. Elementos de amostragem. ABE- Projeto Fisher. São Paulo: Editora Blucher. 2005.

CARBONE, Pedro Paulo; BRANDÃO, Hugo Pena; LEITE, João Batista Diniz; VILHENA, Rosa Maria de Paula. Gestão por competências e gestão do conhecimento. 3 ed., Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas, 2009.

CANTANTE APSR, FERNANDES HIVM, TEIXEIRA MJ, FROTA MA, ROLIM KM, ALBUQUERQUE FHS. Sistemas de Saúde e Competências do Enfermeiro em Portugal. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2019;25(1):1-12.

JOANNA BRIGGS INSTITUTE (JBI). Joanna Briggs Reviewers' Manual: 2015. Australia: JBI; 2015. [cited 2020 Jul 24]. Available from: <https://nursing.lsuhsu.edu/JBI/docs/ReviewersManuals/Scoping-.pdf>

CAMPOS, Heleniza Ávila; RÜCKERTII, Aldomar Arnaldo. Dinâmicas territoriais da rede urbana em regiões de fronteira: a realidade transfronteiriça internacional do Rio Grande do Sul (Brasil). **Anais: I Congresso Brasileiro de Geografia Política, Geopolítica e Gestão Territorial**. Rio de Janeiro, p. 7-10, 2014. Disponível em: <https://www.editora1.com.br/anais-congeo/arquivos/978-85-63800-17-6-p896-905.pdf> Acesso em: 25 out. 2019.

CAMPOS, Heleniza Ávila. O papel estratégico de cidades gêmeas no controle de mercadorias em regiões de fronteira no contexto do MERCOSUL: Uruguaiana (BR) e Paso de los Libres (AR). **Revista do Desenvolvimento Regional**. [Internet]. v. 22, n. 1, 2017. Disponível em: <https://online.unisc.br/seer/index.php/redes/article/view/8667/0> Acesso em: 14 mar 2020.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM – COFEN (2020). Enfermagem em números, [Internet]. Disponível em: <http://www.cofen.gov.br/enfermagem-em-numeros> acesso em: 14 de jan 2021.

CONGRESSO BRASILEIRO DOS CONSELHOS DE ENFERMAHEM – CBCENF (2019). Enfermagem em regiões de fronteira. [Internet]. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/22o-cbcenf-discute-enfermagem-em-regioes-de-fronteiras_75422.html acesso em 20 de fev 2021.

CHAVES, Maria Marta Nolasco; EGRY, Emiko Yoshikawa. Competência avaliativa do enfermeiro para o reconhecimento e enfrentamento das necessidades em saúde das famílias. **Revista Cogitare Enfermagem**. n 8. v 14. p 333-339. Out-Dez. 2013. Disponível em: <https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/34929/21681> Acesso em: 13 ago. 2020.

CRESWELL, John; CLARK. Vicki. Pesquisa de métodos mistos. 2ª ed. Porto Alegre (RS): Penso; 2013.

CUNHA, Carmem; COSTA, Andréia; HENRIQUES, Maria Adriana. Competências e intervenções do enfermeiro de saúde comunitária e de saúde pública: uma revisão de literatura. In Congresso **Ibero-Americano em Investigação Qualitativa (CIAIQ)**; 2019; 2:361-370. Disponível em: [file:///C:/Users/user/Downloads/2038-Texto%20Artigo-7530-1-10-20190620%20\(2\).pdf](file:///C:/Users/user/Downloads/2038-Texto%20Artigo-7530-1-10-20190620%20(2).pdf) acesso em: 14 ago. 2020.

CHIN-NU, Lin; SMITH, Mastel, 2 ALFRED, Danita; LIN, Hua. Cultural Competence and Related Factors Among Taiwanese Nurses. **The Journal of Nursing Research**. 2015;23(4):252-261. Disponível em: https://journals.lww.com/jnr-twna/FullText/2015/12000/Cultural_Competence_and_Related_Factors_Among.4.aspx acesso em: 20 ago. 2020.

DELAMUTA, Karly Garcia; MENDONÇA, Fernanda de Freitas; DOMINGOS, Carolina Milena; CARVALHO, Marcelle Nobre de. Experiências de atendimento à saúde de imigrantes bengaleses entre trabalhadores da atenção primária à saúde no Paraná, Brasil. **Cad. Saúde Pública** 2020; 36(8): 2-12. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0102-311X2020000805009&lng=en&nrm=iso&tlng=pt acesso em: 01 set. 2020.

DUPIN, Cécile-Marie; PINON, Mélanie; JAGGI, Karine; TEIXERA, Celine; SAGNE, Auréle; DELICADO, Noelia. Public health nursing education viewed through the lens of superdiversity: a resource for global health. **BMC Nursing**. 2020; 19(18):1-5. Disponível em: <https://bmcnurs.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12912-020-00411-3a> acesso em: 05 set. 2020.

DOMENICO, Edvane Birelo Lopes de; IDE, Cilene Aparecida Costarde. As competências do graduado de enfermagem: percepções de enfermeiros e docentes. **Acta Paulista de Enfermagem**. v. 19, n. 4, p. 394-401, 2006. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002006000400005 Acesso em 14 set. 2019.

DURAND, Thomas. L'alchimie de la compétence. **Revista Française de Gestion**. v.127, n. 1. p.84-102, 2000. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/251010834_L'alchimie_de_la_competence Acesso em 13 jul. 2019.

DUARTE, Ligia Schiavon; PESSOTO, Umberto Catarino; GUIMARÃES, Raul Borges; HEIMANN, Luiza Sterman; CAVALHEIRO, José da Rocha; CORTIZO, Carlos Tato; RIBEIRO, Eduardo Augusto Werneck. Regionalização da saúde no Brasil: uma perspectiva de análise. **Revista Saúde e Sociedade**. [Internet]. vol.24 no.2 São Paulo Apr./June 2015. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902015000200472 Acesso em: 13 jan. 2021.

DURRELL, Jack. Transnational Organizations, Accessibility, and the Next Generation. **American Perspectives**. 2020;47(3):168-185. Disponível em: <https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/0094582X19879133> acesso em: 13 jul. 2020.

FAWCETT Jawcett. Invisible nursing research: thoughts about mixed methods research and nursing practice. **Nurs Sci Quart** [Internet]. 2015 [cited 2019 May 01]; n 28. V 2. p 167-8. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25805392/> acesso em 14 out 2020.

FAUSTO, Márcia Cristina Rodrigues; ALMEIDA, Patty Fidelis de; BOUSQUAT, Aylene; et al. O futuro da Atenção Primária à Saúde no Brasil. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, [Internet]. v. 42, n. esp., p. 12-14, 2018. Disponível em: < <https://doi.org/10.1590/0103-11042018s101> acesso em 01 nov 2020.

FAUSTINE, Kyungu Nkulu Kalengayi; HURTIG, Anna-Karin. It's a dilemma ': the nurse's perspectives professionals in health examinations of newly arrived migrants. **Global Health Action**. 2015; 8(1):1-8. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/280296028_It_is_a_dilemma'_Perspectives_of_nurse_practitioners_on_health_screening_of_newly_arrived_migrants acesso em 05 nov. 2020.

FERNANDES, Léia Cristiane; MACHADO, Rebel Zambrando; ANSCHAU, Geovana Oliveira. Gerência de serviços de saúde: competências desenvolvidas e dificuldades encontradas na atenção básica. **Ciência e Saúde Coletiva**, v.14, p. 1541-155, 2009. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232009000800028 Acesso em: 07 nov. 2020.

FERNANDES, Marcelo Costa; SILVA, Lucilene Maria Sales da; SILVA, Maria Rocineide Ferreira da; TORRES, Raimundo Augusto Martins; DIAS, Maria Socorro de Araújo; MOREIRA, Thereza Maria Magalhães. Identidade do enfermeiro na Atenção Básica: percepção do "faz de tudo". **Rev Bras Enferm**. [Internet]. vol.71 no.1 Brasília

Jan./Feb. 2018. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-71672018000100142&script=sci_arttext&tlng=pt Acesso em 02 de Jan 2021.

FERREIRA, Clarisse Mendes Pinto Gomes. MARIANI, Milton Augusto Pasquotto, NETO, Antônio Firmino Oliveira. O projeto sistema integrado de saúde das fronteiras em Corumbá- MS. **Revista GeoPantanal**. [Internet]. n. 18, p. 71-92, 2015. Disponível em: <https://periodicos.ufms.br/index.php/revgeo/article/view/794> acesso em 14 dez 2020.

FERREIRA Aurélio. Dicionário Aurélio. 5th rev. ed. São Paulo: Positivo; 2014; 208(4).

FERREIRA, Sandra Rejane Soares; PÉRICO, Lisiane Andréia Devinar; DIAS, Vilma Regina Freitas Gonçalves. A complexidade do trabalho do enfermeiro na Atenção Primária à Saúde. **Revista Brasileira de Enfermagem**. [Internet] v. 7, n. 1, p. 784-789, 2018. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672018000700704 Acesso em 14 jan 2020.

FERREIRA, Juvenildo Santos; LADEIA, Luiz Eduardo Góes. As implicações da política nacional de atenção básica (PNAB) na dinâmica dos serviços de saúde. **Revista Multidisciplinar e de Psicologia**. [Internet]. v 12. n 42. p 40-55. 2018. Disponível em: <file:///C:/Users/user/Downloads/1358-4838-1-PB.pdf> acesso em 12 nov de 2020

FERRARI, Maristela. Conflitos e Povoamento na Fronteira Brasil-Argentina: Dionísio Cerqueira (SC), Barracão (PR) e Bernardo de Irigoyen (Misiones). Florianópolis (SC): **UNBRAL Fronteiras**. Editora UFSC, P: 322 2015. Disponível em: <http://unbral.novem.ufrgs.br/base/items/show/4440> acesso em: 4 set. 2020.

FERRARI, Maristela. Como pensar a identidade nacional em zonas de fronteira? Uma análise a partir de dois conjuntos de cidades gêmeas brasileiro-argentinas. **Boletim Goiano de Geografia**. [Internet]. n 39. v 2. p 1-18. 2019. Disponível em: <https://www.revistas.ufg.br/bgg/article/view/55900> Acesso em: 4 jan. 2021.

FIGUEIREDO, M. Z. A., CHIARI, B. M., GOULART, B. N. G. Discurso do sujeito coletivo: uma breve introdução à ferramenta de pesquisa qualiquantitativa. **Distúrbios da Comunicação**, São Paulo, v. 25, n. 1, 2013. Disponível em: <https://revistas.pucsp.br/index.php/dic/article/view/14931> acesso em: 05 dez. 2019.

FLEURY, Maria Tereza Leme; FLEURY, Afonso. Construindo o conceito de competência. **Revista de Administração Contemporânea**. Edição Especial. p. 183-196, 2001. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-65552001000500010 acesso em: 04 set. 2019.

FREITAS, Lucas. BRANDÃO, Hugo Pena. Treinamento, desenvolvimento e educação em organizações e trabalho: Fundamentos para a gestão de pessoas. Porto Alegre: Artmed/Bookman, Cap 5, p.97-113. 2006

FONSECA, Jairo; MARTINS, Gilberto. Curso de estatística. 6 edições. São Paulo: Atlas, 1996.

FORTUNA, Cinira Magali; MATUMOTO, Silvia; MISHIMA, Silvana Martins; RODRÍGUEZ, Anna Maria Meyer Maciel. Enfermagem em Saúde Coletiva: desejos e práticas. **Rev Bras Enferm.** 2019;72(31):26-37. Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/reben/v72s1/pt_0034-7167-reben-72-s1-0336.pdf acesso em: 04 nov. 2020.

GARRAFA, Volnei; OSELKA, Gabriel; DINIZ, Debora. Saúde Pública, Bioética e Equidade. **Rev Bioética.** v 5. n 1. p 1-12. 2010. Disponível em: https://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/view/361 acesso em: 04 ago. 2020.

GUICHONNET, P. RAFFESTIN, C. Géographie des Frontières. Presses Universitaires de France: Paris, 1974.

GADELHA, Carlos Augusto Grabois; COSTA, Laís. Integração de fronteiras no contexto de uma política nacional desenvolvimento. **Caderno de Saúde Pública.** [Internet]. v. 23, n. 2, p. 214-226, 2013. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csp/v23s2/10.pdf> acesso em 25 nov 2019.

GALLO, Edmundo; COSTA, Laís. A integração dos sistemas de saúde que atendem a população fronteiriça dos países do MERCOSUL – SIS-MERCOSUL. **Caderno de Saúde Pública.** [Internet]. SIS-MERCOSUL: uma agenda para a integração. Ed especial. 2004. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/ST_09_Port.pdf acesso em 12 set 2019.

GESTÃO DO TRABALHO E EDUCAÇÃO NA SAÚDE SUS. Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) 2019 [Internet]. [citado 2020 nov 11]. Disponível em: https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_docman&view=download&slug=tc-57-relatorio-final-260320&Itemid=96

GIOVANELLA, Ligia; GUIMARÃES, Luisa; NOGUEIRA, Vera Maria Ribeiro; LOBATO, Lenaura de Vasconcelos Costa; DAMACENA, Giseli Nogueira. Saúde nas Fronteiras: acesso e demandas de estrangeiros e brasileiros não residentes ao SUS nas cidades de fronteiras com países do MERCOSUL na perspectiva dos secretários municipais de saúde. **Caderno Saúde Pública.** [Internet]. Rio de Janeiro. v 2. p 251-266. 2007. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csp/v23s2/13.pdf> acesso em: 02 fev 2019.

GIRARDI, Sabado Nicolau; STRALEN, Ana Cristina; LAUAR, Thais Viana; CELLA, Joana Natalia. Escopos de prática na Atenção Primária: médicos e enfermeiros em cinco regiões de saúde do Brasil. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.** [Internet]. n 17. v 1. p185-198. 2017. Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/rbsmi/v17s1/pt_1519-3829-rbsmi-17-s1-S171.pdf acesso em 21 ago 2019.

GOMES, Joseli Fiorin. A contribuição da Rede Merco cidades para o desenvolvimento da integração fronteiriça junto ao Mercosul: o papel da diplomacia municipal sul-americana na concretização da integração regional em zonas de fronteiras. **Revista Intellector.** [internet]. v. 13, n. 26, p. 05-19, 2017. Disponível em: <https://periodicos.claec.org/index.php/relacult/article/view/264> acesso em 02 abril 2020.

GONCZI, Anny. Competency-based learning: a dubious past – na assured future. In BOUD, David; GARRICK, Jonh (Org.) **Understanding learning at work**. London: Routledge, 1999. Cap 12, p.180-196.

KRÜGER, Caroline; DANTAS, Marina Kolland; CASTRO, José Marcelo de; PASSADOR, Cláudia Souza; CALDANA, Adriana Cristina Ferreira. Análise das políticas públicas para o desenvolvimento da faixa de fronteira brasileira. **Ambiente e sociedade**. 2017; 34:41-62. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-753X2017000400039&lng=en&nrm=iso&tlng=pt acesso em 16 nov. 2020.

HORTELAN, Michele dos Santos; ALMEIDA, Maria de Lourdes Almeida; FUMINCELLI, Laís; ZILLY, Adriana; NIHEI, Oscar Kneji; PERES, Aida Maris; SOBRINHO, Reinaldo; PEREIRA, Pedro Eduardo Pereira. Papel do gestor de saúde pública em região de fronteira: Scoping Review. **Acta Paul Enferm**. [internet]. v 32. n 2. p 229-36. 2019. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-21002019000200229&script=sci_abstract&tlng=pt acesso em 02 jan 2020.

LEME, Rogerio. Aplicação prática de gestão de pessoas por competências: mapeamento, treinamento, seleção, avaliação e mensuração de resultados de treinamento. 2º ed. Rio de Janeiro: Qualitymark. p.12. Cap. 11. 2012.

LEFREVE, Fernando; LEFEVRE, Ana Maria Cavalcanti. Discurso do sujeito coletivo: representações sociais e intervenções comunicativas. **Texto e Contexto Enfermagem**. [internet]. Florianópolis, v.23, n.2, p.502-507, 2014. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-07072014000200502&script=sci_abstract&tlng=pt acesso em 23 dez 2019.

LIMA, Lisete Teixeira de Palma; TOSOI, Beatriz Rosana Gonçalves de Oliveira. Acesso à Atenção Primária no tríplice fronteira sob a ótica do brasileiro não residente no país. **Rev. de Saúde Pública do Paraná**. [Internet]. v. 2. n 1. p. 13-20. 2019. Disponível em: <http://revista.escoladesaude.pr.gov.br/index.php/rspp/article/view/213/43> acesso em 14 ago 2020.

LOBÔ, Cremilda Dantas de Abrantes; CUNHA, Maria da Conceição dos Santos Oliveira; PONTE, Vanessa Aguiar; COSTA, Edmara Chaves; ARAÚJO, Márcio Flávio Moura de. O ensino de vigilância sanitária na formação do enfermeiro. **Revista da Escola de Enfermagem**. USP. [Internet]. n 52. v 5. p 1-9. 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/reeusp/v52/1980-220X-reeusp-52-e03387.pdf> Acesso em 9 set 2020.

MARTIN-MISENER, Ruth; HARBMAN, Patricia; REID, Kim, K; Et al. Cost-effectiveness of nurse practitioners in primary and specialised ambulatory care: systematic review. **BJM Open**. [Internet]. n 21. v 5. p 763-781. 2015. Disponível em: <https://bmjopen.bmj.com/content/bmjopen/5/6/e007167.full.pdf> acesso em 03 jan 2021.

MENDOZA, Diana Carolina Ruiz; SOUZA, Mônica Sacramento; PRADO, Nilia MEDINA, Maria Guadalupe; AQUINO, Rosa. Avanços na gestão da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB): Um panorama reflexivo sobre a sua implementação em

2014. **12º Congresso Internacional da Rede Unida**. v 2. n 1. ISSN 2446-4813. 2016. Disponível em:

<http://conferencia2016.redeunida.org.br/ocs/index.php/congresso/2016/paper/view/2643> acesso em 14 jun 2020.

MELO, Wesley Soares de; OLIVEIRA, Paulo José Ferreira; MONTEIRO, Flávia Paula Magalhães; SANTOS, Francisca Carla dos Angelos; SILVA, Maria Janaina Nogueira; CALDERON, Carolina Jaminez. Guia de atributos da competência política do enfermeiro: estudo metodológico. **Rev. Bras. Enferm.** 2017; 70(3):526-534. Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/reben/v70n3/pt_0034-7167-reben-70-03-0526.pdf acesso em 26 set. 2020.

MENDES, Isabel Amélia Costa; VENTURA, Carla Aparecida Arena; FUMINCELLI, Laís; SOUZA-JUNIOR, Valtuir Duarte de; GODOY, Simone de. Enfermagem e Saúde Global: determinantes sociais de saúde no preparo de enfermeiros. **Revista Brasileira de Enfermagem**. [Internet]. v 7. n 1. p 1700-1705. Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/reben/v71s4/pt_0034-7167-reben-71-s4-1700.pdf Acesso em 26 de Set 2020.

MCCLELLAND, D.C. Testando a competência e não a "inteligência". **American Psychologist**, n 28, p 1 - 14. 1973.

MOROSINI, Márcia Valéria Guimarães Cardoso; FONSECA, Angélica Ferreira. Revisão da Política Nacional de Atenção Básica numa hora dessas? **Caderno de Saúde Pública**. [Internet]. n 33. v 1. p 16-33. 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csp/v33n1/1678-4464-csp-33-01-e00206316.pdf> acesso em 13 abril de 2020.

MOTA, André; SHARAIBER, Lilia Bilma; AYRES, José Ricardo de Carvalho Mesquita. Desenvolvimentismo e Preventivíssimo nas raízes da Saúde Coletiva: reformas do ensino e criação de escolas médicas e departamentos de medicina preventiva no estado de São Paulo (1948-1967)*. **Interface: Comunicação Saúde e Educação**. 2018;(22):337-348. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-32832018000200337&script=sci_abstract&tlng=pt acesso em 14 dez. 2020.

MOREIRA, Glaucia de Oliveira; MOTTA, Luciana Branco. Competência Cultural na Graduação de Medicina e de Enfermagem. **Rev Brasi Educ Medica**. 2016; 40(2):164-171. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0100-55022016000200164&script=sci_abstract&tlng=pt acesso em 04 jan 2020.

MOURA, Rosa; CARDOSO, Nelson Ari. Mobilidade transfronteira: o ir e vir na fronteira do possível. **Anais: Encontros Nacionais da ANPUR**, v. 15, 2013. Disponível em: <http://anais.anpur.org.br/index.php/anaisenanpur/article/view/183/178> acesso em 21 set 2020.

MELO, Giane Zupellar; ANDRADE, Selma Regina. Gestão do cuidado de enfermagem a estrangeiros na atenção primária à saúde: Um estudo transfronteiriço. **XVI Colóquio Panamericano de Investigación en Enfermería, Cuba 2018**. Disponível em:

<http://www.coloquioenfermeria2018.sld.cu/index.php/coloquio/2018/paper/view/460/58>
Acesso em 18 de fev 2021.

NETO, Walter Antônio Desiderá; PENHA, Bruna. As Regiões de fronteira como laboratório da integração regional no Mercosul. **Boletim de Economia e Política Internacional**, n. 22, p. 33-49, 2016. Disponível em:
http://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/6733/1/BEPI_n22_Regi%c3%b5es.pdf
Acesso em: 13 dez. 2020.

NÓBREGA-TERRIEN, Silva Maria; ALMEIDA, Maria de Irismar; LOPES, Roberlandina Evangelista; MENDES, Emanuela Therezinha Bessa; Gonçalves, Sun-Eiby Siebra. Mantendo a lâmpada acesa – Núcleo de história da enfermagem no Ceará – NUDIHME. **Rev. Bras. Enferm.** [Internet]. vol.71 no.5 Brasília Sept./Oct. 2018. Disponível em:
https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S003471672018000502579&script=sci_arttext&lng=pt Acesso em: 13 jan. 2021.

NOGUEIRA, Valnice de Oliveira; CUNHA, Isabel Cristina Kowal Olm. Competências de ensino em enfermagem: uma revisão narrativa. **International Journal of Health Management**. 2020; 1: 1-14. Disponível em:
<https://ijhmreview.org/ijhmreview/article/view/209> acesso em: 22 fev. 2021.

OLIVEIRA; Luiza Helena Cazola; PALÓPOLI; Renata Pícoli. ARAUJO Maria Elizabeth Ajalia. Atenção Primária a estrangeiros residentes em municípios fronteiriços. **Revista Saúde e Ciência**. [Internet]. v 12. n 44. p. 86-95. Mar/Abr. 2014. Disponível em: <https://www.siicsalud.com/dato/sic/208/135527.pdf> acesso em 02 fev 2019.

OLIVEIRA, Samuel Andrade de. ALMEIDA, Maria de Lourdes de; SANTOS, Marieta Fernandes; ZILLY, Adriana; PERES, Aida Maris; ROCHA, Fernanda Ludmilla Rossi. Ferramentas gerenciais na prática de enfermeiros da atenção básica em saúde. **Revista de Adm. Saúde**. v 17. n 69. p 11-21. Out. – Dez. 2017. [Internet]. Disponível em:
<https://cqh.org.br/ojs-2.4.8/index.php/ras/article/view/64/89> acesso em 14 out 2019.

ORGANIZACIÓN PAN- AMERICANA DE LA SALUD. Competencias esenciales em la salud publica: un marco regional para las Américas. Washington, DC, 2013. Disponível em:
<https://www.campusvirtualsp.org/sites/default/files/noticias/competencias-es.pdf>
Acesso em: 14 jan 2019.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE - OPAS (2018). Ampliação do Papel de Enfermeiros. [Internet]. Disponível em:
https://iris.paho.org/xmlui/handle/123456920035_pdf. Acesso em: 13 de julho de 2019.

PETERS MDJ, GODFREY C, MCINERNEY P, MUNN ZC, TRICCO AC, KHALIL, H. Chapter 11: Scoping Reviews. In: Aromataris E, Munn Z (Ed). JBI Manual for Evidence Synthesis. JBI; 2020 [acesso 2020 Ago 22]. Disponível em:
<https://wiki.jbi.global/display/MANUAL/Downloadable+PDF+-+current+version>

PECQUEUR, Bernard. A guinada territorial da Economia Global. In: ETGES, V. E.; CADONÁ, M. A.(orgs.) **Globalização em tempos de regionalização: repercussões no**

território. Santa Cruz do Sul: p. 9-38. Edunisc, 2016. Disponível em: <https://periodicos.ufsc.br/index.php/politica/article/view/2175-7984.2009v8n14p79> acesso em 14 abr. 2020.

PÊGO, Boliver. (Coord.). Fronteiras do Brasil: diagnóstico e agenda de pesquisa para política pública. Brasília: Ipea, 2017. Disponível em: https://www.ipea.gov.br/portal/index.php?option=com_content&view=article&id=30037 acesso em 20 nov. 2020.

PRETO, Vivian Aline; BATISTA, Jéssica Magalhães Felipe; VENTURA, Carla Aparecida Arena; MENDES, Isabel Amélia Costa. Refletindo sobre as contribuições da enfermagem para a saúde global. **Rev. Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre-RS, v. 36, p. 267-70. 2015. DOI : <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2015.esp.56643>. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/rgenf/v36nspe/0102-6933-rgenf-36-spe-0267.pdf>. Acesso em: 29 out. 2020.

PEREIRA, Juliana Guisardi; OLIVEIRA, Maria Amélia de Campos. Autonomia da enfermeira na Atenção Primária: das práticas colaborativas à prática avançada. **Acta Paul Enferm.** 2018; 30(31):627-35. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002018000600627 acesso em 14 nov. 2020.

RODRIGUES, Sarita Bassan; PEREIRA, Luciano Meneghetti. A proteção dos direitos humanos dos migrantes no Brasil: breves considerações sobre o projeto de lei n. 2.516/2015 e o estatuto do estrangeiro. **Revista Juris UniToledo**. [Internet]. v. 2, n. 02, 2017. Disponível em: <http://ojs.toledo.br/index.php/direito/article/viewFile/124/121> acesso em 18 out 2020.

ROCHA, Rhaysa Raphaela de Moraes; FRANÇA, Andrea Ferreira Ouchi; ZILLY, Adriana; CALDEIRA, Sebastião; MACHINESKI, Gicelle Galvan; SILVA, Rosane Meire Munhak da. Disponível em: Conhecimento e perspectiva de enfermeiros na rede de atenção materna e infantil do paraná. **Revista Ciência e Saúde**. n 17. V 1. 2018. Disponível em: <http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/39235/pdf> Acesso em 14 fev 2021.

SANTOS, Lenir; CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. SUS Brasil: a região de saúde como caminho. **Revista Saúde Sociedade**. [Internet]. São Paulo - SP, v.24, n.2, p.438-446, 2015. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/sausoc/v24n2/0104-1290-sausoc-24-02-00438.pdf> acesso em 14 abril 2020.

SANTOS, José Luís Guedes; ERDMANN, Alacoque Lorenzini; MEIRELLES, Betina Horner Schlindwein; LANZONI, Gabriela Marcellino de Melo. Integra o entre dados quantitativos e qualitativos em uma pesquisa de métodos mistos. **Revista Texto e Contexto em enfermagem**. [Internet]. v 23, n 3, p 2-9, 2017. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072017000300330 acesso em 14 dez 2019.

SANTOS, Débora de Souza; MISHIMA, Silvana Martins; MERHY, Emerson Elias. Processo de trabalho na Estratégia de Saúde da Família: potencialidades da subjetividade do cuidado para reconfiguração do modelo de atenção. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**. [Internet]. v 23. n 3. Mar/abr. 2018. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/csc/2018.v23n3/861-870/> Acesso em: 13 nov. 2020.

SILVA, Kenia Lara; SENA, Roseni Rosângela de; GRILLO, Maria José Cabral; HORTA, Nathália de Cassia. Formação do enfermeiro: desafios para a promoção da saúde. **Rev. de Enf. Anna Nery**, [S. l.], v. 14, n. 2, p. 368-376, 4 abr. 2010. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1414-81452010000200022&lng=es&nrm=iso&tlng=pt acesso em: 05 jan. 2021.

SILVA, Jacob Alpines; NETO, Antonio Firmino de Oliveira; MARIANI, Milton Augusto Pascuoto. Reflexões sobre o acesso à saúde na fronteira Corumbá (BR) e Puerto Quijarro (BO). **Rev Geopantál**. 2017; 12:79-95. Disponível em: <https://periodicos.ufms.br/index.php/revgeo/article/view/4107> acesso em 14 set. 2020.

SILVA, Lilian Barbosa; SILVA, Patrícia Aparecida Barbosa; SANTOS, Joseph Fabiano Guimarães; SILQUEIRA, Salette Maria de Fátima; BORGES, Eliane Lima; SOARES, Sonia Maria. Estratificação de Risco como ferramenta de organização do cuidado ao idoso na atenção primária. **Enfermagem em Foco**, São Paulo, v. 5, n. 10, p. 38-43, 22 out. 2019. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692019000100356 Acesso em: 22 set. 2020.

SILVA, Ana Cecília Gomes da; MOURÃO, Luciana. Mapeamento de competências essenciais à atuação de dirigentes sindicais. **Revista Psicologia: Organizações e Trabalho**. [Internet]. v 18. n 3.p 412-421. jul-set 2018. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rpot/v18n3/v18n3a03.pdf> acesso em 14 abril 2020.

SILVA, Yara Cardoso; ROQUETE, Fátima Ferreira. Competências do gestor em serviços de saúde: análise da produção científica, no período de 2001 a 2011. **Revista de Atenção à Saúde**. [Internet]. v. 15, n.58, 2013. Disponível em: file:///C:/Users/user/Downloads/RAS_v15n58_2-12.pdf acesso em 02 set 2019.

SILVA, Amarílis Pagel Floriano da; BACKES, Dirce Stein; MAGNO, Tania Solange Bosi de Souza; COLOMÉ, Juliana Silveira. Segurança do paciente na atenção primária: concepções de enfermeiras da estratégia de saúde da família. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre-RS, v. 40, p. 155-174. 2019. DOI <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2019.20180164>. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/rgenf/v40nspe/1983-1447-rgenf-40-spe-e20180164.pdf> Acesso em: 22 set. 2020.

SILVA, Marcos Antônio; JOHNSON, Guilherme Alfredo; ARCE, Anatólio Medeiros. O Mercosul em seu labirinto: desafios da integração regional. *Revista de Geopolítica*. [Internet]. v. 4, n. 1, p. 52-64, 2016. Disponível em: <http://www.revistageopolitica.com.br/index.php/revistageopolitica/article/view/81> acesso em 13 set 2020.

SILVA, Anaxuell Fernando da; LALANE, James Berson. Migração haitiana e direitos humanos: o acesso à saúde pública em região de fronteira no Brasil. **Revista Sociedade e Desenvolvimento**. [Internet]. n 8. v 9. 2019. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/333940480_Migracao_haitiana_e_direitos_humanos_o_acesso_a_saude_publica_em_regiao_de_fronteira_no_Brasil Acesso em: 3 jan. 2020.

SILVA, Angelina Carmo; MENDES, Lise Maria Carvalho; MONTEIRO, Renata Simões; SILVA, Renan Alves; PINHEIRO, Ana Karina Bezerra. parto e nascimento na fronteira franco-brasileira: percepções de enfermeiros. [Internet]. **Revista Cogitare Enfermagem**. v 25. 2020. Disponível em: <https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/67820/pdf> Acesso em 19 de fev 2021.

SCHERMA, Marcos Augusto. Cidades-gêmeas e integração: o caso de Ponta Porã e Pedro Juan Caballero: Anais do II Simpósio Internacional Pensar e Repensar a América Latina. [Internet]. ISBN: 978-85-7205-159-0, [s. l.], 2018. Disponível em: https://sites.usp.br/prolam/wp-content/uploads/sites/35/2016/12/Marcio_Scherma_II-Simpósio-Internacional-Pensar-e-Repensar-a-América-Latina.pdf. Acesso em: 13 out. 2020.

SOARES, Cassia Baldini; PEDUZZI, Marina; COSTA, Marcelo Viana da. Os trabalhadores de enfermagem na pandemia Covid-19 e as desigualdades sociais. **Rev. Esc. Enf. USP**, São Paulo/SP, v. 54, p. 1-3. 2020. DOI <https://doi.org/10.1590/S1980-220X2020ed0203599>. Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/reeusp/v54/pt_1980-220X-reeusp-54-e03599.pdf. Acesso em: 29 out. 2020.

SONGWATHANA, Praneed; SIRIPHAN, Siriphan. Cultural competence of Thai nurses in the care of customers living in a multicultural environment. **Pacific Rim Int J Nurs**. 2015; 19(1):19-31. Disponível em: <file:///C:/Users/user/Downloads/18965-Article%20Text-67379-1-10-20150210.pdf> acesso em 22 abri. 2020.

SOUZA, Karén Mendes Jorge de, SEIXAS, Clarissa Terenze; DAVID, Helema Maria; Costa, Aline Queiroz da. Contribuições da Saúde Coletiva para o trabalho de enfermeiros. **Rev Brasil Enfer**. 2017;70(3):543-9. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672017000300543&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt acesso em 26 out 2020.

R, CORE TEAM. C. T. R: A Language and Environment for Statistical Computing R Foundation for Statistical Computing. Vienna, Austria R Foundation for Statistical Computing, 2017.

TEMIDO, Marta; FRONTEIRA, Inês; LAPÃO, Luís; DUSSAULT, Gilles. Enfermeiros em funções avançadas: uma análise da aceitação em Portugal. **Rev. Latino-Am. Enfermagem (online)**. jan.-fev.2013.Acesso:08/10/2019.Disponível: <file:///C:/Users/user/Desktop/Dissertacao%20acao%20em%20Portugal.pdf>.

TOSOI, Beatriz Rosana Gonçalves de Oliveira; FILIPPONII, Jonathan; GIOVANELLA, Ligia. Atuação do enfermeiro na Atenção Primária no Serviço Nacional de Saúde da Inglaterra. **Rev. Brasileira de Enfermagem**. [online] v.69. n 1. p

169-77. 2016. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-71672016000100182&script=sci_abstract&tlng=pt acesso em 26 mar 2020.

UCHIMURA, Kátia Yumi; BOSI Maria Lúcia Magalhães. Habilidades e competências entre Trabalhadores da Estratégia de Saúde da Família. **Revista Interface comunicação, saúde e educação**. [online]. v 12. n 33. p 44-47. 2017. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1414-32832012000100012&lng=es&nrm=1&tlng=pt acesso em 14 abril 2020.

VILLA, Martines Consuelo; RANGEL, Flores Yesica. Experiences Influencing upon the Significance of Obstetric Care in Mexican Nurses. **Nursing Research and Education**. 2018; 36(1):1-12. Disponível em: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0120-53072018000100012 acesso em 4 jul 2020.

WOLFART, Jessica Mayara; SILVA, Andressa Martins Franco da; LEBENS, Dayane Eva; MOURA, Gabrieli de Souza; AMTHAUER, Camila. A construção do diagnóstico situacional de saúde de uma estratégia saúde da família de São Miguel do Oeste, Santa Catarina. **Anuário de Pesquisa e Extensão**. [Internet]. 2020. Disponível em: <https://unoesc.emnuvens.com.br/apeusmo/article/view/24613/14476> Acesso em 19 de fev 2021.

WERLE, Josiel Elisandro; TESTON, Elen Ferraz; MARCON, Sonia Silva; CUNHA, Gilmar Holanda da; MANDU, Juliete Bispo dos Santos; JUNIOR, Marcos Antônio Ferreira. HIV/AIDS em região de tríplice fronteira: subsídios para reflexões sobre políticas públicas. **Esc. Anna Nery**. [Internet]. vol.25 no.3 Rio de Janeiro-RJ. Jan/Fev 2021. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-81452021000300210&script=sci_arttext Acesso em 20 fev de 2020.

ZASLAVSY, Ricardo; GOULART, Bárbara Niegia Garcia. Migração pendular e atenção à saúde na região de fronteira. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**. [Internet]. v 22. n 12. P 3981-3986. Jun/Jul 2016. Disponível em: <https://www.scielosp.org/article/csc/2017.v22n12/3981-3986/> Acesso em 5 jan. 2021.

ZACHI, Maria Lúcia Renostro; RIBEIRO, Elaine Rossi; SILVA, Maria Luíca da; VAZ, Rogério Saad. Trabalhadores de saúde como protagonistas de um processo de construção do perfil de competências. **Journal Manag Prim Health Care**. [Internet]. v 12. n 9. Jan-fev. 2020. Disponível em: <https://www.jmphc.com.br/jmphc/article/view/952/882> Acesso em: 05 dez. 2020.

ZARIFIAN, Peter. Objectif compétence: pour une nouvelle logique. Paris: Liaisons, 1999.

ZAR, Jerrold. *Biostatistical Analysis*. 5 ed. ed. New Jersey: Pearson Education, 2010.

APÊNDICE I - RESUMO SIMPLES (II Congresso de Saúde Coletiva da UFPR)

II Congresso de Saúde Coletiva da UFPR

"Saúde: direito de todos e dever do estado."

Certificado

Certificamos que o trabalho intitulado "ATRIBUIÇÕES DO ENFERMEIRO PELA POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO BÁSICA: ANÁLISE DAS RESOLUÇÕES DE 2006, 2011 E 2017" de autoria de EDUARDO NEVES DA CRUZ DE SOUZA, MICHELE DOS SANTOS HORTELAN, REINALDO ANTONIO SILVA-SOBRINHO, MARIA DE LOURDES DE ALMEIDA, foi exposto na galeria de trabalhos do **II Congresso de Saúde Coletiva da UFPR** realizado de forma virtual, durante o período de 27 à 31 de julho de 2020.


Prof. Dr. Guilherme Souza Cavalcanti de Albuquerque
Coordenador do NESC - UFPR

Certificado 20202802 registrado no NESC-UFPR, com o código 4Kp7O20.



ATRIBUIÇÕES DO ENFERMEIRO PELA POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO BÁSICA: ANÁLISE DAS RESOLUÇÕES DE 2006, 2011 E 2017

EDUARDO NEVES DA CRUZ DE SOUZA, MICHELE DOS SANTOS HORTELAN, REINALDO ANTONIO SILVA-SOBRINHO, MARIA DE LOURDES DE ALMEIDA

Resumo

Introdução: A área de Atenção Básica de saúde no Brasil, é prioritária para a ordenação de toda a rede de saúde. Destaca-se nesse cenário o enfermeiro, tido como fundamental para a sistematização de todo o cuidado, estando comprometido com a prática clínica e gerencial de enfermagem, intrínseca a legislação vigente e ao mesmo tempo resolutiva para a comunidade. Assim, este trabalho é direcionado pela seguinte questão norteadora: Quais foram as alterações ocorridas nas atribuições dos enfermeiros pelas resoluções da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB)? **Objetivos:** Analisar às mudanças da Política Nacional de Atenção Básica quanto as atribuições do enfermeiro. **Métodos:** Análise documental baseada nas portarias da PNAB dos anos de 2006, 2011 e 2017. A pesquisa ocorreu no período de novembro de 2019 a janeiro de 2020, por se tratar de documentos públicos como fontes principais, houve a dispensa de avaliação por parte de comitê de ética. **Resultados:** A edição da PNAB de 2006, foi um marco para o trabalho do enfermeiro na Atenção Básica, pode-se citar a consulta de enfermagem e prática de educação permanente em saúde, que até então eram realizadas sem suporte de políticas públicas de esfera federal. Logo, a edição de 2011 fortaleceu critérios importantes para o trabalho na Atenção Básica, como o atendimento a demanda espontânea e programas de melhoria de acesso a qualidade nos serviços, o enfermeiro passou a participar efetivamente do planejamento e organização das equipes de saúde. Em sequência a última edição de 2017 entre as recomendações descritas nesta última, pode-se citar o acolhimento com escuta qualificada, critérios para estratificação de risco e plano de cuidado para pessoas com doenças crônicas, recomendações clínicas e terapêuticas durante a consulta de enfermagem. Entretanto, alguns autores descrevem que esta edição ao mesmo tempo que configura uma amplitude de serviços ao enfermeiro, mantém um formato recomendativo e em muitos momentos sugestivo. **Considerações finais:** A identidade profissional do enfermeiro no Brasil sofreu intensas transições. Sendo que as suas habilidades e competências gerenciais foram estendidas para o âmbito da saúde preventiva e atenção direta aos usuários, o que reflete a necessidade de maior diálogo sobre sua prática profissional e liderança na gestão do cuidado de enfermagem, seguro e concreto por parte das políticas públicas de saúde. Com tudo isso, a enfermagem deve seguir sendo realizada com autonomia e foco na assistência segura, de qualidade e coletiva, ao mesmo tempo que, respaldada por legislações diretas e objetivas para a prática profissional.

Palavras-chave: Atenção Básica; Papel do Enfermeiro; Enfermagem;

Disponível em: <https://eventos.ufpr.br/csc/csc20/paper/view/3970>

ANEXO I - TERMO DE CONCENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)



*Aprovado na Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação
 CONEP em 04/08/2000
 Comitê de Ética em Pesquisa – CEP*

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO -
 TCLE**

Título do Projeto: Mapeamento de competências essenciais de Enfermeiros da Atenção Básica de Saúde em Cidades Gêmeas da linha de fronteira: Brasil e Paraguai

Certificado de Apresentação para Apreciação Ética – “CAAE” N°
 20578619.4.0000.0107

Pesquisador para contato: Dra. Maria de Lourdes de Almeida

Telefone: (45) 9931 6064

Endereço de contato (Institucional): Av. Tarquínio Joslin dos Santos, 1300 - Lot.
 Universitario das Americas, Foz do Iguaçu - PR, 85870-650

Convidamos você prezado enfermeiro (a):

_____ a participar de uma pesquisa intitulada “*Mapeamento de competências essenciais de Enfermeiros da Atenção Básica de Saúde em Cidades Gêmeas da linha de fronteira: Brasil e Paraguai*”. Este instrumento de pesquisa está organizado em suas partes, sendo a de caracterização e a segunda composta por 56 questões estruturadas (fechadas) sugeridas pela Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) que foram traduzidas e adaptadas ao contexto brasileiro por especialistas em saúde pública/coletiva com a autorização desta entidade. Basta escolher e assinalar uma das opções expostas a fim de caracterizar e pontuar as competências essenciais desenvolvidas no seu trabalho para a Atenção Básica de saúde.

A pontuação em percentuais escolhidos permitirá realizar o mapeamento de competências da sua área de trabalho. O tempo de preenchimento do questionário é em torno de vinte a trinta minutos. Acredita-se que esta pesquisa não irá causar a você *transtornos profissionais e/ou pessoais*. Se ocorrer algum transtorno, decorrente de sua

participação em qualquer etapa desta pesquisa, nós pesquisadores, providenciaremos acompanhamento e a assistência imediata, integral e gratuita.

Havendo a ocorrência de quaisquer tipos de danos, previstos ou não, mas decorrentes de sua participação nesta pesquisa, caberá a você, na forma da Lei, o direito de solicitar a respectiva indenização.

Também você poderá a qualquer momento desistir de participar da pesquisa sem qualquer prejuízo. Para que isso ocorra, basta informar, por qualquer modo que lhe seja possível, que deseja deixar de participar da pesquisa e qualquer informação que tenha prestado será retirada do conjunto dos dados que serão utilizados na avaliação dos resultados.

Você não receberá e não pagará nenhum valor para participar deste estudo, no entanto, terá direito ao ressarcimento de despesas decorrentes de sua participação.

Nós pesquisadores garantimos a privacidade e o sigilo de sua participação em todas as etapas da pesquisa e de futura publicação dos resultados. O seu nome, assim como da instituição de saúde a qual trabalha, endereço, voz e imagem nunca serão associados aos resultados desta pesquisa, exceto quando você desejar. Nesse caso, você deverá assinar um segundo termo, específico para essa autorização e que deverá ser apresentado separadamente deste.

As informações que você fornecer serão utilizadas exclusivamente nesta pesquisa. Caso as informações fornecidas e obtidas com este consentimento sejam consideradas úteis para outros estudos, você será procurado para autorizar novamente o uso. No entanto, caso você não queira ser procurado para nova autorização, informe abaixo:

É necessário à minha autorização para que outros estudos utilizem as mesmas informações aqui fornecidas

() *sim*

() *não*

Este documento que você vai assinar contém três páginas. Você deve vistar (rubricar) todas as páginas, exceto a última, onde você assinará com a mesma assinatura registrada no cartório (caso tenha). Este documento está sendo apresentado a você em duas vias, sendo que uma via é sua. Sugerimos que guarde a sua via de modo seguro.

Caso você precise informar algum fato ou decorrente da sua participação na pesquisa e se sentir desconfortável em procurar o pesquisador, você poderá procurar

pessoalmente o Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da UNIOESTE (CEP), de segunda a sexta-feira, no horário de 08h00 as 15h30min, na Reitoria da UNIOESTE, sala do Comitê de Ética, PRPPG, situado na rua Universitária, 1619 – Bairro Universitário, Cascavel – PR. Caso prefira, você pode entrar em contato via Internet pelo e-mail: cep.prppg@unioeste.br ou pelo telefone do CEP que é (45) 3220-3092.

Declaro estar ciente e suficientemente esclarecido sobre os fatos informados neste documento.

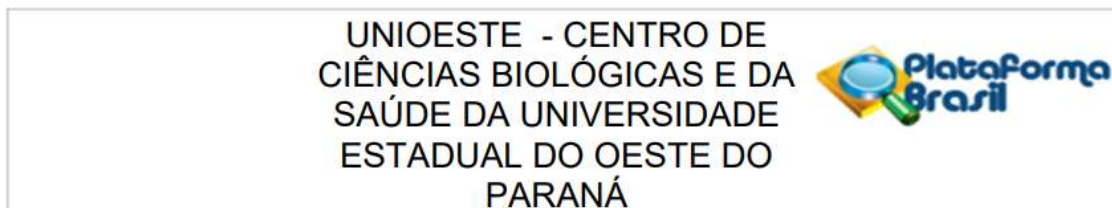
Nome do sujeito de pesquisa

Assinatura

Eu, Dra., Maria de Lourdes de Almeida, declaro que forneci todas as informações sobre este projeto de pesquisa ao participante.

Assinatura do pesquisador

Foz do Iguaçu, 25 de setembro de 2019.

ANEXO II - APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA E PESQUISA – CEP**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP****DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

Título da Pesquisa: Mapeamento de competências essenciais de Enfermeiros da Atenção Básica de Saúde em Cidades Gêmeas da linha de fronteira: Brasil e Paraguai

Pesquisador: Maria de Lourdes de Almeida

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 20578619.4.0000.0107

Instituição Proponente: Universidade Estadual do Oeste do Paraná/ UNIOESTE

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.602.762

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

CASCADEL, 26 de Setembro de 2019

Assinado por:
Dartel Ferrari de Lima
(Coordenador(a))

ANEXO III – INSTRUMENTO PARA COLETA DE DADOS

Questionário N° _____

CARACTERIZAÇÃO DO PARTICIPANTE

1. **Gênero:** () masculino () feminino () Outro (especifique):
2. **Idade:**
 - () 21 a 29 anos
 - () 30 a 39 anos
 - () 40 a 49 anos
 - () 50 a 59 anos
 - () 60 anos ou mais
3. **Formação acadêmica:**
 - Bacharel em enfermagem ()
 - Bacharel e Licenciado em Enfermagem ()
 - Especialização () Nome do curso: _____
 - Mestrado () Nome do curso: _____
 - Doutorado () Nome do curso: _____
4. **Município de atuação profissional como enfermeiro (a) de Atenção Básica em região de fronteira:**
 - () Foz do Iguaçu /PR
 - () Guaíra /PR
 - () Bela Vista /MS
 - () Ponta Porã /MS
 - () Coronel Sapucaia /MS
 - () Mundo Novo /MS
 - () Paranhos /MS
5. **Forma de contratação para o cargo de enfermeiro (a) de Atenção Básica em região de Fronteira:**
 - () Concurso Público
 - () Contrato de trabalho tempo determinado
 - () Cargo Comissionado
 - () outro: _____
6. **Tempo de trabalho na Atenção Básica de Saúde em região de fronteira:**
 - () Menos de 6 meses
 - () 6 meses á 1 ano
 - () 1 a 2 anos

- () 2 a 5 anos
 () 5 a 10 anos
 () Acima de 10 anos

7. Descreva as atividades que tipicamente são desenvolvidas por você enfermeiro (a) de Atenção Básica em região na região de fronteira em que atua:

8. Já atuou na Atenção Básica de outra região que não era de fronteira internacional?

- () Sim () Não

9. Se sim, você percebe a necessidade de competências específicas para atuar como enfermeiro (a) em região de fronteira? Justifique.

12. Quais são as competências necessárias para atuar na Atenção Básica de Saúde em uma região de Fronteira?

DOMÍNIOS DO INSTRUMENTO MARCO REGIONAL DE COMPETÊNCIAS ESSENCIAIS EM SAÚDE PÚBLICA – MRCESP

COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO (A)

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

DOMÍNIO 1: ANÁLISE DA SITUAÇÃO DE SAÚDE.

Refere-se à avaliação da situação de saúde da população e suas tendências para as tomadas de decisões e a definição de políticas públicas de saúde.

1) Utilizar estatística demográfica e dos indicadores básicos de saúde para gerar as evidências sobre a situação de saúde da população e dos grupos em situação de vulnerabilidade e risco.

- () 1. Não tenho conhecimento do assunto;
 () 2. Já ouvi falar, mas tenho pouco conhecimento do assunto;
 () 3. Tenho conhecimento limitado sobre o assunto para aplicação na prática;

- () 4. Tenho conhecimento sobre o assunto e sei ou saberia como aplicar na prática;
- () 5. Tenho bom conhecimento sobre o assunto, coloco em prática e saberia ensiná-lo a outros.

Você tem algum comentário sobre o desenvolvimento desta competência no cargo que desempenha?

–

2) Analisar sistematicamente a situação e tendências de saúde da população e seus determinantes para documentar as desigualdades em riscos, resultados e acesso aos serviços.

- () 1. Não tenho conhecimento do assunto;
- () 2. Já ouvi falar, mas tenho pouco conhecimento do assunto;
- () 3. Tenho conhecimento limitado sobre o assunto para aplicação na prática;
- () 4. Tenho conhecimento sobre o assunto e sei ou saberia como aplicar na prática;
- () 5. Tenho bom conhecimento sobre o assunto, coloco em prática e saberia ensiná-lo a outros.

Você tem algum comentário sobre o desenvolvimento desta competência no cargo que desempenha?

–

3) Estabelecer prioridades de saúde pública para responder as necessidades de saúde da população, incluindo a caracterização do risco e da demanda dos serviços de saúde.

- () 1. Não tenho conhecimento do assunto;
- () 2. Já ouvi falar, mas tenho pouco conhecimento do assunto;
- () 3. Tenho conhecimento limitado sobre o assunto para aplicação na prática;
- () 4. Tenho conhecimento sobre o assunto e sei ou saberia como aplicar na prática;
- () 5. Tenho bom conhecimento sobre o assunto, coloco em prática e saberia ensiná-lo a outros.

Você tem algum comentário sobre o desenvolvimento desta competência no cargo que desempenha?

4) Gerar informação útil para a avaliação do desempenho dos serviços de saúde e do impacto das intervenções populacionais.

- () 1. Não tenho conhecimento do assunto;
- () 2. Já ouvi falar, mas tenho pouco conhecimento do assunto;
- () 3. Tenho conhecimento limitado sobre o assunto para aplicação na prática;
- () 4. Tenho conhecimento sobre o assunto e sei ou saberia como aplicar na prática;
- () 5. Tenho bom conhecimento sobre o assunto, coloco em prática e saberia ensiná-lo a outros.

Você tem algum comentário sobre o desenvolvimento desta competência no cargo que desempenha?

–

5) Recomendar ações em favor da saúde para diferentes públicos de gestores, profissionais e usuários do sistema de saúde, informadas por evidências.

- () 1. Não tenho conhecimento do assunto;
- () 2. Já ouvi falar, mas tenho pouco conhecimento do assunto;

- () 3. Tenho conhecimento limitado sobre o assunto para aplicação na prática;
- () 4. Tenho conhecimento sobre o assunto e sei ou saberia como aplicar na prática;
- () 5. Tenho bom conhecimento sobre o assunto, coloco em prática e saberia ensiná-lo a outros.

Você tem algum comentário sobre o desenvolvimento desta competência no cargo que desempenha?

–

6) Desenvolver metodologias, tecnologias e boas práticas para a gestão, análise e comunicação de informação sobre saúde.

- () 1. Não tenho conhecimento do assunto;
- () 2. Já ouvi falar, mas tenho pouco conhecimento do assunto;
- () 3. Tenho conhecimento limitado sobre o assunto para aplicação na prática;
- () 4. Tenho conhecimento sobre o assunto e sei ou saberia como aplicar na prática;
- () 5. Tenho bom conhecimento sobre o assunto, coloco em prática e saberia ensiná-lo a outros.

Você tem algum comentário sobre o desenvolvimento desta competência no cargo que desempenha?

7) Transferir conhecimentos, experiências e ferramentas para a análise da situação de saúde através da capacitação por meio da supervisão, treinamento em serviço e educação permanente da força de trabalho e dos atores- chave.

- () 1. Não tenho conhecimento do assunto;
- () 2. Já ouvi falar, mas tenho pouco conhecimento do assunto;
- () 3. Tenho conhecimento limitado sobre o assunto para aplicação na prática;
- () 4. Tenho conhecimento sobre o assunto e sei ou saberia como aplicar na prática;
- () 5. Tenho bom conhecimento sobre o assunto, coloco em prática e saberia ensiná-lo a outros.

Você tem algum comentário sobre o desenvolvimento desta competência no cargo que desempenha?

8) Identificar mecanismos de articulação, alianças estratégicas e recursos entre os setores- chave e os diferentes campos do conhecimento para promover a melhoria dos registros e estatísticas de saúde.

- () 1. Não tenho conhecimento do assunto;
- () 2. Já ouvi falar, mas tenho pouco conhecimento do assunto;
- () 3. Tenho conhecimento limitado sobre o assunto para aplicação na prática;
- () 4. Tenho conhecimento sobre o assunto e sei ou saberia como aplicar na prática;
- () 5. Tenho bom conhecimento sobre o assunto, coloco em prática e saberia ensiná-lo a outros.

Você tem algum comentário sobre o desenvolvimento desta competência no cargo que desempenha?

9) Realizar a gestão da informação, a informação por evidências para tomada de decisão e os demais conhecimentos relacionados com a prática cotidiana para potencializar as ações de saúde e contribuir para a melhoria da qualidade de vida da população.

- 1. Não tenho conhecimento do assunto;
- 2. Já ouvi falar, mas tenho pouco conhecimento do assunto;
- 3. Tenho conhecimento limitado sobre o assunto para aplicação na prática;
- 4. Tenho conhecimento sobre o assunto e sei ou saberia como aplicar na prática;
- 5. Tenho bom conhecimento sobre o assunto, coloco em prática e saberia ensiná-lo a outros.

Você tem algum comentário sobre o desenvolvimento desta competência no cargo que desempenha?

DOMÍNIO 2: VIGILÂNCIA E CONTROLE DE RISCOS E DANOS.

Refere-se compilação contínua da ocorrência e propagação de riscos e danos à saúde necessários para o seu controle efetivo na população. É a capacidade de realizar pesquisa e vigilância de surtos epidêmicos e as maneiras como se apresentam as doenças transmissíveis e não transmissíveis, fatores comportamentais, acidentes e exposição às substâncias tóxicas ou agentes ambientais prejudiciais à saúde.

1) Analisar as ameaças, riscos e danos à saúde da população para o delineamento e implantação de um efetivo Sistema de Vigilância e Controle de riscos e de danos na saúde pública.

- 1. Não tenho conhecimento do assunto;
- 2. Já ouvi falar, mas tenho pouco conhecimento do assunto;
- 3. Tenho conhecimento limitado sobre o assunto para aplicação na prática;
- 4. Tenho conhecimento sobre o assunto e sei ou saberia como aplicar na prática;
- 5. Tenho bom conhecimento sobre o assunto, coloco em prática e saberia ensiná-lo a outros.

Você tem algum comentário sobre o desenvolvimento desta competência no cargo que desempenha?

2) Realizar a gestão das redes de atenção à saúde articulada aos laboratórios de saúde pública para garantir a viabilidade da vigilância e controle de riscos e danos na saúde pública.

- 1. Não tenho conhecimento do assunto;
- 2. Já ouvi falar, mas tenho pouco conhecimento do assunto;
- 3. Tenho conhecimento limitado sobre o assunto para aplicação na prática;
- 4. Tenho conhecimento sobre o assunto e sei ou saberia como aplicar na prática;
- 5. Tenho bom conhecimento sobre o assunto, coloco em prática e saberia ensiná-lo a outros.

Você tem algum comentário sobre o desenvolvimento desta competência no cargo que desempenha?

3) Realizar o monitoramento dos riscos, das ameaças, no marco dos determinantes sociais da saúde e da ocorrência de danos, para conhecer seu comportamento ao longo do tempo e identificar as necessidades de intervenção.

- 1. Não tenho conhecimento do assunto;
- 2. Já ouvi falar, mas tenho pouco conhecimento do assunto;
- 3. Tenho conhecimento limitado sobre o assunto para aplicação na prática;
- 4. Tenho conhecimento sobre o assunto e sei ou saberia como aplicar na prática;
- 5. Tenho bom conhecimento sobre o assunto, coloco em prática e saberia ensiná-lo a outros.

Você tem algum comentário sobre o desenvolvimento desta competência no cargo que desempenha?

4) Definir os riscos, ameaças e danos em saúde que demandem intervenções imediatas e mediatas, para garantir a resposta rápida e oportuna do sistema de saúde.

- 1. Não tenho conhecimento do assunto;
- 2. Já ouvi falar, mas tenho pouco conhecimento do assunto;
- 3. Tenho conhecimento limitado sobre o assunto para aplicação na prática;
- 4. Tenho conhecimento sobre o assunto e sei ou saberia como aplicar na prática;
- 5. Tenho bom conhecimento sobre o assunto, coloco em prática e saberia ensiná-lo a outros.

Você tem algum comentário sobre o desenvolvimento desta competência no cargo que desempenha?

5) Detectar precocemente os surtos e epidemias para executar ações para controlar, reduzir ou mitigar seus efeitos sobre a população.

- 1. Não tenho conhecimento do assunto;
- 2. Já ouvi falar, mas tenho pouco conhecimento do assunto;
- 3. Tenho conhecimento limitado sobre o assunto para aplicação na prática;
- 4. Tenho conhecimento sobre o assunto e sei ou saberia como aplicar na prática;
- 5. Tenho bom conhecimento sobre o assunto, coloco em prática e saberia ensiná-lo a outros.

Você tem algum comentário sobre o desenvolvimento desta competência no cargo que desempenha?

6) Articular as ações de vigilância e resposta com os diferentes níveis setoriais e cidadãos para enfrentar os riscos e ameaças e danos à saúde.

- 1. Não tenho conhecimento do assunto;

- () 2. Já ouvi falar, mas tenho pouco conhecimento do assunto;
- () 3. Tenho conhecimento limitado sobre o assunto para aplicação na prática;
- () 4. Tenho conhecimento sobre o assunto e sei ou saberia como aplicar na prática;
- () 5. Tenho bom conhecimento sobre o assunto, coloco em prática e saberia ensiná-lo a outros.

Você tem algum comentário sobre o desenvolvimento desta competência no cargo que desempenha?

7) Difundir a informação relevante da vigilância aos diversos atores do sistema e da população, para melhorar a eficácia da resposta local e global frente aos riscos, ameaças e danos à saúde.

- () 1. Não tenho conhecimento do assunto;
- () 2. Já ouvi falar, mas tenho pouco conhecimento do assunto;
- () 3. Tenho conhecimento limitado sobre o assunto para aplicação na prática;
- () 4. Tenho conhecimento sobre o assunto e sei ou saberia como aplicar na prática;
- () 5. Tenho bom conhecimento sobre o assunto, coloco em prática e saberia ensiná-lo a outros.

Você tem algum comentário sobre o desenvolvimento desta competência no cargo que desempenha?

8) Facilitar a realização de pesquisas com precisão e objetividade para explicar os riscos, ameaças e danos à saúde, assim como avaliar a resposta social frente aos mesmos em interação com outros campos.

- () 1. Não tenho conhecimento do assunto;
- () 2. Já ouvi falar, mas tenho pouco conhecimento do assunto;
- () 3. Tenho conhecimento limitado sobre o assunto para aplicação na prática;
- () 4. Tenho conhecimento sobre o assunto e sei ou saberia como aplicar na prática;
- () 5. Tenho bom conhecimento sobre o assunto, coloco em prática e saberia ensiná-lo a outros.

Você tem algum comentário sobre o desenvolvimento desta competência no cargo que desempenha?

9) Avaliar os processos relacionados ao sistema de vigilância e controle em saúde pública de maneira permanente e sistemática, para garantir sua melhora contínua e a solução oportuna dos problemas priorizados.

- () 1. Não tenho conhecimento do assunto;
- () 2. Já ouvi falar, mas tenho pouco conhecimento do assunto;
- () 3. Tenho conhecimento limitado sobre o assunto para aplicação na prática;
- () 4. Tenho conhecimento sobre o assunto e sei ou saberia como aplicar na prática;
- () 5. Tenho bom conhecimento sobre o assunto, coloco em prática e saberia ensiná-lo a outros.

Você tem algum comentário sobre o desenvolvimento desta competência no cargo que desempenha?

10) Estimar o risco de desastres, através de articulação intersetorial para determinar o tipo de dimensão em interação com outros campos do conhecimento.

- 1. Não tenho conhecimento do assunto;
- 2. Já ouvi falar, mas tenho pouco conhecimento do assunto;
- 3. Tenho conhecimento limitado sobre o assunto para aplicação na prática;
- 4. Tenho conhecimento sobre o assunto e sei ou saberia como aplicar na prática;
- 5. Tenho bom conhecimento sobre o assunto, coloco em prática e saberia ensiná-lo a outros.

Você tem algum comentário sobre o desenvolvimento desta competência no cargo que desempenha?

11) Participar dos planos de gestão de riscos de desastres ante as ameaças naturais, tecnológicas e biológicas para mitigar os seus efeitos na saúde.

- 1. Não tenho conhecimento do assunto;
- 2. Já ouvi falar, mas tenho pouco conhecimento do assunto;
- 3. Tenho conhecimento limitado sobre o assunto para aplicação na prática;
- 4. Tenho conhecimento sobre o assunto e sei ou saberia como aplicar na prática;
- 5. Tenho bom conhecimento sobre o assunto, coloco em prática e saberia ensiná-lo a outros.

Você tem algum comentário sobre o desenvolvimento desta competência no cargo que desempenha?

12) Delinear projetos de gestão de risco para a redução de risco à saúde decorrente de desastres em saúde por meio de articulação intersetorial.

- 1. Não tenho conhecimento do assunto;
- 2. Já ouvi falar, mas tenho pouco conhecimento do assunto;
- 3. Tenho conhecimento limitado sobre o assunto para aplicação na prática;
- 4. Tenho conhecimento sobre o assunto e sei ou saberia como aplicar na prática;
- 5. Tenho bom conhecimento sobre o assunto, coloco em prática e saberia ensiná-lo a outros.

Você tem algum comentário sobre o desenvolvimento desta competência no cargo que desempenha?

13) Realizar intervenções a resposta imediata diante de ameaças, vulnerabilidades, riscos e danos por desastres de acordo com a estimativa de risco para proteger a saúde na perspectiva intersetorial.

- 1. Não tenho conhecimento do assunto;
- 2. Já ouvi falar, mas tenho pouco conhecimento do assunto;
- 3. Tenho conhecimento limitado sobre o assunto para aplicação na prática;
- 4. Tenho conhecimento sobre o assunto e sei ou saberia como aplicar na prática;
- 5. Tenho bom conhecimento sobre o assunto, coloco em prática e saberia ensiná-lo a outros.

Você tem algum comentário sobre o desenvolvimento desta competência no cargo que desempenha?

14) Participar do planejamento e execução de ações intersetoriais da reconstrução pós-desastres de acordo com a identificação do dano para a reabilitação imediata e proteção da saúde da população.

- 1. Não tenho conhecimento do assunto;
- 2. Já ouvi falar, mas tenho pouco conhecimento do assunto;
- 3. Tenho conhecimento limitado sobre o assunto para aplicação na prática;
- 4. Tenho conhecimento sobre o assunto e sei ou saberia como aplicar na prática;
- 5. Tenho bom conhecimento sobre o assunto, coloco em prática e saberia ensiná-lo a outros.

Você tem algum comentário sobre o desenvolvimento desta competência no cargo que desempenha?

DOMÍNIO 3: PROMOÇÃO DA SAÚDE E PARTICIPAÇÃO SOCIAL

A promoção da saúde é o processo político e social que envolve ações diretas para fortalecer as habilidade e capacidades dos indivíduos e para modificar as condições sociais, ambientais e econômicas que impactam a saúde.

1) Valorizar o enfoque e o alcance da Promoção da Saúde, diferenciando-o de outros paradigmas para ser capaz de mudanças positivas na saúde dos indivíduos e da comunidade.

- 1. Não tenho conhecimento do assunto;
- 2. Já ouvi falar, mas tenho pouco conhecimento do assunto;
- 3. Tenho conhecimento limitado sobre o assunto para aplicação na prática;
- 4. Tenho conhecimento sobre o assunto e sei ou saberia como aplicar na prática;
- 5. Tenho bom conhecimento sobre o assunto, coloco em prática e saberia ensiná-lo a outros.

Você tem algum comentário sobre o desenvolvimento desta competência no cargo que desempenha?

2) Aplicar as ferramentas de participação social e o enfoque de trabalho intersetorial para melhorar a saúde e impactar as políticas públicas baseadas nos determinantes sociais.

- 1. Não tenho conhecimento do assunto;
- 2. Já ouvi falar, mas tenho pouco conhecimento do assunto;
- 3. Tenho conhecimento limitado sobre o assunto para aplicação na prática;
- 4. Tenho conhecimento sobre o assunto e sei ou saberia como aplicar na prática;
- 5. Tenho bom conhecimento sobre o assunto, coloco em prática e saberia ensiná-lo a outros.

Você tem algum comentário sobre o desenvolvimento desta competência no cargo que desempenha?

3) Analisar as relações de complementaridade entre a Educação para a Saúde e a Alfabetização em Saúde para estabelecer melhores práticas de Promoção de Saúde.

- 1. Não tenho conhecimento do assunto;
- 2. Já ouvi falar, mas tenho pouco conhecimento do assunto;
- 3. Tenho conhecimento limitado sobre o assunto para aplicação na prática;
- 4. Tenho conhecimento sobre o assunto e sei ou saberia como aplicar na prática;
- 5. Tenho bom conhecimento sobre o assunto, coloco em prática e saberia ensiná-lo a outros.

Você tem algum comentário sobre o desenvolvimento desta competência no cargo que desempenha?

4) Traçar estratégias de comunicação em saúde e divulgação à sociedade das informações para fomentar mudanças individuais e coletivas.

- 1. Não tenho conhecimento do assunto;
- 2. Já ouvi falar, mas tenho pouco conhecimento do assunto;
- 3. Tenho conhecimento limitado sobre o assunto para aplicação na prática;
- 4. Tenho conhecimento sobre o assunto e sei ou saberia como aplicar na prática;
- 5. Tenho bom conhecimento sobre o assunto, coloco em prática e saberia ensiná-lo a outros.

Você tem algum comentário sobre o desenvolvimento desta competência no cargo que desempenha?

5) Reconhecer as considerações éticas vinculadas aos enfoques de competências culturais para aplicá-las na prática da saúde pública em diferentes contextos.

- 1. Não tenho conhecimento do assunto;
- 2. Já ouvi falar, mas tenho pouco conhecimento do assunto;
- 3. Tenho conhecimento limitado sobre o assunto para aplicação na prática;
- 4. Tenho conhecimento sobre o assunto e sei ou saberia como aplicar na prática;
- 5. Tenho bom conhecimento sobre o assunto, coloco em prática e saberia ensiná-lo a outros.

Você tem algum comentário sobre o desenvolvimento desta competência no cargo que desempenha?

6) Aplicar as modalidades e mecanismos que fomentam o empoderamento para alcançar a participação social e comunitária em saúde.

- 1. Não tenho conhecimento do assunto;
- 2. Já ouvi falar, mas tenho pouco conhecimento do assunto;
- 3. Tenho conhecimento limitado sobre o assunto para aplicação na prática;
- 4. Tenho conhecimento sobre o assunto e sei ou saberia como aplicar na prática;
- 5. Tenho bom conhecimento sobre o assunto, coloco em prática e saberia ensiná-lo a outros.

Você tem algum comentário sobre o desenvolvimento desta competência no cargo que desempenha?

7) Desenvolver estratégias com o enfoque de Promoção da Saúde para o desenvolvimento de alianças e a consolidação de redes de atenção primária à saúde e nos serviços comunitários.

- 1. Não tenho conhecimento do assunto;
- 2. Já ouvi falar, mas tenho pouco conhecimento do assunto;
- 3. Tenho conhecimento limitado sobre o assunto para aplicação na prática;
- 4. Tenho conhecimento sobre o assunto e sei ou saberia como aplicar na prática;
- 5. Tenho bom conhecimento sobre o assunto, coloco em prática e saberia ensiná-lo a outros.

Você tem algum comentário sobre o desenvolvimento desta competência no cargo que desempenha?

8) Avaliar a efetividade das ações de promoção da saúde para obter mudanças no nível de atenção primária, na política pública e na estrutura social em benefício da saúde e qualidade de vida.

- 1. Não tenho conhecimento do assunto;
- 2. Já ouvi falar, mas tenho pouco conhecimento do assunto;
- 3. Tenho conhecimento limitado sobre o assunto para aplicação na prática;
- 4. Tenho conhecimento sobre o assunto e sei ou saberia como aplicar na prática;
- 5. Tenho bom conhecimento sobre o assunto, coloco em prática e saberia ensiná-lo a outros.

Você tem algum comentário sobre o desenvolvimento desta competência no cargo que desempenha?

9) Promoção, criação e fortalecimento de espaços e processos sociais participativos com relação à compreensão e proteção da saúde para melhorar a capacidade da população para compreender e controlar os serviços sociais e a políticas públicas.

- 1. Não tenho conhecimento do assunto;
- 2. Já ouvi falar, mas tenho pouco conhecimento do assunto;
- 3. Tenho conhecimento limitado sobre o assunto para aplicação na prática;
- 4. Tenho conhecimento sobre o assunto e sei ou saberia como aplicar na prática;
- 5. Tenho bom conhecimento sobre o assunto, coloco em prática e saberia ensiná-lo a outros.

Você tem algum comentário sobre o desenvolvimento desta competência no cargo que desempenha?

10) Participar ativamente no delineamento, execução e avaliação de estratégias de gestão, informação, comunicação e educação dirigidas às comunidades e aos responsáveis pela tomada de decisão para contribuir com o empoderamento da população na formulação, avaliação e controle de políticas, planos e programas de saúde.

- () 1. Não tenho conhecimento do assunto;
- () 2. Já ouvi falar, mas tenho pouco conhecimento do assunto;
- () 3. Tenho conhecimento limitado sobre o assunto para aplicação na prática;
- () 4. Tenho conhecimento sobre o assunto e sei ou saberia como aplicar na prática;
- () 5. Tenho bom conhecimento sobre o assunto, coloco em prática e saberia ensiná-lo a outros.

Você tem algum comentário sobre o desenvolvimento desta competência no cargo que desempenha?

DOMÍNIO 4: POLÍTICAS, PLANEJAMENTO, REGULAMENTO E CONTROLE.

Todo sistema de saúde rege a sua gestão de acordo com as políticas, planos de saúde e regulamentos acordados. Aqueles que trabalham no setor da saúde devem ser capazes para a gestão no âmbito regulamentar de proteção e fiscalização da saúde pública e para a cooperação internacional. Devem também ter a capacidade de gerar novas leis e regulamentos para o desenvolvimento de ambientes saudáveis e a proteção aos cidadãos.

1) Aplicar os fundamentos conceituais, técnicos e metodológicos básicos que sustentam a gestão de políticas de modo a contribuir para a garantia da e do direito fundamental à saúde.

- () 1. Não tenho conhecimento do assunto;
- () 2. Já ouvi falar, mas tenho pouco conhecimento do assunto;
- () 3. Tenho conhecimento limitado sobre o assunto para aplicação na prática;
- () 4. Tenho conhecimento sobre o assunto e sei ou saberia como aplicar na prática;
- () 5. Tenho bom conhecimento sobre o assunto, coloco em prática e saberia ensiná-lo a outros.

Você tem algum comentário sobre o desenvolvimento desta competência no cargo que desempenha?

2) Proteger em toda política pública setorial ou extra-setorial, o direito à saúde como um direito humano fundamental para o bem estar integral da população.

- () 1. Não tenho conhecimento do assunto;
- () 2. Já ouvi falar, mas tenho pouco conhecimento do assunto;
- () 3. Tenho conhecimento limitado sobre o assunto para aplicação na prática;
- () 4. Tenho conhecimento sobre o assunto e sei ou saberia como aplicar na prática;
- () 5. Tenho bom conhecimento sobre o assunto, coloco em prática e saberia ensiná-lo a outros.

Você tem algum comentário sobre o desenvolvimento desta competência no cargo que desempenha?

3) Administrar os recursos humanos, tecnológicos e financeiros requeridos para o melhoramento da saúde, e o controle de seus determinantes para melhorar o desempenho, a igualdade e a inclusão dos sistemas de saúde com um enfoque de atenção primária.

- 1. Não tenho conhecimento do assunto;
- 2. Já ouvi falar, mas tenho pouco conhecimento do assunto;
- 3. Tenho conhecimento limitado sobre o assunto para aplicação na prática;
- 4. Tenho conhecimento sobre o assunto e sei ou saberia como aplicar na prática;
- 5. Tenho bom conhecimento sobre o assunto, coloco em prática e saberia ensiná-lo a outros.

Você tem algum comentário sobre o desenvolvimento desta competência no cargo que desempenha?

4) Avaliar as necessidades e problemáticas dos indivíduos, das famílias e dos coletivos humanos para sustentar as decisões de intervenção e otimizar os resultados.

- 1. Não tenho conhecimento do assunto;
- 2. Já ouvi falar, mas tenho pouco conhecimento do assunto;
- 3. Tenho conhecimento limitado sobre o assunto para aplicação na prática;
- 4. Tenho conhecimento sobre o assunto e sei ou saberia como aplicar na prática;
- 5. Tenho bom conhecimento sobre o assunto, coloco em prática e saberia ensiná-lo a outros.

Você tem algum comentário sobre o desenvolvimento desta competência no cargo que desempenha?

5) Liderar grupos interdisciplinares que participem de forma articulada com a análise, formulação, execução e avaliação das políticas, planos e programas de saúde pública para garantir os direitos da população e o bom funcionamento dos sistemas de saúde, na perspectiva dos determinantes sociais.

- 1. Não tenho conhecimento do assunto;
- 2. Já ouvi falar, mas tenho pouco conhecimento do assunto;
- 3. Tenho conhecimento limitado sobre o assunto para aplicação na prática;
- 4. Tenho conhecimento sobre o assunto e sei ou saberia como aplicar na prática;
- 5. Tenho bom conhecimento sobre o assunto, coloco em prática e saberia ensiná-lo a outros.

Você tem algum comentário sobre o desenvolvimento desta competência no cargo que desempenha?

6) Participar na gestão de políticas e planos de saúde para contribuir com a garantia do direito à saúde, a equidade e o desempenho dos sistemas de saúde.

- 1. Não tenho conhecimento do assunto;
- 2. Já ouvi falar, mas tenho pouco conhecimento do assunto;
- 3. Tenho conhecimento limitado sobre o assunto para aplicação na prática;
- 4. Tenho conhecimento sobre o assunto e sei ou saberia como aplicar na prática;
- 5. Tenho bom conhecimento sobre o assunto, coloco em prática e saberia ensiná-lo a outros.

Você tem algum comentário sobre o desenvolvimento desta competência no cargo que desempenha?

7) Reconhecer a planificação e a tomada de decisões como um processo social técnico e político para garantir a obtenção dos melhores resultados na saúde.

- 1. Não tenho conhecimento do assunto;
- 2. Já ouvi falar, mas tenho pouco conhecimento do assunto;
- 3. Tenho conhecimento limitado sobre o assunto para aplicação na prática;
- 4. Tenho conhecimento sobre o assunto e sei ou saberia como aplicar na prática;
- 5. Tenho bom conhecimento sobre o assunto, coloco em prática e saberia ensiná-lo a outros.

Você tem algum comentário sobre o desenvolvimento desta competência no cargo que desempenha?

DOMÍNIO 5: EQUIDADE AO ACESSO, E QUALIDADE NOS SERVIÇOS INDIVIDUAIS E COLETIVOS.

Uma das condições essenciais na prática da Saúde Pública é garantir o acesso aos serviços, os quais devem ser outorgados universalmente sem nenhum tipo de barreiras, promovendo a qualidade e a segurança em seu provimento e desde um enfoque multissetorial para a solução das iniquidades na atenção à saúde da população.

1) Apoiar os princípios de equidade, no marco do enfoque de determinantes sociais, ao planejar e implantar políticas e ações de saúde para melhorar o acesso aos serviços preventivos e assistenciais de saúde.

- 1. Não tenho conhecimento do assunto;
- 2. Já ouvi falar, mas tenho pouco conhecimento do assunto;
- 3. Tenho conhecimento limitado sobre o assunto para aplicação na prática;
- 4. Tenho conhecimento sobre o assunto e sei ou saberia como aplicar na prática;
- 5. Tenho bom conhecimento sobre o assunto, coloco em prática e saberia ensiná-lo a outros.

Você tem algum comentário sobre o desenvolvimento desta competência no cargo que desempenha?

2) Contribuir para implementar planos, estratégias e ações que aumentem a igualdade de provisão de serviços para alcançar eficácia social, efetividade sanitária e eficiência na distribuição dos recursos necessários na atenção de saúde a população.

- 1. Não tenho conhecimento do assunto;
- 2. Já ouvi falar, mas tenho pouco conhecimento do assunto;
- 3. Tenho conhecimento limitado sobre o assunto para aplicação na prática;
- 4. Tenho conhecimento sobre o assunto e sei ou saberia como aplicar na prática;

5. Tenho bom conhecimento sobre o assunto, coloco em prática e saberia ensiná-lo a outros.

Você tem algum comentário sobre o desenvolvimento desta competência no cargo que desempenha?

3) Planejar, executar e avaliar projetos e ações que impulsionem o melhoramento contínuo da qualidade dos serviços para contribuir para o fortalecimento da gestão e atenção à saúde

1. Não tenho conhecimento do assunto;

2. Já ouvi falar, mas tenho pouco conhecimento do assunto;

3. Tenho conhecimento limitado sobre o assunto para aplicação na prática;

4. Tenho conhecimento sobre o assunto e sei ou saberia como aplicar na prática;

5. Tenho bom conhecimento sobre o assunto, coloco em prática e saberia ensiná-lo a outros.

Você tem algum comentário sobre o desenvolvimento desta competência no cargo que desempenha?

4) Desenvolver instrumentos que assegurem a qualidade nos serviços de saúde de acordo com os padrões de segurança na gestão e nas práticas assistenciais, para reduzir os prejuízos das desigualdades existentes na atenção à saúde para a população.

1. Não tenho conhecimento do assunto;

2. Já ouvi falar, mas tenho pouco conhecimento do assunto;

3. Tenho conhecimento limitado sobre o assunto para aplicação na prática;

4. Tenho conhecimento sobre o assunto e sei ou saberia como aplicar na prática;

5. Tenho bom conhecimento sobre o assunto, coloco em prática e saberia ensiná-lo a outros.

Você tem algum comentário sobre o desenvolvimento desta competência no cargo que desempenha?

5) Participar na coordenação de redes integradas entre os distintos âmbitos e níveis de atenção para melhorar a resposta do conjunto do sistema aos problemas de saúde da população.

1. Não tenho conhecimento do assunto;

2. Já ouvi falar, mas tenho pouco conhecimento do assunto;

3. Tenho conhecimento limitado sobre o assunto para aplicação na prática;

4. Tenho conhecimento sobre o assunto e sei ou saberia como aplicar na prática;

5. Tenho bom conhecimento sobre o assunto, coloco em prática e saberia ensiná-lo a outros.

Você tem algum comentário sobre o desenvolvimento desta competência no cargo que desempenha?

6) Identificar condições mínimas ou básicas de segurança na atenção às pessoas para o plano e implantação de programas e atividades de controle e gestão de riscos inerentes da provisão de serviços de saúde.

- 1. Não tenho conhecimento do assunto;
- 2. Já ouvi falar, mas tenho pouco conhecimento do assunto;
- 3. Tenho conhecimento limitado sobre o assunto para aplicação na prática;
- 4. Tenho conhecimento sobre o assunto e sei ou saberia como aplicar na prática;
- 5. Tenho bom conhecimento sobre o assunto, coloco em prática e saberia ensiná-lo a outros.

Você tem algum comentário sobre o desenvolvimento desta competência no cargo que desempenha?

7) Pleitear por um tratamento digno e pelo direito das pessoas ao acesso adequado, a sua privacidade e à confidencialidade de informação em todas as etapas e processos de atenção à saúde.

- 1. Não tenho conhecimento do assunto;
- 2. Já ouvi falar, mas tenho pouco conhecimento do assunto;
- 3. Tenho conhecimento limitado sobre o assunto para aplicação na prática;
- 4. Tenho conhecimento sobre o assunto e sei ou saberia como aplicar na prática;
- 5. Tenho bom conhecimento sobre o assunto, coloco em prática e saberia ensiná-lo a outros.

Você tem algum comentário sobre o desenvolvimento desta competência no cargo que desempenha?

8) Estimular e participar de equipes multidisciplinares com enfoque comunitário e sensibilidade social para o melhoramento contínuo da organização e funcionamento dos serviços de saúde.

- 1. Não tenho conhecimento do assunto;
- 2. Já ouvi falar, mas tenho pouco conhecimento do assunto;
- 3. Tenho conhecimento limitado sobre o assunto para aplicação na prática;
- 4. Tenho conhecimento sobre o assunto e sei ou saberia como aplicar na prática;
- 5. Tenho bom conhecimento sobre o assunto, coloco em prática e saberia ensiná-lo a outros.

Você tem algum comentário sobre o desenvolvimento desta competência no cargo que desempenha?

É o enfoque transdisciplinar que aborda a saúde desde a perspectiva do direito universal à saúde e o bem-estar social. Em um mundo globalizado e interconectado, são necessárias abordagens globais com implicações locais que considerem os determinantes sociais e que com equidade, ética e respeito pelos direitos humanos, avancem em soluções transnacionais, regionais e globais, melhorando a saúde de todos os cidadãos do mundo. Utiliza como ferramentas, as relações entre as autoridades sanitárias nacionais por meio da diplomacia em saúde e a cooperação técnica.

1) Reconhecer as dimensões globais das ações locais em matéria de saúde para avançar na responsabilidade global.

- 1. Não tenho conhecimento do assunto;
- 2. Já ouvi falar, mas tenho pouco conhecimento do assunto;
- 3. Tenho conhecimento limitado sobre o assunto para aplicação na prática;
- 4. Tenho conhecimento sobre o assunto e sei ou saberia como aplicar na prática;
- 5. Tenho bom conhecimento sobre o assunto, coloco em prática e saberia ensiná-lo a outros.

Você tem algum comentário sobre o desenvolvimento desta competência no cargo que desempenha?

2) Reconhecer as implicações locais dos eventos globais em matéria de saúde para entender a interconectividade global e seu impacto nas condições de saúde da população.

- 1. Não tenho conhecimento do assunto;
- 2. Já ouvi falar, mas tenho pouco conhecimento do assunto;
- 3. Tenho conhecimento limitado sobre o assunto para aplicação na prática;
- 4. Tenho conhecimento sobre o assunto e sei ou saberia como aplicar na prática;
- 5. Tenho bom conhecimento sobre o assunto, coloco em prática e saberia ensiná-lo a outros.

Você tem algum comentário sobre o desenvolvimento desta competência no cargo que desempenha?

3) Contribuir para iniciativas intersetoriais de natureza transnacional para superar desigualdades sanitárias e implementar intervenções efetivas por meio de acordos bilaterais.

- 1. Não tenho conhecimento do assunto;
- 2. Já ouvi falar, mas tenho pouco conhecimento do assunto;
- 3. Tenho conhecimento limitado sobre o assunto para aplicação na prática;
- 4. Tenho conhecimento sobre o assunto e sei ou saberia como aplicar na prática;
- 5. Tenho bom conhecimento sobre o assunto, coloco em prática e saberia ensiná-lo a outros.

Você tem algum comentário sobre o desenvolvimento desta competência no cargo que desempenha?

4) Analisar de forma crítica a natureza dinâmica, os fatores chave e os recursos que configuram a saúde global para influenciar as reformas em matéria de saúde, bem-estar e segurança social.

- 1. Não tenho conhecimento do assunto;
- 2. Já ouvi falar, mas tenho pouco conhecimento do assunto;
- 3. Tenho conhecimento limitado sobre o assunto para aplicação na prática;
- 4. Tenho conhecimento sobre o assunto e sei ou saberia como aplicar na prática;
- 5. Tenho bom conhecimento sobre o assunto, coloco em prática e saberia ensiná-lo a outros.

Você tem algum comentário sobre o desenvolvimento desta competência no cargo que desempenha?

5) Contrastar sistemas públicos de saúde e suas implicações para os usuários, que refletem a natureza diversa dos contextos político, organizacional e econômico, utilizando essas experiências para melhorar o acesso, a regulação e o financiamento dos sistemas de saúde.

- 1. Não tenho conhecimento do assunto;
- 2. Já ouvi falar, mas tenho pouco conhecimento do assunto;
- 3. Tenho conhecimento limitado sobre o assunto para aplicação na prática;
- 4. Tenho conhecimento sobre o assunto e sei ou saberia como aplicar na prática;
- 5. Tenho bom conhecimento sobre o assunto, coloco em prática e saberia ensiná-lo a outros.

Você tem algum comentário sobre o desenvolvimento desta competência no cargo que desempenha?

6) Contribuir de maneira efetiva à atenção de grupos em situação de vulnerabilidade, em particular migrantes, viajantes, minorias étnicas transnacionais e populações que vivem em fronteiras, para a atenuação, erradicação e/ou controle de problemas de saúde globais.

- 1. Não tenho conhecimento do assunto;
- 2. Já ouvi falar, mas tenho pouco conhecimento do assunto;
- 3. Tenho conhecimento limitado sobre o assunto para aplicação na prática;
- 4. Tenho conhecimento sobre o assunto e sei ou saberia como aplicar na prática;
- 5. Tenho bom conhecimento sobre o assunto, coloco em prática e saberia ensiná-lo a outros.

Você tem algum comentário sobre o desenvolvimento desta competência no cargo que desempenha?

7) Respeitar e valorizar a diversidade cultural, o trabalho regional e a cooperação técnica global e intersetorial para o desenvolvimento de iniciativas integradas que resultem na melhoria da atenção à saúde das populações.

- 1. Não tenho conhecimento do assunto;
- 2. Já ouvi falar, mas tenho pouco conhecimento do assunto;
- 3. Tenho conhecimento limitado sobre o assunto para aplicação na prática;

() 4. Tenho conhecimento sobre o assunto e sei ou saberia como aplicar na prática;

() 5. Tenho bom conhecimento sobre o assunto, coloco em prática e saberia ensiná-lo a outros.

Você tem algum comentário sobre o desenvolvimento desta competência no cargo que desempenha?

8) Captar e utilizar de forma crítica fundos econômicos de programas de saúde internacional e os resultados de pesquisas em saúde global para a formulação e implementação de intervenções que incidam em ações locais para o benefício da saúde da população.

() 1. Não tenho conhecimento do assunto;

() 2. Já ouvi falar, mas tenho pouco conhecimento do assunto;

() 3. Tenho conhecimento limitado sobre o assunto para aplicação na prática;

() 4. Tenho conhecimento sobre o assunto e sei ou saberia como aplicar na prática;

() 5. Tenho bom conhecimento sobre o assunto, coloco em prática e saberia ensiná-lo a outros.

Você tem algum comentário sobre o desenvolvimento desta competência no cargo que desempenha?