



Competências profissionais e sua gestão na saúde: Um estudo de caso com médicos de um hospital de Belo Horizonte

Professional competences and its management in health: A case study with doctors from hospital in Belo Horizonte

Leandro Eduardo Vieira BARROS [1](#); Kely César Martins de PAIVA [2](#); Thiago de Souza MELO [3](#)

Recibido: 24/11/16 • Aprobado: 08/12/2016

Conteúdo

- [1. Introdução](#)
- [2. Competências profissionais e sua gestão](#)
- [3. Metodologia](#)
- [4. Apresentação e discussão dos resultados](#)
- [5. Considerações finais](#)

Referencias

RESUMO:

O objetivo deste estudo foi analisar como são formadas e geridas as competências profissionais de médicos de um hospital particular, localizado em Belo Horizonte (MG). Foi realizada uma pesquisa descritiva com abordagem qualitativa nos moldes de um estudo de caso. Após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa do hospital (protocolo nº 314), a coleta de dados contou com análise documental e 21 entrevistas, incluindo-se a aplicação de uma técnica projetiva de associação de figuras, o que caracterizou uma pesquisa qualitativa com triangulação intrametodológica. Para análise dos dados, foram utilizadas as análises documental e de conteúdo. Quanto à formação das competências dos médicos, observaram-se ações relativas à atenção à saúde e à educação permanente. Sua gestão é realizada prioritariamente pelo próprio médico e se dá por meio de mecanismos formais e informais. Dentre as dificuldades envolvidas nesse processo, foram manifestadas: falta de tempo, acúmulo

ABSTRACT:

The objective of this study was to analyze how professional competences of doctors of a private hospital, located in Belo Horizonte (MG), are formed and managed. The descriptive case study was performed in a qualitative approach. Data collection relied on documents and 21 interviews, including the application of a projective technique of association of figures, which featured a methodological triangulation. Data analysis was performed using the document and content analysis. The formation of the medical competences was based on actions involved in health care and continuous learning. Its management is primarily carried out by the doctors who use formal and informal mechanisms. Among the difficulties involved in this process, they were raised: lack of time, accumulation of functions, high upgrade costs, lack of attention by the responsible agencies. Given the data and the limitations of the study, suggestions for future research, to doctors and to the hospital were aligned.

de funções, altos custos de atualização, falta de atenção dos órgãos responsáveis. Diante dos achados e das limitações da pesquisa, foram alinhadas sugestões para pesquisas futuras, para os médicos e o hospital.

Palavras-chave: Competência profissional; Médicos; Hospitais; Pesquisa qualitativa.

Keywords: Professional competence; Physicians; Hospitals; Qualitative Research.

1. Introdução

Apesar de ainda não haver consenso sobre o conceito de competência (Steffen, 1999; Boterf, 2003), os estudos, tanto no nível organizacional, como no individual ou profissional, têm evoluído nas últimas décadas (Nascimento & Oliveira, 2010). O termo 'competência' surgiu com o taylorismo-fordismo, para definir uma pessoa capaz de desempenhar uma tarefa (Brandão; Guimarães, 2001). Já no Brasil, o modelo de gestão de competências começou a ser implantado a partir da década 1990, sem muita expressão e de modo incipiente (Froehlich, 2010; Pinheiro *et al.*, 2015). Essa implantação decorreu de uma reestruturação tecnológica, produtiva e gerencial na qual passaram a ser exigidas do trabalhador novas habilidades e atitudes mais relacionadas com o perfil organizacional devido às exigências de um mercado mais competitivo (Bitencourt & Barbosa, 2010).

Assim, a competência organizacional depende da profissional; no entanto, devido a questões estruturais, nem sempre o somatório das competências individuais dos membros de uma organização se traduz em competência organizacional, já que no nível individual a competência pode ser contestada no cotidiano laboral (Paiva, 2013). Desse modo, a competência profissional é a base para qualquer 'avanço' organizacional. Entende-se por competência profissional a mobilização, na ação produtiva, de saberes diferenciados que geram resultados que são reconhecidos pelo próprio indivíduo e por terceiros, em diversos níveis de análise (Paiva & Melo, 2008).

Dessa forma, a competência não diz de uma capacidade em si, mas da sua mobilização real que gera resultados legitimados e valorizados pelos diversos atores sociais envolvidos na ação do profissional. Para que tal mobilização ocorra, é necessário que a competência profissional seja formada e desenvolvida continuamente, o que engloba todas as mudanças pelas quais o profissional passa, assim como o contexto em que ele está inserido. Diante desses pressupostos, a gestão de competência pode ser entendida como o conjunto dos esforços envidados não apenas pelo próprio sujeito, como por outros atores sociais, visando a formação e o desenvolvimento de suas competências, fundamentada na sua reflexão na e sobre sua ação, gerando resultados em termos macro, micro e parciais, observados por todos os envolvidos, ou seja, ele mesmo e outros que com ele convivem (Paiva & Melo, 2008).

De acordo com esse conceito, a gestão de competências profissionais pode ocorrer a partir da congregação de diversos esforços de vários atores sociais, mas nem sempre tais empreendimentos acontecem de fato, nem no ritmo necessário ao atendimento das demandas, principalmente em função das condições de trabalho a que as pessoas estão sujeitas (Paiva & Melo, 2008).

No caso dos profissionais da medicina, os médicos têm condições de vida e trabalho que evidenciam perdas no seu '*status quo*', historicamente construído. Algumas evidências atestam o declínio social do médico, quais sejam: remuneração abaixo das expectativas da corporação; redução significativa da clientela particular; redução relativa e absoluta da atividade em consultório; dependência econômico-financeira da atividade liberal em relação a contratos e convênios com sistema empresarial de prestação de serviços; aumento absoluto da jornada de trabalho para garantir a manutenção de um padrão salarial; dentre outros (Machado, 1998). Em específico, Kanno *et al.* (2012) destacam a sobrecarga e as condições desfavoráveis de trabalho, originárias de sentimento de impotência e de frustração.

Tendo em vista suas condições de saúde e de trabalho, os profissionais da medicina presenciam, ainda, o aumento da jornada de trabalho, sendo normal existir mais de um vínculo

empregatício. Note-se, ainda, a desvalorização do seu trabalho, a redução da remuneração e o agravamento nas suas condições de trabalho (Machado, 1998). Outra dificuldade no exercício da medicina é o problema emocional, fruto do enfrentamento de relações entre o profissional, o paciente e a família do paciente, que são bastante complexas do ponto de vista psicológico, já que tratam de emoções internas em todos os envolvidos (Macedo, 2007; Kanno *et al.*, 2012).

Quanto ao contexto de trabalho,

é comum a imagem, no Brasil, de enormes filas de pacientes em serviços emergenciais públicos à espera de atendimento médico. Muitos destes pacientes podem ter o caráter "emergencial" de sua situação questionado; os médicos de plantão, em número aquém das necessidades e remunerados com salários aviltantes, trabalham descontentes com as condições para o exercício de sua profissão (Ferraz, 1998, p. 11)

Tais problemas não ficam restritos à esfera pública. São várias as dificuldades enfrentadas pela população brasileira no que tange a sua saúde, tais como: lotação acima da capacidade em hospitais e postos de atendimentos, falta de medicamentos e de equipamentos adequados, atendimento desumano e descaso dos órgãos competentes. Tais dificuldades implicam em um exercício profissional precário, cercado de problemas que transcendem à formação acadêmica e às possibilidades reais de enfrentamento por parte dos médicos, o que dificulta a exteriorização, e assim, a legitimação de suas competências profissionais (Ferraz, 1998; Macedo, 2007).

Assim, complicam-se as ações de tais sujeitos - os médicos - no processo de formação e desenvolvimento de suas competências profissionais, ou melhor, de gestão de suas competências (Paiva & Melo, 2008). Especificamente sobre a formação do médico, o Ministério da Educação e Cultura, MEC (Brasil, 2014), estabeleceu competências gerais e específicas a serem formadas e desenvolvidas nos alunos de medicina por meio das Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina, assim como em todos os demais cursos de graduação do país. No entendimento do governo, tais competências são necessárias ao desenvolvimento das atividades dos profissionais, considerando-se suas necessidades pessoais e organizacionais de construir um diferencial perceptível no mercado ou junto aos clientes (pacientes) (Froehlich, 2010).

No caso do curso de medicina, as competências profissionais prescritas estão voltadas para atenção à saúde, tomada de decisão, comunicação, liderança, administração, gerenciamento e educação permanente (Brasil, 2001), voltadas para a formação de um perfil de profissional de saúde diferenciado para atuar no Sistema Único de Saúde, SUS (Hafner *et al.* 2010), cujas diretrizes baseiam-se na universalidade, na integralidade e na participação social.

No entanto, a realidade da saúde no Brasil se mostra mais complexa e as prescrições legais para a formação e o exercício da medicina parecem insuficientes para prover tais profissionais de recursos que os capacitem ao exercício competente de suas atividades, principalmente considerando-se o contexto da clínica ampliada (Hafner *et al.*, 2010) e as dimensões psicossociais que envolvem seu trabalho (Rios, 2010), afinal "a vida de médico é cheia de histórias e dramas humanos, nos quais ele protagoniza competência e sabedoria ou, nos seus porões, brutalidade e indiferença" (Rios, 2010, p. 1730). Além disso, os avanços tecnológicos presenciados ao longo das últimas décadas também trouxeram impactos para o fazer médico contemporâneo, implicando revisão de suas competências.

Note-se que este movimento não se restringe ao Brasil pois, na América Latina, partir da década de 1990, várias escolas de medicina têm pautado seus projetos pedagógicos e grades curriculares nas necessidades sociais de saúde, visando refinar sua articulação aos diferentes níveis de atenção à saúde (Hafner *et al.* 2010), de modo que sejam formados profissionais cujas competências façam sentido - e gerem resultados - em tais situações.

Sendo assim, diante da complexidade do trabalho do médico, de suas condições de trabalho e vida, e das dificuldades inerentes à formação, ao desenvolvimento e à exteriorização, de fato, das suas competências profissionais, a pergunta que norteou este estudo foi: como são

formadas e geridas as competências profissionais de médicos de um hospital? Deste modo, o objetivo geral desta pesquisa foi analisar como são formadas e geridas as competências profissionais de médicos de um hospital privado mineiro, que aprovou a realização da pesquisa. As competências profissionais e a gestão de competências na área de saúde constituem um tema pouco explorado, devendo ser realizadas pesquisas sobre o tema neste contexto, tanto considerando aspectos metodológicos, como relações com outros temas (Paiva & Melo, 2008). Note-se, ainda, que o interesse pelo tema vem adquirindo destaque e espaço nos meios tanto acadêmico, como empresarial (Bitencourt & Barbosa, 2010), mesmo que de forma ainda incipiente (Pinheiro *et al.* 2015). Do ponto de vista pragmático, os resultados encontrados podem servir para facilitar aos profissionais da medicina o desenvolvimento de suas competências e a realização de suas atividades, fornecendo informações úteis a esses fins, podendo contribuir para tornar os profissionais mais competentes para prestar uma assistência com qualidade à sociedade, além de rever as condições de trabalho em que se encontram. Essa justificativa une-se à importância social inquestionável dos médicos (Carneiro & Gouveia, 2004), enquanto personagens centrais nas instituições de saúde, espaços estes preventivos e curativos imprescindíveis à sociedade; especificamente, saliente-se o papel dos hospitais para a população de uma forma geral, cuja administração vem sendo realizada cada vez mais nos moldes empresariais, demandando de seus gestores e líderes competências peculiares para tal.

2. Competências profissionais e sua gestão

Tendo em vista o objetivo deste estudo, centrado em uma profissão considerada emblemática na sociedade (Steffen, 1999; Boterf, 2003), optou-se por adotar o seguinte conceito de competência profissional:

“mobilização de forma particular pelo profissional na sua ação produtiva de um conjunto de saberes de naturezas diferenciadas (formados por componentes cognitivos, funcionais, comportamentais, éticos e políticos) que gera “resultados reconhecidos individual (pessoal), coletiva (profissional), econômica (organização) e socialmente (sociedade)” (Paiva & Melo, 2008, p. 348).

Tais resultados são frutos das ‘metacompetências’ (comunicação, criatividade, solução de problemas, aprendizagem e autodesenvolvimento, agilidade mental, análise e reflexão), ou seja, do comportamento exteriorizado pelo profissional que se pauta nos componentes (isolados ou conjugados entre si) e que corporifica suas competências profissionais.

Este conceito considera a competência como uma ação cujos resultados são observados a “*posteriori*”, e assim, julgados, legitimados e valorizados pelo próprio profissional e por terceiros. Além disso, ele também incorpora o viés político da competência profissional, que distingue tal ação de outras que poderiam ter sido tomadas, por meio de processos de tomada de decisão, e coloca o seu responsável em um patamar diferenciado em termos de reconhecimento social.

Assim sendo, este conceito entende a competência como uma construção social (Dubar, 1997) negando uma “formação pontual, estática ou descolada da realidade prática e da reflexão conceitual” (Paiva & Melo, 2008, p. 349). Nesta perspectiva, os componentes da competência profissional são:

- a. cognitivo: conhecimentos teóricos e capacidades relacionadas ao trabalho para sua devida realização (Cheetham e Chivers, 1998);
- b. funcional: capacidade para realizar uma série específica de tarefas voltadas para suas funções no posto de trabalho (Cheetham e Chivers, 1998);
- c. comportamental: características pessoais e relacionais, tais como: autoconfiança, sensibilidade, proatividade, resistência, comunicação, cuidado etc. (Cheetham e Chivers, 1998);
- d. ético: refere-se à aplicação efetiva e adequada de valores em contextos profissionais (Cheetham e Chivers, 1998);
- e. político: habilidade em jogos políticos e nas relações de poder inerentes às organizações, na

manutenção do profissionalismo (Paiva e Melo, 2008).

O modelo que operacionaliza o conceito de competência profissional pode ser visualizado na Figura 1.

Figura 1– Modelo de competência profissional



Fonte: Paiva; Melo (2009, p. 5)

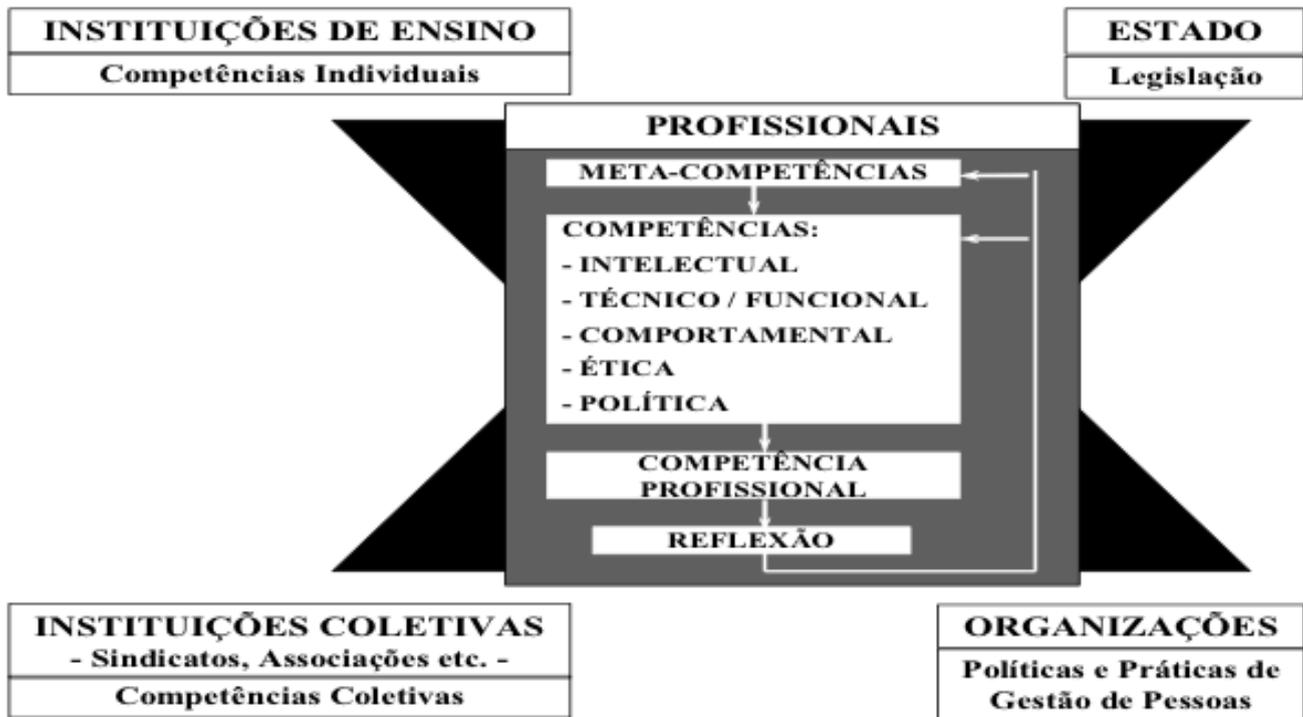
Note-se que a comunicação é um elemento fundamental nesse modelo, dado que promove uma interação imprescindível à mobilização dos componentes da competência. Assim, a mobilização dos componentes sustenta a competência profissional, cujos resultados são observados pelo próprio sujeito e também informados por terceiros ("feedback"), o que lhe permite uma reflexão de como suas ações têm contribuído para a efetividade do trabalho e como poderia ser 'melhorada'.

Esse processo de melhoria refere-se exatamente à gestão de competências, compreendida como

conjunto de todos os esforços individuais, sociais, coletivos e organizacionais no sentido da formação e do desenvolvimento de competências e metacompetências, fundamentados na reflexão do sujeito na e sobre sua própria ação, propiciando resultados em termos macro, micro e parciais, observáveis pelo indivíduo e por terceiros (Paiva & Melo, 2009, p. 7).

A Figura 2 permite visualizar o modelo conceitual que pauta a gestão de competências nos moldes discutidos nesse estudo:

Figura 2 - Modelo de gestão de competência profissional



Fonte: Paiva; Melo (2008, p. 358).

Concebendo-se, então, a gestão de competências como uma construção social (Dubar, 1997), percebe-se que cada ator social pode contribuir para tal processo, observando-se que:

- a. As instituições de ensino são formadoras formais do profissional;
- b. O Estado legisla sobre as profissões, por meio das Leis de Diretrizes Básicas da Educação e pareceres do Conselho Nacional de Educação;
- c. As organizações onde os profissionais trabalham somam ao processo mediante suas políticas e práticas de gestão de pessoas, formalmente, e também por meio do cotidiano de trabalho e relacionamentos nele desenvolvidos, contribuindo para a formação contínua e contextualizada do profissional;
- d. As instituições de interesse coletivo (associações e conselhos profissionais, sindicatos etc.) regulam a atuação do profissional e integram interesses da coletividade que representam.

Deste modo, participam (ou deveriam participar..) da gestão de competências dos profissionais todos os agentes que compartilham dos espaços de trabalho e de representação desses sujeitos.

3. Metodologia

A pesquisa realizada foi caracterizada como descritiva, com abordagem qualitativa nos moldes de um estudo de caso (Vergara, 2009).

As escolhas do hospital e dos entrevistados se deram pelo critério de acessibilidade (Vergara, 2009) e de saturação quanto ao número de entrevistados (Gil, 1999). A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa do hospital, conforme protocolo nº 314, e foram observadas todas as prescrições da Resolução nº 510/16 (Brasil, 2016).

A coleta de dados dividiu-se em três partes. A primeira parte foi a pesquisa documental de dados secundários do hospital abordado, com vistas a descrevê-lo; estes dados foram submetidos à análise documental. A segunda parte foi a entrevista com roteiro semiestruturado, realizada com 21 médicos. Todos eles leram e assinaram o Termo de Consentimento e Livre Esclarecido. A terceira parte da coleta foi a aplicação de uma técnica projetiva de associação de figuras, com vistas a registrar percepções e concepções que normalmente não são verbalizadas na entrevista formal (Banks, 2009). Convém ressaltar que todas as 12 figuras utilizadas foram retiradas de um banco de imagens gratuitas (Gettyimages,

2010). Ao final da entrevista, era solicitado ao médico que comentasse cada uma dessas figuras. Todas as suas falas foram gravadas e transcritas na íntegra, de modo a permitir a aplicação da técnica de análise de conteúdo (Bardin, 2004).

Contando com a entrevista e a técnica projetiva, entende-se que foi realizada uma triangulação intrametodológica (Jick, 1979) ou metodológica (Collis & Hussey, 2005), sendo que "a triangulação implica que os pesquisadores assumam diferentes perspectivas sobre uma questão em estudo ou, de forma mais geral, ao responder a perguntas de pesquisa" (Flick, 2009, p. 62).

4. Apresentação e discussão dos resultados

O hospital pesquisado trata-se de uma das instituições mais antigas de Belo Horizonte (MG), fundado em 1952. É uma instituição hospitalar sem fins lucrativos, criada com objetivo de oferecer à população atendimento médico-hospitalar de qualidade. Atualmente, o hospital oferta atendimento em diversas especialidades clínicas, além de serviços de exames complementares que visam apoio ao diagnóstico e ao tratamento de seus clientes (pacientes).

Quanto aos entrevistados, a maior parte deles é do sexo masculino com idade entre 31 a 35 anos, casado, escolaridade em nível de especialização como 'clínico geral', com atuação profissional entre 1 a 5 anos, período coincidente com seu tempo de entrada no referido hospital. Trata-se, então, de uma maioria jovem e no começo de carreira.

Quanto às competências profissionais dos médicos, surgiram duas vertentes nas respostas, a saber:

1. a primeira voltada para competências gerais e ideais para a profissão: foram verbalizados domínio de aspectos comportamentais, conhecimento de processos internos, educação permanente e atenção ao paciente;
2. a segunda relativa às competências efetivas (reais) no exercício da profissão: foram apontadas a atenção à saúde, a educação permanente, a comunicação e a tomada de decisões, sendo estas duas últimas as menos frequentes nos relatos.

Em relação às competências gerais, as categorias identificadas fazem-se presentes nas diretrizes curriculares do curso (Brasil, 2014) e outros protocolos do conselho profissional (Brasil, 2001; Brasil, 2009), além de terem sido apontadas por estudiosos da profissão (Machado, 1998; Carneiro & Gouveia, 2004; Nascimento & Oliveira, 2010). Segundo os entrevistados, o profissional competente realiza atividades nas quais se pode identificar todos os componentes da competência profissional do modelo adotado (Paiva & Melo, 2008). Os aspectos comportamentais, além da componente direta – a comportamental –, também envolvem a ética e a funcional, podem ser observados no seguinte relato:

‘É o profissional (...) comprometido com os objetivos da sua profissão, e com a responsabilidade, que trabalha com as outras pessoas, no caso médico com os pacientes’ (M17).

Cumprir com os procedimentos internos de trabalho remete à ação na prática, à efetividade do saber-fazer (Boterf, 2003) e do saber-agir (Fleury, 2002), ambos pautados nos componentes cognitivo e funcional (Paiva & Melo, 2008). O ato profissional do médico (Brasil, 2001) reflete tais saberes na sua ação diária. Neste contexto, recorre-se a Ramos (2009) no que tange ao processo de formação e desenvolvimento de competências na área de saúde se realizar por meio do trabalho.

Isso demonstra que o eixo voltado para a educação permanente, que remete ao indivíduo que, de modo geral, aprende e desenvolve seu potencial numa busca constante por se mostrar competente (Steffen, 1999; Wittorski, 2004; Bitencourt & Barbosa, 2010; Nascimento e Oliveira, 2010), também ocorre na medicina (Machado, 1998; Carneiro & Gouveia, 2004).

Na atenção ao paciente, a saúde envolve as competências gerais estabelecidas pelo MEC (Brasil, 2014) para os cursos de graduação em medicina, que podem ser analisadas por meio

dos componentes cognitivo, funcional, ética e comportamental do modelo adotado (Paiva & Melo, 2008). A competência geral 'atenção à saúde' (MEC, 2001) foi observada nas respostas de 12 dos médicos entrevistados e pode ser associada aos componentes cognitivo, comportamental e ético (Paiva & Melo, 2008). O componente ético alinha-se à ética médica que é uma condição imprescindível à realização do trabalho (Brasil, 2009).

Outro comportamento de um profissional competente na área de saúde, segundo os entrevistados, constitui-se na 'educação permanente', conforme estabelecida pelo MEC (2001); ela envolve também a gestão de competências, que será tratada mais adiante, e está relacionada às componentes cognitiva e comportamental (Paiva & Melo, 2008).

A competência geral 'comunicação' (Brasil, 2014) remete às componentes comportamental, ética e política e é fundamental para a gestão das competências, além de compor outra capacidade importante na ação do profissional (Fleury, 2002).

Por fim, quanto à competência geral 'tomada de decisão' (Brasil, 2014), ela está diretamente relacionada à autonomia, ambas discutidas por diversos autores (Fleury, 2002; Fidalgo e Fidalgo, 2007) que veem sua necessidade no exercício competente das atividades profissionais. Ela envolve os componentes cognitivo e funcional (Paiva & Melo, 2008) e reflete dificuldades do médico em exercer função gerencial dentro do hospital, o que é usual e reflete como a hierarquia no campo da saúde se espelha na hierarquia da instituição.

Tendo-se em mente a importância de outros atores sociais no processo de gestão de competências, os médicos foram questionados a respeito do seu curso de graduação (instituição de ensino), das atividades desenvolvidas por eles mesmos nesse sentido, assim como a participação do hospital, do conselho profissional e de outras organizações, como sindicatos ou associações.

Em sua avaliação do curso de graduação em medicina, ou seja, o primeiro passo para a formação e o desenvolvimento de suas competências profissionais, 17 médicos consideram positivas as contribuições de seu curso (bom, excelente). No entanto, três deles relataram que o médico não sai da faculdade preparado para o mercado de trabalho, e outros três destacaram a importância da residência médica no referido processo. Foi relatado que a medicina é uma profissão multidisciplinar, que o curso foi a base para sua atuação, o que possibilitou a aplicação do que foi aprendido na sala de aula.

Em relação às atividades que os médicos desenvolvem para serem profissionais competentes, cinco respostas preponderaram: a primeira voltada para a educação permanente (oito deles); a segunda refere-se ao atendimento dos objetivos da instituição (sete deles); a terceira diz da prática com os pacientes (seis deles); a quarta relaciona a atividade acadêmica com a prática (quatro deles); e, por fim, a aprendizagem informal (um deles). Por um lado, essas respostas alinham-se à necessidade de aprendizagem permanente ou contínua prescrita pelo MEC (Brasil, 2014) em suas diretrizes, as quais também são alvo de atenção de protocolos do Conselho Federal de Medicina, CFM (Brasil, 2001).

Desse modo, a educação permanente é a principal estratégia desenvolvida pelos médicos para serem profissionais mais competentes no exercício da profissão, os quais parecem ter assumido pessoalmente essa responsabilidade diante das demandas do seu serviço (Steffen, 1999; Bitencourt & Barbosa, 2010; Nascimento & Oliveira, 2010). Além disso, a educação permanente está associada fundamentalmente à componente cognitiva do modelo adotado (Paiva & Melo, 2008), assim como a outros saberes pertinentes a modelos anteriormente apresentados (Fleury, 2002; Wittorski, 2004).

Quanto às contribuições do hospital para o processo de gestão de competências dos médicos abordados, as atividades desenvolvidas centram-se em basicamente oito práticas, destacando-se o foco no atendimento dos objetivos da instituição (13 deles). Seguem-se as outras práticas: as atividades educacionais que são promovidas institucionalmente (11 deles), as condições adequadas para o exercício da profissão (11 deles), assim como o estudo e a atualização do conhecimento (oito deles), a manutenção de um quadro de profissionais competentes da

instituição (cinco deles), as atividades práticas (três deles), a promoção de um bom relacionamento com as pessoas no hospital (dois deles) e, mais uma vez, o ambiente que propicia a aprendizagem informal (um deles), sendo que um deles considerou 'poucas' as contribuições da instituição.

Convém ressaltar que a aprendizagem informal foi sensivelmente reforçada quando utilizada a técnica projetiva, na qual os momentos de 'tomar um café', ou mesmo 'durante o trabalho', propiciavam a troca de experiência e informação. Resultados semelhantes a estes foram encontrados no trabalho de Kanno *et al.* (2012). Os comentários dos pesquisados a tal respeito se fizeram presentes quando da apresentação de figuras como a Figura 3:

Figura 3. Equipe médica



Fonte: Gettyimages, 2010.

Quanto às instituições de interesse coletivo, 10 médicos afirmaram que participam do conselho regional e sublinharam sua importância no desenvolvimento profissional e acadêmico, assim como em questões jurídicas, além da manutenção da ética profissional, no repasse de informações por meio da 'internet' e da publicação do jornal do conselho. Além disso, nos depoimentos de nove dentre esses que participam de sindicato, percebeu-se uma diversidade de opiniões em relação às suas contribuições para formação e desenvolvimento de competências profissionais, tais como as atividades de assessoria jurídica, reivindicatórias (melhores salários e condições de trabalho) e de desenvolvimento profissional. Em relação às contribuições da associação profissional dos médicos para sua formação de competências, 11 entrevistados relataram a existência de atividades voltadas para atividades científicas (como promoção de congressos, simpósios e outros eventos nos quais seus trabalhos e artigos podiam ser apresentados e discutidos).

Além desses atores sociais, foi também perguntado aos médicos entrevistados sobre a contribuição de outros profissionais para a efetividade do trabalho, ou seja, para a externalização de suas competências no âmbito laboral. Em seus relatos, destacam-se 'todos os profissionais da equipe multidisciplinar' (apontados por 10 deles), os 'profissionais de

enfermagem' especificamente (12 deles) e os 'técnicos de enfermagem' (nove deles), 'outros médicos' (sete deles) e o 'pessoal de apoio' (sete deles), dentre outros.

No entanto, de fato, o processo de gestão de competências não é simples ou fácil para os entrevistados: eles relataram variadas dificuldades enfrentadas nesse sentido, tendo sido identificados quatro aspectos principais, quais sejam: falta de tempo (14 deles), acúmulo de funções (sete deles), restrições financeiras (três deles) e falta de atenção dos órgãos responsáveis (dois deles). Outras dificuldades foram mencionadas quando apresentadas as Figuras 4 e 5, trazendo à tona aspectos psicológicos, tais como: a frustração e o desespero após uma cirurgia, o estresse e cansaço diário da profissão, a exaustão física, dentre outros.

Figura 4. Médica no corredor.



Fonte: Gettyimages, 2010.

Figura 5. Médico escondendo o rosto.



Fonte: Gettyimages, 2010.

Por fim, os entrevistados verbalizaram duas percepções marcantes a respeito da profissão em

si: a primeira, relacionada a aspectos positivos, tais como respeito, reconhecimento, impressão positiva, importância da profissão; a segunda associa-se à desvalorização da profissão, à perda de 'status' e de remuneração. Tais afirmações mostram a dicotomia que os médicos vivenciam hoje no exercício de sua profissão no interior do hospital abordado, o que certamente se estende por outros espaços nos quais ele transita (Carneiro & Gouveia, 2004). Lidar com essa realidade exige do médico 'jogo de cintura', ou melhor, uma competência em decidir (Fleury, 2002; Boterf, 2003) que envolve os componentes político e comportamental da competência profissional, de acordo com o modelo adotado como parâmetro principal de análise na pesquisa (Paiva & Melo, 2008).

5. Considerações finais

Conforme observado nos relatos dos entrevistados, suas competências apoiam-se fundamentalmente em duas competências prescritas formalmente pelo MEC (Brasil, 2014), ou seja, a atenção à saúde e a educação permanente. As competências relativas à comunicação e ao processo de tomada de decisão são pouco percebidas e as competências relativas à liderança e à administração não são percebidas pelos médicos.

Estes fatos são instigantes, pois o médico ocupa um espaço de liderança na equipe multiprofissional e, muitas vezes, de gerência nas instituições hospitalares. Os componentes do modelo analítico adotado foram observados nas ações que os médicos afirmam desempenhar e com as quais eles estão preocupados, destacando-se os de cunho comportamental, funcional e cognitivo, em maior escala, e ético e político mais timidamente, conforme modelo analítico adotado (Paiva & Melo, 2008).

A formação acadêmica é vista como uma base que precisa ser oxigenada permanentemente, já que, segundo os entrevistados, o que se aprende na faculdade deve ser aplicado na prática, que se inicia por meio de estágios e mesmo durante as residências. Assim, os principais componentes da competência profissional desenvolvidos durante a formação acadêmica dos médicos são o cognitivo, em maior grau, seguido do funcional e do comportamental. Aspectos mais amplos dessa formação também foram relatados, exprimindo diversas dificuldades: falta de preparação para o mercado de trabalho, falta de práticas com pacientes, falta de laboratórios adequados, universidades sucateadas e sem recursos financeiros e materiais.

Em se tratando da gestão de competências profissionais pelos próprios médicos, eles buscam a prática da educação permanente, o atendimento dos objetivos da instituição, a assistência aos pacientes, o relacionamento com outros profissionais, o estudo e a aprendizagem informal. Esta última foi reforçada pela técnica projetiva que apontou que, em diversos momentos não institucionalizados, ela promove estudo e discussão de caso, troca de informação e experiência entre os profissionais e conversas com colegas.

Quanto à contribuição do hospital no processo de gestão de competências profissionais, observou-se muitos incentivos com várias atividades desenvolvidas no seu interior, focalizando o atendimento dos objetivos da instituição, atividades educacionais, condições adequadas para o exercício da profissão, promoção de estudo e de atualização do conhecimento, manutenção de um quadro de profissionais competentes da instituição, atividades práticas, promoção de um bom relacionamento entre as pessoas, além da possibilidade da aprendizagem informal. Porém, as políticas remuneratórias parecem não avançar no mesmo ritmo, o que obriga os profissionais a manterem mais de um vínculo de trabalho; se, por um lado, isso contribui para manutenção da sua vida pessoal e profissional, por outro implica cansaço e sobrecarga de trabalho que podem comprometer a gestão de competência no hospital abordado e, mais grave, a qualidade da assistência prestada.

Quanto às instituições de interesse coletivo, notou-se que a que mais contribui é a associação profissional, realizando atividades acadêmicas, promovendo publicações de artigos científicos e organizando eventos. Quanto ao conselho regional, as contribuições percebidas pelos médicos entrevistados referem-se ao desenvolvimento profissional e acadêmico, às questões jurídicas, à

fiscalização e à manutenção da ética profissional, além da publicação de um jornal; houve relatos mencionando uma atuação falha por parte do conselho e que não agrega valor à profissão. Por fim, o sindicato parece contribuir com assessoria jurídica, articulação de convênios e atividades reivindicatórias (salários e condições de trabalho). No entanto, na opinião de parte dos entrevistados, as atividades do sindicato não estão voltadas àqueles que atuam na esfera privada, ou seja, para eles, são os profissionais que atuam predominantemente no setor público que reconhecem sua atuação em prol da categoria.

Assim, pode-se concluir que o processo de gestão de competências profissionais desses médicos ocorre tanto de modo formal como também informalmente, sendo que participam desse processo outros atores sociais além do próprio médico, como o hospital, outros profissionais que lá trabalham e instituições de interesse coletivo, cujas ações envolvem os níveis individual e coletivo. Entretanto, percebe-se preponderância das ações do próprio profissional na gestão de suas competências, o que ratifica os achados em pesquisas com outros profissionais, como professores universitários (Paiva & Melo, 2009) e enfermeiros (Paiva & Santos JR, 2011).

Note-se, ainda, que as dificuldades na gestão de suas competências são várias: falta de tempo, acúmulo de funções, altos custos de atualização, falta de atenção dos órgãos responsáveis. A técnica projetiva também colaborou para essa conclusão, dadas às falas dos médicos a respeito desse assunto, além da identificação de outras situações vivenciadas no exercício de sua profissão: estresse, frustração, desespero, conflito psicológico e insegurança, dentre outros.

Percebem-se as seguintes contribuições desta pesquisa: o avanço metodológico por meio da triangulação metodológica (Collis & Hussey, 2005), indo além das entrevistas e desnudando faces da realidade vivenciada pelos sujeitos por meio da aplicação da técnica projetiva; as diferenças conceituais relativas à competência profissional encontradas entre o Conselho Nacional de Educação, CNE, e o CFM; por fim, a falta de conhecimento de políticas de gestão do hospital por parte dos médicos. Dentre suas limitações, a opção pelo estudo de caso promoveu profundidade, mas não permite generalizações.

Diante disso, sugere-se ampliar a pesquisa para outros hospitais - privados, públicos e filantrópicos -, assim como estender a pesquisa para outras categorias profissionais que também compõem a 'equipe multidisciplinar', dada à influência de todos na qualidade da assistência prestada, no âmbito hospitalar, e na importância dos relacionamentos interpessoais (formais e informais), tanto para a manutenção do bem-estar, quanto das relações de poder, inerentes às organizações contemporâneas. Em termos temáticos, observaram-se possibilidades de conexões com outros temas, como as próprias relações de poder, o assédio moral, o estresse ocupacional, a síndrome de 'burnout', a qualidade de vida no trabalho, o comprometimento, o entrenchamento e os vínculos organizacionais, dentre outros, tendo em vista as associações presentes nos relatos dos médicos abordados.

Para os médicos, sugere-se mais atenção quanto aos aspectos relacionais envolvidos na externalização e no processo de gestão de suas competências, tendo em vista o contexto da clínica ampliada (Hafner *et al.* 2010) e, também, as dimensões psicossociais que envolvem seu fazer diário (Rios, 2010). Por fim, para o hospital que permitiu a realização da pesquisa, sugere-se revisar suas políticas e práticas de gestão de pessoas, de modo a torná-las mais integradas e voltadas para aqueles que efetivamente contribuem para sua existência: seus profissionais, dentre eles, os médicos.

Referencias

- BANKS, M. (2009). *Dados visuais para pesquisa qualitativa*. Porto Alegre: Artmed.
- BARDIN, L. (2004). *Análise de Conteúdo*. Lisboa: Edições 70.
- BITENCOURT, C. C., & BARBOSA, A. C. Q. (2010). Gestão de competências: articulando indivíduos, organizações e sociedade. In: BITENCOURT, C. C. (org) *Gestão contemporânea de pessoas*. (pp. 239-269). Porto Alegre: Bookman.

- BOTERF, G. L. (2003). *Desenvolvendo a competência dos profissionais*. Porto Alegre: Artmed.
- BRANDÃO H.. P., & GUIMARÃES, T. A. (2001). Gestão de competências e gestão de desempenho: tecnologias distintas ou instrumentos de um mesmo construto? *Revista de Administração de Empresas*, v. 41, n. 1, p. 8-15.
- BRASIL, Conselho Federal de Medicina. (2009). *Código de Ética Médica*. Brasília.
- BRASIL, Conselho Federal de Medicina. (2001). *Resolução de nº 1.627*. Brasília.
- BRASIL, Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 510 de 07 de abril de 2016. (2016). A Resolução sobre as normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais. Brasília.
- BRASIL. Resolução nº 3, de 20 de junho de 2014. (2014). Diretrizes Nacionais do Curso de Graduação em Medicina. *Diário oficial da República Federativa do Brasil, Poder Executivo, Brasília, DF, 23 jun. 2014. Seção 1, pp. 8-11*.
- CARNEIRO, M. B., & GOUVEIA, V. V. (2004). *OMédico e o seu Trabalho. Aspectos metodológicos e resultados no Brasil*. Brasília: CFM.
- CHEETHAM, G., & CHIVERS, G. T. (1998). The reflective (and competent) Practitioner: a model of professional competence which seeks to harmonise the reflective practitioner and competence-based approaches. *Journal of European Industrial Training*, 22 (7), 267-276.
- COLLIS, J., & HUSSEY, R. (2005). *Pesquisa em Administração: um guia prático para alunos de graduação e pós-graduação*. Porto Alegre: Artmed
- DUBAR, C. (1997). *A socialização*. Portugal: Porto Editora.
- FERRAZ, M. B. (1998). A remuneração do trabalho médico. In: GOULART, F. A. A. (org.). *Osmédicos e a Saúde no Brasil*. Brasília: Conselho Federal de Medicina, pp.155-180.
- FIDALGO, N. L. R., & FIDALGO, F. (2007). Reflexos sociais da lógica de competências: o processo de individualização em foco. In: FIDALGO, F., OLIVEIRA, M. A. M., FIDALGO, N. L. R. (orgs). *Educação profissional e a lógica das competências*. Petrópolis: Vozes, p. 17-70.
- FLICK, U. (2009). *Desenho da pesquisa qualitativa*. Porto Alegre: Artmed.
- FLEURY, M. T. L. (2002). *A gestão de competências e a estratégia organizacional. As pessoas na organização*. São Paulo: Gente.
- FROEHLICH, C. O modelo de gestão de pessoas por competências. In: BITENCOURT, C. C. (org). (2010). *Gestão contemporânea de pessoas*. [CD-RUM]. (Texto complementar capítulo 4) Porto Alegre: Bookman. .
- GETTYIMAGES. (2010). *Figuras*. Retirado de: <http://www.gettyimagens.com>.
- GIL, A. C. (1999). *Métodos e técnicas de pesquisa social*. São Paulo: Atlas.
- HAFNER, M. L. M. B. et al. (2010). A formação médica e a clínica ampliada: resultados de uma experiência brasileira. *Ciência & saúde coletiva*, v. 15, supl. 1, p. 1715-1724.
- JICK, T. D. (1979). Mixing Qualitative and quantitative methods: triangulation in action. *Administrative Science Quarterly*, v. 24, n. 4, pp. 602-611.
- KANNO, N. P., BELLODI, Patrícia L. & TESS. (2009). B. H. Profissionais da Estratégia Saúde da Família diante de demandas médico-sociais: dificuldades e estratégias de enfrentamento. *Saúde e sociedade*, .. 21, (4), 884-894.
- MACEDO P. C. M. (2007). Desafios atuais no trabalho multiprofissional em saúde. *Revista Sociedade Brasileira de Psicologia Hospitalar*, 10, (2), 33-41.
- MACHADO, M. H. (1998) A profissão médica no contexto de mudanças. In: GOULART, F. A. A, (org.). *Os médicos e a Saúde no Brasil*. Brasília: Conselho Federal de Medicina, 1998. 181-198.
- NASCIMENTO, D. D. G., & OLIVEIRA, M. A. C.. (2010). Competências profissionais e o processo de formação na residência multiprofissional em Saúde da Família. *Saúde e sociedade*, 19, (4), 814-827.

- PAIVA, K. C. M. (2013). Das 'competências profissionais' às 'competências laborais': modelo de análise e agenda de pesquisa. *Tourism & Management Studies*. n. especial (2), n. especial, 502-510.
- PAIVA, K. C. M. & MELO, M. C. O. L. (2009). Competências profissionais docentes e sua gestão em universidades mineiras. In: Encontro Nacional de Gestão de Pessoas e Relações de Trabalho da Associação Nacional de Pós-graduação e Pesquisa em Administração, 2, 2009, Curitiba. *Anais...* Rio de Janeiro: ANPAD.
- PAIVA, K. C. M., & MELO, M. C. O. L. (2008). Competências, gestão de competências e profissões: perspectivas de pesquisas. *Revista de administração Contemporânea*. 12 (2), 339-368.
- PAIVA, K. C.M., & SANTOS JUNIOR, W. J. (2011). Competências Profissionais de Enfermeiros: um estudo em um hospital filantrópico brasileiro. *Referência*, 4, (2), 539-539.
- PINHEIRO, D. G. M. *et al.* (2015). Competências em promoção da saúde: desafios da formação. *Saúde e sociedade*, 24.(1), 180-188.
- RAMOS, M. (2009). Educação pelo trabalho: possibilidades, limites e perspectivas da formação profissional. *Saúde e sociedade*, 18 (2), 55-59.
- RIOS, I. C. (2010). Humanidades e medicina: razão e sensibilidade na formação médica. *Ciência & saúde coletiva*, 15 (1), 1725-1732.
- STEFFEN, I. (1999). *Modelos de competência profissional*. Mimeo. [s.l]..
- VERGARA, S. C. (2009). *Projetos e Relatórios de Pesquisa em Administração*. 10a Ed. São Paulo. Editora Atlas.
- WITT, R. R., & ALMEIDA, M. C. P. Competências dos profissionais de saúde no referencial das funções essenciais de saúde pública. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 56 (4), 433-438.
- WITORSKI, R. (2004). Da fabricação das competências. TOMASI, A. (Org.). *Da qualificação à competência pesando o século XXI*. (pp. 75-92). Campinas: Papyrus.

Os autores agradecem à Coordenação de Aperfeiçoamento de Ensino Superior (CAPES) e à Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de Minas Gerais (Fapemig) pelos apoios recebidos.

1. Doutorando em Administração na Universidade Federal de Lavras. Mestre em Administração e graduação em Ciências Contábeis. Professor do Instituto Federal do Sudeste de Minas Gerais – São João del-Rei/MG. Brasil.
2. Professora no Programa de Pós-graduação da Universidade Federal de Minas Gerais. Graduação, Mestrado e Doutorado em Administração.
3. Mestre em Administração. Contador do Instituto Federal do Sudeste de Minas Gerais – Juiz de Fora/MG. Brasil.

Revista ESPACIOS. ISSN 0798 1015
Vol. 38 (Nº 23) Año 2017

[Índice]

[En caso de encontrar algún error en este website favor enviar email a [webmaster](#)]

©2017. revistaESPACIOS.com • Derechos Reservados