

Traducción y adaptación de las Competencias Esenciales en Salud Pública para los recursos humanos en salud¹

Maria de Lourdes de Almeida²

Aida Maris Peres³

Maria Manuela Frederico Ferreira⁴

Maria de Fátima Mantovani³

Objetivo: realizar la traducción y adaptación cultural del Marco Regional de Competencias Esenciales en Salud Pública para los Recursos Humanos en Salud de la Región de las Américas, del español para el idioma portugués de Brasil. Método: investigación metodológica, que siguió las fases: autorización para traducción; traducción inicial; síntesis de las traducciones y consenso; y, retrotraducción y composición de un comité de especialistas. Resultado: en la traducción de los nombres de los dominios, no hubo diferencia en 66,7 % (N=4); en la traducción de la descripción de los dominios y de las competencias ocurrieron divergencias en 100 % de estos (N=6, N=56), se obtuvo consenso arriba de 80%, durante la traducción y perfeccionamiento, en el comité de especialistas, en la alteración de palabras y expresiones para aproximar los significados al contexto brasileño. Conclusión: el documento traducido y adaptado posee potencial de aplicación en investigaciones y de utilización en la práctica de la atención a la salud pública/colectiva en Brasil.

Descriptores: Traducción; Competência Profissional; Salud Pública; Gestión en Salud; Administración del Personal en Salud.

¹ Artículo parte de Tesis de Doctorado "Competências essenciais de gestores para a saúde pública/coletiva", presentada en la Universidade Federal do Paraná, Curitiba, PR, Brasil. Apoyo financiero de la Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), Brasil, proceso nº 10.200.14.2 y de la Fundação Araucária do Paraná, Brasil, proceso nº 794/2014.

² Estudiante de doctorado, Universidade Federal do Paraná, Curitiba, PR, Brasil. Bolsista da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), Brasil. Profesor, Universidade Estadual do Oeste do Paraná, Foz do Iguaçu, PR, Brasil.

³ PhD, Profesor Asociado, Universidade Federal do Paraná, Curitiba, PR, Brasil.

⁴ PhD, Profesor Coordinador, Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, Coimbra, Portugal.

Cómo citar este artículo

Almeida ML, Peres AM, Ferreira MMF, Mantovani MF. Translation and adaptation of the Competencias Esenciales en Salud Pública para los recursos humanos en salud. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2017;25:e2896. [Access   ]; Available in: _____ . DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.1684.2896>. mes día año

URL

Introducción

Las competencias esenciales en salud pública - definidas por los conocimientos, por las habilidades y por las actitudes - para la práctica profesional en la atención a la salud pública⁽¹⁻²⁾, que son relevantes para la toma de decisiones y resolución de problemas de salud de la población, de forma eficaz y eficiente. Nos referimos a las competencias que todo profesional de salud actuante en salud pública debe poseer, independiente del escenario de la práctica en que desarrolla sus actividades⁽²⁻³⁾.

El Marco Regional de Competencias Esenciales en Salud Pública (MRCESP) puede ser un instrumento para caracterización de los conocimientos, habilidades y actitudes relacionados a la salud pública. El documento surge en respuesta a los desafíos apuntados por la región de las Américas para facilitar la formación de excelencia, colaborar y dar consistencia a la fuerza de trabajo en salud pública/colectiva de los sistemas de salud⁽²⁻³⁾. La estrategia fundamental de esta propuesta se guía en los siguientes ejes fundamentales: construcción del MRCESP; medición de las competencias; y planificación de capacitación regional y nacional, entre otras iniciativas como el campo virtual de la salud pública⁽²⁻³⁾. El MRCESP complementa otras estrategias centrales de la Organización Panamericana de la Salud (OPAS), de la Organización Mundial de Salud y de la Organización de las Naciones Unidas, como la Atención Primaria a la Salud, las Funciones Esenciales de Salud Pública (FESP) y los Objetivos de Desarrollo del Milenio⁽²⁻³⁾.

La construcción del MRCESP tuvo como base las reuniones organizadas entre 2005 y 2008 por el Proyecto de Recursos Humanos para la Salud de la OPAS. Algunos países fueron designados para la elaboración de los dominios; Brasil quedó responsable por el primer dominio, Perú por el segundo, Puerto Rico por el tercero, Colombia por el cuarto, Chile por el quinto y México por el sexto dominio. Estos encuentros convergieron para la importancia del entrenamiento dirigido al desarrollo de recursos humanos para la salud pública en la Región de las Américas, para la consolidación de los planes de formación y actualización continua, así como, para la necesidad de definir competencias esenciales, con enfoque orientador del desempeño en el trabajo en el campo de la salud⁽²⁾.

Así, el MRCESP surge como una propuesta para apoyar los países en el fortalecimiento de los sistemas de salud pública y está constituido por 56 competencias esenciales, distribuidas en seis dominios: nueve competencias son del dominio *Análisis de situación de salud*; 14 del dominio *Vigilancia y control de riesgos y*

daños; 10 competencias del dominio *Promoción de la salud y participación social*; siete del dominio *Políticas, planificación, regulación y control*; ocho del dominio *Equidad en el acceso, y calidad en los servicios individuales y colectivos*; y, ocho en el dominio *Salud internacional y salud global*⁽²⁻³⁾. Estos dominios fueron elaborados a partir de las FESP, instrumento definido por la OPAS, que describe tendencias de competencias y acciones necesarias por los sistemas de salud para que el objetivo central de la salud pública sea atendido⁽²⁻³⁾.

Buscando profesionales preparados para la realidad del modelo asistencial predominante en Brasil y de su contexto epidemiológico, destacamos la importancia de la realización de estudios en el área de desarrollo de recursos humanos en salud, que apunten para nuevos modelos de trabajo, fundamentados en nuevas formas de enseñar y de administrar, con la finalidad de ser capaces de realizar los cambios que se presentan en el modelo de atención a la salud⁽⁴⁾. Para esto, el MRCESP puede ser un referencial, que adoptado, contribuirá para la construcción de instrumentos que auxilien en el desarrollo de los profesionales. Frente a esto, se justifica la traducción y adaptación de ese documento al contexto brasileño.

A partir de lo expuesto, este estudio tuvo como objetivos traducir para el portugués de Brasil y adaptar para la realidad brasileña las competencias esenciales para profesionales de salud pública, sugeridas por la Organización Panamericana de la Salud, descritas en el documento *Marco Regional de competencias esenciales en salud pública para los recursos humanos en salud de la región de las Américas*.

Metodología

Se trata de una investigación metodológica para la traducción y adaptación transcultural de las competencias esenciales en salud pública sugeridas por la OPAS para los recursos humanos en salud, que siguió recomendaciones internacionales⁽⁵⁻⁶⁾. La traducción y adaptación transcultural siguió las fases: 1. Autorización del autor principal y de la OPAS para la traducción; 2. Traducción inicial; 3. Síntesis de las traducciones y consenso; 4. Retrotraducción (*back-translation*); y, 5. Composición de un comité de especialistas.

Esas recomendaciones⁽⁵⁻⁶⁾ sirven para traducción y adaptación cultural de instrumentos de investigación. En este artículo, los procedimientos adoptados sufrieron variaciones porque se consideró que la traducción y adaptación cultural partieron de un documento de

la OPAS y no de un instrumento de investigación. Por tanto, no fue realizada la fase de aplicación del pretest para la evaluación psicométrica y se cerró con la fase de evaluación de contenido por el comité de especialistas.

El proceso de traducción y adaptación transcultural requiere un método específico con la finalidad de conseguir equivalencia entre el idioma de origen y aquel al que será traducido. Para instrumentos y documentos a ser utilizados por culturas diferentes del idioma de origen, lo ideal es que no sean apenas traducidos lingüísticamente y si, adaptados culturalmente para mantener la validez de contenido del instrumento en las diferentes culturas⁽⁷⁻⁸⁾, situación que demanda planificación antes de iniciar el proceso⁽⁸⁾.

Este proceso de traducción y adaptación fue realizado en el período de marzo de 2014 a marzo de 2015, en el sur de Brasil. La primera fase constó de la solicitud de permiso para la traducción y utilización del documento en referencia (*Marco Regional de competencias esenciales en salud pública para los recursos humanos en salud de la región de las Américas*) a su primer autor y para la Organización Panamericana de la Salud, institución que dirigió la construcción colectiva de este documento por los especialistas.

La segunda fase, denominada traducción inicial de la versión original del documento en español para la lengua portuguesa, fue realizada por tres traductores independientes, calificados, denominados de T1, T2 y T3, que atendían a los siguientes criterios de inclusión: competencia en el idioma español, vivencia en países que tenían como idioma el español, y dominio del portugués. El contacto inicial con esos traductores fue realizado por e-mail y después de aceptar participar de la traducción, fue enviada una versión original del documento a los mismos.

En esta fase, el primer traductor (T1) fue una enfermera con formación *stricto sensu* de doctorado en Salud Pública, en un país de lengua española, con fluencia en la lengua y conocedora de los términos específicos del documento, que estaba consciente de los objetivos de la investigación. El segundo traductor (T2), enfermero, nació en España y era fluente en la lengua portuguesa. El tercero traductor (T3) era especialista en la lengua española, nativa de país en que el idioma es el español, actuaba en traducciones de materiales de español para el portugués. El segundo y tercer traductor, desconocían los objetivos de la investigación; esto con la finalidad de percibir errores de interpretación y ambigüedades en las versiones traducidas por ellos.

En la tercera fase de la investigación, en la síntesis de las traducciones y consenso, el investigador produjo una síntesis de las tres versiones traducidas del español para el portugués, que fueron analizadas individualmente para identificación de divergencias entre las traducciones. Las versiones traducidas fueron encaminadas a los traductores por e-mail, con las divergencias destacadas, para comparaciones entre su traducción y las otras versiones traducidas con el documento original.

En la cuarta fase - retrotraducción o traducción de vuelta para el español (*back-translation*) - el primer traductor (T1R) de la versión en portugués para el español era especialista en español, actuaba profesionalmente como traductor e intérprete de la lengua en cuestión y era nativo de un país de América Latina que tenía como idioma el español. La segunda traductora (T2R), formada en Letras - con énfasis en Español - actuaba como docente y traductora de la lengua española, también nativa de un país de América Latina de idioma español.

Se comparó la versión original del documento y la versión que fue retrotraducida con el objetivo de verificar la fiabilidad del documento en traducción y adaptación cultural. Para esto, se realizó una *webconference*, debido a la dificultad de una reunión presencial, ya que todos los traductores se encontraban en locales diferentes de los investigadores. Como resultado de esta fase, se obtuvo una nueva versión en español y la versión definitiva en portugués (P3).

En la quinta fase, para la adaptación cultural, evaluación del contenido y análisis de la equivalencia transcultural, se formó un comité compuesto por: dos enfermeros docentes del área de salud colectiva, un odontólogo y un médico (actuales en la administración de la atención básica del municipio estudiado) y una profesora del Curso de Letras - énfasis en Español, todos con dominio de la lengua española.

Los miembros del comité de especialistas fueron seleccionados conforme los siguientes criterios de inclusión: tener dominio del español; ser profesional de salud actuante en la docencia, investigación o en la práctica de administración en salud colectiva; o ser profesional de la lengua estudiada. De esta fase, se obtuvo la definición de la versión final en portugués con base en la inexistencia de divergencias apuntadas por los miembros del comité de especialistas de la adaptación cultural.

La investigación fue aprobada por el Comité de Ética en Investigación con seres Humanos - CEI de una universidad pública brasileña con CAAE: 36031414.0.0000.0102 y Parecer nº 832.463.

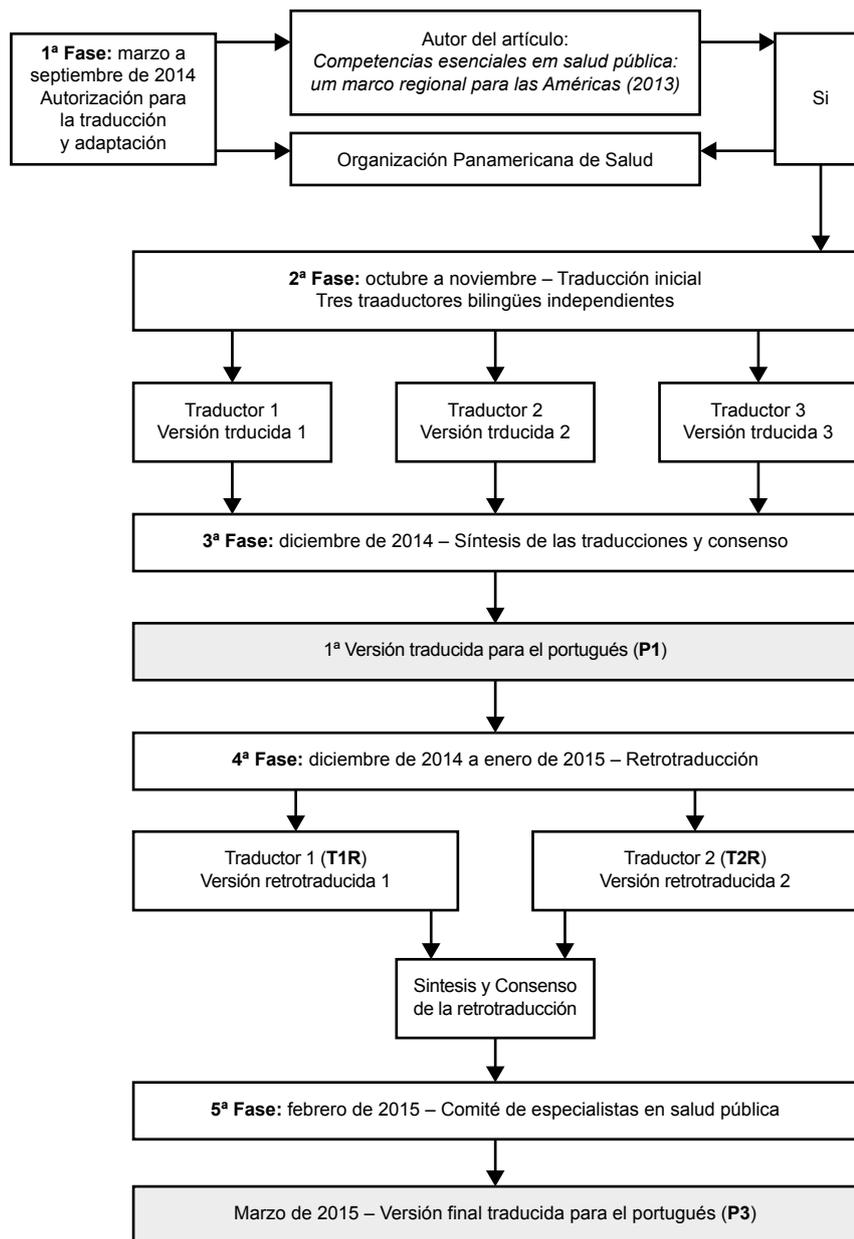


Figura 1 - Representación esquemática del procedimiento metodológico y la cronología para la traducción y adaptación transcultural del *Marco Regional de competencias esenciales en salud pública para los recursos humanos en la salud de la región de las Américas*.

Resultados

En la traducción de los nombres de los seis dominios, no existió diferencia en la traducción en 66,7 % (N=4), y en 33,3 % (N=2) ocurrieron divergencias en los dominios uno y cuatro, los que fueron solucionados con discusión entre traductores e investigador. La Figura 2 presenta los resultados de la traducción y adaptación cultural del nombre y descripción de cada dominio del MRCESP después de la realización de las cinco fases metodológicas.

En todos los dominios fueron encontradas divergencias en la traducción de la descripción de las competencias, pero la mayoría, arriba de 80%, obtuvo consenso en durante las discusiones; lo mismo sucedió con las palabras apuntadas como divergentes.

Los términos o palabras que tuvieron la misma traducción entre los traductores no fueron presentados en la reunión de consenso. Después del consenso de los términos con divergencias en la traducción inicial, se obtuvo la primera versión traducida para el portugués. Esa versión fue encaminada para la retrotraducción y no existieron divergencias significativas entre la traducción de esta versión en portugués retrotraducida y la versión original del documento en la lengua española. La primera versión en portugués fue sometida al comité de especialistas para la adaptación cultural y para el análisis de las equivalencias semánticas, culturales, idiomáticas y conceptuales del documento traducido, lo que resultó en pequeñas alteraciones. Así, después del comité de especialistas, se obtuvo la versión definitiva del documento traducida.

Versión original y final del Nombre del Dominio	Versión original y final de la Descripción del Dominio
Primer dominio: Análisis de situación de salud	Implica la evaluación de la situación de salud poblacional y sus tendencias en función del estudio de sus determinantes para la toma de decisiones y la definición de políticas públicas de salud
Análise da situação de saúde	Implica na avaliação da situação de saúde da população e suas tendências em função do estudo de seus determinantes para a tomada de decisões e definição de políticas públicas de saúde essenciais na análise de situação de saúde.
Vigilancia y control de riesgos y daños	Se refiere al escrutinio continuo de todos los aspectos de la ocurrencia y propagación de riesgos y daños para la salud que son pertinentes para su control efectivo en la población. Es la capacidad para llevar a cabo la investigación y vigilancia de brotes epidémicos y los modelos de presentación de enfermedades transmisibles y no transmisibles, factores de comportamiento, accidentes y exposición a sustancias tóxicas o agentes ambientales perjudiciales para la salud
Vigilância e controle de riscos e danos	Faz referência ao escrutínio contínuo de todos os aspectos da ocorrência e propagação de riscos e danos para a saúde e que são pertinentes para o seu efetivo controle na população. É a capacidade para realizar a pesquisa e a vigilância do surgimento de epidemias, e os modelos de apresentação de doenças transmissíveis e não transmissíveis, fatores de comportamento, acidentes e exposição a substâncias tóxicas ou agentes ambientais prejudiciais para a saúde
Promoción de la salud y participación social	La Promoción de la Salud se define como el proceso político y social que abarca no solamente las acciones dirigidas directamente a fortalecer las habilidades y las capacidades de los individuos, sino también las dirigidas a modificar las condiciones sociales, ambientales y económicas que impactan la salud. Es el proceso que permite a las personas incrementar su control sobre los determinantes de la salud y en consecuencia, mejorarla. Utiliza la educación para la salud y la participación social como herramientas de cambio
Promoção da saúde e participação social	A promoção da saúde se define como o processo político e social que envolve não somente as ações dirigidas diretamente a fortalecer as habilidades e as capacidades dos indivíduos, como também as dirigidas a modificar as condições sociais, ambientais e econômicas que impactam sobre a saúde. Consiste no processo que permite as pessoas incrementar seu controle sobre os determinantes da saúde e em consequência melhorá-la. Utiliza a educação para a saúde e a participação social como ferramenta de mudança
Políticas, planificación, regulación y control	Todo sistema de salud rige su gestión de acuerdo a las políticas, planes de salud y regulaciones acordadas. Los que trabajan en el sector de la salud deben tener la capacidad para la gestión en el marco reglamentario de protección y fiscalización en salud pública y para la cooperación internacional. Deben además tener la capacidad de generación de nuevas leyes y reglamentos para el desarrollo de entornos saludables y La protección de los ciudadanos
Políticas, planificação, regulação e controle	Todo o sistema de saúde rege sua gestão de acordo com as políticas, planos de saúde regulatórios e regulações acordadas. Os que trabalham no setor de saúde devem ter a capacidade de gestão no marco regulatório de proteção e fiscalização na saúde pública e para a cooperação internacional. Devem também, ter a capacidade de gerar novas leis e regulamentos para o desenvolvimento de entornos saudáveis e a proteção dos cidadãos.
Equidad en el acceso, y calidad en los servicios individuales y colectivos	Una de las condiciones esenciales en la práctica de la Salud Pública es garantizar el acceso a los servicios, los cuales deben ser otorgados universalmente sin ningún tipo de barreras, promoviendo la calidad y seguridad en su provisión y desde un enfoque multisectorial para la solución de las inequidades en la atención de salud a la población.
Equidade ao acesso e qualidade nos serviços individuais e coletivos	Uma das condições essenciais na prática de saúde pública é garantir acesso aos serviços, os quais devem ser dispensados universalmente sem nenhum tipo de barreira, promovendo a qualidade e segurança na provisão e no enfoque multissetorial para a solução das iniquidades na atenção à saúde da população.
Salud internacional y salud global	Es el enfoque transdisciplinar que aborda la salud desde la perspectiva del derecho universal a la salud y el bienestar social. En un mundo globalizado e interconectado se requieren abordajes globales con implicaciones locales que consideren los determinantes sociales de la salud y que con equidad, ética, y respeto por los derechos humanos, se avance en soluciones transnacionales, regionales y globales que mejoren la salud de todos los ciudadanos del mundo. Utiliza como herramientas las relaciones entre las autoridades sanitarias nacionales, a través la diplomacia en salud y la cooperación técnica
Saúde Internacional e saúde global	É o enfoque transdisciplinar que aborda a saúde desde a perspectiva do direito universal à saúde e o bem-estar social. Num mundo globalizado e interconectado se requerem abordagens globais com implicações locais que considerem os determinantes sociais da saúde e que com equidade, ética e respeito pelos direitos humanos, desenvolva soluções transnacionais, regionais e globais que melhorem a saúde de todos os cidadãos do mundo. Utiliza a ferramenta das relações entre as autoridades sanitárias nacionais, através da diplomacia na área da saúde e da cooperação técnica.

Figura 2 - Traducción y adaptación cultural del nombre y descripción de los dominios de las competencias esenciales para recursos humanos en salud pública. Brasil, 2016

Discusión

A pesar de que las competencias esenciales fueron sugeridas para América Latina, el proceso de traducción y adaptación al contexto brasileño evidenció mayor dificultad para alcanzar el consenso en la traducción inicial, la que fue realizada por tres traductores independientes. El comité de especialistas ocurrió de

forma que las versiones fuesen revisadas y realizada la adaptación cultural.

El primer dominio, Análisis de la Situación de Salud, describe las competencias necesarias para el profesional de salud pública realice este análisis; así éste podrá ser un instrumento de apoyo a la toma de decisiones y planificación de las acciones de salud, definiendo prioridades y construyendo escenarios prospectivos

que consideren la evaluación de acciones, programas y políticas de salud⁽⁶⁾.

Las competencias del segundo dominio, Vigilancia y Control de Riesgos y Daños, se muestran importantes para el profesional de salud pública, ya que la vulnerabilidad socioambiental es resultado de procesos sociales y cambios ambientales, que son una combinación de dificultades en las condiciones de trabajo, renta, salud y educación y, también aquellos relacionados a la falta de habitaciones saludables, seguras y con saneamiento, lo que hace que ciertos grupos poblacionales, en especial los más pobres, también sean vulnerables a desastres⁽⁹⁾.

En Brasil, las acciones de vigilancia en salud obtuvieron algunas conquistas, entre las cuales se citan: 1) el uso sistemático y regular de investigaciones de factores de riesgo comportamentales, como el Vigitel, para captar cambios en las tasas de prevalencia de comportamientos y en los riesgos para la salud; 2) la notificación universal de eventos significativos, como el caso de la violencia interpersonal; 3) el uso de datos administrativos, como los de emergencia y hospitalarios y para rastrear lesiones; y 4) las técnicas de enlace de datos (*linkage*) y de captura y recaptura para la evaluación de procesos en sistemas de información⁽¹⁰⁾.

Sobre las competencias del tercer dominio, Promoción de la Salud y Participación Social, estas se fortalecen con el consenso sobre la importancia de la inserción de los ciudadanos en la producción del cuidado. El profesional competente en este ámbito puede ampliar su actuación al contribuir de modo asertivo para el desarrollo de reformas en los sistemas de salud, con la finalidad de impulsar proyectos de ciudadanía y participación en la toma de decisiones y en el delineamiento de objetivos colectivos⁽¹¹⁾.

Las políticas de salud y de educación, al apuntar directrices para la formación y actuación del profesional de salud, llevan en consideración la promoción de la salud. Este enfoque todavía persiste, a pesar de que los servicios de salud, durante su operacionalización y delante de la demanda, se preocupan más con la atención al problema de que con la promoción de la salud.

El cuarto dominio, denominado Políticas, Planificación, Regulación y Control, demanda del profesional competencias dirigidas al conocimiento de la realidad sanitaria local, con la finalidad de implementar medidas fundamentadas en las necesidades de salud de la población. La utilización de la planificación de forma racional en la lógica epidemiológica contribuye para dirigir la formulación y la evaluación de políticas de salud⁽¹²⁾.

El desarrollo y adquisición de las competencias del quinto dominio, titulado Equidad al Acceso y Calidad en los Servicios Individuales y Colectivos, es percibido como

factor de impacto para garantizar el acceso universal a la salud, a ser alcanzado con el rompimiento de barreras que imposibilitan la utilización de los servicios de salud integrales, de forma equitativa. En este sentido, los recursos humanos tienen un papel central, inclusive cuando son percibidas grandes dificultades sobre ese tema en la atención primaria a la salud⁽¹³⁾.

Las competencias del sexto dominio, Salud Internacional y Global, son tan importantes como las actuales, y en tiempos de globalización, es imprescindible que el profesional de la salud pública posea esas competencias. El término salud global extrapola la división existente entre ricos y pobres, desarrollados y en desarrollo, así como las líneas de las fronteras nacionales⁽¹⁴⁻¹⁵⁾. Tiene su enfoque en las posibilidades culturales, sociales, económicas y políticas que delimitan el ámbito mundial⁽¹⁴⁾.

Para ser solucionados, los problemas de salud global requieren de cooperación internacional para enfrentar cuestiones que se refieren a causas de muertes que ocurrieron en el pasado en Brasil, pero que todavía son problemas prioritarios en otros países, como la desnutrición y la mortalidad infantil. En el presente y en el futuro, la colaboración entre países demanda la superación conjunta de desafíos para avanzar en el cuidado de las violencias y enfermedades crónico-degenerativas, como las enfermedades: cardiovasculares, pulmonares, cáncer y diabetes. La salud global incluye también cuestiones de orden preventivo dirigidas a diferentes poblaciones, teniendo como ideal alcanzar una mayor equidad y acceso a la atención a la salud para todos⁽¹⁵⁾.

En lo que se refiere al debate sobre la construcción de modelos de competencias para la salud pública, en 2008 ocurrió el movimiento de la *Galway Consensus Conference*, que, frente a un nuevo escenario de salud, evidenció una preocupación internacional con el tema en esa área y por la demanda de profesionales preparados enfrentar la situación⁽⁴⁾. Este evento tuvo como objetivo la promoción del diálogo e intercambio de conocimientos entre estudiosos internacionales, sobre dominios de núcleos de competencia, de normas y de formas de garantizar calidad en la preparación profesional y de especialistas en educación en salud para la práctica de la promoción a la salud⁽¹⁶⁾.

La identificación de esas competencias tiene como objetivo el desarrollo de la fuerza de trabajo, ya que sirve como punto de partida y refuerzo para que las organizaciones de salud comprendan la necesidad de este tipo de inversión, con la finalidad de mejorar la prestación del cuidado a la salud⁽¹⁾. Eso significa que es papel institucional resolver problemas de salud de la población de manera eficaz y eficiente, con

requisitos necesarios para todos los profesionales, que ejerzan la actividad profesional en la salud pública, independientemente del campo de actuación o de la actividad desarrollada⁽²⁾.

De forma más específica, las competencias esenciales pueden ser utilizadas en la evaluación de desempeño del personal que actúa en la salud pública, con la finalidad de identificar la necesidad de formación, desarrollo y planificación para la educación permanente y elaboración en la descripción del trabajo. Por esto, las organizaciones que prestan servicios de salud pública pueden interpretar y adaptar las competencias esenciales de forma a atender sus necesidades organizacionales específicas⁽²⁾.

Consideraciones finales

El documento *Marco Regional de Competencias Esenciales en Salud Pública para los Recursos Humanos en Salud de la Región de las Américas* fue traducido y adaptado al contexto brasileño; siendo que el procedimiento siguió directrices internacionales. Este estudio permite la utilización de las competencias traducidas y adaptadas al contexto brasileño, como un referencial sobre lo que se espera de los recursos humanos que actúan en la atención a la salud pública en Brasil, ya que éste define conocimientos, habilidades y actitudes relacionadas con esa área.

Por tanto, se destaca que el documento traducido posee potencial de aplicación y utilización en la producción de conocimiento y en las varias dimensiones de la práctica profesional de la salud colectiva/pública de Brasil; también posee potencial para colaborar a mejorar la atención a la salud prestada a la población. Se sugiere realizar investigaciones futuras sobre la utilización de este referencial de competencias en la atención a la salud colectiva/pública.

Referencias

1. National Collaborating Centre for Determinants of Health. Core Competencies for Public Health in Canada: An assessment and comparison of determinants of health content [Internet]. Antigonish, NS: National Collaborating Centre for Determinants of Health, St. Francis Xavier University, 2012. [cited Sep 20 2015]. Available from: http://www.phans.ca/cmsAdmin/uploads/Core_competencies_EN_121001.pdf
2. Organización Panamericana de la Salud. Competencias esenciales em salud pública: um marco regional para las Américas [Internet]. Washington, DC: OPS; 2013. [Acceso 7 feb 2015]. Disponible en: http://www.observatoriorh.org/sites/default/files/webfiles/fulltext/2014/competencias_sp.pdf

3. Conjero JS. Competencias esenciales en salud pública: un marco regional para las Américas. Rev Panam Salud Pública. [Internet]. 2013;34(1):47-53. [Acceso 17 ene 2014]. Disponible en: http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1020-49892013000700007
4. Fragelli TBO, Shimizu HE. Competências profissionais em Saúde Pública: conceitos, origens, abordagens e aplicações. Rev Bras Enferm. [Internet] 2016 [citado 2 jan 2017];65(4):667-74. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672012000400017&lng=e. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672012000400017>.
5. Guillemin F, Bombardier C, Beaton D. Crosscultural adaptation of health-related quality of life measures: literature review and proposed guidelines. J Clin Epidemiol. 1993;46(12):1417-32.
6. Beaton D, Bombardier C, Guillemin F, Ferraz MB. Recommendations for the cross-cultural adaptation of health status measures. [Internet]. Califórnia: American Academy of Orthopaedic Surgeons and Institute for Work & Health; 2007. [cited March 3 2014]. Available from: <http://www.dash.iwh.on.ca>
7. Lessa PRA, Ribeiro SG, Aquino OS, Almeida PC, Pinheiro AKB. Validation of the Adherence Determinants Questionnaire scale among women with breast and cervical cancer. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2015;23(5):971-78. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0104-1169.0222.2638>
8. Mota FRN, Victor JF, Silva MJ, Bessa MEP, Amorim VL, Cavalcante MLSN, et al . Cross-cultural adaptation of the Caregiver Reaction Assessment for use in Brazil with informal caregivers of the elderly. Rev Esc Enferm USP. 2015;49(3): 424-431. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-623420150000300010>
9. Ministério da Saúde (BR). Secretaria-Executiva. Secretaria de Vigilância em Saúde. Glossário temático: promoção da saúde, 2012 [Internet]. [citado 12 ago 2015]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/glossario_promocao_saude_1ed.pdf
10. Macinko J. Advances in Brazilian public health surveillance. Ciênc Saúde Coletiva. [Internet]. 2015 Mar [cited Nov 21 2016]; 20(3):628-9. Available from: http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232015000300628&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232015203.20092014>.
11. Serapioni M. Os desafios da participação e da cidadania nos sistemas de saúde. Ciênc Saúde Coletiva. [Internet]. 2014;19(12):4829-39. [citado 2 maio 2015]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v19n12/1413-8123-csc-19-12-04829.pdf>
12. Oliveira JS, Nery AA, Vilela ABA, Santos CS, Bispo KCA. The management tools: The tools of the

- social control. Rev Enferm UFPE on line. [Internet]. 2013;7(1):192-8. [cited Sep 20 2015]. Available from: http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/3284/pdf_1881
13. Cassiani SHDB. Strategy for universal access to health and universal health coverage and the contribution of the International Nursing Networks. [Editorial]. Rev Latino-am Enfermagem. [Internet]. 2014;22(6):891-2. [cited Sep 20 2015]. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692014000600891
14. Fortes PAC, Ribeiro H. Saúde Global em tempos de globalização. Saúde Soc. [Internet]. 2014;239(2):366-75. [citado 20 set 2015]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v23n2/0104-1290-sausoc-23-2-0366.pdf>
15. Instituto Nacional de Operações Espaciais. Saúde global para um planeta sob pressão. Transição para a sustentabilidade: desafios interligados e soluções [Internet]. Conferência Internacional Planet under Pressure. New Knowledge Towards Solutions; 2012. [citado 29 fev 2014]. Disponível em: http://www.inpe.br/igbp/arquivos/Health_FINAL_LR-portugues.pdf
16. Allegrante JP. Domains of Core Competency, Standards, and Quality Assurance for Building Global Capacity in Health Promotion: The Galway Consensus Conference Statement. doi: Health Educ Behav. 2009 Jun;36(3):476-82. doi: 10.1177/1090198109333950. Epub 2009 May 15.

Recibido: 3.6.2016

Aceptado: 18.3.2017

Correspondencia:

Maria de Lourdes de Almeida
Universidade Estadual do Oeste do Paraná
Rua Tarquínio Joslim dos Santos, 1300
Jardim Universitário
CEP: 85870-650, Foz do Iguaçu, PR, Brasil
E-mail: m_lourdesdealmeida@yahoo.com.br

Copyright © 2017 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.