

Conceito de Competência: validação por profissionais de saúde

The Concept of Competence: validation by health professionals

RESUMO O momento atual da educação na saúde caracteriza-se pela implementação das diretrizes curriculares nos cursos de graduação e dos pólos de educação permanente para capacitação de recursos humanos ao sistema único de saúde. Essas inovações estratégicas pretendem concretizar a reforma sanitária e as agendas de saúde. O conceito de *competência* é nuclear para a reorientação dessas políticas; todavia, apesar de relativamente já estudado como proposta teórica, não tem sido validado por pesquisas que o avaliem e incorporem sugestões dos interessados, isto é, os profissionais da saúde que ensinam e cuidam. Com tal objetivo, elaboramos uma base conceitual que concebe competência como o resultado da integração das dimensões de conhecimentos, habilidades e atitudes. A proposta foi submetida à apreciação de uma amostra de 145 trabalhadores de saúde. Utilizou-se uma escala de 0 (totalmente negativa) a 10 (totalmente positiva) para qualificar o grau de importância de cada dimensão. A coleta de dados gerou 580 ocorrências, que, classificadas em regiões de desempenho, mostraram que 87,24% das respostas corresponderam ao grau de sucesso, ou seja, de concordância com os conceitos propostos.

Palavras-chave EDUCAÇÃO BASEADA EM COMPETÊNCIAS – RECURSOS HUMANOS EM SAÚDE – CONHECIMENTO – ATITUDES E PRÁTICA EM SAÚDE.

ABSTRACT Today's health education is characterized by the implementation of the curricular directives in graduate courses and permanent education centers for the training of human resources for the Sistema Único de Saúde (the Brazilian national health system). These strategic innovations are aimed at concretizing the health reform and the health agendas. The concept of competence is central to the reorientation of these policies. However, despite the fact that the concept has been relatively widely studied as a theoretical proposal, it has not been validated by studies to evaluate it and incorporate suggestions from the interested parties, i.e. the health professionals who teach and care. With this objective, we have elaborated a conceptual basis that defines competence as the result of the integration of knowledge, skill and attitude dimensions. This proposal was submitted for appreciation by a sample of 145 health workers. A scale was used of 0 (totally negative) to 10 (totally positive), in order to qualify the level of importance of each dimension. The data collection generated 580 occurrences, which classified into regions of performance, showed that 87.24% of the responses were in the region of success, i.e. according to the proposed concepts.

Keywords COMPETENCE-BASED EDUCATION – HUMAN RESOURCES IN HEALTH – KNOWLEDGE – ATTITUDES AND PRACTICE IN HEALTH.

ROSITA SAUPE*

Professora do Mestrado
Profissionalizante em Saúde e Gestão
do Trabalho (Univali/SC)

GLADYS AMÉLIA VÉLEZ BENITO

Professora do Mestrado
Profissionalizante em Saúde e Gestão
do Trabalho (Univali/SC)

ÁGUEDA LENITA PEREIRA WENDHAUSEN

Coordenadora do Mestrado
Profissionalizante em Saúde e Gestão
do Trabalho (Univali/SC)

LUIZ ROBERTO AGEA CUTOLO

Professor do Mestrado
Profissionalizante em Saúde e Gestão
do Trabalho (Univali/SC)

* Correspondências: Rua
Mediterrâneo, 172, ap. 401, Córrego
Grande, 88037-610, Florianópolis/SC
saupe@univali.br

INTRODUÇÃO

A graduação de profissionais na área da saúde tem se desenvolvido, tradicionalmente, a partir de currículos mínimos obrigatórios, organizados em grades curriculares compostas por disciplinas estanques, com pouca ou nenhuma integração entre si, e muito menos com as demais profissões. Além disso, em poucos cursos é possível encontrar esforços no sentido de efetivar um currículo pleno que ultrapasse as normalizações em vigência. Mas a redução mais importante refere-se ao distanciamento da formação com os pressupostos da reforma sanitária e das políticas públicas no campo da saúde. Essa discussão tem ficado restrita aos sanitaristas e a uma saúde coletiva divorciada das demais dimensões do processo formativo e assistencial em saúde.

Contudo, a reorientação desse modelo é a pauta do momento e os novos ordenamentos legais, tanto na saúde quanto na educação nessa área, colocam a integração entre formação e assistência como condição indispensável à sua consolidação.

No que concerne à formação na graduação, apesar das diretrizes curriculares considerarem o Sistema Único de Saúde (SUS) e o Programa de Saúde da Família (PSF) importantes, senão os principais balizadores da formação dos profissionais do setor, são necessários esforços de integração entre os sistemas formador e de saúde, além de pesquisas capazes de contribuir nesse sentido. Já os programas de capacitação das equipes do PSF/ESF têm se constituído, freqüentemente, num treinamento inicial “aligeirado”, que não mantém um vínculo mais permanente com os profissionais, no sentido de monitorar e atender às suas necessidades de ajustes, quando o seu preparo é confrontado com as exigências que emergem da realidade.

Assim, estabelecemos como objetivo deste estudo avaliar o conceito de *competência*, entendida como o conjunto de conhecimentos, habilidades e atitudes obrigatórias à capacitação dos recursos humanos em saúde. Nossa perspectiva foi contribuir com os cursos de graduação e com os programas de educação permanente na organização de suas propostas pedagógicas.

MARCO CONCEITUAL

Já na linguagem jurídica da Idade Média, época em que os juristas determinavam se uma pessoa podia ou não realizar determinado ato,

encontramos o uso do conceito¹ de *competência*. Mas foi na Europa, a partir dos anos 1980, que tal noção começou a generalizar-se.² Ela é considerada polissêmica e, atualmente, relaciona-se à ampliação das exigências de qualificação dos trabalhadores.³ Na área da saúde, encontramos que

A base de sustentação das competências dos profissionais de saúde são as políticas de saúde e a realidade social (o contexto de sua ação). A formação intelectual inclui o desenvolvimento do senso crítico, o exercício do pensar, perceber, refletir, imaginar, criar, investigar, buscar soluções e compartilhar, bem como a aquisição de conhecimentos científicos básicos. Estes conhecimentos são operacionalizados através da prática de assistir, cuidar, administrar, ensinar e pesquisar, passando antes pela humanização das relações, que devem ser cordiais, participativas, cooperativas e dialógicas. O círculo de desenvolvimento do profissional competente expande-se no sentido pessoal, através da busca do conhecimento como processo contínuo e exercício da cidadania; no sentido profissional, na busca do reconhecimento e postura autônoma, participativa e interdisciplinar na equipe; no sentido educativo, procurando desenvolver um processo orientado para a conscientização (reflexão – ação); e, no sentido político, que orienta para que o profissional seja um gerente e agente de influência nas políticas de saúde, nos órgãos de classe e nas demais organizações da sociedade, contribuindo para a construção da cidadania coletiva. (Saupe,⁴ p. 144)

O conceito de *competência* e seus desdobramentos fundamentaram todas as etapas deste estudo, desde a sua concepção até a análise dos dados. Para delimitá-lo, consultamos alguns autores que vêm trabalhando essa construção teórica, refletindo “certo ponto de vista a respeito da realidade”, conforme afirma Minayo⁵ (p. 92).

Fig. 1. Árvore das competências gerenciais.⁶



Quanto à decisão de considerar uma competência como o resultado de um conjunto de conhecimentos, habilidades e atitudes, encontramos na figura 1, além do apoio da literatura,^{1, 7, 8, 9} uma forma que valoriza a motivação para a aquisição

de competências e expressa certa hierarquização contrária aos modelos tradicionais de ensino. Ou seja, evidencia a importância da aquisição de atitudes, localizadas na raiz da árvore, o que pode ser interpretado como sustentação e fonte de nutrição ao desenvolvimento das demais dimensões (conhecimentos e habilidades). Outra noção importante, incluída na figura, diz respeito à motivação, fator impulsionador imprescindível à aquisição e à consolidação de qualquer competência.

METODOLOGIA

A literatura^{7, 8, 9} a respeito das concepções de competência, apesar de limitada, já está disponível. Todavia, é preciso desenvolver pesquisas que avaliem tais conceitos e contribuam para a sua compreensão, bem como para a inclusão de aspectos considerados importantes pelos sujeitos que devem ensinar e cuidar com competência. Assim, no instrumento que concretizou uma das etapas de um projeto de pesquisa sobre o tema, incluímos uma avaliação do conceito e das definições das dimensões incluídas, a saber: conhecimentos, habilidades e atitudes, a partir das contribuições da referida literatura.^{7, 8, 9}

Os conceitos propostos e submetidos à avaliação dos sujeitos foram expressos conforme demonstra o quadro 1.

Mas é importante salientar que essa “decomposição” teve somente a intenção de organizar didaticamente o conceito, já que a aquisição de uma competência está relacionada ao conjunto de suas dimensões: conhecimentos, habilidades e

atitudes. Tais noções foram avaliadas por docentes e profissionais da saúde, adotando-se uma escala de zero (avaliação totalmente negativa) a dez (avaliação totalmente positiva), com intervalos de um ponto, conforme apresentado no quadro 2.

Em todas as questões abriu-se espaço para registrar depoimentos e contribuições dos sujeitos pesquisados. A esses dados foi aplicada a seguinte equação:¹⁰

$$(Ve0 \times Nr0) + (Ve1 \times Nr1) + (Vv2 \times Nr2) + \dots \text{ e assim sucessivamente.}$$

$$Nr0 + Nr1 + Nr2 + \dots \text{ e assim sucessivamente}$$

Legendas: Ve = valor da escala; Nr = número de respostas

Os valores encontrados após a aplicação dessa equação variam entre zero e dez e são classificações de acordo com a seguinte medida de desempenho:

- 0 a 4 – região de fracasso;
- 4,1 a 7 – região de indefinição;
- acima de 7 – região de sucesso.

O projeto foi aprovado pela Comissão de Ética da Univali (parecer n.º 381/2003) e cumpriu todos os quesitos estabelecidos nas decisões emanadas da Comissão Nacional de Pesquisa (Conep).

RESULTADOS

Este estudo desenvolveu-se na 17.^a Regional de Saúde, no Litoral Norte do Estado de Santa Catarina, composta por onze municípios. Os

Quadro 1. Conceitos e suas definições.

CONCEITO	DEFINIÇÃO
Competência	Resultado de um conjunto de capacidades referidas aos conhecimentos, às habilidades e às atitudes que conferem ao profissional condições para desenvolver seu trabalho.
Conhecimento	Conjunto de conteúdos obtidos predominantemente por meio de exposição, leitura e reelaboração crítica que possibilitam ao profissional o domínio cognitivo de um <i>saber</i> e a capacidade de tomar decisões e resolver problemas em sua área de atuação (intervenção – entendida como ação direta de cuidado ou educação em saúde).
Habilidade	Conjunto de práticas adquiridas sobretudo por demonstração, repetição e reelaboração crítica que fornecem ao profissional o domínio psicomotor, a perícia de um <i>saber fazer</i> e a capacidade de tomar decisões e resolver questões no seu campo de atuação (intervenção).
Atitudes	Conjunto de comportamentos adquiridos por intermédio de observação, introyecção e reelaboração crítica que conferem ao profissional o domínio ético e afetivo de um <i>saber ser</i> e <i>saber conviver</i> , além da capacidade de tomar decisões e de solucionar problemas na sua área de atuação (intervenção).

Quadro 2. Escala utilizada para avaliação dos conceitos.

ESCALA	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Resultado: distribuição das respostas	0	0	0	1	1	3	4	8	29	31	68

dados foram coletados entre julho e outubro de 2004 e todos os profissionais contatados no período receberam convite para participar. A localização dos sujeitos partiu de uma relação fornecida pelos empregadores, seguida de contato telefônico e agendamento do encontro. A tabela 1 apresenta a totalidade de sujeitos estimada no início da pesquisa e a amostra atingida.

A amostra resultou num total de 145 informantes, representativos da área da docência e da assistência nas equipes do PSF/ESF. Os percentuais de representatividade obtidos variaram entre 22%, o menor, de médicos docentes, e 91%, de dentistas do PSF, conforme aponta a tabela 1.

Entre os docentes, destaca-se o número de dentistas e, entre os trabalhadores das equipes de PSF/ESF, o grupo mais representado é o das enfermeiras. Esses dados têm alguma relação com os quantitativos em atividade em cada categoria, sobretudo entre as enfermeiras, mas também com o interesse pessoal em participar da pesquisa.

O gráfico 1 possibilita visualizar melhor a distribuição dos componentes da amostra entre os

profissionais. Evidencia também que o único grupo de docentes a ultrapassar o de profissionais em número foi o dos dentistas. Estes realmente mostraram uma aderência especial à proposta.

O cômputo geral das respostas resultou num total de 580 ocorrências, distribuídas conforme apresentado na tabela 2. Observa-se que os valores mais baixos, de 0 a 2, não foram atribuídos por nenhum sujeito e somente quatro respostas foram classificadas nos valores 3 e 4. A concentração de respostas tende a aumentar à medida que os valores vão se tornando mais positivos, isso em todos os grupos de participantes do estudo.

A tabela 3 agrupa os dados apresentados na tabela 2, de acordo com a distribuição das respostas por regiões de desempenho definidas na metodologia. O contingente de respostas classificadas na região de sucesso (acima de 7) representa a confirmação da validade da proposta dos conceitos avaliados.

Aplicada a equação constante da metodologia, chegamos aos resultados que compõem o

Tabela 1. Distribuição da população e amostra do estudo.

PROFISSIONAIS	DOCENTES			TRABALHADORES PSF			TOTAL		
	Pop.	Am.	% Am.	Pop.	Am.	% Am.	Pop.	Am.	% Am.
Enfermeiras	21	12	57%	66	51	77%	87	63	72%
Médicos	67	15	22%	66	27	41%	133	42	31%
Dentistas	45	29	64%	12	11	91%	57	40	70%
TOTAL	133	56	42%	144	89	62%	277	145	52%

Legenda: Pop. = população; Am. = amostra.

Gráfico 1. Distribuição da amostra entre os profissionais docentes e trabalhadores do PSF.

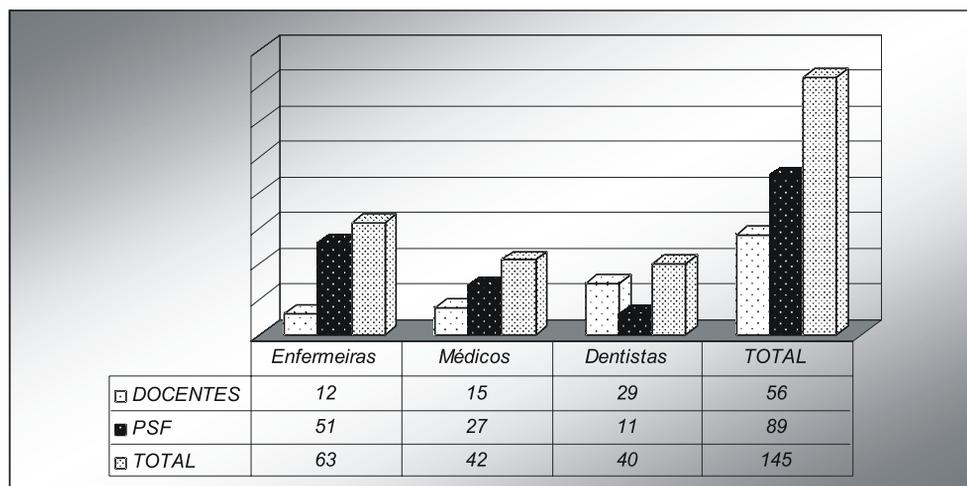


gráfico 2. Nele, vemos confirmada a avaliação positiva atribuída pelos sujeitos da pesquisa aos conceitos propostos, já que nenhum deles apresentou desempenho inferior a 7,1 (região inicial de sucesso) e TODOS ficaram aproximados ao valor 9. Essa avaliação tão positiva permite afirmar que os conceitos foram validados.

Essa avaliação, que quantificou e validou estatisticamente os conceitos, completou-se com os depoimentos dos entrevistados que opinaram, sugeriram e expressaram outros aspectos para enriquecimento dos resultados. Obtivemos 125 depoimentos, sendo 36 relativos ao conceito de *competência*, 32 ao de *conhecimento*, 25 ao de *habilidade* e 32 ao de *atitudes*. Observou-se que essas contribuições apresentaram a tendência de ficar concentradas a um grupo de informantes, ou seja, freqüentemente os mesmos sujeitos usaram tal oportunidade para se expressar, em todas as questões propostas. Todavia, todas as profissões se fizeram representar, com predomínio das enfermeiras do PSF, com 38 depoimentos, seguidas pelos docentes de odontologia, com 32 contribuições, e pelos médicos do PSF, com 26 sugestões. Alguns criticaram os conceitos apresentados, mas não incluíram sugestões para seu aperfeiçoamento.

Entre as contribuições, destacamos: a importância do tempo e das experiências profissionais para a aquisição e a consolidação de *competên-*

cias; a necessidade de desenvolvimento de flexibilidade para que o profissional consiga se adequar a cada contexto e cultura; a existência de condições objetivas para o desenvolvimento das competências, como recursos do sistema, educação permanente e maior oferta de capacitação; a ênfase na comunicação e no diálogo; e a motivação como fator determinante para a aquisição de competências.

Essas colocações incluem aspectos abordados por outros autores,^{1, 11, 12} ao definirem as *competências* como um conjunto de conhecimentos, qualidades, capacidades e aptidões que fornecem condições a uma pessoa para a discussão e tomada de decisão diante das situações enfrentadas no cotidiano. O termo *competência* está sempre associado a um verbo de ação, ou seja, a prática de uma ação fundamentada em conhecimento, definido como um conjunto de características moldáveis, desenvolvidas ou não conforme a necessidade do profissional para melhor desempe-

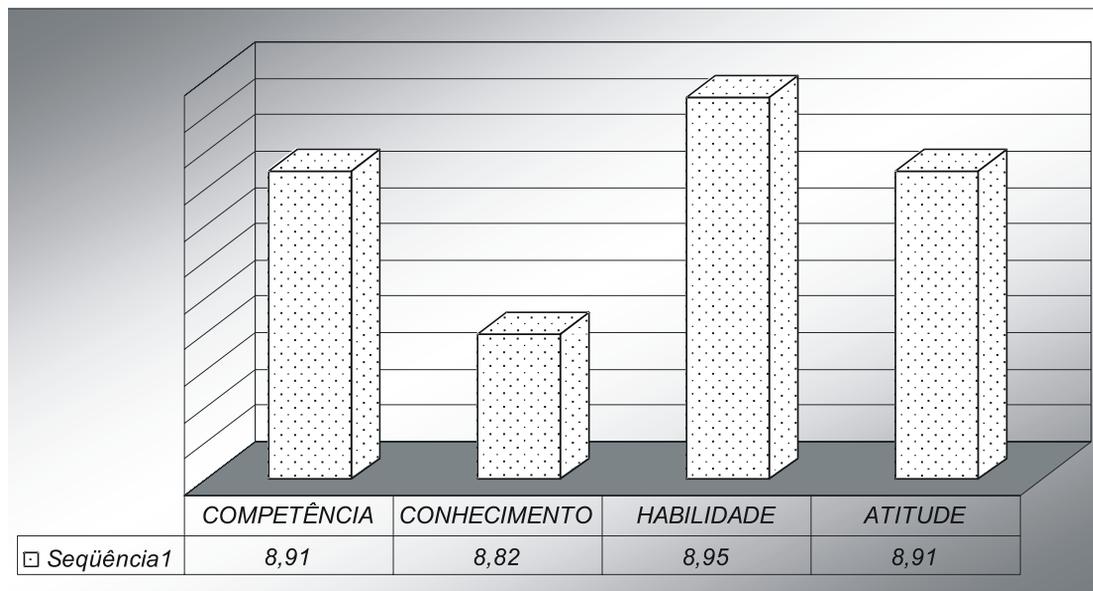
Tabela 3. Distribuição das respostas de acordo com as regiões.

REGIÃO DE DESEMPENHO	NÚMERO DE RESPOSTAS	%
Fracasso 0 - 4	4	0,69
Indefinição 5 - 7	70	12,07
Sucesso 8 - 10	506	87,24
TOTAL	580	100

Tabela 2. Distribuição dos valores da escala 0-10, conforme grupo profissional.

ESCALA VALOR	GRUPO PROFISSIONAL						TOTAL Nº	TOTAL %
	PROF. ENF. (12)	PROF. MED. (15)	PROF. ODON. (29)	ENFERM. PSF (51)	MÉDICOS PSF (27)	DENTISTAS PSF (11)		
0	00	00	00	00	00	00	00	0,00
1	00	00	00	00	00	00	00	0,00
2	00	00	00	00	00	00	00	0,00
3	01	00	01	00	00	00	02	0,35
4	00	01	00	01	01	05	02	0,35
5	02	02	08	01	03	04	20	3,45
6	00	04	02	06	03	01	16	2,75
7	04	03	05	11	09	02	34	5,86
8	05	17	17	40	15	12	106	18,27
9	11	23	18	50	23	07	132	22,76
10	25	10	65	96	54	18	268	46,21
TOTAL	48	60	116	204	108	44	580	
%	8,27	10,34	20,01	35,18	18,62	7,58	100	

Gráfico 2. Avaliação dos conceitos.



nho de suas tarefas, considerando o ambiente ou contexto no qual está inserido.

Em relação ao conceito de *conhecimento*, vários entrevistados referiram outras formas para a sua aquisição, como a prática, o diálogo, a experiência clínica, o convívio com profissionais mais experientes, a vivência em determinada realidade, a humildade de reconhecer o conhecimento dos outros e a capacidade de compartilhar saberes. Foi colocado também que o conhecimento é a base para as demais dimensões de uma competência.

Nesse sentido, cabe reconhecer o *conhecimento* como a relação que se estabelece entre o sujeito que conhece ou deseja conhecer e o objeto a ser conhecido ou que se dá a conhecer.¹³ Cada pessoa determina tal relação de acordo com a sua capacidade de interpretar e operar sobre um conjunto de informações. Essa capacidade é criada a partir das relações existentes entre o conjunto de informações, e desse conjunto com outros conjuntos já familiares. Então, o conhecimento é dinâmico, ou seja, quem conhece pode estabelecer novas relações, tirar novas conclusões, fazer novas inferências, agregar novas informações, reformular significados. Ao exercitar o conhecimento, o indivíduo se consolida e cresce como profissional.¹⁴

As contribuições relativas à noção de *habilidade* ficaram aderidas à prática, à capacidade de fazer, à experiência clínica, à repetição e ao exercício psicomotor. Todavia, salientou-se também a contínua atualização de conhecimentos “teóri-

cos” para o aprimoramento da habilidade. Para outros autores,^{15,16} ela está relacionada à forma de execução de tarefas, na aplicação de conhecimentos, do agir e do pensar. Percebe-se, assim, ela favorece a aplicação de competência no desenvolvimento do trabalho. As habilidades associam-se a identificar variáveis, compreender fenômenos, relacionar informações (conhecimentos), analisar situações-problema, sintetizar, julgar, correlacionar e manipular.

Já a *atitude* foi considerada da maior relevância e relacionada particularmente ao valor, à ética e à cidadania. Incluíram-se aspectos como: individual, subjetiva e emocional, caracterizando a bagagem histórica e o caráter de cada um. Afirmou-se que a sua aquisição tem origem na família e se firma no meio profissional. A *atitude* pode ser vista como uma das dimensões mais complexas do ser humano. Refere-se ao estado comportamental das pessoas e, portanto, às questões sociais e afetivas ligadas ao trabalho. Predisposição do ser na determinação de uma reação comportamental em relação a um produto, organização, pessoa, fato ou situação.^{14,17}

De maneira articulada com os conhecimentos e as habilidades, as atitudes mobilizam os padrões da prática para a qualidade requerida de um profissional por determinada organização.¹⁸ Assim, o “saber ser” está ligado aos valores que um indivíduo possui, ou seja, suas características pessoais e culturais e sua capacidade de se co-

municar, interagir ou adaptar-se a novas situações.

Ao confrontar essas colocações com os conceitos propostos, concluímos que, mesmo não estando explícitos alguns aspectos, não há evidência de contradições que impeçam sua inclusão para ampliar tal compreensão.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O objetivo desta pesquisa, qual seja, validar um conjunto de noções relacionadas à compreensão do que vem a se constituir uma competência e seus desdobramentos, foi alcançado. Os conceitos construídos submeteram-se a uma amostra de 145 profissionais de saúde, que os avaliaram numa escala de 0 (totalmente negativa) a 10 (to-

talmente positiva). Os resultados, sujeitos a tratamento estatístico e a uma escala de avaliação, evidenciaram significativa concentração na região classificada como de sucesso da proposta, ou seja, 87,24% das respostas ficaram acima de 7,1.

Esses dados podem contribuir tanto para a construção ou a revitalização dos projetos pedagógicos dos cursos quanto para os programas de educação permanente na área da saúde. Como conceitos validados, registram a participação dos trabalhadores na determinação das dimensões que precisam ser focalizadas nos processos educativos e a necessidade de investimento não somente nos aspectos cognitivos e de treinamento de habilidades, mas igualmente, em sintonia com a atualidade, no desenvolvimento de atitudes para aprender a ser e a conviver.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ropé F, Tanguy L. Saberes e competências: o uso de tais noções na escola e na empresa. Campinas: Papyrus; 1994.
2. Deluiz N. A globalização econômica e os desafios à formação profissional. Boletim Técnico do Senac 1996;22(2):14-21.
3. Deluiz N. Qualificação, competências e certificação: visão do mundo do trabalho. Formação 2001; 2:5-15.
4. Saupe R. Proposição de uma metodologia para avaliação de cursos de enfermagem [Dissertação]. Florianópolis (SC): Universidade Federal de Santa Catarina; 1979.
5. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo/Rio de Janeiro: Hucitec/Abrasco; 1993.
6. Gramigna MR. Árvore das competências gerenciais. [Acesso: 5/abr/04]. Disponível: <<http://www.rhumos.com.br>>.
7. Perrenoud P. Construir as competências desde a escola. Porto Alegre: Artmed; 1999.
8. Delors J. Educação: um tesouro a descobrir. São Paulo: Cortez/MEC/Unesco; 2001.
9. Witt RR, Almeida MCP. O modelo de competências e as mudanças no mundo do trabalho: implicações para a enfermagem na atenção básica no referencial das funções essenciais de saúde pública. Texto Contexto Enferm out-dez/2003;12(4):559-68.
10. Spínola MRP, Pereira EM. Avaliação de Programas: uma metodologia. Projeção 1976;7(1):26-32.
11. Neri AA. Gestão de RH por competências e a empregabilidade. Campinas: Papyrus; 1999.
12. Harb AG. A determinação das competências essenciais, no setor supermercadista da cidade de Manaus, seguindo a percepção de gestores, funcionários e clientes [dissertação]. Florianópolis (SC): Universidade Federal de Santa Catarina; 2001.
13. Rosas VBA. Afinal, o que é conhecimento? [Acesso: 28/ago/04]. Disponível: <www.mundodosfilosofos.com.br/vandertei22.htm>.
14. Hashimoto AN. O que é conhecimento. Fev/2003. [Acesso: 28/ago/04]. Disponível: <www.kmol.online.pt/artigos/200302/has02_p.html>.
15. Resende E. O livro das competências: desenvolvimento das competências: a melhor auto-ajuda para pessoas, organizações e sociedade. Rio de Janeiro: Qualitymark; 2000.
16. Moretto V. Competências e habilidades. [Acesso: 15/set/04]. Disponível: <www.centrorefeducacional.pro.br/compehab.htm>.
17. Mattar FN. Pesquisa de marketing. São Paulo: Atlas; 1996.
18. Deluiz N. Formação do trabalhador: produtividade e cidadania. Rio de Janeiro: Shape; 1995.

Submetido: 15/jun./2005

Aprovado: 22/nov./2005