



UNIVERSIDADE DE ÉVORA

ESCOLA DE CIÊNCIAS SOCIAIS

DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA

**Avaliação da eficácia da formação em
desenvolvimento de competências
relacionais em técnicos da saúde**

Juliana Cristina Florindo Lopes

Orientação: Prof. Doutora Carla Sofia Carrilho
Lopes Santarém Semedo

Coorientação: Doutor Vasco Andresen
Guimarães de Herédia

Mestrado em Psicologia

Área de especialização: *Psicologia Clínica e da Saúde*

Évora, 2017



UNIVERSIDADE DE ÉVORA

ESCOLA DE CIÊNCIAS SOCIAIS

Mestrado em Psicologia

Especialização em Psicologia Clínica e da Saúde

**Avaliação da eficácia da formação em
desenvolvimento de competências relacionais em
técnicos de saúde**

Juliana Cristina Florindo Lopes

Orientadora:

Prof. Doutora Carla Sofia Carrilho Lopes Santarém Semedo

Coorientador:

Doutor Vasco Andresen Guimarães de Herédia

Março, 2017

Agradecimentos

Ao longo desta época foram muitas as pessoas que, de diferentes maneiras, contribuíram para que pudesse alcançar mais uma conquista, às quais expresso o meu mais sincero agradecimento.

À professora Carla Semedo, por toda a dedicação, todo o apoio, todos os ensinamentos, pela qualidade de orientação prestada e por nunca ter desistido de mim.

Aos meus pais, os grandes condutores dos meus sonhos e a quem devo tudo, são hoje quem me permite alcançar tudo até aquilo que eu considero impossível.

À minha família, presente em todos os momentos da minha vida.

À Filipa Rosado por ainda hoje ser capaz de acreditar mais em mim que eu mesma, mas sobretudo por ser o meu porto de abrigo em todos os momentos.

Ao Pedro pela presença, pela paciência e acima de tudo pelo companheirismo que dá aos meus dias ainda mais luz.

À Sara Prezado, por toda a ajuda e pela partilha, o que tornou tudo muito mais fácil.

Aos meus amigos, a minha segunda família e que estiveram sempre do meu lado e me deram força para concluir mais um sonho, em especial à Márcia, à Cristiana, à Sofia, à Lúcia e à Dulce, os meus grandes alicerces.

Ao Doutor Vasco Herédia, pelo seu grande e precioso contributo para a concretização desta investigação.

Ao professor António Diniz, pela partilha dos seus conhecimentos.

E finalmente a todos os participantes que foram fundamentais à realização desta investigação.

“Avaliação da eficácia da formação em desenvolvimento de competências relacionais em Técnicos de Saúde”

Resumo

O presente estudo teve como principal objetivo avaliar a eficácia de uma intervenção comportamental em desenvolvimento de competências relacionais com Técnicos de Radiologia de Ressonância Magnética num serviço regional hospitalar. Previamente à intervenção foi caracterizado o processo de comunicação profissional de saúde/doente através de observação e foi medida a ansiedade nos doentes, antes e depois da realização da Ressonância Magnética. Após a intervenção, que consistiu numa ação de formação e follow-up individual, foram repetidas as mesmas medidas de avaliação. A intervenção foi validada através do modelo de Kirkpatrick (1959). Os resultados evidenciaram mudanças comportamentais significativas nos profissionais de saúde. Observou-se também uma diminuição estatisticamente significativa da redução da ansiedade dos doentes depois da ação de formação.

Palavras-Chave: Formação profissional; Comunicação; Ansiedade; Ressonância Magnética; Saúde

“The evaluation of efficacy of professional formation at the development of relational skills at health technicians/professionals”

Abstract

The main goal of the present study is to evaluate the efficacy of a behavior intervention focused on relational skills of the radiology technicians of a Magnetic Resonance unit in a Tertiary care regional Hospital. Previously to the intervention, the process of communication between health professionals and patients was characterized through an observational method and patient's anxiety was measured before and after the magnetic resonance examinations. After the intervention, consisting in a professional training sessions and individual technician follow up, the same evaluation methods were applied again. The intervention was validated by the Kirkpatrick Model (1959). Results showed significantly behavioral changes of the health professionals involved. Additionally, we observed a statistically significant reduction of patient anxiety after the intervention.

Key words: professional formation, communication, anxiety, magnetic resonance; health

Índice

Introdução.....	1
1.1. Formação profissional	4
1.1.1. Fases do processo formativo	7
1.1.1.1. Identificação das necessidades de formação	7
1.1.1.3. Execução das ações de formação.....	9
1.1.1.4. Avaliação do processo de formação.....	10
1.1.1.4.1. Modelo de avaliação de Kirkpatrick.....	11
1.1.2. Transferência da formação	12
1.1.3. Benefícios da formação	14
1.2. Comunicação em saúde.....	14
1.2.1. A comunicação em radiologia	16
Estudos Empíricos.....	20
Estudo 1	20
2. Método.....	20
2.1. Participantes	20
2.2. Instrumentos	21
2.3. Procedimento	23
3. Resultados.....	24
Estudo 2	28
4. Método.....	29
4.1. Participantes	29
4.2. Instrumentos	30
4.3. Procedimento	30
5. Resultados.....	31
6. Discussão	34
7. Conclusão.....	40
Referências	43

Índice de Tabelas

Tabela 1: Estatística Descritiva das categorias do questionário de avaliação do nível I do modelo de Kirkpatrick	25
Tabela 2: Estatística Descritiva das Categorias observadas antes e depois da formação.....	27
Tabela3: Anova de Medições Repetidas por categoria antes e depois da ação de formação.....	28
Tabela 4: Teste T-student para Amostras Independentes antes e depois da RM antes e depois da ação de formação.....	32
Tabela 5: Teste de Comparação de Médias antes da RM antes e depois da formação e depois da RM antes e depois da formação	32

Índice de abreviaturas

RM = Ressonância Magnética

AFE = Análise Fatorial Exploratória

Introdução

A mudança nas organizações é inevitável traduzindo-se em reconfigurações estruturais nas estratégias competitivas, nos processos produtivos, no nível de competências exigidas aos colaboradores e nas alterações ao nível do perfil profissional (Sousa, Duarte, Sanches & Gomes, 2006).

Estas exigências têm colocado aos trabalhadores desafios relativamente à necessidade de utilização de novos conhecimentos e novas competências fundamentais para o desempenho das funções.

Desta forma, é claro que a formação profissional tem assumido um papel cada vez mais importante junto das organizações no que respeita à melhoria da qualificação dos seus trabalhadores contribuindo assim para o desenvolvimento organizacional. Esta é definida como uma experiência planeada de aprendizagem que é concebida com o objetivo de resultar numa mudança permanente de conhecimentos, atitudes ou competências, essenciais para o bom desempenho da função de um indivíduo (Campbell, Dunnette, Lawler e Weick, Jr. 1970).

A importância da formação profissional prende-se com o fato dela permitir o preenchimento das necessidades das organizações, atuar como catalisador de mudança, estimular o clima de aprendizagem e promover vantagem competitiva (Gomes, Cunha, Rego, Cunha, Cardoso & Marques, 2010), tornando-se numa ferramenta fundamental à qual as organizações podem recorrer para que a mudança ocorra.

Este é um recurso que deve ser encarado pelas organizações como uma condição de ajustamento ao contexto envolvente e ainda uma condição que permita às pessoas desenvolverem competências de forma a garantir a sua empregabilidade. No entanto, para que a formação seja uma resposta adequada e seja considerada uma ferramenta eficaz, é necessário que se adapte e se enquadre na estratégia da organização (Câmara, Guerra & Rodrigues, 2001).

Não só ao nível das organizações, mas também ao nível individual, a formação assume um papel fundamental na empregabilidade do indivíduo. Num mercado de trabalho cada vez mais caracterizado pela instabilidade das relações contratuais, a aquisição de novas competências profissionais e a sua permanente atualização através da participação em diversas ações de formação, constitui um fator crucial de valorização profissional e de empregabilidade.

De acordo com Pfeffer, (Caetano & Velada, 2004) a maior parte dos processos de mudança que ocorrem nas organizações envolve intervenções focadas na formação dos seus trabalhadores, consideradas como um dos fatores fundamentais para o sucesso organizacional, uma vez que melhoram o desempenho dos trabalhadores contribuindo para o aumento da competitividade.

No entanto, formar não basta. É importante realizar um conjunto de procedimentos que ajude a perceber se determinada ação de formação contribuiu com algum benefício para a organização. Ao conseguir-se medir esses benefícios, consegue-se ter a percepção da sua eficácia.

Em termos práticos, a avaliação da formação procura por um lado identificar se os objetivos da formação foram alcançados, nomeadamente ao nível das aprendizagens por parte dos formandos, e por outro lado, averiguar se as aprendizagens adquiridas pelos formandos resultam numa alteração ou melhoria do desempenho profissional. No entanto, e apesar da grande importância da avaliação da formação, esta tem sido uma questão pouco explorada pelas organizações.

A prática de ações de formação bem como a sua consequente avaliação, deve ocorrer em todos os contextos, nomeadamente na saúde. Devido à sua formação profissional, muito centrada nos aspetos técnicos e pouco nos aspetos comunicacionais, muitos trabalhadores na área da saúde não focam a sua atenção nos cuidados com o doente a nível relacional. Desta maneira, é normal que surja a necessidade constante de melhorar a qualidade dos serviços a este nível, nomeadamente nos serviços de saúde, que incidem na qualidade de vida e no futuro dos cidadãos. A comunicação estabelecida entre o profissional de saúde e o doente em contexto hospitalar é cada vez mais encarada como uma componente fundamental e a valorizar.

Atualmente, as organizações de serviços na área de saúde, públicas e privadas, que não visam a gestão da qualidade, acabam por empregar os seus recursos de forma ineficiente e ineficaz, o que influencia os resultados e também a forma como vão surgir no mundo da competitividade.

Assim, a comunicação que deveria funcionar como uma técnica para aumentar o bem-estar do doente, nomeadamente colmatando a ansiedade junto do mesmo muitas vezes acaba por se mostrar ineficaz quando não é devidamente executada.

A Ressonância Magnética (RM) pela vulnerabilidade em que se encontram os doentes à espera de um diagnóstico e pelo ambiente potencialmente ameaçador do

equipamento (Ribeiro, 2005) pode ser um contexto potencialmente despoletador de ansiedade, caso não tenha existido uma comunicação eficaz técnico/doente.

Uma ação de formação que tente combater esta lacuna na comunicação técnico/doente pode significar uma grande melhoria do serviço prestado. Desta forma, este estudo assume especial importância porque pode ser alargado a outros contextos da saúde além do serviço de RM.

A realização deste estudo baseou-se na avaliação da eficácia de uma ação de formação em desenvolvimento de competências relacionais e comunicacionais junto dos técnicos de saúde.

Não existem estudos publicados, realizados junto da população portuguesa que analisem as variáveis aqui estudadas o que se configura como outro fator desta investigação.

Este é um estudo constituído por duas partes. Na primeira parte encontra-se descrito todo o enquadramento teórico que sustenta esta investigação e na segunda está o estudo empírico. No enquadramento teórico começa-se por fazer uma breve explicação do papel dos recursos humanos para o sucesso das organizações. De seguida, é efetuada uma abordagem à formação profissional, as suas fases, os benefícios e a transferência dos conhecimentos adquiridos para a prática. Finalmente, segue-se a comunicação em saúde com enfoque no exame de RM. Relativamente ao estudo empírico, na secção do método descrevem-se os participantes, os instrumentos e o procedimento. Apresentam-se de seguida os resultados.

A investigação que deu origem à presente dissertação será apresentada em dois estudos distintos: o estudo 1, que apresenta os primeiros três níveis de avaliação do modelo de Kirkpatrick e o estudo 2, que diz respeito ao quarto nível deste mesmo modelo. A discussão dos resultados é feita e apresentada em conjunto.

1. Enquadramento Teórico

1.1. Formação profissional

Os recursos humanos são um claro elemento distintivo do sucesso nas organizações, por isso mesmo a sua valorização torna-se imprescindível. Apostar nos recursos humanos como uma ferramenta para o sucesso de uma organização é assim algo que cada vez mais tem vindo a ser observado.

Num mundo atual que se caracteriza por ser um conjunto de mudanças e transformações inevitáveis, cada vez mais existe uma grande incerteza face ao mundo do trabalho, o que exige por parte das organizações uma adaptabilidade constante. É nesta altura que importa valorizar os recursos humanos.

Ao longo dos anos as organizações têm vindo a competir inevitavelmente na economia global e por isso mesmo no trabalho torna-se uma força crescente a diferenciação nas habilidades, nos conhecimentos e na motivação (Aguinis & Kraiger, 2009).

As diferentes conceções teóricas que dão corpo à disciplina de gestão de recursos humanos têm vindo a enfatizar o papel da formação na estruturação das políticas de gestão de recursos humanos, mas também enquanto suporte ao desenvolvimento competitivo das organizações (Almeida & Alves, 2011). A formação direcionada para o contexto das organizações de trabalho representa assim um dos vários recursos disponíveis que permite dar resposta às constantes necessidades que marcam um cenário mais exigente e em constante mudança no mercado de trabalho.

É claro que as organizações têm que ser capazes de aprender para procederem à sua própria renovação, principalmente num ambiente de negócios facilmente mutável. A aprendizagem organizacional é a aquisição de novo conhecimento pelos atores organizacionais que são capazes e estão dispostos a aplicar esse conhecimento na tomada de decisões ou na influência de outras pessoas na organização (Cunha, Rego, Cunha & Cabral-Cardoso, 2007) e ainda no desenvolvimento de recursos e de capacidades que contribuem para um melhor desenvolvimento organizacional (Jerez-Goméz, Céspedes-Lorente & Valle-Cabrera, 2005). Desta forma, a aprendizagem ocorre quando uma organização em consequência da forma como processa a informação alarga a amplitude dos seus possíveis comportamentos e/ou conhecimentos (Cunha et al., 2007).

Para que a aprendizagem ocorra, é necessário que as entidades organizacionais adquiram conhecimentos que sejam considerados úteis para a organização e que idealmente esses conhecimentos possam ser colocados em prática. A aprendizagem organizacional incorpora desta maneira uma dimensão cognitiva (aquisição de novo conhecimento) e uma dimensão comportamental (ajustamento à mudança) tornando-se assim num processo que consiste na aquisição de informação, utilização de informação, inovação e rotinização. (Cunha et al., 2007).

A formação torna-se assim essencial para o desenvolvimento das organizações, pois é uma abordagem sistemática para a aprendizagem e desenvolvimento com vista ao melhoramento quer individual quer coletivo da eficácia organizacional (Goldstein & Ford, 2002). Desta maneira o desenvolvimento refere-se a atividades conducentes à aquisição de novos conhecimentos ou habilidades com fim ao crescimento pessoal (Aguinis & Kraiger, 2009).

A formação pode e deve ser encarada pelas organizações como uma estratégia que permite o desenvolvimento dos seus colaboradores e uma ferramenta de gestão organizacional que deverá integrar as organizações numa ótica de desenvolvimento contínuo e não como um acontecimento isolado ou ocasional.

Este processo de formação profissional pode ser dividido em duas modalidades: a formação inicial ou a formação contínua. O primeiro tipo de formação destina-se a conferir uma qualificação profissional inicial e uma preparação para a vida adulta. Quando a formação profissional é contínua pode englobar intervenções subsequentes à formação inicial com vista a melhorar as competências dos envolvidos, atualizando conhecimentos. Em períodos de forte dinamismo e mudança, a formação contínua pode assumir um papel fundamental na divulgação e acessibilidade de novos conceitos. Porque tem como público-alvo os profissionais já ativos, esta modalidade formativa pode também contribuir para acelerar mudanças nas organizações, na medida em que intervém diretamente sobre os profissionais “presentes” (Cardim, 1999).

São cada vez mais as organizações que investem na formação dos seus colaboradores e que a consideram como uma mais-valia, uma vez que é vista como um meio que garante e traduz um efetivo aumento de competitividade através da redução das diferenças da qualificação de mão-de-obra relativamente à concorrência (Zwick, 2006).

Segundo Gomes et al., (2010) a formação é considerada uma condição muito importante para o bom desempenho nas empresas, de maneira a que estas se

possam ajustar às necessidades do meio envolvente, possam ter no mercado produtos competitivos e que os serviços prestados sejam mais eficazes e eficientes.

Assim é claro que a formação profissional é um procedimento de transmissão de conhecimentos através da exposição de temas para um grupo, por parte de um especialista (Gomes et al., 2010), com vista à aquisição de competências e conceitos de maneira a que como consequência possa existir um melhoramento do desempenho das organizações (Goldstein, 1980) por parte dos colaboradores, quer a nível individual, como de equipa, e eficácia organizacional (Aguinis & Kraiger, 2009).

Desta forma, Peretti (1994;2001) considera que o investimento na formação deve passar pela concretização de dois objetivos cruciais: o primeiro, que diz respeito ao facilitamento quanto à adaptação dos recursos humanos às alterações das condições de trabalho e mudanças estruturais e o segundo, que é relativo ao asseguramento do desenvolvimento organizacional adotando as inovações e alterações necessárias.

Quanto à eficácia organizacional esta pode ser concretizada assegurando-se o cumprimento dos seguintes objetivos de formação (Camara et al., 2001):

- Desenvolvimento das capacidades profissionais dos recursos humanos da organização para que seja possível contribuir eficazmente para o desenvolvimento da organização;
- Incremento nos colaboradores de comportamentos e atitudes que lhes permitam aumentar a eficiência e satisfação profissional;
- Facilitação na aquisição dos conhecimentos necessários ao desenvolvimento da carreira;
- Facilitação do desenvolvimento a nível pessoal dos indivíduos.

De uma maneira geral pode-se afirmar que o objetivo primordial da formação profissional é promover a mudança de comportamentos nos indivíduos de maneira a reforçar o desenvolvimento organizacional.

Importa também assinalar que a formação profissional se destina a obter resultados nas principais áreas do saber, nomeadamente o saber-saber, o saber-fazer e o saber-ser e estar (Cunha et al., 2007):

- saber-saber - Permite adquirir e melhorar conhecimentos gerais e específicos, necessários ao exercício da função, e capacidades cognitivas (conhecimento, memória, compreensão, análise/avaliação);

- saber-fazer - Permite adquirir e melhorar capacidades motoras e outras capacidades e competências para realizar o trabalho, nomeadamente, instrumentos, métodos e técnicas necessárias ao bom desempenho;

- saber-ser e estar - Permite adquirir e melhorar atitudes, comportamentos e modos de estar adequados à função e às necessidades da organização, nomeadamente, relacionamento interpessoal, gestão de conflitos, etc.

Por último, a formação profissional deve ser certificada para que seja assegurada a sua qualidade na prática profissional. Esta acreditação significa um reconhecimento de capacidades e competências para as entidades formadoras.

1.1.1. Fases do processo formativo

Segundo Meignant (1995/2003), a formação profissional no contexto organizacional não pode ser considerada como uma atividade isolada mas sim como um processo global de gestão e desenvolvimento que contribui para a eficiência dos recursos humanos.

Todo este processo de formação requer o desenvolvimento de objetivos estratégicos de maneira a que todas as necessidades sejam preenchidas, a mudança seja implementada e possa ser promovida a aprendizagem e a vantagem competitiva à organização (Gomes et al., 2010). Assim a nível estratégico a formação profissional pode considerar-se como um instrumento indispensável que beneficia as organizações ao nível da competitividade (Tannenbaum & Yukl, 1992).

Desta forma o ciclo formativo é desenvolvido de maneira a responder às necessidades da organização e dos seus colaboradores. Cunha et al. (2010) desenvolveram este ciclo de formação que é desdobrado em várias fases, que abordaremos de seguida:

- Identificação das necessidades de formação;
- Programação das atividades formativas;
- Execução das ações de formação;
- Avaliação do processo de formação.

1.1.1.1. Identificação das necessidades de formação

A primeira fase de identificação das necessidades de formação consiste em fazer o reconhecimento tanto individual como coletivo das carências, quer ao nível dos

conhecimentos, quer das capacidades, quer dos comportamentos (Tomás, Antunes, Campos, Silva & Sousa, 2001). Segundo Mitchell (1998, como citado em Caetano & Vala, 2002, p. 342) o diagnóstico de necessidades *“também designado por análise, levantamento ou definição das necessidades de formação pode ser muito simplesmente definido como uma verificação sistemática e organizada dos problemas que uma determinada organização tem e podem ser resolvidos através da formação”*.

O levantamento das necessidades da formação tem como objetivo determinar quais os problemas da organização que podem ser superados através da ação formativa (Cardim, 2009).

Goldstein (1993) define as necessidades de formação como uma relação entre conhecimento, competência e habilidades que um indivíduo deve ter, por forma a executar um trabalho efetivamente superior ao que detém atualmente. Assim, as necessidades de formação representam os conhecimentos, as competências e as habilidades que um indivíduo deve ter para executar um trabalho consideravelmente superior ao que desenvolve na atualidade.

São vários os fatores que podem dar origem às necessidades de formação. Alterações na organização devido a inovações tecnológicas, alterações no campo de competitividade ou mudanças económicas, sociais e políticas, mudanças estratégicas na organização e existência de problemas em várias áreas, podem ser alguns dos fatores que desencadeiam a necessidade de implementar uma ação de formação (Cunha et al., 2010). Por um lado, é necessário verificar indicadores organizacionais e de produção, tais como, absentismo, incumprimento dos prazos, baixa produtividade ou conflitos interpessoais. Por outro lado, é necessário considerar aspetos relacionados com decisões estratégicas que podem requerer formação, tais como, novas tecnologias, mudanças organizacionais, novos produtos e serviços (Cunha et al., 2010).

Os problemas nas organizações podem ocorrer devido a várias causas de natureza individual, organizacional e do meio envolvente. A nível individual podem identificar-se problemas no desempenho das funções e desta maneira é imprescindível a identificação das necessidades de cada indivíduo para que sejam ultrapassadas todas as lacunas. Para a organização as necessidades da formação podem ter origem nos indicadores de produtividade, introdução de novas tecnologias e indicadores de satisfação dos clientes, entre outras razões. O posicionamento da organização no meio envolvente pode também ser um fator de mudança que submeta à necessidade de formação para o desenvolvimento de novas competências ou das já

existentes como meio de adaptação ou como efeito da própria orientação estratégica da organização.

O diagnóstico das necessidades de formação é o ponto de partida para a realização da formação que deve incluir uma antecipação das necessidades futuras bem como a identificação de dique a realização da formação seja bem-sucedida é necessário que seja assegurada a adequação do programa à organização que o pretende dinamizar, a qualidades do material apresentado para facilitar a execução da formação, a cooperação entre as entidades responsáveis da organização, a qualidade do formador e a motivação e qualidade dos formandos (Gomes et al., 2010).

Esta é a fase de programação e planeamento da formação (Barata & Alves, 2005) e inclui a conceção e planeamento das ações que devem ser tomadas para intervir ao nível das lacunas identificadas nas competências dos formandos e ainda a definição dos critérios de avaliação dos resultados da formação e monitorização dos processos de formação.

1.1.1.3. Execução das ações de formação

A eficácia da execução da formação depende não só das qualidades da fase antecedente como também da própria avaliação. Esta é uma fase que depende de um conjunto de métodos e de técnicas que tem como fim facilitar o adquirir de conhecimentos, a aprendizagem do saber-fazer, o desenvolvimento pessoal e a evolução dos comportamentos (Meignant, 1995/2003).

Noe, Hollenbeck, Gerhart e Wright (2006) advogam que os métodos de formação podem ser classificados em três grupos: expositivos, ativos e grupais.

Os primeiros são mais centrados nos conteúdos e relaciona-se muito com a transmissão oral pelo formador da informação e dos conhecimentos em que a participação do formando é mínima. O modo como a formação está organizada é da inteira responsabilidade do formador (Pinheiro & Ramos, 2005) e os formandos são apenas recetáculos da informação (Velada, 2007).

Os métodos ativos implicam a globalidade da pessoa na aprendizagem, tanto a nível intelectual, como afetivo e emocional (Meignant, 1995/2003). Para que isto aconteça os formandos têm de se mostrar disponíveis.

Por último, os métodos grupais caracterizam-se pela partilha de ideias e de experiências com vista a melhorar a eficácia do grupo (Velada, 2007). Aqui são

aplicadas várias técnicas com o fim de auxiliar na melhoria do desempenho enquanto grupo, desenvolvendo-se uma nova equipa e melhorando as interações.

Em suma, a decisão sobre qual o melhor método a utilizar para a execução da formação depende do efeito de aprendizagem que se pretende alcançar (Noe et al., 2006).

1.1.1.4. Avaliação do processo de formação

Apesar da aposta na formação, a eficácia da mesma raramente é examinada. Mesmo que muitas vezes seja dito que a formação é útil, não há garantia que esta tenha um impacto ao nível da mudança de comportamento (Ziarnik & Bernstein, 1984).

Avaliar a eficácia da formação é a última fase do ciclo formativo e caracteriza-se por ser um processo que pretende, por um lado, a recolha de dados e, por outro, a análise exaustiva de todo o processo, com o objetivo de identificar a eficiência, pertinência e resultados na dinâmica organizacional. Pode ser definida como uma investigação que tem como objetivo verificar se uma dada intervenção formativa resultou em alterações efetivas nos formandos (Aguinis & Kraiger, 2009).

A avaliação a eficácia de um determinado programa de formação consiste, em última análise, em determinar se esse programa produziu os resultados esperados, ou seja, se contribuiu para que os participantes adquirissem as competências necessárias e adotassem os comportamentos exigidos de maneira a atingirem os objetivos previamente fixados.

Trata-se de uma perspetiva externa que vai muito mais longe do que uma avaliação puramente “interna”, em que nos limitamos a tentar determinar “se a formação correu bem”. Contudo, se a formação não tiver “corrido bem”, é pouco provável que os participantes tenham adquirido as competências previstas e, sem elas, os objetivos propostos terão ficado por atingir. No entanto, caso a ação de formação tenha desencadeado mudança ou uma melhoria no desempenho das funções dos formandos, pode-se declarar que atingiu o funcionamento da organização (Caetano, 2007).

De acordo com o Instituto para a Qualidade e Formação (2004), a avaliação deve ser considerada uma estratégia que tem três grandes funções:

- regulação do processo de formação;
- mediação de resultados;
- desenvolvimento e melhoria contínua.

Nesta etapa, avaliam-se os resultados alcançados de maneira a fazer os ajustamentos necessários, permitindo fazer-se uma reflexão sobre todos os momentos e fatores que afetam este processo da formação. Além disto, a avaliação da formação também pretende identificar em que medida os objetivos foram alcançados e ainda em que medida as aprendizagens alcançadas resultam numa melhoria para a organização.

Por isso, a formação deve ser avaliada a vários níveis, pois cada um fornece informação relevante para diagnosticar os problemas que podem estar a impedi-la de atingir o seu derradeiro objetivo: o contributo para a melhoria do negócio. No entanto, essa avaliação deve ter sempre por base um modelo que a possa sustentar.

1.1.1.4.1. Modelo de avaliação de Kirkpatrick

A necessidade de conduzir a avaliação da formação em vários níveis para conseguir um diagnóstico exaustivo dos problemas que podem afetá-la, foi abordada pelo Prof. Donald Kirkpatrick, da Universidade de Wisconsin, num artigo publicado em 1959 (Kirkpatrick, 1959). Segundo este autor, a avaliação efetiva da ação de formação começa antes mesmo do início do programa.

Em primeiro lugar importa começar por definir quais os resultados que se deseja obter e, em seguida, determinar qual o comportamento adequado para que estes se realizem. Logo a seguir é necessário que se determine as atitudes, competências e conhecimentos que também podem trazer a realização do comportamento desejado. O desafio final é que os formandos não só aprendam aquilo que foi explicado na ação de formação, como também fiquem satisfeitos em relação à realização da mesma.

Este modelo preconiza quatro níveis de avaliação organizados sequencialmente numa relação causa-efeito. À medida que progredimos do nível I para o nível IV, a avaliação vai fornecendo informações mais importantes, mas ao mesmo tempo torna-se mais complexa e exige mais tempo e recursos. Para aumentar a dificuldade, não podemos saltar sobre um ou mais níveis de avaliação para nos focalizarmos apenas naquele que nos interessa, sob pena de não compreendermos as causas dos problemas que venhamos a identificar neste último nível (Kirkpatrick & Kirkpatrick, 2009).

O primeiro nível, reação, avalia até que ponto os participantes reagem favoravelmente à aprendizagem da ação de formação e tem em conta a perceção dos formandos acerca da mesma. Pretende-se rever as expetativas dos participantes, a

adequação dos métodos usados e da prestação do formador. Para tal podem ser usados questionários de satisfação (Kirkpatrick & Kirkpatrick, 2009).

Aprendizagem, o segundo nível, vai muito para além da satisfação dos formandos e avalia até que ponto os participantes adquirem o conhecimento pretendido e alcançam as competências e atitudes derivadas da ação de formação. Podem ser utilizados testes orais e escritos, demonstrações, *roleplays* com o formador, análise e resolução de problemas para realizar a avaliação deste nível (Kirkpatrick & Kirkpatrick, 2009).

Comportamento, o terceiro nível, avalia até que ponto as pessoas aplicam na prática profissional os conhecimentos que adquiriram na ação de formação. A falta de recursos, tecnologia ultrapassada, chefia conservadora e cultura de aversão ao risco podem ser entraves para a eficácia deste nível de avaliação. Para avaliá-lo podem utilizar-se inquéritos ex-post, entrevistas, demonstrações ou *roleplays*, observação por terceiros, ou avaliação formal do desempenho (Kirkpatrick & Kirkpatrick, 2009).

E por fim, o último nível de avaliação, resultados, avalia em que medida os resultados conseguidos ocorrem subsequentemente à ação de formação (Smidt, Balandin, Sigafos & Reed, 2009). Esta é a informação que o resto da organização precisa e pode ser avaliada por recorrência ao uso de indicadores de negócio, como produtividade, aumento de proveitos, redução de falhas ou satisfação/retenção de clientes (Kirkpatrick & Kirkpatrick, 2009).

1.1.2. Transferência da formação

Depois de definidos todos os passos ou fases da ação de formação é importante perceber como ocorre a transferência dos conteúdos aprendidos.

A formação é vista como um investimento dispendioso (Cheng & Ho, 2001) e perceber se existe ou não transferência das aprendizagens adquiridas na formação para o desempenho das funções, em contexto real de trabalho torna-se assim essencial para as organizações.

Para as organizações que investem na formação dos seus trabalhadores, é importante saber se as ações atingem os objetivos previstos, até que ponto transferem para o desempenho das funções aquilo que aprenderam na formação e, em última instância, até que ponto a formação contribuiu efetivamente para melhorar o desempenho profissional, mas também para aumentar a produtividade da

organização. Não menos importante será identificar quais os fatores que podem facilitar ou impedir a aplicação das aprendizagens efetivadas.

De acordo com Baldwin e Ford (1988) o que se verifica em grande parte das vezes é que os formandos após frequência de ações de formação e de volta ao trabalho, não aplicam nenhuma das aprendizagens efetivadas, apesar de na avaliação das reações se pronunciarem de forma positiva.

Apenas quando as aprendizagens adquiridas são generalizadas ao contexto de trabalho durante um período de tempo contínuo é que se pode dizer que houve de fato transferência dos conteúdos aprendidos durante a ação de formação (Baldwin & Ford, 1998).

Segundo Xiao (1996), a transferência pode ser definida como a aplicação de conhecimentos, habilidades e atitudes aprendidas e posterior manutenção das mesmas ao longo de um determinado período de tempo

A avaliação da transferência das aprendizagens muitas vezes não ocorre por falta de meios para avaliar o antes, o durante e o depois. Esta questão está relacionada com questões de configuração das organizações que não conseguem obter uma avaliação (Caetano, 2007).

Para Holton (1996), a aprendizagem dos trabalhadores, a melhoria do desempenho individual e dos resultados organizacionais devem constituir o foco principal da atividade formativa. Assim, a transferência das aprendizagens sofre influência de quatro grandes categorias de fatores:

- características dos formandos nomeadamente, aptidões e/ou habilidades bem como fatores de personalidade;
- design da formação, que inclui as características e conteúdos da formação e a integração de princípios pedagógicos para a aprendizagem;
- motivação e prontidão para aprender e motivação para transferir as aprendizagens;
- características do posto de trabalho ou clima de transferência que incluem aspetos como a supervisão, apoio dos pares, clima organizacional, constrangimentos e oportunidades para aplicar no desempenho das funções as aprendizagens efetuadas.

Torna-se claro então que, quando existe uma transferência das aprendizagens para o contexto real do local de trabalho, existem benefícios, não só para as organizações, como para o próprio indivíduo e até mesmo a sociedade e é esse o ponto que deve ser agora focado.

1.1.3. Benefícios da formação

Quando bem-sucedida, a ação de formação traz claros benefícios para as organizações, promovendo desenvolvimento e crescimento.

Aguinis e Kraiger (2009) reconheceram que a formação nas organizações produz benefícios claros para os indivíduos e para as equipas, organizações e sociedade.

Os benefícios para os indivíduos e equipas estão diretamente relacionados com o desempenho no trabalho e com fatores relacionados com esse desempenho como, por exemplo, o desenvolvimento de competências técnicas, comunicação, auto-eficácia e inovação (Aguinis & Kraiger, 2009). Relativamente aos benefícios para as organizações, estes autores também os diferenciam; por um lado identificaram fatores relacionados com o desempenho organizacional como, por exemplo, eficácia, rentabilidade e vendas; por outro, identificaram fatores relacionados com a satisfação dos seus colaboradores e clientes, como a melhoria da sua reputação organizacional.

Quando os benefícios começam a surgir começa a ser clara a importância das ações de formação para colmatar algumas lacunas existentes.

Assim, e dado o foco desta dissertação incidir na avaliação de uma ação de formação acerca da comunicação em contexto de saúde importa caracterizar um pouco mais este tema.

1.2. Comunicação em saúde

Anzieu e Martin (1968/1971) definem a comunicação como um conjunto dos processos físicos e psicológicos através dos quais se operacionaliza a relação (interação) de uma ou de várias pessoas (emissores), com outras pessoas (recetores) com o intuito de atingir determinadas metas.

Todos nós comunicamos, seja de forma verbal ou não, intencionalmente ou não (Rego, 2013). Isso acontece inevitavelmente e em várias áreas da nossa vida. Comunicar é, portanto, uma característica inata da condição humana, fundamental para o desenvolvimento humano e uma condição essencial da vida social e indubitavelmente da vida organizacional.

A comunicação é encarada como a base de toda a interação humana, assumindo assim um papel de extrema importância nas organizações. A comunicação nas organizações contribui para a satisfação, o empenho e o desempenho dos

indivíduos, tal como para a eficácia do trabalho por estes desenvolvidos. É então evidente que a comunicação é essencial para a prestação de qualquer serviço, seja ele de que natureza for, assim como por qualquer profissional (Buckley, 2012 as cited in Rego, 2013),

Desta forma, a área da saúde não é exceção. A forma como os profissionais comunicam, afeta a forma como se relacionam com as outras pessoas (Rego, 2013). Mais concretamente, a forma como os profissionais de saúde comunicam com os doentes, afeta a qualidade da relação que com eles estabelecem. Através da comunicação, os profissionais constroem laços de cooperação, estabelecem o nível de ajuda que disponibilizam e que recebem em consequência, incentivam a partilha de informação e promovem a abertura comunicacional, esperando-se assim que os indivíduos desenvolvam atitudes e comportamentos correspondentes e desejados (Rego, 2013).

Os problemas de comunicação que podem ocorrer nos serviços de saúde podem ser analisados em quatro aspetos diferentes (Teixeira, 1996):

- na transmissão da informação (devido a informação insuficiente, imprecisa ou ambígua, informação excessivamente técnica, tempo escasso dedicado à informação e inadequação da mensagens preventivas);
- nas atitudes em relação à comunicação (devido ao encorajamento escasso de perguntas, evitamento de dados, sobre situações pessoais, familiares ou profissionais, negligência das vivências da doença e estilo autoritário na comunicação que pode influenciar);
- na comunicação afetiva (pelo distanciamento afetivo, desinteresse em relação a preocupações ou expectativas, escassa transmissão de segurança a nível emocional e dificuldade em criar empatia);
- na análise do pedido de consulta (devido à dificuldade na identificação de pedidos relacionados com crises pessoais, problemas de adaptação ou psicopatologia e focalização no primeiro problema apresentado).

De uma maneira geral, a comunicação pode ser considerada indispensável e quando bem estruturada pode colmatar algumas falhas.

Ainda que seja frequente ouvir-se dizer, nomeadamente nos serviços de saúde, que não existe comunicação entre profissionais e doentes, ou que existe falta de comunicação, Watzalanwick (2001) afirma que esta é omnipresente, e como tal é impossível não comunicar.

1.2.1. A comunicação em radiologia

Nos últimos anos, a Radiologia, tornou-se num alicerce fundamental e transversal à prática médica atual. As Unidades de Radiologia devem responder não só às necessidades dos equipamentos, como também à dos recursos humanos que os utilizam e dos doentes, os principais beneficiários desta prática médica e que têm todo o direito de usufruir de um serviço de qualidade (Manual de Boas Práticas em Radiologia, 2012).

A Ressonância Magnética é uma técnica de Radiologia tomográfica capaz de produzir imagens de características internas físicas e químicas de um dado corpo através da medição externa dos sinais de ressonância magnética. Com recurso a um scanner de RM é possível obter conjuntos de dados ou imagens multidimensionais representativas da distribuição espacial de uma dada medida de quantidade física. É possível gerar imagens seccionadas de 2 dimensões (2D) com qualquer orientação, imagens volumétricas 3D e até imagens 4D das distribuições espaço-espectral ou espaço-temporal. Outra particularidade desta tecnologia está na natureza dos sinais utilizados para formar as imagens uma vez que, ao contrário das outras tecnologias, não necessita de recorrer a partículas com radiação para gerar os sinais captados (Landini, Positano & Santarelli, 2005).

Durante a aquisição de dados de imagens, os gradientes são ligados e desligados, o que cria um ruído muito alto, equiparado ao barulho de “marteladas”. Essa informação deve ser explicada ao paciente pelo técnico, de maneira a minimizar os riscos de suspensão do exame.

São os Técnicos de Radiologia que executam muitos dos exames complementares de diagnóstico pela imagem, incluindo os de Ressonância Magnética. Estes devem ter qualificação obrigatória para o exercício da sua profissão segundo a legislação em vigor, manter uma prática de aperfeiçoamento técnico e formação contínua na sua área de trabalho de modo a corresponder a um nível de qualidade de serviços sempre mais elevado e atuar sempre segundo os princípios de ética e deontologia da sua profissão (Manual de Boas Práticas em Radiologia, 2012).

O técnico de Radiologia deve ter alguns cuidados essenciais na relação técnico-paciente durante a sua prática: explicar ao doente que vai acontecer, explicar se irá sentir dor ou não, perguntar se se sente confortável, explicar o que o pessoal médico irá fazer, caso seja necessário, explicar como doente deverá comportar-se

durante o exame, dar informações acerca dos tempos de duração do exame, dar informações de quem será a pessoa ou as pessoas que olharão por ele durante o processo, informar acerca dos riscos do procedimento, perguntar se consente a possível aplicação de medicação intravenosa, nomeadamente o contraste, informar a possibilidade de regressar ao trabalho após a realização do exame, perguntar se se sente bem para iniciar o exame e questionar acerca de eventuais dúvidas e esclarecê-las (Manual de Boas Práticas em Radiologia, 2012).

Desta maneira, as ciências radiológicas necessitam, da parte dos seus profissionais, não somente de uma sólida formação técnica de base, mas também de uma atualização permanente dos conhecimentos, incidindo nas capacidades comunicacionais, de forma a elevar os padrões de excelência profissional, de maneira a que se possa dar máxima qualidade ao exame executado, tendo em conta o doente.

Neste sentido o processo formativo reveste-se, para a organização, de um papel extremamente interessante no que concerne à aprendizagem. A aprendizagem ocorre quando uma organização, em consequência da forma como processa a informação, alarga a amplitude dos seus possíveis comportamentos e/ou conhecimentos. Desta maneira, a aprendizagem organizacional é “a capacidade de uma organização processar conhecimento – em outras palavras criar, adquirir, transferir e integrar conhecimento, e modificar o seu comportamento para refletir a nova situação cognitiva, tendo em vista a melhoria do seu desempenho” (Jerez-Gomez, Céspedes-Lorente & Valle-Cabrera, 2005, as cited in Cunha et al., 2010).

1.3. Formulação do problema

Como já mencionado na revisão de literatura, são cada vez mais os desafios impostos às organizações de saúde e para que ocorra uma adequada adaptação a esses desafios é necessário que se implementem determinadas estratégias que passem pela qualificação dos recursos humanos, na medida em que, com o adquirir de competências comunicacionais os técnicos de saúde possam melhorar a qualidade da relação que estabelecem com o paciente. Estas competências comunicacionais estão intimamente ligadas ao nível da linguagem do técnico e postura perante as necessidades do paciente e quando devidamente adquiridas potenciam maiores comportamentos colaborativos e maior bem-estar.

A ação de formação surge neste estudo como uma estratégia que permite desenvolver nos técnicos de saúde, que realizam ressonâncias magnéticas,

competências ao nível da comunicação de maneira a melhorar a relação técnico/paciente. Para tal, pretende-se que os técnicos de saúde aumentem as suas capacidades, tanto a nível pessoal, como profissional, adquirindo novas técnicas e modificando atitudes.

Para que isso aconteça, esta formação teve como conteúdos pragmáticos: 1) o utente no exame complementar de diagnóstico (características do equipamento de RM potenciadoras de mal-estar no utente e expectativas e atitudes do utente face ao exame de RM), 2) comunicação (comunicação em saúde e efetiva, qualidades comunicacionais, nomeadamente empatia, escuta ativa, feedback construtivo e assertividade, os gestos utilizados na comunicação e expressões faciais) e 3) treino integrado de competências comunicacionais (roleplay e discussão de casos).

É de extrema relevância que os técnicos de saúde percebam o desconforto que o exame de RM pode causar no paciente, não só pelo barulho, pela dimensão do equipamento. Além disto, os técnicos de saúde devem perceber que a maneira como se relacionam com o paciente pode alterar toda a dinâmica do exame de RM, na medida em que pode gerar exames mais conclusivos ou menor número de desistências, e isso está relacionado com a ansiedade dos pacientes. Por fim, depois de adquiridos todos os conhecimentos teóricos, é importante que estes sejam treinados e avaliados em termos práticos para concluir se existiu aprendizagem.

Posto isto, para este estudo foi definido como objetivo geral, avaliar o efeito de um programa de formação em desenvolvimento de competências relacionais nos técnicos de saúde de um hospital, através do modelo de avaliação de Kirkpatrick. Pretende-se conhecer o efeito de uma formação na prática profissional de técnicos de saúde, bem como avaliar o seu impacto na ansiedade dos doentes sujeitos a exame de RM.

Com o objetivo de clarificar a compreensão da investigação, esta foi dividida em dois estudos. O primeiro aborda os níveis I, II, III de avaliação do modelo de Kirkpatrick (centrado nos técnicos de saúde) e o segundo aborda o nível IV (centrado nos doentes).

Para o primeiro estudo as hipóteses formuladas são:

Hipótese 1: os técnicos de saúde reportam um elevado nível de satisfação com a ação de formação.

Hipótese 2: os técnicos de saúde adquiriram e desenvolveram conhecimentos e competências abordados na ação de formação.

Hipótese 3: os técnicos de saúde desenvolveram as suas competências relacionais aplicando-as regularmente na prática profissional.

Para o segundo estudo a hipótese formulada é a seguinte:

Hipótese 1: Após a realização da RM, os níveis de ansiedade nos doentes que realizaram RM antes de os técnicos terem participado na ação de formação são superiores aos níveis de ansiedade dos doentes que realizaram a RM depois dos técnicos terem participado na ação de formação.

Estudos Empíricos

Estudo 1

O estudo 1 é um estudo de design quasi-experimental (Campbell & Stanley, 1966) que apresenta um estudo único com um grupo único e dois momentos de observação.

Depois de formuladas as hipóteses com base num conjunto de conhecimentos teóricos prévios, segue-se a sua testagem e discussão.

2. Método

Segundo o descrito na revisão teórica, a eficácia da formação profissional contribui para que colaboradores das organizações adquiram as competências necessárias e adotem os comportamentos exigidos para atingir objetivos previamente definidos.

Como mencionado inicialmente, este estudo pretende analisar a eficácia de uma ação de formação segundo o modelo de Kirkpatrick (1959) e vai abordar os níveis I, II, III de avaliação do modelo de Kirkpatrick (centrado nos técnicos de saúde).

2.1. Participantes

Recorreu-se a uma amostragem não probabilística de conveniência (Garson, 2012) composta pelos técnicos de radiologia de um serviço hospitalar que está integrado na rede do Serviço Nacional de Saúde (S.N.S.). Este hospital rege-se pelos valores do respeito pela dignidade e direitos dos cidadãos, pela excelência técnica, pela cultura da melhor gestão, pelo respeito pelas normas ambientais, pela promoção da qualidade, pela ética, integridade e transparência, pela motivação e pelo trabalho de equipa (informação retirada do site do hospital em questão).

O único requisito exigido para integrar a amostra foi ser funcionário deste hospital e realizar exames de RM (uma vez que nem todos os técnicos afetos a este serviço realizam este tipo de exame). Inicialmente este estudo contou com a colaboração de 7 técnicos, no entanto foram excluídos 3 que se encontravam com baixa médica durante a ação de formação e no período subsequente de recolha de dados. Desta forma, o estudo 1 contou com a colaboração de 4 participantes, que

realizaram um total de 64 exames de RM antes da ação de formação e 61 exames de RM depois da ação de formação.

Os técnicos que integram a amostra são maioritariamente do género feminino, sendo que apenas 1 é do género masculino. São todos de nacionalidade portuguesa e as suas habilitações literárias é a licenciatura em Radiologia. Relativamente à idade, a faixa etária dos participantes é compreendida entre os 32 e os 47 anos, sendo que a média de idade é 37 anos ($M=37$).

Importa ainda referir que o número mínimo de anos de serviço é de 8 e o máximo é de 25, sendo que, desta maneira, a média se aproxima dos 15 anos ($M=14,50$).

2.2. Instrumentos

De acordo com o que se encontra apresentado na revisão da literatura, e tendo em conta o objetivo principal deste estudo, procurou-se medir a eficácia de uma ação de formação com base no modelo de avaliação da formação de Kirkpatrick (1959). Houve por isso necessidade de definir os instrumentos de medida para cada um dos três níveis avaliados no primeiro estudo.

- Inquérito de satisfação

Para medir o Nível I – Reação, foi utilizado o inquérito de satisfação desenvolvido pelo Serviço de Formação do hospital onde foi realizado este estudo. Este serviço de formação é uma entidade formativa acreditada por despacho do Ministro da Saúde. O referido inquérito tem como objetivo medir a satisfação dos formandos relativamente a 3 conjuntos de questões relacionadas com a formação. O primeiro conjunto de respostas diz respeito aos conteúdos programáticos tratados (contém 8 itens), o segundo ao funcionamento da ação (contém 6 itens) e, por último, o terceiro, está relacionado com a atuação do formador (contém 11 itens). Cada item consiste numa frase, que pretende avaliar o que pensam ou sentem os formandos acerca da formação e a forma como reagiram. Para cada frase existem seis possibilidades de resposta, apresentadas numa escala tipo *Likert* com 1 a 6 níveis de satisfação: (1) “nada”, (2) “muito pouco”, (3) “pouco”, (4) “suficiente”, (5) “bastante” e (6) “totalmente”.

- Avaliação qualitativa do formador

Para medir o Nível II – Aprendizagem, foi levada a cabo uma avaliação qualitativa pelo formador, das aprendizagens realizadas pelos formandos com a ação de formação. Esta avaliação foi feita por recurso a uma *checklist*, construída a partir dos conteúdos previamente ensinados e treinados na ação de formação (ex. exploração da perceção do doente, empatia, escuta ativa, comunicação não-verbal, assertividade, partilha de conhecimento). Teve lugar logo após a formação em sala, tendo para o efeito, o formador acompanhado individualmente cada formando no seu posto de trabalho. Esta avaliação foi classificada recorrendo a cinco níveis: (1) muito insuficiente, (2) insuficiente, (3) suficiente, (4) bom e (5) muito bom.

- Grelha de observação

Para medir o Nível III – Comportamento, foi utilizada uma grelha de observação construída no âmbito do projeto de investigação (Leitão, 2015), que permitiu fazer o registo dos comportamentos dos Técnicos de Radiologia antes e depois da ação de formação (anexo 1). Esta é uma escala nominal dicotómica dividida por seis grupos de itens representativos de todo o processo que acompanha a realização da RM, desde o acolhimento do sujeito à sua chegada, até à sua saída do Serviço de Radiologia: acolhimento/apresentação, explicação do exame, início do exame, interrupções no decurso do exame, pós-exame e características da comunicação ao longo de todo o processo.

O primeiro grupo, que representa o acolhimento do técnico, conta com o item “apresentou-se/cumprimentou o doente?”; o segundo grupo de itens corresponde ao momento em que o doente é informado sobre as características do exame que irá realizar (ex. “explica o exame passo a passo (o que vai acontecer)?”); o terceiro grupo de itens abrange aspetos de caracterização do processo de comunicação, sempre que ocorre interação entre o técnico e o doente (ex. “adequa a linguagem às características do doente?”); o quarto grupo de itens caracteriza o momento que antecede o início do exame e abrange o período em que o doente é posicionado no aparelho de RM (ex. “confirmou posicionamento e conforto do doente?”); o quinto grupo de itens analisa as interrupções ou desistências que possam existir no decorrer do exame e os motivos para tal (ex. “há interrupções por parte do doente?”); e por fim, o último grupo foca-se no momento que sucede a realização do exame (ex. “após o exame, o técnico foi ter

com o doente?”). Os comportamentos observados foram assinalados na grelha com “sim” e “não” de acordo com os comportamentos (presentes ou ausentes) dos técnicos.

2.3. Procedimento

Para Fortin (1999) “é importante tomar todas as disposições necessárias para proteger os direitos e liberdades das pessoas que participam nas investigações”. Este pressuposto foi rigorosamente cumprido neste estudo e por isso mesmo, foram garantidos o respeito e a privacidade de todos os envolvidos em todos os momentos.

Como já referido anteriormente, este é um tema que pouco tem sido explorado em Portugal. O presente estudo faz parte de um projeto em curso que resulta da colaboração de dois investigadores, um docente da Universidade de Évora e um médico radiologista do Hospital onde foi realizada a recolha de dados. Desta maneira, é um projeto que cumpre todos os princípios Éticos e Deontológicos necessários a uma investigação, tendo tido autorização prévia da Comissão de Ética do Hospital e da Comissão de Ética da Universidade de Évora.

A observação e recolha de dados constituíram um processo bastante moroso devido à duração média de cada exame, que ronda os 50 minutos (desde a preparação do doente até ao fim do exame). Cada exame realizado a um doente representa um ensaio clínico do técnico, ou seja, é uma unidade de análise do comportamento do técnico. O número de ensaios clínicos realizados por cada técnico encontra-se expresso atrás, na tabela 1 da secção Participantes. O estudo realizado com os técnicos de radiologia teve como objetivo analisar e caraterizar a comunicação e a relação estabelecida entre estes e os doentes submetidos a RM. Para que a presença do investigador não condicionasse o comportamento dos técnicos, estes foram informados de que a observação se destinava a avaliar a ansiedade dos doentes durante a realização dos exames de RM.

Este estudo é composto por um grupo único e dividiu-se em duas fases de observação: uma antes da realização da ação de formação e outra depois da realização da ação de formação. Quando se considerou estar reunida a amostra necessária de ensaios clínicos dos técnicos (n=99), deu-se por finalizada a primeira fase de recolha de dados e foi levada a cabo a ação de formação.

Durante a ação de formação, foi dito aos participantes que, decorrente da observação feita aos doentes e da literatura revista sobre ansiedade em contextos

clínicos, os investigadores tinham tido a perceção teórica e empírica da importância de uma comunicação eficaz com os doentes. Em consequência disso, teria sido decidida a realização da ação de formação, cujo objetivo era o desenvolvimento de competências de relação e de comunicação. Foram então também informados que, após a formação, os doentes continuariam a ser alvo de observação para compreender se, na presença de uma maior interação e explicação do exame, a sua ansiedade viria a reduzir. Assim, em todas as explicações dadas, o foco foi sempre colocado no doente, sem nunca omitir, mas também sem nunca destacar, que a avaliação dos mesmos seria decorrente da mudança do comportamento dos técnicos.

A segunda fase da recolha de dados foi levada a cabo após a realização da formação.

Finalizada essa recolha, os mesmos foram codificados e posteriormente analisados com a ajuda do software *PAWS Statistics 22.0 (SPSS)*.

3. Resultados

Recorreu-se ao método do consenso entre juizes (Weiss & Shantel, 2004) com reflexão falada entre um médico de radiologia do serviço hospitalar e quatro especialistas em psicologia. Foram feitas 20 observações em conjunto, com vista ao cálculo do consenso entre juizes. Este, foi calculado através da técnica estatística do Kappa de Cohen. Obtiveram-se os seguintes valores: entre o juiz 1 e o juiz 2 um $K=.905$; entre o juiz 1 e o juiz 3 um $K=.904$; entre o juiz 2 e o juiz 3 um $K=.925$. O valor do Kappa de Cohen (Landis & Koch, 1995 as cited in Stemler, 2001) entre o juiz 1 e o juiz 2 é excelente, entre o juiz 1 e o juiz 3 é excelente, e entre o juiz 2 e juiz 3 é igualmente excelente.

Para testar a **primeira hipótese** optou-se por realizar uma análise descritiva das respostas dos participantes ao questionário de satisfação com a ação de formação. Este questionário é pertença do gabinete de formação do hospital, que o utiliza como medida de avaliação da satisfação em todas as ações que promove. Pretende-se pois, conhecer as avaliações levadas a cabo pelos técnicos, de maneira a comprovar qual o seu grau de satisfação com a ação de formação.

Na tabela 1 são apresentados os valores agrupados para cada conjunto de itens (conteúdos programáticos tratados, 8 itens; funcionamento da ação, 6 itens; atuação do formador, 11 itens). Para uma amostra de 4 ($n=4$), verificou-se que para o

primeiro conjunto de itens (conteúdos pragmáticos tratados) as respostas variaram entre 5 e 6, sendo a média de respostas 5,53 ($M=5,53$; $dp=.36$), para o segundo nível (funcionamento da ação) o mínimo de pontuação é 5 e o máximo 6, sendo a média de respostas 6 ($M=5,58$; $dp=.35$) e por último para o terceiro nível (atuação do formador) o mínimo de pontuação é 5 e o máximo 6, obtendo-se uma média de 6 ($M=5,86$; $dp=.17$)

Pode-se ainda verificar que os itens que tiveram pontuação mais baixa foram o item 7 “adequação da duração do curso aos objetivos” (conteúdos pragmáticos tratados) com pontuação mínima de 4 ($dp=.96$) e o item 3 “apoio técnico-administrativo” (funcionamento da ação) com a pontuação mínima de 4 ($dp=.96$). No anexo 2, encontra-se uma tabela com os valores médios de cada um dos itens e os valores mínimos e máximos atribuídos a cada item.

Para a totalidade dos 25 itens avaliados, em 17 observou-se uma moda de 6 (totalmente satisfeito), em 7 dos itens a moda foi 5 (bastante satisfeito) e para 1 dos itens a moda foi 4 (suficientemente satisfeito). Face aos resultados apresentados podemos afirmar que os participantes apresentam elevada satisfação com a ação de formação confirmando-se assim a hipótese 1. Este resultado permite afirmar que é validada a eficácia da ação de formação no que respeita ao nível I do modelo de Kirkpatrick.

Tabela 1

Estatística Descritiva das categorias do questionário de avaliação do nível I do modelo de Kirkpatrick

	N	Mínimo	Máximo	Média	Desvio-padrão
Conteúdo	4	4	6	5,53	,35
Funcionamento	4	4	6	5,58	,34
Formador	4	5	6	5,86	,17

Para avaliar o segundo nível do modelo de avaliação (**hipótese 2**), o formador realizou uma avaliação das aprendizagens, através da observação e registo em *checklist* dos comportamentos exibidos no *follow-up* individual da ação de formação. Face à totalidade dos comportamentos observados, três dos técnicos foram avaliados

com “muito bom” (5) e um foi avaliado com “bom” (4). Perante estes resultados pode-se afirmar que os técnicos de saúde submetidos à ação de formação adquiriram e desenvolveram conhecimentos e competências abordados na ação de formação, confirmando-se assim a hipótese 2. Esta avaliação permite validar a eficácia da ação de formação no que respeita ao nível II do modelo de Kirkpatrick.

Para testar a **hipótese 3** começou por se agrupar as variáveis mediante reflexão falada, por consenso dos investigadores, face ao conteúdo dos itens. Por exemplo, todos os aspetos que diziam respeito à forma de comunicar, englobaram uma categoria acerca da comunicação entre o técnico e doente. O objetivo foi agrupar todos os itens pelo seu sentido/contéudo (anexo 3). Assim, a variável “acolhimento/apresentação” manteve 1 item, a variável “explicação do exame” agregou 10 itens, a variável “Comunicação” agregou 10 itens, a variável “início do exame” agregou 3 itens, a variável “interrupções no início do exame” agregou 2 itens e a variável “após o exame” agregou 4 itens. Seguidamente, as frequências absolutas dos comportamentos dos técnicos foram transformadas em frequências relativas (percentagens), após o que, foi calculada a média por categoria e a média global.

Em termos de procedimento de análise dos dados, optou-se pela ANOVA de medições repetidas mista, pois este é um teste muito robusto e controla possíveis fontes de variabilidade que podem mascarar o efeito da formação devido à amostra ser de tamanho reduzido. Ainda que o pressuposto da normalidade não tenha sido assegurado (anexo 4), foi possível utilizar uma ANOVA, pois é um teste robusto aos erros de Tipo I e II na decisão estatística, mesmo em amostras de pequena dimensão (Anderson, 2001).

A tabela 2 apresenta a estatística descritiva da comunicação global e das diferentes categorias que a compõem.

Tabela 2*Estatística Descritiva das Categorias observadas antes e depois da formação*

	N	Média	Desvio- Padrão
Comunicação Global Antes	4	20,68	20,27
Comunicação Global Depois	4	53,03	14,46
Acolhimento Antes	4	28,21	30,11
Acolhimento Depois	4	77,47	20,86
Comunicação Antes	4	26,56	27,52
Comunicação Depois	4	37,31	9,88
Explicação Antes	4	17,50	17,38
Explicação Depois	4	47,99	16,19
Início Exame Antes	4	22,47	19,56
Início Exame Depois	4	67,25	22,75
Após Exame Antes	4	13,79	20,44
Após Exame Depois	4	43,11	15,46

Segundo os resultados obtidos no teste estatístico ANOVA de medições repetidas mista, e tendo em conta que o $\alpha=.05$, é possível afirmar que há diferenças significativas na comunicação global dos técnicos antes e depois da formação ($p=.025$) (Tabela 3).

No teste estatístico ANOVA de medições repetidas mista por categoria, pôde ainda verificar-se que existem diferenças significativas nas categorias “início do exame” ($p=.011 < \alpha=.05$), “após exame” ($p=.027 < \alpha=.05$), “acolhimento” ($p=.007 < \alpha=.05$) e “explicação do exame” ($p=.012 < \alpha=.05$) antes e depois da ação de formação (Tabela 3). A única categoria que não apresenta diferenças significativas é a “comunicação”.

Tabela 3*Anova de Medições Repetidas por categoria antes e depois da ação de formação*

Fatores	Efeito <i>df</i>	Erro <i>df</i>	<i>MS</i> (Média Quadrada)	<i>F</i>	<i>p</i> *	η^2p (Eta Quadrado)	<i>P</i> (Potência de Teste)
Comunicação Global	1	3	2093,241	17,571	,025	,854	,789
Acolhimento	1	3	4852,603	43,376	,007	,935	,985
Comunicação	1	3	231,024	,608	,493	,168	,087
Explicação Exame	1	3	1860,271	29,691	,012	,908	,937
Início Exame	1	3	4011,392	32,204	,011	,915	,951
Após Exame	1	3	1719,716	16,675	,027	,848	,770

*p-values com ajustamento de Comparações Múltiplas de Bonferroni.

Desta forma, foi possível confirmar a hipótese 3 (com exceção da categoria “comunicação”). Este resultado permite validar a eficácia da ação de formação no que respeita ao nível III do modelo de Kirkpatrick.

Estudo 2

O estudo 2 é um estudo diferencial, que permite encontrar relações estatisticamente significativas, mas não prova que existe causalidade entre elas. (Fitzgerald, Rumrill Jr., & Schenker, 2004).

Neste estudo, será avaliado o nível IV do modelo de Kirkpatrick, centrado nos doentes submetidos e exame de RM.

4. Método

Como já referido anteriormente, a revisão teórica deste estudo demonstra que a formação profissional contribui positivamente para a aquisição de conhecimentos e competências dos formandos e que as organizações podem, igualmente, usufruir dos benefícios das ações de formação, na medida em que os clientes demonstram satisfação com o serviço e os lucros podem aumentar.

4.1. Participantes

Os participantes do estudo 2 são os doentes que colaboraram voluntariamente no estudo, permitindo aferir o impacto da formação (comportamento dos formandos) na qualidade do trabalho realizado pelos técnicos de radiologia.

O único requisito exigido foi que os doentes fossem externos, ou seja, que os doentes que fossem realizar a Ressonância Magnética não estivessem hospitalizados na altura da realização do exame. Doentes que mostrassem dificuldade em compreender/comunicar ou handicaps sensoriais (ex. deficiência auditiva) também foram excluídos deste estudo.

Esta é uma amostra de conveniência na qual colaboraram 162 participantes dos quais foram considerados nas subseqüentes análises estatísticas apenas 159, que reuniam a totalidade das condições necessárias à participação neste estudo. Foram excluídos três sujeitos porque desistiram de realizar o exame, não respondendo à segunda parte e deixando assim metade do questionário com dados omissos.

Desses 159, colaboraram 98 participantes antes da ação de formação e 61 participantes depois da ação de formação.

Caraterizando mais detalhadamente a amostra, os participantes antes da ação de formação ($n=98$) são maioritariamente do género feminino (71%), com idades compreendidas entre os 15 e 83 anos sendo que a média de idades é de 52 anos ($M=52$). Também é de referir que o primeiro ciclo é a habilitação literária mais frequente entre os pacientes antes da ação de formação (33,7%).

Relativamente aos participantes depois da ação de formação ($n=61$), são igualmente maioritariamente do género feminino (53%) e as idades compreendem-se entre os 13 e 88 anos. Quanto às habilitações literárias a maioria dos participantes tem o primeiro ciclo (49,2%).

Desta maneira é possível observar que os dois grupos de participantes antes e depois da ação de formação são aproximadamente semelhantes no que diz respeito à sua caracterização sócio-demográfica.

4.2. Instrumentos

Para avaliar o Nível IV – Resultados, do modelo de avaliação da eficácia da formação de Donald Kirkpatrick utilizou-se a *Depression Anxiety Stress Scale* (DASS) de Lovibond e Lovibond (1995), em português, Escala de Ansiedade, Depressão e Stress (EADS), (Pais-Ribeiro, Honrado & Leal, 2004), adaptada e validada para a população doente hospitalar por Prezado (2017). Esta validação incluiu apenas os itens da ansiedade e do stress, e a análise fatorial que com eles foi feita apresentou uma estrutura unidimensional que, de acordo com a literatura (Lovibond & Lovibond, 1995), foi designada de ansiedade.

Cada item consiste numa afirmação relacionada com sintomas emocionais negativos (Pais-Ribeiro, Honrado & Leal, 2004). Alguns exemplos de itens que integram esta escala são: “tive dificuldade em me acalmar” e “senti-me quase a entrar em pânico”.

Para cada afirmação existem quatro possibilidades de resposta, apresentadas numa escala de tipo *Likert* de 4 pontos de gravidade ou frequência: (0) “não se aplicou nada a mim”, (1) “aplicou-se a mim algumas vezes”, (2) “aplicou-se a mim muitas vezes” e, (3) “aplicou-se a mim a maior parte das vezes” (Pais-Ribeiro, Honrado & Leal, 2004).

O cálculo do *alpha de Cronbach* permitiu observar uma elevada consistência interna para a amostra em estudo ($\alpha=.94$).

4.3. Procedimento

No cumprimento dos requisitos éticos, antes da realização do exame e do preenchimento do questionário, os doentes foram informados acerca de todas as componentes constituintes do estudo e que a sua participação seria sigilosa e voluntária, pelo que poderiam desistir de participar a qualquer momento sem qualquer prejuízo pessoal. Foram ainda solicitados a assinar um consentimento informado, de modo a formalizar a sua concordância e compreensão face aos objetivos da investigação (anexo 5).

Os doentes foram informados que a sua participação decorreria em dois momentos (anexo 6): 1) antes de realizar a RM, reportando-se ao modo como se sentiu quando o seu médico lhe disse que teria de realizar o exame e 2) depois de realizar a RM, pensando em como se sentiu durante o decorrer do exame.

Após o preenchimento, no primeiro momento, do questionário, cada doente foi acompanhado e observado de forma não-participante, a alguma distância física, pelo investigador a fazer a recolha de dados, de modo a poderem ser registados os dados da interação técnico-doente (necessários ao estudo 1). Importa referir que em alguns casos excecionais, o doente necessitou de ajuda para o preenchimento do questionário (ex. dificuldade na leitura). Nestes casos, o questionário foi lido, as respostas foram dadas oralmente pelo participante e anotadas pelo investigador.

5. Resultados

Para testar a **hipótese 1** (nível IV do modelo de Kirkpatrick) que previa a diminuição dos níveis de ansiedade nos doentes depois da realização da ação de formação junto dos técnicos de saúde, optou-se por realizar um teste de comparação de médias para amostras independentes.

Foram testados os pressupostos da normalidade da distribuição e da homogeneidade da variância. Não foi possível confirmar uma distribuição normal dos dados. Contudo, de acordo com Marôco (2014), diversos estudos têm demonstrado que os métodos paramétricos são robustos à violação deste pressuposto desde que as distribuições não sejam extremamente enviesadas ou achatadas nem extremamente pequenas, o que é o caso.

Assim sendo calculou-se um teste *T-student* para amostras independentes.

Os resultados das médias e desvios-padrão para os dois grupos são apresentados na tabela 4:

Tabela 4

Teste T-student para Amostras Independentes antes e depois da RM antes e depois da ação de formação

	Formação	N	Média	Desvio- Padrão
Ansiedade	Antes	98	,3715	,49170
Antes RM	Depois	61	,2706	,40131
Ansiedade	Antes	98	.3851	,54283
Depois RM	Depois	61	,1115	,17763

É possível observar que os valores médios da ansiedade antes da RM apresentam superiores aos valores médios da ansiedade depois da RM, em ambos os grupos.

Os resultados do teste de comparação de médias são apresentados na tabela 5.

Tabela 5

Teste de Comparação de Médias antes da RM antes e depois da formação e depois da RM antes e depois da formação

	t	gl	Sig (2-tailed)
Ansiedade antes RM antes/depois da formação	1,347	157	,180
Ansiedade depois RM antes/depois da formação	3,808	157	,000

Os resultados expressos na tabela permitem concluir que não há diferenças significativas entre os dois grupos de doentes (antes e depois da ação de formação dos técnicos) face à ansiedade prévia à realização da RM ($p=.180$).

No que se refere à ansiedade depois da realização da RM, é possível afirmar que existem diferenças significativas entre os dois grupos. Assim, os doentes que efetuaram RM após realização da ação de formação dos técnicos, apresentam níveis

de ansiedade significativamente inferiores aos que efetuaram RM antes da realização da ação de formação ($p < .0001$).

Face aos resultados apresentados confirma-se a hipótese 1, apresentando assim menores níveis de ansiedade os doentes que realizaram a RM depois dos técnicos terem realizado a ação de formação.

Desta forma, é validada a eficácia da ação de formação no que respeita ao nível IV do modelo de Kirkpatrick.

6. Discussão

Com este estudo pretendeu-se avaliar a eficácia de uma ação de formação em competências relacionais num grupo de técnicos de saúde, tendo em conta o modelo de avaliação de Kirkpatrick.

Depois de terem sido apresentados os resultados em capítulos anteriores, para cada uma das hipóteses em estudo, de acordo com os quatro níveis de avaliação, este capítulo irá sintetizar de uma maneira geral a relação entre os resultados obtidos e o principal objetivo deste estudo.

Para a discussão dos resultados, será tida a fundamentação teórica enquanto importante fator a ter em conta na compreensão, discussão e sustentação dos resultados obtidos.

Os recursos humanos têm uma elevada importância para o desempenho organizacional e, por isso, mesmo devem ser reconhecidos e valorizados, pois têm uma influência clara no sucesso das organizações (Brito & Oliveira, 2016). Desta maneira, é preciso apostar nos recursos humanos como grande preditor do sucesso organizacional. A área da saúde não é exceção. Muitas vezes, verificam-se algumas lacunas na comunicação entre técnico e paciente, a vários níveis, e que resultam em consequências nos cuidados de saúde, como graus elevados de insatisfação dos utentes em relação à perceção da qualidade dos cuidados de saúde, possíveis erros de avaliação/diagnóstico, graus mais baixos de adesão a medidas protetoras da saúde, aparecimento de dificuldades acrescidas na adaptação psicológica à doença relacionadas com o stress emocional associado ao problema comunicacional e possibilidade de influência nos comportamentos de procura de cuidados (Teixeira, 1996). Em conclusão pode-se afirmar que comunicação de boa qualidade é parte importante dos cuidados de saúde.

A formação surge então como um instrumento de melhoria de competências dos recursos humanos, com o objetivo de promover o sucesso da organização. A possibilidade de ter acesso a formação profissional afigura-se um preditor de sentimentos positivos relacionados com o trabalho. Num estudo realizado com trabalhadores na área da saúde verificou-se que a formação profissional foi preditora significativa da motivação geral, da satisfação no trabalho, da satisfação intrínseca com o trabalho e do comprometimento organizacional (Momanyi, Adoyo, Mwangi, & Mokuu, 2016). No mesmo sentido, Thaler, Spraul, Helmig e Franzke (2017) demonstraram que a satisfação com a formação no trabalho tem uma relação direta

com o ganho de competências. Este resultado é consonante com o observado no presente estudo: os técnicos demonstraram elevada satisfação com a formação (hipótese 1) e, simultaneamente, um aumento significativo das suas competências no domínio da mesma (hipótese 2).

Sendo assim, esta formação cumpriu um duplo objetivo: melhorou o desempenho da organização (hospital) pelo aumento das competências dos seus colaboradores e, por outro, correspondeu às expectativas de desenvolvimento profissional dos mesmos, dando-lhes recursos para tal. Para garantir o cumprimento destes dois objetivos, foi necessário assegurar que a formação tivesse um efeito efetivo, ou seja, que tivesse impacto nos trabalhadores e na qualidade do serviço prestado pela organização. Estes pressupostos foram assegurados pela validação da ação de formação através do modelo de Kirkpatrick.

Esta foi uma investigação que adotou duas formas diferentes para realizar a avaliação da ação de formação. A primeira, centrando-se na reação, nas aprendizagens e no comportamento dos técnicos de saúde e a segunda nos níveis de ansiedade dos pacientes. Assim, de acordo com os quatro níveis de avaliação do modelo de Kirkpatrick (1959) pretendeu-se conhecer o efeito da formação na prática profissional destes técnicos, bem como avaliar o seu impacto na ansiedade dos doentes sujeitos a exame de RM.

Através da observação dos resultados no primeiro nível (reação) pôde-se concluir que os formandos consideraram que houve uma boa adequação dos métodos aos objetivos de aprendizagem e a prestação do formador foi muito boa. Existiu uma boa adequação dos conteúdos programáticos tratados, a ação de formação decorreu sob condições bastante favoráveis e a atuação do formador teve uma apreciação positiva pela clareza e profundidade com que os temas foram expostos e a relação que foi estabelecida com os formandos.

A reação positiva dos formandos à ação de formação é importante até para os próprios formadores pois o futuro do sucesso da ação de formação depende também desta reação. Além disso, se os formandos não reagem de forma favorável, provavelmente não estarão motivados a aprender (nível II). Reação positiva e satisfação, podem não assegurar a aprendizagem, mas uma reação negativa e insatisfação, certamente reduzem a possibilidade de aprender.

Assim sendo, verificou-se que os técnicos de saúde submetidos à ação de formação reportaram um elevado nível de satisfação com os resultados, confirmando a hipótese 1. Isto porque a média de respostas mais frequente foi 6, a pontuação mais

elevada do questionário, o que significa que a afirmação apresentada corresponde a um nível classificado como “totalmente satisfeito”.

O segundo nível (aprendizagem), surge assim como seguimento do primeiro. Além de ser importante saber o que os participantes pensam acerca da ação de formação é essencial perceber se realmente ocorreu aprendizagem por parte destes. Para tal, tão importante como os conhecimentos que se adquirem em teoria, são aqueles que se adquirem ao praticar, ou seja, o saber, saber ser e saber fazer são reconhecidos como importantes pilares na formação de profissionais de saúde. Nesta ação de formação, depois de terem sido ensinados os conhecimentos teóricos, estes foram treinados e avaliados em termos práticos.

De uma maneira geral, todos os técnicos de saúde evidenciaram conhecimentos de nível “bom” e “muito bom”, no entanto nem todos da mesma maneira. Embora de forma não-estruturada, foram feitas algumas observações dos técnicos em interação com os doentes, antes da ação de formação. Foi possível verificar uma razoável variabilidade de comportamentos entre eles. Embora de forma não-estruturada, foram feitas algumas observações dos técnicos em interação com os doentes, antes da ação de formação. Foi possível verificar uma razoável variabilidade de comportamentos entre eles, caracterizada, por vezes, pela existência de lacunas de comunicação na interação com os doentes. Estas lacunas decorrem de um quadro formativo quase exclusivamente centrado nos aspetos técnicos, em que a dimensão relacional se pressupõe desvalorizada, uma vez que está omissa da formação académica dos técnicos de radiologia. Assim, essa dimensão pode variar significativamente de indivíduo para indivíduo, e estará mais dependente das suas características pessoais e da valorização que atribui à relação, do que à negligência intencional desses aspetos. Após a ação de formação, os desempenhos dos técnicos foram avaliados pelo formador como bastante positivos e muito semelhantes (um bom e três muito bons). Isto significa que os que se apresentavam inicialmente mais deficitários em termos de comportamentos desejados terão sido aqueles que maiores aquisições terão feito, aproximando-os do desempenho dos que já apresentavam desempenhos mais ajustados.

Podemos então afirmar que, de uma maneira geral, se verifica que os técnicos de saúde submetidos à ação de formação adquiriram e desenvolveram os conhecimentos e competências transmitidos, confirmando a hipótese 2. Assim, parece ser claro que os formandos retiveram os conhecimentos transmitidos na ação de formação pelo formador. A aprendizagem realmente ocorre quando existe uma

mudança na maneira como se encara a realidade, se aumentam os conhecimentos e se melhoram as habilidades.

O terceiro nível (comportamento) mostrou que depois da realização da ação de formação os técnicos modificaram o seu comportamento, aplicando as competências adquiridas no exercício das suas funções.

Neste nível, é avaliada toda a extensão da mudança ocorrida de comportamentos e procedimentos que acontece depois da realização da ação de formação.

Uma meta-análise realizada por Arthur, Bennett, Edens & Bell (2003) demonstrou que a formação tem efeitos positivos nos comportamentos e nas medidas de desempenho relacionadas com o trabalho. Nesta investigação, pelos resultados apresentados, é visível que depois de terem sido aprendidos em termos teóricos todos os conteúdos necessários, estes foram colocados em prática, e devidamente treinados durante a ação de formação verificando-se um desempenho adequado e bastante positivo dos técnicos de saúde.

De forma geral, os técnicos de saúde, desenvolveram as suas competências relacionais e comunicacionais, aplicando-as regularmente na prática profissional, o que confirma a hipótese 3. Isto porque houve mudanças significativas na comunicação antes e depois da ação de formação.

No entanto, é importante destacar que, para que a mudança ocorra, o formando deve querer realmente mudar, saber o quê e como mudar e trabalhar num ambiente propício à mudança. Dados os resultados apresentados, é visível o meio favorável, pois houve mudanças nas competências relacionais dos técnicos.

Estes três primeiros níveis correspondem ao primeiro estudo desta investigação. Ao quarto nível da investigação (resultados) corresponde o estudo dois, cuja amostra é composta pelos doentes submetidos a RM, nos quais foi avaliada a ansiedade relativa à realização do exame e o impacto que a formação dos técnicos teve nessa ansiedade. Desta forma, as respostas dos doentes assumem particular importância para validar a mudança no comportamento dos técnicos de saúde.

Este é um nível que enfatiza a contribuição da ação de formação para a concretização dos objetivos previamente propostos. Verificam-se quais os resultados alcançados, tendo em conta que estes são a razão de ser da ação de formação. No caso desta investigação, os resultados são avaliados segundo o comportamento de terceiros, neste caso, os pacientes que realizam os exames de RM. Perceber se a ansiedade dos doentes diminuiu depois de ocorrer a ação de formação prova que

foram colocados em prática e mantidos os conhecimentos e competências adquiridos na ação de formação.

Neste caso, concluiu-se que para o quarto nível houve uma diminuição dos níveis de ansiedade nos doentes depois da realização da ação de formação junto dos técnicos de saúde. No entanto, esta diminuição da ansiedade do antes para o depois da ação de formação só ocorre depois de decorrer o exame. Isto significa que os dois grupos de doentes eram, à partida, equivalentes nos seus níveis de ansiedade e que, após a sua preparação e realização da RM, algum fator foi causa de diferenciação entre os grupos. Sendo que todas as condições do espaço físico e da realização técnica do exame se mantiveram constantes, podemos atribuir esta mudança à única condição que mudou do tempo 1 para o tempo 2 da recolha de dados: a formação dada aos profissionais em técnicas de relação e comunicação com os doentes. Após a ação, o contacto dos técnicos com os doentes foi mais frequente e mais qualificado, aumentando a interação entre a díade e a sua qualidade. Assim confirma-se igualmente a hipótese 4.

É preciso ter em conta que os efeitos da formação não serão os desejados se os conhecimentos, as atitudes e as capacidades adquiridas não forem transferidos para as atividades do trabalho. A investigação tem vindo a demonstrar a importância de se considerarem fatores interpessoais, tais como a supervisão e apoio dos pares, como moderadores do processo de transferência da formação. Nesta investigação, apesar da ação de formação ter decorrido em grupo, o exercício de acompanhamento individual em posto de trabalho ocorreu individualmente. No entanto, cada técnico de radiologia foi acompanhado por um auxiliar durante a prática profissional, auxiliar esse, que interage com o paciente, na fase inicial de acolhimento, no posicionamento deste e também no próprio equipamento e ainda na finalização do exame de RM.

Em suma e relembando que o objetivo primordial deste estudo é avaliar a eficácia de um programa de formação em desenvolvimento de competências relacionais e comunicacionais nos técnicos de saúde, pode-se concluir, de acordo com os resultados obtidos, que este objetivo foi cumprido. A ação de formação que decorreu num serviço hospitalar de radiologia foi eficaz na medida em que houve um desenvolvimento e aplicação das competências relacionais dos técnicos de saúde, que teve como consequência a diminuição da ansiedade nos doentes.

Por um lado, os técnicos de saúde adquiriram conhecimentos que lhes permitiram desenvolver-se tanto a nível pessoal como profissional e a organização, neste caso o centro hospitalar onde decorreu este estudo beneficiou de uma redução

dos custos associados à realização da RM pelo fato de existir uma menor ansiedade nos pacientes e assim os exames serem mais conclusivos e o número de desistências diminuir.

7. Conclusão

Avaliar a eficácia de uma ação de formação em técnicos de saúde, não pode nem deve ser um processo genérico, no que diz respeito ao sucesso da mesma. Deve ter-se em conta que existem contextos e objetivos diferentes que podem ter influência na eficácia da ação de formação. No entanto, não deve ser deixado de parte a importância da mesma.

As exigências impostas pelo mercado de trabalho têm refletido a necessidade dos trabalhadores adquirem novos conhecimentos e competências, de forma a garantir a vantagem competitiva das organizações.

De acordo com este princípio, a formação profissional tem apresentado uma pertinência crescente no âmbito das organizações, sendo de destacar a área da saúde. Tal como em qualquer outra interação humana, a comunicação em contexto de saúde assume-se como uma dimensão de relevo na explicação do sucesso dos objetivos dessas interações (Lamela & Bastos, 2012). A literatura tem demonstrado que a satisfação dos doentes com os cuidados de saúde apresenta relação com as características dos profissionais de saúde que compreendem a importância da qualidade da comunicação, da empatia e dos cuidados personalizados no tratamento (Havelock, Pendleton, Schofield & Tate, 2003).

O presente estudo contribuiu significativamente para confirmar a importância de uma boa relação técnico de saúde-doente na qualidade do atendimento prestado. As conclusões alcançadas foram particularmente relevantes porque fundamentam cientificamente uma percepção que era meramente empírica, uma vez que são escassos os estudos que avaliam em contexto clínico experimental esta relação. Dados os elevados custos para as instituições decorrentes da técnica de RM, é fundamental que a sua acuidade de diagnóstico possa ser maximizada, o que nem sempre é possível se os doentes se apresentarem muito ansiosos. É aqui que se percebe a relevância deste estudo: para a organização uma diminuição dos custos associados ao exame de RM, para os trabalhadores, neste caso os técnicos de saúde, o desenvolvimento de competências pessoais e profissionais e ainda a melhoria do desempenho organizacional. Não esquecer igualmente que, num mercado de trabalho cada vez mais caracterizado pela instabilidade das relações contratuais, a aquisição de novas competências profissionais e a sua permanente atualização, a participação em ações de formação, constitui um fator crítico de valorização profissional e de empregabilidade, ou seja, de capacidade de sobrevivência no mercado de trabalho.

Desta maneira, o conceito de aprendizagem ao longo da vida aparece fortemente associado ao conceito de empregabilidade, uma vez que a permanente atualização de competências é uma estratégia indispensável na vida profissional.

Ainda assim, algumas limitações podem ser apontadas ao presente estudo: a amostra não teve a dimensão adequada no estudo 1 (os técnicos de saúde), uma vez que o número de técnicos que realizam os exames de RM neste hospital é baixo. Além disto, pela morosidade de recolha de dados, no estudo 2 a amostra também não teve a dimensão inicialmente desejada. Pelo facto de a investigação decorrer em contexto real de trabalho, foi também necessário que o investigador se ajustasse aos horários dos técnicos e que a formação fosse agendada de acordo com as escalas dos mesmos, o que por vezes obrigou a pequenos períodos de paragem na recolha dos dados. O início da ação de formação foi ainda um pouco condicionado pelos procedimentos administrativos a ajustar com o serviço de formação do hospital.

Ainda assim é importante reconhecer que esta investigação permitiu um melhor conhecimento acerca dos benefícios de uma ação de formação, quais as suas vantagens e o que implica, sendo que para a sua eficácia não depende apenas o alcance de conhecimentos (teóricos e práticos), mas também existem terceiros que podem influenciar o sucesso da mesma.

Referências necessário que o investigador se ajustasse aos horários dos técnicos e que a formação fosse agendada de acordo com as escalas dos mesmos, o que por vezes obrigou a pequenos períodos de paragem na recolha dos dados. O início da ação de formação foi ainda um pouco condicionado pelos procedimentos administrativos a ajustar com o serviço de formação do hospital.

Ainda assim é importante reconhecer que esta investigação permitiu um melhor conhecimento acerca dos benefícios de uma ação de formação, quais as suas vantagens e o que implica, sendo que para a sua eficácia não depende apenas o alcance de conhecimentos (teóricos e práticos), mas também existem terceiros que podem influenciar o sucesso da mesma.

Referências

- Aguinis, H., & Kraiger, K. (2009). Benefits of training and development for individuals and teams, organizations, and society. *Annual Review of Psychology*, 60, 451-474. doi: 10.1146/annurev.psych.60.110707.163505
- Almeida, A., & Alves, N. (2011). A formação profissional nas empresas portuguesas: Entre a tradição e os desafios da competitividade. *Actas do II Simpósio Nacional sobre Formação e Desenvolvimento Organizacional*, ISCTE, Lisboa, Portugal, 121-136. Recuperado de <http://repositorio.ul.pt/>
- Almeida, A., Alves, N., Bernardes, A., & Neves, A. (2008, Junho). *Estruturas e práticas de formação profissional das médias e grandes empresas em Portugal*. Comunicação apresentada no VI Congresso Português de Sociologia, Universidade Nova de Lisboa, Faculdade de Ciências Sociais e Humanas, Lisboa, Portugal.
- Anderson, N.H. (2001). *Empirical Direction in Design and Analysis*. Mahwah, New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates, Inc.
- Anzieu, D., & Martin, J.-Y. (1971). *La dinámica de los grupos pequeños* (M. E. A. Hombria, Trad.). Buenos Aires, Argentina: Kapelusz. (Obra original publicada em 1968)
- Arthur, W. J., W. J. Bennett, P. Edens, & S. T. Bell (2003). "Effectiveness of training in organizations: a meta-analysis of design and evaluation features", *Journal of Applied Psychology*, 88, pp. 234-245.
- Baldwin, T. T., & Ford, J. K. (1988). Transfer of training: A review and directions for future research. *Personnel Psychology*, 41, 63-105. doi: 10.1111/j.1744-6570.1988.tb00632.x
- Barata, J., & Alves, S. (2005). *Gestão da formação*. Lisboa, Portugal: Fundação para a Divulgação das Tecnologias da Informação.

- Brito, R., & Oliveira, L. (2016). A relação entre gestão de recursos humanos e desempenho organizacional. *Brazilian Business Review*, 13 (3), 34-115. doi: [org/10.15728/bbr.2016.13.3.5](https://doi.org/10.15728/bbr.2016.13.3.5).
- Caetano, A. (Coord.). (2007). *Avaliação da formação – Estudos em organizações portuguesas*. Lisboa, Portugal: Livros Horizonte.
- Caetano, A., & Vala, J. (Orgs.). (2002). *Gestão de recursos humanos: Contextos, processos e técnicas* (2ª ed.). Lisboa, Portugal: RH Editora.
- Caetano, A., & Velada, A. (2004). Avaliação da formação profissional: O problema da transferência. *Sociedade e Trabalho*, 4, 3-16.
- Câmara, P. B., Guerra, P. B., & Rodrigues, J. V. (2001). *Humanator – Recursos humanos e sucesso empresarial* (4ª ed.). Lisboa, Portugal: Dom Quixote.
- Campbell, D. T., & Stanley, J. C. (1966). *Experimental and quasi-experimental designs for research*. Boston, MA: Houghton Mifflin Company. (Reprinted from *Handbook of research on teaching: A project of the American Educational Research Association*, pp. 171-246, by N. L. Gage, Ed., 1963, Chicago, IL: Rand McNally & Co.)
- Campbell, J. P., Dunnette, M. D., Lawler, E. E., III, & Weick, K. R., Jr. (1970). *Managerial behavior, performance, and effectiveness*. New York, NY: McGraw Hill.
- Cardim, J. C. (1999). *O sistema de formação profissional em Portugal* (2ª ed.). Tessalónica, Grécia: CEDEFOP – Centro Europeu para o Desenvolvimento da Formação Profissional.
- Cardim, J. C. (2009). *Gestão da formação nas organizações: A formação na prática e na estratégia das organizações*. Lisboa: Lidel.
- Cheng, E. W., & Ho, D. C. (2001). A review of transfer of training studies in the past decade. *Personnel Review*, 30, 102-118. doi: 10.1108/00483480110380163

- Cunha, M. P., Rego, A., Cunha, R. C. & Cabral-Cardoso, C. (2007). *Manual de comportamento organizacional e gestão* (6ª ed.). Lisboa: RH Editora.
- Fitzgerald, S. M., Rumrill Jr., P. D., & Schenker, J. D. (2004). Correlational designs in rehabilitation research. *Journal of Vocational Rehabilitation*, 20, 143-150. Retrieved from <http://www.iospress.nl/journal/journal-of-vocational-rehabilitation/>
- Fortin, M. F. (1999). *O processo de investigação: Da concepção à realização* (N. Salgueiro, Trad.). Loures: Lusociência. (Obra original publicada em 1996)
- Garson, D. (2012). *Testing Statistical Assumptions*. Retrieved January, 9, 2013
Retirado de <http://www.statisticalassociates.com>.
- Goldstein, I. L. (1980). Training in work organizations. *Annual Reviews Psychology*, 31, 229-272. doi: 10.1146/annurev.ps.31.020180.001305
- Goldstein, I. L. (1993). *Training in organizations: Needs assessment, development, and evaluation* (3rd ed.). Pacific Grove, CA: Brooks/Cole.
- Goldstein, I. L., & Ford J. K. (2002). *Training in organizations: Needs assessment, development and evaluation* (4th ed.). Belmont, CA: Wadsworth Thomson Learning.
- Grey, S. J., Price, G., & Mathews, A. (2000). Reduction of anxiety during MR imaging: A controlled trial. *Magnetic Resonance Imaging*, 18, 351-355. doi: 10.1016/S0730-725X(00)00112-0
- Havelock, P., Pendleton, D., Schofield T. & Tate, P. (2003). *The New Consultation: Developing doctor-patient communication*. Oxford: Oxford University Press.
- Holton, III, E. F. (1996). The flawed four-level evaluation model. *Human Resource Development Quarterly*, 7, 5-21. doi: 10.1002/hrdq.3920070103

Instituto para a Qualidade na Formação, I.P. (2004). *Guia para a concepção de cursos e materiais pedagógicos*. Lisboa: Autor.

Jerez-Gómez, P., Céspedes-Lorente, J., & Valle-Cabrera, R. (2005). Organizational learning capability: A proposal for measurement. *Journal of Business Research*, 58, 715-725. doi: 10.1016/j.jbusres.2003.11.002

Kirkpatrick Foundational Principles (n.d.). Retrieved from <http://www.kirkpatrickpartners.com/OurPhilosophy/KirkpatrickFoundationalPrinciples/tabid/304/Default.aspx>

Kirkpatrick, D. L. (1959). Techniques for evaluating training programs. *Journal of the American Society for Training Directors*, 13(11), 3-9.

Kirkpatrick, J. & Kirkpatrick W. (2009, November). *The Kirkpatrick Model: Past, Present and Future*. *Chief Learning Officer*, 20-23 e 55. Retrieved from <http://www.clomedia.com/2009/10/25/the-kirkpatrick-model-past-present-and-future/>

Lamela, D., & Bastos, A. (2012). Comunicação entre os profissionais de saúde e o idoso: Uma revisão da investigação. *Psicologia & Sociedade*, 24, 684-690. doi: 10.1590/S0102-71822012000300021

Landini, L., Positano, V., & Santarelli, M. (Eds.). (2005). *Advance image processing in Magnetic Resonance Imaging*. Boca Raton, FL: Taylor & Francis Group, LLC.

Leitão, P. A. (2015). *Características da comunicação entre os profissionais de saúde e os pacientes como indicadores de qualidade do exame de Ressonância Magnética, num Serviço de Radiologia* (Tese de mestrado, Universidade de Évora, Évora, Portugal). Recuperado de <http://dspace.uevora.pt/rdpc/>

Manual de Boas Práticas da Especialidade de Radiologia. (2012). Recuperado de <http://www.sprmn.pt/pdf/MBPVERSAOFINALCOLEGIOOM.pdf>

- Marôco, J. (2014). *Análise estatística com o SPSS Statistics*. Lisboa: ReportNumber.
- Meignant, A. (2003). *A gestão da formação* (2ª ed.; J. Freitas e Silva, Trad.). Lisboa: D. Quixote. (Obra original publicada em 1995).
- Momanyi, J., Adoyo, M., Mwangi, E., & Mokuia, D. (2016). Value of training on motivation among health workers in Narok County, Kenya. *Pan African Medical Journal*, 23, 1-12. doi:10.11604/pamj.2016.23.261.8414.
- Noe, R. A., Hollenbeck, J. R., Gerhart, B., & Wright, P. M. (2006). *Human resource management: Gaining a competitive advantage* (5th ed.). New York, NY: McGraw-Hill Irwin.
- Pais-Ribeiro, J. L., Honrado, A., & Leal, I. (2004). Contribuição para o estudo da adaptação portuguesa das Escalas de Ansiedade, Depressão e Stress (EADS) de 21 itens de Lovibond e Lovibond. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 5, 229-239. Recuperado de http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_serial&pid=1645-0086
- Peretti, J. M. (2001). *Recursos humanos* (3ª ed.; M. Ceitil, Trad.). Lisboa: Edições Sílabo. (Obra original publicada em 1994)
- Pinheiro, J., & Ramos, L. (2005). *Métodos pedagógicos* (4ª ed.). Lisboa: Instituto de Emprego e Formação Profissional.
- Prezado, S. (2016). *A ansiedade e o stress dos doentes submetidos a exame de ressonância magnética*. (Dissertação de mestrado não publicada). Universidade de Évora, Évora, Portugal.
- Rego, A. (2013). *Comunicação pessoal e organizacional - Teoria e prática* (3ª ed. rev.). Edições Sílabo.

- Ribeiro, P. O. (2005). *Satisfação dos profissionais de saúde* (Dissertação de mestrado não publicada). ISCTE - Instituto Universitário de Lisboa, Lisboa, Portugal.
- Smidt, A., Badaldin, S., Sigafos, J., & Reed, V. A. (2009). The Kirkpatrick model: A useful tool for evaluating training outcomes. *Journal of Intellectual & Developmental Disability, 34*, 266-274. doi: 10.1080/13668250903093125
- Sousa, M. J., Duarte, T., Sanches, P. G., & Gomes, J. (2006). *Gestão de recursos humanos: Métodos e práticas*. Lisboa, Portugal: Lidel.
- Stemler, S. (2001). An overview of content analysis. *Practical Assessment, Research & Evaluation, 7*. Retrieved from <http://pareonline.net>
- Tannenbaum, S., & Yukl, G. (1992). Training and development in work organizations. *Annual Reviews Psychology, 43*, 399-441. doi: 10.1146/annurev.ps.43.020192.002151
- Teixeira, J. (1996). Comunicação e cuidados de saúde: Desafios para a psicologia da saúde. *Análise Psicológica, 14*, 135-139.
- Thaler, J., Spraul, K., Helmig, B., & Franzke, H. (2017). Satisfaction with and success of employee training from a public service motivation perspective. *International Journal of Public Administration, 40* (1), doi: 10.1080/01900692.2015.1072212
- Tomás, M., Antunes, A., Campos, M., Silva, M., & Sousa, M. (2001). *Terminologia de formação profissional – Alguns conceitos de base III*. Lisboa, Portugal: Direcção-Geral do Emprego e Formação Profissional.
- Velada, A. R. (2007). *Avaliação da eficácia da formação profissional: Fatores que afetam a transferência da formação para o local de trabalho* (Tese de doutoramento, ISCTE - Instituto Universitário de Lisboa, Lisboa, Portugal). Recuperado de <https://repositorio.iscte-iul.pt>

Xiao, J. (1996). The relationship between organizational factors and the transfer of training in the electronics industry in Shenzhen, China. *Human Resource Development Quarterly*, 7, 55-73. doi: 10.1002/hrdq.3920070107.

Weiss, D. J. & Shantel, J (2004). The vice of consensus and the virtue of consistency. In K. Smith, J. Shanteau, & P. Johnson (Eds.). *Psychological investigations of competent decision making* (pp. 226-240). Cambridge, UK: Cambridge University Press.

Ziarnik, J. P., & Bernstein, G. S. (1984). Effecting change in community-based facilities: Putting staff training in perspective. *The Behavior Therapist*, 7, 39-41.

Zwick, T. (2006). The impact of training intensity on establishment productivity. *Industrial Relations: A Journal of Economy and Society*, 45, 26-46. doi: 10.1111/j.1468-232X.2006.00412.x

