

TÉCNICA DELPHI: IDENTIFICANDO AS COMPETÊNCIAS GERAIS DO MÉDICO E DO ENFERMEIRO QUE ATUAM EM ATENÇÃO PRIMÁRIA DE SAÚDE.

DELPHI TECHNIQUE: IDENTIFYING THE GENERIC COMPETENCE REQUIRED FOR DOCTORS AND NURSES WORKING IN A PRIMARY HEALTH CARE.

Roseli Ferreira da Silva*
Oswaldo Yoshimi Tanaka**

SILVA, R. F.; TANAKA, O.Y. Técnica Delphi: identificando as competências gerais do médico e do enfermeiro que atuam em atenção primária de saúde. *Rev.Esc.Enf.USP*, v.33, n.3, p. 207-16, set. 1999.

RESUMO

Este trabalho tem como objetivo identificar as competências gerais do médico e do enfermeiro que atuam em atenção primária de saúde em Marília, estado de São Paulo. A técnica Delphi foi utilizada para identificação destas competências. Foram identificadas oito (8) competências gerais: comunicação, trabalho em equipe, gerência, orientada à comunidade, valores profissionais, tomada de decisão, resolver problemas e habilidades educacionais. A competência referente à gerência foi a única a não apresentar consenso entre os médicos que não a consideraram necessária para atuar em medicina.

UNITERMOS: Competência profissional. Cuidados primários de saúde.

ABSTRACT

This study aims to identify the generic competence required of doctors and nurses working in a primary health care. It was based on a series of 3 round of the Delphi technique which identified 8 generic competencies: ability to communicate, ability to be community oriented, ability in teamwork, management skills, educational skills, ability to problem solving, professional skills, ability to make-decision. Only the competence management skills there was not consensus by doctors. They disagree that this competence is required by them working in primary health care.

UNITERMS: Professional competence. Primary health care.

1 INTRODUÇÃO

A Faculdade de Medicina de Marília (Famema), que mantém dois cursos de graduação, o de medicina e o de enfermagem, vem progressivamente desde de 1992 envolvendo o corpo docente na discussão sobre educação dos profissionais da área da saúde. Esta discussão foi desencadeada com a implementação do projeto UNI - Marília: Uma Nova Iniciativa na formação dos profissionais da saúde em união com a comunidade, financiado pela Fundação Kellogg.

De acordo com as diretrizes do projeto UNI, a Famema vem implementando mudanças nos

currículos dos cursos de medicina e enfermagem. As bases da reforma curricular é o ensino baseado em problemas, orientado à comunidade e centrado no estudante. O curso de enfermagem optou pelo Modelo Pedagógico da Problematização e o curso de medicina pela Aprendizagem Baseada em Problemas (PBL).

Uma das atividades educacionais implementada nos dois cursos foi a unidade de ensino - aprendizagem denominada Interação Comunitária, utilizando o Modelo Pedagógico da Problematização. As características desta unidade são:

* Professora do curso de Enfermagem da Faculdade de Medicina de Marília, mestre em enfermagem. Aluna do programa de doutorado do Departamento de Saúde Materno-Infantil da Faculdade de Saúde Pública - USP. E. mail uni@famema.br

** Professor associado do Departamento de Saúde Materno - Infantil da Faculdade de Saúde Pública - USP. E. mail oytanaka@usp.br

- integração dos cursos médico e de enfermagem
- trabalho em pequenos grupos
- orientada à comunidade
- contínua (desenvolvida em todas as séries) interdisciplinar

Com o objetivo de contribuir na estruturação desta unidade realizamos um estudo sobre as competências gerais requeridas do médico e do enfermeiro que atuam em atenção primária de saúde. O processo de ensino - aprendizagem em atenção primária é um dos cenários desta atividade educacional. As competências identificadas deverão ser consideradas pelos planejadores curriculares e pelos docentes envolvidos no planejamento da unidade, como competências necessárias no processo de formação de médicos e enfermeiros. Utilizamos a técnica Delphi como instrumento metodológico para a determinação destas competências.

1.1 Competência

A utilização de competência no campo da educação tem emergido como um componente chave quando se desenha um currículo, numa proposta de ensino, na educação continuada e na avaliação. Educação baseada em competência é uma "forma da educação que deriva um currículo a partir de uma análise prospectiva ou atual do trabalho do profissional, e que tenta certificar o progresso dos estudantes com base na demonstração da performance em alguns aspectos deste trabalho" (LANE; ROSS, 1994, p. 972).

Competência integrada ou holística liga os atributos gerais (conhecimento, atitudes e habilidades) ao contexto no qual estes atributos serão empregados. A noção de competência é relacional, ela aborda as habilidades do indivíduo e as tarefas que são necessárias numa determinada situação. Competência é vista como sendo a capacidade do profissional de empregar uma complexa interação de conhecimentos, atitudes e habilidades para realizar uma atividade. Como GONCZI (1994) diz desta abordagem "permite incorporar a ética e os valores como elementos numa performance competente" (p. 30).

No campo da saúde, a definição de competência profissional tem sido descrita principalmente em dois aspectos, clínico e não clínico. Entre as competências não clínicas podemos considerar as competências gerais, quais sejam, as habilidades essenciais que os estudantes devem desenvolver como profissionais da saúde, além das habilidades clínicas. Um estudo da Universidade de Sheffield na Inglaterra, identificou quatro competências gerais, as quais o estudante deveria desenvolver durante a graduação: gerência e organização,

trabalho em equipe, comunicação e resolução de problemas (LEVY, 1992).

As competências gerais também foram referidas por HARDEN et al (1996). Estes autores explicam que na aprendizagem baseada em tarefas, o estudante aprende sobre a tarefa, desenvolve um entendimento das áreas relacionadas com a tarefa, olha em direção 'a aplicação do conhecimento e habilidades em outro contexto e adquire as competências gerais como exemplificado na tarefa.

Num estudo sobre mudanças na educação médica no Reino Unido, TOWLE (1994) identificou competências que deveriam ser desenvolvidas no curso médico. Para este autor estas competências gerais serão essenciais para toda a vida profissional, independente da especialidade na qual o estudante eventualmente praticará. Estas competências são : aplicação do método científico e pensamento crítico; resolução de problemas; reunir, manipular e armazenar informações; administrar a si próprio e aos outros; comunicação; auto - aprendizagem; habilidades clínicas básicas; trabalhar com outros como um time; relacionamento interpessoal; adaptação à mudanças e participação nas mudanças.

1.2 Técnica Delphi

Delphi, oriundo na mitologia grega, residia no templo de Apolo e tinha o poder de transferir desejos dos deuses e visões do futuro aos mortais inquietos. A técnica Delphi desenvolvida por Helmer e Dalkey numa versão moderna, baseia-se na intuição de grupos para ampliar projeções individuais. Utilizada desta maneira pela *American Rand Corporation* durante o período da guerra fria para analisar e prever os acontecimentos, sendo que a partir de 1960 começou a ser aplicada na previsão de acontecimentos em vários setores (SPÍNOLA, 1984).

A técnica Delphi tem sido definida como "técnica de processo grupal que tem por finalidade obter, comparar e direcionar julgamento de peritos para um consenso sobre um tópico particular; assim, promove a convergência de opiniões, embora nem sempre, em última instância, seja completada" (SPÍNOLA, 1984).

Tem sido largamente utilizada por uma variedade de campos como na economia, administração, ciências sociais, educação e outros. Também tem sido aplicada para pesquisa e educação para: resolução de problemas, planejamento e avaliação (Notter, 1983 apud GRANT; KINNEY, 1992).

Na educação, a técnica Delphi tem sido utilizada para selecionar competências, objetivos, conteúdos de cursos ou de disciplinas, dos currículos dos cursos da área da saúde, principalmente dos cursos de medicina e enfermagem, dentre os quais destacamos: STRILLER; TRESOLINI; REEB (1994)

"The Delphi technique in curriculum development": WILLIAMS; WEBB (1994) *"Clinical supervision skills: a Delphi and critical incident technique study"*: BEECH (1991) *"Changes: the Delphi technique adopted for classroom evaluation of clinical placements"*: LAWRENCE et al (1994) *"Determining the content of a surgical curriculum"*: Duffield (1991) *"Maintaining competence for first-line nurse managers: an evaluation of the use of the literature"*: BOND: BOND (1982) *"A Delphi survey of clinical nursing research priorities"*: LOUGHLIN; MOORE (1979) *"Using Delphi to achieve congruent objectives and activities in a Pediatrics department"*:

Ao utilizar essa técnica para definição de objetivos para o desenvolvimento curricular será possível analisar problemas, identificar soluções e detalhar o processo curricular. Ao propiciar a participação do corpo docente no processo será possível legitimar, junto a esses atores, os objetivos e o desenho curricular. O resultado final poderá ser um documento político no qual todos os profissionais se comprometam, "assinem em baixo".

A técnica Delphi é constituída pelas seguintes etapas de execução:

1. informações referentes às questões, é postada individualmente a cada membro do painel, que então responde para o pesquisador; este procedimento é anônimo e confidencial,

2. as respostas são escrutinadas e coletadas pelo pesquisador,

3. o pesquisador compila uma lista com todas as respostas e envia novamente para os membros do grupo,

4. neste estágio, os especialistas são solicitados a reconsiderar a lista e responder indicando sua concordância ou não com os itens da lista,

5. respostas são coletadas uma vez mais e o processo repetido até o consenso ser alcançado.

Há quatro características principais da técnica Delphi que a distingue de outros processos de decisão de grupo, quais sejam: anonimato, interação com *feedback* controlado, respostas com informações estatísticas e o conhecimento que o especialista traz para o grupo. Essa última é condição essencial para o trabalho, exige, assim, que o especialista tenha um real conhecimento do tema em discussão (GOODMAN, 1987).

A técnica Delphi tem uma flexibilidade a qual permite considerável diversidade em sua aplicação. Assim ela tem sido modificada, quando aplicada em alguns estudos e pesquisas, principalmente aquelas em que a variável tempo necessita ser controlada.

A modificação mais freqüente ocorrida na técnica Delphi refere-se à busca do consenso. Na forma convencional da técnica Delphi as 5 etapas

de execução são subseqüentemente repetidas, solicitando para os participantes do painel de *experts* sua reconsideração frente ao resultado da etapa anterior, até que haja consenso entre os participantes. Na técnica denominada de Delphi modificada, propõe-se um limite no número de ciclos de execução, para a qual tem sido propostos 2 à 4 ciclos para a busca do consenso. Assim o "consenso" representa o nível conseguido na última etapa determinada, geralmente num ponto de corte previamente definido pelo pesquisador.

No ponto de vista de REID (1988) a principal vantagem da técnica é que ela remove os fatores interpessoais que freqüentemente influenciam os grupos ou comitês de consenso, quando os participantes estão frente a frente. Esta técnica encoraja opiniões honestas devido a não existência de pressão do grupo. Outras vantagens apresentadas por este autor são:

- remove a dificuldade que as pessoas têm de rever opiniões emitidas previamente;
- permite tempo para pensar individualmente;
- permite uma ampla participação de pessoas de diversas especialidades e experiências sem problemas de comunicação;
- permite o envolvimento de um maior número de pessoas que uma conferência normalmente pode efetivar;
- reduz custo por não precisar reunir todos os participantes.

WILLIAMS; WEBB (1994) apontam que muitas das limitações no uso da técnica Delphi são relacionadas com as dúvidas sobre a respeitabilidade científica que é freqüentemente referida sobre o método. Estas autoras citam três questões como problemáticas no uso da técnica Delphi quais sejam: a seleção dos participantes, o número de participantes e o critério de consenso. Para minimizar essa última, sugerem que o conceito de consenso deve ser definido antes do início do inquérito.

2 METODOLOGIA

A técnica Delphi foi utilizada neste estudo para estabelecer as competências gerais requeridas para o médico e para o enfermeiro que atuam em atenção primária de saúde. O estudo se constituiu de duas partes, a primeira foi preparatória para a elaboração de uma listagem inicial que servisse de subsídio ao início da aplicação da técnica Delphi. A outra parte foi a aplicação efetiva da técnica Delphi como preconizada: para essa parte estruturou-se

um questionário a partir dos resultados da parte preparatória, onde se buscou o consenso de opiniões entre os participantes do painel Delphi.

Parte preparatória

Na parte preparatória participaram 20 profissionais que atuavam em diferentes localidades, do ponto de vista geográfico e de diferentes níveis dos serviços de saúde. Estes foram 03 enfermeiros, 14 médicos e 03 profissionais da área de ciências biológicas, os quais naquele momento participavam de um curso sobre "Tendências em educação das profissões da saúde".

O propósito desta fase foi reunir informações sobre as competências gerais requeridas para os médicos e enfermeiros de tal forma que pudessem derivar um questionário a ser submetido, na segunda parte do estudo, aos médicos e enfermeiros que atuavam em atenção primária de saúde em Marília. O objetivo do estudo, o processo Delphi, o papel dos participantes e o termo competências gerais foram brevemente e claramente explicados aos participantes.

1ª parte preparatória: foi solicitado aos participantes que listassem 3 competências gerais requeridas aos médicos e enfermeiros que atuam em atenção primária de saúde. Estas respostas foram editadas exatamente como cada um respondeu, gerando assim uma lista de 62 sugestões de competências, muitas das quais eram iguais ou semelhantes.

2ª parte preparatória: ocorreu 24 horas após a primeira, onde foi submetido aos mesmos participantes a lista contendo as 62 competências geradas por eles na primeira etapa, os quais podiam identificar suas próprias respostas. Assim, foi solicitado aos participantes que lessem esta lista das competências e que reconsiderassem sua resposta frente aos resultados contidos nela, selecionando 5 competências. Desta segunda interação resultou uma outra lista contendo 86 competências, aumentando ainda mais a semelhança e igualdade entre as competências.

As 86 competências identificadas na 2ª parte preparatória, foram compiladas, sintetizadas e categorizadas para evitar duplicação e facilitar a compreensão dos participantes do painel Delphi. A categorização resultou em 8 competências gerais, que compuseram o questionário para a aplicação da técnica Delphi.

Aplicação da técnica Delphi

Para esta fase foram selecionados os 60 profissionais entre médicos e enfermeiros, todos docentes da Famema e todos profissionais que atuavam em sete Unidades Básicas de Saúde da

Secretaria Municipal de Saúde envolvidos com o Projeto UNI, o qual se caracteriza por uma integração Ensino - Serviço - Comunidade. Partiu-se do princípio que esse universo de profissionais poderia contribuir como *experts* emitindo opiniões baseado nas experiências empíricas sobre as competências gerais. O painel Delphi foi constituído por 7 enfermeiras, 6 docentes de enfermagem, 35 médicos e 12 docentes de medicina. O propósito foi estabelecer as competências gerais requeridas pelos médicos e enfermeiros que atuam em atenção primária de saúde.

O questionário com a lista das 8 competências estabelecidas na parte preparatória foi enviado aos 60 participantes com uma carta esclarecendo os objetivos do estudo. Esse questionário foi organizado de forma a permitir que cada participante pudessem emitir um parecer sobre cada uma das competências e também acrescentar novas competências de acordo com sua experiência. Para as 8 competências listadas foi solicitado a cada participante que atribuísse um valor de acordo com sua concordância ao enunciado. A escala utilizada foi a de Likert, cuja pontuação estabelecida foi de 1 a 5 (discorda totalmente - concorda totalmente).

Optou-se pela escala de Likert por ser uma escala simples de mensuração de atitude no qual cada participante atribui pontos de forma independente e os escores alcançados pelas proposições enunciadas são correlacionadas com os totais alcançados. Essa forma de procedimento da pontuação permite testar a consistência interna, significando que cada indivíduo só pode ser visto relativamente ao grupo de entrevistados que faz parte (PARDINAS; MANN, 1970).

Tendo em vista que a técnica preconiza uma definição prévia de consenso antes da aplicação dos questionários definiu-se neste estudo que o critério de consenso para a inclusão das competências seria o escore de 4 ou mais. Portanto as competências com escore inferior a 4 foram consideradas não selecionadas pelo painel Delphi.

3 RESULTADOS

Dos 60 questionários enviados 32 (53%) foram devolvidos. A devolução do questionário foi diferente de acordo com cada categoria profissional, sendo que a devolução foi realizada por 10 (76,92%) dos enfermeiros e por 22 (46,80%) dos médicos. Para análise dos dados foram aplicados testes estatísticos baseados na média, desvio padrão, *t*-test. Essa análise foi realizada pelo programa estatístico SPSS (Statistical Package for the Social Sciences).

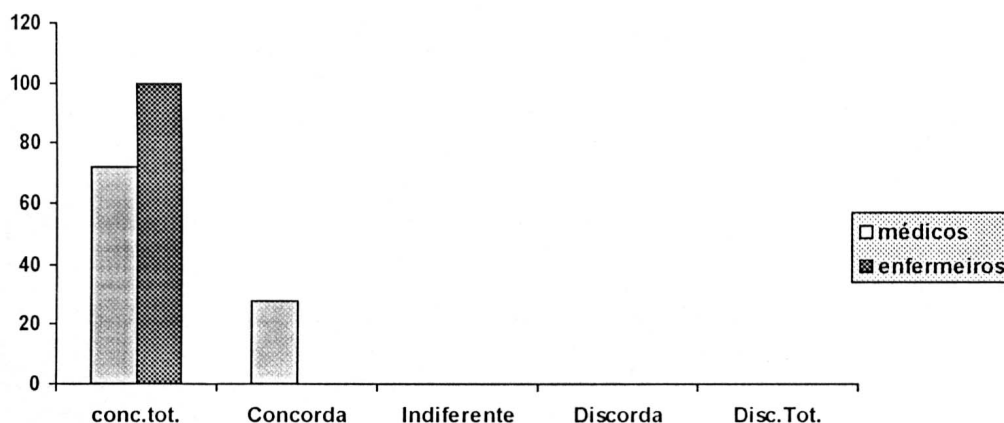
Apesar de haver uma abertura para a enunciação de novas competências no questionário,

não houve nenhuma contribuição dos participantes. Os resultados apresentados a seguir foram baseados nos 32 questionários devolvidos e cada competência foi analisada separadamente de acordo com as categorias profissionais.

Quanto à habilidade de comunicação do profissional, 100% dos enfermeiros concordam

totalmente e 70% dos médicos com esta competência. A comunicação se mostra como uma competência geral de grande importância entre os médicos e enfermeiros para o trabalho em atenção primária de saúde, visto a alta porcentagem de aprovação de ambos os profissionais. E a concordância aparece em 30% dos médicos (gráfico 1).

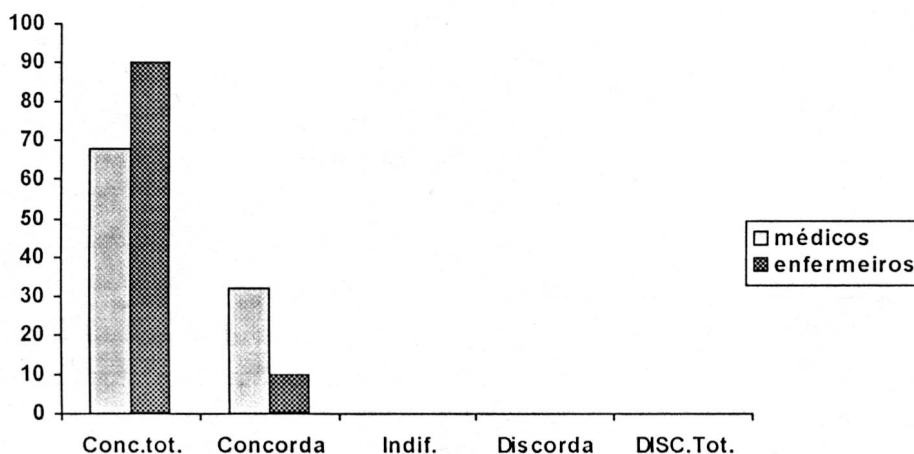
Gráfico 1: Porcentagem da competência "comunicação", segundo níveis de concordância dos enfermeiros e médicos. Marília, 1996.



Orientada à comunidade, é uma competência geral em que ambos, enfermeiros e médicos, concordam totalmente em 90% e 70%, respectivamente. Apesar de parecer óbvio que o profissional que trabalha em atenção primária deva ser um profissional orientado à comunidade, ou seja

considerar as necessidades de saúde e prioridades da comunidade para o exercício de sua profissão, alguns enfermeiros e médicos parecem não ter certeza absoluta da necessidade desta competência, tendo em vista que simplesmente concordam em 10% e 30% respectivamente (gráfico 2).

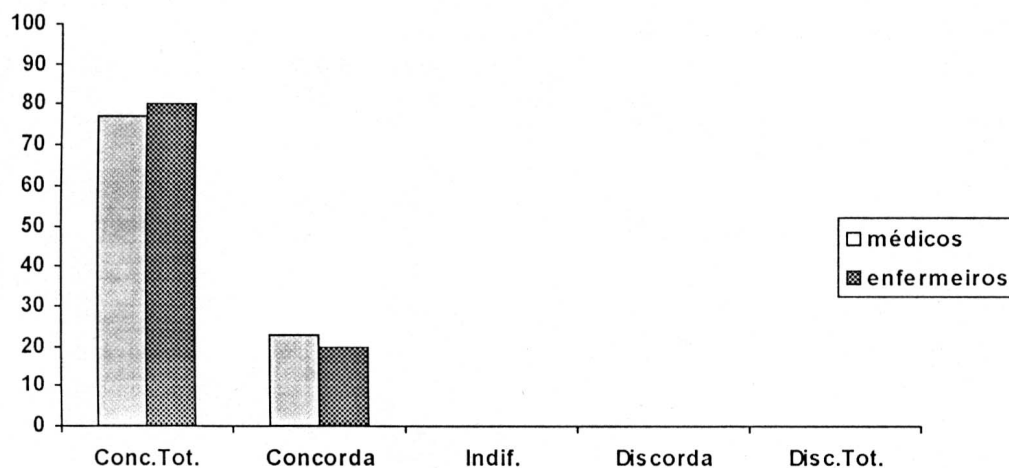
Gráfico 2: Porcentagem da competência "orientada à comunidade", segundo níveis de concordância dos enfermeiros e dos médicos. Marília, 1996.



Uma grande porcentagem de enfermeiros e médicos concordam totalmente em 80% e 77% respectivamente, que a habilidade de trabalhar em equipe é uma competência geral requerida para o trabalho em atenção primária de saúde. Apesar do trabalho em equipe estar sendo amplamente

recomendado como uma das estratégias fundamentais para atenção primária, pois a multicausalidade dos problemas da saúde não poderá apenas ser enfrentada por um profissional. Neste estudo 20% dos enfermeiros e 23% dos médicos apenas concordam com esta competência (gráfico 3).

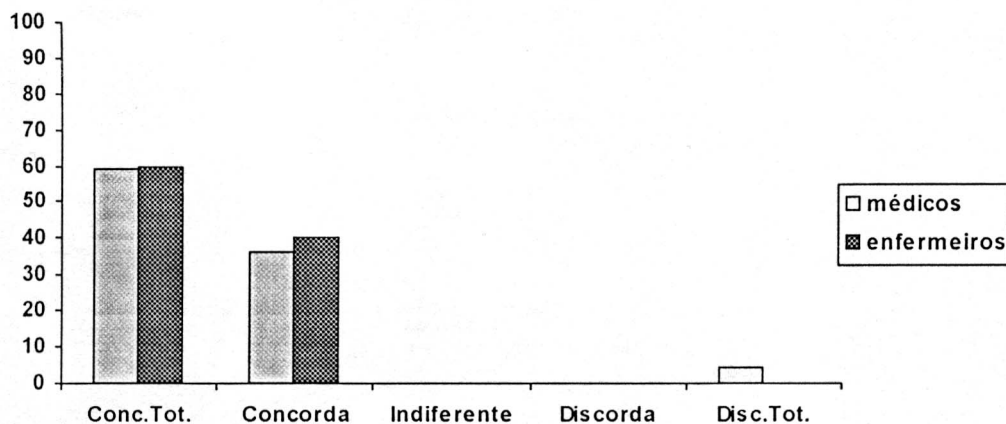
Gráfico 3: Porcentagem da competência "trabalho em equipe", segundo níveis de concordância dos enfermeiros e dos médicos, Marília, 1996.



No gráfico 4, observa-se que quanto à resolução de problemas, os enfermeiros e os médicos concordam totalmente em 60% e 59% respectivamente. A resolução de problemas é essencial para aumentar a resolutividade dos serviços e é muito importante no trabalho do profissional da saúde devido a dinâmica dos serviços de saúde bem como pela ampla problemática de

saúde que a comunidade vem enfrentando. Os enfermeiros e os médicos concordam em 40% e 36% respectivamente, que a habilidade de resolver problemas é uma competência requerida para o trabalho em atenção primária de saúde, apontando que há necessidade de enfatizar os instrumentos de intervenção na formação desses profissionais.

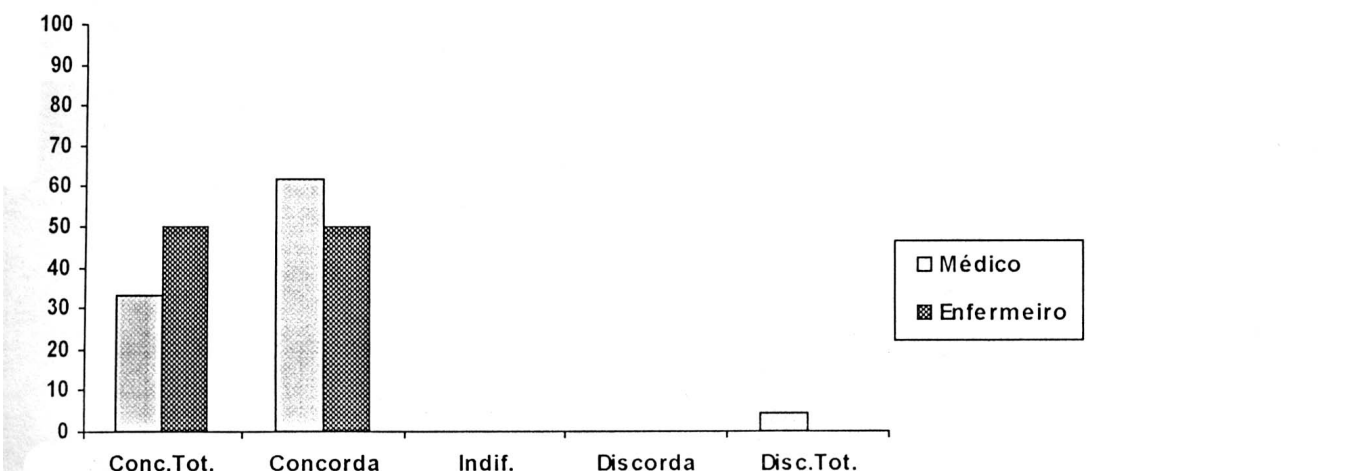
Gráfico 4: Porcentagem da competência "habilidade para resolver problemas", segundo níveis de concordância dos e enfermeiros e dos médicos, Marília, 1996.



Ao avaliar a habilidade educacional observamos que os enfermeiros e os médicos concordam totalmente em 50% e 34% respectivamente que esta competência é necessária para o trabalho em atenção primária. A educação em saúde tem estado presente cada vez mais no trabalho do profissional da saúde. O modelo de vigilância à saúde que os serviços tem procurado implementar exige que cada vez mais médicos e enfermeiros desenvolvam trabalho

educacional com o indivíduo, com a família e com a comunidade. Para 50% dos enfermeiros e 62% dos médicos apenas concordam, ainda, 4% dos médicos discordam totalmente da necessidade de se desenvolver a habilidade educacional. Nos fica a preocupação de que esta competência ao ser menos valorizada possa diminuir o alcance de competências como orientado à comunidade ou mesmo do trabalho em equipe (gráfico 5).

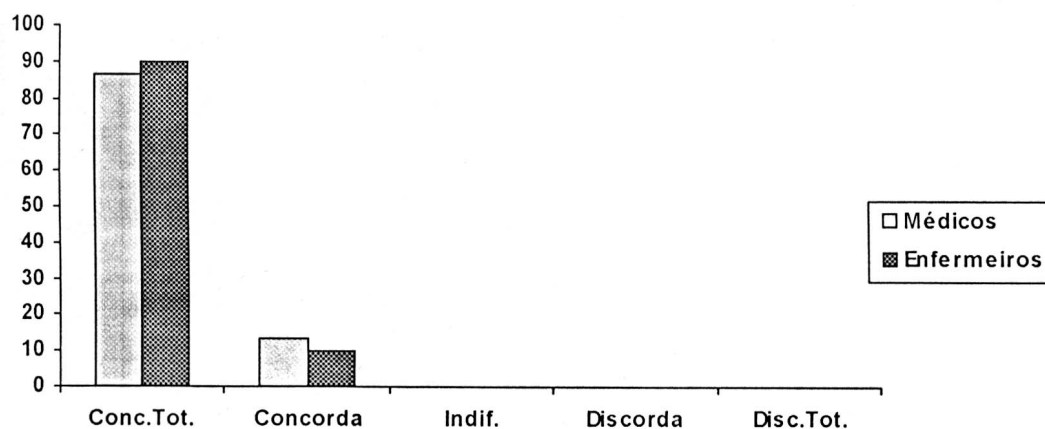
Gráfico 5: Porcentagem da competência “habilidade educacional”, segundo níveis de concordância dos enfermeiros e dos médicos. Marília, 1996.



Quanto aos valores profissionais, os enfermeiros e os médicos concordam totalmente em 90% e 86% respectivamente, que esses são competências gerais necessárias para aqueles que trabalham em atenção primária de saúde. Essa competência envolve a ética profissional. Uma habilidade que tradicionalmente sempre teve seu

papel na formação do médico e do enfermeiro, ocupando um espaço nos currículos como uma disciplina em ambos os cursos. Talvez isto justifique a grande porcentagem no nível de concordância total observado. Esses mesmos profissionais concordam em 10% e 14% respectivamente com essa competência (gráfico 6).

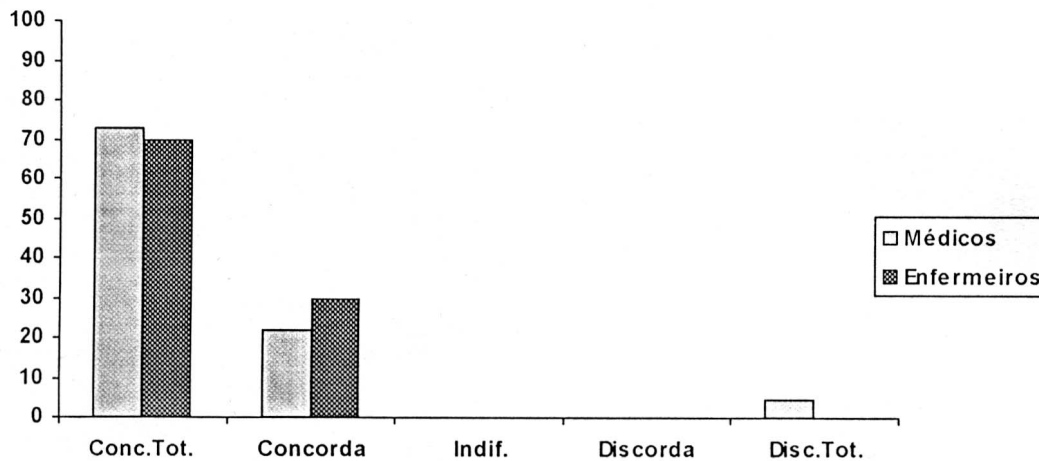
Gráfico 6: Porcentagem dos “valores profissionais”, segundo níveis de concordância dos médicos e dos enfermeiros. Marília, 1996.



Tomar decisões é uma competência que tanto os enfermeiros como os médicos concordam totalmente em 70% e 72% respectivamente que, é necessária para o desenvolvimento do trabalho destes profissionais em atenção primária de saúde. Médicos e enfermeiros se encontram frequentemente em situações nas quais devam tomar decisões. Sem dúvida, a freqüência, a complexidade e a importância das decisões a serem tomadas variam de acordo com as pessoas, o local, a responsabilidade individual e

outros fatores. Deste modo, há possibilidade de permitir que decisões importantes sejam tomadas de uma forma sistematizada e compartilhada, para que se obtenham os melhores resultados possíveis. Entende-se que tomada de decisão seja um processo que envolve fenômenos, tanto individuais como sociais, baseados em premissas de fatos e valores (CIAMPONE, 1991). E a concordância a essa competência apresenta-se em 30% para os enfermeiros e 23% para os médicos (gráfico 7).

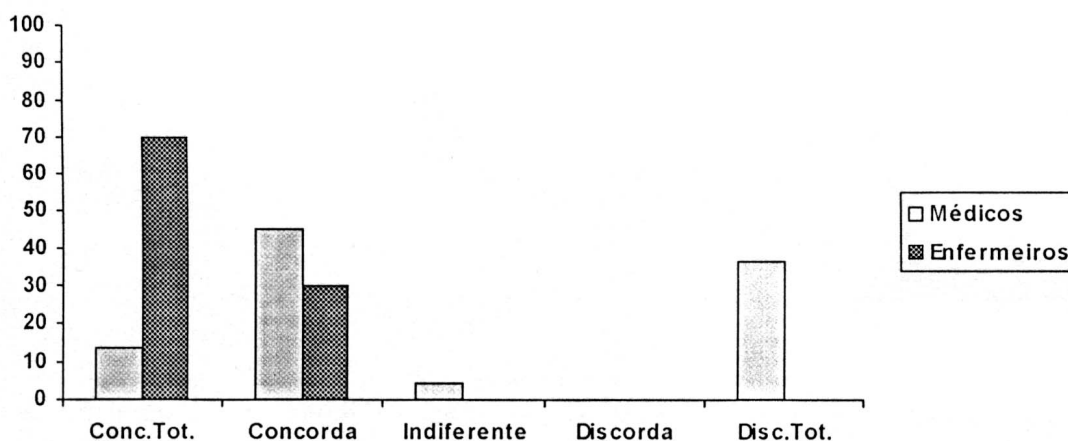
Gráfico 7: Porcentagem da competência “habilidade de tomar decisões”, segundo níveis de concordância dos médicos e dos enfermeiros, Marília, 1996.



Neste estudo 70% dos enfermeiros e 13% dos médicos concordam totalmente com a competência de habilidade em gerência. Observou-se assim, uma grande diferença na valorização dada a essa competência por esses profissionais, apontando que de forma distinta das anteriores, os médicos concordam pouco e em 36% chegaram a discordar totalmente dessa competência. Na medida em que essa competência engloba tanto o gerenciamento de

recursos para a gestão dos serviços de saúde, como para manejar a assistência ao paciente e ao trabalho em equipe a valorização dada pelos médicos sugere que a visão dos médicos é a de um profissional liberal, independente que não é adequado com a atual configuração do sistema de saúde. A concordância é observada em 30% dos enfermeiros e 45% dos médicos (gráfico 8).

Gráfico 8: Porcentagem da competência “habilidade em gerência”, segundo níveis de concordância dos enfermeiros e dos médicos, Marília, 1996.



Ao realizar o tratamento estatístico observamos que para a competência gerencial se apresenta uma média 3.000 para os médicos, e média de 4.800 para os enfermeiros, t -test: 3.47 e p 0.002 portanto, mostrando que há diferença significativa nessa competência entre as respostas dos enfermeiros e dos médicos, apontando para uma diferença dessas

categorias profissionais nesta competência (tabela 1).

As competências de habilidade de comunicação, ser orientada à comunidade, trabalho em equipe, educacional, resolução de problemas, tomar decisões e os valores profissionais, mostraram nas respostas uma coerência interna entre as opiniões dos médicos e dos enfermeiros.

Tabela 1: *t*-test entre os escores de cada competência geral dos médicos e dos enfermeiros.

Variáveis	M Médicos	M Enfermeiros	t	p
Comunicação	4727	5000	1.87	.071
Orientada à comunidade	4681	4900	1.32	.198
Trabalho em equipe	4772	4800	0.17	.868
Habilidade educacional	4190	4500	1.03	.311
Resolução de problemas	4454	4600	0.47	.643
Valores profissionais	4863	4900	0.28	.782
Tomada de decisão	4590	4800	0.69	.495
Habilidade em gerência	3000	4800	3.47	.002

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Competências, tais como os valores profissionais, trabalho em equipe, comunicação e orientada à comunidade mostraram ter maior concordância entre os profissionais do que as competências como resolução de problemas, habilidade educacionais, tomada de decisão e habilidade em gerência.

A Faculdade de Medicina de Marília vem implementando a unidade educacional Interação Comunitária. Esta tem como característica principal a integração dos cursos de enfermagem e medicina, para a qual será de suma importância considerar as diferenças de concordância referente a estas competências, bem como as diferenças entre as categorias profissionais encontradas nesse estudo.

É certo que uma profissão passa por alterações ao longo de sua existência devido 'a múltiplas determinações, como por exemplo, o desenvolvimento tecnológico e o processo de trabalho. Assim novas práticas são incorporadas ao trabalho continuamente determinando novas competências.

Segundo a WHO (1996) os médicos devem ser preparados a aceitar que a tomada de decisões no cuidado de saúde é um exercício multidisciplinar e multiprofissional, e que devam se envolver com os problemas da sociedade e os sistemas de saúde, buscando adaptar - se 'as necessidades futuras.

Assim a determinação das competências necessárias ao trabalho profissional orientam professores e comitês de organização curricular no desenvolvimento do currículo. GONCZI (1994) sugere que definir claramente as competências

esperadas do profissional tem as seguintes vantagens:

- a oportunidade para o profissional refletir a natureza do seu trabalho dentro de uma estrutura mais ampla do que tem sido feito;
- estabelecer publicamente o que os membros de uma profissão estão habilitados a fazer e o que o público pode razoavelmente esperar deles;
- providenciar metas mais claras do que normalmente existem para as instituições de ensino e para os programas de educação permanente;
- tornar mais claro para o estudante o que será esperado alcançar como um recém formado ou como alguém buscando uma especialidade ou um status avançado.

Acompanhar a evolução de uma profissão, a sua prática e as novas competências que estão sendo incorporadas na profissão deve ser parte inerente do processo educativo. A realização de estudos como este fornecem subsídios para o reconhecimento de "novas" competências que devem ser incorporadas no currículo das escolas, e servirem de diretrizes aos processos de educação permanente.

Reconhecendo que as competências em comunicação, ser orientado à comunidade, trabalho em equipe, educação, resolver problemas, tomada de decisões e os valores profissionais são fortemente valorizados pelos docentes e profissionais na prática e considerando que foi identificado um frágil reconhecimento de competência gerencial por parte dos médicos, o presente estudo possibilitou a

incorporação destas competências nos currículos dos cursos de medicina e de enfermagem na Faculdade

de Medicina de Marília, os quais serão monitorados em seu desenvolvimento.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- BEECH, B.F. Changes: the Delphi technique adapted for classroom evaluation of clinical placements. *Nurse Educ. Today*, v.11, n.3, pp. 207-12, 1991.
- BOND, S.; BOND, J. A Delphi survey of clinical nursing research priorities. *J. Adv. Nurs.*, v. 7, n.6, p. 565-75, 1982.
- CIAMPONE, M.H.T. Tomada de decisão em enfermagem. In: KURCGANT, P. (coord.) *Administração em enfermagem*. São Paulo, EPU, 1991. cap. 15, p. 191-206.
- DUFFIELD, C. The Delphi technique: a comparison of results obtained using two expert panels. *Int. J. Nurs. Stud.*, v. 30, n. 3, p. 227-37, 1993.
- GONCZI, A. Competency based assessment in the professions in Australia. *Assess. Educ.*, v.1, n.1, p.27-44, 1994.
- GRANT, J.S.; KINNEY, M.R. Using the Delphi technique to examine the content validity of nursing diagnoses. *Nurs. Diagn.*, v. 3, n.1, p. 12-22, 1992.
- GOODMAN, C.M. The Delphi technique: a critique. *J. Adv. Nurs.*, v.12, n. 6, p. 729-34, 1987.
- HARDEN, R.M. et al. Task-based learning: an educational strategy for undergraduate, postgraduate and continuing medical education, part 1. *Med. Teacher*, v.18, n. 1, p. 7-13, 1996.
- LANE, D.S.; ROSS, V. The importance of defining physicians' competencies: lessons from preventive medicine. *Acad. Med.*, v. 69, n. 12, p. 972-74, 1994.
- LAWRENCE, P.F. et al. Determining the context of a surgical curriculum. *Surgery*, v. 94, n. 2, p. 309-17, 1983.
- LEVY, M. **Improving the personal skills of graduates in transferable personal skills and higher education curriculum**. Sheffield, University of Sheffield, 1992.
- LOUGHLIN, K.G. ; MOREE, L.F. Using Delphi to achieve congruent objectives and activities in a paediatric department. *J. Medical Educ.*, v. 54, n. 2, p. 101-6, 1979.
- MANN, P.H. **Métodos de investigação sociológica**. Rio de Janeiro, Zahar, 1970.
- PARDINAS, F. **Metodología y técnicas de investigación en ciencias sociales: introducción elemental**. México, Siglo Veintiuno, 1970.
- REID, N. The Delphi technique: its contribution to the evaluation of professional practice. In: ELLIS, R. **Professional competence and quality assurance in the caring professions**. London, Crom Helm, 1988. p. 230-62.
- SPÍNOLA, A.W. P. **Delfos: proposta tecnológica alternativa**. São Paulo, Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, 1984.
- STRITTE, F.T.; TRESOLINI, C.P.; REEB, K.G. The Delphi Technique in curriculum development. *Teaching Learn. Med.*, v.6, n.2, p. 136-41, 1994.
- TOWLE, A. Changing medical education in the United Kingdom: the role of a non - governmental organisation. *Med. Educ.*, v. 5, n. 3, p. 16-170, 1994.
- WILLIAMS, P.L.; WEBB, C. The Delphi technique: a methodological discussion. *J. Adv. Nurs.*, v.19, n.1, p. 180-6, 1994.
- WHO. **Doctors for Health: a WHO global strategy for changing medical education medical practice for health for all**. Geneva, 1996.