

Relación entre las competencias profesionales de los enfermeros en emergencias y el producto del cuidado de enfermería*

Destacados: **(1)** Las competencias profesionales están relacionadas con el producto del cuidado de enfermería. **(2)** El dimensionamiento del personal de la APROCENF se relacionó con seis factores de la ECAEE. **(3)** La transferencia del cuidado de la APROCENF se relacionó con cuatro factores de la ECAEE. **(4)** El dimensionamiento del personal y la transferencia del cuidado requieren competencias.

Jucinei Araújo de Jesus¹

 <https://orcid.org/0000-0002-3159-4273>

Alexandre Pazetto Balsanelli¹

 <https://orcid.org/0000-0003-3757-1061>

Objetivo: relacionar las competencias profesionales de los enfermeros de urgencia y emergencia con el producto del cuidado de enfermería. **Método:** estudio transversal, realizado en las unidades de urgencia y emergencia de dos hospitales públicos. Participaron 91 enfermeros, 3 residentes de enfermería, 4 coordinadores y 1 gestor. Se utilizaron dos instrumentos validados: 1) Escala de Competencia de las Acciones de los Enfermeros en Emergencias y 2) Evaluación del Producto del Cuidado de Enfermería. Se utilizaron factores y dominios, respectivamente. Se aplicaron estadística descriptiva, alfa de Cronbach, pruebas de Wilcoxon y correlación de Spearman ($p < 0,05$).

Resultados: para las competencias profesionales se registraron valores más altos en la autoevaluación ($p < 0,001$). En las 1.410 evaluaciones del producto del cuidado de enfermería, prevaleció el puntaje "bueno" ($n=1034 - 73,33\%$). El dominio "dimensionamiento del personal de enfermería" se relacionó con los factores "práctica profesional" $r=0,52719$, "relaciones en el trabajo" $r=0,54319$, "desafío positivo" $r=0,51199$, "acción dirigida" $r=0,43229$, "conducta constructiva" $r=0,25601$ y "adaptación al cambio" $r=0,22095$; el dominio "seguimiento y transferencia del cuidado", con "práctica profesional" $r=0,47244$, "relaciones en el trabajo" $r=0,46993$, "desafío positivo" $r=0,41660$ y "adaptación al cambio" $r=0,31905$ y el dominio "satisfacción de las necesidades asistenciales", con "práctica profesional" $r=0,32933$, "relaciones en el trabajo" $r=0,31168$, "desafío positivo" $r=0,29845$ y "adaptación al cambio" $r=0,28817$. **Conclusión:** hay relación entre las competencias profesionales y los dominios del producto del cuidado de enfermería.

Descriptor: Evaluación de Desempeño Profesional; Evaluación de Procesos en Atención de Salud; Competencia Profesional; Enfermería de Urgencia; Investigación en Administración de Enfermería; Práctica Profesional.

* Artículo parte de la tesis de doctorado "Competências profissionais do enfermeiro em emergência e sua relação com o produto do cuidar em enfermagem", presentada en la Universidade Federal de São Paulo, Escola Paulista de Enfermagem, São Paulo, SP, Brasil.

¹ Universidade Federal de São Paulo, Escola Paulista de Enfermagem, São Paulo, SP, Brasil.

Cómo citar este artículo

Jesus JA, Balsanelli AP. Relationship between emergency nurses' professional competencies and the Nursing care product. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2023;31:e3939 [cited ____]. Available from: _____ URL . año mes día

Introducción

Los enfermeros trabajan en los diferentes segmentos del área de la salud en las áreas intra y extrahospitalaria, preparando, organizando, coordinando y ejecutando acciones de cuidado, con el fin de posibilitar la rehabilitación del paciente y su reinserción familiar y social⁽¹⁾. Estos profesionales ejercen el cuidado con ciencia y arte, basando sus acciones en conocimientos técnico-científicos y elevando los presupuestos de la profesión⁽²⁾.

Las unidades de urgencia y emergencia tienen, en el fondo, la complejidad que caracteriza al sistema de salud brasileño que, al considerar el servicio como una de las puertas de entrada al Sistema Único de Salud (SUS), requiere profesionales hábiles y dinámicos en el razonamiento clínico y también en la toma de decisiones, para que puedan actuar con eficacia y eficiencia ante los problemas que presenta el paciente, que busca atención para sus condiciones de salud⁽³⁾.

Por ende, el enfermero actúa como gestor del cuidado en las unidades de urgencia y emergencia, valiéndose de competencias específicas requeridas, como liderazgo, toma de decisiones, razonamiento clínico, comunicación efectiva, entre otras, para la operacionalización en el proceso de atención de la unidad. En su papel de gestor del cuidado, el enfermero planifica una serie de acciones que se transformarán en asistencia, enfocando esas actividades en demandas específicas, donde el paciente será el principal consumidor, o sea, el cuidado dirigido se consume tan pronto como es producido⁽⁴⁻⁵⁾.

Por lo tanto, es obvio que, para gestionar el cuidado, se necesitan competencias específicas que, basadas en el conocimiento, posibiliten el proceso de rehabilitación e integración del paciente. En este caso, el enfermero es el proveedor del cuidado en la medida en que desarrolla y emplea las competencias para que sea factible su consumo. Dichas competencias fueron descritas en una matriz⁽⁶⁾ que las identificó como esenciales para el desempeño de los enfermeros en unidades de urgencia y emergencia, reuniendo y consolidando, a partir de un referencial teórico, las dimensiones del cuidado que se brinda en esas unidades.

Este profesional, después de preparar e implementar el cuidado, trabaja con el equipo multidisciplinario para compartir la demanda de trabajo requerida, a través de las posibilidades de tratamiento y rehabilitación y con eso, le da aún más robustez al plan de acción que se requerirá a partir de la estandarización del lenguaje de todo el equipo multidisciplinario y determina las necesidades reales de salud del paciente⁽⁷⁾.

Por lo tanto, es imperativo calificar la atención y verificar cuánto impactan las acciones implementadas en

la satisfacción de las necesidades del paciente, brindando lo esencial a través de las competencias que orientan todo este proceso. Al final del proceso de planificación, se espera que se entregue un producto⁽⁵⁾ equivalente a los esfuerzos realizados en su elaboración y que rápidamente sea consumido por el paciente. Es necesario que se realicen nuevos estudios para analizar aún más las competencias de los enfermeros en urgencias y emergencias, fortaleciendo sus habilidades con miras al producto del cuidado que deben entregar al final del turno de trabajo.

Con base en las proposiciones enumeradas anteriormente, el interrogante del presente estudio fue: ¿Hay relación entre las competencias de los enfermeros en urgencia y emergencia y el producto del cuidado de enfermería? Una revisión integradora identificó la ausencia de esa relación⁽⁸⁾. Por lo tanto, para responder a esta pregunta, el objetivo fue relacionar las competencias profesionales de los enfermeros de urgencias y emergencias con el producto del cuidado de enfermería.

Método

Diseño del estudio

Se trata de un estudio transversal y correlacional⁽⁹⁾, cuyo diseño se basó en el *STrengthening the Reporting of OBservational studies in Epidemiology* (STROBE)⁽¹⁰⁾.

Lugar de la recolección de datos

El estudio se llevó a cabo en las unidades de urgencia y emergencia de dos hospitales públicos, uno de ellos es un hospital universitario y el otro un hospital secundario con características terciarias, ambos son referentes de la línea de atención de la Red de Urgencias y Emergencias (RUE). Los hospitales están ubicados, respectivamente, en las zonas sur y suroeste de São Paulo, SP, Brasil y fueron identificados como A y B. Los dos servicios fueron elegidos al azar para permitir la inclusión de un mayor número de participantes.

Período

El estudio se realizó entre junio y diciembre de 2020.

Muestra

La muestra por conveniencia estuvo conformada por 91 enfermeros, 3 residentes de enfermería, 4 coordinadores y 1 gerente.

Criterio de selección

Se incluyeron profesionales que se desempeñan en unidades de urgencia y emergencia con vinculación institucional de al menos tres meses y residentes de segundo año de enfermería en la misma área. Se excluyeron los enfermeros que se encontraban trabajando en el sector sólo como remplazo, los enfermeros residentes de otras áreas y los que estaban de vacaciones y licencia.

En el servicio de urgencias del hospital A, 53 enfermeros fueron elegibles y fueron invitados a participar en el estudio. Sin embargo, uno retiró su aceptación durante la investigación. Por ende, participaron 52 enfermeros del hospital A (tasa de respuesta del 96,29%). De estos, 49 profesionales eran enfermeros asistenciales y tres residentes de enfermería en el área de urgencias y emergencias, que trabajaban en el horario de la mañana, tarde y noche, par e impar, que cubrían turnos en las unidades de emergencia, clasificación de riesgo, observación de la clínica médica y observación de la clínica quirúrgica, pasillo y medicación. Tres enfermeros responsables del sector (1 gerente y 2 coordinadores de enfermería) fueron invitados a realizar la heteroevaluación de las competencias profesionales.

En el hospital B, 42 (tasa de respuesta del 95,45%) profesionales fueron invitados y participaron de la investigación, dos fueron excluidos (1 por licencia por enfermedad y 1 por estar de vacaciones). El sector contaba con treinta y seis enfermeros de turno, distribuidos en los turnos matutino, vespertino y nocturno, clasificados como par e impar y ocho que trabajaban por día, que brindaban asistencia en las unidades de clasificación de riesgo, sala de emergencias, sutura, sala de choque, sala de urgencias, enfermería para adultos, servicio de urgencias y enfermería infantil, retaguardia y observación psiquiátrica. Cuarenta y dos enfermeros fueron elegibles para el estudio. Los dos enfermeros responsables del equipo del sector (coordinadores de enfermería) también fueron invitados y participaron de la investigación, respondiendo a la heteroevaluación.

Por lo tanto, en el hospital A participaron 55 enfermeros (52 en la autoevaluación y 3 en la heteroevaluación) y en el hospital B, 44 enfermeros (42 en la autoevaluación y 2 en la heteroevaluación), 99 participantes en total.

Instrumentos para la recolección de datos

Se utilizaron la Escala de Competencias de las Acciones del Enfermero en Emergencias (*Escala de Competências das Ações dos Enfermeiros em Emergências* - ECAEE)⁽⁶⁾ y la escala de Evaluación del Producto del Cuidado de Enfermería (*Avaliação do Produto do Cuidar em Enfermagem*, APROCENF)⁽⁵⁾ ambas producidas en Brasil y validadas para ser utilizadas en la población brasileña.

La ECAEE⁽⁶⁾ está compuesta por 78 ítems que representan las acciones de los enfermeros en emergencias, divididos en siete factores: factor 1, "práctica profesional" (33 ítems); factor 2, "relaciones en el trabajo" (19 ítems); factor 3, "desafío positivo" (10 ítems); factor 4, "acción dirigida" (7 ítems); factor 5, "conducta constructiva" (2 ítems); factor 6, "excelencia profesional" (4 ítems) y factor 7, "adaptación al cambio" (3 ítems). El enfermero respondió cada ítem mencionado considerando su autoevaluación según una escala de Likert que va del 1 al 5 (extremadamente competente, muy competente, competente, poco competente, nada competente). En la heteroevaluación, los coordinadores y gestores de enfermería respondieron los instrumentos con los mismos ítems aplicados a los enfermeros; sin embargo, en su evaluación se consideró la *performance* de los enfermeros.

La escala APROCENF⁽⁵⁾ consta de ocho dominios: planificación del cuidado de enfermería; recursos necesarios para brindar asistencia; dimensionamiento del personal de enfermería; acciones educativas y desarrollo del personal; seguimiento y transferencia del cuidado; interacción y actuación multidisciplinaria; atención al paciente y/o familiar y satisfacción de las necesidades asistenciales. A cada ítem le sigue un grado, que va del uno al cuatro y cuanto mayor sea el puntaje, mejor será el producto del cuidado de enfermería. Los valores obtenidos, individualmente, en cada ítem, se suman y se realiza una clasificación según los siguientes intervalos: 9-12 puntos (malo); 13-21 (regular); 22-30 (bueno) y 31-32 (excelente).

Variables de estudio

Las variables utilizadas fueron edad, sexo, estado civil, año en el que se recibió de enfermero, posgrado *lato sensu* y *stricto sensu*, perfeccionamiento, habilitación, residencia, profesorado, cursos de emergencia, otras participaciones en cursos y eventos, actividades científicas, sector al que fue asignado, turnos de trabajo y doble vínculo. También se utilizaron los puntajes finales y los dominios y factores de los instrumentos de recolección de datos utilizados.

Recolección de datos

Fue realizado un pretest, en el que fueron seleccionados, aleatoriamente, 10 enfermeros (hospital A=5; hospital B=5), con el fin de verificar posibles dificultades para responder los instrumentos. Luego de sensibilizar a los profesionales sobre el estudio, su importancia y viabilidad para la práctica de enfermería, se les entregó la ECAEE⁽⁶⁾ y, una vez que se verificó que no hubo dificultades para completarla, recibieron la escala APROCENF⁽⁵⁾, no se observaron dificultades. Después de esta fase, se inició la recolección de datos en

el hospital A, donde nuevamente se realizó la sensibilización, se explicaron los objetivos de la investigación y se aclaró cómo completar el instrumento ECAEE. Al mismo tiempo, los gestores también recibieron las mismas orientaciones y el instrumento para realizar la heteroevaluación de los enfermeros. Luego, se realizó la recolección en el hospital B, con las mismas pautas y explicaciones.

Al finalizar esta etapa se comenzó a aplicar la escala APROCENF. Los enfermeros fueron instruidos para su cumplimentación, siempre al final del turno de trabajo y en días alternados. Los 94 enfermeros fueron instruidos para completar la escala APROCENF quince veces, es decir al final de quince turnos, con el fin de obtener un mayor número de evaluaciones que retrataran la realidad del sector y también con base en el estudio de validación de la escala APROCENF⁽⁵⁾, generando un total de 1.410 evaluaciones del producto de cuidado. Cabe destacar que los enfermeros se desempeñaban en todos los sectores de urgencia y emergencia. Los 5 enfermeros que realizaban funciones de coordinación y dirección no respondieron la escala APROCENF.

Tratamiento y análisis de los datos

Para describir el perfil de la muestra se elaboraron tablas de variables con valores de frecuencia absoluta (n) y porcentaje (%), así como también estadísticas descriptivas con valores de media, desviación estándar, valores mínimos y máximos, mediana y cuartiles. Para evaluar la consistencia interna de las escalas se utilizó el coeficiente alfa de Cronbach, los valores a partir de 0,70 fueron considerados satisfactorios⁽¹¹⁾. Para el tratamiento de los datos, se utilizó el *software IBM Statistical Package for the Social Sciences (SPSS)*, versión 22, en portugués y, también, se contó con la ayuda de un profesional estadístico.

Para evaluar la relación entre las variables de los puntajes totales y de los factores y dominios de los instrumentos de recolección de datos, se utilizó el coeficiente de correlación de Spearman⁽⁹⁾. Para comparar los puntajes de autoevaluación y heteroevaluación se utilizó la prueba de Wilcoxon para muestras relacionadas. Para evaluar la confiabilidad inter e intra evaluadores, se utilizó el coeficiente de correlación intraclase (ICC). Cabe destacar que la relación entre los factores ECAEE y los dominios de la escala APROCENF consideró la media de las 15 evaluaciones de la escala APROCENF, realizadas por cada enfermero.

El nivel de significación adoptado para las pruebas estadísticas fue del 5%, o sea, $p < 0,05$.

Aspectos éticos

Este estudio obedeció a los siguientes pasos: 1-) autorización de las autoras principales de los instrumentos

de recolección de datos; 2-) autorización de los hospitales que sirvieron como campo de estudio; 3-) registro en la Plataforma Brasil y dictamen del Comité de Ética en Investigación (CEP) de la Universidad Federal de São Paulo (UNIFESP) (3.317.669).

Los enfermeros y residentes que trabajan en emergencias fueron invitados a participar de la investigación. Dicha aceptación fue expresada mediante la firma del Término de Consentimiento Libre e Informado. Los instrumentos de recolección de datos fueron entregados a los profesionales, impresos y en sobres, recogidos posteriormente en fecha acordada.

Resultados

Los dos hospitales donde se desarrolló el estudio fueron identificados como A y B. El total de profesionales que respondieron la encuesta fue $n=99$ enfermeros, distribuidos de la siguiente manera: Hospital A $n=55$ y Hospital B $n=44$.

El análisis descriptivo general de los enfermeros se realizó considerando los dos hospitales. Por ende, en cuanto a la edad, $n=52$ (55,32%) encuestados tenían entre 30 y 39 años, con predominio del sexo femenino, $n=70$ (74,47%); $n=49$ (52,13%) se declararon solteros, mientras que $n=32$ (34,04%) dijeron estar casados. La Tabla 1 explica la caracterización de la muestra.

Tabla 1 - Análisis descriptivo de las variables categóricas de la ECAEE* de enfermeros de urgencias y emergencias ($n=94$). São Paulo, SP, Brasil, 2020

Variable		n	%
Año en el que se graduó de enfermero	1991-2001	4	4,2
	2002-2012	45	48,9
	2013-2018	45	47,9
Posgrado <i>lato sensu</i>	Sim	73	77,7
	Não	21	22,3
Posgrado <i>stricto sensu</i>	Sim	7	7,5
	Não	87	92,6
Perfeccionamiento	Sim	2	2,1
	Não	92	97,9
Habilitación	Sim	16	17,0
	Não	78	83,0
Residencia	Sim	7	7,8
	Não	87	92,6
Profesorado	Sim	-	-
	Não	94	100,0
Cursos de emergencia realizados (últimos 2 años)	Sim	39	40,9
	Não	55	59,1
Otras participaciones	Sim	22	23,4
	Não	72	76,6
Actividades científicas	Sim	23	24,5
	Não	71	75,5

*ECAEE = Escala de Competências das Ações dos Enfermeiros em Emergências (Escala de Competencias de las Acciones del Enfermero en Emergencias)

En cuanto al sector, n=88 (93,62%) estaban asignados al Servicio de Urgencias para Adultos (SUA), mientras que n=6 (6,38%) realizaban sus actividades exclusivamente en el consultorio médico del servicio de urgencias, las jornadas de trabajo se distribuían entre los turnos matutino (7-13 h) n=16 (17,02%), vespertino (13-19 h) n=19 (20,21%), nocturno (19-7 h) n=38 (40,43%) y, también, guardias diurnas (7-19 h) n=21 (22,34%).

Sobre trabajar como enfermero en otra institución, n=63 (67,02%) dijeron no tener doble vínculo. De los n=31 (32,98%) que sí lo tenían, la mayoría trabajaba de 19 a 7 h n=18 (58,06%), asignados en las unidades del SUA n=11 (35,48%).

En cuanto al posgrado *lato sensu*, de los 73 enfermeros con título de especialista, n=65 (67,12%) encuestados tenían especialización en el área de enfermería y, de estos, n=37 (56,92%) eran especialistas en urgencias y emergencias. En el posgrado *stricto sensu*, cinco habían terminado la maestría y dos el doctorado en las áreas de enfermería y ciencias de la salud. Dos enfermeros habían completado el perfeccionamiento en salud domiciliaria y en gestión del servicio de enfermería; n=16 (17,02%) dijeron haber completado la habilitación para pasar catéter central de inserción periférica (PICC); n=7 (7,45%) completaron la residencia, n=4 en el área de urgencias y emergencias, n=1 en cuidados intensivos, n=1 en nefrología y n=1 en medicina interna y quirúrgica. Con respecto a los cursos

de actualización realizados en los últimos dos años, n=38 (40,86%) mencionaron cursos como *Basic Life Support* (BLS), *Advanced Cardiac Life Support* (ACLS), *Advanced Trauma Life Support* (ATLS FOR NURSE), *Advanced Trauma Care For Nurse* (ATCN FOR NURSE), *Prehospital Trauma Life Support* (PHTLS), Maniobras Avanzadas de Soporte en Trauma (MAST), *Pediatric Advanced Life Support* (PALS) y protocolo para clasificación de pacientes. En lo que respecta a otros tipos de participación, n=22 (23,40%) respondieron que participaron en la organización de eventos, grupos de estudio, comisiones, comités y eventos científicos, en los últimos dos años.

En cuanto a las actividades científicas, n=23 (24,47%) respondieron que participaron en la elaboración de trabajos científicos, publicación de trabajos científicos en anales de congresos, publicación de resúmenes de trabajos científicos y artículos científicos publicados en revistas, entre los años 2003 y 2019.

La Tabla 2, a continuación, presenta las comparaciones de los puntajes del nivel de competencia entre la autoevaluación y la heteroevaluación. Por los resultados, se comprobó que hay una diferencia significativa entre los puntajes, los valores más altos se obtuvieron en la autoevaluación. El ICC (confiabilidad inter evaluadores) entre los 2 puntajes fue de 0,511, lo que indica un acuerdo significativo (diferente de cero) entre los evaluadores (autoevaluación y heteroevaluación).

Tabla 2 - Análisis comparativo de los enfermeros de urgencias y emergencias entre los puntajes de autoevaluación y heteroevaluación de la ECAEE* (n=94). São Paulo, SP, Brasil, 2020

Variável	n	Média	DE [†]	Mín [‡]	C1 [§]	Mediana	C3 [¶]	Máx [¶]	Valor-p ^{**}	ICC ^{††}	(IC ^{**} 95% ICC)
Autoevaluación total	94	330,97	13,51	300,00	320,00	331,00	339,00	369,00	p=0,010	0,511	(0,342;0,648) p<0,001
Heteroevaluación total	94	325,68	23,07	272,00	306,00	335,50	344,00	359,00			
Diferencia entre auto y heteroevaluación	94	5,29	18,35	-35,00	-10,00	1,50	20,00	40,00			

*ECAEE = *Escala de Competências das Ações dos Enfermeiros em Emergências* (Escala de Competencias de las Acciones del Enfermero en Emergencias); [†]DE = Desviación estándar; [‡]Mín = Mínima; [§]Q1 = Cuartil 1; [¶]Q3 = Cuartil 3; [¶]Máx = Máxima; ^{**}Valor-p = Relativo a la prueba de Wilcoxon para muestras relacionadas para la comparación entre los 2 puntajes; ^{††}ICC = Coeficiente de Correlación Intraclassa para medir la concordancia entre los 2 puntajes; ^{†††}IC = Intervalo de Confianza

La Tabla 3 presenta la frecuencia y las estadísticas descriptivas de la muestra total para la escala APROCENF (n=94), considerando las 15 evaluaciones de cada enfermero (n=1.410). Los enfermeros concentraron sus acciones

de cuidado, desempeñándose en todos los sectores de emergencia en sus respectivos turnos. Los grados más destacados por los enfermeros en la escala del ítem fueron los del número tres, que indica una APROCENF "buena" (73,3%).

Tabla 3 - Análisis descriptivo de las variables categóricas de la escala APROCENF* (n=1.410) de enfermería de urgencias y emergencias. São Paulo, SP, Brasil, 2020

Ítems de la escala APROCENF*	Grado	Frecuencia	Porcentaje
APROCENF 1 Planificación del cuidado de enfermería	1	65	4,61
	2	313	22,20
	3	955	67,73
	4	77	5,46

(continúa en la página siguiente...)

(continuation...)

Ítems de la escala APROCENF*	Grado	Frecuencia	Porcentaje
	1	98	6,95
APROCENF 2	2	296	20,99
Recursos necesarios para brindar asistencia	3	919	65,18
	4	97	6,88
	1	30	2,13
APROCENF 3	2	453	32,13
Dimensionamiento del personal de enfermería	3	874	61,99
	4	53	3,76
	1	99	07,02
APROCENF	2	240	17,02
Acciones educativas y desarrollo profesional	3	976	69,22
	4	95	6,74
	1	33	2,34
APROCENF 5	2	412	29,22
Seguimiento y transferencia del cuidado	3	914	64,82
	4	51	3,62
	1	83	5,89
APROCENF 6	2	265	18,79
Interacción y actuación multidisciplinaria	3	983	69,72
	4	79	5,60
	1	110	7,80
APROCENF 7	2	226	16,03
Atención al paciente y/o familiar	3	1009	71,56
	4	65	4,61
	1	101	7,16
APROCENF 8	2	227	16,10
Satisfacción de las necesidades asistenciales	3	993	70,43
	4	89	6,31
APROCENF Total	-	-	-
Regular	-	375	26,60
Bueno	-	1034	73,33
Excelente	-	1	0,07

*APROCENF = Avaliação do Produto do Cuidar em Enfermagem (Evaluación del Producto del Cuidado de Enfermería)

Se obtuvo buena consistencia interna ($\alpha > 0,70$)⁽¹⁰⁾ en los siguientes factores de la ECAEE: factor 1 (0,790) y factor 2 (0,720); esta diferencia fue significativa en la heteroevaluación realizada por los gestores del servicio de enfermería. En las quince evaluaciones realizadas por los enfermeros, el alfa de Cronbach fue de 0,501.

Las Tablas 4 y 5, a continuación, presentan las correlaciones entre los dominios de la escala APROCENF (considerando las 15 evaluaciones de cada enfermero) y los ítems de la ECAEE, para la autoevaluación y heteroevaluación. Las correlaciones significativas se destacan en la tabla, se enfatizan las variables que tuvieron una diferencia significativa.

Tabla 4 - Correlaciones entre las variables de la ECAEE* (autoevaluación) y los dominios de la escala APROCENF† (n=1.410), de los enfermeros de urgencias y emergencias. São Paulo, SP, Brasil, 2020

Factores	Planificación del cuidado de enfermería	Recursos necesarios para brindar asistencia	Dimensionamiento del personal de enfermería	Acciones educativas y desarrollo profesional	Seguimiento y transferencia del cuidado	Interacción y actuación multidisciplinaria	Atención al paciente y/o familiar	Satisfacción de las necesidades asistenciales	APROCENF† total
Auto F1† Prática profissional	$r^s=0,1488$ $p=0,1522$	0,0946 0,3644	0,4490 <0,0001	0,1551 0,1353	0,3381 0,0009	0,2337 0,0234	0,1172 0,2605	0,2747 0,0074	0,4673 <0,0001
Auto F2† Relações no trabalho	0,1361 0,1907	0,0628 0,5473	0,3570 0,0004	-0,0127 0,9030	0,1332 0,2003	0,1141 0,2732	0,1139 0,2742	0,0569 0,5856	0,2510 0,0147

(continúa en la página siguiente...)

(continuación...)

Factores	Planificación del cuidado de enfermería	Recursos necesarios para brindar asistencia	Dimensionamiento del personal de enfermería	Acciones educativas y desarrollo profesional	Seguimiento y transferencia del cuidado	Interacción y actuación multidisciplinaria	Atención al paciente y/o familiar	Satisfacción de las necesidades asistenciales	APROCENF [†] total
Auto F3 [†]	0,0198	-0,1366	0,1213	0,0904	0,0656	0,0100	-0,0120	0,1675	0,1021
Desafío positivo	0,8494	0,1891	0,2438	0,3859	0,5296	0,9234	0,9085	0,1064	0,3272
Auto F4 ^{**}	0,0417	-0,1473	0,0696	0,0135	0,1060	-0,0435	0,0364	-0,0294	0,0484
Acción dirigida	0,6896	0,1563	0,5049	0,8967	0,3091	0,6771	0,7271	0,7783	0,6431
Auto F5 ^{††}	0,1181	0,0760	0,1034	0,0154	0,1034	-0,1472	-0,2132	0,2065	0,0642
Conducta constructiva	0,2568	0,4665	0,3210	0,8827	0,3209 [‡]	0,1568	0,0391	0,0457	0,5387
Auto F6 ^{††}	-0,0772	0,0195	-0,0094	0,0615	0,0549	0,0308	-0,0625	0,0898	0,0267
Excelencia profesional	0,4596	0,8514	0,9281	0,5560	0,5987	0,7681	0,5495	0,3893	0,7977
Auto F7 ^{§§}	-0,0667	0,1208	-0,0005	-0,0288	-0,0614	-0,0194	0,0713	-0,1486	-0,0407
Adaptación al cambio		0,2461	0,9958	0,7827	0,5566	0,8523	0,4945	0,1528	0,6964

*ECAEE = *Escala de Competências das Ações dos Enfermeiros em Emergências* (Escala de Competencias de las Acciones del Enfermero en Emergencias);

†APROCENF = *Avaliação do Produto do Cuidar em Enfermagem* (Evaluación del Producto del Cuidado de Enfermería); †Auto F1 Práctica profesional;

‡r = Coeficiente de correlación de Spearman; †Auto F2 Relaciones en el trabajo; †Auto F3 Desafío positivo; **Auto F4 Acción dirigida; ††Auto F5 Conducta constructiva; ††Auto F6 Excelencia profesional; §§Auto F7 Adaptación al cambio

Tabla 5 - Correlaciones entre las variables de la ECAEE* (heteroevaluación) y los dominios de la escala APROCENF[†] (n=1.410), de enfermeros de urgencias y emergencias. São Paulo, SP, Brasil, 2020

Factores	Planificación del cuidado de enfermería	Recursos necesarios para brindar asistencia	Dimensionamiento del personal de enfermería	Acciones educativas y desarrollo profesional	Seguimiento y transferencia del cuidado	Interacción y actuación multidisciplinaria	Atención al paciente y/o familiar	Satisfacción de las necesidades asistenciales	APROCENF [†] total
Hetero F1 [†]	r [§] =0,2615	0,2316	0,5271	0,1919	0,4724	0,2359	0,1500	0,3293	0,6121
Práctica profesional	p=0,0109	0,0247	<0,0001	0,0638	<0,0001	0,0220	0,1488	0,0012	<0,0001
Hetero F2 [‡]	0,1856	0,2503	0,5431	0,2645	0,4699	0,1950	0,1576	0,3116	0,5912
Relaciones en el trabajo	0,0732	0,0150	<0,0001	0,0100	<0,0001	0,0596	0,1291	0,0022	<0,0001
Hetero F3 [†]	0,2663	0,2307	0,5119	0,2561	0,4166	0,2732	0,0679	0,2984	0,5805
Desafío positivo	0,0095	0,0253	<0,0001	0,0127	<0,0001	0,0077	0,5150	0,0035	<0,0001
Hetero F4 ^{**}	0,1841	0,1603	0,4322	0,1776	0,1681	-0,0301	0,1021	0,1831	0,3666
Acción dirigida	0,0757	0,1227	<0,0001	0,0867	0,1053	0,7732	0,3273	0,0773	0,0003
Hetero F5 ^{††}	0,1208	0,1910	0,2560	0,0984	0,1891	0,1427	0,0827	0,1879	0,3306
Conducta constructiva	0,2459	0,0651	0,0128	0,3450	0,0678	0,1700	0,4278	0,0697	0,0011
Hetero F6 ^{††}	-0,0278	-0,0938	0,0571	-0,0251	-0,1304	0,0594	0,0865	0,0363	0,0140
Excelencia profesional	0,7900	0,3684	0,5844	0,8096	0,2101	0,5692	0,4066	0,7281	0,8933
Hetero F7 ^{§§}	0,2102	-0,0048	0,2209	0,1562	0,3190	0,1551	0,1464	0,2881	0,3186
Adaptación al cambio		0,9633	0,0324	0,1325	0,0017	0,1354	0,1589	0,0049	0,0017

*ECAEE = *Escala de Competências das Ações dos Enfermeiros em Emergências* (Escala de Competencias de las Acciones del Enfermero en Emergencias);

†APROCENF = *Avaliação do Produto do Cuidar em Enfermagem* (Evaluación del Producto del Cuidado de Enfermería); †Hetero F1 Práctica profesional;

‡r = Coeficiente de correlación de Spearman; †Hetero F2 Relaciones en el trabajo; †Hetero F3 Desafío positivo; **Hetero F4 Acción dirigida; ††Hetero F5 Conducta constructiva; ††Hetero F6 Excelencia profesional; §§Hetero F7 Adaptación al cambio

Discusión

Las competencias profesionales forman parte del desarrollo del equipo de enfermería. La profesión se basa en un perfil que le da una identidad sólida a toda la categoría, detallando lo que le corresponde a cada uno. Para los enfermeros que tienen la tarea de organizar, preparar, estructurar e implementar el servicio del cuidado de enfermería, estas competencias son

elementos fundamentales que afectan la atención que brindan estos profesionales en cada turno, priorizando las necesidades de cuidado de los pacientes⁽¹²⁾. Sin embargo, la atención que brindan se da a partir de un pensamiento técnico-científico basado en el conocimiento que orienta la profesión⁽¹³⁾.

La población de este estudio fue predominantemente femenina, eso coincide con el ámbito de la enfermería brasileña, como lo demostró el estudio del perfil de la

enfermería brasileña que realizó el Consejo Federal de Enfermería (COFEN)⁽¹⁴⁾. También en este estudio, se realizó un análisis sociodemográfico, que destacó las brechas que se pueden mejorar, donde se deben concentrar mayores esfuerzos, especialmente en una profesión que se centra en la cualificación e instrumentalización de los procesos de gestión, que llevan a mejorar las condiciones de la atención. Cuando ponen en práctica sus competencias, los enfermeros equiparan constructos básicos de la profesión que orientan y fomentan sus acciones⁽¹⁵⁾.

Estos profesionales buscan cualificar sus conocimientos en la búsqueda de la superación profesional, tanto a través de cursos técnicos de corta duración como a través de cursos con mayor carga horaria, como las especializaciones *lato sensu*, dado que la mayoría de los enfermeros que respondieron los instrumentos informaron estar especializados en algún área de enfermería. Por ende, se puede ver que hay un movimiento muy positivo en lo que respecta a agregarle valor al perfil profesional y competencia técnica al currículo, la conducta es perseguir el desarrollo profesional. Al identificar los cursos donde más se especializaron estos profesionales, en más del 50%, se destacó la especialización en urgencias y emergencias, o sea, los enfermeros optaron por especializarse en el área en la que ejercen sus funciones asistenciales, lo que ciertamente cualifica la atención brindada y, por lo tanto, la prestación del cuidado, el producto final de la asistencia.

Otro aspecto que vale la pena mencionar es el hecho de que los profesionales realizan cursos de capacitación/perfeccionamiento en el área de urgencia y emergencia, como BLS, ACLS, ATCN, PHTLS, entre otros, lo que demuestra interés en mejorar la técnica para desempeñarse con mayor eficacia en el sector de urgencias y emergencias, por su dinamismo y complejidad, donde se requieren estas competencias. Además, el razonamiento rápido y asertivo exige capacitación, cualificación y horas de dedicación y estudios. Los profesionales tienen el compromiso de buscar cualificaciones en las que se base su ejercicio profesional y práctica diaria, que también son formas de apoyo y compromiso personal para el crecimiento profesional, elevando aún más los presupuestos de la profesión⁽¹⁶⁾. Un movimiento similar fue identificado en un estudio donde los enfermeros, por medio de la autopercepción, identificaron que necesitaban capacitación⁽¹⁷⁾.

Un estudio demostró que era necesario estandarizar la capacitación en los sectores de urgencias y emergencias⁽¹⁸⁾, precisamente porque se considera que las acciones que realizan quienes están inmersos en el arte de cuidar van más allá de los enfoques prescriptivos, dado que profundizan y fundamentan el conocimiento. Cualificar la asistencia significa dedicarse enteramente al cuidado y

encontrar formas y posibilidades que contribuyan, también a través del pensamiento reflexivo, que busca nuevos caminos, impulsados por la tecnología, que sirvan a la investigación y al desarrollo⁽¹⁹⁻²⁰⁾. Esta es una construcción que hay que estimular en los enfermeros, dado que su contribución al crecimiento y desarrollo de la sociedad es primordial. Su formación académica ya apunta a ese factor, cuando señala la dimensión social de la profesión de enfermería⁽²¹⁾.

Al comparar la autoevaluación y la heteroevaluación, en la mayoría de los factores, los enfermeros se autoevaluaron mejor que sus gestores; sin embargo, en algunos factores, la evaluación realizada por el gerente (heteroevaluación) fue superior a la realizada por el enfermero. Este resultado fue diferente al que arrojó el estudio de validación de la ECAEE⁽⁶⁾. Cabe señalar que los instrumentos fueron completados en horario laboral e incluso, por la dinámica del sector de urgencia y emergencia, algún rubro pudo haber pasado desapercibido.

En la comparación entre los puntajes de la autoevaluación y la heteroevaluación, los factores que tuvieron mayor puntaje fueron en la autoevaluación: práctica profesional, acción dirigida y en la heteroevaluación: excelencia profesional. De hecho, las competencias profesionales de los enfermeros se apoyan en acciones que tienden a cualificarlas⁽²²⁾, ya que estos profesionales, mediante toda la inversión que hacen en sus carreras, no buscan otra cosa que concretar esas competencias. Enfrentan estos desafíos, sabiendo que, para realizar una práctica profesional emancipadora y rehabilitadora del paciente, es necesario recurrir a conocimientos teóricos y prácticos con miras a la excelencia profesional⁽²³⁾. Un movimiento similar fue observado en un estudio realizado en hospitales militares chinos, donde se observó que era necesario que hubiera una cualificación profesional basada en las experiencias y expectativas de los enfermeros⁽²⁴⁾.

Percibir esa coherencia de respuestas entre enfermeros asistenciales y gestores es un aspecto positivo, ya que muestra una preocupación entre las partes, lo que significa que las acciones de quien cuida están siendo observadas y que quien observa basa su mirada gerencial en instrumentos validados en la literatura científica, o sea, la enfermería está utilizando instrumentos validados en estudios de la categoría para evaluar al propio grupo.

Las relaciones en el trabajo confrontan el saber Ser del enfermero, porque este necesita administrar su equipo de técnicos en enfermería, tener una buena experiencia con el equipo multidisciplinario, sin perder su identidad profesional, siendo auténtico en nombre del cuidado que diseña, articula y les brinda a los pacientes⁽²⁵⁾. En ese sentido, el desafío se vuelve positivo y, al mismo tiempo, provocador, ya que los enfermeros orientan sus acciones

hacia el cuidado, que serán coronados con la excelencia profesional, lo que le confiere aún más autenticidad y fortalecimiento a la identificación de la categoría.

La escala APROCENF⁽⁵⁾ también obtuvo un número importante de evaluaciones. Cada enfermero contestó quince veces este instrumento para retratar con la mayor precisión posible su rutina diaria en el sector de urgencias y emergencias. Cabe destacar que esta escala fue evaluada en todos los sectores de la unidad de urgencia y emergencia, reflejando la atención desde la sala de emergencias hasta la medicación.

Aunque aún no había sido probado en unidades de urgencia y emergencia, se obtuvo una APROCENF "buena"; dicha respuesta se reflejó en los ocho dominios de la escala, lo que quiere decir que el producto final de las acciones de los enfermeros que requieren los pacientes en este estudio fue bastante significativo. Obviamente, una escala APROCENF "excelente" sería la más adecuada; sin embargo, se considera que este indicio ya es un comienzo para que los directivos de estas unidades trabajen estos temas con el sector de educación permanente, con el objetivo de formar profesionales que brinden un producto de cuidado basado en habilidades aún más sólidas y se los incentiva a desarrollar aquellas que aún no tienen. Por lo tanto, este estudio no se aleja del objetivo, cuando se comparan sus resultados con los de otra investigación en el que se aplicó la escala APROCENF en unidades especializadas⁽²⁶⁾, en el cual el resultado del producto del cuidado brindado por los enfermeros también fue predominantemente "bueno".

En la correlación entre los promedios de las quince evaluaciones de la escala APROCENF, realizada por los enfermeros y las competencias profesionales medidas por el ECAEE, se observaron diferencias significativas tanto en la autoevaluación como en la heteroevaluación, lo que demuestra que, para planificar, implementar y brindar el producto del cuidado en la unidad de urgencias y emergencias, se requieren competencias específicas. En mayor o menor medida, todos los factores ECAEE se relacionaron con los dominios de la escala APROCENF en la evaluación de los enfermeros y en la de sus gestores.

Factores como la práctica profesional⁽⁶⁾, las relaciones en el trabajo, los desafíos positivos, las acciones dirigidas, la conducta constructiva y la adaptación al cambio estaban directamente relacionados con el dimensionamiento del personal de enfermería, ya que posibilitan procesos que requieren recursos humanos específicos para actuar directamente en el proceso salud-enfermedad, que pongan sus habilidades profesionales a favor de un proceso rehabilitador eficaz, que interactúe dinámicamente en el restablecimiento de la salud del paciente, con el objetivo de reintegrarlo a la vida familiar y social.

El dimensionamiento del personal es uno de los factores que impactan en el cuidado de enfermería, ya que un número adecuado de profesionales que satisfaga la significativa demanda de cuidados tiene una acción directa en el proceso de rehabilitación del paciente. Lamentablemente, en muchos escenarios de urgencia y emergencia, que ya tienen el agravante de la superpoblación, que operan en un sistema de puertas abiertas con demanda espontánea, el plantel de profesionales es reducido, lo que provoca sobrecarga, licencias y ausentismo. Por otro lado, un estudio demostró que un número adecuado de enfermeros para la atención de los pacientes redujo la mortalidad, los reingresos y la permanencia de los pacientes⁽²⁷⁾.

La satisfacción del paciente en una unidad hospitalaria involucra un conjunto de acciones, que reflejan el cuidado que brindan los enfermeros así como, también, la implementación y ejecución de las acciones de cuidado de su equipo. El enfermero brinda un cuidado de calidad cuando las condiciones del servicio son favorables para que ejecute su rutina y esto posibilita los procesos de atención, desarrollando una reacción en cadena donde la satisfacción del profesional se refleja directamente en el cuidado que le brinda al paciente, que posteriormente genera mejoras en su proceso de rehabilitación⁽²⁸⁾.

En el mencionado estudio⁽²⁸⁾, el hecho de tener un buen dimensionamiento del número de enfermeros satisfizo la demanda de los pacientes que participaron de la investigación. Con base en este supuesto, consideramos que la escala APROCENF⁽⁵⁾ posiblemente tendría una evaluación más significativa, demostrando excelencia en la calidad de la prestación del servicio y brindando un producto del cuidado más efectivo, siempre que hubiese un número suficiente de enfermeros en el servicio de urgencias y emergencias.

Asimismo, el seguimiento y la transferencia del cuidado⁽⁵⁾ se relacionaron con la práctica profesional del enfermero que, a través de su experiencia, desarrolla buenas relaciones con el equipo como un todo, capacitándolo para adaptarse al cambio, al mismo tiempo que es flexible al mismo, gestionando los conflictos que puedan surgir con miras a un proceso mayor, lo cual es un desafío positivo.

La atención debe tener continuidad, para que los procesos iniciados en la unidad donde se encuentra el paciente sean factibles y tener una secuencia en todos los sectores intrahospitalarios a los que sea trasladado, incluso en el período posterior al alta, donde la articulación con los servicios de la red debe brindar este seguimiento, para evitar reingresos⁽²⁹⁾.

La interrupción en la continuidad de la atención aumenta la estancia del paciente en el hospital y,

si el paciente ya está en su domicilio, contribuye a los reingresos, lo que requiere que los profesionales que realizan dicha transferencia cuenten con competencias esenciales para el servicio que operacionalizan⁽³⁰⁾. Por lo tanto, las competencias de los enfermeros en urgencias y emergencias dan solidez a este proceso, a través del desarrollo de prácticas para la continuidad del cuidado, optimizando las transferencias intrahospitalarias y también la atención domiciliaria, donde la comunicación es un factor y una competencia predominante. Un estudio señaló que la comunicación es uno de los factores que interfieren en la transferencia del cuidado⁽³¹⁾, ya que, si bien posibilita y potencia el proceso de cuidar, su ausencia puede causarle perjuicios al proceso.

Las fallas en este proceso implican aumento de los costos de hospitalización, estrés para los pacientes y sus familias y bloqueos en la rotación de camas⁽³¹⁾. El puntaje de la transferencia del cuidado en la escala APROCENF⁽⁵⁾ alcanzó un nivel "bueno", lo que implica que los gestores tienen una mirada más atenta y que, junto con el sector de educación permanente, deben generar condiciones que optimicen este proceso, para que la atención de los pacientes no sufra perjuicios y no se posterguen sus transferencias y altas.

Es evidente que todas las competencias destacadas convergen en la satisfacción de las necesidades asistenciales, con miras a promover la salud y el bienestar del paciente, que encuentra ayuda para sus necesidades reales de salud en el cuidado de enfermería⁽⁵⁾. Priorizar los cuidados que se centren en las necesidades reales de salud del paciente, mediante una planificación del cuidado dirigida, atenderá sus demandas de salud⁽³²⁾ y, con eso, el enfermero reafirma sus competencias con el fin de desarrollar tantas otras que encuentren la cura para el paciente al abarcar las necesidades que trae al servicio en busca de resolución.

Los dominios "dimensionamiento del personal de enfermería" y "transferencia del cuidado" se relacionaron con varias competencias, indicando que, para brindar una asistencia eficaz, se necesita un número adecuado de profesionales, para que puedan transferir el cuidado de la manera más segura posible, lo que implica que, para posibilitar este proceso, debe haber coordinación entre la dirección de enfermería y el servicio de educación permanente de la unidad.

La limitación de este estudio es que los instrumentos debían ser respondidos sin falta durante los turnos, razón por la cual, considerando la dinámica de la unidad de urgencia y emergencia, algún ítem pudo no haber reflejado exactamente lo que el enfermero quería expresar. Sin embargo, se constató que es factible utilizar la escala APROCENF en unidades de emergencia, especialmente

junto con la ECAEE, donde los profesionales, además de constatar las competencias que poseen, se esforzarán por desarrollar aquellas que resultan ser factores que limitan la atención que brindan e impiden entregar un mejor producto del cuidado de enfermería.

Conclusión

Las competencias de los enfermeros están relacionadas con el producto del cuidado de enfermería que brindan en el contexto de urgencias y emergencias. Estas competencias fueron identificadas en los siete factores; sin embargo, hubo un mayor énfasis en "práctica profesional", "relaciones en el trabajo", "desafío positivo", "acción dirigida", "conducta constructiva" y "excelencia profesional" en la auto y heteroevaluación. Para identificar las competencias, los enfermeros realizaron su autoevaluación en base a las especificidades del servicio de urgencias y emergencias, considerando la complejidad del sector y basando su mirada crítica en eventos inusuales que llegan a la unidad y que requieren competencias específicas para abordarlos de forma eficaz y eficiente.

La escala APROCENF identificó que el producto del cuidado de enfermería era "bueno", lo que demuestra que la prestación del cuidado de enfermería es bien evaluada por quienes están prestando el servicio.

Por lo tanto, encontramos que hay relación entre las competencias profesionales distribuidas en los factores de la ECAEE y las dimensiones de la escala APROCENF y que se destacan el "dimensionamiento del personal de enfermería", el "seguimiento y transferencia del cuidado" y la "satisfacción de las necesidades asistenciales" que, al inferir directamente la asistencia que genera un producto que será consumido por el paciente, también caracteriza el perfil del enfermero que basa sus acciones de cuidado en las competencias enumeradas en este estudio.

Referencias

1. Soares MI, Leal LA, Resck ZMR, Terra FS, Chaves LDP, Henriques SH. Competence-based performance evaluation in hospital nurses. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2019;27: 1-8. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.3173.3184>
2. Moreira DA, Ferraz CMLC, Costa IP, Amaral JM, Lima TT, Brito MJM. Professional practice of nurses and influences on moral sensitivity. *Rev Gaúcha Enferm*. 2020;41:1-6. <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2019.20190080>
3. Silva LAS, Dias AK, Gonçalves JG, Pereira NR, Pereira RA. Nursing and emergency action in nursing. *Rev Extensão [Internet]*. 2019 [cited 2022 Sep 15];3(1): 83-92. Available from: <https://revista.unitins.br/index.php/extensao/article/view/1688/1127>

4. Alves M, Melo CL. Handoff of care in the perspective of the nursing professionals of an emergency unit. *Rev Min Enferm.* 2019;23:e-1194. <https://doi.org/10.5935/1415-2762.20190042>
5. Cucolo DF, Perroca MG. Assessment of the nursing care product (APROCENF): a reliability and construct validity study. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* [Internet]. 2017 [cited 2022 Sep 15];25:e2860. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v25/0104-1169-rlae-25-e2860.pdf>
6. Holanda FL, Marra CC, Cunha ICKO. Professional competence of nurses in emergency services: evidence of content validity. *Rev Bras Enferm.* 2019;72(Suppl 1):66-73. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0518>
7. Bukoh M, Siah C. A systematic review on the structured handover interventions between nurses in improving patient safety outcomes. *J Nurs Manag.* 2020;28(3):744-55. <https://doi.org/10.1111/jonm.12936>
8. Jesus JA, Balsanelli AP. Competências do enfermeiro em emergência e o produto do cuidar em enfermagem: revisão integrativa. *Rev Rene.* 2020;21:e43453. <https://doi.org/10.15253/2175-6783.20202143495>
9. Polit DF, Beck CT. Fundamentos de pesquisa em enfermagem: avaliação de evidências para a prática de enfermagem. 9. ed. Porto Alegre: Artmed; 2018.
10. Strengthening the reporting of observational studies in epidemiology. STROBE Checklists [Internet]. 2022 [cited 2022 Jul 15]. Available from: <https://www.strobe-statement.org/checklists/>
11. Gottems LBD, Carvalho EMP, Guilhem D, Pires MRGM. Boas práticas no parto normal: análise da confiabilidade de um instrumento pelo Alfa de Cronbach. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* [Internet]. 2018 [cited 2022 Sep 15];26:e3000. Available from: <https://www.scielo.br/j/rlae/a/QZr3NbtCZH7BZ5srRnwKhdj/?lang=pt&format=pdf>
12. Machado MH, coord. Perfil da enfermagem no Brasil: relatório final [Internet]. Rio de Janeiro: NERHUS/DAPS/ENSP/Fiocruz; 2017 [cited 2022 Sep 14]. 748 p. Available from: <http://www.cofen.gov.br/perfilenfermagem/pdfs/relatoriofinal.pdf>
13. Ribeiro OMPL, Martins MMFPS, Tronchin DMR, Silva JMAV, Forte ECN. Professional practice models used by nurses in Portuguese hospitals. *Rev Bras Enferm.* 2019;72(Suppl 1):24-31. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0670>
14. Sanjuan-Quiles A, Hernández-Ramón MP, Juliá-Sanchis R, García-Aracil N, Encina MEC, Perpiñá-Galvañ J. Handover of patients from prehospital emergency services to emergency departments: A qualitative analysis based on experiences of nurses. *J Nurs Care Qual.* 2019;34(2):169-74. <https://doi.org/10.1097/NCQ.0000000000000351>
15. Batista REA, Peduzzi, M. Interprofessional Practice in the Emergency Service: specific and shared assignments of nurses. *Rev Bras Enferm.* 2019;72(1):213-20. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0797>
16. Campanha RT, Magalhães AMM, Oliveira JLC, Kreling A, Riboldi CO. Leadership in Brazilian hospital nursing: contributions to the quality of patient care and safety. *Res Soc Dev* [Internet]. 2020 [cited 2022 Sep 15];9(12):e40591211301. Available from: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/11301>
17. Ndung'u A, Ndirangu E, Sarki A, Isiaho L. A Cross-sectional Study of Self-Perceived Educational Needs of Emergency Nurses in Two Tertiary Hospitals in Nairobi, Kenya. *J Emerg Nurs.* 2022;48(4):467-76. <https://doi.org/10.1016/j.jen.2022.04.001>
18. Calder S, Tomczyk B, Cussen ME, Hansen GJ, Hansen TJ, Jensen J, et al. A Framework for Standardizing Emergency Nursing Education and Training Across a Regional Health Care System: Programming, Planning, and Development via International Collaboration. *J Emerg Nurs.* 2022;48(1):104-11. <https://doi.org/10.1016/j.jen.2021.08.006>
19. Olino L, Gonçalves AC, Strada JKR, Vieira LB, Machado MLP, Molina KL, et al. Effective communication for patient safety: transfer note and Modified Early Warning Score. *Rev Gaúcha Enferm.* 2019;40(esp):e20180341. <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2019.20180341>
20. Holanda F, Marra CC, Meireles ECA, Balsanelli AP, Cunha, ICKO. Lilalva Scale: soft-hard technology to measure clinical competencies in emergencies of nurses. *Rev Bras Enferm.* 2022;75(5):e20210950. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2021-0950>
21. Silva AGI, Silva FJN, Costa F, Alcântara GC, Costa GF. Boas práticas de liderança do enfermeiro no contexto hospitalar. *Rev Nurs.* 2021;24(276):5726-30. <https://doi.org/10.36489/nursing.2021v24i276p5726-5735>
22. Chotolli MR, Cucolo DF, Perroca MG. Assessment of the product of nursing care in specialized hospitals. *Rev Bras Enferm.* 2018;71(Suppl 6):2675-81. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0354>
23. McHugh MD, Aiken LH, Sloane DM, Windsor C, Douglas C, Yates P. Effects of nurse-to-patient ratio legislation on nurse staffing and patient mortality, readmissions, and length of stay: a prospective study in a panel of hospitals. *Lancet.* 2021;397:1905-13. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(21\)00768-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(21)00768-6)
24. Huijuan M, Suofei Z, Xiaoli Z, Jinyu H, Zhen C, Yu L. Continuing professional education experiences and expectations of nurses in Chinese military hospitals: A quantitative and qualitative study. *Nurse Educ Today.* 2023;120:105645. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2022.105645>
25. Mello TS, Miorin JD, Camponogara S, Paula CC, Pinno C, Freitas EO. Factors that influence for effective

intra-hospital care transfer: Integrative review. *Res Soc Dev.* 2021;10(9):e38910918153. <https://doi.org/10.33448/rsd-v10i9.18153>

26. Desmedt M, Ulenaers D, Grosemans J, Hellings J, Bergs J. Clinical handover and handoff in healthcare: A systematic review of systematic reviews. *Int J Qual Health Care.* 2021;33(1). <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzaa170>

27. Lavoie P, Clausen C, Purden M, Emed J, Frunchak V, Clarke, SP. Nurses' experience of handoffs on four Canadian medical and surgical units: A shared accountability for knowing and safeguarding the patient. *J Adv Nurs.* 2021;77(10):4156-69. <https://doi.org/10.1111/jan.14997>

28. Methangkool E, Tollinche L, Sparling J, Agarwala AV. Communication: is there a standard handover technique to transfer patient care? *Int Anesthesiol Clinics.* 2019;57(3):35-47. <https://doi.org/10.1097/AIA.0000000000000241>

29. Hemesath MP, Kovalski AV, Echer IC, Lucena AF, Rosa NG. Effective communication on temporary transfers of inpatient care. *Rev Gaúcha Enferm.* 2019;40(esp):e20180325. <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2019.20180325>

30. Tortosa-Altred R, Reverté-Villarroya S, Martínez-Segura E, López-Pablo C, Berenguer-Poblet M. Emergency handover of critical patients. A systematic review. *Int Emerg Nurs.* 2021;56,100997. <https://doi.org/10.1016/j.ienj.2021.100997>

31. Moraes KB, Riboldi CO, Silva KS, Maschio J, Stefani LPC, Tavares JP, et al. Transfer of the care of patients with low risk of mortality in postoperative: experience report. *Rev Gaúcha Enferm.* 2019;40(esp):e20180398. <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2019.20180398>

32. Létourneau D, Goudreau J, Cara C. Nursing Students and Nurses' Recommendations Aiming at Improving the Development of the Humanistic Caring Competency. *Can J Nurs Res.* 2021. <https://doi.org/10.1177/084456212111048987>

los datos: Jucinei Araújo de Jesus, Alexandre Pazetto Balsanelli. **Análisis estadístico:** Jucinei Araújo de Jesus, Alexandre Pazetto Balsanelli. **Redacción del manuscrito:** Jucinei Araújo de Jesus, Alexandre Pazetto Balsanelli. **Revisión crítica del manuscrito en cuanto al contenido intelectual importante:** Jucinei Araújo de Jesus, Alexandre Pazetto Balsanelli.

Todos los autores aprobaron la versión final del texto.

Conflicto de intereses: los autores han declarado que no existe ningún conflicto de intereses.

Contribución de los autores

Concepción y dibujo de la pesquisa: Jucinei Araújo de Jesus, Alexandre Pazetto Balsanelli. **Obtención de datos:** Jucinei Araújo de Jesus. **Análisis e interpretación de**

Recibido: 22.10.2022
Aceptado: 23.03.2023

Editora Asociada:
Maria Lucia do Carmo Cruz Robazzi

Copyright © 2023 Revista Latino-Americana de Enfermagem

Este es un artículo de acceso abierto distribuido bajo los términos de la Licencia Creative Commons CC BY.

Esta licencia permite a otros distribuir, mezclar, ajustar y construir a partir de su obra, incluso con fines comerciales, siempre que le sea reconocida la autoría de la creación original. Esta es la licencia más servicial de las ofrecidas. Recomendada para una máxima difusión y utilización de los materiales sujetos a la licencia.

Autor de correspondencia:

Jucinei Araújo de Jesus

E-mail: jaraujo.ney@gmail.com

 <https://orcid.org/0000-0002-3159-4273>