

Competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais em Cuidados de Saúde Primários: da Compreensão à Concretização

Competencies of General Care Nurses in Primary Care: from Understanding to Implementation

Competencias del Enfermero de Cuidados Generales en la Atención Primaria de Salud: de la Comprensión a la Aplicación

Virgínia Maria Sousa Guedes*; Maria Henriqueta Silva Figueiredo**; João Luís Alves Apóstolo***

Resumo

Enquadramento: O desenvolvimento de competências em enfermagem é um processo influenciado por vários fatores. O referencial de competências do enfermeiro de cuidados gerais reúne 96 competências da prática profissional ética e legal, prestação e gestão dos cuidados e desenvolvimento profissional.

Objetivos: Descrever quais as competências mais e menos compreendidas e mais e menos concretizadas pelo enfermeiro de cuidados gerais em cuidados de saúde primários.

Metodologia: Estudo quantitativo, descritivo, com uma amostra de 90 enfermeiros de cuidados gerais de cuidados de saúde primários, com aplicação de questionário com uma escala de competências.

Resultados: Correlação positiva significativa entre as variáveis. A prática profissional, ética e legal foi o domínio que obteve maiores níveis médios de compreensão e concretização; a prestação e gestão dos cuidados obteve menores médias nas duas variáveis. As competências foram mais compreendidas do que concretizadas.

Conclusão: A compreensão das competências é um fator importante na sua concretização. Este não foi o único fator que influenciou os resultados, dado que a correlação entre as 2 variáveis não é perfeita.

Palavras-chave: cuidados de saúde primários; competências; cuidados de enfermagem

Abstract

Background: The process of developing nursing competencies is influenced by several factors. The framework of competencies for general care nurses includes 96 nursing competencies related to professional, ethical and legal practice, care provision and management, and professional development.

Objectives: To describe which are the most and least understood and implemented competencies by general care nurses in primary health care.

Methodology: A quantitative and descriptive study was conducted on a sample of 90 general care nurses in primary health care, using a questionnaire with a competency scale.

Results: A significant and positive inter-variable correlation was found. The professional, ethical and legal practice had higher mean levels of understanding and implementation; care provision and management had lower mean levels on both variables. The competencies were more understood than implemented.

Conclusion: Understanding competencies is an important factor for their implementation. However, this was not the only factor that influenced the results, because the correlation between the 2 variables is not perfect.

Keywords: primary health care; skills; nursing care

* Msc., Enfermeira, Aces Tâmega I - Baixo Tâmega, ARS Norte, 4600-093, Amarante, Portugal [guedes.vir@gmail.com]. Contribuição no artigo: Pesquisa bibliográfica, trabalho de experimentação, recolha de dados, tratamento e avaliação estatística, análise de dados e discussão, elaboração do artigo. Morada para correspondência: Rua Vista-Alegre n.º 1165, Alpendorada e Matos, 4575-063 Marco de Canaveses, Portugal.

** Ph.D., Enfermagem de Saúde Familiar, Professora Coordenadora Escola Superior de Enfermagem do Porto, 4200-072 Porto, Portugal [henriqueta@esenf.pt]. Contribuição no artigo: Trabalho de experimentação, recolha de dados, tratamento e avaliação estatística, análise de dados e discussão.

*** Ph.D., Enfermagem do Idoso, Professor Coordenador, Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, 3046-851, Coimbra, Portugal [apostolo@esenf-pt]. Contribuição no artigo: Trabalho de experimentação, recolha de dados, tratamento e avaliação estatística, análise de dados e discussão.

Resumen

Marco contextual: El desarrollo de competencias en enfermería es un proceso influido por varios factores. El marco de competencias del enfermero de cuidados generales reúne 96 competencias de la práctica profesional, ética y legal, prestación y gestión de los cuidados y desarrollo profesional.

Objetivos: Describir cuáles son las competencias más y menos comprendidas, así como más y menos aplicadas por el enfermero de cuidados generales en la atención primaria de salud.

Metodología: Estudio cuantitativo y descriptivo sobre una muestra de 90 enfermeros de cuidados generales que trabajan en atención primaria de salud mediante un cuestionario con una escala de competencias.

Resultados: Correlación positiva significativa entre las variables. La práctica profesional, ética y legal fue el dominio con niveles medios más elevados de comprensión y aplicación; la prestación y gestión de los cuidados obtuvo medias más bajas en ambas variables. Las competencias fueron más comprendidas que aplicadas.

Conclusión: La comprensión de las competencias es un factor importante para su aplicación. Sin embargo, este no fue el único factor que influyó en los resultados, ya que la correlación entre las 2 variables no es perfecta.

Palabras clave: atención primaria de salud; competencia; atención de enfermería

Recebido para publicação em: 10.04.15

Aceite para publicação em: 04.02.16

Introdução

Os cuidados de saúde primários (CSP) podem ser definidos como um conjunto de atividades, um nível de cuidados, uma estratégia organizativa dos serviços de saúde ou uma filosofia dos sistemas de saúde (Biscaia et al., 2008). A primeira definição de CSP surgiu com a Declaração de Alma-Ata (Organização Mundial de Saúde [OMS], 1978), sendo no entanto estes cuidados prestados já muito antes desta data.

Em Portugal, os CSP possuem uma história descrita desde o início na criação dos primeiros centros de saúde (Decreto-Lei n.º 413/71 de 27 de setembro). Na atualidade, a estrutura orgânica dos CSP é sustentada pelo Decreto-Lei n.º 28/2008, pelo qual foram criados os agrupamentos de centros de saúde (ACES).

A prática profissional do enfermeiro no contexto dos CSP permite um contacto estreito com as pessoas de uma comunidade. Assim, o desenvolvimento de competências neste contexto é muito importante para a obtenção de resultados positivos em saúde, com influência nas determinantes para o desenvolvimento social e políticas para alcançar a mudança (OMS, 2013).

De acordo com Benner (2001), o desenvolvimento de competências em enfermagem acontece dentro de cinco estádios, de iniciado a perito. O referencial de competências do enfermeiro de cuidados gerais (Ordem dos Enfermeiros [OE], 2003) foi um documento criado também com base no modelo de Benner (2001), que agrupou um total de 96 competências em três domínios: prática profissional, ética e legal, prestação e gestão dos cuidados e desenvolvimento profissional. O mesmo documento foi recentemente reformulado, mantendo todas as competências definidas anteriormente, reagrupando-as numa estrutura mais adequada ao processo de certificação (Regulamento n.º 190/2015 de 23 de abril).

Partindo do enunciado no referencial de competências do enfermeiro de cuidados gerais (OE, 2003), pretendemos com este estudo descrever quais são as competências mais e menos compreendidas assim como quais são as competências mais e menos concretizadas pelo enfermeiro de cuidados gerais em CSP.

Enquadramento

Cuidados de Saúde Primários

Os CSP são cuidados de saúde essenciais, baseados em métodos e tecnologias cientificamente fundamentadas, colocados ao alcance universal dos indivíduos, famílias e comunidades, próximos dos contextos onde as pessoas vivem, trabalham ou estudam (OMS, 1978). Destinam-se a prevenir o aparecimento de doenças através de atividades de promoção de saúde e proteção de doença (prevenção primária), detetar precocemente a doença e tratá-la prontamente no sentido de reverter, curar, reduzir ou tratar a sua gravidade (prevenção secundária) e prevenir a progressão da doença ou da manutenção da mais elevada qualidade de vida quando o processo é irreversível (prevenção terciária; Stanhope & Lancaster, 1999); podemos ainda considerar como cuidados de primeira linha a identificação de indivíduos em risco de tratamento excessivo, com vista a protegê-los contra intervenções médicas inapropriadas e sugerindo alternativas eticamente aceitáveis (prevenção quaternária; Norman & Tesser, 2009).

Em Portugal, a evolução dos CSP detém um longo caminho, desde a criação dos centros de saúde de primeira geração até aos dias de hoje, com o marco do Decreto-Lei n.º 28/2008 que criou os ACES, constituídos por um ou mais centros de saúde (CS) e que têm como missão a prestação de CSP a uma determinada área geográfica. Os ACES são constituídos por várias unidades funcionais: unidade de saúde familiar (USF), unidade de cuidados de saúde personalizados (UCSP), unidade de cuidados na comunidade (UCC), unidade de saúde pública (USP) e unidade de recursos assistenciais Partilhados (URAP).

A Declaração de Munique (OMS, 2000) propôs uma abordagem dos cuidados de enfermagem através de programas e serviços centrados na família, subscrita em Portugal pela conferência A Cada Família o seu Enfermeiro, onde foram debatidas experiências sobre cuidados baseados no enfermeiro de família (OE, 2002, citado por Figueiredo, 2009). O sistema familiar visto como um dos focos de atuação das estratégias de promoção de saúde pode traduzir-se numa maior eficácia de planeamento estratégico e controlo de problemas (OE, 2002, citado por Figueiredo, 2009), considerando a sua complexidade e as propriedades

de “globalidade, equifinalidade e auto-organização” (Figueiredo, 2012, p. XI) que caracterizam a família.

A regulamentação das USF sustenta como conceito organizativo o modelo de enfermeiro de família (Decreto-Lei n.º 28/2008 de 28 de fevereiro). As UCC prestam a sua atenção a indivíduos, famílias e grupos vulneráveis (Decreto-Lei n.º 28/2008 de 28 de fevereiro) assumindo como unidade de contexto a própria comunidade.

O quadro conceitual *Health 2020* é uma referência atual para as políticas europeias de saúde e apresenta como objetivo central para o ano de 2020 a melhoria da saúde e bem-estar da população, bem como a redução das desigualdades em saúde, através das seguintes prioridades estratégicas: investir na saúde ao longo do ciclo de vida, capacitando os cidadãos; combater as doenças transmissíveis e não transmissíveis; fortalecer os sistemas de saúde centrados nas pessoas, assim como na capacidade de resposta da saúde pública; desenvolver comunidades resilientes e ambiente protetores (OMS, 2013, citado por DGS, 2015).

De acordo com a OMS, os enfermeiros detêm um papel cada vez mais importante na sociedade, na reunião de esforços para enfrentar os desafios nos CSP, para garantir a continuidade dos cuidados e os direitos fundamentais das pessoas. Pela sua proximidade à população, devem ser detentores de competências da prática de cuidados primários de saúde por forma a usar todas as oportunidades para influenciar positivamente os resultados em saúde, as determinantes para o desenvolvimento social e as políticas para alcançar a mudança (OMS, 2013).

Competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais

De acordo com Le Boterf (2000), a competência é um processo que resulta no saber gerir uma situação profissional complexa, influenciado por fatores relativos à biografia do sujeito, situação profissional e formação. De uma competência podem ser dissociados diversos conteúdos: saberes, saberes-fazer e saberes-ser (Dias, 2006). Os saberes teóricos, experienciais e processuais adquirem-se essencialmente através da formação inicial e contínua e podem ser expressos verbalmente pelo indivíduo; os saberes experimental, operacional, social, relacional e cognitivo adquirem-se através das experiências profissional e social, da educação formal, formação contínua e capacidade

de análise, manifestando-se através da dinâmica comportamental (Le Boterf, 2000).

O modelo de Dreyfus descreve a aquisição e desenvolvimento de competência em cinco níveis: aprendiz iniciado, iniciado avançado, competente, engenhoso e especialista (Dreyfus, 1981, citado por Rauner, 2007). O modelo foi aplicado à profissão de enfermagem por Patricia Benner (2001), que descreveu o processo de aquisição e desenvolvimento de competências nas cinco fases. Deste modo, o enfermeiro competente trabalha no mesmo serviço há pelo menos 2 anos, tem capacidade de se aperceber dos seus atos a longo prazo, é capaz de realizar um plano através de uma análise consciente e abstrata e de fazer face a muitos imprevistos (Benner, 2001).

Em Portugal, as competências do enfermeiro de cuidados gerais foram inicialmente descritas no referencial de competências do enfermeiro de cuidados gerais, documento publicado pela OE em 2003, no qual constam 96 competências que “referem um nível de desempenho profissional demonstrador de uma aplicação efetiva do conhecimento e das capacidades, incluindo o ajuizar” (OE, 2003, p.16). Neste documento, as competências encontram-se agrupadas em três domínios: prática profissional, ética e legal, prestação e gestão dos cuidados e desenvolvimento profissional. O mesmo foi recentemente reformulado e aprovado pelo Conselho Diretivo da OE, resultando num novo regulamento que mantém todas as competências do referencial anterior, associando-lhes o conceito de Critério de Competência e introduzindo também os conceitos de Domínio de Competência e Norma ou descritivo de Competência, no sentido de facilitar o processo de certificação das mesmas (Regulamento n.º 190/2015 de 23 de abril).

Considerando que os enfermeiros constituem 60% a 80% da força total de trabalho num sistema de saúde, fornecendo também 90% de todos os serviços de saúde (OMS, 2008, citado por International Council of Nurses [ICN], 2012), é fundamental para a reforma dos CSP que as suas habilidades e competências sejam reconhecidas e maximizadas (ICN, 2012). Neste contexto, este estudo pretende conhecer a perceção dos enfermeiros de cuidados gerais nos CSP relativamente às competências ou critérios de competência que nas suas práticas são mais e menos compreendidas, assim como as mais e menos

concretizadas, no sentido de poder indicar mudanças que contribuam para uma melhoria dos cuidados.

Questões de Investigação

Quais as competências mais e menos compreendidas pelo enfermeiro de cuidados gerais em cuidados de saúde primários?

Quais as competências mais e menos concretizadas pelo enfermeiro de cuidados gerais em cuidados de saúde primários?

Metodologia

Foi desenvolvido um estudo quantitativo, de natureza descritiva. A amostra deste estudo foi constituída por 90 enfermeiros de cuidados gerais a exercerem funções num ACES do distrito do Porto. Como critério de inclusão considerou-se a experiência profissional de pelo menos 2 anos (Benner, 2001). Os enfermeiros com especialização não foram incluídos na amostra.

Do total dos enfermeiros inquiridos, obtivemos uma taxa de participação de 51%, correspondendo a um total de 46 indivíduos, dos quais 93% eram do sexo feminino e 7% do sexo masculino. Sessenta e três por cento dos enfermeiros exerciam funções em UCSP, 30% em USF e 7% em UCC. A média das idades da amostra foi de 32 anos. A média do tempo total de serviço foi de 9,59 anos e 7,13 anos em CSP.

Antes da aplicação do instrumento de colheita de dados, foi pedida autorização formal à Comissão de Ética para a Saúde da Administração Regional de Saúde do Norte, cujo parecer foi favorável. Foi também anexado a cada questionário uma carta explicativa do estudo para o consentimento informado dos participantes.

As variáveis definidas para este estudo são os conceitos de *compreensão* (atribuição de significado) e de *concretização* (prática efetiva) das competências do enfermeiro de cuidados gerais.

O questionário é composto por questões de caracterização demográfica e uma Escala de Competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais (ECECG), tipo Likert, (1 a 3), em que 1 corresponde a *nada* e 3 corresponde a *totalmente*, aplicada a cada competência do enfermeiro de cuidados gerais (OE, 2003), na variável *compreendo* e na

variável *concretizo*, respetivamente. O pré teste foi aplicado a 10 enfermeiros, revelando compreensão e aplicabilidade do instrumento. Os questionários foram distribuídos e recolhidos entre os meses de setembro de 2010 e junho de 2011.

A ECECG revelou uma boa consistência interna, com valores de alfa de Cronbach a oscilarem entre 0,831 e 0,965 nos três domínios e de 0,971 no total. O tratamento dos dados foi realizado através do programa informático *Statistical Package for Social Sciences* (SPSS) 16.0, conciliado por uma análise estatística descritiva.

Resultados

Através da análise estatística relativa à variável *compreendo* verificamos que a resposta aos itens, na sua totalidade, variou entre o valor mínimo de 1 e máximo de 3. As médias oscilaram entre 2,29 e 2,90 e o desvio padrão entre 0,158 e 0,273.

As competências mais compreendidas foram a 34 – Vê o indivíduo, a família e a comunidade numa perspetiva holística que tem em vista as múltiplas determinantes da saúde – (média=2,98), a 49 – Estabelece prioridades para os cuidados, sempre que possível, em colaboração com os clientes e/ou os cuidadores (média=2,97) e a 63 – Assegura que a informação dada ao cliente e/ou aos cuidadores é apresentada de forma apropriada e clara (média=2,97). Todas estas competências pertencem ao domínio de prestação e gestão dos cuidados.

As competências menos compreendidas foram a 31 – “Demonstra compreender os planos de emergência para uma situação de catástrofe” (média=2,29), a 81 – “Utiliza uma série de estratégias de suporte quando supervisiona aspetos dos cuidados delegados ao outro” (média = 2,36), a 27 – “Demonstra compreender os processos do direito associados aos cuidados de saúde” (média = 2,37) e a 39 – “Demonstra compreender as práticas tradicionais dos sistemas de crenças sobre a saúde dos indivíduos, das famílias e das comunidades” (média= 2,37), todas elas enquadradas no domínio prestação e gestão dos cuidados.

Na análise da variável *concretizo*, verificamos que a resposta aos itens variou entre o valor mínimo de 1 e o máximo de 3. As médias variaram entre os valores 2,02 e 2,89 e o desvio padrão entre 0,315 e 0,821.

As competências mais concretizadas foram a competência 8 – “Respeita o direito dos clientes no acesso à informação” (média = 2,89), a 9 – “Garante a confidencialidade e segurança da informação, escrita e oral, adquirida enquanto profissional” (média = 2,89) e a 17 – “Prática de acordo com a legislação aplicável” (média = 2,89).

As competências menos concretizadas foram a 90 – “Participa em programas de melhoria da qualidade e procedimentos de garantia da qualidade” (média = 2,02), a 57 – “Responde eficazmente em situações de emergência e catástrofe” (média = 2,07), a 31 – “Demonstra compreender os planos de emergência

para uma situação de catástrofe” (média = 2,15) e a 81 – “Utiliza uma série de estratégias de suporte quando supervisiona aspetos dos cuidados delegados ao outro” (média = 2,15).

Os resultados relativos à média de cada domínio mostram que a prática profissional, ética e legal apresenta simultaneamente maiores níveis de compreensão e de concretização das respetivas competências. A prestação e gestão dos cuidados apresentam simultaneamente menores níveis de compreensão e de concretização. Os resultados estão descritos na Tabela 1.

Tabela 1

Média, desvio padrão e coeficiente de Spearman das variáveis relativamente a cada domínio de competências

Domínio e Variável		N.º	Média	Desvio Padrão	Coeficiente de Spearman (r_s)
A – Prática profissional, ética e legal	<i>Compreendo</i>	46	2,87	0,170	0,615
	<i>Concretizo</i>	46	2,72	0,248	
B – Prestação e gestão dos cuidados	<i>Compreendo</i>	46	2,74	0,258	0,696
	<i>Concretizo</i>	46	2,55	0,295	
C – Desenvolvimento profissional	<i>Compreendo</i>	46	2,83	0,278	0,452
	<i>Concretizo</i>	46	2,58	0,330	

Através do cálculo do coeficiente de Spearman, verificou-se que existe uma correlação positiva entre as variáveis *compreendo* e *concretizo* do estudo. Podemos considerar que esta varia entre 0,884 e 0,300, sendo mais forte na competência 17 – “Prática de acordo com a legislação aplicável” e menos forte na competência 81 – “Utiliza uma série de estratégias de suporte quando supervisiona aspetos dos cuidados delegados ao outro”.

Discussão

Tendo em conta a variação da ECECG (1 a 3), podemos considerar positivos os resultados relativos às médias em ambas as variáveis, uma vez que este valor foi sempre superior a 2. Considerando que o saber compreender é um saber teórico que se adquire ao nível da formação formal, manifestando-se pelo modo declarativo (Le Boterf, 2000), e que a variável *compreendo* pretende medir a compreensão das competências do enunciado, os resultados relativos a esta variável poderão estar relacionados com o saber teórico que o enfermeiro tem acerca dos seus

conteúdos. Deste modo, os resultados relativos a esta variável podem evidenciar maiores níveis de saber teórico relativos a conceitos de perspetiva holística, estabelecimento de prioridades e tratamento de informação clara.

Na generalidade, os resultados relativos à variável *compreendo* são sempre superiores aos resultados relativos à variável *concretizo*. A correlação positiva entre as duas variáveis desperta-nos para a influência que a compreensão tem sobre a concretização das mesmas.

Os resultados relativos às competências mais compreendidas: 34 – “Vê o indivíduo, a família e a comunidade numa perspetiva holística que tem em vista as múltiplas determinantes da saúde”; 49 – “Estabelece prioridades para os cuidados, sempre que possível, em colaboração com os clientes e/ou os cuidadores”; e 63 – “Assegura que a informação dada ao cliente e/ou aos cuidadores é apresentada de forma apropriada e clara”, todas pertencentes ao domínio prestação e gestão dos cuidados, estão parcialmente em concordância com o estudo de Mendonça (2009), no qual a competência 49 – “Estabelece prioridades para os cuidados, sempre

que possível, em colaboração com os clientes e/ou os cuidadores” é uma das mais percebidas pelos enfermeiros da amostra.

Por sua vez, as competências menos compreendidas: 31 – “Demonstra compreender os planos de emergência para uma situação de catástrofe”; 81 – “Utiliza uma série de estratégias de suporte quando supervisiona aspetos dos cuidados delegados ao outro”; 27 – “Demonstra compreender os processos do direito associados aos cuidados de saúde”; e 39 – “Demonstra compreender as práticas tradicionais dos sistemas de crenças sobre a saúde dos indivíduos, das famílias e das comunidades”, poderão sugerir menor nível de saber teórico relativamente aos conteúdos que as constituem, quando comparadas com as restantes.

As competências mais concretizadas pertencem ao domínio prática profissional, ética e legal: 8 – “Respeita o direito dos clientes no acesso à informação”; 9 – “Garante a confidencialidade e segurança da informação, escrita e oral, adquirida enquanto profissional”; e 17 – “Pratica de acordo com a legislação aplicável”. Importante referir que a competência 17 apresenta a mais alta correlação entre as variáveis, o que significa que é aquela em que a sua compreensão mais influenciou a sua concretização. Este resultado traduz certamente o conhecimento teórico de toda a base deontológica que sustenta a profissão de enfermagem e a sua aplicação efetiva.

Os resultados relativos às competências menos concretizadas: 90 – “Participa em programas de melhoria da qualidade e procedimentos de garantia da qualidade”; 57 – “Responde eficazmente em situações de emergência e catástrofe”; 31 – “Demonstra compreender os planos de emergência para uma situação de catástrofe”; e 81 – “Utiliza uma série de estratégias de suporte quando supervisiona aspetos dos cuidados delegados ao outro”, evidenciam a existência de outros fatores que não o conhecimento teórico que influenciam concretização das competências. Estes poderão estar relacionados com a biografia do sujeito ou a situação profissional (Le Boterf, 2000). Este facto é mais notório na competência 81, uma vez que é aquela que possui menor correlação entre as variáveis.

Analisando os resultados relativamente aos domínios, que constituem grupos de competências, a prática profissional, ética e legal constitui o domínio com maior nível médio de compreensão e de concretização. Este resultado está de acordo com um

estudo realizado para avaliar os níveis de autoeficácia nas competências dos enfermeiros de cuidados gerais (em alunos finalistas), onde se verificaram maiores níveis de autoeficácia relacionados com a prática, ética e moral (Oliveira, 2010). A prestação e gestão dos cuidados apresenta o menor nível médio de compreensão e de concretização. Este domínio é o que detém maior número de competências, constituído pelos subdomínios: princípios chave da prestação e gestão dos cuidados, prestação dos cuidados (promoção da saúde, colheita de dados, planeamento, execução, avaliação e comunicação e relação interpessoal) e gestão dos cuidados (ambiente seguro, cuidados de saúde interprofissionais e delegação e supervisão).

A principal limitação deste estudo relaciona-se com o reduzido tamanho da amostra, inicialmente constituída por 90 enfermeiros e mais tarde reduzida a 46 participantes. Consideramos que uma amostra maior poderia produzir resultados mais significativos.

Conclusão

Concluimos que as competências mais compreendidas poderão refletir um maior saber teórico relativo aos seus conteúdos. As competências menos compreendidas podem sinalizar um menor saber teórico relativamente aos mesmos.

As competências mais concretizadas pertencem ao domínio da prática legal, ética e profissional, o que significa que os enfermeiros atuam com base nos princípios deontológicos que sustentam a profissão. Os resultados relativos às competências menos concretizadas indicam uma menor prática efetiva de atividades relacionadas com a melhoria contínua da qualidade e processos de garantia da qualidade, atuação em situações de emergência e catástrofe e compreensão de planos de emergência para uma situação de catástrofe.

De uma maneira geral, as competências são significativamente menos concretizadas do que compreendidas. A correlação positiva entre as variáveis e as médias da variável *compreendo* superiores às médias da variável *concretizo* indicam que, além dos níveis de saber teórico relativamente aos conteúdos, outros fatores influenciaram a concretização de competências dos enfermeiros de cuidados gerais em CSP.

Os resultados deste estudo podem sugerir a adoção de estratégias organizativas para potenciar o desenvolvimento das competências menos concretizadas pelo enfermeiro de cuidados gerais em CSP, tendo em conta os fatores que o influenciam. De igual forma, os resultados relativos às competências menos compreendidas poderão evidenciar necessidades de formação nos conteúdos das mesmas.

A adoção de estratégias que visem a melhoria do desenvolvimento de competências terá impacto significativo na melhoria contínua dos cuidados de enfermagem.

Referências bibliográficas

- Biscaia, A., Martins, J. N., Ferrinho, P., Gonçalves, I., Antunes, A. R. & Carreira, M. (2008). *Cuidados de Saúde Primários em Portugal: Reformar para novos sucessos* (2ª ed.). Lisboa, Portugal: Padrões Culturais Editora.
- Benner, P. (2001). *De Iniciado a Perito*. Coimbra, Portugal: Quarteto.
- Decreto-Lei n.º 413/71 de 27 de setembro. *Diário da República n.º 228 - I Série*. Ministério da Saúde e Assistência. Lisboa, Portugal.
- Decreto-Lei n.º 28/2008 de 22 fevereiro. *Diário da República n.º 38 - I Série*. Conselho de Ministros. Lisboa, Portugal.
- Dias, F. (2006). *Construção e validação de um inventário de competências: Contributos para a definição de um perfil de competências do enfermeiro com grau de licenciado*. Loures, Portugal: Lusociência.
- Figueiredo, M. H. (2009). *Enfermagem de família: Um contexto do cuida* (Tese de doutoramento). Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Porto, Portugal.
- Figueiredo, M. H. (2012). *Modelo dinâmico de avaliação e intervenção familiar: Uma abordagem colaborativa em Enfermagem de Família*. Loures, Portugal: Lusociência.
- International Council of Nurses (2012). *Reforming primary health care: A nursing perspective*. Geneva, Switzerland : Author.
- Le Boterf, G. (2000). *Compétence et navigation professionnelle*. Paris, France: Editions d'Organization.
- Mendonça, S. S. (2009). *Competências profissionais dos enfermeiros: A excelência do cuidar*. Lisboa, Portugal: Editorial Novembro.
- Norman, A. R. & Tesser C. D. (2009). Prevenção quaternária na atenção primária à saúde: Uma necessidade do Sistema Único de Saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, 25(9), 2012-2020.
- Oliveira, P. C. (2010). *Auto-eficácia específica nas competências do enfermeiro de cuidados gerais: Percepção dos estudantes finalistas do curso de licenciatura em enfermagem* (Tese de mestrado). Universidade Portucalense Infante D. Henrique. Porto, Portugal.
- Ordem dos Enfermeiros. (2003). *Competências do enfermeiro de cuidados gerais*. Lisboa, Portugal: Autor.
- Organização Mundial de Saúde (1978, setembro). *Declaração de Alma-Ata*. Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, Alma-Ata, 6-12 de Setembro. Alma-Ata, URSS: Autor.
- Organização Mundial de Saúde (2000, junho). *A Enfermagem de saúde familiar; contexto, quadro conceptual e currículo*. 2ª Conferência da OMS para a Enfermagem Obstétrica. Munique, Alemanha: Autor.
- Rauner, F. (2007). Conhecimento prático e competência profissional. *Revista Europeia de Formação Profissional*, 40(1), 57-71.
- Regulamento n.º 190/2015 de 23 de abril. *Diário da República II série n.º 79 - II série*. Ordem dos Enfermeiros. Lisboa, Portugal.
- Stanhope, M. & Lancaster, J. (1999). *Enfermagem Comunitária: Promoção da saúde de Grupos, Famílias e Indivíduos* (4ª ed.). Lisboa, Portugal: Lusociência.

