

O Conceito de Competência: uma Análise do Discurso Docente

The Concept of Competence: an Analysis of the Teachers' Perspective

Renato Soleiman Franco¹
Camila Ament Giuliani dos Santos Franco¹
Evelise Maria Labatut Portilho¹
Marcia Regina Cubas¹

PALAVRAS-CHAVE

- Educação Médica;
- Competência Profissional;
- Ética Médica;
- Atitude do Pessoal de Saúde;
- Docentes de Medicina.

KEYWORDS

- Medical Education;
- Professional Competence;
- Medical Ethics;
- Staff Attitude;
- Medical Faculties.

RESUMO

As Diretrizes Curriculares Nacionais para o Curso de Medicina de 2001 têm como eixo norteador 28 competências, sem uma definição do conceito de competência utilizado. Na literatura há uma série de definições, sendo esse tema vasto e polêmico. Desse modo, a forma como a competência é compreendida pelo docente terá um impacto direto na formação do aluno. Com a finalidade de clarificar o conceito de competência médica adotado por docentes do curso de Medicina de uma universidade, foi realizada uma pesquisa qualitativa a partir da apresentação e questionamentos frente a um caso clínico comum. Para a síntese, organização e análise desses discursos foi utilizado o método do Discurso do Sujeito Coletivo. Entre os conceitos de competência pode-se notar a aplicabilidade prática dos conhecimentos, das habilidades e atitudes, aliada a uma prática reflexiva e ética. Esta última tem destaque e é um pilar das competências. Atitudes como comprometimento e respeito foram apontadas como essenciais para apresentar competência. As atitudes e a ética têm um papel central na competência do egresso, e estratégias para estimular seu desenvolvimento devem ser um dos focos da formação médica.

ABSTRACT

The National Curriculum Guidelines for the Medical course of 2001 have 28 core competences, but lack any defined concept of competence used. A number of definitions can be found in literature; this is a vast and controversial subject. Thus, the way in which teachers understand competence will have a direct impact on student education. A qualitative study was conducted among medicine teachers in order to clarify their concept of medical competence, based on the presentation of a common clinical case and related questions. Discourse of the Collective Subject was the method used to organize and analyze these perspectives. The concepts of competence found included the practical applicability of knowledge, skills and attitudes combined with reflective and ethical practice. The latter is given particular merit and can be seen as a pillar of the competences. Attitudes such as commitment and respect were identified as essential for displaying competence. It follows that the attitudes and ethics of graduates are key elements to their competence and encouraging their development should be one of the focuses of medical training.

Recebido em: 30/04/2013

Reencaminhado em: 4/01/2014

Aprovado em: 19/01/2014

INTRODUÇÃO

As atuais Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) do Curso de Graduação em Medicina no Brasil surgem em 2001, em paralelo às importantes mudanças no cenário nacional no tocante ao Sistema Único de Saúde (SUS) e à proposta mundial de reformulação nos cursos de Medicina. Esse processo foi impulsionado a partir de 1991, com a criação da Comissão Interinstitucional Nacional de Avaliação das Escolas Médicas (Cinaem), composta pela Associação Brasileira de Educação Médica (Abem) e pelo Conselho Federal de Medicina (CFM), somados a nove instituições relacionadas à profissão médica. O Cinaem realizou um projeto que utilizou um roteiro proposto pela Organização Pan-Americana da Saúde (Opas) e constou de três fases, sendo a última delas, em 1998, intitulada “Transformação do Ensino Médico no Brasil”, com o objetivo principal de mobilizar mudanças para o real atendimento das necessidades de saúde da população¹. Em 2001, as DCN foram homologadas pelo Conselho Nacional de Educação após um longo processo de discussão e negociação, colocando o papel social das Instituições de Ensino Superior (IES) como um eixo norteador².

Esse eixo norteador possui como elemento estruturante competências gerais e específicas com o objetivo de corresponder tanto às necessidades da população e do sistema de saúde, como às educacionais. Entretanto, mesmo sendo a competência o arcabouço das diretrizes curriculares para o curso médico, não é explicitada em que base epistemológica se ancora, e desta forma não fica claro o conceito usado pela diretriz. Assim, quando esta é aplicada nos cursos de Medicina, cabe aos construtores dos projetos pedagógicos e dos ementários de disciplinas discutir o conceito de competência a ser utilizado, processo este que constitui um desafio.

Entre os objetivos de uma formação por competência destaca-se a prática eficaz, capaz não somente de solucionar problemas, mas também de melhorar os contextos sociais, por meio de uma gestão responsável e do uso eficiente dos recursos³. No entanto, não se pode esquecer, quando se fala em competências, da grande influência do mercado sobre a universidade⁴. Essa regulação de mercado pode conferir à pedagogia baseada em competência elementos de controle. Isto pode ser facilmente concluído, uma vez que, ao responder ao mercado, o faz numa sociedade capitalista que tem no controle uma das principais formas de atuação⁵. De fato, elementos de mercado, bem como do ensino-aprendizagem estarão fortemente associados ao conceito de competência.

Desse modo, deve-se superar a lógica de mercado e inserir conceitos relacionados com a perspectiva crítica e problematizar elementos como a acumulação capitalista e a explora-

ção no trabalho. Essa proposta dialógica pode ampliar o olhar para lógicas mais solidárias de existência nas relações entre as pessoas⁵. Assim, é essencial estimular um diálogo que envolva a escola, o trabalho e a sociedade, cada qual contribuindo com seus valores, interesses e saberes⁶.

As competências para o egresso do curso de Medicina podem ser divididas em básicas, pessoais e profissionais^{7,8}. As competências básicas são aquelas com que cada um constrói sua aprendizagem e a capacidade de aprender a aprender; são exemplos a comunicação verbal, a escrita e o domínio de línguas estrangeiras. As competências pessoais são as que permitem realizar com êxito diferentes funções da vida, como atuar responsabilmente, ter capacidade de dominar os sentimentos e as tensões profissionais, argumentação crítica e capacidade analítica. E as competências profissionais garantem o cumprimento das tarefas e responsabilidades do exercício profissional, como manobras específicas e propedêutica clínica, entre outras.

Desse modo, a competência é compreendida como atributos associados ao próprio aprendizado (competências básicas), à capacidade frente a situações inespecíficas (competências pessoais) e às competências profissionais.

Ao se avaliarem os conceitos de competência, observa-se que, na maioria das vezes, eles vêm acompanhados da expressão “é composta de”, sendo que há pelo menos dois componentes recorrentes nas definições: conhecimento e habilidade⁹. Além destes, há uma diferenciação entre habilidade e atitude: a primeira é composta por raciocínio abstrato, memória e processos cognitivos associados à resolução de problemas; e as atitudes são entendidas como componentes que têm sua base em características pessoais, como valores e julgamento⁹.

Verifica-se, também, que há uma concordância em três princípios: a competência, quando colocada em ação, integra e combina recursos internos e externos; ela está ligada a um contínuo particular de situações ou problemas; e sua existência é provada quando ela é mobilizada para resolver estas situações ou problemas⁹.

Dessa forma, a competência envolve raciocínio, processos cognitivos, valores pessoais, julgamento e comunicação, aplicados na resolução de diferentes tipos de problemas. A competência médica pode ser conceituada, portanto, como a utilização rotineira e criteriosa do conhecimento, das habilidades, das emoções, do raciocínio, de valores e da comunicação em benefício do sujeito, da família, da comunidade e da sociedade¹⁰.

Ao se analisar o perfil do egresso proposto pelas DCN¹¹ e o conceito citado anteriormente⁸ e as dimensões de competência¹², percebe-se íntima associação, pois apontam uma forma-

ção integral, ética, humanista, reflexiva e comprometida com o papel social do médico. Dessa forma, o perfil estaria mais associado a um conceito de competência médica, e o conjunto de competências, habilidades e atitudes gerais e específicas¹¹ marca aquilo que o egresso deve desenvolver para ser considerado competente.

Os conceitos complexos e multidimensionais de uma formação baseada em competência levantam diversos questionamentos, sendo de extrema importância como ela é definida e aplicada na prática. Ressalta-se também que a forma como o docente realiza suas atividades e compreende as competências é essencial para o desenvolvimento do estudante. Embora seja considerado a força motriz da mudança nas escolas médicas, o corpo docente é alvo de poucas políticas de desenvolvimento, mesmo em escolas com um projeto pedagógico adequado¹³.

Apesar das mudanças curriculares propostas desde 2001, ainda se encontram discursos de docentes em polos opostos às diretrizes do MEC. Elementos como falta de entendimento sobre a visão social do médico e carência de embasamento teórico na área de Educação são fatores que dificultam a implementação do currículo¹⁴.

A visão social do médico repercute na formação integral do profissional e na maneira como interage com toda a sociedade. Sendo um fator importante na humanização das relações¹⁵, a ética associa-se diretamente com o cuidado e tem nas atitudes do profissional sua principal manifestação. Desse modo, o perfil humanista destacado pelas DCN para o curso de Medicina exige um trabalho consistente de desenvolvimento não apenas de habilidades específicas, mas também de competências pessoais, como a atitude e a ética.

Neste cenário, este artigo tem como objetivos analisar a concepção de competência por meio do discurso docente de um curso de Medicina em uma universidade particular do Estado do Paraná e destacar elementos de relevância para a formação do egresso, entre eles a maneira como as competências pessoais estão inseridas no conceito de competência dos docentes do curso.

MÉTODO

Trata-se de uma pesquisa exploratória descritiva de campo. Uma vez que um dos objetivos principais é conhecer as competências que os professores julgam importantes para o egresso do curso de Medicina, a pesquisa adotou uma abordagem qualitativa que tem como matéria-prima opiniões, crenças, valores, representações, relações e ações humanas e sociais, com o objetivo de clarificar determinado conhecimento¹⁶. Ou seja, um método que permite um conhecimento amplo sobre

o objeto da pesquisa, ao relevar seus aspectos tanto objetivos como subjetivos. Apesar de algumas ações de educação com os docentes, esta é a primeira iniciativa que visa estudar o tema proposto na instituição analisada.

Como o objetivo foi analisar o conceito de competência presente nos docentes do curso, optou-se por critérios de seleção que privilegiassem docentes que tivessem a possibilidade de produzir discursos sobre o tema. Ou seja, o importante neste artigo foi descrever os elementos presentes nesse grupo, sendo que os elementos que faltariam ou estariam ausentes são secundários nesta análise¹⁷. Dessa forma, preocupou-se mais com o aprofundamento e abrangência da compreensão do tema do que com a generalização desse resultado¹⁸.

Para determinar o número de entrevistas, levaram-se em conta os objetivos da pesquisa, os diferentes ambientes a serem considerados e, principalmente, a possibilidade de esgotamento do tema¹⁷.

Foram selecionados 18 professores de um total de 214. Desses, 12 foram escolhidos de acordo com os seguintes critérios: carga horária semanal superior a seis horas/aula, conclusão da graduação há mais de cinco anos e tempo de experiência docente ou preceptoria superior a três anos; e seis foram selecionados pela Coordenação do curso de Medicina, segundo o critério de desempenho acadêmico, valorizando a relação com os alunos e o impacto na sua formação.

Além dos critérios individuais, o conjunto deveria conter representantes dos 12 semestres do curso; das áreas de Clínica Médica, Clínica Cirúrgica, Pediatria, Ginecologia e Obstetrícia, e Medicina Comunitária; e de atividades teóricas e práticas. Após a aplicação dos critérios individuais, para selecionar o representante de cada período optou-se por aquele que tivesse maior carga horária na instituição, bem como participado da transição curricular a partir das DCN de 2001. Assim sendo, obtivemos uma amostra representativa das grandes áreas da Medicina e de todos os semestres do curso. Além disso, ao selecionar seis docentes segundo o desempenho acadêmico, privilegiaram-se docentes representativos da Coordenação do curso e também aqueles destacados pelos alunos. Os participantes foram contatados por telefone ou mensagem eletrônica e entrevistados individualmente, em horário e local determinados pelo entrevistado.

A coleta de dados foi realizada por entrevista semiestruturada que partia de uma situação problematizadora, seguida por questões relacionadas às competências do egresso do curso de Medicina. As entrevistas foram gravadas em áudio e transcritas. Após a leitura e releitura de todas as entrevistas, os dados foram organizados e analisados utilizando como ferramenta metodológica o Discurso do Sujeito Coletivo¹⁹.

O Discurso do Sujeito Coletivo, com base em material verbal individual, elabora um discurso único que visa traduzir a fala de determinado grupo. Para isso, o método organiza os discursos a partir das seguintes figuras metodológicas: expressões-chave (ECH), ideia central (IC), categoria, ancoragem (AC) e, por fim, o Discurso do Sujeito Coletivo (DSC)¹⁹.

As ECH correspondem à transcrição literal dos trechos (fragmentos) mais significativos e relevantes de cada discurso e são o primeiro passo para a elaboração do DSC^{20,21}. A IC indica o sentido daquele fragmento do discurso e, uma vez que mais de um trecho pode ter a mesma ideia central, pode agrupar algumas ECH distintas²²; a AC corresponde à fundamentação teórica, ideológica, religiosa, crença, que sustentam aquele discurso^{21,23}.

As associações ECH relacionadas à mesma IC constroem o DSC. Caso haja IC com analogia presente, elas podem ser agrupadas em categorias, com o objetivo de sintetizar e potencializar a análise²². A apresentação dos DSC pode ser organizada a partir de categorias ou IC, sendo que neste artigo a organização foi feita a partir das IC.

Este método permite que o discurso “fale” pela coletividade, sendo possível reconstruir uma pessoa coletiva falando como se fosse um indivíduo, com um discurso “natural”, mas difundindo uma representação com amplitude de conteúdo²².

Os discursos dos docentes originaram 21 ideias centrais que foram agrupadas em três categorias, relacionadas às competências do egresso do curso de Medicina; às dificuldades e potencialidades encontradas pelos docentes para realizar de maneira adequada essa formação; e ao papel das instituições (Estado, Academia e sociedade) na formação do egresso. Este artigo apresenta e discute os DSC de quatro IC, relacionadas às competências do egresso do curso de Medicina. Dentre essas quatro IC selecionadas, duas estavam diretamente associadas ao conceito geral de competência médica, e duas eram referentes ao que se entende como o mais importante para a formação do egresso.

Para melhor identificação de termos quando um fragmento fizer parte do Discurso do Sujeito Coletivo, será utilizada a sigla DSC, que é um discurso constituído a partir de falas individuais, utilizando o método acima escrito. Esse DSC, embora seja um discurso de múltiplos sujeitos, deve ser descrito com uso do tempo verbal na primeira pessoa¹⁴.

A pesquisa que originou este artigo foi aprovada pelo Comitê de Ética da Pontifícia Universidade Católica do Paraná (CEP/PUCPR), sob o Parecer nº 4.944/11.

RESULTADOS

As quatro IC foram:

– IC1: A competência médica é uma associação entre conhecimento, habilidade e atitude, associados ao saber fazer.

– IC2: Competências pessoais e profissionais são importantes para o médico.

– IC3: As competências pessoais são as principais para o egresso.

– IC4: As competências profissionais (técnicas) são as mais importantes para o egresso.

A primeira IC refere que “A competência médica é uma associação entre conhecimento, habilidade e atitude, associados ao saber fazer (IC1)”, tendo o seguinte DSC:

“Então tem esse tripé que é o conhecimento científico, a competência/habilidade de comunicação e o raciocínio clínico. Destaco o conhecimento, as habilidades e as atitudes. Para que o aluno consiga realizar o diagnóstico, a investigação propedêutica, e daí o tratamento. Em suma, saber atuar e saber atender o seu cliente, sem nunca deixar de duvidar de si mesmo”. (DSC1)

A segunda aponta que as “Competências pessoais e profissionais são importantes para o médico (IC2)”, com o seguinte DSC:

“Aí coloco o conhecimento, as competências técnicas, as habilidades, a destreza no examinar, a experiência e a questão pessoal, aliados à competência do conhecimento da ética”. (DSC2)

Já em relação à relevância das competências, foram encontradas duas IC antagônicas (IC3 e IC4). A terceira IC afirma que “As competências pessoais são as principais para o egresso” e é traduzida no DSC:

“Eu acho que o aluno não pode sair sem respeitar o doente, pois, se respeitar, vai usar o bom senso dele e se não tiver o conhecimento, vai buscar, com presteza, dedicação e intensidade, ou seja, o comprometimento para utilizar todos os elementos ao seu alcance para resolver o problema do doente. Além disso, tem o comportamento ético (sem o qual não pode sair da faculdade), o bom senso, o respeito, a maturidade e o saber escutar. Se não tem esse tipo de competência humanizada, pode ser o melhor na parte técnica, mas se a gente não treinar isso nos alunos, você não vai ter um bom profissional”. (DSC3)

E a quarta IC assinala que “As competências profissionais (técnicas) são as mais importantes para o egresso” e é representada pelo DSC:

“O mais essencial de tudo é o conhecimento médico. E aí tem uma confusão, a impressão que dá é que isso é o menos importante e eu olho o paciente como um todo, mas não olho a

parte médica. Essas são as competências básicas médicas. Tem que ter noção de clínica médica. Pode ser um médico terrível; que ninguém goste; que seja muito duro ou muito ríspido, péssimo psicologicamente falando, mas é importante ter o conhecimento técnico para conseguir tratar com o máximo de possibilidades.

A gente sabe que só isso não forma um bom profissional, mas, como número 1, ele tem que ser um médico capaz de enxergar o paciente como um todo e solucionar o problema que ele tem; por exemplo, você não pode mandar para casa e ele enfartar, tem que ter o mínimo de bom senso, que só vai ter se souber dos riscos de um paciente com mínima de 120. Depois disso o mais importante seria a ética". (DSC4)

DISCUSSÃO

O conceito de competência

Uma concepção frequentemente divulgada e socialmente aceita de competência é aquela apresentada na IC1, que associa o termo a uma composição de conhecimentos, habilidades e atitudes intimamente associados à prática. Essa concepção também é justificada na literatura, pois o termo competência geralmente é acompanhado por "é composto de". Entretanto, apesar da existência desta correlação entre competência com o fazer, ela não se restringe a isso⁹.

Pode-se compreender a competência a partir de, pelo menos, seis dimensões: cognitiva, técnica, relacional, afetiva, integrativa e contextual¹². Ao sintetizar o conceito de competência, o DSC analisado aborda cinco das referidas dimensões: a cognitiva e a técnica, quando refere "[...] o conhecimento, as competências técnicas, as habilidades, a destreza no examinar" (DSC2); "para que o aluno consiga realizar o diagnóstico, a investigação propedêutica, e daí o tratamento" (DSC1); a relacional e a integrativa, ao relacionar e integrar o conhecimento, a comunicação e o raciocínio clínico (DSC1); e a afetiva, ao aliar o conhecimento da ética à experiência e à questão pessoal (DSC2). Ainda acrescenta uma dimensão reflexiva ao incluir a dúvida de si mesmo (DSC1).

Apesar de quase todas as dimensões estarem correlacionadas, a dimensão contextual que considera as "potencialidades e limitações estruturais e funcionais dos locais onde a atenção à saúde é prestada"¹² não foi destacada no DSC dos docentes. A importância da dimensão contextual também está claramente presente nas DCN¹¹ no perfil do egresso, que, entre outras características, deve atuar "no processo de saúde-doença em seus diferentes níveis de atenção, com ações de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação à saúde".

Uma vez que o contexto é parte integrante da prática, muitas vezes as potencialidades do equipamento de saúde e seus recursos podem ser consideradas inerentes à atuação do médico e do estudante, podendo, por isso, não ser destacadas nos discursos. Por outro lado, o reconhecimento e a discussão dessas limitações e potencialidades são de extrema importância para aprimorar a qualidade do serviço e do aprendizado.

Ao utilizar um dos conceitos de competência médica¹⁰ como "o uso habitual e criterioso de conhecimento, comunicação, habilidades técnicas, raciocínio clínico, emoções, valores e reflexão na prática diária para o benefício do indivíduo e da comunidade em que atua"(p.226), nota-se que a maioria desses elementos está presente no DSC analisado. Entretanto, a ênfase nas ações é direcionada ao sujeito e não está associada ao conceito de competência médica. A importância da comunidade também é destacada no perfil do egresso proposto pelas DCN de 2001 quando se refere ao "senso de responsabilidade social e compromisso com a cidadania".

Pode-se, então, apontar que o conceito do DSC associa conhecimentos, habilidades e atitudes numa perspectiva integrada à prática com atividade humanista e reflexiva, mas carece ser ampliado em sua dimensão contextual e comunitária.

O conceito de competência e a relevância dos elementos que o compõem

Na análise do conjunto de DSC não se verificam falas que desabonem as características pessoais ou as competências técnicas, ou seja, que uma atue em detrimento da outra, mas há uma complementaridade. Mesmo o DSC4, que aponta a competência profissional como a mais importante, ressalta que em segundo lugar a competência pessoal tem seu destaque, além de afirmar que somente a competência técnica não é suficiente para formar um bom profissional.

As DCN de 2001 iniciam sua caracterização destacando competências pessoais e básicas com uma visão crítica, reflexiva, humanista e ética. De acordo com o DSC3, dentre as competências pessoais, há um destaque para o respeito e o comprometimento, que parecem ser uma espécie de "mola propulsora" do exercício profissional e, dessa forma, corroboram as DCN. Mesmo em situações que envolvam conhecimento e habilidades técnicas, essas características são cruciais. Na transmissão e aquisição de informações em um exame clínico, por exemplo, o vínculo e o respeito são um dos principais objetivos do treinamento²⁴. Desse modo, pode-se entender que, a partir de uma comunicação respeitosa e comprometida, o manejo e a coleta de dados serão mais efetivos, tendo uma repercussão prática direta.

As competências profissionais também são enfatizadas quando o DSC salienta a importância de o aluno adquirir os demais conhecimentos técnicos necessários à profissão médica. Assinala, então, que há competências específicas ao médico (DCN) e que as habilidades técnicas e a destreza fazem parte das dimensões essenciais das competências médicas, assim como do próprio conceito de competência na medicina^{10,12}. Deve-se ressaltar que, quando associados à competência, o conhecimento e as habilidades técnicas geralmente aparecem agregados ao raciocínio clínico e à resolução de problemas. Desse modo, envolvem processos tanto intuitivos quanto analíticos²⁵, apontando a necessidade de a escola estimular cada vez mais a reflexão e autonomia, para avançar no processo de ensino²⁶.

Se, por um lado, as competências pessoais estão mais associadas à habilidade de comunicação e as profissionais ao conhecimento e técnica, por outro, sem a sua correlação não há competência médica. Além disso, elas parecem se retroalimentar, pois, quando os estudantes são estimulados nessa correlação, há uma melhora significativa da história clínica, principalmente quando relacionada à coleta de dados psicossociais²⁷.

Um ponto incomum encontrado nos DSC 3 e 4 é a ênfase da competência na ética, indicando que, além do conhecimento científico e da técnica inerentes ao processo de trabalho, devem ser agregadas à prática médica atitudes humanísticas e éticas para que o futuro profissional médico tenha qualidade²⁸. Nesse contexto, é importante que o ensino da ética tenha caráter transversal e se aproxime das ciências humanas¹⁵, podendo ser abordado a partir da aprendizagem ético-clínica, estimulando a discussão interdisciplinar de casos; de tutoriais com a inserção de problemas éticos; de métodos audiovisuais que gerem reflexão e comentários de notícias e fatos da imprensa²⁹. É importante lembrar que toda essa estratégia precisa estar alicerçada no modelo do professor, associando o discurso à prática^{15,30}.

Aliadas à ética estão as atitudes que podem ser compreendidas em um espectro de habilidades afetivas³¹. Essas habilidades afetivas (ou atitudes) são referenciadas no Discurso quando este aponta, nas competências, características como saber escutar, maturidade, respeito, comportamento ético, entre outras. Nesse campo, muitas vezes há certa confusão entre os conceitos de moral e ética. Pode-se entender a competência moral como a capacidade de tomar decisões baseadas em princípios internos e agir de acordo com tais juízos, ou seja, ela independe de uma formação disciplinar. Dessa forma, está mais relacionada com os meios que propiciam interação e desenvolvimento do sujeito do que com um conjunto de disci-

plinas. Já a competência ética está relacionada a conjuntos de regras e normas de conduta validados por um grupo social. No caso da Bioética, a análise de argumentos deve considerar não somente os seres humanos, mas também os demais seres vivos e o meio ambiente, inserindo as ações humanas numa perspectiva complexa e multidimensional. Além disso, não deve se restringir à simples leitura de um Código de Ética, mas ser vivenciada e praticada mediante atitudes, estimulando um saber prático e humanizado. Assim, o papel de uma instituição formadora perpassa competências tanto éticas como morais e, desse modo, não pode se restringir a conteúdos técnicos, mas deve promover discussões amplas sobre esse tema³².

Estando o aluno inserido cada vez mais cedo em vivências práticas, esses apontamentos éticos tornam-se essenciais desde o início do curso. A relevância do ensino dessas questões foi apontada por Beach *et al.*³³, que, ao avaliarem a qualidade da história clínica em pacientes com características étnicas e raciais diferentes das dos estudantes, concluíram que os pacientes eram mais bem avaliados quando o estudante era treinado na abordagem centrada na pessoa. Desse modo, demonstrava mais competência/habilidades dentro da perspectiva biopsicossocial, da compreensão do paciente como sujeito, do estímulo ao empoderamento e da responsabilização e aliança terapêutica. Dessa forma, o ensino tem um importante papel na capacitação dos alunos para abordar essas questões. Além disso, o ensino da ética deve extrapolar a simples memorização do código de ética e prezar a problematização³⁴.

CONCLUSÃO

Com a análise dos discursos dos docentes pôde-se compreender que algumas das principais características do conceito de competência, em comparação tanto com a literatura, como com as DCN para o curso de Medicina, foram contempladas. Mesmo partindo de um grupo selecionado intencionalmente, esse resultado destaca que existe na instituição um grupo representativo que partilha conceitos relevantes quanto às competências. Esse grupo, que representa tanto as grandes áreas da medicina quanto os semestres do curso, tem um importante papel no delineamento das diretrizes apontadas para a educação médica. A confirmação de um grupo que partilha esses ideais é essencial para o desenvolvimento, discussão e implementação das políticas educacionais.

Desse modo, mesmo que individualmente todas as competências das DCN não estivessem presentes, existe uma concepção pertinente de competência na coletividade dos docentes da instituição avaliada. Esse fato indica que devem ser

estimuladas oportunidades de troca e reflexões para que esses conceitos se incorporem numa construção coletiva do perfil do egresso e de ferramentas para que isto se desenvolva.

As habilidades técnicas e o conhecimento são apontados associados ao raciocínio clínico, indicando uma aplicabilidade prática e integrada dos conteúdos aprendidos. No entanto, o DSC não salienta alguns elementos, como o trabalho focado não somente no sujeito, mas na comunidade, bem como na contextualização das ações (de acordo com as possibilidades do sujeito e do sistema de saúde). Isto sugere a necessidade de estimular os docentes a discutir essas questões e a refletir sobre elas.

O principal elemento constitutivo da competência parece ser a ética. Desse modo, há necessidade de discutir e aprofundar o tema, considerando pontos como a moral, a Bioética e a humanização. Tudo isto em construção conjunta, principalmente, com os alunos e a sociedade. É fato que a competência moral e ética deve fazer parte de um eixo estruturante do currículo, destacando um processo de autonomia e reflexão que extrapole as discussões teóricas e que seja estimulado levando em conta as atitudes em atividades de prática.

A partir do DSC, a competência é a mobilização de recursos, é composta por características pessoais e profissionais na resolução de problemas e aponta um conceito estruturado na ética, que evidencia a prática como objetivo primordial. Além disso, é constituída com base no desenvolvimento de características pessoais que propiciem não somente o exercício adequado das competências profissionais, mas também uma constante revisão (reflexão) sobre a sua atuação.

Fica claro que a graduação deve investir, para além da capacitação técnica, na formação do sujeito com a capacidade de compreender e respeitar a sociedade em que vive. Desse modo, organizações curriculares fundamentadas em conteúdos e com pouca vivência prática em ambientes que destaquem o papel ético e social do médico têm poucas chances de alcançar não somente o perfil das DCN como aquele indicado pelos docentes do curso.

Quanto às limitações do estudo, faz-se menção aos vieses de seleção inerentes à pesquisa, uma vez que se trabalha com amostra intencional. Embora possa ser representativa, tal amostra pode conter no seu discurso elementos menos representativos de seu grupo social. Desse modo, o conceito dos outros docentes pode ter elementos diferentes. Apesar disso, é uma amostra que tem forte ligação com os alunos, com a Coordenação do curso e com os próprios professores. Isto pode nos fazer inferir que, mesmo que esse conceito não esteja tão marcado nos outros professores, esses docentes são referência para o grupo em que estão inseridos e podem ter um importante papel na construção de saberes coletivos. Além disso,

uma vez que a pesquisa se baseou em discursos, a forma como são vivenciados na prática também deve fazer parte de futuras pesquisas.

Em suma, pode-se notar que o conceito de competência, a partir do DSC, está de acordo com as DCN de 2001, enfatiza a aplicabilidade prática e principalmente a ética. No entanto, carece de um enfoque que extrapole o sujeito e atinja a comunidade e seu contexto.

Assim sendo, o conceito de competência para os docentes do curso de Medicina extrapola o simples agir de maneira adequada e agrega uma série de conhecimentos, habilidades e atitudes numa prática ética e reflexiva. Destacam-se as atitudes éticas, como respeito e comprometimento, sendo características essenciais para a busca desse ideal de competência.

REFERÊNCIAS

1. Perim GL, Abdalla IG, Aguilar-da-Silva RH, Lampert JB, Stella RCR, Costa NMSC. Desenvolvimento docente e a formação de médicos. *Rev. Bras. Educ. Med.* 2009; 33(1 Supl 1):70-82.
2. Nogueira MI. As mudanças na educação médica brasileira em perspectiva: reflexões sobre a emergência de um novo estilo de pensamento. *Rev. Bras. Educ. Med.* 2009; 33(2): 262-270.
3. Yániz C. Las competencias en el currículo universitario: implicaciones para diseñar el aprendizaje y para la formación del profesorado. *Red. U. Revista de Docência Universitária* 2008; 1:1-13.
4. Gonzalez Agudelo EM, Diaz Hernandez DP. Desde el currículo hasta la didáctica o sobre la circulación de los saberes y sus controles en la universidad: un ejemplo en la enseñanza de la Medicina. *Iatreia. Rev. Fac. Med. Univ. Antioquia, Medellín* 2008; 21(1):83-93.
5. Siqueira-Batista R, Gomes AP, Albuquerque VS, Cavalcanti FOL, Cotta RMM. Educação e competências para o SUS: é possível pensar alternativas à(s) lógica(s) do capitalismo tardio? *Ciênc. saúde coletiva* 2013; 18(1):159-170.
6. Lima VV. Competência: distintas abordagens e implicações na formação de profissionais de saúde. *Interface (Botucatu)* 2005; 9(17):369-379.
7. Lafuente JV, Escanero JF, Manso JM, Mora S, Miranda T, Castillo M, Díaz-Veliz G, Pascual G, Bianchi R, Gorena D, Mayora J. El diseño curricular por competencias en educación médica: impacto en la formación profesional. *Educ. Méd. Barcelona* 2007; 10 (2):86-92.
8. Huerta J, Pérez S, Castellanos AR. *Desarrollo Curricular por Competencias Profesionales Integrales*. México: Educar; 2000.

9. Fernandez N, Dory V, Ste-Marie LG, Chaput M, Charlin B, Boucher A. Varying conceptions of competence: an analysis of how health sciences educators define — and use — competence. *Medical Educ.* 2012; 46:357-365.
10. Epstein RM, Hundert EM. Defining and Assessing Professional Competence. *JAMA* 2002; 287:226-235.
11. Brasil. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina. Homologada em 03/10/2001, Parecer CES 1.133/2001, Resolução CNE/CES Nº 4, de 7/11/2001.
12. Santos WS. Organização curricular baseada em competência na educação médica. *Rev. Bras. Educ. Med.* 2011; 35(1):86-92.
13. Lampert JB, Costa NMSC, Perim GL, Abdalla IG; Aguilard-da-Silva RH, Stella RCR. Tendências de mudanças em um grupo de escolas médicas brasileiras. *Rev. Bras. Educ. Med.* 2009; 33(1):19-34.
14. Beltrame RL. A Formação do médico: um debate a partir das diretrizes curriculares nacionais. São Paulo; 2006. Doutorado [Tese] - Pontifícia Universidade Católica de São Paulo.
15. Carneiro LA, Porto CC, Duarte SBR, Chaveiro N, Barbosa MA. O ensino da ética nos cursos de graduação da área de saúde. *Rev. Bras. Educ. Med.* 2010; 34(3):412-421.
16. Minayo MCS. Análise qualitativa: teoria passos e fidedignidade. *Cienc. Saúde Coletiva.* 2012; 17(3): 621-626.
17. Fraser MTD, Gondim SMG. Da fala do outro ao texto negociado: discussões sobre a entrevista na pesquisa qualitativa. *Paidéia (Ribeirão Preto).* 2004; 14(28):139-152.
18. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 8 ed. São Paulo: HUCITEC; 2004. 269 p.
19. Lefèvre F, Lefèvre AMC, Teixeira JJV. O discurso do sujeito coletivo: uma nova abordagem metodológica em pesquisa qualitativa. Caxias do Sul: EDUCS; 2000.
20. Lefèvre AMC, Crestana MF, Cornetta VK. A utilização da metodologia do discurso do sujeito coletivo na avaliação qualitativa dos cursos de especialização “Capacitação e Desenvolvimento de Recursos Humanos em Saúde-CADRHU”, São Paulo - 2002. *Saude Soc.* 2003; 12(2):68-75.
21. Duarte SJH, Mamede MV, Andrade SMO de. Opções teórico-metodológicas em pesquisas qualitativas: representações sociais e discurso do sujeito coletivo. *Saude Soc.* 2009; 18(4):620-626.
22. Lefèvre F, Lefèvre AMC. O sujeito coletivo que fala. *Interface (Botucatu)* 2006; 10(20):517-524.
23. Cubas MR. Planejamento local de Unidades Básicas de Saúde de Curitiba - PR: da teoria à prática, aspectos facilitadores e limitantes (Planning local basic units of Health of Curitiba - PR: of the theory to practice its aspects facilitative and limits). Rio de Janeiro; 2002. Mestrado [Dissertação] - Escola Nacional de Saúde Pública.
24. Turini B, Martins DN, Tavares MS, Nunes SOV, Silva VLM, Thomson Z. Comunicação no ensino médico: estruturação, experiência e desafios em novos currículos médicos. *Rev Bras Educ Med.* 2008; 32(2):264-270.
25. Aguiar AC, Ribeiro ECO. Conceito e Avaliação de Habilidades e Competência na Educação Médica: Percepções Atuais dos Especialistas. *Rev. Bras. Educ. Med.* 2010; 34(3):371-380.
26. Tutunji VL. Pedagogia da Libertação: o caso do ensino médico. *Rev. Bras. Educ. Med.* 2009; 33(3):472-475.
27. Windish DM, Price EG, Clever SL, Magaziner JL, Thomas PA. Teaching Communication and Clinical Reasoning. *J. Gen. Intern. Med.* 2005; 20(12):1108-1113.
28. Andrade SC, Deus JA, Barbosa ECH, Trindade EMV. Avaliação do desenvolvimento de atitudes humanísticas na graduação médica. *Rev Bras Educ Med* 2011; 35(4):517-525.
29. Novaes MRCG, Novaes LCG, Guilhem D, Stepke FL, Silveira CCC, Eliane Mendonça Vilar Trindade EMV, Komatsu RS, Guiotti MG. Actitudes Éticas de los estudiantes y egresados en carrera de medicina con metodologías activas. *Rev. Bras. Educ. Med.* 2010; 34(1):43-56.
30. Peña CO, Urzúa MR, Zepeda MS. Influencia del Modelo e Imagen del Médico Durante la Formación de Pregrado en único Grupo de Estudiantes de Medicina de la Universidad de Antofagasta. *Acta Bioeth.* 2010; 16(2):198-206.
31. Colares MF, Troncon LEA, Figueiredo JFC, Cianflone ARL, Rodrigues MLV, Piccinato CE, Peres LC, Coleta JAD. Construção de um Instrumento para Avaliação das Atitudes de Estudantes de Medicina frente a Aspectos Relevantes da Prática Médica. *Rev. Bras. Educ. Med.* 2002; 26(3):194-293.
32. Rego S, Gomes AP, Siqueira-Batista R. Bioética e humanização como temas transversais na formação médica. *Rev. bras. educ. med.* 2008; 32(4):482-491.
33. Beach MC, Rosner M, Cooper LA, Duggan PS, Shatzer J. Can Patient-Centered Attitudes Reduce Racial and Ethnic Disparities in Care? *Acad. Med.* 2007; 82(2):193-198.
34. Costa CRBSF da, Siqueira-Batista R. As teorias do desenvolvimento moral e o ensino médico: uma reflexão pedagógica centrada na autonomia do educando. *Rev. Bras. Educ. Med.* 2004; 28(3):185-288, 2004.

CONTRIBUIÇÃO DOS AUTORES

Renato Soleiman Franco – participação em todas as etapas do trabalho.

Camila Ament Giuliani dos Franco - participação na discussão e análise do artigo. Evelise Maria Labatut Portilho e Marcia Regina Cubas - participação na discussão metodológica do projeto, nos referenciais teóricos utilizados, bem como na análise e discussão dos resultados.

CONFLITOS DE INTERESSE

Declarou não haver.

ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA

Renato Soleiman Franco
Pontifícia Universidade Católica do Paraná – PUCPR.
Rua Imaculada Conceição, 1155.
Prado Velho – Curitiba
CEP 80215-901 – PR
Email: renato.soleiman@gmail.com