

Áreas de competência: núcleo e campo profissionais como eixos para a gestão e a formação na saúde

Areas of competency: professional core and field as axes for health management and training (abstract: p. 20)

Áreas de competencia: núcleo y campo profesional como ejes para la gestión y formación en salud (resumen: p. 20)

Valéria Vernaschi Lima^(a)

<valeria.lima@ufscar.br> 

Eliana Claudia de Otero Ribeiro^(b)

<eliana.ribeiro@prof.unieduk.com.br> 

Romeu Gomes^(c)

<romeu.gomes@hsl.org.br> 

Carlos Alberto Mourthé Junior^(d)

<carlosmourthe@ufmg.br> 

Roberto de Queiroz Padilha^(e)

<rpadilha@ufscar.br> 

^(a,e) Programa de Pós-Graduação em Gestão da Clínica, Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, Universidade Federal de São Carlos. Rodovia Washington Luis, km 235. São Carlos, SP, Brasil. 13565-905.

^(b,d) Curso de Medicina, Centro Universitário Max Planck. Indaiatuba, SP, Brasil.

^(c) Diretoria de Compromisso Social, Hospital Sírio Libanês. São Paulo, SP, Brasil.

Este artigo aborda a discussão sobre áreas de competência nos processos de gestão do trabalho e de formação na saúde. Metodologicamente, trata-se de uma revisão integrativa realizada em bases especializadas de dados no período de 2012 a 2022. Uma amostra com vinte artigos mostrou a presença de duas tipologias na representação dos perfis de profissionais de saúde: domínios e áreas de competência, sendo observada uma tendência ao uso de áreas de competência. Os conceitos de campo e núcleo e a teoria da atividade foram utilizados na discussão dos resultados, considerando a explicitação de: (i) eixos orientadores para a formação e a gestão do trabalho; (ii) atividades profissionais segundo racionalidades predominantes e melhores práticas; e (iii) conexões entre as dimensões individual e coletiva da competência.

Palavras-chave: Competência. Trabalho. Saúde. Gestão. Educação.

Introdução

A partir da segunda metade do século 20, mudanças nos processos de gestão e de formação foram disparadas e intensificadas pela globalização de culturas e economias, em um contexto de mercados mais competitivos e associados às inovações tecnológicas de base microeletrônica¹. Nesse cenário, movimentos de integração e flexibilização de processos produtivos, enxugamento de estruturas operacionais, terceirização e descentralização da produção passaram a promover mudanças nos processos laborais e de formação profissional².

No campo da Saúde, é notória a inclusão da noção de competência como eixo orientador dos processos de formação profissional. Para contextualizar a relevância dessa temática, uma primeira busca realizada em janeiro de 2022 na Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (MEDLINE), levando em consideração título, resumo e assunto, encontramos 3.531 artigos publicados com as palavras “competência”, “profissional” e “saúde”, no período de janeiro de 2017 a dezembro de 2021. Na Scientific Eletronic Library Online (SciELO), no mesmo período, com as mesmas palavras, na categoria de todos os índices, foram publicados 138 artigos. Ainda que não tenha sido empreendida uma análise pormenorizada desses artigos, por meio dessa contextualização, identificou-se a existência de um conjunto diversificado de sentidos atribuídos à temática de competência profissional em saúde.

Polissemia, tensões e desafios no uso do conceito de competência

Diante da polissemia na qual se situa a presente discussão, buscou-se explicitar as abordagens de competência nas profissões da saúde presentes na literatura científica. Inicialmente, destaca-se o predomínio da noção de qualificação a partir da primeira metade do século 20. Com centralidade nos conteúdos necessários aos postos de trabalho, a qualificação enfatiza os diplomas ou certificados dos profissionais³.

No mundo laboral, a ideia de qualificação orientou a divisão técnica e a racionalização do trabalho, visando ao aumento da eficiência operacional¹. Aplicada à formação, estabeleceu hierarquias da escolarização até a profissionalização e a especialização, estruturando os programas segundo disciplinas sequenciais e objetivos verificáveis por meio da posse de conhecimentos⁴.

A partir das décadas de 1970 e 1980, a noção de competência promoveu um deslocamento no conceito de qualificação e a inclusão de novas capacidades profissionais, embora com diferentes modelagens e potenciais resultados⁵. As três principais modelagens utilizadas colocam ênfase: (i) na posse de conhecimentos, com foco nos conteúdos/objeto; (ii) na realização de tarefas, com foco nas funções e resultados; e (iii) na relação sujeito/objeto, articulando capacidades do sujeito e contexto do trabalho^{1,6,7}.

Assim, o presente estudo tem como objetivo a investigação das modelagens utilizadas na definição de perfis profissionais na área da Saúde, buscando identificar a presença das dimensões individual e coletiva na construção de competência⁸⁻¹⁰.

Dimensões individual e coletiva na construção de perfis profissionais

Cabe ressaltar que, embora a modelagem fundamentada na relação sujeito/objeto possa, potencialmente, ampliar a noção de competência, sua aplicação tem abarcado tanto perspectivas adaptativas como transformadoras na atuação dos profissionais⁷⁻⁹. Nesse sentido, a presença das dimensões individual e coletiva revelam uma produção histórica⁹ na construção de competência.

De modo específico, Schwartz¹¹ explicita seis elementos no processo de construção da competência: (i) os protocolos estabelecidos para melhores práticas em situações de trabalho; (ii) o contexto singular da situação de trabalho; (iii) a capacidade dos sujeitos de articularem protocolo e contexto singular; (iv) os valores envolvidos na atividade; (v) os recursos pessoais do sujeito; e, finalmente, (vi) a interconexão dos ingredientes anteriores em situações concretas do trabalho.

Aos elementos destacados por Schwartz⁹, agregamos as proposições de Fleck¹² sobre a gênese e a constituição de distintos estilos de pensamento que caracterizam os modos de atuação e a interação das profissões da saúde. Segundo Fleck: “nem ao ‘sujeito’ nem ao ‘objeto’ cabe uma realidade autônoma; qualquer existência repousa numa atuação mútua e relativa.”¹² (p. 14).

Assim, associada à dimensão individual, a discussão sobre a construção dos perfis de competência será explorada buscando identificar a menção de relações sistêmicas¹¹⁻¹³. Nesse tipo de abordagem, o trabalho e as atividades da prática são entendidos como processo e resultado da interação dos profissionais de saúde com a cultura da sociedade e das instituições nas quais se inserem, considerando-se os problemas prevalentes e os desafios do exercício profissional.

Método

Em termos de método, o percurso utilizado se afigura em dois eixos. No primeiro deles, procurou-se identificar as modelagens na construção dos perfis profissionais oriundos de buscas realizadas em bases de dados especializadas, com vistas a dialogar sobre os resultados encontrados com o segundo eixo, dedicado à exploração da representação dos perfis de acordo com os referenciais teórico-conceituais sobre competência.

Seleção da amostra

A amostra foi formada por uma busca realizada nas bases de dados SciELO e no portal BVS no período de 2012 a dezembro de 2022. Foram utilizados os descritores “perfil” and “competência” and “saúde”, para textos completos em espanhol, inglês e português em levantamento realizado dia 12 de fevereiro de 2023. Foram obtidos 53 artigos na base da SciELO e 167 produções na BVS, considerando-se o filtro “competência profissional” como assunto principal no portal BVS. Do total de 220 produções obtidas, foram retiradas 25 repetições e textos incompletos, restando 195 produções que foram analisadas segundo resumos e/ou textos completos. Foram aplicados critérios de inclusão e de exclusão, visando ao atendimento à pergunta

investigativa: Como o perfil de competência é apresentado para profissões da saúde e em que medida explicita as dimensões individual e social na construção de competência? (Figura 1).



Figura 1. Representação esquemática do processo de seleção da amostra.

Como critérios de inclusão, foram selecionados os artigos que exploravam e/ou apresentavam o perfil de competência para uma profissão ou função técnica no campo da Saúde¹⁴. Em caso de menção do perfil de competência, sem sua apresentação no corpo do artigo, foi empreendida uma segunda busca nas referências desses artigos, sendo incluídos aqueles em que o perfil estivesse disponível em bancos de dados remotos, segundo as referências mencionadas, estando elas informadas na apresentação dos resultados.

Como critérios de exclusão, foram descartados os artigos que não estivessem em língua inglesa, portuguesa ou espanhola ou aqueles indisponíveis em bancos de dados remotos. Além desses aspectos, foram excluídas as produções que focalizavam: (i) uma função específica ou especialidade de profissionais da saúde, tais como preceptoria ou endocrinologia; (ii) uma capacidade específica como liderança e empreendedorismo; (iii) capacidades para o atendimento de uma determinada condição de saúde; (iv) diferenças entre profissionais novatos e seniores; (v) profissionais de nível médio sem formação técnica; (vi) a análise de currículos, programas, treinamentos ou capacitações.

Análise dos perfis da amostra

A análise nesta investigação foi ancorada em uma perspectiva hermenêutico-dialética, formulada por Minayo¹⁵ e baseada na hermenêutica de Gadamer e na dialética de Habermas. Por meio desses referenciais, a perspectiva empregada, conforme explicitado por Gomes¹⁶, buscou “caminhar no desvendamento do significado

consensual daquilo que nos propomos interpretar e estabelecermos uma crítica acerca dos dissensos e das contradições dos significados e sobre as suas relações com o contexto”. Para a coleta e o tratamento dos dados, utilizamos uma revisão integrativa¹⁷ que seguiu as seguintes etapas: seleção da pergunta investigativa; estabelecimento dos parâmetros para o levantamento dos dados e dos critérios para inclusão e exclusão de estudos; categorização dos estudos considerando as informações identificadas; análise dos estudos incluídos; interpretação dos resultados; e apresentação das reflexões e considerações sobre os conhecimentos extraídos de estudos anteriores. Para a categorização dos perfis identificados na amostra, foram utilizadas três categorias analíticas: (i) domínios ou papéis profissionais; (ii) áreas de competência; e (iii) dimensões individual e coletiva na abordagem de competência.

Resultados e discussões

A amostra foi categorizada segundo perfil, ênfase e ano de publicação (Quadro 1).

Quadro 1. Caracterização da amostra.

Amostra	Autores	Perfil	Ênfase	Ano
A1	Alves CHL et al.	Nutrição	APS	2022
A2	Barbosa ACS et al.	Enfermagem	Geral	2019
A3	Cassiani SHB et al.	Enfermagem	APS	2018
A4	Cenedési MG et al.	Enfermagem	UTI	2012
A5	Chalita CD et al.	Enfermagem	Geral	2017
A6	Chirelli MQ et al.	Enfermagem	Geral	2021
A7	Cioffi ACS et al.	Enfermagem	Geral	2019
A8	Coughi HF et al.	Medicina	APS	2022
A9	Fragelli TBO e Shimizu E	Saúde	NASF	2014
A10	Dias AKG et al.	Enfermagem	Hospitalar	2017
A11	Holanda FL et al.	Enfermagem	UE	2019
A12	Lima VV e Ribeiro ECO	Saúde	Geral	2022
A13	Lopes OCA et al.	Enfermagem	APS	2020
A14	Meireles MAC et al.	Medicina	Geral	2019
A15	Ormonde Junior JC et al.	Enfermagem	Geral	2017
A16	Peruzzo HE et al.	Enfermagem	APS	2022
A17	Rey-Gamero AC et al.	Saúde	APS	2013
A18	Santamaria D et al.	Fisioterapia	Geral	2012
A19	Valle G et al.	Saúde	Pré-hospitalar	2021
A22	Warmling CM et al.	Odontologia	Geral	2016

Legenda: A - Artigo; APS - Atenção Primária à Saúde; Nasf - Núcleo de apoio à Saúde da Família; UTI - Unidade de Terapia Intensiva.

Chama a atenção que dois terços das produções foram publicadas nos últimos seis anos do período estudado. O conjunto focalizou perfis das profissões da saúde nas ênfases de Atenção Primária à Saúde, pré-hospitalar, hospitalar ou sem especificação, tratadas nesses casos como sendo de ênfase geral. Foram identificados 11 perfis (55%) de profissionais de enfermagem; quatro (20%) de equipes de saúde; dois (10%) de medicina; e um de odontologia (5%), fisioterapia (5%) e nutrição (5%). A seguir, os artigos foram categorizados segundo as tipologias encontradas na apresentação dos perfis: (i) domínios ou papéis profissionais; e (ii) áreas de competência.

Domínios ou papéis profissionais: ênfase nas capacidades individuais

Dos vinte perfis analisados, oito artigos apresentaram o perfil de profissionais da saúde explicitando domínios, capacidades ou papéis profissionais (Quadro 2).

Quadro 2. Domínios, papéis ou capacidades nos perfis da amostra selecionada.

Domínios/Capacidades	A1	A2	A3	A4	A5	A10	A13	A17
Administração/Gestão/Planejamento	X	X	X	X	X	X	X	
Atenção/Cuidado à saúde	X			X	X		X	
Capacidades específicas à profissão		X				X		X
Capacidades genéricas						X		X
Colaboração			X	X		X		
Comunicações e relações interpessoais	X				X		X	
Educação em Saúde e Permanente		X	X	X	X	X	X	
Ética, Humanísticas e Culturais	X	X	X				X	X
Liderança			X		X		X	
Pesquisa e técnica científica		X						
Políticas públicas e Sistema de saúde	X					X		
Promoção e prevenção			X					
Saúde baseada em evidências			X					
Supervisão				X				
Tomada de decisão					X		X	
Trabalho em equipe e/ou intersetorial						X	X	

Legenda: A - artigos da amostra.

Os artigos analisados nesse subconjunto da amostra apresentam os domínios por meio de capacidades dos profissionais, tais como colaboração, comunicação, liderança ou supervisão. Para além dessas capacidades ou dos papéis de colaborador, comunicador e líder, foram mencionados conjuntos de capacidades relacionadas à ética e outras capacidades genéricas e alguns atributos específicos das profissões. Em sete (A1, A2, A3, A4, A5, A10 e A13) dos oito artigos, foram apresentados conjuntos de capacidades de administração/gestão/planejamento. Em seis (A2, A3, A4, A5, A10, A13) dos artigos desse agrupamento, foram apresentadas capacidades da área de Educação. As capacidades relativas aos cuidados clínicos (atenção/cuidado à saúde) foram identificadas em quatro (A1, A4, A5, A13) artigos, sendo que no artigo A17 essas capacidades aparecem vinculadas ao agrupamento daquelas consideradas específicas da ação do profissional na Atenção Primária à Saúde.

A apresentação do perfil de competência segundo papéis ou domínios tem como referência duas produções internacionais que exercem importante influência na saúde:

o perfil médico CanMEDS¹⁸ publicado em 1990 e atualizado em 2005 e 2015 pelo “Royal College of Physicians and Surgeons of Canada”; e os perfis publicados a partir de 1981 pelo “Accreditation Council for Graduate Medical Education - ACGME” dos Estados Unidos¹⁹.

O CanMEDS propõe sete papéis sociais: (i) Comunicador, (ii) Colaborador, (iii) Líder, (iv) Defensor da Saúde, (v) Acadêmico, (vi) Profissional e (vii) Especialista médico, sendo apresentados no formato de competências-chave caracterizadas por atributos cognitivos, habilidades e valores profissionais¹⁸. A ACGME apresenta marcos (*milestones*) para a educação de Pós-Graduação, segundo: profissionalismo, habilidades interpessoais e de comunicação, conhecimento e habilidades clínicas, e a prática centrada no paciente e baseada em evidências e em sistemas de saúde¹⁹. Essas duas abordagens passaram a ser utilizadas por outras profissões da saúde, especialmente pela enfermagem^{20,21}.

No Brasil, a modelagem de papéis sociais pode ser observada nas Diretrizes Curriculares de Graduação (DCN) de diversas profissões da saúde publicadas a partir de 2001, sendo que esse tipo de apresentação ainda exerce importante influência na formação e nos processos de gestão e de contratação de profissionais da saúde no país²².

No subgrupo da amostra classificado na tipologia dos papéis profissionais, chama a atenção que, para além da apresentação dos domínios, uma expressiva parte dos artigos igualmente incluiu conjuntos de capacidades coincidentes com a noção de áreas de competência.

Áreas de competência: ênfase nas atividades profissionais e no trabalho

Em 12 artigos (60%) da amostra, o perfil profissional foi apresentado exclusivamente segundo agrupamentos de ações, nomeadas em boa parte como sendo “áreas de competência profissional”.

Quadro 3. Áreas de competência nos perfis da amostra selecionada.

Áreas	A6	A7	A8	A9	A11	A14	A15	A16	A18	A19	A20
Atenção à Saúde		X	X		X	X	X		X	X	X
Gestão em Saúde		X	X	X		X		X		X	X
Educação em Saúde	X		X			X					

Legenda: A - artigos da amostra.

Alguns artigos não mencionaram o termo “área de competência” e apresentaram as atividades do perfil de modo mais direto como, por exemplo, Competências de Atenção à Saúde. Seis artigos focalizaram uma única área de competência, sendo três vinculados à “Atenção à Saúde” (A11, A15 e A18); dois, à “Gestão em Saúde” (A9 e A16) e um, à área de “Educação” (A6). No artigo A6, embora tenha sido explorada somente a área chamada de “Educação na Saúde”, os autores explicitaram que o perfil estudado contemplava três áreas: Saúde, Gestão e Educação, confirmadas por uma busca na referência indicada²³. A apresentação de duas áreas de competência, “Gestão em Saúde” e “Atenção à Saúde”, foi encontrada em cinco (A7, A8, A14, A19 e A20) dos 11 artigos. Em dois desses (A8 e A14) também foi apontada a área de “Educação”,

sendo que para o A8 foi necessário acessar o perfil de competência pela referência neles indicadas^{24,25}.

O artigo A12 apresenta o uso dos conceitos de campo e núcleo como fundamentação teórica para as áreas de competência. Inicialmente introduzidos por Bourdieu²⁶ e adaptados por Campos²⁷, esses conceitos possibilitam melhor identificação no perfil de competência de eixos organizadores para a gestão e a formação na Saúde. Segundo Campos²⁷:

[...] o núcleo demarcaria a identidade de uma área de saber e de prática profissional [...] [representando] uma aglutinação de conhecimentos [...] que conforma um determinado padrão [...] de produção de valores de uso; e o campo [conforma] um espaço de limites imprecisos onde cada [...] profissão buscaria em outras [disciplinas] apoio para cumprir suas tarefas teóricas e práticas. (p. 220)

Assim, as áreas de competência são agrupamentos de ações fundamentadas por determinados processos, racionalidades ou estilo de pensamento²⁷ predominante. As ações dessas áreas possibilitam a identificação de problemas e desafios diante de um objeto e organizam intervenções segundo resultados almejados mediante a atuação profissional. Uma dessas áreas representa e diferencia o núcleo e a especificidade na atuação de cada profissão da saúde.

Na amostra estudada, o núcleo profissional foi nomeado, genericamente, como sendo “Atenção à Saúde” ou “Assistência à Saúde” e, especificamente, qualificado de acordo com a atuação profissional, por exemplo: “Atenção Médica à Saúde” ou “Atenção de Enfermagem à Saúde” ou “Atenção Odontológica à Saúde”. As demais áreas, que constituem o campo de atuação comum aos profissionais da saúde, foram nomeadas como “Gestão em Saúde” ou competências gerenciais e como “Investigação científica” ou “Educação”, que apareceu tanto explicitado como “Educação na Saúde” quanto “Educação em Saúde”.

As atividades realizadas segundo capacidades e racionalidades predominantes nos processos de gestão e de educação na saúde foram encontradas nos diferentes núcleos profissionais da amostra.

Identidade profissional: a área de competência nuclear

A intervenção clínica no processo saúde-doença de pessoas, grupos ou sociedades representa o objeto/finalidade dessa área de competência cujas ações ou desempenhos, nela agrupados, configuram um determinado padrão de produção de valor de uso.

Pela amostra investigada nas produções que exploraram a área de competência nuclear de diferentes profissionais de saúde, foram encontradas ações que caracterizam e diferenciam as práticas clínicas de Enfermagem (A6, A7, A9, A11, A15, A16), de Medicina (A8 e A14), de Fisioterapia (A18) e de Odontologia (A20). Nos agrupamentos relativos ao núcleo profissional, foram identificadas ações

predominantemente fundamentadas pela racionalidade clínico-epidemiológica aplicada à profissão, como mostram os seguintes fragmentos:

Identifica necessidades de saúde por meio da realização de história clínica, exame clínico, formulação de hipóteses diagnósticas e priorização de problemas. (Médico – A14)

Realiza ações no momento exato frente aos agravos à saúde dos clientes, classifica o grau de sofrimento, define tratamento e minimiza riscos no cuidar. (Enfermeiro - A11)

Reconhece doenças bucais e encaminha para o atendimento clínico. (Técnico em Saúde Bucal - A20)

Campo compartilhado das profissões: as áreas de Educação e Gestão em Saúde

As ações de “Gestão em Saúde”, geralmente nomeadas como competências gerenciais, foram exploradas em sete (A7, A8, A9, A14, A16, A19 e A20) dos 11 artigos que exploraram áreas de competência profissional. Especialmente voltada à gestão de processos e de pessoas, a presença dessa área revela o grau de expansão e de diversificação das ações de saúde, somado à imperiosa necessidade de articulação das práticas profissionais e dos processos de trabalho interprofissionais. Reflete, ainda, tendências inovadoras na organização do trabalho em saúde, que incorporam o planejamento, a execução, a avaliação no cotidiano dos profissionais, o trabalho das equipes de saúde e dessas em redes de Atenção à Saúde. As ações dessa área foram predominantemente fundamentadas pelo raciocínio estratégico voltado à identificação de problemas relacionados à organização do trabalho em saúde e à produção de intervenções.

Analisa a estrutura física e organizacional dos serviços de saúde e enfermagem, tendo em vista as intervenções para melhorias do processo de trabalho. (Enfermagem - A7)

Interage com outros setores em ações de promoção da saúde. (Técnico em Saúde bucal - A20)

Além das ações que estabelecem práticas voltadas à organização do trabalho coletivo em saúde, foram identificadas, na área de gestão, ações e capacidades relativas aos papéis de liderança, comunicação, tomada de decisão, administração, gerenciamento, trabalho em equipe, ética e gestão do cuidado, como:

Identifica os elementos das políticas institucionais de recursos humanos e não humanos e seus determinantes no gerenciamento de pessoas, materiais, equipamentos, custos/financeiro, ambientes, tecnologias, informações e assistência de saúde e de enfermagem. (Enfermeiro- A7)

Capacidade de influenciar pessoas, de forma a atingir ou superar os objetivos propostos pela instituição, investindo no desenvolvimento profissional e respeitando as diversidades. (Enfermeiro - A9)

Em relação à área “Educação”, as capacidades e atividades identificadas nessa área de competência incluíram os dois conceitos conhecidos, tanto aqueles relativos às atividades educativas em saúde como à educação dos profissionais da saúde. Assim, organizadas segundo o predomínio da racionalidade crítico-reflexiva, foram encontradas ações vinculadas à aprendizagem ao longo da vida e ações relativas à divulgação e à produção de conhecimentos. Nessa área, também foram identificadas as capacidades de comunicação, liderança, ética, Educação Permanente, investigação científica e saúde baseada em evidência. Os exemplos a seguir ilustram as ações encontradas na área de Educação:

Favorece o desenvolvimento da capacidade de aprender a aprender com as pessoas, equipe e comunidade, apoiada nas necessidades de aprendizagem, valorizando os saberes prévios, incentivando a curiosidade, a autonomia intelectual dos envolvidos na produção do cuidado e educação na saúde, por meio da interação e cooperação em grupo, ouvindo e respeitando as diferentes ideias, promovendo a inter/transdisciplinaridade. (Enfermeiro - A6)

A emergência de uma área de competência com ações educacionais aponta o desafio/compromisso dos profissionais de acompanharem o desenvolvimento do conhecimento e a transformação de suas próprias práticas. Nesse sentido, a necessidade da aprendizagem ao longo da vida e a relevância do cotidiano do trabalho em saúde, como um espaço de aprendizagem para pacientes, familiares, cuidadores, profissionais de saúde, equipes e gestores, foram destacadas nos diferentes perfis analisados.

Teoria da atividade na construção de perfis profissionais

Em 2005, o conceito de atividades profissionais confiáveis, introduzido por ten Cate²⁸, colocou ênfase nas ações verificáveis e passíveis de serem atribuídas aos profissionais como estratégia para inferir competência²⁹.

No Brasil, a revisão das diretrizes curriculares brasileiras para a Graduação em Medicina²⁵, publicada em 2014, promoveu uma expressiva visibilidade às áreas de competência na apresentação do perfil profissional. De modo coincidente com a orientação das atividades profissionais confiáveis²⁹, essa apresentação utiliza a abordagem dialógica de competência^{30,31} e focaliza as ações profissionais e o contexto do trabalho como aspectos estruturantes do perfil, apresentando-o segundo áreas

de competência. Por meio das áreas, são explicitados os elementos constitutivos da competência, as racionalidades predominantes e as dimensões do processo de construção dos perfis. Na área de Enfermagem, movimento semelhante representado pelo parecer técnico³² de 2018 aponta recomendações para a revisão das diretrizes de enfermagem indicando a utilização de áreas ou núcleos de competência em vez de papéis.

No sentido de ampliar a fundamentação das áreas de competência por uma perspectiva sistêmica do trabalho em saúde, a associação das noções de campo e núcleo^{26,27} à teoria de atividade³³ possibilita melhor análise da relação sujeito/objeto e das dimensões individual e coletiva na inferência de competência¹¹.

Bastante empregado na administração, que começou a investigar a aprendizagem organizacional, o conceito de atividade visa identificar os fatores relacionados à produção das práticas, suas motivações e relações³⁴. Desse modo, a essência dos fenômenos e processos passa a ser considerada inseparável de suas relações, somente podendo ser compreendida no contexto de um determinado sistema de relações^{11,35}.

No tocante à Teoria da Atividade, a primeira geração pode ser identificada nas obras de Vygotsky³⁶, que destacou a noção de mediação cultural da ação humana, isto é, mediação ou moderação da relação sujeito/objeto por meio de artefatos culturais, esquematizados por um triângulo (Figura 2).

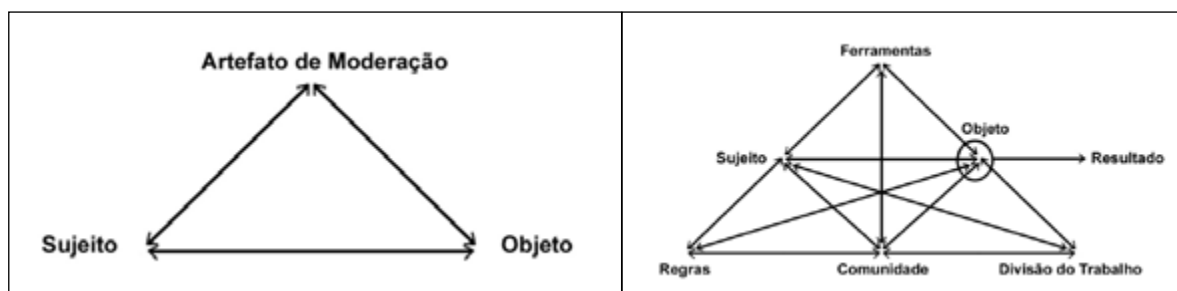


Figura 2. Triângulos da primeira³⁶ e da terceira gerações (Sistema de Atividade)³⁷.

Leontiev³⁸ expandiu o foco no indivíduo e diferenciou as ações individuais e as atividades coletivas, caracterizando a segunda geração da Teoria da Atividade. Por meio das contribuições de Vygotsky e Leontiev, uma terceira geração da Teoria de Atividade foi estabelecida por Engeström³⁷ por meio da interface de vários triângulos que estabeleceu, para além da relação sujeito-artefatos-objeto, a interface com outros elementos: comunidade, regras e divisão do trabalho que instituem um sistema de atividade. Segundo esse autor³⁷:

[...] um sistema de atividade refere-se à formação relativamente estável de um grupo de pessoas inseridas em um sistema que possua seus próprios instrumentos, regras e divisão de trabalho, tendo como propósito dar forma a um objeto compartilhado. (p. 242)

As relações entre os elementos do sistema são dialógicas e se influenciam mutuamente na produção de resultados. Essas articulações ampliam a relação sujeito/objeto por meio do reconhecimento da presença de aspectos intervenientes

e com diferentes graus de determinação, por exemplo: (i) os saberes, instrumentos, tecnologias, métodos ou recursos utilizados pelo sujeito para realizar a atividade; (ii) as normas, diretrizes, regulamentos ou convenções e melhores práticas que orientam e influenciam a execução da atividade; (iii) o modo pelo qual as atividades são realizadas e como as responsabilidades são compartilhadas; e (iv) o contexto social em que a atividade ocorre.

A noção de sistema de atividade nos oferece um arcabouço epistemológico e metodológico que permite fundamentar as áreas de competência, não como um conjunto de desempenhos ideais a serem alcançados – como abordagens uniformizadoras poderiam suscitar –, mas como ativadores dialógicos. Em meio à diversidade de concepções que integram um sistema, emergem múltiplos objetos e decorrem inerentes contradições. Os perfis de competência, quando abordados por meio das atividades que caracterizam as práticas dos profissionais de saúde, favorecem a iluminação de pontos cegos e visitas dialógicas às múltiplas vertentes de atuação profissional, sempre no sentido da expansão compartilhada de objetos. O que, em síntese, cria condições para a emergência de uma rede conversacional de interações, sustentada em valores colaborativos que podem melhor fundamentar um cuidado sistêmico e sustentável³⁷.

Articulação das dimensões individual e social nas áreas de competência

O foco na relação homem-trabalho, sujeito-objeto e indivíduo-sociedade requer a ampliação do paradigma estabelecido pelo pensamento linear e a inclusão das intersecções existentes entre as ciências físicas, biológicas, subjetivas e sociológicas. Para Schwartz³⁹:

O ‘trabalho’ é ao mesmo tempo uma evidência viva e uma noção que escapa a toda definição simples e unívoca. É sem dúvida nesse ‘e’ que une ‘o trabalho’ e ‘os homens’ que repousa provavelmente a fonte desse caráter enigmático, gerador de paradoxos, e que permite a questão: o que está comprometido – do homem – no trabalho? (p. 32)

A ideia do trabalho como um misto de visível e de invisível foi tratada por Schwartz³⁹, a fim de destacar a natureza social do processo de reprodução e de transformação da existência humana. Esse autor cita François Daniellou⁴⁰ que, na coletânea sobre a “Ergonomia: em busca de seus princípios”, explicita o encadeamento que religa sujeito-objeto segundo contextos históricos, de experiência, de valores e de regras:

Em suas atividades, os homens ou as mulheres tecem no trabalho. Em relação à trama, os fios os religam a um processo técnico, a propriedades da matéria, das ferramentas ou dos clientes, às políticas econômicas – elaboradas eventualmente em um outro continente –, às regras formais, ao controle de outras pessoas... Em relação à cadeia, aqui religados à sua própria história, a seu corpo que aprende e que envelhece; a uma multidão de experiências de trabalho e de

vida; a muitos grupos sociais que lhes ofertaram saberes, valores, regras com os quais eles produzem dia após dia; aos parentes também, fontes de energia e de preocupações; aos projetos, desejos, angústias, sonhos⁴⁰. (p. 1)

Desse modo, a dimensão social no conceito de competência, com foco nas relações entre sujeito e trabalho, é uma perspectiva para a qual a teoria de atividade agrega explicações sistêmicas e, por isso, dialógicas, dinâmicas e complexas. Para Schwartz¹¹, a dimensão social pode ser evidenciada nos componentes da competência, por ele denominados de ingredientes, que caracterizam uma atividade profissional e representam uma atuação/intervenção do sujeito na realidade, sem limite predefinido, sintetizando e religando tudo o que se encontrava separado. Nesse sentido, Schwartz¹¹ define que:

[...] toda atividade é sempre de um lado a aplicação de um protocolo e, de outro, um encontro de gerir... podemos dizer que toda atividade é um debate, uma dramática no sentido em que acontece algo, entre normas antecedentes – tudo o que está do lado da experimentação e do protocolo –, e tudo o que é o encontro dos encontros. (p. 43)

A construção de competência, que toma como referência o trabalho e as interfaces entre diversos sistemas de atividades, é radicalmente diferente daquela baseada na transmissão de saberes específicos dos núcleos profissionais. Mesmo considerando a aplicação de uma técnica específica de cuidado à saúde, ainda é um desafio cotidiano utilizarmos protocolos e diretrizes clínicas contextualizando-os segundo a singularidade de cada paciente e situação.

Nesse sentido, Engeström e Kärkkäinen⁴¹ destacam que o mundo do trabalho está cada vez mais organizado por meio de movimentos horizontalizados que, para além do campo compartilhado, tensionam expansões ou borramentos nas fronteiras dos próprios núcleos profissionais. Para esses autores, os especialistas operam e se movem entre múltiplos contextos de atividades paralelas. Esses contextos múltiplos exigem e oferecem ferramentas cognitivas, regras e padrões de interação social diferentes e complementares, mas também conflitantes. Assim, a construção de competência ocorre simultaneamente nas dimensões individual e social, uma vez que requer o desafio de negociar e combinar elementos singulares de diferentes sistemas de atividade para alcançar resultados efetivos em contextos interprofissionais, organizacionais, econômicos, sociais e culturais.

Representação esquemática de competência

Tanto na abordagem de domínios como na de áreas de competência há um esforço para a comunicação da interconexão entre os distintos elementos constitutivos da competência^{15,18}. Entretanto, a utilização de esquemas representativos deve ser considerada com cuidado, pelo risco de reduzir a complexidade das ideias representadas.

Em relação às áreas de competência, uma representação do entrelaçamento dessas áreas pode ser ilustrada pela articulação dos anéis borromeanos⁴². Em matemática, os anéis ou elos borromeanos estão mutuamente entrelaçados de modo que a remoção de um deles desconecta todos⁴².

A associação entre a ideia de interconexão dos anéis borromeanos com determinadas características da fita de Möbius apoia a representação das áreas de competência e pode favorecer um melhor entendimento da interação entre as dimensões individual e social da competência. Criada pelo matemático e astrônomo August Ferdinand Möbius, em 1858, a fita de Möbius é um objeto não orientável, no qual não se determinam as partes acima e abaixo ou dentro e fora. É obtida pela torção e união das duas pontas de uma fita retangular. A aplicação de três meia torções na fita de Möbius origina um trevo de nó.

No Brasil, a primeira representação esquemática das áreas de competência, buscando representar continuidade e entrelaçamento, pode ser encontrada no logotipo (Figura 3) produzido para o Curso Ativadores de Processos de Mudança para Profissionais de Saúde, uma iniciativa educacional de Pós-Graduação iniciada em 2005, pela Escola Nacional de Saúde Pública e Rede Unida^{43,44}.

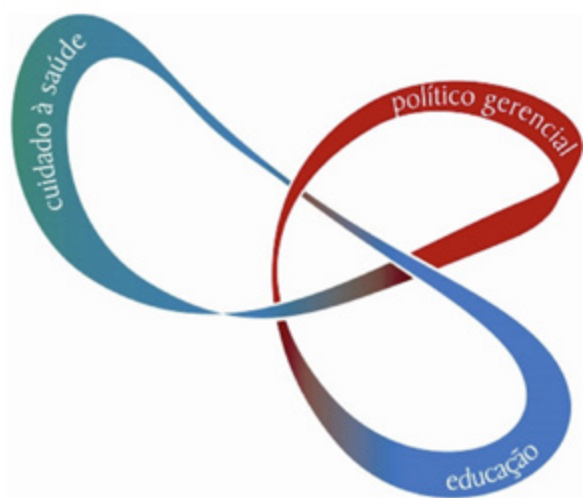


Figura 3. Representação das áreas de competência como anéis borromeanos e como objeto topográfico.

A representação do perfil de competência utilizando as características dos anéis borromeanos e da fita de Möbius expressa movimento e conexão de uma área em relação à outra, além de intersecção entre as hélices. A noção de objeto topográfico possibilita apontar um caminho sem fim a ser percorrido, como ocorre com a construção de competência. As hélices dobradas representam contiguidade, interação e inseparabilidade entre as dimensões individual e coletiva na construção de competência, conforme a perspectiva sistêmica do trabalho em saúde. Assim, a exploração da perspectiva sistêmica aprofunda a fundamentação das áreas de competência, identificadas como um marcador de tendência na construção de perfis de competência na área da Saúde.

Considerações finais

Ao enfrentarmos a incerteza e a complexidade dos contextos mutantes no mundo atual, a organização do trabalho e a formação orientadas exclusivamente pela posse individual de saberes mostraram-se insuficientes, favorecendo a identificação de outros elementos constitutivos da competência. Os modelos que buscam uma organização mais dialógica dos elementos da competência, articulando capacidades e atividades em contextos cada vez mais multiprofissionais e interdisciplinares, vêm disputando espaço com modelos baseados nas capacidades individuais e nucleares dos profissionais.

Considerando as três categorias de análise desta investigação, evidenciamos, pelas produções analisadas, uma tendência à utilização de áreas de competência na definição de perfis de profissionais da saúde, com destaque às produções relativas à enfermagem.

As áreas de competência, fundamentadas pelos conceitos de núcleo e campo, permitem identificar eixos organizadores para a gestão e a formação, uma vez que as atividades do trabalho em saúde são predominantemente realizadas por coletivos de profissionais. Assim, a teoria da atividade, associada à abordagem dialógica de competência, favorece o reconhecimento das relações sistêmicas presentes no mundo do trabalho que ficam mais evidentes nos perfis de competência construídos segundo áreas de competência. Além desse aspecto, a dimensão social e coletiva na construção de competência fica igualmente evidenciada pelas relações de mútua influência e determinação estabelecidas: por saberes, instrumentos, tecnologias, métodos ou recursos utilizados pelo sujeito para realizar a atividade; por normas, diretrizes, regulamentos ou convenções e melhores práticas que orientam a execução da atividade; pelo modo como as atividades são realizadas e como as responsabilidades são compartilhadas; e, finalmente, pelo contexto social em que a atividade é realizada. Esses condicionantes foram mais bem explicitados nos perfis apresentados segundo áreas de competência, embora carecendo de maior robustez conceitual no reconhecimento das relações sistêmicas que resultam no perfil de competência. Essa é uma abordagem que requer maiores investigações e reflexão.

A ideia de que a formação orientada por competência se dá pelo trabalho e não para o trabalho implica o processo de construção de competência como resultado de uma perspectiva sistêmica aplicada à análise da relação sujeito/objeto. Ao se orientarem pelo trabalho em saúde, as áreas de competência possibilitam reconhecer que a relação sujeito/objeto é mediada pela imbricada interação de diversos sistemas de atividade e relações sociais, conferindo maior continência às contradições e ambiguidades inerentes aos sistemas abertos e interconectados.

Por fim, no tocante à construção de perfis de competência para profissionais de saúde, dois focos de tensão se destacam perante as necessidades da sociedade pós-moderna e dos mercados globalizados: a expectativa de adaptação dos profissionais diante das novas demandas e a possibilidade de transformação da existência e do trabalho. Os desdobramentos decorrentes desses diferentes focos mantêm abertos os debates sobre competência e sobre a relação educação/trabalho.

Contribuição dos autores

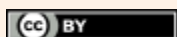
Todos os autores participaram ativamente de todas as etapas de elaboração do manuscrito.

Conflito de interesse

Os autores não têm conflito de interesse a declarar.

Direitos autorais

Este artigo está licenciado sob a Licença Internacional Creative Commons 4.0, tipo BY (https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.pt_BR).



Editora

Roseli Esquerdo Lopes

Editor associado

Volmir José Brutscher

Submetido em

06/03/24

Aprovado em

28/09/24

Referências

1. Deluiz N. Qualificação, competências e certificação: visão do mundo do trabalho. In: Ministério da Saúde. Formação. Humanizar cuidados de saúde: uma questão de competência. Brasília: Ministério da Saúde; 2001. p. 7-17.
2. Ropé F, Tanguy L, organizadores. Saberes e competências: o uso de tais noções na escola e na empresa. Campinas: Papirus; 1997.
3. Fleury MTL, Fleury A. Construindo o Conceito de Competência Construindo o Conceito de Competência. RAC. 2001; Spec No:183-96.
4. Friedmann G, Naville P, organizadores. Tratado de sociologia do trabalho. São Paulo: Cultrix; 1973.
5. Wong SC. Competency definitions, development and assessment: a brief review. Int J Acad Res Progr Educ Develop. 2020; 9(3):95-114.
6. Irigoin M, Vargas F. Competencia laboral: manual de conceptos, método y aplicaciones en el sector salud. Montevideo: Cinterfor; 2002.
7. Ramos MN. Pedagogia das competências: autonomia ou adaptação? São Paulo: Cortez; 2001.
8. Zarafian P. Objetivo competência: por uma nova lógica. São Paulo: Atlas; 2001.
9. Schwartz Y. The components of competency, a necessary exercise for an unsolvable problem. Educ Soc. 1998; 19(65):101-40.
10. Le Boterf G. Desenvolvendo a competência dos profissionais. Porto Alegre: Artmed; 2003.
11. Schwartz Y, Durrieu L, organizadores. Trabalho e ergologia: conversas sobre a atividade humana. Niterói: EdUFF; 2010.
12. Fleck L. Gênese e desenvolvimento de um fato científico. Belo Horizonte: Fabrefactum; 2010.
13. Ramos M. Filosofia da práxis e práticas pedagógicas de formação de trabalhadores. Trab Educ. 2014; 23(1):207-18.
14. Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 287, de 8 de Outubro de 1998. Brasília: Ministério da Saúde; 1998.
15. Minayo MCS. Hermenêutica-dialética como caminho do pensamento social. In: Minayo MCS, Deslandes SF, organizadores. Caminhos do pensamento: epistemologia e método. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2002. p. 83-107.
16. Gomes R. Análise e interpretação de dados de pesquisa qualitativa. In: Minayo MCS, organizadora. Pesquisa Social: teoria, método e criatividade. Petrópolis: Vozes; 2007. p. 79-108.
17. Whittemore R, Knafl K. The integrative review: update methodology. J Adv Nurs. 2005; 52(5):546-53.
18. Frank JR, Snell L, Sherbino JE, editors. CanMEDs 2015 Physician Competency Framework. Ottawa: Royal College of Physicians and Surgeons of Canada; 2015.
19. Andolsek KM, Jones MD Jr, Ibrahim H, Edgar L. Introduction to the Milestones 2.0: assessment, implementation, and clinical competency committees supplement. J Grad Med Educ. 2021; 13 Suppl 2:1-4.

20. Brasil. Conselho Nacional de Educação. Resolução CNE/CES nº 3, de 7 de Novembro de 2001. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Enfermagem, 2001. Brasília: CNS; 2001.
21. Massachusetts Department of Higher Education. The Massachusetts nursing core competencies: a toolkit for implementation in education and practice. Boston: Massachusetts Action Coalition; 2016.
22. Nicola RMS, Vosgeral DSAR. Conceitos e enfoques em competências nas pesquisas brasileiras: uma revisão narrativa. *Rev e-Curric*. 2019; 17(1):107-44.
23. Faculdade de Medicina de Marília. Projeto pedagógico do Curso de Enfermagem [Internet]. Marília: Faculdade de Medicina de Marília; 2018 [citado 22 Ago 2022]. Disponível em: https://www.famema.br/ensino/cursos/docs/Projeto%20Pedag%C3%B3gico%20da%20Enfermagem%202018_Final.pdf
24. Universidade Federal de São Carlos. Centro de Ciências Biológicas e da Saúde. Projeto político pedagógico do curso de graduação em Medicina [Internet]. São Carlos: Universidade Federal de São Carlos; 2007 [citado 22 Ago 2022]. Disponível em: <https://www.dmed.ufscar.br/arquivos/projeto-pedagogico-2007>
25. Brasil. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação Câmara de Educação Superior. Resolução nº 3, de 20 de Junho de 2014. Institui as Diretrizes Curriculares Nacionais do curso de graduação em Medicina e dá outras providências [Internet]. Brasília: Ministério da Educação; 2014 [citado 22 Ago 2022]. Disponível em: http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_docman&view=download&alias=15874-rces003-14&category_slug=junho-2014-pdf&Itemid=30192
26. Bourdieu P. O campo científico. In: Ortiz R, organizador. Pierre Bourdieu: Sociologia. São Paulo: Editora Ática; 1983. p. 122-55.
27. Campos GWS. Saúde pública e saúde coletiva: campo e núcleo de saberes e práticas. *Cienc Saude Colet*. 2000; 5(2):219-30.
28. Ten Cate O. Entrustability of professional activities and competency-based training. *Med Educ*. 2005; 39(12):1176-7.
29. Ten Cate O. Competency-based postgraduate medical education: past, present and future. *GMS J Med Educ*. 2017; 34(5):Doc69.
30. Lima VV. Competência: distintas abordagens e implicações na formação de profissionais de saúde. *Interface (Botucatu)*. 2005; 9(17):369-79. doi: 10.1590/S1414-32832005000200012.
31. Lima VV, Ribeiro ECO. Abordagem dialógica de competência: pressupostos e percurso metodológico para a construção de perfis na área da Saúde. *Interface (Botucatu)*. 2022; 26:e210737. doi: 10.1590/interface.210737.
32. Brasil. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 573, de 31 de Janeiro de 2018 com recomendações à proposta de Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) para o curso de graduação Bacharelado em Enfermagem. Brasília: CNS; 2018.
33. Engeström Y. Learning by expanding: an activity-theoretical approach to development research. Helsinki: Orienta-konsultit; 1987.
34. Querol MAP, Casandre MP, Bulgacov YLM. Teoria da atividade: contribuições conceituais e metodológicas para o estudo da aprendizagem organizacional. *Gest Prod*. 2014; 21(2):405-16.
35. Engeström Y. Expansive learning at work: toward an activity theoretical reconceptualization. *J Soc Educ Work*. 2001; 14(1):133-56.



36. Vygotsky LS. A formação social da mente. 4a ed. São Paulo: Martins Fontes; 1991.
37. Engeström Y. A teoria da atividade histórico-cultural e suas contribuições à educação, saúde e comunicação: entrevista com Yrjö Engeström. *Interface (Botucatu)*. 2013; 17(46):715-27. doi: 10.1590/S1414-32832013000300018.
38. Leontiev AN. Actividad, conciencia y personalidad. Ciudad de México: Editorial Cartago de México; 1984.
39. Schwartz Y. Conceituando o trabalho, o visível e o invisível. *Rev Trab Educ Saude*. 2011; 9 Supl 1:19-45.
40. Daniellou F. L'ergonomie en quête de ses principes. Toulouse: Octarès; 1996.
41. Engeström Y, Kärkkäinen M. Polycontextuality and boundary crossing in expert cognition: learning and problem solving in complex work activities. *Learn Instr*. 1995; 5(4):319-36.
42. Canterella J, Fu JHG, Kusner R, Sullivan JM, Wrinkle NC. Criticality for the Gehring link problem. *Geom Topol*. 2006; 10:2055-115.
43. Lima VV, Feuerwerker LCM, Padilha RQ, Gomes R, Hortale VA. Ativadores de processos de mudança: uma proposta orientada à transformação das práticas educacionais e da formação de profissionais de saúde. *Cienc Saude Colet*. 2015; 20(1):279-88.
44. Fundação Oswaldo Cruz. Caderno do especializando. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2005.

This article addresses the discussion about areas of competency in work management and health training processes. Methodologically, this is an integrative review carried out in specialized databases from 2012 to 2022. A sample of 20 articles showed the presence of two typologies in the representation of health professional profiles: domains and areas of competency. A tendency to use areas of competency was observed in the sample, and the concepts of field and core and Activity Theory were employed in the discussion of the results, considering the explanation of: (i) guiding axes for training and work management; (ii) professional activities according to predominant rationalities and best practices; and (iii) connections between the individual and collective dimensions of competency.

Keywords: Competency. Work. Health. Management. Education.

Este artículo aborda la discusión sobre áreas de competencia en los procesos de gestión del trabajo y de formación en la salud. Metodológicamente, se trata de una revisión integradora realizada en bases especializadas de datos, en el período de 2012 a 2022. Una muestra con veinte artículos mostró la presencia de dos tipologías en la representación de los perfiles de profesionales de salud: dominios y áreas de competencia. Con una tendencia al uso de áreas de competencia, los conceptos de campo y núcleo y la teoría de la actividad se utilizaron en la discusión de los resultados, considerando la explicitación de: ejes orientadores para la formación y la gestión del trabajo; (ii) actividades profesionales según racionalidades predominantes y mejores prácticas y (iii) conexiones entre las dimensiones individual y colectiva de competencia.

Palabras clave: Competencia. Trabajo. Salud. Gestión. Educación.