

**FACULDADE NOVOS HORIZONTES**

**Programa de Pós-graduação em Administração**

**Mestrado**

**COMPETÊNCIAS PROFISSIONAIS E SUA GESTÃO NA ÁREA DA**

**SAÚDE: um estudo de caso com médicos de um hospital privado**

mineiro

**Leandro Eduardo Vieira Barros**

**Belo Horizonte**

**2011**

**Leandro Eduardo Vieira Barros**

**COMPETÊNCIAS PROFISSIONAIS E SUA GESTÃO NA ÁREA DA  
SAÚDE: um estudo de caso com médicos de um hospital privado  
mineiro**

Dissertação apresentada ao curso de Mestrado Acadêmico em Administração da Faculdade Novos Horizontes, como requisito parcial para a obtenção do título de mestre em Administração.

Orientadora: Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Kely César Martins de Paiva

Linha de Pesquisa: Relações de poder e Dinâmica das organizações.

Área de concentração: Organização e estratégia.

**Belo Horizonte**

**2011**



Faculdade Novos Horizontes  
Mestrado Acadêmico em Administração

**MESTRADO ACADÊMICO EM ADMINISTRAÇÃO  
DA FACULDADE NOVOS HORIZONTES**

ÁREA DE CONCENTRAÇÃO: Organização e Estratégia

MESTRANDO(A): **LEANDRO EDUARDO VIEIRA BARROS**

Matrícula: 770335

LINHA DE PESQUISA: Relações de Poder e Dinâmica das Organizações

ORIENTADOR(A): Profª Drª Kely César Martins de Paiva

**TÍTULO: COMPETÊNCIAS PROFISSIONAIS E SUA GESTÃO NA ÁREA DA SAÚDE:  
um estudo de caso com médicos de um hospital privado mineiro.**

DATA: 07/07/2011

BANCA EXAMINADORA:

Profª Drª Kely César Martins de Paiva  
ORIENTADORA  
Faculdade Novos Horizontes

Profª Drª Talita Ribeiro da Luz  
Faculdade Novos Horizontes

Prof. Dr. Daniel Jardim Pardini  
FUMEC

## DECLARAÇÃO DE REVISÃO DE DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

Declaro ter procedido à revisão da Dissertação de Mestrado, área de concentração: Organização e Estratégia, de autoria de LEANDRO EDUARDO VIEIRA BARROS, sob a orientação do Profa. Dra. Kely César Martins de Paiva, apresentada ao Programa de Mestrado Acadêmico em Administração da Faculdade Novos Horizontes, intitulada: "**COMPETÊNCIAS PROFISSIONAIS E SUA GESTÃO NA ÁREA DA SAÚDE**: um estudo de caso com médicos de um hospital privado mineiro", contendo 116 páginas.

Dados da revisão:

- Ortográfica
- Redação

Início: 27/06/2011      Término: 29/06/2011

Belo Horizonte, 29 de junho de 2011.

Prof.(a): Patrícia Rodrigues Tanuri Baptista

Assinatura: \_\_\_\_\_



Dedico a minha mãe, Ana, por todo incentivo, apoio, dedicação...

## AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus pela força e coragem para mais uma conquista.

A minha mãe, Ana, uma pessoa abençoada por Deus, que dedica sua vida aos filhos e familiares, a meu pai, José Carlisto, *in memoriam*, sempre presente no meu coração, e a minha irmã, Patrícia.

A prof<sup>a</sup> Kely Paiva, pelo acolhimento carinhoso, disponibilidade, sábias sugestões e orientação em todas as etapas da realização deste trabalho, merecedora da minha admiração. Muito obrigado!

A FNH e seus professores.

Ao Hospital e aos médicos pesquisados que proporcionaram a realização deste trabalho.

A CAPES e a FAPEMIG, pelos apoios concedidos.

Aos amigos bolsistas, Érica, Elisson, Sirlene, Lurdinha, Raquel, com os quais foram compartilhados ansiedades, ideias e sonhos.

A todos os amigos do mestrado, em especial, a Alziro, Arthur, Cris e Fábio.

A Helaine, pela contribuição na aprovação do projeto de pesquisa no Comitê de Ética em Pesquisa.

Aos bolsistas da iniciação científica, Andréia, Roberta, Valéria, Sthefania e Lucas, pelo empenho e dedicação no desenvolvimento de suas atividades.

Aos membros da banca examinadora, Kely Paiva, Talita Luz e Daniel Pardini pelas contribuições.

Ao Arlécio, um grande amigo.

A todos os amigos, moradores e ex-moradores da “República São CalBHreus” com os quais tive a oportunidade de desfrutar de valiosos aprendizados e convivência.

Ao Wellington, companheiro de pesquisa em campo.

Aos funcionários da FNH, em especial, a Adélia, Beatriz, Edna e Wânia.

A Dany, por todo incentivo e apoio nesta caminhada, e meu pedido de desculpa.

Há tantos quadros na parede  
Há tantas formas de se ver o mesmo quadro  
Há tanta gente pelas ruas  
Há tantas ruas e nenhuma é igual a outra  
Ninguém = ninguém

Humberto Gessinger

## RESUMO

O objetivo deste estudo foi descrever e analisar como estão configuradas e são geridas as competências profissionais de médicos de um hospital particular mineiro na percepção deles próprios. Foi realizada uma pesquisa descritiva com abordagem qualitativa nos moldes de um estudo de caso. A coleta de dados contou com análise documental e 21 entrevistas com roteiro semiestruturado, incluindo-se a aplicação de uma técnica projetiva de associação de figuras, o que caracterizou uma triangulação intra-método. Para análise dos dados, foi utilizada a análise documental e a análise de conteúdo. Após caracterização do hospital e dos entrevistados, apresentaram-se os dados. Quanto à configuração das competências dos médicos, observou-se predominância de ações relativas à atenção, à saúde e à educação permanente. A formação acadêmica é vista como uma base que precisa ser oxigenada permanentemente pelo profissional. O processo de gestão de suas competências implica numa atuação pessoal voltada para: a educação permanente, o atendimento dos objetivos da instituição, a assistência aos pacientes, o relacionamento com outros profissionais, o estudo e a aprendizagem informal. A contribuição do hospital nesse sentido se dá por meio de várias atividades - foco no atendimento aos 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 estar no mesmo ritmo. Quanto às contribuições de outras instituições de interesse coletivo nesse processo, a instituição que mais contribui é a associação profissional, que realiza atividades acadêmicas, promove publicações de artigos científicos e organiza eventos; o CRM atua junto ao desenvolvimento profissional e acadêmico, às questões jurídicas, à fiscalização e à manutenção da ética profissional, além da publicação de um jornal; e 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, essas instituições pouco ou nada contribuem para as competências do profissional, direta ou indiretamente. Foram, ainda, manifestadas diversas dificuldades na gestão das competências dos entrevistados, como: falta de tempo, acúmulo de funções, altos custos de atualização, falta de atenção dos órgãos responsáveis. Diante das limitações da pesquisa e de seus achados, foram alinhadas sugestões para pesquisas futuras, para os médicos pesquisados e para o hospital abordado.

**Palavras chave:** Competências profissionais; Gestão de competências; Médicos; Hospital; Triangulação.

## ABSTRACT

The aim of this study was to describe and analyze how the professional competence of doctors from a private local hospital are set and managed according to their own view. A descriptive and qualitative survey was conducted based on a study case approach. Data collection included document analysis and 21 interviews with semi-structured script, including the application of a projective technique with figure association, which featured an intra-method triangulation. For data analysis it was used document and content analysis. After the hospital and interviewees being described, the data were showed. It was observed the predominance of actions related to health care and permanent learning regarding to doctor's competence. The academic training is seen as a base that needs to be improved constantly by the professional. The management process of competence suggests a personal action focused on: permanent education, institution goals accomplishment, patients' care, other professional relationship, study and informal learning. Regarding to this the hospital contributes in different ways- focus on meeting the goals of institution, educational activities, suitable conditions for the profession, study support, career improvement, professional competence upgrade, practical activities, inter-personal good relationship promoting, besides the possibility of informal learning, however salary policies do not seem to be in the same level. Considering other institutions contributions according to the collective interest, the institution that contributes the most is the professional council, which conducts academic activities, fosters scientific articles publications and promotes events, the CRM (Brazil Regional Council of Medicine) works works with academic and professional development, legal issues, professional ethic maintenance, newspaper publication; and the council seems to contribute with legal advice, insurance agreements, and vindicatory issues ( salaries, work conditions). However, in the opinion of some interviewees, these institutions have little or no contribution to the professional competences directly or indirectly. It was raised many difficult in the interviewee's such as lack of time, function accumulation, higher upgrade costs, lack of attention to health management. Given the limitations of research and their findings, suggestions were given for future research, for interviewed doctors and the chosen hospital.

**Keywords:** Professional competences; Management of Competences; Doctors; Hospital; triangulation.

## LISTAS DE ILUSTRAÇÕES

FIGURA 1 – Modelo de competência profissional de Paiva (2007).....	24
FIGURA 2 – Médicos conversando.....	777
FIGURA 3 – Médicos pesquisando.....	78
FIGURA 4 – Reunião de médicos.....	79
FIGURA 5 – Ambiente hospitalar.....	79
FIGURA 6 – Médico com dúvida.....	80
FIGURA 7 – Médico.....	91
FIGURA 8 – Médica.....	91
FIGURA 9- Médico escondendo o rosto.....	93
FIGURA 10 – Equipe correndo.....	95
FIGURA 11 – Médico atendendo uma criança.....	96
FIGURA 12 – Equipe multidisciplinar e paciente.....	98
QUADRO 1 - Competências para o profissional.....	21
QUADRO 2 - Tipologia dos processos de desenvolvimento das competências .....	30
QUADRO 3 - Processo de desenvolvimento das competências.....	32
GRÁFICO 1 – Percentual da faixa etária dos entrevistados.....	50
GRÁFICO 2 - Percentual do estado civil dos entrevistados.....	51
GRÁFICO 3 – Percentual de nível de escolaridade.....	51
GRÁFICO 4 – Tempo de atuação profissional na instituição pesquisada.....	52
GRÁFICO 5 – Cargo ocupado pelos entrevistados.....	52
GRÁFICO 6 – Tempo de ocupação no cargo.....	53
GRÁFICO 7 – Tempo de experiência profissional.....	53

## LISTA DE TABELAS

TABELA 1 – Competências gerais dos profissionais, segundo os entrevistados.....	55
TABELA 2 - Competências dos médicos do hospital.....	57
TABELA 3 - Como o médico é percebido por outros profissionais, segundo os entrevistados.....	62
TABELA 4 – Gestão de competências – Atividades desenvolvidas pelas instituições de ensino, segundo os entrevistados.....	65
TABELA 5 – Gestão de competências – Atividades desenvolvidas pelos médicos, segundo os entrevistados.....	68
TABELA 6 – Gestão de competências – Atividades desenvolvidas pelo hospital, segundo os entrevistados.....	71
TABELA 7 – Síntese dos comentários dos entrevistados das figuras 2, 3, 4, 5 e 6..	76
TABELA 8 – Gestão de competências – A contribuição de outros profissionais da equipe multidisciplinar.....	84
TABELA 9 – Gestão de competências – Dificuldades relatadas a partir da técnica projetiva (figuras 7, 8).....	92

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO.....</b>	<b>13</b>
1.1 Objetivos da pesquisa .....	15
1.2 Justificativa.....	16
<b>2 REFERENCIAL TEÓRICO .....</b>	<b>18</b>
2.1 Competências profissionais.....	18
2.1.1 Gestão de competências profissionais.....	25
2.2 O médico e suas competências profissionais.....	32
2.2.1 Histórico da medicina no Brasil .....	34
2.2.2 Diretrizes Curriculares Nacionais para o Curso de Graduação em Medicina e as competências profissionais prescritas.....	36
2.2.3 Especificidades dos médicos e competências profissionais .....	39
<b>3 METODOLOGIA.....</b>	<b>42</b>
3.1 Caracterização da pesquisa .....	42
3.2 Unidades de análise e sujeitos de pesquisa.....	43
3.3 Técnicas de coleta de dados.....	44
3.4 Técnicas de análise dos dados .....	46
3.5 Aspectos éticos envolvidos na pesquisa .....	47
<b>4 APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS .....</b>	<b>49</b>
4.1 O hospital pesquisado .....	49
4.2 Dados demográficos e funcionais dos entrevistados.....	50
4.3 Competências profissionais dos médicos pesquisados.....	54
4.4 A gestão de competências profissionais dos médicos pesquisados .....	63
<b>5 CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>100</b>
<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>104</b>
<b>APÊNDICES .....</b>	<b>110</b>
<b>APÊNDICE A – Termo de consentimento livre e esclarecido .....</b>	<b>110</b>
<b>APÊNDICE B – Roteiro de Entrevista .....</b>	<b>111</b>

# 1 INTRODUÇÃO

Os estudos sobre competências, tanto no nível organizacional, como no individual ou profissional, têm evoluído nas últimas décadas. O termo “competência” surgiu com o taylorismo-fordismo, para definir uma pessoa capaz de desempenhar uma tarefa (BRANDÃO, 2006). Já no Brasil, o modelo de gestão de competências começou a ser implantado a partir da década 1990, sem muita expressão (FROEHLICH, 2010). 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 a competência individual se traduz em organizacional. 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, 2007).

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 nos processos em foco. 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. Desse modo, a gestão de competência pode ser entendida como o conjunto dos esforços envidados para a formação e o desenvolvimento de competências do sujeito, fundamentada na sua reflexão na e sobre sua ação, gerando resultados em termos macro, micro e parciais, observados por todos os envolvidos com suas ações produtivas, ou seja, ele mesmo e outros que com ele convivem (PAIVA, 2007).

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. No caso dos profissionais da medicina, os médicos,

As condições de vida e trabalho a que boa parte dos profissionais têm se submetido demonstra uma evidência empírica de perda do *status quo*. 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 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, são algumas evidências que atestam o declínio social do médico (MACHADO, 1998, p. 27).

Em relação à formação do médico, o Ministério da Educação e Cultura, MEC (MEC, 2001), 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 (MEC, 2001), tendo em vista serem elas necessárias ao desenvolvimento de suas atividades, considerando-se, também, que as organizações querem profissionais competentes para construir um diferencial perceptível no mercado (FROEHLICH, 2010).

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 agravo nas suas condições de trabalho (MACHADO, 1998). Macedo (2007) acrescenta outra dificuldade no exercício da medicina que 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.

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. Macedo (2007) corrobora Ferraz (1998) e expõe 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 a formação acadêmica e as possibilidades reais de enfrentamento por parte dos médicos, o que dificulta a exteriorização, e daí, a legitimação de suas competências profissionais.

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, conforme delineado por Paiva (2007). 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 norteia esta dissertação é: como estão configuradas e são geridas as competências profissionais de médicos de um hospital privado mineiro? Para responder a essa pergunta, foram traçados os objetivos que se seguem.

### **1.1 Objetivos da pesquisa**

O objetivo geral desta dissertação é descrever e analisar como estão configuradas e são geridas as competências profissionais de médicos de um hospital privado mineiro.

Visando ao cumprimento do objetivo geral, foram traçados os seguintes objetivos específicos:

- a) Analisar como se encontram configuradas as competências profissionais dos médicos, na percepção destes;
- b) Analisar as relações possíveis entre competências profissionais e a formação acadêmica dos médicos, na percepção destes;

- c) Analisar como se dá a gestão de competências profissionais pelo próprio médico, na percepção deste;
- d) Analisar como ocorre a gestão de competências profissionais pelo hospital, na percepção dos médicos abordados;
- e) Analisar como ocorre a gestão de competências profissionais pelas instituições de interesse coletivo, na percepção dos médicos abordados.

## **1.2 Justificativa**

As competências profissionais e a gestão de competências na área de saúde são um tema pouco explorado: conforme sugerem Paiva e Melo (2008), devem ser realizadas novas pesquisas sobre o tema neste contexto, tanto considerando aspectos metodológicos, como relações com outros temas. Helal (2006) também recomenda que novas investigações sobre o assunto devam ser realizadas. Note-se, ainda, que o interesse pelo tema vem adquirindo destaque e espaço nos meios tanto acadêmico, como empresarial (BARBOSA, 2001; BITENCOURT; BARBOSA, 2010).

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 e dos hospitais para a saúde da população brasileira de uma forma geral, como personagens centrais nesses espaços preventivos e curativos, imprescindíveis no campo da saúde.

Ressalte-se, ainda, que este estudo faz parte de um projeto de pesquisa intitulado “Competências Profissionais e Gestão de Competências em Profissões na Área de Saúde: um Estudo com Médicos e Enfermeiros em Minas Gerais”, financiado pela Fundação de Amparo à Pesquisa do estado de Minas Gerais, FAPEMIG, sob a coordenação da Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup>. Kely César Martins de Paiva, membro do Núcleo de

Relações de Trabalho e Tecnologias de Gestão, NURTEG, da Faculdade Novos Horizontes. Assim, ele faz parte de uma agenda mais ampla de pesquisa que vem sendo desenvolvida nos últimos anos.

Esta dissertação está estruturada em cinco capítulos, sendo que este se refere à introdução; o próximo trata do referencial teórico; no terceiro, apresenta-se a metodologia; no quarto, a apresentação e análise dos dados; e, no quinto, as considerações finais, seguidas das referências e apêndices.

## 2 REFERENCIAL TEÓRICO

Este capítulo está estruturado da seguinte forma: inicialmente, trata das competências profissionais e da gestão de competências profissionais. A segunda parte refere-se ao médico e às suas competências profissionais, incluindo um breve histórico da medicina no Brasil e as diretrizes curriculares nacionais do curso de graduação em medicina, seguidas de especificidades dos médicos e suas competências profissionais.

### 2.1 Competências profissionais

A noção de competência vem do latim *competentia*, derivada de *competere*, “chegar ao mesmo ponto”, oriunda de *petere*, “dirigir-se para”. Refere-se a “o que convém”; no francês antigo, significava “apropriado” (DADOY, 2004, p.108).

Para Steffen (1999, p. 3), “não existe um conceito único sobre o tema das competências, mas diferentes enfoques que a sua vez servem para ampliar e enriquecer os diferentes modelos de competência profissional”. Brandão (2006, p. 3) compartilha dessa ideia e define competência como “um conceito multifacetado, que pode ser analisado sob diferentes perspectivas em concepção filosófica e diferentes modelos”. Já Fidalgo e Fidalgo (2007), devido às muitas transformações no mundo do trabalho, opinam que novos conceitos e redimensionamentos têm surgido sobre o assunto competências, ou seja, é um conteúdo sobre o qual ainda existe muito a ser estudado e discutido.

Quanto ao início da discussão sobre o tema competências, existem algumas divergências. Para Fleury (2002, p.53), iniciou-se em 1973, quando McClelland publicou o artigo “*Testing for competence rather than intelligence*” (Testar competência ao invés de inteligência) que, de certa forma, tratou do debate sobre competência entre psicólogos e administradores nos Estados Unidos. Segundo Brandão (2006), o termo competência surgiu com o taylorismo-fordismo para qualificar a pessoa e torná-la capaz de realizar uma atividade de forma eficiente. Quanto à noção de competência, Dadoy (2004) indica o início de sua expansão no

mundo do trabalho nas últimas duas décadas. Para Zarifian (2001), o interesse pelo tema e pelo desenvolvimento de modelos analíticos a respeito da competência começou a surgir nas empresas e entre pesquisadores em meados dos anos 80.

Identificando autores clássicos do tema, Guimarães (2000, p.7) salienta que “a abordagem da competência no sistema educacional e no mundo do trabalho [...] da sociologia da educação e do trabalho é representada por estudiosos como Zarifian (1999), Ropé e Tanguy (1997) e Hirata (1997)”. Segundo o autor, esses pesquisadores discutem tanto aspectos psicossociais da competência quanto os programas educacionais, nos níveis de qualificação da mão de obra e de emprego (GUIMARÃES, 2000).

Quanto ao conceito de competência, Le Boterf (2003) a percebe como um movimento que implica atualização e desenvolvimento do sujeito em caráter permanente; sendo assim, novas competências são construídas a partir de uma situação inicial, de um problema que implica sua evolução. Segundo Dadoy (2004), a competência é um processo amplo que envolve tanto o indivíduo quanto a organização nos processos produtivos. Luz (2002, p.61) propõe que “as competências organizacionais representam a integração e a coordenação das competências individuais”, o que indica a existência de um degrau entre elas e que nem sempre consegue ser nivelado.

Dutra, Hipólito e Silva (2000, p.162) definem competência como “o conjunto de qualificações ou características preconizáveis, que permite a alguma pessoa ter desempenho superior em certo trabalho ou situação”. Para esses autores, e também para Ruas (2001), a competência está presente na ação, ou seja, saber-ser e saber-fazer, e mobilizar conhecimentos em diferentes contextos. Conforme Le Boterf (2003, p. 38), “a competência se revela mais no saber agir do que no “saber fazer” ”.

Para o MEC (1999), o conceito de competências é o conjunto de conhecimentos, habilidades e atitudes, constituídas dos saberes, saber-fazer e saber-ser. Convém ressaltar que, conforme Le Boterf (2003), ter conhecimentos ou habilidades não significa ser um profissional competente, mas sim saber mobilizá-los ou agir em uma situação profissional. Já Dadoy (2004) estabelece as dimensões da competência no

eixo dos saberes, da seguinte forma:

Nesse eixo dos saberes, do saber-fazer, primeira dimensão da noção de competência, três partes da gestão da força de trabalho serão mobilizadas: a das capacidades profissionais exigidas pela organização do trabalho e pelo processo de produção; a de sua localização e das modalidades de sua construção; e a das modalidades de seu reconhecimento (..) e a segunda dimensão é “habilitação e poder para fazer qualquer coisa” (DADOY, 2004, p. 107).

O conceito de competência, para Dutra, Hipólito e Silva (2000, p. 164), é proposto como:

capacidade de a pessoa gerar resultados dentro dos objetivos estratégicos e organizacionais da empresa, traduzindo-se pelo mapeamento do resultado esperado (*output*) e do conjunto de conhecimentos, habilidades e atitudes necessários para o seu atingimento (*input*).

Para Fidalgo e Fidalgo (2007, p. 24), “as competências demandadas dos trabalhadores se refletem em conhecimentos, capacidades e comportamentos vinculados ao seu potencial associados às características específicas no ambiente de trabalho”. Os autores descrevem que as prescrições existem, mas de forma mais sutil exigindo, assim, um profissional competente com maior autonomia. O profissional competente vai além do saber-fazer: ele tem autonomia diante de novas situações no trabalho voltada à evolução do processo de formação de competências.

Ruas (2001) compartilha com Brandão e Guimarães (2001) a ideia de que as competências são o diferencial nas organizações para seus clientes e são reconhecidas por eles. Segundo Ruas (2001), as competências são divididas em: essenciais (abrange toda organização), funcionais (grupos e setores da empresa) e individuais (exercem influência nas competências do grupo sendo o caso das competências gerenciais).

As competências também podem ser divididas em humanas, relacionadas ao indivíduo ou à equipe de trabalho, e organizacionais, aquelas que envolvem a organização como um todo. Essas competências devem ser articuladas para o desenvolvimento e aperfeiçoamento das competências (BRANDÃO; GUIMARÃES, 2001).

De acordo com Bitencourt (2002), o indivíduo é responsável pela construção de suas competências (autodesenvolvimento) a partir da interação com a organização, a família e outros grupos sociais. As competências pessoais (individuais) remetem à crescente necessidade de valorização e formação profissional para atender às demandas do mercado e da organização (BITENCOURT; BARBOSA; 2010).

Fleury (2002) descreve um conjunto de saberes que compõem a competência do profissional, conforme QUADRO 1, baseado no modelo de Le Boterf (1995).

Competência	Significados
Saber agir	Saber o que e por que faz. Saber julgar, escolher, decidir.
Saber mobilizar	Saber mobilizar recursos de pessoas, financeiros, materiais, criando sinergia entre eles.
Saber comunicar	Compreender, processar, transmitir informações e conhecimentos, assegurando o entendimento da mensagem pelos outros.
Saber aprender	Trabalhar o conhecimento e a experiência. Rever modelos mentais. Saber desenvolver-se e propiciar o desenvolvimento dos outros.
Saber comprometer-se	Saber engajar-se e comprometer-se com os objetivos da organização.
Saber assumir responsabilidades	Ser responsável, assumindo os riscos e as consequências de suas ações, e ser, por isso, reconhecido.
Ter visão estratégica	Conhecer e entender o negócio da organização, seu ambiente, identificando oportunidades, alternativas.

Quadro 1 - Competências para o profissional.

Fonte: FLEURY, 2002, p. 56.

Nessa perspectiva,

o conceito de competência é pensado como o conjunto de conhecimentos, habilidades e atitudes (isto é, conjunto de capacidades humanas) que justificam uma alta *performance*, acreditando-se que as melhores *performances* estão fundamentadas na inteligência e na personalidade das pessoas (FLEURY, 2002 p. 53).

Ruas (2001) e Wittorski (2004) compartilham que a competência está envolvida com a ação do indivíduo ou do coletivo na realização do trabalho. A constatação de que o indivíduo é competente está na ação que ele realiza, ou seja, na *performance* do indivíduo. Segundo Wittorski (2004), a competência é um “saber agir” reconhecido; então, não se pode declarar competente o sujeito sem ele ter sido reconhecido pelas outras pessoas como tal. Conforme Roche (2004), para ser reconhecido competente, não basta apenas possuir saberes, é preciso mobilizar algo mais voltado a fazer o diferencial.

Quanto à exteriorização da competência profissional, Le Boterf (2003) sublinha o encontro de uma solução para um problema utilizando um conjunto de recursos individuais e contando-se com a capacidade de adaptar as transformações ocorridas no exercício da profissão. Já Fleury (2002, p. 55) define competência como: “um saber agir responsável e reconhecido que implica mobilizar, integrar, transferir conhecimentos, recursos, habilidades, que agregue valor econômico à organização e valor social ao indivíduo”.

No mundo do trabalho, de acordo com McLagan<sup>1</sup> (1997, citado por PAIVA, 2009, p. 12), “a palavra competência tem assumido diversos significados normalmente alinhados a características dos indivíduos ou suas atividades produtivas e resultados decorrentes”. Assim sendo, torna-se necessária uma síntese do conceito.

Nesse sentido, Le Boterf (2003) e Cheetham e Chivers (1996, 1998, 2000) compartilham a opinião de que a competência é uma combinação de recursos; assim, e usando uma terminologia da física, ela opera “em paralelo”, e não “em série”. Esses autores também defendem que novas competências surgem por meio das competências já existentes ou competências comuns a todos sendo este processo contemplado no modelo de competências profissionais de Cheetham e Chivers (1996). Para esses autores, as metacompetências são competências comuns a todas as profissões e dizem da forma como elas são efetivamente exteriorizadas no mundo do trabalho.

Cheetham e Chivers (1996, 1998, 2000) desenvolveram um modelo de competências, cujo núcleo inclui quatro componentes das competências profissionais, a saber:

- a) cognitiva/conhecimento: conhecimentos teóricos e capacidades relacionadas ao trabalho para sua devida realização;
- b) funcional: capacidade para realizar uma série específica de tarefas voltadas para suas funções no posto de trabalho;
- c) comportamental ou pessoal: características pessoais e relacionais, tais como:

---

<sup>1</sup> McLAGAN. P. A. Competencies: the next generation. **Training and Development**, p. 40-47, may 1997.

autoconfiança, sensibilidade, proatividade, resistência, comunicação, cuidado etc.;

- d) ética/valores: refere-se à aplicação efetiva e adequada de valores em contextos profissionais.

Com vistas à adequação do modelo no campo das organizações no Brasil, Paiva (2007) acrescentou ao modelo de competência profissional proposto por Cheetham e Chivers (1996, 1998, 2000) a “componente política”, que envolve as relações de poder nos níveis pessoal, profissional, organizacional e social. Essa componente da competência profissional considera as relações de poder no exercício da profissão, tendo sido definida por Paiva (2007, p. 46) nos quatro níveis da seguinte forma:

pessoal (percepção acerca dos jogos políticos inerentes às organizações, daqueles relacionados às pessoas individualmente e dos derivados dos interesses particulares do profissional etc.); profissional (adoção de comportamentos apropriados à manutenção do profissionalismo etc.); organizacional (ações voltadas para o domínio ou fluência nas fontes estruturais e normativas de poder na organização onde desenvolve suas atividades produtivas etc.); e social (ações voltadas para o domínio ou fluência nas fontes pessoais, relacionadas e efetivas de poder etc.).

No modelo teórico de Cheetham e Chivers (1996, 1998, 2000), encontram-se integradas, segundo eles, várias abordagens, as quais abrangem o conhecimento tácito e sua aplicação, a teoria e a prática, aspectos processuais e contextuais, as profissões e o ambiente de trabalho, aspectos pessoais e éticos, entre outros. Tal modelo atenta para aspectos processuais, dinâmicos, individuais, coletivos e sociais além de tratar de macroresultados (resultado da atuação profissional na organização), microresultados (resultados individuais) e resultados parciais (resultados referentes a uma etapa do processo de trabalho concluída). Dada sua abrangência e profundidade, este foi o modelo, adaptado por Paiva (2007), escolhido como parâmetro de análise para o estudo realizado nesta dissertação. Ele pode ser visualizado na FIG. 1.

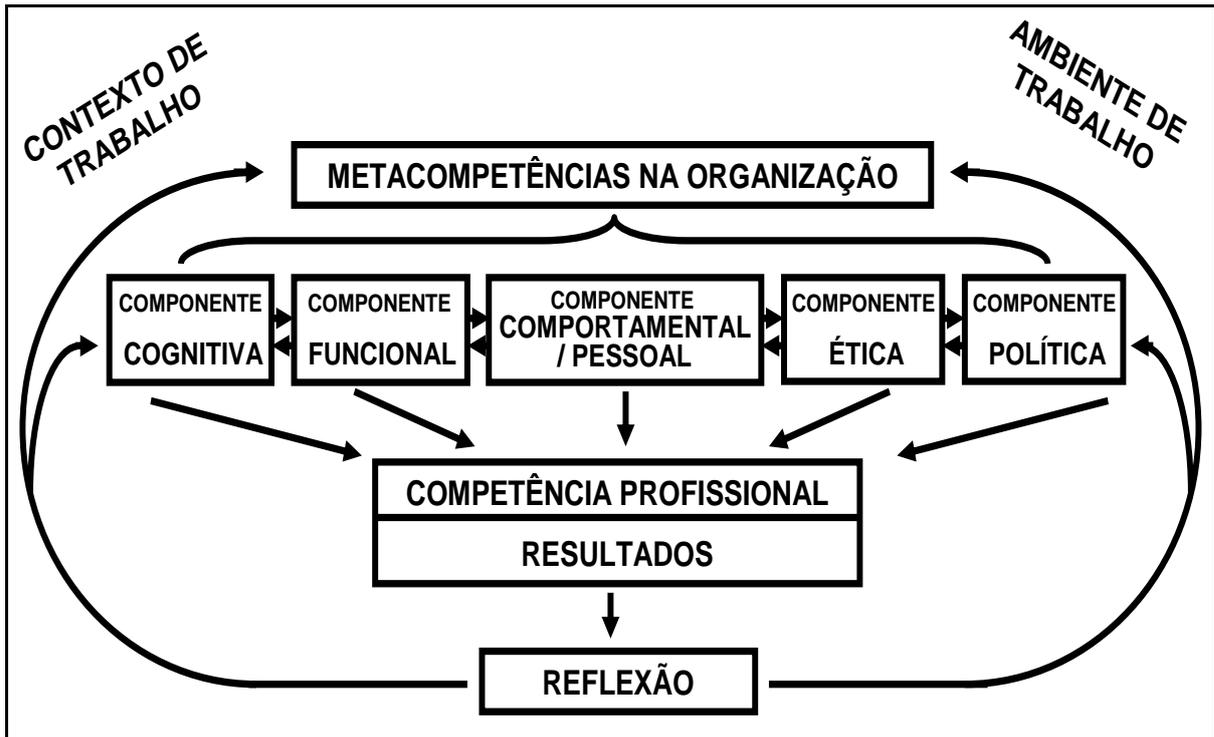


Figura 1 – Modelo de competência profissional de Paiva (2007)  
 Fonte: PAIVA; MELO, 2008, p. 322.

De acordo com o modelo, as metacompetências (resumidas em termos de comunicação, criatividade, solução de problemas, aprendizagem e autodesenvolvimento, agilidade mental, análise e reflexão) constituem as formas de exteriorização das competências no dia a dia do profissional, as quais são possíveis e suportadas mediante a interação das componentes (cognitiva, funcional, comportamental ou pessoal, ética e política) consolidadas na competência profissional do sujeito. O resultado, observável pelo próprio sujeito e informado por terceiros (*feedback*), permite uma reflexão de como sua competência tem contribuído para a efetividade do trabalho e como poderia ser “melhorada”. Note-se que a comunicação é um elemento fundamental nesse modelo, dado que promove uma interação imprescindível à mobilização das componentes da competência.

Tal mobilização é contemplada no conceito de competência profissional de Paiva (2007, p. 45), a saber:

Mobilização de forma particular pelo profissional na sua ação produtiva de um conjunto de saberes de naturezas diferenciadas (que formam as competências intelectual, técnico-funcionais, comportamentais, éticas e políticas) de maneira a gerar resultados reconhecidos individual (pessoal), coletiva (profissional) e socialmente (comunitário).

Para que essa mobilização seja possível, é necessário que a competência profissional seja permanentemente desenvolvida por meio de sua gestão.

### **2.1.1 Gestão de competências profissionais**

A competência individual, segundo Steffen (1999), está no indivíduo que aprende ou que vai desenvolvendo suas potencialidades até tornar-se competente e é desenvolvida por processos de aprendizagem frente às dificuldades e aos novos desafios. Para Bitencourt e Barbosa (2010, p. 176), a competência individual ou pessoal se mantém por meio de seu desenvolvimento contínuo, ou seja, conduz

à necessidade crescente de formar e valorizar o profissional para oferecer respostas mais rápidas às demandas do mercado e da empresa por meio de uma postura aberta à inovação, baseada em um perfil criativo e flexível, e do preparo para trabalhar e estimular o desenvolvimento das pessoas com quem se trabalha.

Note-se que, quanto aos conceitos a respeito de gestão de competências, também não existe um consenso. Para Fischer (2001), a gestão de competências é como um conjunto de práticas, políticas, ações e atitudes empregadas por uma empresa para influenciar o ambiente de trabalho. Segundo Dutra (2001), tal gestão é composta por práticas e políticas articuladas com a estratégia organizacional visando gerir pessoas, de forma que cada indivíduo contribua com o desenvolvimento e sucesso da organização.

De Ré e De Ré (2010) ampliam essa perspectiva e concebem a gestão de competências como um processo situacional, contingencial e sistêmico sendo influenciado por fatores internos (valores e cultura da organização, mudanças na produção, negócios da organização etc.) e externos (qualidade e quantidade do talento humano à disposição do mercado, ações dos movimentos sociais e sindicais, ações do estado, etc.). A gestão de competências é importante na manutenção de pessoas talentosas e competentes na organização sendo elas vitais para a

prosperidade e a sobrevivência da organização, caracterizando-se como fator de diferenciação frente aos seus concorrentes (BRANDÃO; GUIMARÃES, 2001; DE RÉ; DE RÉ, 2010). Para lidar com ambos os fatores - internos e externos - e realizar as atividades da gestão de competência, os responsáveis pela gestão de pessoas devem se preocupar menos com as questões administrativas e operacionais e mais com o alinhamento da gestão pessoas, como um todo, às políticas e estratégias organizacionais (DE RÉ; DE RÉ, 2010).

Para Brandão e Guimarães (2001) e De Ré e De Ré (2010), a gestão de competências faz parte da gestão organizacional, sendo que a gestão de competências está orientada pela organizacional e, assim, a competência organizacional está diretamente ligada à gestão estratégica de pessoas. De acordo com Brandão e Guimarães (2001), a gestão estratégia de recursos humanos pode gerar vantagens competitivas por meio do planejamento, seleção, capacitação e desenvolvimento de competências necessárias à consecução das respectivas atividades. Para obter vantagem competitiva, a gestão de pessoas deve desenvolver e implementar políticas integradas entre si, com os valores de todos os gestores da organização e com os interesses do pessoal de modo a garantir que as práticas de gestão sejam condizentes com as políticas de pessoal estabelecidas (DE RÉ; DE RÉ, 2010).

Para De Ré e De Ré (2010), o processo do sistema de gestão de pessoas envolve o recrutamento, a seleção ou seleção por competências, o desenvolvimento de competências, o sistema de remuneração e avaliação de desempenho, e cada parte deve contribuir da melhor forma para o processo ser positivo. Especificamente quanto ao desenvolvimento de competências, Dutra (2001) e De Ré e De Ré (2010) salientam lacunas deixadas nesse processo entre as competências exigidas pela organização e as competências dos trabalhadores. Para suprimi-las, os autores sugerem o desenvolvimento de um plano e a aprendizagem contínua. Já o sistema de remuneração pode ser um diferencial para atrair pessoas competentes para organização, sendo uma vantagem frente aos concorrentes (DE RÉ; DE RÉ, 2010).

Zarifian (2001) também entende que a lógica da competência remete à gestão de recursos humanos consubstanciada em suas diversas práticas e políticas, como as

de recrutamento, mudanças organizacionais, formação e de carreira, sendo que estas podem conciliar os interesses da organização aos do indivíduo. Dutra (2001, p. 25) salienta que a relação entre indivíduo e organização é de interação e de troca na qual “a empresa, ao se desenvolver, desenvolve as pessoas, e estas, ao se desenvolverem, fazem o mesmo com a organização”.

Convém salientar a importância dos gestores no modelo de gestão de pessoas por competências. Froehlich (2010) e De Ré e De Ré (2010) afirmam que eles são responsáveis pelo desenvolvimento do modelo e sua integração entre as competências individuais, coletivas e organizacionais. Sendo assim, o trabalho não está associado apenas ao cargo, mas também ao próprio indivíduo que é quem, de fato, é capaz de exteriorizar suas competências e, a partir disso, ampliar para o escopo organizacional. Segundo Brandão e Guimarães (2001), a gestão de competências deve envolver todos os níveis da organização, desde o individual até o organizacional, sendo que deve existir uma “perfeita” harmonia em todo processo com a estratégia da organização.

Quanto às dificuldades relativas à gestão de competências, Hipólito (2001), Barbosa e Bitencourt (2010) e Froehlich (2010) dão ênfase ao sistema remuneratório, assim como Pizzato (2010) questiona se as políticas remuneratórias das organizações estão preparadas para as exigências do modelo de competências. Outra dificuldade é a quebra de paradigmas e a mudança da cultura da organização para uma gestão de pessoas mais efetiva no que tange à lógica das competências (FROEHLICH, 2010).

Já Ramos (2002, p. 194) estabelece que a gestão de competências estaria organizada com base nos seguintes eixos:

- a) gestão prevista de empregos e das competências;
- b) desenvolvimento de competências individuais;
- c) reconhecimento e consideração das competências do trabalhador;
- d) fixação de políticas de avaliação e remuneração com base nas competências.

Para Wittorski (2004), a gestão é a combinação das componentes cognitiva, cultural, afetiva, social e praxiológica, articuladas nos níveis individual (micro), coletivo (meso,

ou pertencente ao grupo de trabalho) e organizacional em que ela ocorre (macro). O componente cognitivo faz referência ao nível micro e é constituído de dois fatores: as representações cognitivas (os saberes adquiridos por meio da formação) e as representações de contexto do meio em que está inserido. O segundo fator é essencial na formação da competência. Já o componente afetivo pode ser influenciado positiva ou negativamente pelo meio de que faz parte. O componente social também compreende níveis micro, meso e macro. O componente cultural corresponde à cultura organizacional que vai influenciar na maneira de como as competências serão produzidas. Por fim, o componente praxiológico é o resultado da competência (a *performance*) e que pode ser avaliado, ou seja, é a parte observável, perceptível, visível da competência.

Wittorski (2004) estabelece cinco vias de desenvolvimento das competências. A primeira via é referente ao modelo de formação no trabalho, pela tentativa e erro de competências novas na ação, que o autor chama de “lógica da ação”. A segunda via refere-se à formação alternada, isto é, uma integração entre os conhecimentos teóricos da sala de aula e o desenvolvimento de competências no campo de prática (estágio, por exemplo), chamada de “lógica da reflexão e da ação”. A terceira via corresponde às situações de análise de práticas adotadas nas organizações. Ela se resume em transformar competências implícitas produzidas na ação (via 1) em saberes de ação (as competências tornam-se transmissíveis a outros), configurando a “lógica de reflexão sobre a ação”. A quarta via de desenvolvimento das competências refere-se à definição antecipada de novas práticas quanto a critérios de qualidade e produtividade estabelecida pelos trabalhadores, chamada de “lógica de reflexão para a ação”. Na quinta via de desenvolvimento das competências, os saberes teóricos absorvidos na formação são incorporados em conhecimentos pelos indivíduos que resultarão em diferentes competências em função das situações encontradas, intitulada pelo autor como “lógica da integração/assimilação”.

“Essas cinco vias de desenvolvimento das competências podem ser explicadas do ponto de vista de sua dinâmica” (WITTORSKI 2004, p. 84). Assim, a ação sozinha, a combinação ação e reflexão sobre a ação, a reflexão retrospectiva sobre a ação, a reflexão antecipadora de mudanças sobre a ação e a aquisição de saberes teóricos dizem respeito aos processos peculiares da formação e do desenvolvimento das

competências profissionais, sem perder de vista aspectos fundamentais, como: o contexto de desenvolvimento do processo, as competências específicas tratadas na ocasião do processo, as funções asseguradas pelas tais competências, os saberes peculiares que são produzidos, as características específicas das competências e dos saberes produzidos. O autor dá, ainda, exemplos de práticas possíveis no processo de gestão de competências e formas dominantes de organização do trabalho usualmente empregadas para tais fins. Esses detalhes podem ser observados no QUADRO 2.

	<b>1. Pela ação tateante, pela impregnação</b>	<b>2. Pela interação, ação e reflexão sobre a ação</b>	<b>3. Pela reflexão retrospectiva sobre a ação</b>	<b>4. Pela reflexão antecipadora de mudança sobre a ação</b>	<b>5. Pela transmissão/ produção controlada de saberes</b>
<b>Processo de transformação das competências</b>	<b>Lógica da ação</b>	<b>Lógica da reflexão e da ação</b>	<b>Lógica da reflexão sobre a ação</b>	<b>Lógica da reflexão para a ação</b>	<b>Lógica da integração/ assimilação</b>
<b>Contexto de desenvolvimento do processo</b>	Situação nova individual que necessita de uma adaptação dos modelos de ação habituais	Situação inédita individual ou coletiva que leva ao fracasso os modelos de ação habituais	Situação coletiva de formalização das práticas	Situação coletiva de formalização das práticas	Situação de aprendizagem de novos saberes
<b>Competências produzidas na ocasião do processo</b>			Competências de processo (analisar sua ação, seu procedimento, em situação)	Competências de processo (analisar sua ação, seu procedimento, em situação)	
<b>Funções asseguradas pelas competências</b>	Rotinas, elas tendem a servir a ser específicas de contexto de mobilização	Transferíveis (disposição para a transferência)	Elas produzem metacompetências que permitem a gestão das capacidades de ação	Elas produzem metacompetências que permitem a gestão das capacidades de ação	Transferíveis para um grande número de situações
<b>Saberes produzidos</b>		Saberes de ação (novos saberes na ação)	Saberes de ação (novos saberes sobre ação) As práticas são transformadas em saberes	Saberes de ação (novos saberes para a ação) sequências operativas figuradas mentalmente: novas disposições para agir	Saberes teóricos: saberes disciplinares não ligados à ação
<b>Características das competências e dos saberes produzidos</b>	Individual	Individual ou coletivo	Compartilhado	Coletivo	Individual ou compartilhado
<b>Exemplos de práticas</b>	Substituir alguém reproduzir uma maneira de fazer observada	Formar alguém Realizar um trabalho novo Trabalhar com mais pessoas	Escrever sobre sua prática Descrever seu trabalho Participar de um círculo de qualidade	Participar de um círculo de qualidade Participar de um grupo de desenvolvimento	Situação de sala de aula Leitura de obras, de manuais
<b>Formas dominantes de organização do trabalho</b>	Prescritivas (organização taylorista de qualidade)	Trabalho coletivo (equipes autônomas) Organização por projetos	Grupos participativos (círculos de qualidade)	Trabalho coletivo (equipes autônomas) Grupos participativos	

Quadro 2. Tipologia dos processos de desenvolvimento das competências  
 Fonte: WITORSKI, 2004, p. 86.

Conforme Wittorski (2004), o quadro anterior instiga alguns comentários, quais sejam:

- a) Busca fazer uma diferenciação nos processos de desenvolvimento das competências individuais (mobilização e interação com as características do meio), compartilhadas ou coletivas (transferidas de uma pessoa a outra pela demonstração ou pela explicação);
- b) Separação entre o que é do fenômeno de “adaptação” das competências (uma situação inédita em que é necessária uma adaptação dos modelos de ação) e o que é do fenômeno da “transformação” de competências (uma nova situação em questão que coloca em questão os esquemas de ação habituais);
- c) Diferença entre as competências “disponíveis” (mobilização em situações mais ou menos específicas) e as competências “geradas” (o que pode ser desenvolvido pelo autor);
- d) Distinção entre as “competências de resultado” (“lógica da ação” e “lógica da reflexão e da ação”) e as “competências de processo” (“lógicas da reflexão sobre e para a ação”);
- e) E, por fim, os cinco processos de desenvolvimento das competências não produzem os mesmos tipos de saberes. Esses tipos de saberes diferentes são: novos saberes na ação, novos saberes sobre a ação, produção de novos saberes para a ação e novos saberes teóricos não ligados à ação.

No processo de desenvolvimento das competências, Wittorski (2004) propõe uma análise a partir dos saberes que compõem tais competências. O autor diferencia saberes de ação de saberes teóricos, conforme síntese exposta no QUADRO 3.

<b>Saberes de ação</b>	<b>Saberes na ação</b>	Produzidos ao longo da ação, “atrelados” à sua realização (saber fazer).
	<b>Saberes sobre a ação</b>	Produzidos por uma reflexão retrospectiva sobre a ação: ação transforma-se em saberes, pois é identificada, reconhecida, nomeada e formalizada.
	<b>Saberes para a ação</b>	Produzidas ao longo de uma reflexão antecipadora de mudanças sobre a ação: a produção de novas sequências operativas representativas mentalmente (novas disposições para agir).
<b>Saberes teóricos</b>	Saberes constituídos de enunciados que tratam não dos atos, mas das propriedades de objetos ou procedimentos.	

Quadro 3. Processo de desenvolvimento das competências

Fonte: WITTORSKI, 2004, p. 88.

Desse modo, a gestão de competência não é prática exclusiva do indivíduo na organização (pautada em saberes de ação) nem oriunda de sua formação acadêmico-formal (baseada em saberes teóricos), como muitos dos autores apresentam. Essa gestão deve considerar outros atores sociais que nela estão, de fato, incluídos. Essa perspectiva é exposta no conceito de Paiva (2007, p. 57), pois a autora trata da gestão de competências como um

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.

Assim, as competências profissionais e sua gestão se atêm ao indivíduo, a outros atores sociais que com elas podem contribuir - indo além da organização, centralmente responsabilizada pela maior parte dos autores abordados - e ao trabalho que ele realiza em um determinado contexto laboral, daí a importância de se aprofundar no trabalho do médico, sujeito alvo desta pesquisa.

## 2.2 O médico e suas competências profissionais

“A Medicina é uma profissão conhecida de modo registrado desde o início dos tempos históricos” (CFM, 2001, p 15). Ela pode ser considerada uma modalidade de

trabalho social instituída como profissão de serviço e, também, uma instituição social a serviço da humanidade (CFM, 2003). A evolução da medicina ocorreu através das

sociedades que adquiriram algum grau de desenvolvimento e passaram a conhecer melhor o organismo, suas enfermidades e tratamento, trataram de normatizar a formação dos médicos e disciplinar o exercício da medicina – da medicina em sentido estrito, como se denomina o cuidado profissional que possibilita alguém a diagnosticar enfermidades, indicar e realizar a terapêutica dos enfermos (CFM, 2003, p.6).

O Conselho Federal de Medicina, CFM (CFM, 2001), define profissão como qualquer ocupação que exija conhecimentos ou habilidades com alta especialização e desempenho técnico e social exercida com autorização e regulamentação da categoria. Conforme o CFM (2003, p. 5),

o médico pode ser definido como o ser humano pessoalmente apto, tecnicamente capacitado e legalmente habilitado para atuar na sociedade como agente profissional da medicina – o que lhe assegura o direito de praticar todos os atos que a legislação permite ou obriga.

Assim, para o exercício da profissão do médico, ele deve estar capacitado e habilitado formalmente para tal (CFM, 2003), o que se verifica por meio de diplomas.

Uma das principais atividades da profissão dos médicos é dirigida para o diagnóstico das doenças e tratamento dos doentes, que surge como o primeiro nível de sintetização da atividade médica (CFM, 2003). O artigo 1º da Resolução 1.627, (CFM, 2001, p. 2) faz a definição e propõe os tipos de prevenção que o médico habilitado deve exercer:

O ato profissional de médico como todo procedimento técnico-profissional praticado por médico legalmente habilitado é dirigido para:

1. a promoção da saúde e prevenção da ocorrência de enfermidades ou profilaxia (prevenção primária);
2. a prevenção da evolução das enfermidades ou execução de procedimentos diagnósticos ou terapêuticos (prevenção secundária);
3. a prevenção da invalidez ou reabilitação dos enfermos (prevenção terciária).

O CFM (2001) atribui como atos privativos do profissional médico a prevenção secundária, a primária e terciária que envolvem procedimentos diagnósticos de enfermidades ou impliquem em indicação terapêutica (prevenção secundária). A

prevenção primária e a terciária, que não implicam na execução de procedimentos diagnósticos e terapêuticos, devem ser compartilhadas com outros profissionais da área da saúde, conforme limites impostos pela legislação pertinente (CFM, 2001). No caso de hospitais, juntamente com os médicos, outros profissionais compõem a equipe multidisciplinar, a qual engloba enfermeiros (e equipe de enfermagem), nutricionistas, fisioterapeutas, psicólogos, fonoaudiólogos, assistentes sociais, etc.

Os médicos respondem pelos danos que causarem e prejuízos que acarretarem por imperícia, imprudência ou negligência. O exercício dos atos médicos é função privativa de quem é formado em Medicina em estabelecimento educacional oficialmente reconhecido, estando, portanto, legalmente capacitado, devendo estar habilitado pelo Conselho Regional de Medicina de seu estado. O ato médico clínico deve ter como objetivos da Medicina: fomentar a saúde, evitar as enfermidades, diagnóstico das condições patológicas, tratamento e reabilitação dos enfermos (CFM, 2001).

### **2.2.1 Histórico da medicina no Brasil**

O ensino da medicina iniciou no Brasil em 1808, com a chegada de Dom João VI, que autorizou a criação do Curso Cirúrgico no Hospital Militar da Bahia e a Escola de Anatomia e Cirurgia na cidade do Rio de Janeiro. Essas instituições passaram à denominação de Faculdades de Medicina em 1932, conforme modelo da escola francesa, que permaneceu até o final da Segunda Guerra Mundial quando passaram para o modelo norteamericano (INEP, 2006).

Conforme o Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira, INEP (INEP, 2006), os cursos de Medicina iniciaram com duração de quatro anos, passando para cinco anos em 1813 e seis anos em 1832, sendo que a qualidade dos cursos sempre foi a principal preocupação dos educadores e profissionais do campo.

O ensino do médico passou por quatro etapas principais: a primeira iniciou no século XIX, chamada de “científica”; a segunda foi a utilização de métodos pedagógicos no ensino; a terceira refere-se às transformações pós-guerra e está relacionada ao momento no qual a população passou a ter consciência sobre a saúde; e a quarta advém das Diretrizes Curriculares Nacionais para o Curso de Graduação em Medicina, promulgada em 2001 (INEP, 2006).

A medicina é uma profissão reconhecida e legitimada por diversos meios. As instituições médicas brasileiras surgiram a partir de 1927, com o primeiro Sindicato Médico no Rio de Janeiro. Em 1945, foi criado o Conselho Federal de Medicina, em 1951, a Associação Médica Brasileira e, em 1957, os Conselhos Regionais de Medicina (CFM, 2005). Para seu exercício, é necessário seguir as determinações dos conselhos e do código de ética. Segundo o Conselho Federal de Medicina, CFM (CFM, 2009b), o Código de Ética Médica contém as normas a serem seguidas no exercício da profissão, incluindo atividades de ensino, pesquisa, administração e outras atividades relacionadas à medicina.

Conforme o CFM (2004, p. 52), “o perfil do médico brasileiro é caracterizado por homens e jovens, que atuam em grandes centros urbanos [...] e o crescimento acentuado de mulheres nas faixas etárias mais jovens”. Em relação ao mercado de trabalho do médico, este apresenta características peculiares, pois a aposentadoria é adiada ao máximo e o desemprego é quase inexistente; o percentual de médicos que não exerce a profissão é de 1,7%, no qual, deste total, 0,8% estão desempregados e 0,9% estão inativos (CARNEIRO; GOUVEIA, 2004).

Em 2002, o número de médicos no país era 234.554, em Minas Gerais 23.814, o que representava uma relação de 1,38 médicos/1000habitantes (CARNEIRO; GOUVEIA, 2004). A Organização Mundial da Saúde (OMS) sugere como parâmetro ideal 1 médico para cada 1.000 habitantes; segundo o CFM (2005), a relação no Brasil em 2005 era de 1médico/622 habitantes, mas existe uma divergência entre as regiões do país: no sudeste, 1/455 habitantes; no sul, 1/615 habitantes; no centro-oeste, 1/640 habitantes; no nordeste, 1/1063 habitantes; e, no norte, 1/1.345 habitantes, o que indica uma relação entre o nível de desenvolvimento econômico da região e a quantidade de médicos por cidadão.

Percebe-se que o número de médicos está em ascensão no país: no ano de 2003, o Brasil contava com 280 mil profissionais; já em 2008, o Brasil tinha 330 mil médicos ativos (CFM, 2003, 2009a).

De acordo com Carneiro e Gouveia (2004), os médicos exercem sua profissão em consultório (67% deles) e no setor privado (53,8%), no setor público (69,7%), filantropia (20,3%) e como docente (18,9%). Segundo os autores, 11% dos médicos declararam ter outra fonte de renda além da medicina. Em comparação com estudos anteriores, os médicos que realizavam quatro atividades em locais diferentes aumentaram de 15,9% para 16,7%; já os com cinco vínculos de trabalho que eram 6,1% passaram para 7,4%; os que citaram seis ou mais atividades indicaram um aumento significativo de 2,4% para 4,1%, ou seja, quase o dobro. A média da remuneração aumentou em 42,7% no período observado pelos autores, embora a jornada de trabalho tenha aumentado mais, a saber: 62,2%.

O modo como os profissionais vêm sendo habilitados formalmente contribui para o cenário observado. Na próxima seção, serão apresentadas as diretrizes curriculares nacionais do curso de graduação em medicina e as competências gerais e específicas prescritas para o profissional.

### **2.2.2 Diretrizes Curriculares Nacionais para o Curso de Graduação em Medicina e as competências profissionais prescritas**

Conforme o MEC (2001), as diretrizes curriculares nacionais do curso de graduação em medicina têm como objetivo esclarecer e controlar os conteúdos ministrados aos acadêmicos com vistas ao exercício da profissão com qualidade, eficiência e resolutividade dentro de padrões nacionais e internacionais. O MEC (2001, p. 4) estabelece que:

aprender a aprender que engloba aprender a ser, aprender a fazer, aprender a viver juntos e aprender a conhecer garantindo a capacitação de profissionais com autonomia e discernimento para assegurar a integralidade da atenção e a qualidade e humanização do atendimento prestado aos indivíduos, famílias e comunidades.

O MEC (2001, p. 2) também recomenda que:

Devem ser contemplados elementos de fundamentação essencial em cada área do conhecimento, campo do saber ou profissão, visando promover no estudante a competência do desenvolvimento intelectual e profissional autônomo e permanente. Esta competência permite a continuidade do processo de formação acadêmica e/ou profissional, que não termina com a concessão do diploma de graduação.

As competências gerais estabelecidas pelo MEC (2001) para o curso de medicina são:

- a) atenção à saúde: os profissionais da saúde devem desenvolver suas atividades dentro dos princípios da ética/bioética com os mais altos padrões de qualidade no exercício de ações de prevenção, promoção, proteção e reabilitação da saúde para toda população. A atenção à saúde não termina com o ato técnico, mas com a solução do problema da saúde;
- b) tomada de decisões: devem ser pautadas no uso apropriado e eficaz de medicamentos, de equipamentos, de procedimentos/práticas, sendo necessárias as competências e habilidades para tomar as melhores decisões baseadas em evidências científicas;
- c) comunicação: todos os tipos de comunicações devem ser pautadas em informações confiáveis, e há necessidade do domínio de tecnologias de informação e comunicação e de outro idioma;
- d) liderança: os profissionais da saúde devem ser capazes de assumir a atividade de liderança em função do bem-estar da comunidade. A liderança envolve a administração de forma efetiva com eficácia;
- e) administração e gerenciamento: devem ser capazes de ter iniciativa para gerenciar e administrar os recursos e aptos ao empreendedorismo; e
- f) educação permanente: precisam ser aptos a manter a educação de forma continuada na formação e na prática, preocupados com sua aprendizagem continuada.

O documento não estabelece diferenciação entre competências e habilidades específicas, indicando-as como sinônimas e que devem ser desenvolvidas na graduação de modo a promover nos profissionais que eles sejam capazes, ao término do curso, de realizar as seguintes ações:

- a) estimular a vida saudável da comunidade e trabalhar para a transformação social;
- b) exercer atendimento à saúde nos diferentes níveis, com maior importância aos atendimentos primários e secundários;
- c) comunicação adequada com colegas de trabalho, pacientes e seus familiares;
- d) conscientizar a sociedade sobre a promoção da saúde, utilizando métodos apropriados para tal;
- e) realizar com coerência o levantamento da história clínica do paciente e exercer com técnica e arte o exame físico;
- f) domínio dos conhecimentos científicos da natureza bio-psico-socio-ambiental da prática médica, análise crítica para interpretação dos dados na resolução de problemas;
- g) diagnóstico e tratamento correto das doenças do ser humano em todas as etapas do ciclo biológico, utilizando como critérios a prevalência e o potencial mórbido das doenças, assim, a eficácia na ação médica;
- h) reconhecimento das suas limitações e encaminhamento do paciente a sua devida necessidade de especialidade;
- i) valorização dos métodos clínicos em todas as possibilidades;
- j) exercício da medicina com base em procedimentos diagnósticos e terapêuticos com embasamento científico;
- k) utilização adequada de recursos semiológicos e terapêuticos, com embasamento científico para atenção integral à saúde, no primeiro, no segundo e no terceiro nível de atenção;
- l) reconhecimento da saúde como direito e atuação de forma a assegurar a integridade, a assistência de serviços preventivos e curativos à sociedade em cada nível de complexidade do sistema;
- m) atuação na proteção e na promoção da saúde e na prevenção de doenças, assim como na reabilitação e no tratamento dos problemas de saúde e acompanhamento do processo de morte;

- n) realização de procedimentos cirúrgicos e clínicos essenciais para o atendimento ambulatorial e para o atendimento das urgências e emergências em todas as etapas do ciclo biológico;
- o) conhecimento da metodologia científica, leitura e apreciação crítica de artigos técnico-científicos e a contribuição com a produção de conhecimentos;
- p) ter uma análise crítica do mercado de trabalho e saber lidar com as políticas de saúde;
- q) obediência aos princípios técnicos e éticos;
- r) cuidados com a saúde física e mental e busca, como médico e cidadão, do seu bem-estar;
- s) decisões médicas levando em consideração o custo-benefício para as necessidades da população;
- t) participação de políticas e atividades de planejamento em saúde;
- u) atuação em equipe multiprofissional;
- v) atualização com base na legislação pertinente à saúde.

Assim, de acordo com essas diretrizes, a formação do médico deverá ser pautada nessas competências para atender ao sistema de saúde vigente no país, em um sistema regional e hierarquizado de referência e contra-referência na atenção integral à saúde, em que a realização do trabalho em equipe deve estar presente (MEC, 2001). Esta é uma das peculiaridades do trabalho médico, mais detalhadas a seguir.

### **2.2.3 Especificidades dos médicos e competências profissionais**

Na atual economia competitiva, é necessário cada vez mais que os profissionais sejam indivíduos competentes no exercício de suas profissões, sendo que a medicina não foge a esta regra, também em função do seu próprio objeto: o ser humano e sua saúde. O Conselho Federal de Medicina (CFM, 2009b) determina que é responsabilidade do médico aprimorar seus conhecimentos e utilizá-los em benefício do paciente, ou seja, que o profissional médico seja um indivíduo competente e assim envide esforços para se manter como tal.

Conforme o CFM (2001), a relação entre médico e paciente é tridimensional, ou seja, é:

- a) uma relação socioeconômica, existência de um contrato de prestação de serviço;
- b) uma relação técnico-científico, pautada em uma atividade científica fundamentada em técnica destinada a controlar a natureza em benefício do paciente;
- c) uma relação intersubjetiva, relacionada à interação de quem precisa de ajuda com quem está apto, capaz e habilitado para ajudá-lo.

Conforme a Resolução nº 1.627 do CFM (2001, p. 12), duas características essenciais assinalam a atividade profissional dos médicos e a diferenciam de todas as outras que lhes são análogas. São elas:

1. a vulnerabilidade particular do paciente frente ao médico (mais do que nas outras profissões), e
2. a incerteza dos médicos frente ao resultado das medidas terapêuticas que indicam ou aplicam aos clientes (que os caracteriza como profissionais responsáveis pelo empenho que mostrem e não pelo resultado que alcancem).

A Medicina é uma profissão de empenho e não apenas de resultados, a não ser que o médico tenha prometido algum resultado diretamente ou por algum tipo de publicidade (CFM, 2001). Essa exigência do CFM pode ser alinhada às componentes funcional e política do modelo de Paiva (2007).

A medicina é, também, uma atividade profissional de conhecimento técnico e científico e exige atualização. Assim, para seu exercício, não basta o diploma, mas também dedicação, aperfeiçoamento e reciclagem (MACHADO, 1998). Segundo Carneiro e Gouveia (2004), os médicos estão preocupados em ser profissionais mais qualificados para garantir, inclusive, sua inserção no mercado de trabalho. Tal conhecimento formal retrata a componente cognitiva do modelo de competência de Paiva (2007).

A relação entre o profissional médico e seu cliente-paciente tem natureza econômica, ou seja, que indica uma relação de mercado entre alguém que sofre de algum agravo de saúde e outro que o trata. Na tradição dos médicos, esta parece ser a melhor designação para referir à interação intersubjetiva com seus clientes (CFM, 2001). Note-se que essa relação entre médico e paciente está diretamente alinhada às componentes funcional e comportamental / pessoal do modelo de Paiva (2007).

Convém ressaltar, ainda, que a ética médica é uma condição importante na referida relação, espelhando o direito para proteger os mais fracos e compensar sua fraqueza diante dos mais fortes (CFM, 2001), o que envolve as componentes ética e política do modelo de competências profissionais de Paiva (2007).

Diante das características especificadas no exercício da profissão de medicina, observou-se que as componentes do modelo analítico de competências profissionais adotado nesta dissertação se fazem presentes e não são facilmente formadas ou desenvolvidas. Assim, para a pesquisa empírica desenvolvida, foi traçada a metodologia que se segue.

### 3 METODOLOGIA

Este capítulo está estruturado da seguinte forma: caracterização da pesquisa, unidades de análise e observação, técnicas de coleta de dados, técnicas de análise de dados e, por fim, os aspectos éticos envolvidos na pesquisa.

#### 3.1 Caracterização da pesquisa

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

Vergara (2009) e Godoy (1995) concordam que a pesquisa descritiva expõe características de determinada população ou de determinado fenômeno. Para Triviños (1987, p. 110), “o estudo descritivo pretende descrever com exatidão os fatos e fenômenos de determinada realidade”. O presente estudo tem por objetivo descrever e analisar como são formadas e desenvolvidas as competências profissionais de médicos de um hospital privado mineiro, localizado na cidade de Belo Horizonte (MG).

A abordagem foi qualitativa que, conforme Flick (2009, p.16),

usa o texto como material empírico (em vez de números), parte da noção da construção social das realidades em estudo, está interessada nas perspectivas dos participantes, em suas práticas do dia a dia e em seu conhecimento cotidiano relativo à questão em estudo).

A pesquisa foi realizada em um hospital mineiro, cujos médicos foram a fonte de dados e objeto de estudo. De acordo com Godoy (1995, p.58),

(...) a pesquisa qualitativa não procura enumerar e/ou medir os eventos estudados, nem emprega instrumentos estatísticos na análise dos dados. Parte de questões ou focos de interesses amplos, que vão se definindo à

medida que o estudo se desenvolve.

A abordagem qualitativa visa à obtenção de dados descritivos sobre pessoas, ambientes, determinados fenômenos, procurando entender os participantes da situação em estudo. A fonte de dados é o ambiente natural e sua preocupação é o estudo e análise do mundo empírico que é o ambiente. Os pesquisadores qualitativos são indutivos na análise dos dados, não partem de hipóteses estabelecidas, mas de questões amplas e vão se tornando mais específicas no caminhar da pesquisa (GODOY, 1995). Esta foi, portanto, a abordagem adotada, tendo em vista sua propriedade ao objetivo do estudo.

A estratégia de pesquisa foi o estudo de caso que, conforme Triviños (1987), tem a finalidade de descrição em profundidade e exige informações sobre o que será investigado. Para Yin (2001, p. 21),

o estudo de caso permite uma investigação para se preservar as características holísticas e significados dos eventos da vida real – tais como ciclos de vida individuais, processos organizacionais e administrativos, mudanças ocorridas em regiões urbanas, relações internacionais e a maturação de alguns setores.

Segundo Vergara (2009), o estudo de caso é voltado para uma ou poucas unidades, que podem ser pessoas, grupos de pessoas, organizações etc., pois sua finalidade é o detalhamento do contexto e a profundidade no trato das temáticas nos sujeitos estudados. Na pesquisa desenvolvida, o caso foi constituído por um grupo de médicos que trabalham em um hospital privado, independentemente de sua especialidade, situado em Belo Horizonte (MG).

### **3.2 Unidades de análise e sujeitos de pesquisa**

Segundo Alves-Mazzotti e Gewandsznajder (1999), para determinar a unidade de análise, é necessário decidir o que vai pesquisar: um indivíduo, uma comunidade ou uma organização. O interesse por uma unidade de análise não significa que as outras sejam excluídas, sendo que se pode utilizar mais de uma unidade em um

mesmo estudo.

Na unidade de análise desta dissertação, foram observados aspectos individuais e coletivos, pessoais e de gestão, no que se refere à caracterização, à formação e ao desenvolvimento de competências de médicos no hospital privado mineiro; assim sendo, a unidade de análise foram os médicos do hospital abordado.

Do mesmo modo, os sujeitos de pesquisa também foram tais médicos. A princípio, seriam entrevistados 15 (quinze) médicos, mas respeitando-se o critério de saturação (GIL, 1999), foram necessárias e realizadas 21 (vinte e uma).

Tanto a escolha do hospital como a dos entrevistados se deu pelo critério de acessibilidade que, conforme Vergara (2009), não utiliza procedimento estatístico, mas seleciona os sujeitos da pesquisa pela facilidade de acesso a eles. Essa facilidade foi em parte expressa pela aprovação da pesquisa pelo comitê de ética do hospital, em um primeiro momento, e, em seguida, pela disponibilização de contatos com os profissionais para agendamento das entrevistas. A disponibilidade dos mesmos em concedê-la caracteriza o último acesso obtido.

### **3.3 Técnicas de coleta de dados**

A coleta de dados proposta para esta pesquisa divide-se em três etapas. A primeira foi a pesquisa documental de dados secundários da instituição envolvida com o objetivo da pesquisa. Essa parte da coleta consiste em uma técnica relevante na abordagem qualitativa, pois busca complementar dados adquiridos por outras técnicas de coleta de dados e confirmar evidências que comprovam afirmações e declarações do pesquisador (LÜDKE; ANDRE, 1986).

A segunda foi a entrevista com roteiro semiestruturado (APÊNDICE B). Tais entrevistas foram marcadas pelo setor de pessoal e conforme disponibilidade dos médicos de forma a não prejudicar suas atividades profissionais. As perguntas foram concebidas com base no projeto de pesquisa “Competências Profissionais e Gestão

de Competências em Profissões na Área de Saúde: um Estudo com Médicos e Enfermeiros em Minas Gerais”, do qual este estudo faz parte, como mencionado na justificativa dessa dissertação. Todas as entrevistas foram realizadas após a leitura e assinatura do profissional do Termo de consentimento livre e esclarecido (APÊNDICE A). Todos os abordados assim o fizeram e nenhum deles desejou retirar seus dados durante a pesquisa; assim sendo, estes foram os critérios de exclusão adotados, por meio dos quais, nenhum dos médicos contatados foi excluído. Conforme Triviños (1987), a entrevista com roteiro semiestruturado é uma das mais importantes técnicas de coleta de dados, devido à maior liberdade e espontaneidade que possibilita enriquecer a investigação.

O terceiro instrumento de 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. Ao final da entrevista, foi apresentado um conjunto de figuras previamente selecionadas para esta parte da coleta de dados, em concordância com o projeto “Competências Profissionais e Gestão de Competências em Profissões na Área de Saúde: um Estudo com Médicos e Enfermeiros em Minas Gerais”, ao qual esta dissertação está vinculada. Tais figuras estão dispostas no final do APÊNDICE B. Segundo Banks (2009, p. 17), “as imagens são onipresentes na sociedade e, por isso, algum exame de representação visual pode ser potencialmente incluído em todos os estudos de sociedade”. A imagem pode mostrar algum conhecimento que outro método não seja capaz de revelar (BANKS, 2009). Neste estudo de caso, os médicos comentaram algumas figuras com base na sua rotina no ambiente hospitalar.

Desse modo, foi realizada uma triangulação nesta pesquisa. Flick (2009, p. 62) salienta 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”. Para o autor, trata-se da utilização de diferentes métodos ou em diferentes abordagens, sendo que elas devem estar ligadas e produzir conhecimento em níveis diferentes e, assim, promovem a qualidade na pesquisa (FLICK, 2009). Nesta dissertação, realizou-se uma triangulação intra-método, ou seja, dentro da abordagem qualitativa, as entrevistas e a técnica projetiva de

associação se complementaram com vistas a aprofundar na compreensão do fenômeno em questão, visando à maior confiabilidade e qualidade nas análises.

### 3.4 Técnicas de análise dos dados

A análise documental foi realizada em conformidade com Caulley<sup>2</sup> (1981), citado por Lükde e Andre (1986, p. 38), para os quais “a análise documental busca identificar informações factuais nos documentos a partir de questões ou hipótese de interesse”. Essa técnica foi utilizada para levantar dados e caracterizar o hospital abordado.

Outra técnica de análise de dados utilizada nesta pesquisa foi a análise de conteúdo. Segundo Bardin (1977, p. 38), “análise de conteúdo pode ser considerada como um conjunto de técnicas de análises de comunicações, que utiliza procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens”. Para Goulart (2006, p. 158), a análise de conteúdo é:

análise de todo documento falado, escrito ou sensorial contém, potencialmente, uma quantidade de informações sobre seu autor, sobre o grupo ao qual pertence, sobre os fatos e acontecimentos que são relatados, sobre o mundo ou sobre o setor da realidade que este documento questiona.

Assim, “o ponto de partida da análise de conteúdo é a mensagem, seja ela verbal (oral ou escrita), gestual, silenciosa, documental ou diretamente provocada. Necessariamente, ela expressa um significado e um sentido” (FRANCO, 2008, p. 19). Na análise de conteúdo, é preciso ir além dos relatórios e gravações, é necessário interpretar o sentido das palavras e dos textos, identificando nas entrelinhas o que se quer dizer; desse modo, deve-se destacar as reincidências nos relatos e a essência do fenômeno observado (DEMO, 2005).

Para realização da análise de conteúdo desta pesquisa, foram cumpridas três etapas, a saber: pré-análise, categorias de análise e tratamento dos resultados. Na

---

<sup>2</sup>CAULLEY, D N. **Document e analysis in program evolution** (paper Nº 60 and report series of the research on evaluation program). Portland: Or. Northwest Regional Educational Laboratory, 1981.

pré-análise, Franco (2008) e Goulart (2006) compartilham da opinião de que é uma atividade que exige leitura flutuante, escolha dos documentos, formulação de hipóteses e referência aos indicadores para a interpretação final. Goulart (2006) salienta que essa é a ocasião de organizar as ideias iniciais para facilitar o desenvolvimento do trabalho e obter efetividade na análise de conteúdo.

Nas categorias de análise, são realizadas as classificações de elementos de um conjunto, ou seja, é a transformação de dados brutos em códigos por meio de recortes, agregação e enumeração para permitir uma representação do conteúdo ou sua expressão (GOULART, 2006). Para a realização da categorização, o pesquisador deve ser guiado pela sua sensibilidade e intuição. Nesta pesquisa, não foram utilizadas categorias definidas, em conformidade com Franco (2008) que sugere a possibilidade de as categorias surgirem das próprias falas dos entrevistados.

Por fim, o tratamento dos resultados e interpretação é o momento que “procura tornar significativos e válidos os resultados obtidos” (GOULART, 2006, p. 168). Goulart (2006) salienta que podem ser utilizadas operações estatísticas, síntese e seleção dos resultados, inferências e interpretações. Para esta pesquisa, foram utilizadas a síntese e a seleção de resultados, que consiste em usar as falas dos entrevistados; inferência, que é o processo de obtenção de informações suplementares, resultantes da visão crítica de uma mensagem; e interpretação, que é a relação entre a análise de resultados e as leituras realizadas da teoria fundamentadora da pesquisa.

### **3.5 Aspectos éticos envolvidos na pesquisa**

O projeto foi submetido ao comitê de ética e pesquisa (CEP) de um hospital privado e foi aprovado conforme protocolo nº 314/10.

Em conformidade com a Resolução nº 196/96, que trata da Pesquisa com Seres Humanos, as informações obtidas por meio dessa pesquisa são confidenciais e foi

assegurado o sigilo de todos os informantes sobre sua participação. Devido aos meios de coleta de dados já esclarecidos, não se observaram riscos à saúde e à integridade física e/ou mental dos participantes, os quais não arcaram com custos, prejuízos ou benefícios financeiros ou de quaisquer outras ordens.

Os dados foram divulgados de forma a não possibilitar sua identificação e foram de uso específico para a pesquisa aqui apresentada, ficando os protocolos (Termo de Consentimento e Livre Esclarecimento e formulários com dados demográficos e funcionais) e gravações das entrevistas, assim como suas transcrições, em posse do pesquisador até o término da pesquisa, quando serão destruídos. Independentemente do teor dos dados, estes serão divulgados no hospital, conforme orientação do CEP, e no meio acadêmico, por meio desta dissertação e de artigos que serão enviados a eventos e periódicos de cunho científico.

## **4 APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS**

Esta parte da dissertação trata da apresentação e discussão dos resultados da pesquisa, sendo constituída de quatro itens, quais sejam: o primeiro refere-se à apresentação do hospital pesquisado; o segundo destina-se aos dados demográficos e funcionais dos médicos entrevistados; o terceiro relata as competências profissionais, na percepção dos entrevistados; e o quarto aborda a gestão de competências em tal perspectiva.

### **4.1 O hospital pesquisado**

O hospital pesquisado trata-se de uma das instituições mais antigas de Belo Horizonte, 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). Ele possui em sua estrutura cerca de 400 leitos distribuídos em apartamentos e enfermarias, CTI adulto, CTI cardiovascular, CTI pediátrico, além de quase 30 salas específicas (cirurgia, recuperação pós-anestésica, cirúrgica para procedimentos de otorrinolaringologia e videoendoscopia).

Quanto ao quadro de pessoal, o hospital conta com cerca de 400 médicos, uma equipe de enfermagem de mais de 750 profissionais (dentre eles, cerca de 90 enfermeiros) e 1.500 empregados nas áreas administrativas e técnicas.

Trata-se, portanto, de uma organização de grande porte, e que conta com uma gerência de recursos humanos atuante.

## 4.2 Dados demográficos e funcionais dos entrevistados

Os dados a seguir compõem o perfil dos 21 médicos entrevistados.

Quanto ao **sexo**, foram entrevistados 12 homens (57%) e nove mulheres (43%).

Em relação à faixa etária, foram dois entrevistados com até 25 anos (9%); cinco entrevistados de 26 a 30 anos (24%); seis de 31 a 35 anos (29%); um de 36 a 40 anos (5%); quatro de 45 a 50 anos (19%); e três com mais de 50 anos (14%), conforme GRAF. 1. a seguir:

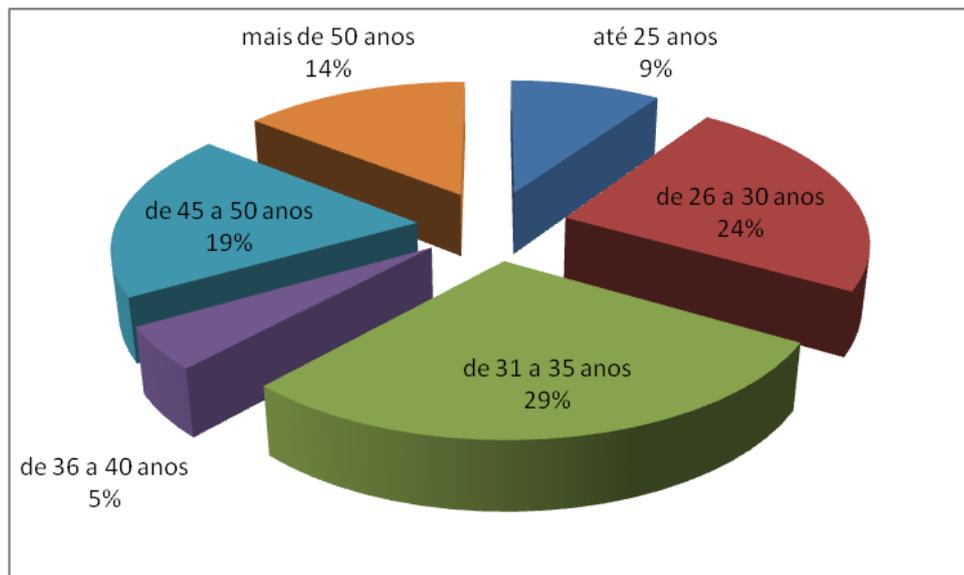


Gráfico 1 – Percentuais de entrevistados por faixa etária  
Fonte: Dados da pesquisa.

No que diz respeito ao estado civil, a maioria (14 entrevistados, 67% deles) é casada ou está em união estável; seis são solteiros (28%) e um separado ou divorciado (5%) conforme GRAF. 2.

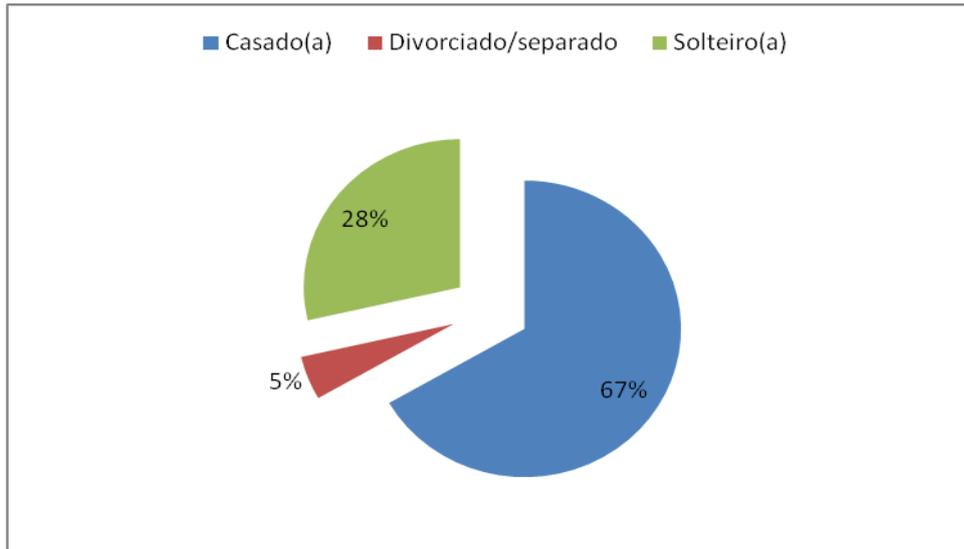


Gráfico 2 – Percentuais de entrevistados por estado civil  
Fonte: Dados da pesquisa

Quanto ao nível de escolaridade, percebeu-se que 17 entrevistados são especialistas (81%); três têm ensino superior completo (14%) e um entrevistado tem mestrado (5%) como pode ser visualizado no GRAF. 3.

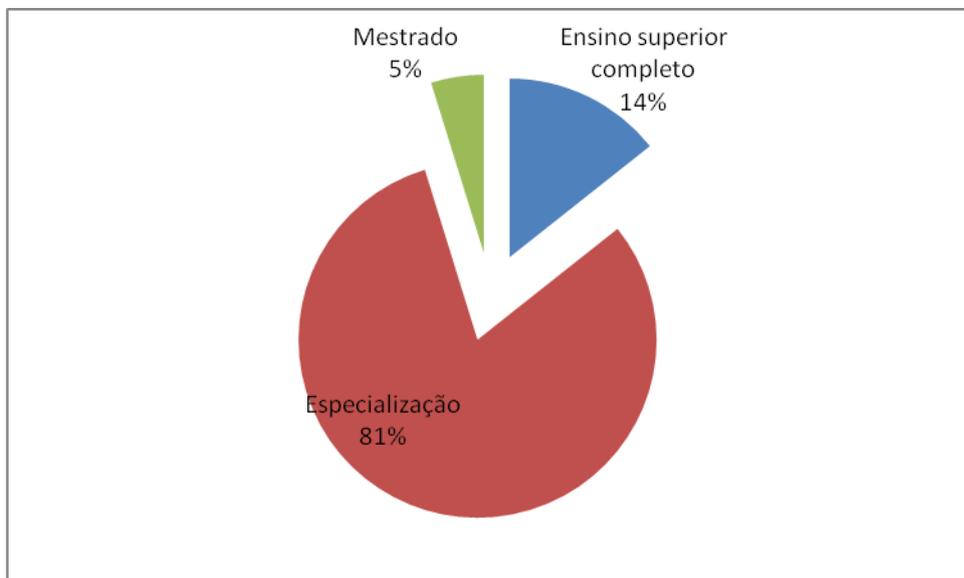


Gráfico 3 – Percentuais de entrevistados por nível de escolaridade  
Fonte: Dados da pesquisa

Em relação ao tempo de atuação profissional na instituição pesquisada, três entrevistados têm menos de 1 ano (14%); sete deles com atuação de 1 a 5 anos (33%); quatro de 6 a 10 anos (19%); um entrevistado de 11 a 15 anos (5%); um de

16 a 20 anos (5%); e cinco com mais de 20 anos de atuação (24%), conforme GRAF 4 a seguir.

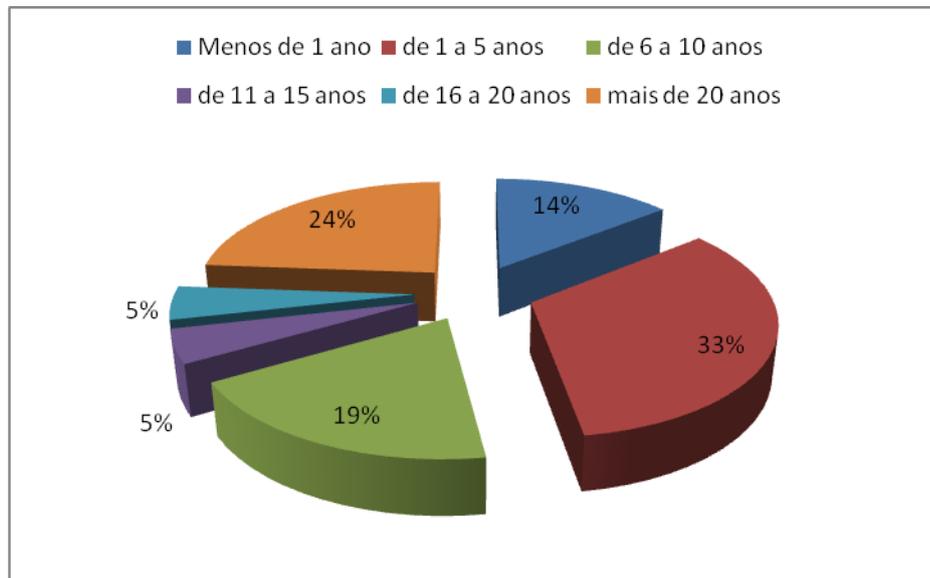


Gráfico 4 – Percentuais de entrevistados por tempo de atuação profissional no hospital abordado  
Fonte: Dados da pesquisa

No que se trata da especialidade/cargo ocupado, sete entrevistados são médicos(as) clínicos geral (33%); cinco são anestesistas (24%); cinco são residentes (24%); dois são ortopedistas (9%); um ginecologista (5%) e um na coordenação clínica (5%), como se pode observar no GRAF. 5.

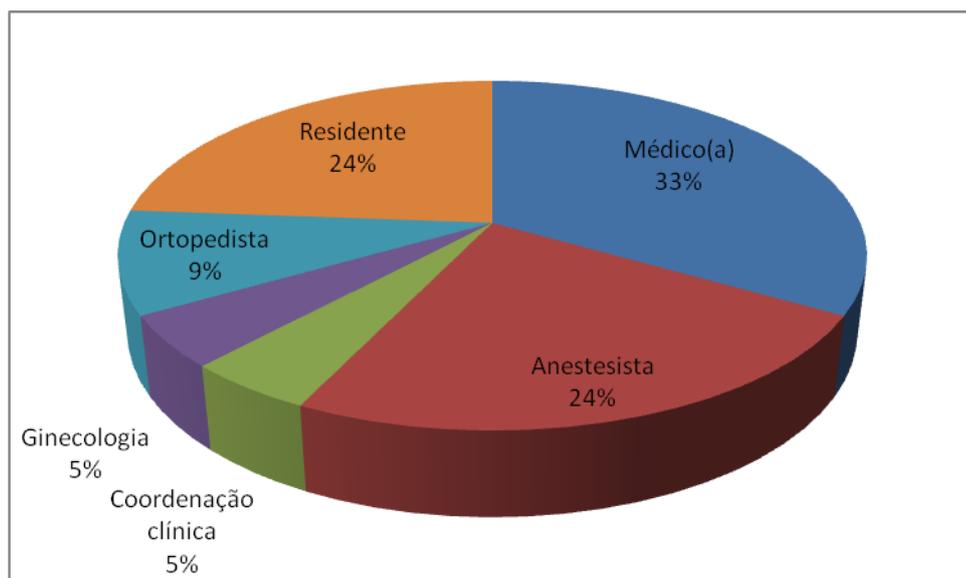


Gráfico 5 – Percentuais de entrevistados por especialidade/cargo ocupado  
Fonte: Dados da pesquisa

Quanto ao período pelo qual o entrevistado ocupa tal cargo, apurou-se que oito entrevistados estão no cargo de 1 a 5 anos (38%); cinco ocupam há mais de 20 anos (24%); três há menos de 1 ano (14%); três de 6 a 10 anos (14%); e dois estão no cargo de 16 a 20 anos (10%), conforme GRAF 6 a seguir:

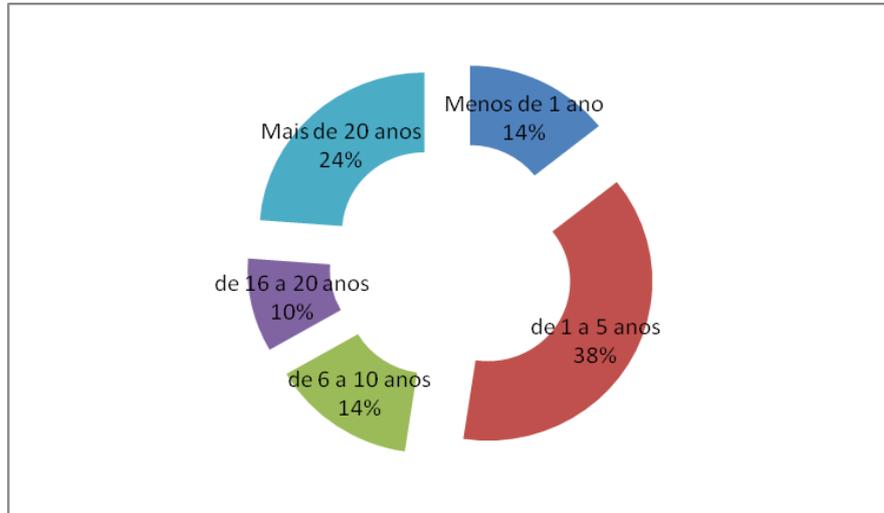


Gráfico 6 – Percentuais de entrevistados por tempo de ocupação do cargo  
Fonte: Dados da pesquisa

Em relação ao tempo total de experiência profissional, considerando atividades exercidas em outras instituições, oito entrevistados têm experiência profissional de 1 a 5 anos (38%); cinco têm mais de 20 anos (24%); três menos de 1 ano (14%); três de 6 a 10 anos (14%); e dois têm experiência de 16 a 20 anos (10%). (GRAF. 7)

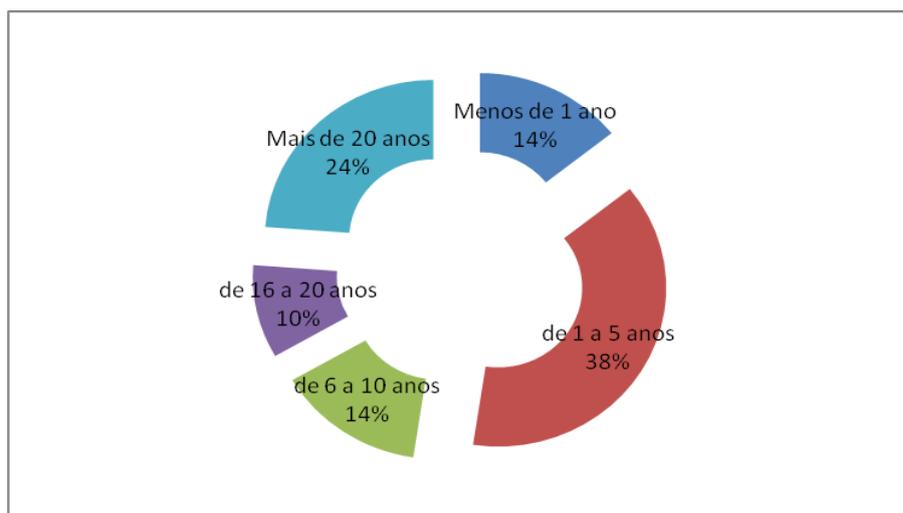


Gráfico 7 – Percentuais de entrevistados por tempo de experiência profissional  
Fonte: Dados da pesquisa

Assim, o perfil dos entrevistados pode ser caracterizado como do sexo masculino com idade entre 31 a 35 anos, casado, escolaridade em nível de especialização, com atuação profissional entre 1 a 5 anos, como médico “geral”, com tempo de ocupação do cargo no hospital abordado e experiência profissional total de 1 a 5 anos. Trata-se, então, de uma maioria jovem e no começo de carreira.

### **4.3 Competências profissionais dos médicos pesquisados**

Inicia-se a apresentação e análise dos resultados com base na percepção dos médicos entrevistados a respeito das competências profissionais. A partir da análise de conteúdo das respostas dos 21 entrevistados, em algumas tabelas, foi realizado um alinhamento com as componentes - cognitivo (Cg), funcional (F), comportamental (Cm), ética (E) e política (P) - das competências profissionais relacionadas ao modelo analítico de Paiva (2007), adotado como parâmetro de análise nesta pesquisa. Já que cada entrevistado poderia informar mais de uma resposta para cada pergunta, os percentuais foram calculados sobre o número total deles (21), podendo o total de respostas, caso fosse somado, exceder os 100%, já que se referem aos seus relatos.

A primeira pergunta colocada para os entrevistados objetivava identificar seus padrões em termos do que seria um profissional competente. Nas suas respostas, percebeu-se a presença de quatro categorias voltadas para:

- a) aspectos comportamentais, os mais frequentes, que diziam respeito ao seu relacionamento com os demais membros da equipe, dedicação e seriedade em relação à profissão, ser ético e honesto, ter segurança;
- b) processos internos, que tratam do cumprimento de padrões profissionais, de agir com eficiência, envolvidos com a equipe e com a organização;
- c) educação permanente, relacionada a manter-se atualizado, ter conhecimento técnico e habilidades para realizar seu trabalho;
- d) atenção ao paciente, que envolve o respeito, a atenção e a dedicação ao paciente.

Essas categorias se fazem presentes nas diretrizes curriculares do curso (MEC, 2001) e outros protocolos do conselho profissional (CFM, 2001; CFM, 2009b), além de terem sido apontadas por outros estudiosos da profissão, como Machado (1998) e Carneiro e Gouveia (2004). Na TAB. 1, podem ser visualizados os conteúdos das respostas, seu alinhamento com as componentes das competências profissionais, segundo o modelo adotado (PAIVA, 2007) e os entrevistados que as relataram. Note-se a prevalência de componentes comportamentais e funcionais no “profissional ideal” traçado pelos pesquisados.

Tabela 1 – Competências gerais dos profissionais, segundo os entrevistados

<b>Respostas</b>	<b>Componentes</b>	<b>Entrevistados</b>	<b>Total</b>	<b>%</b>
Voltadas para aspectos comportamentais	Cm, E, F	M1, M2, M3, M4, M5, M6, M7, M8, M9, M10, M11, M12, M13, M14, M15, M16, M17, M18, M19, M20, M21	21	100
Voltadas para processos internos	F, Cm	M2, M3, M6 M10, M13, M14, M16, M18	8	38
Voltadas para a educação permanente	Cg, Cm, F	M3, M5, M7, M8, M9, M15, M20, M21	8	38
Voltadas para a atenção ao paciente	Cm, Cg, F, E	M1, M5, M9, M17	4	19

Fonte: Dados da pesquisa

Nota: Componentes da competência profissional: Cognitiva (Cg); Funcional (F); Comportamental (Cm); Ética (E) e Política (P).

Segundo os entrevistados, o profissional competente realiza suas atividades nas quais se pode identificar os componentes da competência profissional do modelo de Paiva (2007). Os aspectos comportamentais que, 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).

O eixo voltado para a educação permanente remete ao indivíduo que, conforme Steffen (1999), Wittorski (2004) e Bitencourt e Barbosa (2010), aprende e desenvolve seu potencial, numa busca permanente por se mostrar competente. No caso da medicina, isso também foi ressaltado por Machado (1998) e Carneiro e Gouveia (2004). Observem-se o relato a seguir:

Eu acho que é um profissional que leva a sério, que procura exercer sua atividade com conhecimento, com parcimônia, com temperança e que é sempre concentrado nas ações que está realizando. É até o fato de ser muito ou pouco estudioso influi também, mas eu acho que especialmente a concentração na hora do serviço, sua dedicação, torna um profissional que realiza bem sua função (M04).

Na atenção ao paciente, a saúde envolve a competência geral estabelecida pelo MEC (2001) para os cursos de graduação em medicina, o que foi alinhado com as componentes cognitivo, funcional, ética e comportamental do modelo adotado.

Procura usar os seus conhecimentos em favor do paciente, procura adequar o conhecimento para sua formação e é usar da maneira possível na atuação médica, e também é que o paciente tenha ganho com isso, não só ele mas, o paciente também tenha ganho com isso, com essa atualização dele (M09).

Cumprir com os procedimentos internos de trabalho remete à ação na prática, à efetividade do saber-fazer mencionado por Le Boterf (2003) e do saber-agir de Fleury (2002), ambos pautados nos componente cognitivo e funcional (PAIVA, 2007). O ato profissional do médico, conforme protocolo do CFM (2001), reflete tais saberes na sua ação.

É aquele que tem iniciativa básica profissional, cumprindo a meta para qual aquela profissão tá estabelecida, que ele seja objetivo, é eficiente no cumprimento daquela meta (M02).

Eu acho que especialmente a concentração na hora do serviço sua dedicação, torna um profissional que realiza bem sua função (M04).

Acho que o profissional competente é aquele que executa suas funções, de uma forma correta, adequada, mantém-se atualizado na sua profissão, além disso, tem uma boa relação com a sua equipe, com a sua instituição, consegue produzir aquilo que realmente é necessário para o crescimento da instituição e para ele mesmo como profissional (M13).

Profissional competente é aquele que está envolvido com a entidade, com a equipe, com aquilo que se pretende fazer, que se propôs a fazer (M10).

Sobre um profissional competente especificamente na área de saúde, as respostas dos médicos guardaram similaridades com as competências gerais estabelecidas pelo MEC (2001), definidas nessa parte da análise como as categorias-chave. Foi observado que as competências “liderança” e “administração” (MEC, 2001) não são percebidas pelos médicos como competências da área de saúde, o que é preocupante, dado que os médicos estão no topo da hierarquia no atendimento do paciente, ou seja, são eles que realizam o diagnóstico e prescrevem as terapias (CFM, 2001; MEC, 2001) que serão desenvolvidas por meio da inserção dos demais profissionais da equipe multidisciplinar. Já as competências “comunicação” e “tomada de decisão” (MEC, 2001) são pouco mencionadas, o que também é preocupante, dada a necessidade de ambas para a efetividade do ato médico (CFM, 2001). Todas as respostas foram alinhadas ao modelo analítico adotado (PAIVA, 2007), prevalecendo a componente comportamental, conforme TAB 2.

Tabela 2 – Competências dos médicos do hospital

<b>Respostas</b>	<b>Componentes</b>	<b>Entrevistados</b>	<b>Total</b>	<b>%</b>
Atenção à saúde	Cg, Cm, E	M1, M5, M8, M10, M11, M12, M14, M16, M17, M18, M19, M20	12	57
Educação permanente	Cg, Cm, F	M5, M9, M11, M15, M19, M21	6	29
Comunicação	Cm, E, P	M2, M13	2	10
Tomada de decisões	Cg, F	M6	1	5
Liderança	-	-	-	-
Administração	-	-	-	-

Fonte: Dados da pesquisa

Nota: Componentes da competência profissional: Cognitiva (Cg); Funcional (F); Comportamental (Cm); Ética (E) e Política (P).

A competência geral “atenção à saúde” estabelecida pelo MEC (2001) em decorrência das atividades peculiares dos médicos (CFM, 2001) foi observada nas respostas de 12 médicos (57% deles) e está associada às componentes cognitiva, comportamental e ética do indivíduo competente na área de saúde. A componente ética alinha-se à ética médica que é uma condição importante na realização do trabalho (CFM, 2001). Observem-se os respectivos relatos:

São aqueles que dedicam aos pacientes, têm tempo de ouvir as queixas (M01).

...têm que observar é respeitar o paciente... (M10).

Na área da saúde, tem que envolver mais ainda o relacionamento com o paciente em si, então sempre pensar no seu paciente na hora de tomar suas atitudes (M12).

Consegue dar uma resposta positiva ao paciente... (M14).

Tenha compromisso com o paciente principalmente e que exerça suas atividades de forma é com profissionalismo e competência, né (M16).

Outra atividade de um profissional competente na área de saúde, segundo os entrevistados, é a “educação permanente”, conforme estabelecida pelo MEC (2001), sendo percebida por seis médicos (29%). A educação permanente envolve a gestão de competências, que será tratada mais adiante. Ela está relacionada às componentes cognitiva e comportamental (PAIVA, 2007), ilustradas pelos relatos a seguir:

...e sempre tá atualizado, quem tá estudando, a que a medicina sempre se atualiza rápido, e a gente tem sempre que está atualizado (M05).

Existe principalmente, a pessoa tem que fazer uma boa formação. Formação profissional, ética, moral, né (M11).

Principalmente interessado pelo objeto de estudo, que é o paciente (M15).

A competência geral “comunicação” (MEC, 2001) remete às componentes comportamental, ética e política; além disso, está frontalmente conectada ao saber-comunicar de Fleury (2002), sendo relatada por dois médicos (10%), conforme se segue:

Tem que ter uma boa credibilidade, tanto diretamente relacionada com a profissão quanto interagir com as outras especialidades e tudo, pra que você não fique perdido no meio de tantas especialidades igual tem hoje (M02).

É extremamente importante uma boa relação interpessoal, principalmente com os pacientes. ...tem uma coisa muito é especial aí, que é a relação interpessoal, que faz parte é corrido dia a dia e isso tem que ser muito bem trabalhado, se não ele, dificilmente ter um sucesso profissional, ser um profissional competente (Med.13).

A competência geral “tomada de decisão” (MEC, 2001) está diretamente relacionada com a autonomia, ambas discutidas por diversos autores que veem sua necessidade

no exercício competente das atividades profissionais, como Fleury (2002) e Fidalgo e Fidalgo (2007). Ela envolve as componentes cognitivo e funcional (PAIVA, 2007) e foi citada por um médico (5%) apenas, como analisado no seguinte relato:

É um médico capacitado, é capaz de oferecer ao seu paciente o melhor atendimento possível (M06).

Quanto aos relacionamentos dos médicos, note-se que, para a maioria, eles são positivos, considerados como bons ou ótimos. Esses contatos diários com outros membros da equipe são substanciais para a prestação de assistência humanizada e de qualidade (MEC, 2001). O relacionamento interpessoal está associado às componentes comportamental, ética e política do modelo analítico adotado (PAIVA, 2007), sendo importante à formação e ao desenvolvimento de competências, dadas as possibilidades de contribuir para tal. Os relatos a seguir exprimem situações que não se referem ao relacionamento bom e ótimo, mas sim a alguns problemas, discussões e atritos que surgem no relacionamento interpessoal:

- a) No relacionamento com colegas de profissão, surgem atritos, conforme relatos a seguir:

...sempre surgem atritos, mas eu acho que é natural na atividade, eu acho que nós não somos passionais e é importante ser também, eu acho que as divergências geram também contribuições pro desenvolvimento, né, de todos (M04).

... a gente não pode exigir que em uma sociedade todos tenham a mesma cabeça, mas muitas vezes, eu acho até muito conflitantes, mas se você trabalha num grupo de pessoas, que essas pessoas tenham pelos menos o mesmo objetivo (M11).

...a gente tem um problema ou outro eu como anestesista com alguns cirurgiões às vezes, mas são problemas que são corriqueiros e difícil não ter problema uma hora ou outra você vai ter problema até por que quem não tem problema é porque se cala diante das injustiças das coisas que a gente julga que são erradas problema ele deve acontecer guardando o respeito né o sentimento de coleguismo mas problema ele é saudável nesse sentido (M18).

Variado, mas na maioria das vezes são só colegas de profissão mesmo (M21).

- b) e até mesmo um relacionamento frio e distante:

Os colegas médicos têm um relacionamento bom e respeitoso, porém um pouco distante (M14).

...a gente não tem oportunidades de relacionamentos interpessoais (M04).

...a gente sempre vai ter um não sei o que, o problema aí se refere, mas eu julgando pequenos atritos pequenos problemas e de relacionamento às vezes acontece é não é comum não mas às vezes acontece e acho até certo ponto guardando o limite do bom senso e do respeito eles são importantes pra melhorar não é (M18).

c) No que tange ao relacionamento com os colegas de setor, está presente a multidisciplinaridade:

...assim a gente tem uma interação entre as especialidades muito grande (M02)

d) Com superiores, existe respeito à hierarquia:

...a questão de hierarquia é respeitada, nós sempre respeitamos tanto as ascendências como as descendências na hierarquia (M05).

...a gente entra no serviço, nós sabemos que essa hierarquia tem que ser respeitada, nós fazemos o possível pra tá conseguindo colocar isso em prática (M06).

...eu procuro sempre, reportar aquilo que eu vou fazer ou que eu deixo de fazer, desde que sejam de competências dos meus superiores (M11).

e) Mas pequenos atritos também se fazem presentes nessa relação:

...eu acho, a gente sempre tem divergências, é críticas e também respeito e valorizar, a gente que não é fácil superiores dirigir qualquer setor hum não é fácil (M04).

Dos médicos entrevistados, 11 exercem função gerencial (52%), caracterizando este dado instigante, pois nenhum dos entrevistados apontou competências voltadas para a “administração” (MEC, 2001) quando perguntados especificamente sobre isso (ver TAB. 2). A maioria percebe relacionamentos bons na sua totalidade, mas um respondente relata as dificuldades enfrentadas, nas quais se podem notar fissuras quanto ao componente político (PAIVA, 2007), dado não haver esclarecimentos a respeito das expectativas quanto ao cargo e, daí, certa confusão sobre o que é esperado e o que efetivamente é feito, dificultando o processo de legitimação de suas competências nesse sentido:

...bom relacionamento também e as dificuldades existem porque não há uma normatização específica para área e às vezes as funções não estão bem definidas (M14).

Com os pacientes e familiares, existe a preocupação de exercer a medicina e promover um relacionamento da melhor forma com o intuito de que a terapia seja eficiente, pois é esse seu objetivo central, ou seja, promover a saúde (CFM, 2001; MEC, 2001). Essa postura associa-se às componentes comportamental, ética e política (PAIVA, 2007).

...a gente tem que fazer o melhor possível, né, de forma humana, pra que a gente coloque em prática todos os ensinamentos adquiridos durante a graduação. Aqui no Hospital, nós temos um convívio muito saudável com o paciente, pois nós já conhecemos desde a avaliação pré-anestésica e damos sequência durante o pré-operatório e também no pós-operatório (M06).

Eu acho que... quanto mais a gente se aproxima do paciente, mais facilidade a gente consegue ter, de ter um respeito e confiança (M07).

nunca...problemas assim de discordâncias podem ocorrer. Tem algumas que são mais difíceis de entender, de compreender, mas na maioria das vezes sempre consigo resolver de forma bem...é pacífica, tenho um excelente relacionamento com a grande maioria, vejo um grau de satisfação muito grande, tanto por minha parte, quanto por parte deles (M13).

Às vezes tem um ou outro paciente que é mais difícil, mas eu acho que isso é comum, acontece com todo mundo (M15).

...mostrar pra ele que a doença tem um caráter mais complexo por um lado mais psicológico que faz muito tem muita importância não é só a parte física né a doença ela é muitas vezes até mais psicológica que tudo ele tem que entender isso e a gente é importante a gente mostrar pra eles isso né (M18).

Os entrevistados também foram perguntados a respeito de como acham que a sua profissão é percebida por outros profissionais. As respostas apontaram para duas vertentes: a primeira, relacionada a aspectos positivos, tais como: respeito, reconhecimento, impressão positiva, importância da profissional; a segunda associa-se à desvalorização da profissão, perda de *status* e da remuneração; isso mostra a dicotomia que os médicos vivenciam hoje no exercício de sua profissão no interior do hospital, o que certamente se estende por outros espaços nos quais ele transita, conforme dados apontados por Carneiro e Gouveia (2004). Lidar com essa realidade exige do médico “jogo de cintura”, ou melhor, uma competência em decidir (RUAS, 2001; FLEURY, 2002; LE BOTERF, 2003; WITORSKI, 2004; FIDALGO; FIDALGO,

2007) que envolve as componentes política e comportamental (PAIVA, 2007). Observe-se que dois médicos se recusaram a responder a essa pergunta. Suas respostas estão sintetizadas na TAB. 3.

Tabela 3 – Como o médico é percebido por outros profissionais, segundo os entrevistados

<b>Entrevistados</b>	<b>Respostas</b>	<b>Total</b>	<b>%</b>
Com respeito	M1, M3, M7, M17, M21	5	24
Com reconhecimento	M2, M5, M13, M15, M18	5	24
Positivamente	M8, M10, M12	3	14
Com importância	M4, M6, M11	3	14
Com desvalorização	M9, M14, M17, M18, M19, M21	6	29
Não respondeu	M16, M20	2	10

Fonte: Dados da pesquisa

Os aspectos positivos da profissão foram relatados por 15 médicos (72% dos entrevistados); parte de seus relatos estão transcritos abaixo:

...nós temos o reconhecimento, é assim como profissionais da área de saúde, temos da sociedade, de que realmente nós nos esforçamos pra fazer o melhor pelos outros (M02).

Percebo que, os colegas sabem da importância do anestesista, sabem da capacidade da equipe de anestesia, aqui do hospital e tem total confiança nos, nos nossos atos anestésicos (M06).

É eu...penso que....eles veem com bons olhos, acho que estão satisfeitos também (M10).

Eu acho que percebem da mesma maneira que eu percebo a deles. Eu acho que eles percebem... de uma maneira importante dentro da instituição. A... ortopedia tem uma... uma...importância clara, inclusive financeira aqui dentro do hospital. É um dos carros chefes do hospital, né, pra você ter igual é a segunda maior em volume de cirurgia do hospital, então, historicamente a ortopedia foi sempre muito importante e eu procuro me colocar nesse contexto, dentro da mesma competência e importância que a equipe toda (M11).

Olha, o meu relacionamento é muito bom, então assim, por isso eu vejo que, parece que eles estão bem satisfeitos com o que eu faço, é... confia no meu trabalho, sabe, então assim é... acredito que estejam satisfeitos mesmo com o trabalho que exerço aqui dentro (M13).

Sempre que elogia, sempre que solicitam a minha avaliação, né, eu percebo a necessidade do meu trabalho (M15).

A desvalorização da profissão foi mencionada por seis médicos (29%). Nestes relatos, constam o fechamento de uma especialidade no hospital, perda do *status* e de remuneração, conforme salientado por Machado (1998). A seguir, os relatos ilustrativos:

a ginecologia hoje do hospital tal como, só como auxílio pra eles ,né, hoje a ginecologia não é uma... grande clínica dentro do hospital, não. Depois que fechou a obstétrica, a ginecologia funciona quase como... é... só um auxílio, pra eles, então não a ginecologia não é tão importante pro hospital (M09).

Hoje, todos os médicos vêm passando de um modo geral, a mesma situação, a demanda é muito grande, a remuneração é baixa e a interação com os planos de saúde, que são os verdadeiros gestores hoje da medicina é muito difícil (M14).

Eles percebem com respeito do profissional, mas ainda com pouco respeito da profissão que a gente exerce (M17).

a gente tem um certo tipo de reconhecimento também acho que as pessoas que acompanham o trabalho diário já sabem da nossa seriedade da nossa busca pela excelência né pela fazer as coisas da melhor maneira possível acho que os pacientes também você vai perguntar mais à frente eles também a gente tem esse reconhecimento (M18).

Acho que não só aqui dentro como em qualquer lugar o médico é visto como uma profissão muitas vezes tem até um certo *status* mas vem cada vez mais sendo desvalorizada no meio geral (M19).

Meus colegas eu acho que respeitam e cada um sabe as qualidades de cada um né, das incompetências pessoais e individuais né (M21).

Assim sendo, os médicos percebem a importância de ações voltadas para a atenção à saúde do paciente (realização de diagnósticos, proposição de terapias), assim como de se relacionarem com os pacientes e com a equipe de trabalho e de se manterem atualizados. Tais ações espelham suas competências que são reconhecidas pelos demais, apesar dos processos envolvidos na perda de *status* e mesmo da queda em sua remuneração.

#### **4.4 A gestão de competências profissionais dos médicos pesquisados**

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 respeito do hospital, do conselho profissional e de outras organizações, como sindicatos ou associações.

Quando questionados a respeito de uma avaliação do **curso de graduação** em medicina, ou seja, o primeiro passo para a formação e o desenvolvimento de suas competências profissionais, 11 médicos (52%, M1, M2, M3, M5, M6, M9, M10, M11, M18, M19, M21) consideram o seu curso bom, seis (29%, M7, M8, M12, M15, M16, M20) o consideraram como excelente, três deles (14%, M1, M13, M14) relataram que o médico não sai da faculdade preparado para o mercado de trabalho, outros três (14%, M1, M11, M13) destacaram a importância da residência médica, um (5%, M4) ressaltou a importância do empenho do aluno durante o curso e um (5%, M17) não respondeu a essa pergunta.

Assim, o curso de graduação foi avaliado de modo positivo por 17 entrevistados (81%), sendo 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. Os relatos que se seguem enriquecem a análise.

Eu acho que ele foi muito bom, eu acho que o hospital, ele é multidisciplinar e... e isso dá pra gente a oportunidade realmente de... de assim autoavaliar nesse sentido, né, porque a graduação nos preparou pra é... estar aqui dentro trabalhando numa multidisciplinaridade igual é o hospital (M02).

Excelente, completo, eu acho (M08).

Meu curso foi muito bom, acho que foi muito importante pra mim, pra fazer a diferença na minha atuação aqui neste hospital (M12).

Olha muito bom muito bom eu acho que atualmente eu consigo aplicar muita coisa né do que eu aprendi né do que eu vi dentro da sala de aula né na prática né por isso é uma grande ansiedade nossa muitas vezes a gente vê algumas coisas que foram deficientes é que os cursos de graduação tem que melhorar assim não só dentro da área médica mas todos os outros mas a gente vê que é uma base importante a gente tem que investir muito no nosso curso de graduação (M20).

Outras avaliações da graduação remetem ao aluno-médico que não sai preparado para o mercado de trabalho, sendo ressaltada a importância da residência médica para suprir essa deficiência, o que implica na sua passagem por um hospital ou outra instituição que possa contribuir com tal formação, fato relatado por Machado (1998) e que encontra eco no modelo adotado (PAIVA, 2007). Além disso, também

foi citada a responsabilidade do próprio aluno quando do seu processo de graduação. Observem-se os relatos ilustrativos:

Há, eu acho que foi bom, mas... você sai... você não sai pronto pro mercado de trabalho, por isso eu acho que a residência é fundamental, você sai com certa carga teórica, prática, mas sim... não é o suficiente. Eu acho que a residência, continuar os estudos que é fundamental (M01).

Bom, eu acho que a graduação, ela é muito aquém do que é a realidade médica, tá. Eu acho que ela é ainda muito teórica, eu acho que, ainda é uma coisa que... eu acho que a gente não sai da faculdade preparado pra exercer a medicina. A residência é indispensável, a residência ou especialização, porque é isso que te prepara, tá. Então assim, eu acho que os cursos de graduação em medicina, ainda podem, ainda precisam se atualizar muito pra re... formar reais médicos, capazes de atuar no sistema de saúde (M13).

...eu acho que depende muito do aluno em qualquer universidade, depende muito da atuação do aluno na graduação (M04).

No que se trata das competências formadas e desenvolvidas no curso de graduação de medicina, 17 entrevistados (81%) afirmaram que tais atividades são desenvolvidas durante o referido curso, sendo divididas em: carga teórica (12 deles, 57%), práticas (três deles, 14%) e comportamentais (três deles, 14%), sendo que dois entrevistados não foram específicos. Observe-se a TAB. 4, na qual cada uma das competências apontadas foi alinhada às componentes do modelo analítico adotado.

Tabela 4 – Gestão de competências – Atividades desenvolvidas na instituição de ensino, segundo os entrevistados

<b>Respostas</b>	<b>Componentes</b>	<b>Entrevistados</b>	<b>Total</b>	<b>%</b>
Carga teórica	Cg	M1, M5, M6, M7, M10, M11, M12, M13, M14, M17, M19, M20	12	57
Prática	F	M1, M3, M15	3	14
Comportamental	Cm, E, P	M4, M8, M9	3	14
Não especificou	-	M2, M16	2	10

Fonte: Dados da pesquisa

Com relação à carga teórica apreendida no curso de graduação, ela está diretamente pautada na componente cognitiva (PAIVA, 2007), já que trata de conhecimentos formais necessários à execução do seu trabalho no campo da medicina.

Lá que eu adquiri a carga teórica que me possibilita trabalhar, né, atualmente. Eu comecei ter contato com o paciente, onde a rotina médica mesmo foi na faculdade. Aqui na residência eu tô aprimorando mesmo, o primeiro contato, as primeiras experiências foi na faculdade (M01).

A evidentemente, eu acho um bom curso, que gera pelo menos a curiosidade do aluno, que estimula a curiosidade, estímulo que dá as ferramentas pra pessoa estudar, pesquisar, ela desenvolve a formação e a competência profissional, no mais eu acho que é isso, especialmente estimular a criatividade e a curiosidade, isso é tudo que eu queria falar (M04).

Só mesmo na formação básica graduação, agora que eu estou especializando (M07).

No que diz respeito à prática profissional, note-se sua base na componente funcional (PAIVA, 2007), pois diz respeito à aplicação efetiva do conhecimento formal nas atividades cotidianas:

a gente atende um número grande de paciente, isso...isso faz com que a gente se aprimore cada vez mais, então, o volume de paciente é uma coisa muito importante isso, a gente tem aqui no hospital (M15).

Quanto à terceira competência indicada pelos entrevistados como desenvolvida durante o curso de graduação, a comportamental, esta reflete as componentes comportamental, política e ética (PAIVA, 2007), já que o indivíduo aprende a se comportar num determinado contexto permeado por regras e costumes dos quais ele não pode se furtar na sua prática de trabalho, a qual está inserida numa relação hierárquica e, portanto, de poder. Observem-se os relatos:

Igual aquilo que eu falo de vocação, de você se interessar, de você trabalhar, depende muito da pessoa, não tem como outra pessoa obrigar você a ser interessado, você a ser ético, ser é... preocupado com o próximo, então tem coisas que eu acho que é importante, é do caráter da pessoa, do profissional, não tem como outra pessoa forçar isso (M08).

...a gente luta muito e a gente aprende a trabalhar com as dificuldades, então o curso ensina a gente trabalhar com as dificuldades, então o curso ajudou de uma maneira é muito é... importante, né, então, o curso me ajudou muito (M09).

Quatro entrevistados (M12, M13, M18, M21) ressaltaram que, durante o curso de medicina, eles enfrentaram dificuldades na formação e desenvolvimento das competências profissionais, tais como: não ser instruído sobre questões relativas ao

mercado de trabalho; falta de realização prática com pacientes, de laboratórios e exames; além disso, eles expressaram o quanto as universidades encontram-se sucateadas, nas quais faltam recursos financeiros e materiais. Essa realidade vai de encontro ao prescrito pelo MEC (2001). Observem-se os relatos:

É não ensina muito sobre o mercado de trabalho, nem como atuar profissionalmente, ensina muita a parte técnica e deixa muito a desejar essas outras competências que são necessárias um bom trabalhar (M12).

Eu acho que a faculdade te dá uma base teórica muito boa, né. Mas...é...a medicina real, até na forma de...a medicina por completo, como a gente consegue fazer, aqui no hospital, de ter toda a estrutura física, laboratorial, científica é que a gente tem aqui, é... a gente aprende mais é... superficialmente na faculdade, porque a gente não tem acesso durante, a faculdade, a toda a estrutura que, existe hoje na medicina, de laboratórios, exames e tudo. Então eu acho que a faculdade ainda te aprende, ainda te ensina muito na teoria (M13).

No Brasil, a gente tem uma série de limitação de limitações e do ponto de vista às vezes até material né nossas universidades muitas vezes elas estão sucateadas estão cheias de problemas e de ordem financeira mas eu acho que a gente consegue em detrimento a essa problema ai com com a vontade com a ajuda muitas vezes dos professores e tentar fazer alguma coisa fora daquele ambiente da faculdade pra parte prática né a gente consegue sim (M18).

Em relação às **atividades que os médicos desenvolvem** para serem um profissional competente, cinco respostas preponderaram: a primeira voltada para o educação permanente com oito entrevistados (38%), a segunda refere-se ao atendimento dos objetivos da instituição com sete deles (33%), a terceira, a prática com os pacientes com seis deles (29%), a quarta relaciona a atividade acadêmica com a prática (quatro deles, 19%) e por fim, a aprendizagem informal, mencionada por um dos pesquisados (5%), o que pode ser observado na TAB. 5.

Tabela 5 – Gestão de competências - Atividades desenvolvidas pelo médico, segundo os entrevistados

Respostas	Componentes	Entrevistados	Total	%
Educação permanente	Cg	M5, M7, M9, M15, M16, M17, M19, M21	8	38
Atendimento dos objetivos da instituição	Cm, E, P	M3, M6, M10, M14, M16, M19, M20	7	33
Assistência aos pacientes	F	M2, M12, M14, M18, M19, M20	6	29
Estudo e assistência aos pacientes	Cg, F, E, P, Cm	M1, M4, M8, M11	4	19
Aprendizagem informal	Cg, Cm	M13	1	5

Fonte: Dados da pesquisa

Por um lado, essas respostas alinham-se à necessidade de aprendizagem permanente ou contínua prescrita pelo MEC (2001) em suas diretrizes, as quais também são alvo de atenção de protocolos do CFM (2001). Nesse sentido, a educação permanente é a principal atividade desenvolvida pelos médicos para serem profissionais mais competentes no exercício da profissão, os quais parecem ter assumido essa responsabilidade diante das demandas do seu serviço, como abordam Steffen (1999), Bitencourt (2002) e Bitencourt e Barbosa (2010). Além disso, a educação permanente está associada fundamentalmente à componente cognitiva do modelo adotado (PAIVA, 2007), assim como ao saber-aprender de Fleury (2002), além de envolver saberes de ação e teóricos, conforme Wittorski (2004). Os relatos a seguir enriquecem a análise:

Justamente isso, sempre estudando, sempre tentando ficar mais atualizado e tentando acompanhar a evolução da medicina (M05).

Eu tento me atualizar cientificamente para exercer a medicina (M16).

Atender aos objetivos da instituição explicita o alinhamento individual ao organizacional (BRANDÃO; GUIMARÃES, 2001; DUTRA, 2001; FISCHER, 2001; DE RÉ; DE RÉ, 2010) e é uma atividade que envolve o componente comportamental - o indivíduo busca adequar seu comportamento com vistas aos objetivos da instituição -, o ético - vinculado aos valores e costumes da instituição - e o político - dada sua

preocupação com as políticas internas e a hierarquia, que englobam questões relacionadas à liderança e ao exercício do poder.

Procuro ser pontual, cumprir com minhas obrigações (M03).

Procuro prestar um bom atendimento e realizar de forma adequada os procedimentos cirúrgicos e cumprir os horários e determinações do meu cargo (M14).

É cumprir com os meus deveres, minhas obrigações. É... ter disciplina, pontualidade, é de maneira geral é isso mesmo (Med.16).

A assistência aos pacientes espelha a componente funcional (PAIVA, 2007), na qual os médicos desenvolvem suas competências a partir da própria prática (LE BOTERF, 2003; ROCHE, 2004; PAIVA, 2007). Conforme delineado por Wittorski (2004), trata-se de conhecimentos produzidos ao longo da ação, ligados a sua realização, o que vincula o saber-fazer (FLEURY, 2002) ao fazer em si, observável pelo próprio indivíduo e por terceiros (PAIVA, 2007).

Realmente me empenhar bastante no na assistência aos pacientes (M02).

Procuro me dedicar ao trabalho, dar atenção aos meus pacientes sempre fazendo o melhor possível aos pacientes (M12).

...tentando resolver o problema do paciente (M19).

O estudo e a assistência ao paciente relacionam as componentes cognitiva e funcional, sendo remetidos à lógica da reflexão da ação de Wittorski (2004), em que ocorre a interação dos conhecimentos adquiridos com a realização prática.

Eu estou buscando melhorar a qualificação, formei agora tô fazendo residência, pretendo fazer outra residência. É procuro estudar, ouvir os pacientes... é isso que eu me informo (M01).

Acho que eu que eu vi nos anos de experiência que cada paciente é um paciente e eu me dedico inteiramente naquele momento com aquele paciente e dedicação, isso é importante, sempre estar mantendo atualizações, né estudando sempre (M04).

É estudando, fazendo minha parte, estudando, treinando muito e tentando dominar os assuntos que eu tenho que saber no dia a dia pra ligar com os pacientes (M08).

Procurando fazer bem o que eu gosto... acho que é a melhor coisa é procurar tratar bem o paciente, e colocar no bem tratamento, o meu relacionamento com o paciente, o que eu aprendi, me manter atualizado, acho que basicamente é isso (M11).

Já a aprendizagem informal, associada às componentes comportamental e cognitiva (PAIVA, 2007), demonstra a valorização do profissional com mais experiência e a troca de informações que ocorre em qualquer momento no qual a aprendizagem possa ocorrer, conforme mencionado por Wittorski (2004), gerando e aprimorando o conhecimento entre os atores envolvidos.

Estou sempre também, buscando aprender com os meus colegas mais experientes, discutindo casos com eles, sempre aprendendo com a experiência deles... e além disso, buscando qual a melhor forma de trabalhar é... de ter o meu ritmo de trabalho que gere essa boa produtividade que eu espero, que é uma boa satisfação do paciente, né, uma boa resolução dos casos, né, um bom relacionamento com toda a equipe, então acho que a gente tem que buscar é...todas as formas disso, não só nos livros, mas também na experiência com outros colegas, que tem coisas que você não aprende nos livros também, então é naquele dia a dia com seus colegas que você aprende (M13).

Quanto às contribuições do hospital para o processo de gestão de competências dos médicos, as atividades desenvolvidas centram-se em oito práticas. A com maior destaque trata do foco no atendimento aos objetivos da instituição, relatada por 13 dos entrevistados (62%); seguem-se as atividades educacionais que são promovidas (11 deles, 52%), as condições adequadas para o exercício da profissão (11 deles, 52%), assim como o estudo e a atualização do conhecimento (oito deles, 38%), a manutenção de um quadro de profissionais competentes da instituição (cinco deles, 24%), as atividades práticas (três deles, 14%), a promoção de um bom relacionamento com as pessoas no hospital (dois deles, 10%) e, mais uma vez, o ambiente que propicia a aprendizagem informal (um deles, 5%), sendo que um deles (5%) considera poucas as contribuições da instituição. O alinhamento de cada uma dessas competências às componentes do modelo analítico e os entrevistados que a elas se referiram estão dispostos na TAB. 6.

Tabela 6 – Gestão de competências - Atividades desenvolvidas pelo hospital, segundo os entrevistados

<b>Respostas</b>	<b>Entrevistados</b>	<b>Total</b>	<b>%</b>
Atendimento dos objetivos da instituição	M1, M2, M3, M5, M6, M7, M8, M10, M12, M14, M16, M17, M18, M19	13	62
Promoção de atividades educacionais	M1, M2, M5, M6, M7, M8, M10, M11, M15, M20, M21	11	52
Condições de exercer a profissão	M2, M4, M9, M11, M12, M13, M14, M16, M17, M18, M19	11	52
Promoção da educação permanente	M4, M9, M11, M13, M15, M16, M19, M20, M21	8	38
Manutenção de profissionais competentes	M9, M12, M13, M14, M16	5	24
Promoção de atividades práticas	M1, M3, M6	3	14
Promoção de bom relacionamento com as pessoas	M4, M13	2	10
Possibilidade de aprendizagem informal	M4	1	5
Pouco estímulo	M4	1	5

Fonte: Dados da pesquisa

Quanto ao atender aos objetivos da instituição (BRANDÃO; GUIMARÃES, 2001; DUTRA, 2001; FISCHER, 2001; DE RÉ; DE RÉ, 2010), isso envolve atividades como cumprir com as obrigações e horários, fazer a evolução do paciente e buscar o melhor procedimento para o paciente. Assim, cumprindo-se esses objetivos, alimenta-se o processo de desenvolvimento de competências, tendo em vista contribuir para a introjeção de práticas reconhecidas e valorizadas por outros profissionais desse ambiente laboral. A seguir, relatos para ilustrar a análise:

... sou pontual, cumpro minhas obrigações que é evoluir paciente, fazer as prescrições, é a carga teórica que tem a parte de estudo, procuro cumprir essas funções assim (M01).

Eu participo das atividades tanto institucionais quanto da própria equipe, procuro ser bastante e colaborativo e procurar... eu procuro exercer as atividades assim, específicas da minha especialidade, com competência, rapidez, sabe? (M02).

Procuro ser pontual, cumprir com minhas obrigações (M03).

A própria profissão que eu desempenho, que é a anesthesiologia, eu acredito que é fundamental, dentro do contexto hospitalar (M10).

...dedico ao hospital, participo de alguns setores do hospital, tudo no intuito de melhorar outras atividades do hospital também (M12).

Procuro prestar um bom atendimento e realizar de forma adequada os procedimentos cirúrgicos e cumprir os horários e determinações do meu cargo (M14).

Busco é colaborar com os interesses do hospital, na busca do melhor atendimento da sua clientela (M17).

As atividades educacionais promovidas pela instituição dizem respeito à preocupação do hospital e dos atores envolvidos devido à existência da residência médica, o incentivo à participação em congressos, realização de cursos de aperfeiçoamento, demonstrando, assim, o interesse da instituição em manter seus membros atualizados e competentes, conforme relatos a seguir:

É aqui que eu tenho contato com os pacientes, meus preceptores que orientam, a carga teórica toda que eu tenho, depois da faculdade é aqui na residência, eu acho que se eu não tivesse aqui no hospital, como residência, não teria essa oportunidade (M01).

É... primeiro me dando condições de... de trabalhar bem aqui dentro. E em segundo lugar é... promovendo assim, é... reuniões científicas, congressos e em terceiro lugar está incentivando a gente também a fazer é... cursos de pós-graduação e de participar de congressos...(M02).

O hospital é... tem. Formação é a base de tudo. ela que me possibilitou continuar estudando, fazer especialização e se desenvolver, mas a base é que a...formação, que é a graduação, ela foi bem feita e me possibilitou desenvolver dentro da especialidade, que é um ensino mais específico (M05).

Contribui, contribui, principalmente me oferecendo condições de trabalho, né. É um hospital que, praticamente só trabalho aqui, o que eu trabalho em outro lugar nem se considera e se eu só trabalho aqui, exceto no meu consultório, é porque o hospital me oferece condições para isso, condições técnicas, né, pra eu exercer a minha profissão, se eu não tivesse esse tecnólogo aqui eu não, com certeza eu não trabalharia aqui, ou eu trabalharia preferencialmente em outros lugares. Então, eu acho que o melhor que o hospital pode fazer, é o hospital investir cada vez mais no seu apri aprimoramento, atualização de equipamentos, de pessoal e etc, e aí os médicos aqui ficarem satisfeitos com condições de trabalho (M11).

O hospital é considerado uma instituição que oferece condições de exercer a profissão, provendo seu corpo médico de uma estrutura adequada, material, recursos humanos, centro de estudos, o que está alinhado à importância do contexto

e do ambiente de trabalho para a gestão das competências profissionais, conforme modelo adotado (PAIVA, 2007).

Na medida em que o hospital me oferece um bloco cirúrgico adequado, material adequado, anestesistas é é preparados, me fornece é é uma equipe boa, é de clínicos, me dá suporte, ele tá contribuindo para o meu desenvolvimento, né, uma equipe de infectologia, uma equipe multidisciplinar, exames, ele me dá suporte, então ele tá contribuindo sim, muito (M09).

É...dando espaço para trabalhar, estrutura, é...um corpo clínico bom de trabalhar, uma estrutura que me ajuda muito (M12).

É uma instituição é...muito bem equipada. Uma instituição é... com profissionais extremamente competentes, que me dá, é uma instituição que me dá toda condição de exercer a medicina da melhor forma possível, de aprender da melhor forma possível, porque o aprendizado nosso é a vida inteira, né, então eu tenho uma estrutura, não só de pessoal, mas também como estrutura física que, me proporciona esse aprendizado contínuo, né, além dele me fornecer os pacientes que são com os quais eu vou trabalhar e, além de estar ajudando, eu estou continuamente aprendendo, sempre (M13).

É ...fornecendo estrutura, é...pra propedêutica na área médica, estrutura pra um bom atendimento aos pacientes e...material é... de recursos humanos muito bom (M16).

Ele é... nos possibilita desenvolver na... fornecendo a parte tecnológica e fornecendo uma estrutura de um centro de estudo que nos possibilita manter atualizados (M17).

A educação permanente, por sua vez, relaciona-se à disponibilização de espaço para o centro de estudos, o qual é fomentado e organizado pelos próprios médicos. Assim, percebe-se a operacionalização de uma lógica da reflexão sobre e para a ação (PAIVA, 2007; WITORSKI, 2004), que promove a integração, a assimilação de saberes (WITORSKI, 2004), conforme prescrito pelo MEC (2001) e pelo CFM (2001):

Nesse hospital atualização, estudo e a organização é o principal, estudo sempre (M09).

Existe o centro de estudos, centro de estudos. É uma instituição dentro do hospital, que é organizada e mantida pelos médicos, né, que tenha a finalidade de atualização científica, primeiramente científica, então, o centro de estudos, assina revistas, das mais diferentes áreas, compra livros tem acesso a internet e etc. é que os médicos pagam uma mensalidade, os residentes não, e podem lá e desenvolver os seu... sua atualização (M11).

Eu tento me atualizar cientificamente, pra exercer a medicina, é... cumprir com os meus deveres, minhas obrigações (M16).

Além de boas condições de trabalho, o hospital conta com um quadro de profissionais qualificados, o que é reconhecido por seus membros como uma forma de mantê-los competentes, em virtude das possibilidades de trocas que isso representa. Essa característica do hospital enquadra-se nos fatores externos mencionados por De Ré e De Ré (2010), já que permite um alinhamento entre pessoas fecundo no que tange à gestão de competências:

...me fornece é uma equipe boa, é de clínicos, me dá suporte, ele tá contribuindo para o meu desenvolvimento, né, uma equipe de infectologia, uma equipe multidisciplinar... (M09).

... é um corpo clínico bom de trabalhar... (M12).

... com profissionais extremamente competentes ... então eu tenho uma estrutura, não só de pessoal... (M13).

Atividades práticas, como o contato com os pacientes e a orientação dos preceptores, também são ações desenvolvidas no interior do hospital de modo a contribuir para ampliação da componente funcional (PAIVA, 2007).

Aqui que eu tenho contato com os pacientes, meus preceptores que orientam... (M01).

Sim, estimula a aplicação do trabalho... (M06).

O bom relacionamento com as pessoas no hospital remete às componentes comportamental, ética e política (PAIVA, 2007), já observadas pelos entrevistados:

...eu me dedico a essa instituição, eu não trabalho em outros lugares, então eu acho que eu tô sempre tentando buscar me aprimorar e ter uma boa relação, não só com os membros da equipe, mas com as outras equipes clínicas, com a administração, com o pessoal da enfermagem, com a diretoria, tá sempre interagindo da melhor forma possível, pra que isso venha melhorar a minha produtividade (M13).

E, por fim, a aprendizagem informal contribui para o desenvolvimento das competências profissionais na medida em que elas também se mantêm e são mantidas por práticas não institucionalizadas.

A nossa equipe principalmente, procura se manter é no conhecimento sempre atualizado, com é.... atividades de, tanto com os residentes médicos que estimulam muito essa manutenção do conhecimento, é a o sentimento

de equipe, o esforço do colega para com o outro, sempre participação a co-participação de colegas no serviço (M04).

Todos esses processos também foram mencionados quando apresentadas as FIG. 2, 3, 4, 5 e 6 as quais permitiram a identificação de processos similares: quanto à formação e desenvolvimento de competências profissionais, como é o caso de: discussão e estudo de caso, preceptores passando conhecimento, atualização científica; bom relacionamento entre profissionais, trabalho em equipe, relação multiprofissional, médicos conversando, parceria etc.; além de atividades de descontração (participação em refeições, por exemplo). Na TAB. 7, integraram-se tais comentários quando da técnica projetiva de associação, permitindo-se verificar sua recursividade em diversas situações identificadas pelos entrevistados quando da sua avaliação do que a figura representava.

Tabela 7 – Síntese dos comentários dos entrevistados quando da avaliação das figuras 2, 3, 4, 5 e 6

Respostas	Figura 1	Figura 2	Figura 3	Figura 4	Figura 5	Total	%
Discussão/estudo de caso	M1, M4, M13, M20, M21	M1, M2, M4, M6, M8, M9, M10, M13, M14, M20	M1, M4, M6, M10, M12, M13, M14, M20	M6, M8, M10, M11, M12, M13, M14	M1, M4, M5, M6, M7, M8, M9, M11, M12, M13, M14, M18, M19	43	41
Preceptores transmitindo conhecimento		M3, M12, M15, M18, M19	M3, M6, M9, M11, M18, M19			11	10
Bom relacionamento entre profissionais	M3, M4, M12, M14, M16	M5, M7		M4, M9, M17		10	10
Tomando café/jantando	M2, M7, M8, M9, M11, M14, M18, M21			M21		9	9
Atualização científica	M18	M11	M15, M16, M17, M21			6	6
Trabalho em equipe		M17	M5	M5, M19	M5	5	5
Médico com dúvidas/Preocupação					M3, M15, M17, M20, M21	5	5
Relação multiprofissional			M7	M7, M16, M20		4	4
Momento de descontração	M5, M15			M18		3	3
Realizando alguma atividade				M15	M2	2	2
Médicos conversando	M6			M1		2	2
Preocupação					M4, M10	2	2
Assistindo o paciente				M2		1	1
Planejamento		M16				1	1
Culpa					M16	1	1
Parceria	M17					1	1
Pessoal feliz	M10					1	1
Não respondeu		M8	M2	M3		3	3

Fonte: Dados da pesquisa

A seguir, realizam-se pontuações a respeito de cada uma das figuras mencionadas na tabela anterior. Observe-se a FIG. 2.



Figura 2 – Médicos conversando  
Fonte: Gettyimages 2010

A respeito dessa figura, foi ressaltado o bom relacionamento entre profissionais, o que remete à componente comportamental do modelo adotado (PAIVA, 2007).

Isso é um bom relacionamento entre os profissionais, acho que existe aqui no hospital, aqui no meu setor, tanto no meu setor quanto em outros setores (M03).

É um momento de descontração, relaxar durante o trabalho (M05).

Seria uma hora de mais descontração, que a gente tem um relacionamento interpessoal entre os colegas, um momento de interação entre profissionais (M14).

Essa figura também permitiu a identificação com momentos de refeições feitas em conjunto, como tomar um café ou fazer um lanche na cantina do hospital após um dia de trabalho ou mesmo entre uma cirurgia e outra.

É o lanche numa cantina do hospital, dois profissionais da área de saúde jantando, fazendo, tomando um cafezinho (M02).

Tomando café com os colegas residentes e amigos, faz parte do dia a dia entre uma cirurgia ou outra (M08).

Merecido cafezinho depois de um dia de trabalho (M09).

São dois médicos na hora do cafezinho, pelo menos eu entendo nisso aqui, eu acho que é importante que a pessoa tenha momentos de... não digo nem lazer, eu acho que não é lazer, mas é mais um momento de descanso, a pessoa tem que dar um parada. Você trabalhar 24 horas por dia não vai te levar a muita coisa não (M11).

A educação permanente, já analisada anteriormente, também foi apontada, demonstrando a preocupação do médico em estar em constante atualização por meio do processo informal, podendo se dar essa troca de informação entre profissionais por meio de discussão de caso, estudo de um artigo científico, ambos pautados na componente cognitiva (PAIVA, 2007).

Duas pessoas discutindo o papel, eu acho que todos continuam com caso ou vão revezando, isso também é comum. Essa troca de informação entre o profissional na área de saúde, mas tem outras especialidades, é comum (M01).

É um relacionamento positivo entre colegas, né, é uma troca de opiniões, uma análise de um caso, um relacionamento positivo, né, criativo (M04).

É o nosso dia a dia, a gente até no lanche, a gente tá discutindo assuntos médicos e não para (M07).

É um momento de raro descanso aqui entre as atividades parece que tá tomando café né então um momento tomando café lendo um artigo científico né mostrando que a gente não fica livre do trabalho né nessas horas né (M18).

Observe-se a FIG. 3.



Figura 3 – Médicos pesquisando  
Fonte: Gettyimages 2010

Em relação à figura anterior, duas observações foram recursivas nas falas dos entrevistados: a primeira, voltada para educação continuada na qual estão presentes atividades de estudo e discussão de caso, preceptores transmitindo conhecimento e

atualização científica, relacionadas à componente cognitiva (PAIVA, 2007); a segunda trata do bom relacionamento entre os profissionais, o trabalho em equipe e o planejamento, os quais remetem à componente comportamental (PAIVA, 2007).

Observe-se a FIG. 4.



Figura 4 – Reunião de médicos  
Fonte: Gettyimages 2010

Sobre essa figura, 18 dos entrevistados mencionaram atividades de educação continuada, tais como: discussão e estudo de caso, preceptores transmitindo conhecimento e atualização científica. O trabalho em equipe e a relação multiprofissional também foram alvo de comentários.

Observe-se a FIG. 5.



Figura 5 – Ambiente hospitalar  
Fonte: Gettyimages 2010

Ao visualizarem essa figura, 10 entrevistados relataram atividades relacionadas à componente comportamental (PAIVA, 2007), como bom relacionamento profissional, trabalho em equipe, relação multiprofissional, descontração e médicos conversando. A componente cognitiva (PAIVA, 2007) foi observada nos relatos de sete entrevistados que mencionam a discussão e estudo de caso. Em relação à componente funcional do modelo (PAIVA, 2007), dois deles disseram estar realizando alguma atividade ou assistindo algum paciente. E, por fim, um médico associou a figura a si mesmo, quando de um momento de descanso no qual o profissional está tomando um café.

Observe-se a FIG. 6.



Figura 6 – Médico com dúvida  
Fonte: Gettyimages 2010

No que tange à figura anterior, 13 dos entrevistados relataram o estudo e a discussão de caso, atividades relacionadas à componente cognitiva (PAIVA, 2007). Outros cinco associaram a figura à dificuldade enfrentada na profissão, no caso a dúvida quanto ao melhor procedimento e terapia, daí a necessidade de “troca” de informações com um colega, visando a seu aprimoramento no sentido de tomar uma decisão mais adequada ao caso do paciente. Para três entrevistados, essa figura remete também à situação de culpa e preocupação, associada à componente comportamental (PAIVA, 2007).

Para o exercício da medicina, os médicos devem estar cadastrados no Conselho Regional de Medicina (CRM) conforme exigência do CFM (2009b). Assim, considerando-se o modelo analítico adotado, perguntou-se aos médicos sobre a **participação do conselho profissional** no processo de gestão de suas competências. Note-se que a participação ativa no conselho foi mencionada por 12 dos entrevistados (57% deles, M4, M5, M6, M7, M8, M9, M11, M12, M13, M14, M18, M19). Dos médicos que participam do CRM, 10 deles (48%) sublinharam sua importância no desenvolvimento profissional e acadêmico (sete deles: M4, M7, M9, M12, M13, M18, M19), em questões jurídicas (três deles: M4, M9, M11), na manutenção da ética profissional (dois deles, M4, M11), no repasse de informações por meio da internet e do jornal (dois deles, M5, M6). Observem-se os relatos:

Eu acho que sim, porque eu acho, eu sempre procuro também é analisar essas questões, é jurídicas, de normas, de deveres e de direitos que eu tenho, então eu sempre leio as normas do Conselho Federal, sempre acesso, leio o jornalzinho que eu recebo, então ele me contribui com essa ética profissional, com...o desempenho que eu que tenho que exercer (M04).

É... ele sempre... questão de impacto da situação profissional ele sempre tenta atualizar, as portas sei que tão sempre abertas pra gente e...lá dentro da página da internet tem questões que... a gente pode se... tanto com a parte profissional como a parte acadêmica se desenvolver, então, realmente o conselho possibilita isso (M05).

Promovendo também atualizações, reuniões científicas (M07).

Informativo, o conselho é atua na parte de como é que eu digo, de defesa profissional, de atualização, então ele contribui sim (M09).

Contribui primando pela ética na profissão, pela regulamentação, né, da medicina, não só o CRM como o CFM também, e lutando pela melhoria e´...da classe mesmo, de honorários e etc (M11).

a medida que ele está atuando diretamente na fiscalização do ato médico das instituições e em determinados momentos até promovendo cursos de aperfeiçoamento como a gente vê aí acontecendo nos últimos anos eu acho que sim (M18).

No entanto, dois deles (10%) julgam a atuação como falha e que ela não agrega valor à profissão (M14, M8).

Na verdade não, não tô conseguindo pensar não (M08).

Ele tem uma atuação muito boa na fiscalização, mas diretamente na nossa atuação ela é um pouco falha (M14).

Em relação à **participação do sindicato** no processo de gestão de competências dos médicos, note-se que 12 entrevistados (57% deles: M1, M3, M7, M9, M10, M12, M13, M15, M16, M19, M20, M21) não são sindicalizados. Dos nove entrevistados que participam do 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, conforme extratos a seguir:

Eu acho que contribui sim, principalmente na parte de assessoria jurídica, assessoria é... assim...é de relacionamento com os convênios, ele contribui muito (M02).

...eu vejo que os sindicatos estão numa atuação forte, principalmente pela luta pela remuneração do médico, não tem tido resultados positivos, mas eu acho que eles têm tentado... (M04).

Na questão profissional, questão da política o sindicato está sempre presente (M05).

Desenvolvimento científico muito pouco, mas é o sindicato atua mais nos nossos direitos trabalhistas, principalmente nos serviços públicos, que é meu caso, que trabalho no pronto socorro em Venda Nova (M06).

Eu vejo uma reivindicação né e da área trabalhista acho que eles fazem isso também ele tentam na medida do possível existem várias falhas ainda mas eles tentam dar um suporte nesse sentido de relação trabalhistas, direitos etc (M18).

No entanto, existem considerações negativas quanto à participação do sindicato na formação de competências, tais como:

A princípio não consigo pensar também não, de alguma maneira não (M08).

Não, não, eu acho que não, não com o meu trabalho, o sindicato tem uma ação grande em relação à medicina pública, né, SUS, hospitais públicos e etc, tem atuação nula na área privada. O que o sindicato faz por mim, não, nada (M11).

No que tange à participação individual em **associação profissional**, 13 médicos (62% deles: M2, M3, M4, M5, M8, M11, M12, M13, M14, M15, M17, M18, M19) participam, sete deles (33% deles: M1, M7, M9, M10, M16, M20, M21) não participam e um (M6) não respondeu. No que se trata das contribuições da

associação profissional dos médicos para sua formação de competências, 11 entrevistados (62% deles: M2, M3, M4, M5, M8, M11, M12, M13, M14, M15, M17, M18, M19) 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).

Sim, ela envia correspondência, revistas científicas, mas é isso mesmo, minha meu relacionamento com a associação médica é, por enquanto, pelos menos é só de lê as revistas, eu não vou muito nas reuniões, mas tem eles têm reuniões que, pra contribuir tanto socialmente quanto culturalmente, mas eu não participo muito. (M04)

Sim, com alguns cursos, com algumas orientações, com o jornal informativo. (M12)

Com certeza, inclusive esse ano a gente fez já o congresso mineiro de clínica médica eu, além de participar do congresso, aprender muito durante o congresso, eu apresentei durante o congresso uma aula, moderei outra aula... tá sempre promovendo cursos que estão disponíveis para todos nós participarmos, para nos atualizarmos... com certeza. (E13)

Assim, pode-se concluir que todos que participam de algum modo de associações profissionais avaliam como positiva sua contribuição no desenvolvimento de suas competências profissionais. Esse fato denota que os médicos têm uma relação mais íntima com esse tipo de instituição de interesse coletivo, diferentemente dos professores que exercem outras profissões (engenheiros, advogados e psicólogos) pesquisados por Paiva (2007) e dos professores-arquitetos de Roquete (2009).

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 (10 deles, 48%), os profissionais de enfermagem (12 entrevistados, 57%) e os técnicos de enfermagem (nove deles, 43%), outros médicos (sete deles, 33%), o pessoal de apoio (sete deles, 33%), dentre outros, como apontado na TAB. 8.

Tabela 8 – Gestão de competências – a contribuição de outros profissionais da equipe multidisciplinar

<b>Respostas</b>	<b>Entrevistados</b>	<b>Total</b>	<b>%</b>
A enfermagem	M1, M3, M4, M5, M6, M11, M12, M13, M14, M17, M18, M20	12	57
Todos os profissionais	M1, M2, M4, M8, M10, M13, M14, M15, M16, M19	10	48
Técnicos de enfermagem	M1, M3, M4, M12, M13, M17, M18, M20, M21	9	43
Outros médicos	M3, M7, M9, M11, M13, M16, M17	7	33
Pessoal de apoio	M2, M6, M8, M11, M13, M17, M20	7	33
Administrativo	M6, M7, M13	3	14
Preceptores	M1, M16, M20	3	14
Fisioterapeuta	M12, M18	2	10
Fonoaudióloga	M18	1	5
Nutricionista	M18	1	5

Fonte: Dados da pesquisa

Desse modo, são vários os profissionais que contribuem para que o médico possa externalizar suas competências e apresentar um trabalho de qualidade, legitimado e valorizado por aqueles que com ele trabalham. Observem-se os comentários que tratam desses outros atores:

a) Os enfermeiros:

Eu acho que todos, né, a enfermagem é fundamental, eu respeito demais um trabalho que eu considerado que elas são mal remuneradas, os técnicos de enfermagem, enfermeira, eu acho que precisava ser mais valorizados, porque é uma equipe, eu acho que é um trio paciente, médico e enfermeira, eu acho que isso devia ser um trio cabedal, devia ser um, assim um direciona os movimentos dos hospitais, evidentemente... (Med 04).

b) Todos os demais profissionais que trabalham no hospital:

Aqui é uma instituição que você depende de todo mundo que está aqui dentro, para exercer bem a profissão, né, então eu acho que, desde a faxineira, porteiro, telefonistas, secretários, enfermeiras, todo mundo aqui tem seu papel, pra a gente possa trabalhar de maneira adequada (M02).

...é nós temos que ter a convicção de que a a área médica é apenas um... uma parte da engrenagem que move o hospital, é porque sem essas outras funções, esses outros setores, a nossa profissão fica bem difícil de ser realizada (M06).

Todos, sem exceção (M10).

Em todas as cadeias do hospital, né, é... os colegas de equipe, médicos nem se fala, é... da ortopedia, contribui diretamente, né, porque cada um tem sua área de sua especialização e...um encaminha o paciente pro outro e tudo mais quando precisa, né, de você atuar com eles, eles chamam, então é da melhor maneira possível e os médicos de outras equipes também, com a mesma cordialidade, acaba que o hospital todo funciona como uma rede que uma equipe de uma maneira pode precisar da outra,né. A... pessoal da enfermagem da mesma maneira até alguns setores administrativos do hospital, que pode é... parecer que não tem nada a ver, mas sempre, né, hotelaria, internação, depende diretamente com a gente, mesma na limpeza, o setor administrativo, de contas e tal. A gente tem que ter a relação melhor possível. Na verdade tá ligado ao outro (M11).

Eu não me não vejo o meu trabalho dando certo, senão tivessem todos, desde a equipe da limpeza, administrativo, técnico de enfermagem, supervisores de enfermagem, médicos, colegas médicos, diretores, secretários, todos. Acho que cada um tem seu papel, se eles não existissem, eu não conseguiria fazer o meu trabalho (M13).

Todos contribuem né, no hospital cada um com a sua função, todo mundo somando pra dá tudo certo (M15).

c) Os técnicos de enfermagem:

Seria o setor mesmo e os técnicos de enfermagem (M21).

d) Os outros médicos (colegas de profissão):

Toda a equipe de anestesiologia contribui muito (M07).

Meus colegas com os quais eu opero. Meus superiores no caso, os chefes da cirurgia ginecológica, que dão suporte pra gente, que nos auxiliam (M09).

e) O pessoal de apoio:

Eu acho que citar especificamente é difícil, para mim todo mundo é importante, desde o faxineiro, como o atendimento, o porteiro te ajuda, todo mundo eu acho que é importante (M08).

f) Os fisioterapeutas:

... os fisioterapeutas (M12).

g) Os fonoaudiólogos:

...fisioterapia, fonoaudiologia... (M18).

h) Os preceptores:

Primeiro os preceptores, né, os chefes é com eles que discuto todos os casos, as condutas de todos os pacientes... todos, mas o que são mais diretos são eles, a enfermagem que é quem executa as prescrições que a gente passa, os técnicos...(M01).

i) Os nutricionistas:

Muitos né a gente tá relacionado aí com diretamente com a enfermagem técnico de enfermagem, fisioterapia, fonoaudiologia, todos eles têm seu papel nutricionistas todos eles têm seu papel e trabalho em hospital e em equipe todo mundo é importante e a gente tem que respeitar o trabalho de todo mundo e até tentar ajudar na medida do possível né (M18) .

Conforme observado na tabela anterior, pode-se concluir que, na maioria das respostas, é considerado mais de um setor ou profissional como responsável pela efetividade do trabalho do médico, sendo assim, existe a contribuição de todos e a interação entre os profissionais e as profissões dentro do hospital, espelhando a multidisciplinaridade característica das atividades desenvolvidas em tal ambiente de trabalho. Além disso, espelham-se nesse contexto as componentes social e praxiológicas de Wittorski (2004) da gestão de competências, assim como os fatores internos e externos de De Ré e De Ré (2010).

Quanto à **competência dos demais profissionais** com os quais o médico trabalha, as respostas foram heterogêneas: 17 dos entrevistados (81% deles: M1, M2, M3, M4, M5, M6, M7, M8, M9, M10, M12, M14, M15, M16, M17, M18, M20) observam um desempenho adequado - competente - das funções de outros profissionais, três deles (14% deles: M11, M19, M21) afirmaram que existem pessoas competentes e incompetentes no hospital, e um deles (5%, M13) sente o desinteresse dos trabalhadores na busca por conhecimento e desempenho melhor da função. Observem-se os comentários a respeito dos outros profissionais legitimados como competentes:

Os preceptores que eles é que têm o conhecimento teórico, que eu tô aprendendo com eles, que de certa forma, né, é... eles que orientam as condutas, tudo que a gente vai fazer, a gente discute com eles, eu sinto confiança no que eles falam, então eu acho que isso contribui. Os enfermeiros também, assim, no que eles executam (M01).

Especialmente os técnicos de enfermagem, são pessoas que eu valorizo muito, eu acho que, na minha opinião, eles são mal remunerados, e têm muito carinho e muita dedicação no seu trabalho. Então eu acho aqui no hospital, no âmbito gerencial, de engenharia é de equipamentos médicos, a gente tem tido um suporte muito crescente, porque há muitos anos, isso venho, eu vejo de forma positiva, mas não são todos os locais que eu trabalho que são assim não (M04).

Sim, com certeza são bem... assim...tenta exercer sua função com afinco, né, eles são bem competentes, assim, bem gerenciados e bem especializados na na função do bloco cirúrgico (M05).

Porque consegue exercer as funções adequadamente, eles estão em constante treinamento, principalmente aqui no hospital, é o hospital que tem acreditação 3 (três) da ONU e que eles prezam muito por isso, pela qualidade de serviço. (M06).

Por causa que do conhecimento técnico que eles têm e...a na prática eles sabem colocar isso muito bem, não adiante ele ter só o conhecimento técnico e não saber colocar na prática (M07).

Aqueles que identificam a existência dos dois tipos de profissionais, competentes e incompetentes, não foram precisos quanto às profissões relacionadas, como pode-se observar nos trechos transcritos abaixo:

....eu considero alguns competentes e outros incompetentes. Infelizmente, né, nem nem todo... como agora por que o hospital tem pessoas que eu considero incompetente? Ai é... varia. Talvez por causa do salário, né, porque a pessoa... quando ela tá num nível de competência maior, ela acaba procurando outros locais, mesmo outras profissões, outras empresas fora da área de saúde, isso é normal, né, uma pessoa que quer crescer, é... às vezes, mesmo médicos que... alguma razão trabalham aqui, muitas vezes a necessidade num momento histórico foi mais importante do que a... a necessidade de trabalho foi mais importante que a necessidade de competência, né (M11).

São competentes porque tem a qualidade que precisa na nossa área, já tem uma experiência nos procedimentos, naquela parte que nós precisamos, então é uma interação bastante positiva com eles (M14).

Como em toda área da vida tem gente que é competente tem gente que não é (M19).

Pela maneira mesmo de trabalhar, a gente vê assim enquanto tem uns que facilitam tudo ajudam muito têm outros que chegam a atrapalhar (M21).

A ausência de uma atitude positiva em face das possibilidades da própria necessidade de manter-se competente foi indicada por um dos entrevistados, como se pode verificar no relato que se segue:

Na grande maioria, eu acho que a única coisa que, às vezes, eu sinto falta no hospital é... vontade de querer ser melhor, de querer buscar mais, de querer cada dia, aquele profissional que tá ali, um técnico de enfermagem de querer tá sempre se atualizando, aprendendo, às vezes existem erros que são consagrados pelo uso e acha que aquilo é o certo e não questiona... então assim, eu acho que falta um pouco de ambição por ser melhor, mas assim, eu acho que todos têm um potencial muito grande. Não vejo nenhum assim, fala esse é incapaz, não existe. Então eu acho que falta essa ambição de querer ser melhor, se aperfeiçoar naquilo que faz, certo? (M13).

Assim, pode-se concluir que o processo de formação e desenvolvimento de competências profissionais dos 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 o conselho profissional; em menor escala, observam-se as contribuições de sindicatos e associações.

Em relação às **dificuldades enfrentadas** para se desenvolverem e se manterem competentes, quatro aspectos foram identificados pelos entrevistados, quais sejam: falta de tempo (14 deles, 67%, a saber: M1, M5, M8, M9, M11, M12, M13, M14, M16, M17, M18, M19, M20, M21), acúmulo de funções (sete deles, 33%, a saber: M1, M3, M4, M12, M13, M14, M20), questões financeiras (três deles, 15%, a saber: M7, M11, M14) e falta de atenção dos órgãos responsáveis (dois deles, 10%, a saber: M2, M15). Note-se que dois dentre os abordados (10% deles, a saber: M6, M10) afirmaram que não enfrentam dificuldades de qualquer natureza.

Desse modo, a falta de tempo é mencionada como a principal dificuldade enfrentada pelos médicos no processo de desenvolvimento e formação de competências profissionais ocasionando cansaço, busca de atividades que não estão relacionadas ao trabalho e estudo, conforme relatado por Machado (1998).

É a falta de tempo, né, a gente trabalha muito e muitas vezes falta tempo pra poder estudar e se atualizar, então, basicamente é a falta de tempo mesmo (M05).

Eu acho que o problema maior é o tempo e o cansaço, a rotina nossa, a gente trabalha muito, então chega em casa, não tem... tem que ter força de vontade na verdade, não é difícil não, mais era cômodo a hora de chegar em casa e dormir, aproveitar o pouco tempo livre que tem com outras coisas, que não seja estudar, né (M08).

Uma das maiores dificuldades que eu que eu tenho e eu acho que, parte dos profissionais na área tem é... tempo, é... disponibilidade às vezes de horário, para ter mais atualização (M16).

É muito tempo de serviço, a gente dedica muita muito tempo é... no trabalho que dificulta muito fazer as reciclagens é... científicas e é são exigidas pelas novas tecnologias (M17).

Principal é a falta de tempo, a gente tem pouco tempo pouco tempo pra se atualizar pouco tempo pra ler pouco tempo pra estudar, mas nós temos que fazer isso tudo então às vezes a gente fica muito cansado o cansaço é o grande inimigo nosso, né junto com o tempo nos temos que correr atrás disso né (M18).

O acúmulo de funções é outra prática que dificulta a formação de competências e está diretamente associado à falta de tempo para os médicos (M1, M12, M13, M14, M20), já que eles tentam e têm de conciliar atividades acadêmicas, profissionais e vida pessoal, o que encontra paralelo com a situação descrita por Machado (1998).

Eu acho que a questão é a falta de tempo. Eu acho que a gente acumula muitas funções. É... eu acho que o principal empecilho é a falta de tempo, assim... eu acho que não sei porque... estudar mais, ter mais tempo pra fazer estágio, outras atividades fora que não tem (M01).

É tem várias, é tempo, horário, família, é disponibilidade, né? (M12).

Eu acho que a maior delas é aquilo que a gente sempre acha que a falta de tempo, né. A gente acha que sempre poderia ter mais tempo pra estudar, que a gente poderia ter mais tempo pra fazer reuniões, que a gente poderia ter mais tempo até pra reunir, não só reuniões, né, relativas ao trabalho, mas relativas até fora daqui, que melhora muito essa sua relação. E quanto você tem uma equipe unida, coesa, isso tudo melhora a sua produtividade, então eu acho que o principal é a falta de tempo de conciliar a vida profissional com as outras atividades que a gente tem que fazer, então a gente tem que fazer meio uma... ter um bom jogo de cintura pra conseguir conciliar a duas coisas (M13).

A principal limitação é o horário, sobrecarga de trabalho e baixa remuneração (M14).

Olha, eu acho que a grande dificuldade minha atualmente como residente especializando é o tempo por que muitas vezes a gente fica sobrecarregado de tarefas e tudo muitas vezes e falta tempo pra gente estudar pra gente se atualizar né então isso é com o tempo que a gente vai resolvendo e arranjando tempo pra ir se programando de uma forma melhor (M20).

A questão financeira, também mencionada por Machado (1998), mantém-se como uma dificuldade na formação de competências; essa questão está ligada à

desvalorização do trabalho do médico, o qual, para manter o mesmo padrão de vida, passa a assumir diversas funções. Por outro lado, observa-se uma fissura no que tange às políticas remuneratórias, o que é uma questão considerada fundamental para a gestão de competências, conforme salientado por diversos autores (DUTRA, 2001; HIPÓLITO, 2001; RAMOS, 2002; BARBOSA; BITENCOURT, 2010; FROEHLICH, 2010; PIZZATO, 2010; DE RÉ; DE RÉ, 2010). Os extratos a seguir ilustram tal situação.

Às vezes, a parte financeira também a gente tem que investir muito... (M07).

Tempo, infelizmente, o médico, ele ganha cada vez menos e ele tem que trabalhar cada vez mais pra poder manter o seu padrão de vida. Então, se a gente for ver, não só eu, como de um maneira geral, o que a gente trabalha hoje, o que a gente ganha hoje, com relação há 10 anos atrás, é muito mais pra um lado e muito menos pro outro. E isso acaba, refletindo nessa atualização, você tem menos tempo pra se dedicar ao estudo, você tem menos tempo pra ir a congresso, esses congressos são cada vez mais caros, então, causado por um... um bombardeio de ...de....de todos os lados, no sentido de arrochar o médico, seja por parte dos planos de saúde que pagam cada vez menos, o SUS que não atualiza tabela não sei há quantos anos, e por aí vai (M11).

Também existem médicos que consideram pequeno o estímulo financeiro para pesquisa, participação em congressos e jornadas de estudo, o que dificulta a manutenção de suas competências profissionais.

Acho que... que pouco, eu acho que o hospital, Mas estímulo financeiro pra pesquisa, para trabalhos científicos realmente não obtivemos, então o trabalho é muito intenso no geral pra ter um retorno financeiro ruim, a gente acaba não podendo participar muito de desenvolvimentos tecnológicos, de pesquisas, isso o hospital não produz (M04).

Outra dificuldade encontrada refere-se à falta de atenção dos órgãos responsáveis e o precário desenvolvimento do Brasil em pesquisa, conforme os seguintes relatos:

Nossa! Tantas, mas é... a principal dificuldade é... a questão organizacional da saúde, hoje. Acho que a gente tem muita dificuldade nisso, tem pouca assessoria de serviço social, de enfermagem, de é... órgãos que são efetivamente competentes pra resolver problemas então recai sobre o médico um trabalho enorme, não diretamente relacionado com a atividade profissional específica dele (M02).

O atraso do nosso país, com relação, né, ao desenvolvimento em pesquisa, em ciência, na ciência de um modo geral. O Brasil tá muito aquém ainda, então tudo chega aqui muito atrasado (M15).

Essas dificuldades apresentadas pelos médicos também foram relatadas quando apresentadas as FIG. 7 e 8, a partir das quais surgiram, basicamente, dois conteúdos de respostas: a primeira, associada a questões de exaustão física, e a segunda, relacionada a aspectos psicológicos.



Figura 7 - Médico  
Fonte: Gettyimages 2010



Figura 8 - Médica  
Fonte: Gettyimages 2010

No tange aos aspectos físicos, foram mencionados o cansaço e a fadiga e a falta de tempo. Em se tratando de aspectos psicológicos, foram mencionados a frustração, o fracasso, o insucesso e a desilusão, além do estresse, do desespero, da presença de conflito psicológico, da impaciência e da desolação. Na TAB. 9, podem ser observadas as dificuldades relatadas pelos entrevistados quando de seus comentários em relação às figuras mencionadas.

Tabela 9 – Gestão de competências - Dificuldades relatadas a partir da técnica projetiva (figuras 7 e 8)

<b>Respostas</b>	<b>Figura 7</b>	<b>Figura 8</b>	<b>Total</b>	<b>%</b>
Cansado/ fadiga	M1, M2, M4, M6, M7, M9, M10, M12, M13, M14, M16, M17	M3, M5, M7, M9, M10, M11, M12, M13, M14, M16, M18, M20	17	81
Frustração/ fracasso/ insucesso/ desilusão	M11, M15, M20, M21	M1, M6, M15, M17, M21	7	33
Atitude de espera	M6, M7, M20	M20	3	14
Estresse	M3	M5, M13	3	14
Falta de postura	M5	M2, M8	3	14
Desespero	M19	M19	1	5
Falta de tempo	M13		1	5
Conflito psicológico		M14	1	5
Impaciência	M18		1	5
Desolação		M4	1	5
Não é comum esta postura		M8	1	5
Não respondeu	M8		1	5

Fonte: Dados da pesquisa

Observem-se os relatos que foram direcionados às figuras anteriores, em relação ao cansaço e à fadiga:

Parece um médico um pouco cansado, também a gente vê situação frequente assim, pela por causa da rotina nossa, plantão às vezes, vira noite (M01).

É um profissional muito cansado, exausto (M12).

Um médico exausto para um pouquinho pra... descansar, não tinha nenhuma cadeira, nenhum lugar, ele simplesmente agachou. Então, às vezes, a gente se vê numa situação que a gente tá tão atarefado, que nenhum momento de sentar, parar para descansar, qualquer coisinha já satisfaz (M13).

Destaca-se, aqui, que a menção aos aspectos psicológicos surgiu apenas quando utilizada a técnica projetiva na coleta de dados. Esse conteúdo traz à tona o referido por Macedo (2007) a respeito das dificuldades psicológicas e emocionais que ocorrem na relação profissional, inclusive com pacientes e familiares de pacientes. Os relatos que se seguem enriquecem a análise:

A pessoa tá chorado aqui, isso aqui no... na rotina nossa é comum também a frustração, nem sempre você acerta, né, na hora de ir pras condutas, ou mesmo, tem pacientes que não têm muito o que fazer mais, a gente tem e fica um clima como frustração também, mas não é o resultado que você esperava que você obtém (M01).

Aparentemente é uma pessoa que acho que mostra um semblante de frustração, não sei se também aconteceu alguma coisa que não pôde ter evitado (M06).

Ele tá... meio assim...no sentido fracasso, com alguma ação que deu errado, ou sei lá, algum paciente querido aí morreu e tal, e ele tá numa situação assim meio estranha (Med.11).

Desespero não conseguir resolver todos os problemas saber que você tem um limite (M19).

Desilusão, essa aqui já tá até meio deprimida já (M21).

Observe-se a FIG. 9:



Figura 9 - Médico escondendo o rosto  
Fonte: Gettyimages (2010)

Quando dos comentários em relação a essa figura, 16 dos entrevistados (76%, a saber: M1, M3, M4, M6, M7, M8, M10, M11, M12, M13, M14, M15, M16, M18, M19, M20) relataram a frustração, o desespero pós-cirurgia; três deles (14%, a saber: M5, M9, M17) mencionaram o estresse, o cansaço da profissão; um deles (5%, M21) descreveu que algo deu errado, mas não sabe de quem é a culpa; e outro (5%, M2) não se manifestou quando dessa figura.

Assim, foram mencionados momentos de dificuldade enfrentados pelos médicos no exercício da profissão, tais como: a frustração e o desespero após uma cirurgia, o estresse e cansaço da profissão, a exaustão física. Os relatos a seguir ilustram as dificuldades dos médicos no exercício de suas atividades laborais.

Tá parecendo um cirurgião (risos) depois de uma cirurgia frustrada, vestindo roupa de Box, máscara e chorando, tampando a face... alguma coisa não... não agradável aconteceu aqui, antes desse... pra ser franco (M01).

Um médico cansado, ou desesperado, frustrado com algum mau resultado ou só cansado mesmo, trabalhou muito (M04).

Tá mostrando o desespero que que o profissional não conseguiu exercer a sua função, até mesmo o cansaço que ele tá submetido no dia a dia profissional (M06).

Pode ser uma visão que tá dentro do bloco cirúrgico, o médico tá com a cara, não tem cara tá coberto, às vezes, tá numa cirurgia e deu tudo errado, o paciente morreu, né, eu acho que por aí (M11).

Uma pessoa muito cansada ou que tenha traumatizado com alguma situação (M12).

Um momento de exaustão, seja física, seja emocional, por uma decepção ou no trabalho ou um insucesso com algum paciente... não é raro a gente se envolver um pouco mais com algum tipo de paciente, e às vezes, tem uma decepção. Às vezes mesmo no ambiente de trabalho, algum desgosto, alguma contradição, que, às vezes, deixa a gente meio é... digamos assim...no limite (M13).

É bastante pesada né é o profissional da saúde não dá pra definir quem num momento de desamparo de desespero desânimo de como se que colocasse a mão na cabeça e falasse assim ai meu deus o que que aconteceu o que que eu fiz que que houve né é uma atitude de bem negativa uma imagem bem negativa mas que não deixa de acontecer no dia a dia, às vezes, acontece (M18).

Outra figura que contribui para o entendimento do trabalho médico no hospital abordado foi a FIG. 10.



Figura 10 – Equipe correndo  
Fonte: Gettyimages (2010)

Diante dessa imagem, 11 dos entrevistados (52%, a saber: M1, M4, M7, M9, M11, M12, M13, M15, M16, M20, M21) mencionaram a situação de emergência e urgência médica; cinco deles (24%, a saber: M2, M6, M8, M10, M13) relataram não existir essa correria e que ela não faz parte da rotina no hospital; sete deles (34%) apontam as dificuldades no exercício da profissão, estando divididos em duas situações: para cinco deles (24%, a saber: M1, M3, M17, M18, M19) é a correria a que estão submetidos no dia a dia e, para outros dois (10%, a saber: M4, M5), trata-se de situações de estresse. Observem-se os relatos que tratam da situação mais recursiva, ou seja, de emergência e urgência médica:

Aqui dá duplo sentido, eu tô correndo pra atender alguém, ou tô em corrente em alguma situação de emergência (M09).

Eu acredito que possa ser algum paciente que teve uma parada cardíaca, foi chamado e o pessoal está correndo pra socorrer (M11).

Parte dos médicos mencionou que essa “correria” não faz parte da rotina hospitalar dada a logística do hospital, e mais se assemelha a “seriado de televisão”:

Isso aqui está parecendo seriado de televisão, médico correndo (M02)

Eu nunca percebi isso aqui, no hospital, tá, esse correria de corredor, pressa pra atender alguma emergência, aqui tem uma sistemática, uma logística muito facilitada pra se evitar esse tipo de coisa, praticamente eu nunca vi isso no corredor, na verdade essa imagem tá valendo (M06).

Acho que é uma cena rara, né, de uma correria no meio do corredor, uma cena muito rara, ou de equipe médica ou de enfermagem é... urgência a gente tem mas, é... não é a a o cotidiano, né, na grande maioria das vezes, a gente já conhece o paciente, a equipe de enfermagem já começa a tomar as primeiras providências, então é uma cena pouco frequente (M13).

O senso de urgência, porém, se faz presente na rotina dos médicos e traz implicações em termos de dificuldade enfrentadas por eles no processo de formação de competências profissionais, tais como: a falta de tempo e o acúmulo de funções.

Numa correria, que eu passo todo dia aqui no hospital (M03).

É um corre-corre aqui parece que o estresse daqui do trabalho do médico (M05).

Corrida, a gente realmente trabalha dessa forma, correndo (M17).

Observe-se, ainda, a FIG. 11.



Figura 11 – Médico atendendo uma criança  
Fonte: Gettyimages (2010)

A seu respeito, os entrevistados apontaram diferentes percepções. A mais recursiva foi a proximidade na relação médico-paciente (10 dos entrevistados, 48%), seguida

da ideia de um pediatra examinando uma criança (seis deles, 29%), de respeito para com os pacientes (dois deles, 10%), do bom relacionamento (dois deles, 10%), da dificuldade do atendimento pediátrico (um deles, 5%), e por fim, da tensão com o paciente (um deles, 5%).

A primeira categoria remete à humanização na relação médico-paciente, prescrita por vários órgãos reguladores (CFM, 2001; MEC, 2001), a qual diz respeito à proximidade que se estabelece na relação e até mesmo ao toque, ao carinho, à descontração no atendimento. Além disso, ela está associada às componentes funcional, comportamental e ética (PAIVA, 2007), natural nesse contexto de trabalho.

Eu acho que é um médico-paciente com abraço, toque, a proximidade das pessoas (M01).

Um médico cuidando, né, da criança com atenção, é...é... concentrado no que tá fazendo, a gente observa, né, é um médico olhando, né, numa atuação é...é... como é que eu diria isso, é... não sei o termo assim, carinhosa, vão dizer assim com o paciente (M04).

Aqui a gente vê uma interação médico-paciente, bem amigável, principalmente com uma criança, parece paciente difícil esse atendimento, mas o médico tem total liberdade com a criança e confiança do paciente dele sobre o profissional (M06).

Mostra que... o colega tá...está... abordando a criança com muito carinho, com muita é particularidade, dentro da especialidade dele (M10).

Aqui eu acho que é um carinho uma descontração né com a criança isso aqui eu acho que é muito importante (M21).

Um pediatra examinando uma criança que remete à especialização no contexto da ação do médico, o que reflete a componente funcional (PAIVA, 2007).

Pediatra atendendo uma criança (M09).

Em prática me parece que é um pediatra, no caso, e uma criança no consultório (M14).

É um parece que e um médico né talvez um pediatra né examinando ou otorrino pode ser examinando um garotinho pedindo pra colocar a língua pra fora aqui talvez avaliando a coloração das mucosas aqui querendo ver alguma coisa (M18).

O respeito ao paciente e o bom relacionamento são caracterizados como particularidades de um bom atendimento e atitudes que estão associadas às componentes comportamental e ética do modelo analítico adotado (PAIVA, 2007).

Bom atendimento (M17).

Já nos comentários relativos à FIG. 12, esse isolamento se desfez, mediante respostas que identificaram a presença da equipe multidisciplinar (por sete entrevistados, 33%, a saber: M3, M5, M6, M7, M10, M13, M15), a satisfação do paciente (seis deles, 29%, a saber: M2, M11, M12, M13, M18, M21), a situação de trabalho natural no hospital (cinco deles, 24%, a saber: M1, M9, M16, M19, M20), o tratamento humanizado realizado no hospital (três deles, 14%, a saber: M6, M8, M17).



Figura 12 – Equipe multidisciplinar e paciente  
Fonte: Gettyimages (2010)

A equipe multidisciplinar retrata a necessidade de diferentes olhares sobre os pacientes no interior do hospital, denotando a interação entre as diferentes profissões e sua integração com os pacientes, como já analisado anteriormente.

É uma equipe né, reunião da equipe, relação da equipe, aqui é muito boa, tem nada a reclamar não (M03).

Trabalho em equipe, né, e relação com os pacientes (M05).

Aqui uma equipe multidisciplinar, médico, enfermeira, paciente, paciente satisfeito parece provavelmente querendo guardar uma lembrança da

equipe que cuidou, então eu acho que isso aqui é o momento que a gente tem algumas vezes e é muito gratificante ver um paciente, né, uma criança, uma mãe satisfeita é um momento de realização (M13).

Por outro lado, o tratamento e a satisfação do paciente com o carinho recebido da equipe do hospital denotam a humanização de seus processos, ou seja, a qualidade da assistência.

Aqui é aquela foto que o paciente costuma gostar, né, tirar foto com o médico, com pessoal que tá lá, é o resultado do carinho que o paciente quer guardar pra vida toda, baseado na no bom trabalho (M11).

Uma equipe unida, assim depois de assistir uma família, parece que é uma criança e tudo, e tendo uma satisfação dos pacientes como a equipe médica (M12).

É aqui parece que é uma parece que tem uma paciente com seu familiar aqui e e fazendo tão até na postura de fazer uma pose na pra tirar uma foto não sei talvez uma recordação de alguma coisa um tratamento bem sucedido né senão não tava todo mundo rindo (M18).

A equipe e aqui parece ser paciente né, e o resultado parece que foi bom tá todo mundo feliz (M21).

Para que esse tratamento humanizado ocorra na relação médico-paciente, faz-se necessária a externalização de suas competências, principalmente as pautadas nas componentes comportamental e ética (PAIVA, 2007).

Você vê aqui que aparentemente que é um hospital, tratamento humano, com relação a pessoas normais, aqui no canto esquerdo na foto, também profissionais muito disciplinados (M06).

Relação boa com paciente, com a equipe, eu acho que é o que acontece no geral, principalmente no serviço nosso (M08).

Carinho (M17).

Por fim, ressalte-se que apenas uma das figuras apresentadas aos médicos não foi associada diretamente ao trabalho por eles realizado, daí sua desconsideração para fins desta análise. É importante frisar que a gestão de competências dos médicos entrevistados, conforme observado, depende de uma série de situações que são observadas de modo mais consciente por esses profissionais; em outros momentos, a técnica projetiva contribuiu para que, em diversas situações por eles vivenciadas, fossem identificadas as competências necessárias para um trabalho competente e, portanto, humanizado, o que ainda parece ser um desafio para eles.

## 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O objetivo deste estudo foi descrever e analisar como estão configuradas e são geridas as competências profissionais de médicos de um hospital particular mineiro na percepção deles próprios.

Para tanto, foi realizada uma pesquisa descritiva com abordagem qualitativa nos moldes de um estudo de caso. A unidade de análise e os sujeitos de pesquisa foram os médicos do hospital particular mineiro, os quais foram escolhidos pelo critério de acessibilidade. A coleta de dados foi dividida em três etapas: a primeira consiste na análise documental, a segunda, na entrevista com roteiro semiestruturado e, por fim, a técnica projetiva, sendo que ocorreu a triangulação entre as diferentes técnicas de coleta de dados. Para análise dos dados, foi utilizada a análise documental e a análise de conteúdo.

Em relação aos objetivos específicos, o primeiro consistia em analisar como se configuram as competências profissionais dos médicos. Segundo seus relatos, suas competências apoiam-se na atenção à saúde e na educação permanente. As competências relativas à comunicação e ao processo de tomada de decisão são pouco percebidas; já as competências liderança e administração não são percebidas pelos médicos. As componentes do modelo analítico adotado foram observadas nas ações que os médicos afirmam desempenhar e com as quais eles estão preocupados, destacando-se as componentes comportamental, funcional e cognitiva em maior escala e ética e política mais timidamente, conforme modelo analítico adotado (PAIVA, 2007).

O segundo objetivo tratou das relações possíveis entre as competências profissionais e a formação acadêmica dos médicos. Verificou-se que a formação acadêmica é vista como uma base que precisa ser oxigenada permanentemente, já que o que se aprende na faculdade deve ser aplicado na prática, que ali mesmo se inicia por meio de estágios e mesmo durante as residências. Assim, as principais componentes do modelo analítico adotado (PAIVA, 2007) desenvolvidas durante a

formação acadêmica dos médicos são a cognitiva, em maior grau, seguida da funcional e da 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 sem recursos financeiros e materiais.

O terceiro objetivo constou de analisar como se dá a gestão de competências profissionais pelos próprios médicos. De forma geral, 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. A técnica projetiva reforçou a percepção em torno da importância da aprendizagem informal que, em diversos momentos não institucionalizados, promovem estudo e discussão de caso, troca de informação e experiência entre os profissionais e conversas com colegas.

Quanto ao quarto objetivo, que considerava a contribuição do hospital no processo de gestão de competências profissionais, observou-se muito incentivo com várias atividades desenvolvidas no seu interior - foco no atendimento aos 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 estar no mesmo ritmo.

Em relação ao quinto objetivo, que analisava a participação de instituições de interesse coletivo na gestão de competências desses profissionais, notou-se que a instituição que mais contribui é a associação profissional, que realiza atividades acadêmicas, promove publicações de artigos científicos e organiza eventos. Quanto ao CRM, 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, os profissionais que atuam predominantemente no setor público reconhecem sua atuação em prol da categoria. Desse modo, as instituições de interesse coletivo têm contribuído direta e indiretamente para a gestão de competências desses profissionais, já que suas ações envolvem os níveis individual e coletivo.

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 as 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.

Deste modo, percebem-se como contribuições desta pesquisa: o avanço metodológico por meio da triangulação intramétodos de coleta de dados; a explicitação de diferenças conceituais a respeito das competências profissionais encontradas entre os dispositivos do Conselho Nacional de Educação, CNE, e o Conselho Federal de Medicina, CFM; a falta de conhecimento relativo às políticas de gestão por parte dos médicos; e, não menos importante, o fato de ela concretizar um dos “produtos esperados” do projeto de pesquisa “Competências Profissionais e Gestão de Competências em Profissões na Área de Saúde: um Estudo com Médicos e Enfermeiros em Minas Gerais”, financiado pela Fundação de Amparo à Pesquisa do estado de Minas Gerais, FAPEMIG, como mencionado na justificativa dessa dissertação.

Dentre as limitações desta pesquisa, pode-se citar a opção pelo estudo de caso, o qual promoveu profundidade, mas não permite generalizações. Diante dos achados e dessa limitação do estudo, sugere-se ampliar a pesquisa para outros hospitais, privados e públicos, de modo a estender suas considerações, identificando aspectos comuns e diferenciados conforme o ambiente e o contexto de trabalho, que possam contribuir para a formação e o desenvolvimento de competências profissionais de seus médicos. Atentando-se para o caráter relacional da profissão e para a natureza

multidisciplinar das atividades desenvolvidas no interior desse tipo de organização, recomenda-se, também, estender a pesquisa para outras categorias profissionais que também compõem a “equipe multidisciplinar”. Em termos temáticos, observaram-se possibilidades de conexões com outros temas, como relações de poder, assédio moral, estresse ocupacional, *burnout*, qualidade de vida no trabalho, comprometimento, vínculos organizacionais, dentre outros.

Para os médicos, sugere-se mais atenção quanto aos aspectos relacionais envolvidos na externalização e no processo de gestão de suas competências. 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 integrada e voltada para aqueles que efetivamente contribuem para sua existência: seus profissionais, dentre eles, os médicos.

## REFERÊNCIAS

ALVES-MAZZOTTI, A. J.; GEWANDSZNAJDER, F. **O método nas ciências naturais e sociais: pesquisa quantitativas e qualitativas**. São Paulo: Thomson, 1999.

BANKS, Marcus. Dados visuais para pesquisa qualitativa. FLICK, Uwe. (org) **Coleção Pesquisa Qualitativa**. Porto Alegre: Artmed, 2009. 176p. p53-78

BARBOSA, Allan Claudius Queiroz. **Gestão de Competências nas Organizações. I Workshop**. Belo Horizonte: Hexagon Desing, UFMG, Isvor Knowlwdge, 2001.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 1977.

BITENCOURT, Claudia Cristina. **A Gestão de Competências como Alternativa de Formação e Desenvolvimento nas Organizações: uma Reflexão Crítica a Partir da Percepção de um Grupo de Gestores**. *Anais...* Salvador: ANPAD, 2002.

BITENCOURT, Claudia Cristina. BARBOSA, Allan. Claudius. Queiroz. **Gestão de competências: articulando indivíduos, organizações e sociedade**. In: BITENCOURT, Claudia. Cristina. (org) **Gestão contemporânea de pessoas**. 2. ed. Porto Alegre: Brookman, 2010. 444p. p. 239-269.

BRANDÃO, H. P. **Competências no Trabalho e nas Organizações: Uma Análise da Produção Científica Brasileira**. In: EnANPAD, 30, 2006, Salvador. *Anais...* Rio de Janeiro: ANPAD, 2006.

BRANDÃO, Hugo Pena., GUIMARÃES. Tomás de Aquino. **Gestão de competências e gestão de desempenho: tecnologias distintas ou instrumentos de um mesmo construto?** *Revista de Administração de Empresas / EAESP / FGV*, São Paulo, Brasil. v. 41, n. 1, p. 8-15, Jan./Mar., 2001.

CARNEIRO, Mauro Brandão. GOUVEIA, Valdiney Veloso. (org). CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **O médico e o seu trabalho: aspectos metodológicos e resultados do Brasil**. Brasília, 2004. 234p.

CAULLEY, D N. **Document e analysis in program evolution** (Nº 60 na série paper and report series of the research on evaluation program). Portland, Or.: Northwest

Regional Educational Laboratory, 1981.

CHEETHAM, G.; CHIVERS, G. A new look at competent professional practice. In: **Journal of European Industrial Training**. V. 27, n. 7, p. 374-383, 2000.

CHEETHAM, G.; CHIVERS, G. The reflective (and competent) Practitioner: a model of professional competence which seeks to harmonise the reflective practitioner and competence-based approaches. In: **Journal of European Industrial Training**. V. 22, n. 7, p. 267-276, 1998.

CHEETHAM, G.; CHIVERS, G. Towards a Holistic Model professional of competence. In: **Journal of European Industrial Training**. V. 20, n. 5, p 20-30, 1996.

CFM - CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **A medicina e os atos médicos**: em defesa do direito da população à assistência médica digna e de qualidade. Brasília: CFM, outubro 2003.

CFM - CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Abertura de escolas de medicina no Brasil**: relatório de um cenário sombrio. 2ª edição. Brasília: CFM, março 2005.

CFM - CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Jornal de Medicina**. Out/Nov/dez. Brasília: CFM, 2009a.

CFM - CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Código de Ética**. Brasília: CFM, 2009b.

CFM - CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Os médicos e a Saúde no Brasil**. GOULART, F. A. de. A. (org). Brasília: CFM, 1998.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Resolução de 1.627**. Brasília, 2001.

DADOY, Mireille. As noções de competências e competências à luz das transformações na gestão da mão-de-obra. In: TOMASI, Antônio (Org.). **Da qualificação à competência pesando o século XXI**. 1ª Ed. Campinas. Editora Papirus, 2004. (p. 105-142)

DE RÉ. César Augusto. DE RÉ. Maria Alice. Processos do sistema de gestão de pessoas. In: BITENCOURT, Claudia. Cristina. (org) **Gestão contemporânea de pessoas**. 2. ed. Porto Alegre: Brookman, 2010. 444p. p. 79-100.

DEMO, Pedro. **Avaliação qualitativa**. 8<sup>o</sup> edição. Campinas, SP. Editora Autores Associados, 2005. 109p.

DUTRA, J. S. Gestão de pessoas com base em competências. In: DUTRA, Joel Souza (org). **Gestão por competências**. São Paulo: Editora Gente, 2001. 130p. p. 25-44.

DUTRA, J. S., HIPÓLITO J. A. M e SILVA. C. M. Gestão de Pessoas por Competências: o caso de uma empresa do Setor de Telecomunicações. **Revista de Administração Contemporânea**. v. 4, n. 1, p. 161-176, Jan./Abr. 2000.

FERRAZ, Marcos. Bosi. A remuneração do trabalho médico. In: GOULART, Flávio. A de Andrade. (org.) **Os médicos e a Saúde no Brasil**. Conselho Federal de Medicina. 1998. 200p. p. 155-180.

FIDALGO, Nara. L. R. FIDALGO, FERNANDO. Reflexos sociais da lógica de competências: o processo de individualização em foco. In: FIDALGO, Fernando. OLIVEIRA, Maria Auxiliadora Monteiro. FIDALGO, Nara Luciene Rocha (Org.). **Educação Profissional e a Lógica das Competências**. 1<sup>a</sup> Ed. Petrópolis. Editora Vozes Ltda, 2007. (p. 17-70)

FISCHER, Luiz André. O conceito de modelo de gestão de pessoas – modismo e realidade em gestão de recursos humanos nas empresas brasileiras. In: DUTRA, Joel Souza (org). **Gestão por competências**. São Paulo: Editora Gente, 2001. 130p. p. 9-24.

FLEURY, M. T. L. **A gestão de competências e a estratégia organizacional**. As pessoas na organização. São Paulo: Editora Gente, 2002.

FLICK, Uwe. **Desenho da pesquisa qualitativa**. Porto Alegre: Artmed, 2009. 164 p.

FRANCO, M. L. P. B. **Análise de conteúdo**. Brasília: 3<sup>o</sup> edição, Liber 2008. 79 p.

FROEHLICH, Cristiane. O modelo de gestão de pessoas por competências. In: BITENCOURT, Claudia. Cristina. (org) **Gestão contemporânea de pessoas**. 2. ed. Porto Alegre: Brookman, 2010. 444p. Texto complementar capítulo 4 CD RON

GIL, Antônio Carlos. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. São Paulo: Editora Atlas, 1999. 206 p.

GODOY, Schmidt. Arilda. Introdução à pesquisa qualitativa e suas possibilidades. **Revista de Administração de Empresa – RAE**, v.35, n.2, p. 57-63, 1995.

GOULART, Íris. Barbosa. Análise de conteúdo. In: GOULART, Íris. Barbosa (org) **Temas de psicologia e administração**. São Paulo: Caso do Psicólogo, 2006. p. 153-173.

GOULART, F. A. de. A. (org). **Os médicos e a Saúde no Brasil**. Brasília: CFM, 1998. 200 p. p. 21-50.

GUIMARÃES, Tomás de Aquino. A nova administração pública e a abordagem da competência. In: EnANPAD, 24, 2000, Florianópolis. **Anais...** Rio de Janeiro: ANPAD, 2000.

**GETTYIMAGENS**. Disponível em [HTTP://www.gettyimagens.com](http://www.gettyimagens.com). Último acesso em novembro de 201.

HELAL, Diogo Henrique. Exigências profissionais em organizações pós-fordistas: das qualificações ao modelo de competência. In: **Anais...** XXVI Enegep – Fortaleza Brasil, 9 a 11 de outubro de 2006.

HIPÓLITO, José Antônio Monteiro. Tendências no campo da remuneração para o novo milênio. In: DUTRA, Joel Souza (org). **Gestão por competências**. São Paulo: Editora Gente, 2001. 130 p. p. 71-94.

INEP - INSTITUTO NACIONAL DE ESTUDOS E PESQUISAS EDUCACIONAIS ANÍSIO TEIXEIRA. **A trajetória dos cursos de graduação na área de saúde: 1991-2004**. HADDAD. A. E. *et al.* (org). Brasília: INEP, 2006.

LE BOTERF, Guy. **Desenvolvendo a Competência dos Profissionais**. Porto Alegre, RS: Artmed, 2003.

LÜDKE, Menga. ANDRÉ, Marli. E. D. A. **Pesquisa em educação**: abordagens qualitativas. São Paulo: EPU, 1986.

LUZ, Talita Ribeiro. Telemar-Minas: a reinvenção dos gestores. In: **Economia & gestão**, Belo Horizonte, v. 2, n. 3, p. 56-73, jan./jun. 2002.

MACEDO, Paula Costa Mosca. Desafios atuais no trabalho multiprofissional em saúde. **Revista Sociedade Brasileira de Psicologia Hospital**. v. 10, n. 2, Rio de Janeiro, dez. 2007.

MACHADO, Maria. Helena. A profissão médica no contexto de mudanças. In: GOULART, Flávio. A de Andrade. (org.) **Os médicos e a Saúde no Brasil**. Conselho Federal de Medicina. 1998. 200 p. p.181-198.

MEC. Ministério da Educação. In: Conselho Nacional de Educação. **Diretrizes Curriculares para educação profissional de nível técnico**. Brasília: MEC, 1999.

MEC. Ministério da Educação. In: Conselho Nacional de Educação. **Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Graduação em Enfermagem, Medicina e Nutrição**. Brasília: MEC, 2001

PAIVA, Kely César Martins de. **Gestão de competências e a profissão docente** um estudo de caso em universidades no Estado de Minas Gerais. 2007. 278f. Tese (Doutorado em Administração) – CEPEAD, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte. 2007.

PAIVA, K. C. M. **Profissões, Competências Profissionais e Gestão de Competências na Área de Saúde**. 2009. 33 f. Projeto de Pesquisa - Faculdade Novos Horizontes, 2009.

PAIVA, K. C. M.; MELO, M. C. O. L. Competências, gestão de competências e profissões: perspectivas de pesquisas. **Revista de Administração Contemporânea - RAC**, Curitiba, v. 12, n. 2, p. 339-368, abr./jun. 2008.

PIZZATO, Fábio. É possível pensar em remuneração por competência? *In:* BITENCOURT, Claudia. Cristina. (org) **Gestão contemporânea de pessoas**. 2. ed. Porto Alegre: Bookman, 2010. 444p. Texto complementar capítulo 10 CD RON.

RAMOS, Marise. Nogueira. **A pedagogia das competências: autonomia ou adaptação?** 2.ed. São Paulo: Cortez, 2002.

ROCHE. Janine. A dialética qualificação-competência: estado da questão. *In:* TOMASI, Antônio (Org.). **Da qualificação à competência pesando o século XXI**. 1ª Ed. Campinas. Editora Papyrus, 2004. p. 75-92.

ROQUETE, Raquel Ferreira. **Competências Profissionais de Professores-Arquitetos**: um estudo em três universidades na cidade de Belo Horizonte (MG). 2009. 136 f. Dissertação (Mestrado em Administração) – Faculdade Novos Horizontes, Belo Horizonte, 2009.

RUAS, Roberto. Desenvolvimento de Competências Gerenciais e Contribuição da Aprendizagem Organizacional. In: FLEURY, Maria. Tereza. L.. OLIVEIRA JR. Moacir de Miranda. (Org) **Desenvolvimento de Competências Gerenciais**. São Paulo. Atlas, 2001. (p. 242-270).

STEFFEN, Ivo. **Modelos de Competência Profissional**. [s.l.] 1999.

TRIVIÑOS, Augusto. N. S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais**: a pesquisa qualitativa em educação. São Paulo: Atlas, 1987. 175p.

VERGARA, Sylvia C. **Projetos e Relatórios de Pesquisa em Administração**. 10 edição. São Paulo. Editora Atlas, 2009. 88 p.

ZARIFIAN, Philippe. **Objetivo Competência**. Por Uma Nova Lógica. 1 edição. São Paulo. Atlas, 2001. 197 p.

YIN, Robert. K. **Estudo de caso**: planejamento e métodos. Porto Alegre: Brookman, 2001.

WITTORSKI, Richard. Da fabricação das competências. TOMASI, Antônio (Org.). **Da qualificação à competência pesando o século XXI**. 1ª Ed. Campinas. Editora Papyrus, 2004. p. 75-92.

## APÊNDICES

### APÊNDICE A – Termo de consentimento livre e esclarecido

Você está sendo convidado para participar da pesquisa “PROFISSÕES, COMPETÊNCIAS PROFISSIONAIS E GESTÃO DE COMPETÊNCIAS NA ÁREA DE SAÚDE”.

Você foi selecionado aleatoriamente e sua participação não é obrigatória. A qualquer momento você pode desistir de participar e retirar seu consentimento. Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com o pesquisador ou com a instituição.

O objetivo geral deste estudo é descrever e analisar como se dá a gestão de competências profissionais na área de saúde, em especial de médicos, considerando vínculos de trabalho, especialidades e espaços ocupacionais diferenciados.

Sua participação nesta pesquisa consistirá em participar de uma entrevista e responder a um formulário de identificação com dados demográficos e funcionais. Os riscos relacionados com sua participação são mínimos, pois se trata responder a perguntas sobre você e seu trabalho.

Os benefícios relacionados com a sua participação são o melhor entendimento acerca de como sua profissão se efetiva neste hospital e de suas competências profissionais e, a partir dessas informações, contribuir com melhorias nas políticas e práticas de gestão de pessoas.

As informações obtidas através desta pesquisa serão confidenciais e asseguramos o sigilo sobre sua participação. Os dados não serão divulgados de forma a possibilitar sua identificação. Você receberá uma cópia deste termo onde consta o telefone e o endereço institucional do pesquisador responsável e do Comitê de Ética, podendo tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou a qualquer momento.

---

Leandro Eduardo Vieira Barros  
e-mail: [levbarros@hotmail.com](mailto:levbarros@hotmail.com)

---

Coordenador do Comitê de Ética do Hospital X

Declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa e concordo em participar.

---

Nome:

Endereço:

CEP:

Telefone:

## APÊNDICE B – Roteiro de Entrevista

### Dados Demográficos e Funcionais

<p>1 – Sexo</p> <p>a. <input type="checkbox"/> Masculino</p> <p>b. <input type="checkbox"/> Feminino</p> <p>2 – Faixa Etária</p> <p>a. <input type="checkbox"/> até 25 anos</p> <p>b. <input type="checkbox"/> de 26 a 30 anos</p> <p>c. <input type="checkbox"/> de 31 a 35 anos</p> <p>d. <input type="checkbox"/> de 36 a 40 anos</p> <p>e. <input type="checkbox"/> de 41 a 45 anos</p> <p>f. <input type="checkbox"/> de 45 a 50 anos</p> <p>g. <input type="checkbox"/> mais de 50 anos</p> <p>3 – Estado Civil</p> <p>a. <input type="checkbox"/> solteiro</p> <p>b. <input type="checkbox"/> casado</p> <p>c. <input type="checkbox"/> desquitado / divorciado / separado</p> <p>d. <input type="checkbox"/> viúvo</p> <p>e. <input type="checkbox"/> união estável</p> <p>f. <input type="checkbox"/> outro: _____</p> <p>4 – Escolaridade</p> <p>a. <input type="checkbox"/> Ensino superior completo</p> <p>b. <input type="checkbox"/> Especialização</p> <p>c. <input type="checkbox"/> Mestrado</p> <p>d. <input type="checkbox"/> Doutorado</p>	<p>5 – Há quanto tempo você trabalha neste hospital?</p> <p>a. <input type="checkbox"/> menos de 1 ano</p> <p>b. <input type="checkbox"/> de 1 a 5 anos</p> <p>c. <input type="checkbox"/> de 6 a 10 anos</p> <p>d. <input type="checkbox"/> de 11 a 15 anos</p> <p>e. <input type="checkbox"/> de 16 a 20 anos</p> <p>f. <input type="checkbox"/> mais de 20 anos</p> <p>6 – Cargo:</p> <p>_____</p> <p>7- Há quanto tempo você atua neste cargo?</p> <p>a. <input type="checkbox"/> menos de 1 ano</p> <p>b. <input type="checkbox"/> de 1 a 5 anos</p> <p>c. <input type="checkbox"/> de 6 a 10 anos</p> <p>d. <input type="checkbox"/> de 11 a 15 anos</p> <p>e. <input type="checkbox"/> de 16 a 20 anos</p> <p>f. <input type="checkbox"/> mais de 20 anos</p> <p>8 – Quanto tempo de experiência você tem nesta função, incluindo sua atuação em outras organizações?</p> <p>a. <input type="checkbox"/> menos de 1 ano</p> <p>b. <input type="checkbox"/> de 1 a 5 anos</p> <p>c. <input type="checkbox"/> de 6 a 10 anos</p> <p>d. <input type="checkbox"/> de 11 a 15 anos</p> <p>e. <input type="checkbox"/> de 16 a 20 anos</p> <p>f. <input type="checkbox"/> mais de 20 anos</p>
--	--

### Roteiro de entrevista

Minha pesquisa é sobre competências profissionais e sua gestão eu gostaria que o(a) senhor(a) respondesse algumas perguntas com base no dia a dia neste hospital.

Descreva o seu trabalho neste hospital e pelo que o Sr/Sra é responsável.

- 1- Na sua opinião, o que é um profissional competente, de modo geral?
- 2- E na área de saúde?
- 3- Como você faz para ser competente, de uma maneira geral?
- 4- E neste hospital?
- 5- Que dificuldades você enfrenta para se desenvolver, se manter competente?
- 6- O hospital contribui de alguma forma para seu desenvolvimento? Como?
- 7- Hoje, atuando no hospital, como você avalia seu curso de graduação em medicina?
- 8- O seu curso contribui para a formação e o desenvolvimento de suas competências profissionais? Explique ou dê exemplos.
- 9- Você participa do conselho profissional?
  - a. Ele contribui de alguma forma para seu desenvolvimento?
  - b. Como?
- 10- E de sindicatos?
  - a. Qual?
  - b. Ele contribui de alguma forma para seu desenvolvimento?
  - c. Como?
- 11- E de associações profissionais?
  - a. Qual?
  - b. Ele contribui de alguma forma para seu desenvolvimento?
  - c. Como?
- 12- Como são seus relacionamentos:
  - a. Com seus colegas de profissão
  - b. Com colegas de setor
  - c. Com superiores
  - d. Com subordinados (caso exerça função gerencial)
  - e. Com pacientes (e familiares)
- 13- Dos outros profissionais que atuam no hospital, quais contribuem para a efetividade do seu trabalho?
  - a. Você os considera competentes? Por quê?
- 14- Como você acha que os demais colegas percebem sua profissão aqui dentro?
- 15- Aqui estão algumas figuras e gostaria que você comentasse cada uma delas com base no seu trabalho neste hospital.

FIGURA 1<sup>3</sup>

FIGURA 2



FIGURA 3



FIGURA 4



---

<sup>3</sup> Todas as figuras foram apresentadas aos entrevistados, mas em outra ordem. Esta ordem justifica-se pela sequencia em que encontra-se o texto. A figura 1 não esta apresentada pelo fato de seus relatos não estarem alinhados os objetivos dessa pesquisa, apesar de fazer parte do projeto que a abriga.

**FIGURA 5**



**FIGURA 6**



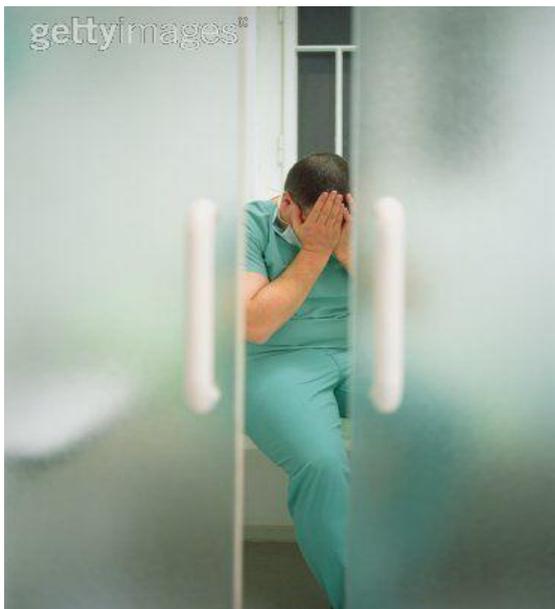
**FIGURA 7**



**FIGURA 8**



**FIGURA 9**



**FIGURA 10**



**FIGURA 11**



**FIGURA 12**



16- Deseja acrescentar algo?

Muito obrigado!