

**UNIVERSIDADE DE ÉVORA**  
**/**  
**INSTITUTO POLITÉCNICO DE LISBOA**

**MESTRADO**

**EM INTERVENÇÃO SÓCIO-ORGANIZACIONAL NA SAÚDE**

Curso ministrado em associação com a Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Lisboa

(Adequado ao Processo de Bolonha conforme Registo na DGES nº. R/B-AD-917/2007)

Área de especialização

**Políticas de Administração e Gestão de Serviços de Saúde**

**DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS**  
**NUM CENTRO HOSPITALAR E.P.E.**  
**-ESTUDO DE CASO**

Dissertação de Mestrado apresentada por:

**Pedro Manuel Aires de Sousa** m4753

Orientador:

**Prof. Doutor Nuno Manuel Gameiro Rebelo dos Santos**

**Évora/Lisboa**

**DEZEMBRO 2011**

## Índice

|   | Pág.   |
|---|--------|
| Resumo _____  | 3      |
| Abstract _____  | 4      |
| Índice de Quadros, Figuras e Apêndices _____          | 5      |
| Abreviaturas e siglas _____                           | 6      |
| INTRODUÇÃO _____                                      | 7      |
| 0.1 Objectivo da dissertação _____                    | 7      |
| 0.2 Contexto social e organizacional _____            | 9      |
| 0.3 Descrição da dissertação _____                    | 11     |
| <br>CAPÍTULO I – ENQUADRAMENTO TEÓRICO _____          | <br>13 |
| 1.1 Apresentação da Organização _____                 | 13     |
| 1.2 Premissas ideológicas _____                       | 13     |
| 1.3 Clarificação de conceitos _____                   | 15     |
| 1.4 Recensão de instrumentos de desenvolvimento _____ | 22     |
| 1.5 Sinergia dos conceitos perspectivados _____       | 28     |
| <br>CAPÍTULO II - ESTUDO EMPÍRICO _____               | <br>30 |
| 2.1 O Problema de investigação _____                  | 30     |
| 2.2 Procedimentos _____                               | 31     |
| 2.3 Tratamento dos dados _____                        | 34     |
| 2.4 Resultados obtidos _____                          | 42     |
| 2.5 Discussão _____                                   | 44     |
| <br>CAPÍTULO III - PROPOSTA DE INTERVENÇÃO _____      | <br>48 |
| <br>CAPÍTULO IV – CONCLUSÃO _____                     | <br>54 |
| <br>Referências e bibliografia _____                  | <br>56 |
| Apêndices _____                                       | 64-77  |

## Resumo

### Desenvolvimento de Competências num Centro Hospitalar E.P.E. – Estudo de Caso

Pretendemos com este estudo, num Centro Hospitalar do sector empresarial do Estado, dar um contributo para a compreensão dos procedimentos adoptados para a tomada de decisão sobre os processos de desenvolvimento de competências e acções adoptadas para os implementar. A metodologia seguida é de Estudo de Caso com abordagem qualitativa (não-experimental) procedendo-se à análise de documentos e de entrevistas a responsáveis por desenvolvimento de competências. Os resultados mostram que o quadro teórico e conceptual inferido da análise do processo de desenvolvimento de competências no Centro Hospitalar tem como constituinte fundamental a identificação de dois modos distintos de funcionamento e que a diferença depende do nível da estrutura organizacional considerado. Propomos uma intervenção na Organização, no âmbito dos processos de desenvolvimento profissional e pessoal, baseada na introdução de informação manipulada.

Palavras-chave: Desenvolvimento de competências, instrumentos de desenvolvimento, formação, meme, rizoma.

## Abstract

Training and development on a State Public Company Hospital Center - Case study

With this study we intend, on a Hospital Center of the State enterprise sector, to give a contribute to the understanding of the adopted procedures to the decision about the process in development of competences and adopted actions to implement. Case Study is the methodology followed with a qualitative approach (non-experimental) by analyzing documents and the interviews to people in charge for the competences development. The theoretical and conceptual framework that we inferred from the analysis of the process on development of competences in the Hospital Center, has as its fundamental constituent the identification of two different sets of operation, whose difference depends on the organizational structure's level considered.

Key-words: Competences development, development instruments, formation, meme, rhizome.

## Índice de Figuras, Quadros e Apêndices

|   | Pág.  |
|---|-------|
| Figura 1 - Percurso do Investigador_____                              | 32    |
| Figura 2 – Dimensões e categorias na análise de procedimentos_____    | 35    |
| Figura 3 – Categorização de estruturas e procedimentos_____           | 41    |
| Figura 4 – Estruturas visíveis e invisíveis no Organograma do CH_____ | 42    |
| <br>  |       |
| Quadro 1 - Documentos consultados_____                                | 34    |
| Quadro 2 – Categorização de Diagnóstico e Acções_____                 | 40    |
| <br>  |       |
| Apêndice A – Pedido de autorização para investigar_____               | 64    |
| Apêndice B – Autorização da investigação_____                         | 65    |
| Apêndice C – Entrevista a responsáveis do CF_____                     | 66    |
| Apêndice D – Resumo de entrevistas_____                               | 67-69 |
| Apêndice E - Entrevista a responsáveis do GFIE_____                   | 70    |
| Apêndice F – Resumo de relatórios e planos de actividade do CF_____   | 71-77 |

### Abreviaturas e Siglas

ACSS - Administração Central de Sistemas de Saúde

CA – Conselho de Administração

CF – Centro de Formação

CH – Centro Hospitalar

CHLN – Centro Hospitalar Lisboa Norte

CHLN, E. P. E. – Centro Hospitalar Lisboa Norte, Empresa Pública do Estado

DGERT - Direcção-Geral do Emprego e das Relações de Trabalho

DIM – Direcção de Internato Médico

GFIE – Gabinete de Formação e Investigação em Enfermagem

HPV – Hospital de Pulido Valente

LNF – Levantamento de Necessidades de Formação

OMS – Organização Mundial de Saúde

PNS – Plano Nacional de Saúde

RI – Regulamento Interno

TDT – Técnicos de Diagnóstico e Terapêutica

## INTRODUÇÃO

### 0.1 Objectivo da Dissertação

A presente investigação é dirigida para o estudo da área *peçoas* que, de acordo com o modelo da Fundação Europeia para a Gestão da Qualidade (EFQM), constitui uma das nove áreas de desempenho das organizações e é definida como a “forma como a organização gere, desenvolve e divulga os conhecimentos e o potencial dos seus recursos humanos, seja ao nível do indivíduo, das equipas ou da organização” (Simões, 2005, p. 275). Sendo este estudo direccionado no sentido de dar uma contribuição para a melhoria da qualidade na prestação de cuidados de saúde, não poderíamos deixar de focar a atenção nas pessoas. Não porque, entre outros factores, a precisão na dispensa de medicamentos, a eficácia na comunicação entre membros das equipas ou a excelência do diagnóstico clínico, não tenham sérias implicações nos níveis de desempenho e na segurança do doente mas porque “a qualidade das pessoas constitui a verdadeira base do processo de melhoria da qualidade de qualquer organização” (Mezomo, 2001, p. 191).

Teremos em consideração que na concepção actual do papel dos profissionais de saúde (cuidadores profissionais) cada vez mais se torna relevante o desenvolvimento integral e que se entende como profissional “aquele que sabe administrar uma situação profissional complexa” (Le Boterf, 2003, p. 37) dispondo de competências globais como treino emocional, consciência organizacional, capacidade de teorização e alto desempenho.

Será pertinente a investigação nesta área dado que a falta de estudos de diagnóstico e de avaliação globais constitui um dos indicadores mais representativos da actual situação da formação no Ministério da Saúde (Plano Nacional de Saúde 2004/2010) e ainda, porque o desenvolvimento de qualificações e habilitações dos profissionais das organizações prestadoras de cuidados de saúde é uma necessidade premente e socialmente reconhecida. Mais se aduz à pertinência do estudo o facto de que, “no caso da Administração Pública Central portuguesa, (...) a prática corrente para a elaboração de planos de formação é casuística (...)” (Rato, Baptista, e Ferraz, 2007, p. 15) e “prevalece uma lógica de interesse temático (...) em detrimento de uma lógica de desenvolvimento estratégico dos recursos humanos, (...)” (*in* Plano Nacional de Saúde

2004/2010). Supomos que estas referências a uma lógica casuística podem revelar uma cultura organizacional ou, se preferirmos, revelar um *habitus* entendido como "sistema de disposições duradouras e transponíveis que, ao integrar todas as experiências passadas, funciona a cada momento como uma matriz de percepções, de apreciações e de acções" (Bourdieu, 1983b, apud Setton, 2002 p. 62) que condiciona e enforma os processos de desenvolvimento de aptidões e que importa investigar.

Na análise de um plano de formação e em contactos preliminares com a Direcção do Centro de Formação de um Hospital, ficámos com a sensação que as acções de desenvolvimento de competências estavam quase exclusivamente direccionadas para a formação clássica. Parece, também, que o processo de levantamento de necessidades de desenvolvimento está condicionado ao incremento de aptidões estritamente técnicas (algoritmizáveis) e à ausência de acções de desenvolvimento quando não se detectam problemas. Diríamos que a preocupação com esta realidade andaria perto da preocupação do "homem comum [que] por norma, não se preocupa com aquilo que é 'real' para ele e com o que 'conhece', a não ser que tropece num problema qualquer" (Berger e Luckmann, 2004, p. 14).

A formação, entendida como a organização e transmissão de *curricula*, é indispensável com vista ao aumento de aptidões e incremento de desempenho. É indispensável porque surgem constantemente novos procedimentos técnicos e administrativos, novos equipamentos e necessidade de correcção de falhas ou *gaps de* habilitações; indispensável também porque, geralmente nessas situações, a natureza algoritmizável dos conhecimentos a transmitir é perfeitamente compatível com a programação curricular.

As necessidades de formação detectadas em, e por, todos os níveis da estrutura da organização, conduzem à programação e execução de acções de formação que desempenham certamente um papel fundamental no seu funcionamento. Não se afigura qualquer dúvida de que, neste campo, o Centro de Formação terá alcançado níveis de excelência, comprovados em processos de certificação e acreditação. A formação (clássica) é vital e deverá ser o *pão-nosso de cada dia*; no entanto, parece legítimo questionar se uma dieta exclusivamente constituída por *hidratos de carbono* será a mais saudável. Teremos ainda em conta que quando a formação tem como objectivo a resolução de problemas causados por factores de disfunção motivacional ou organizacional, o investimento na sua realização é muito pouco rentável (Fuller e Farrington, 2001, p. 25).



Tendo em atenção que as perguntas de partida e as hipóteses são, eventualmente, eufemismos para as conclusões já elaboradas no pensamento do investigador, presumimos que o levantamento de necessidades de formação é feito em função de problemas e de lacunas de conhecimento e que as acções de desenvolvimento profissional são exclusivamente, direccionadas para a formação. Esta presunção configura, *stricto sensu*, um preconceito que submeteremos a ruptura no sentido de tornar possível mostrar, de modo objectivo, quais são os procedimentos que os responsáveis pela gestão de recursos humanos dum Centro Hospitalar utilizam para planearem e executarem as acções formativas.

Constitui-se, assim, como objectivo desta dissertação traçar um mapa conceptual do funcionamento da Organização nos processos de diagnóstico das necessidades de desenvolvimento de competências e dos procedimentos que empreende para o realizar.

## 0.2 Contexto Social e Organizacional

É recorrente, em qualquer estudo sobre a actualidade, mencionar-se as grandes transformações que conduziram à globalização e à complexidade pois “ [...] tudo o que acontece sob o nosso olhar não é nada menos que uma revolução planetária, um salto quântico da história” (Toffler, 1980, p. 25).

O pensamento filosófico e científico com que nos habituámos a reflectir sobre a realidade nasceu com a Era Industrial. Esta Era, assente na cadeia de montagem que aumentou de forma exponencial a força de trabalho dos humanos e lhes deu um imenso domínio na capacidade de modificar o meio físico, permitiu o surgimento do todo-poderoso paradigma do planeamento como base da actividade humana e do plano como estrutura de análise. Desde a orografia com as terraplanagens à economia com planos quinquenais, passando pela procriação com o planeamento familiar; desde os planos de estudo aos planos de tratamento passando pelos planos de análise, tudo acaba por ser plano ou planeável.

O constante invocar da crescente complexidade do tempo presente talvez se possa atribuir em grande parte à dificuldade em lidar com as realidades percebidas como complexas e, provavelmente, também ao facto de estarmos imbuídos de uma matriz industrial. Esta matriz traduz-se na necessidade de tudo ter um princípio, meio e fim, de planear com o máximo rigor e para um prazo mais longo possível, de medir e quantificar, de estabelecer hierarquias bem definidas em estruturas radiculares, de fazer muito e muitas coisas e de normalizar ou estar na moda.

Não pretendo fazer um libelo acusatório contra a industrialização pois foi esta matriz industrial, com as suas linhas de montagem, que tornou possível uma qualidade de vida que há um século nem a reis era acessível. No entanto, a matriz está exausta. Muito, muito grande e muito igual, já não é suportável. As estruturas hierárquicas, piramidais ou arborescentes (Deleuze e Guattari, 2007, pp. 37-38) e o planeamento funcionaram e funcionam na fábrica mas, elevados à máxima potência, acabaram por suscitar todos os totalitarismos e democracias economicamente selvagens com as conhecidas consequências trágicas para a humanidade (Toffler, 1980).

Com o desenvolvimento da industrialização tornou-se obrigatório alimentar a cadeia de montagem. Para alimentar a cadeia era necessária matéria-prima e mão-de-obra. Houve que arregimentar operários pois a mão (de obra) tornou-se essencial para servir o sistema e o desenvolvimento tecnológico não era suficiente para ter mãos que operassem sozinhas. As pessoas tiveram que ser instruídas para as tarefas a desempenhar, levando à institucionalização da Instrução Pública universal e obrigatória.

Na Instituição Saúde a marca indelével da matriz industrial pode ser exemplificada pelo nascimento de organizações como os Centros de Medicina de Reabilitação surgidos no pós-guerra. Criados como um modelo de modernidade, foram concebidos como grandes unidades de produção de cuidados de saúde. O doente à entrada era avaliado por uma equipe que integrava técnicos de reabilitação e um médico fisiatra. A avaliação dos técnicos era direccionada para áreas específicas que, sendo reportadas ao médico, contribuía para que este estabelecesse o diagnóstico, elaborasse o plano de tratamento e prescrevesse os procedimentos terapêuticos a executar, sequencialmente, pelos técnicos.

A formação dos técnicos não concedia grau académico ou seja, não lhes era dada *licença* para actuação clínica autónoma. “Nessa época, consignava-se a total subordinação dos profissionais à profissão médica. Em todos os níveis organizacionais, a profissão médica tinha total domínio. [...] O recrutamento obedecia às regras vigentes na época, onde prevaleciam os valores morais e os bons costumes” (Coutinho, 2003 apud Pacheco, 2010).

Um médico, um diagnóstico, um plano, técnicos executantes e um doente circulante ou, por metonímia, um engenheiro, um conceito, um plano, operários e um produto circulante.

O acesso ao conhecimento teórico era materialmente restringido ao ponto de a aquisição de um tratado de fisiologia geral só ser possível mediante a apresentação de identificação como estudante de medicina. Estas barreiras ao desenvolvimento do conhecimento ajudavam a garantir a centralidade do comando da organização. O acesso

ao conhecimento reservado às estruturas de comando foi sendo aberto por práticas mais ou menos fraudulentas como usurpação de identidade para a aquisição de compêndios e a ajuda das *xerocópias* para a replicação de documentos.

A estrutura foi-se modificando também pelas contradições internas pois, mantendo os técnicos em regime de prescrição absoluta e exaustiva, cada vez que surgia um imprevisto na execução do plano a linha de montagem/tratamento tinha que parar, para ser reavaliada pelo médico/engenheiro-chefe, comprometendo a cada passo a eficiência do sistema. Parafraseando Graça Carapinheiro (Carapinheiro, 2005, p. 52), diremos que à medida que a organização social do trabalho envolve profissionais com um estatuto social e profissional mais elevado vai sendo predominantemente regulada pela sua autoridade e até porque “o trabalho complexo não pode ser realizado correctamente a não ser que seja efectuado sob o controlo do próprio operacional” (Mintzberg, 2010, p. 407). A autonomia dos diferentes agentes clínicos continua e continuará a ser um assunto de difícil gestão, tanto mais que a categoria profissional “verdadeiramente autónoma é a profissão médica” (Carapinheiro, 2005, p. 53). As tensões latentes geradas pela contradição entre autonomias e as relações de poder desiguais vão sendo muitas vezes ultrapassadas por processos de “eufemização que leva à escolha das palavras mais prudentes, à exibição de uma falsa modéstia (...) [e à negociação] dos saberes conservando-se intacta a relação de poder” (Carapinheiro, 2005, p. 190).

### 0.3 Descrição da Dissertação

*Não parece sensato penetrar na sombra, para a estudar, munidos do holofote que a projecta.*

A dissertação está estruturada em quatro capítulos: Enquadramento teórico, Estudo empírico, Proposta de intervenção e Conclusão.

No enquadramento teórico, para além da caracterização da Organização, procuraremos dar uma perspectiva de alguns conceitos que consideramos pertinentes para o presente estudo empírico e para a proposta de intervenção. Serão discutidos separadamente; uma amálgama em que, talvez contrariando alguma expectativa de hierarquização e de encadeamento, delimitam-se planaltos ou seja, parafraseando Deleuze e Guattari (2007, pp. 44-45), multiplicidades conectáveis com outras de forma a desenvolver um sistema acentrado.

Procuraremos traçar um mapa cognitivo, entendido como conjunto interactivo de conceitos (Le Boterf, 2003, p. 142), de modo a inferir o quadro teórico e conceptual que preside ao planeamento e execução das acções do processo de desenvolvimento

profissional. Procederemos, para tanto, à análise de conteúdo dos programas de acção e relatórios de actividade do Departamento de Formação, de documentos (publicados ou publicáveis) elaborados para levantamento das necessidades de formação ou desenvolvimento e de entrevistas a responsáveis pela gestão de Recursos Humanos. A análise documental constitui a base do estudo empírico utilizando as entrevistas como possíveis sinalizadores de particularidades e irregularidades sistémicas por referência aos padrões de actuação do Centro de Formação.

A metodologia seguida será Estudo de Caso com abordagem qualitativa. Optámos por este método porque, parafraseando Yin (2009, p. 185), o estudo deste *caso* cumpre certamente as exigências de significância ou seja, preenche as condições de ser de interesse público e as questões subjacentes terem interesse nacional em termos teóricos e práticos. Apesar de conscientes de que as informações quantitativas são muito relevantes para a tomada de decisão em Saúde Pública, preferimos optar por uma abordagem qualitativa tendo em atenção a opinião de Mckinlay de que “na saúde pública e em assuntos e relações sociopolíticas, devido à sua complexidade” (Mckinlay apud Flick, 2005, p. 269), é apropriado utilizar métodos qualitativos. Assim, dado que procuraremos explicitar os mecanismos de desenvolvimento de competências na organização, interessando fundamentalmente a sua tipificação, a análise qualitativa mostra-se como um método adequado.

A proposta de intervenção, será seguramente um esboço e sempre orientada por um modo que se quer extremamente invasivo mas, minimal nos meios e respeitador da ecologia organizacional para restringir os danos colaterais que usualmente as reestruturações implicam.

## CAPÍTULO I - ENQUADRAMENTO TEÓRICO

### 1.1 Apresentação da Organização

O Centro Hospitalar Lisboa Norte, E.P.E. (CHLN, E.P.E), criado em Março de 2008, engloba o Hospital de Santa Maria e o Hospital de Pulido Valente e integra o Centro Académico de Medicina de Lisboa. O CHLN, E.P.E. tem como missão ser “um estabelecimento de referência do Serviço Nacional de Saúde, desempenhando funções diferenciadas na prestação de cuidados de saúde, de formação pré, pós-graduada e continuada, bem como na área da investigação” (CHLN) e centrando a sua actividade “no primado do doente, através da prestação de cuidados de saúde diferenciados à população da sua zona de influência, abarca também a referenciação diferenciada em múltiplas áreas clínicas, no contexto regional, nacional e dos países de expressão portuguesa” (CHLN).

O processo de reorganização das condições estruturais e tecnológicas encetadas, nos últimos anos, nos dois Hospitais e continuadas enquanto Centro Hospitalar, têm-se traduzido num reconhecimento do incremento da actividade de assistência e da qualidade dos cuidados prestados com particular atenção à sua humanização. A qualificação das diversas classes profissionais tem sido alvo de múltiplas acções desenvolvidas pelo Centro de Formação, com particular incidência nas áreas das novas patologias, controlo da infecção hospitalar, grupos vulneráveis, saúde familiar, saúde ambiental, saúde e comportamento, bioética, promoção e garantia da qualidade da Organização e gestão dos Serviços de Saúde, da humanização no atendimento do público e das tecnologias de informação.

### 1.2 Premissas Ideológicas

*Guilherme Tell Tem os Olhos Tristes* (Alfonso Sastre)

A abordagem científica da realidade requer objectividade. Objectividade do sujeito e do objecto. Bourdieu (2008) considera que o investigador tem “tantas mais hipóteses de ser objectivo quanto mais tiver objectivado (...) [a sua] própria posição (social, universitária,

etc.) e os interesses (...) ligados a essa posição” (Bourdieu, 2008, p. 128). Entenda-se objectivo, no sentido dado por Kant, como algo válido para todos os que estejam na posse da razão ou, como Popper, algo que possa ser intersubjectivamente submetido a teste (Popper, 2008, p. 46).

Também a escolha das questões a investigar “não surgem do nada, em muitos casos têm origem naquilo que o investigador é, na sua história pessoal ou no seu contexto social. A decisão acerca de uma questão específica depende grandemente dos interesses práticos do investigador e do seu envolvimento num ou noutro contexto histórico e social” (Flick, 2005, p. 49).

O motivo fundamental para a escolha do tema da presente dissertação é termos verificado que, ao longo do nosso percurso académico e de formação profissional, na maior parte do tempo as pessoas demonstram algum enfado quando se fala de formação. Assistimos a numerosas acções de formação em que sentimos e percebemos nos outros que a motivação era quase sempre a necessidade de cumprir uma obrigação. Mesmo em acções de formação profissional, os formandos, supostamente interessados na matéria leccionada, acabam muitas vezes por ter um comportamento de adolescentes travessos que se agitam para afastar o tédio.

Quando, nas organizações em que temos trabalhado, se inquire sobre necessidades de formação vê-se algum entusiasmo em dar sugestões. No entanto, rapidamente se constata que ou não se acredita que as acções de formação sejam exequíveis ou que acabarão por ser pouco interessantes.

Supomos que o ensino escolar, baseado apenas na transmissão de conhecimentos, foi adequado para satisfazer as necessidades de mão-de-obra para a indústria e comércio mas que, quando se torna hegemónico, pode transformar-se num fardo.

A Escola enquanto arquétipo das acções de formação configura, nos seus aspectos mais relevantes, a fábrica ou o escritório. Caracteriza-se por horários rígidos assinalados por toques de campainha, por cadeiras desconfortáveis todas viradas na mesma direcção e por matéria estruturada sequencialmente. Os programas de ensino têm que ser cumpridos. Se o aluno se interessar mais por um tema e estiver disposto a aprofundá-lo sem se preocupar com o tempo dedicado a essa tarefa terá de o fazer em sobrecarga de trabalho ou sujeitar-se a não acompanhar o programa e reprovar. Já no século XIX Alexandre Herculano afirmava que:

Ao menino que tudo aprende, sobrecarregam-lhe a memória com milheiros de coisas inúteis, e pensam que fica sabendo algumas quando sai das aulas, mas em

breve se conhece que de quanto aprendeu nada compreendeu [e] o modo por que abusam da primitiva curiosidade dos meninos, a secura das narrações que lhes embutem, a inutilidade das explicações que lhes dão, o escárnio que fazem dos seus esforços, tudo isto os desgosta, os desmoraliza e assassina na sua origem aquele génio verdadeiramente filosófico, que de contínuo os impele a perguntar-vos, *mas como é isto? ... mas como se faz isto?* (Alexandre Herculano in Panorama 1837, vol I, p.216).

A motivação para aprender é alienada na escola tal como o trabalho na fábrica. A alegria não parece ser, de todo, um valor relevante nos processos dominantes de desenvolvimento de competências.

Traçado o ambiente ideológico e motivacional em que se empreende esta investigação, passamos a apresentar a nossa perspectiva de conceitos que utilizaremos neste contributo para uma análise do modo de desenvolvimento de competências na organização CHLN, E.P.E e na formulação de uma proposta de intervenção nesses processos. Apresentaremos também um rol de instrumentos de desenvolvimento de competências.

### 1.3 Clarificação de conceitos

Discutiremos os conceitos de competência, desempenho, metáfora, meme e rizoma porque os consideramos fundamentais tanto para a análise da organização como para a estrutura da investigação e proposta de intervenção.

Na clarificação de conceitos a **noção de competência** é, desde logo, incontornável. Tratemos da competência, ao estilo de Pierre Bourdieu (2007), “como se de uma coisa se tratasse” (Bourdieu, 2007, p. 65), pondo o ênfase no *como se*; como se de um substantivo se tratasse pois a substantivação de competência acarreta o risco de coisificação<sup>1</sup> do conceito. Como coisa, rapidamente se torna objecto apetecível para transacções comerciais ou para que se fale dela como entidade espiritual que pode incorporar ou possuir qualquer mortal. Podem parecer despiciendo estes aforismos mas,

---

<sup>1</sup> Utilizámos o conceito de coisificação formulado por Watzlawick, Beavin e Don D. Jakson (2004) que sobre ele escrevem – “Conceitos tais como os de liderança (...) aprendizagem e educação, (...) passaram a ser objecto de estudo minucioso. O perigo, é claro, é que todos esses termos, se forem pensados e repetidos bastantes vezes, acabam assumindo uma pseudo-realidade própria e, finalmente, ‘liderança’, o constructo, converte-se em Liderança, uma quantidade mensurável na mente humana que é, ela própria, concebida como um fenómeno isolado. Consumada essa coisificação, deixa de ser reconhecido que o termo é apenas uma expressão abreviada de uma forma particular de relação em curso” (Watzlawick; Beavin e D. Jakson, 2004, p.p. 23,24).

como veremos mais adiante na análise do conceito de formação, existem discursos que revelam incapacidade para consciencializar a coisificação do conceito.

Na pesquisa de conceitos, será importante a consulta a um dicionário. Nessa procura, da etimologia da palavra que designa o conceito e do(s) significado(s) consagrado(s) pela Linguística, apropriamo-nos dum sedimento semântico que ajuda ancorar a sua teorização. Assim, de acordo com o Dicionário Houaiss (2005), competência provém do latim *competentia,ae* e significa proporção, simetria, aspecto, posição relativa dos astros, derivada de *competere*, que significa competir, concorrer, procurar a mesma coisa que outro, atacar, hostilizar. No Dicionário Priberam, competência é direito, faculdade legal que um funcionário ou um tribunal têm de apreciar e julgar um pleito ou questão; capacidade, suficiência (fundada em aptidão); atribuições”. Ou ainda, “do latim *competens*, ‘o que vai com, o que é adaptado a’” (Le Boterf, 2003, p. 52). Temos o termo competência definido por atributos de localização adequada e harmoniosa, actividade enérgica, poder discricionário, completude e adaptação.

A introdução do conceito de competência “pode creditar-se ao psicólogo David McClelland” (Gomes et al., 2008. p. 540) que identificou a necessidade da criação de “um perfil de competências necessárias ao eficaz desempenho numa função, as quais deveriam depois ser medidas por testes diversos” (Gomes et al., 2008. p. 540). Esta formulação afirma claramente as competências como precedentes do desempenho e como realidades distintas, seleccionadas e agrupadas de modo adequado. A mesma precedência é patente em Gonçalves (2000) quando define competência como:

um conjunto integrado e estruturado de saberes, saber - fazer, saber - ser e saber - transformar, a que o sujeito terá que recorrer e mobilizar para a resolução competente das várias tarefas com que é confrontado ao longo da sua vida. Assumindo uma consciência crítica das suas potencialidades e recursos, bem como dos constrangimentos psicossociais em que se contextualiza, em ordem a realizar projectos viáveis nas várias dimensões da sua existência, pelo desempenho de outros papéis (Gonçalves, 2000).

Mário Ceitil (2007), numa revisão sobre os conceitos de competência, enumera “quatro perspectivas principais. As competências como atribuições, como qualificações, como traços ou características pessoais e como comportamentos ou acções” (Ceitil, 2007, p. 24). Este autor propõe ainda que se considerem as competências (note-se o plural) como “modalidades estruturadas de acção, requeridas, exercidas e validadas num determinado contexto” (Ceitil, 2007, p. 41) e situa-as claramente no exercício de actividades profissionais.



Esta definição de Ceitil, pela vinculação do conceito à acção (exercidas), aproxima-se já da proposta por Le Botterf para quem “não há competência senão posta em acto, a competência só pode ser competência em situação. Ela não preexiste ao acontecimento ou à situação. Ela exerce-se num contexto particular. É contingente. Há sempre ‘competência de’ ou ‘competência para’, o que significa dizer que toda a competência é finalizada (ou funcional) e contextualizada” (Le Botterf, 2003, p. 51). Esta finalização da competência parece-nos ter como raciocínio subjacente o aforismo milenar “pelos seus frutos os conhecereis” (Mateus 7,20).

Numa breve revisão bibliográfica encontra-se um sem número de definições. Existem traços comuns tais como a posse de conhecimentos e capacidades de várias categorias para lidar com as situações. Na competência (redundantemente, em acção) são discriminadas várias sub-competências, a jusante, inferidas da noção combinatória de Le Botterf ou, a montante, como Gonçalves (2000).

As noções de qualificação, capacidade e aptidão surgem ora como sinónimos ora como explicativos de competência. Propomos que se considere qualificação como a competência estimada ou, sem coisificar, um conjunto de conhecimentos adquiridos que se presume aumentar significativamente a probabilidade de ocorrência de comportamentos competentes; capacidade como o espaço passível de albergar um conjunto de qualificações e aptidão (idoneidade) como a qualificação (verificada) apropriada para o desempenho de uma tarefa. Contudo nenhuma destas entidades constitui um qualificativo desse desempenho; esse qualitativo é a competência.

Discute-se (só fazendo sentido em Inglês) a diferença entre *competence* e *competency*. Segundo Woodruffe, *competence* “refere-se a um conjunto de comportamentos que cada um deve mostrar possuir com vista a desempenhar as tarefas e funções de um trabalho com competência” (Woodruffe apud Domingues, 2003, p. 369) sendo *competency* “uma dimensão discreta de comportamento” (Woodruffe apud Domingues, 2003, p. 369). Torna-se possível elaborar uma lista de *competencies* e de *competences*. Esta distinção dentro do termo competência só é possível mantendo a confusão entre qualidade de desempenho, aptidão para o desempenho e discriminação de tarefas.

Quando se define competência como “um conjunto integrado e estruturado de saberes” (Gonçalves, 2000) requer-se, implicitamente, a possibilidade de discriminar os recursos (saberes) que cada um utiliza quando actua com competência. Essa discriminação muito possivelmente só aconteceria se conseguíssemos saber o que se passa na cabeça de um perito; mas, “o que se passa ‘na cabeça’ do perito em acção parece não ser delimitável, conhecimentos e tipos de raciocínios heterogéneos são operacionalizados

simultaneamente ou se cruzam, atalhos são tomados nas cadeias inferenciais, metáforas ou analogias intervêm ao longo do processo, induções margeiam raciocínios probabilísticos, algoritmos entram em competição com lógicas heterodoxas (lógicas vagas, modais, não monótonas, etc.) ” (Le Boterf, 2003, p. 62).

A competência surge também sempre relacionada com actividade profissional. Profissional, constituindo-se como uma categoria social externa ao indivíduo, entende-se como “aquele que sabe administrar uma situação profissional complexa” (Le Boterf, 2003, p. 37) dispondo de competências globais como treino emocional, consciência organizacional, capacidade de teorização e alto desempenho.

Há ainda, uma noção de evolução que é patente nos autores citados como demonstra, por exemplo, a afirmação de que “ser competente na situação de trabalho em 2000 já não significa a mesma coisa que ser competente em 1950 ou em 1970” (Le Boterf, 2005, p. 10). Pensamos que se alguma coisa evoluiu foi certamente a capacidade de alguns humanos para chegar a níveis de análise, cada vez mais elaborados, do conceito competência. Senão vejamos; imagine-se a competência necessária, há uns milhares de anos, para caçar mamutes com paus e pedras. Os nossos antepassados desempenhariam esse papel ocupacional protegidos por entes que, sendo criação das suas mentes, teriam características antropomórficas como caprichos, ódios, amores e desejos. Juntando à dificuldade da tarefa um ambiente hostil e a companhia de entes poderosos difíceis de controlar é plausível ter sido requerida uma enorme competência para a realizar. Também será plausível ter sido requerida, exercida e validada, uma enorme competência para a realizar os feitos de Carlos Magno, de Fernão de Magalhães ou de um gestor de 4ª vaga a fazer singrar uma empresa, subsidiária de outra empresa inserida num consórcio com cruzamento de participações a vários níveis, a actuar num ambiente letal de concorrência e especulação.

Se considerarmos, como Gonçalves (2000), que “as competências não se restringem às mobilizadas para o exercício das actividades profissionais (...) tendo incidências óbvias nas outras dimensões da vida (...)” e “que implicam o desempenho de outros papéis” (Gonçalves, 2000), o conceito extravasa o âmbito profissional e poderemos aproximarmo-nos de um conceito de competência como desempenho ocupacional. Este desempenho, segundo o Modelo Canadense de Desempenho Ocupacional, é descrito como “o resultado das interações entre a pessoa, o ambiente e a ocupação” e refere-se “à capacidade de realizar as tarefas de papéis ocupacionais de maneira satisfatória e apropriada para o estágio de desenvolvimento, cultura e ambiente do indivíduo” (Pedretti e Early, 2005, p. 4).

Uma última definição de competência, simples sem ser simplista, é a de Bartram et al. que lhe atribuem um carácter potencial e a definem como “ os atributos individuais necessários para que alguém produza os comportamentos desejados” (Bartram et al., 2002). Os atributos individuais remetem, mais uma vez para sua equivalência às noções de qualificação e habilitação.

Estamos convictos que a coisificação e dissecação da(s) competência(s) é uma perseverança dum habitus de matriz industrial e que, por outro lado, a panóplia de competências exigidas para o desempenho profissional são da ordem da pessoa no seu todo. Todos os sistemas de produção sempre se alimentaram de pessoas mas, enquanto a indústria seleccionava mãos hábeis e obedientes, agora requer-se corpo e alma.

Propomos que se considere competência apenas como valor do desempenho e então, em última análise, competência será um qualificativo para um desempenho ocupacional de uma excelente pessoa possuidora dos conhecimentos adequados para fazer regularmente coisas nominalmente perfeitas, quer faça chuva quer faça sol e ainda, ser capaz de improvisar, inventar e explicitar esse desempenho. Simplificado o conceito de competência ficamos com a enorme e difícil tarefa de discriminar e definir os desempenhos adequados.

Para clarificar a nossa perspectiva sobre o **conceito de desempenho** parto da definição dada por Fuller e Farrington (2001) que entendem o desempenho como resultado dos comportamentos no trabalho e que “este desempenho (...) habitualmente é medido em termos de resultados desejados e valorizados pela organização” (Fuller e Farrington 2001, p. 41). Notemos que esta definição amarra o desempenho aos resultados; torna-se, a par com a competência, uma realidade que se constitui ao ser presumível (cognoscível) a partir dos resultados (frutos).

Tanto na definição do Dicionário Houaiss como numa definição encontrada na Wikipédia, o desempenho, para além de ser um conjunto de características ou capacidades de comportamento e rendimento, é equivalente a actuação ou performance concebida como a uma actuação teatral muito personalizada. Actuação como a de Beuys que “passou horas sozinho na Galeria Schmela, em Düsseldorf, com o rosto coberto de mel e folhas de ouro, carregando nos braços uma lebre morta, a quem comentava detalhes sobre as obras expostas” (<http://pt.wikipedia.org>).

Para quem trabalha numa organização de prestação de cuidados de saúde muitas vezes o desempenho toca a actuação teatral pois a emoções têm que ser geridas de forma a serem suficientemente autênticas para o equilíbrio emocional dos pacientes e, ao mesmo tempo, suficientemente falsas para manter, por um efeito de distanciação, a capacidade

de decisão e a integridade psicológica do profissional. Para um hospital são carreados todos os sofrimentos possíveis do Homo Sapiens e o desempenho pedido aos profissionais é o restabelecimento da saúde ou seja o restabelecimento do “completo bem-estar físico, mental e social” (OMS).

O desempenho é usualmente padronizado, no que aos procedimentos técnicos diz respeito, por protocolos de actuação e quantificação de actos praticados. No entanto, tendo em conta que um Hospital tem uma estrutura organizacional assente na autonomia de classes profissionais (Mintzberg, 2010, pp. 379-456), a definição de desempenho tem que ter em conta, entre outros factores, a correlação de forças ou grau de cooperação entre classes. Introduce-se assim a necessidade de relacionar o desempenho ou resultado dos comportamentos com os *inputs* organizacionais (Fuller e Farrington, 2001, p. 39).

Os inputs organizacionais se forem pobres ou desajustados face aos resultados desejados podem forçar os trabalhadores a adivinhar quais são os objectivos que a organização pretende que alcancem (Fuller e Farrington, 2001, p. 40). Esta perspectiva do desempenho coloca em jogo o comportamento do profissional. Esse comportamento determinado ou, pelo menos, fortemente influenciado, pelos recursos individuais é por sua vez decisivamente condicionado pelo ambiente laboral. O desempenho surge como a resultante dos vectores capacidade individual e ambiente laboral.

O desempenho, também segundo Fuller e Farrington, é influenciado pelas suas consequências. Os autores realçam os casos em que um bom resultado ou desempenho é prejudicado ou mesmo evitado como por exemplo quando existem “desempenhos correctos ignorados”, “punição de desempenhos adequados”, “desempenhos incorrectos ignorados” e “recompensa de desempenhos incorrectos” (Fuller e Farrington, 2001, p. 42). Obter um bom resultado, desempenho ou performance depende assim, para além das capacidades individuais e do meio ambiente, das consequências que advêm para o trabalhador.

Pede-se para a optimização do desempenho, aptidões individuais, objectivos claros, recursos da organização e consequências adequadas. “Depois de estarem definidas as consequências, estas precisam de ser transmitidas aos indivíduos e à organização” (Fuller e Farrington, 2001, p. 42), ou seja, é indispensável um *feedback* regular sobre o desempenho e suas consequências para modificar o seu comportamento.

O **conceito de metáfora** deverá ser chamado à colação. A metáfora é uma condensação de significado. Como concentrado que é, pode produzir efeitos devastadores. A formação clássica pode ser entendida como uma forma de diluição da metáfora. A metáfora “quem vê caras não vê corações”, lembrada por Damásio (2010), é

um excelente exemplo de uma condensação de significado mas, para um profissional de saúde, a metáfora mais adequada pode ser, ver os corações pelas caras (e.g. Escala de Avaliação da Dor). Esta é uma metáfora que deve ser concretizada em termos passíveis de serem redigidos e transmitidos em programas formativos. As moléculas esparsas no diluente podem ser mais facilmente algoritmizáveis e traduzir-se, por exemplo, numa acção de formação na área temática “Humanização dos Cuidados de Saúde”. A metáfora na sua forma mais usual de provérbio ou adágio tem todas as características de meme que sendo transmitida oralmente, tende a ser muitas vezes repetida e configura uma forma de meme potencialmente replicador.

O **conceito de meme** (abreviatura de mimeme, raiz grega para memória, criado para ser fonologicamente semelhante a gene), como unidade discreta de informação, introduzido por Richard Dawkins (2010), terá na presente dissertação um papel importante no processo hermenêutico de análise dos dados sendo crucial na proposta de intervenção na organização que formularemos no final. Dawkins dá como exemplo de memes modas, melodias, ideias ou maneiras de fabricar objectos (Dawkins, 2010, p. 263). Os memes enquanto unidades discretas de informação podem transmitir-se de cérebro para cérebro e tem características de fidelidade da cópia, de fecundidade e longevidade. Este autor introduz também a ideia de parasitação ou infecção na transmissão do meme.

Adequado a uma leitura não linear da realidade surge o **conceito de rizoma**. Ser deus é uma aspiração muito antiga dos humanos. Há aproximadamente 6000 anos criamos um deus onipotente, onisciente e omnipresente. Entretanto, chegámos já bastante perto da onipotência com a bomba atómica e as escavadoras de minas a céu aberto. Chegámos bastante perto da onisciência com a quantidade de informação acumulada em todas as infopédias do mundo. A ubiquidade está aí com a *World Wide Web*. A rede ou teia que, curiosamente continua a ser entendida como malha bidimensional, deveria ser denominada rizoma pois obedece aos “1º e 2º Princípios de conexão e de heterogeneidade, qualquer ponto de um rizoma pode ser conectado com qualquer outro, e tem de sê-lo [e] é muito diferente da árvore ou da raiz que fixam um ponto de ordem” (Deleuze e Guattari, 2007, p. 25).

A concepção da realidade como uma estrutura rizomática é uma metáfora claramente vantajosa pois permite visualizar as concentrações de informação e as interacções não lineares entre elas mas, convém reter que por mais evidente que um rizoma se configure é sempre um acordo fugaz entre subjectividades em presença; é apenas e só um modelo de apreensão da realidade. Esta nossa adesão ao conceito de rizoma só é perturbada pelo tom proselitista posto por Deleuze e Guattari no seu desenvolvimento e o carácter

maniqueísta da oposição entre rizoma e raiz; os autores não resistem à oposição entre estrutura radicular e rizomática, “contra os sistemas centrados (mesmo poli centrados) com comunicação hierárquica e ligações pré-estabelecidas, o rizoma é um sistema acentrado, não hierárquico e não signficante, sem General, sem memória organizadora ou autómato central, unicamente definido pela circulação de estados” (Deleuze e Guattari, 2007, p. 44).

Se introduzirmos o conceito de fractal de Mandelbrot (1991) a realidade configura-se como raiz ou rizoma dependendo do grau de resolução com que a abordamos. A realidade Centro Hospitalar se for vista com grau de resolução adequado ao organigrama apresenta uma estrutura piramidal e reticulada. Esta estrutura radicular é claramente visível na cadeia de comando. No entanto, mesmo uma cadeia hierárquica, em que por exemplo a prescrição médica prevalece sobre a actuação dos agentes clínicos não médicos, esta pode ser quebrada em caso de emergência se se verificar que o seu cumprimento causará danos irreparáveis no utente (e.g. mudança súbita e inusitada do estado do paciente). A contingência acciona uma política de cooperação das autonomias profissionais (Mintzberg, 2010) e então a hierarquia formal, existente num grau de resolução organograma, transforma-se em heterarquia funcional no grau de resolução utente. A raiz linearmente furcada (prescrição), quando adequadamente estimulada (emergência), transforma-se em caule (diagnóstico autónomo) e ficamos no domínio do rizoma. O aspecto formal da raiz (prescrição médica) mantém-se mas, de facto, é um começo de outra planta.

## 1.4 Recensão de Instrumentos de Desenvolvimento

Analisemos agora os instrumentos de desenvolvimento de competências que serão apresentados de uma forma sucinta importando realçar as suas características essenciais.

A escolha da formação, comunidades de prática, *coaching*, supervisão, mentoria, tutoria e grupos Balint, como instrumentos de desenvolvimento de competências deve-se ao facto de serem os mais vezes mencionados na bibliografia consultada.

Comecemos pelo instrumento mais vulgarizado, a **formação**. Formação é dar forma. O objecto da acção de dar forma é um ser humano; isto implica que se pretende dar forma a um sistema complexo, com história, cultura, autonomia e direitos sociais. A pessoa para receber formação, ser moldado, deve aceitar ser modificado pelos conteúdos da formação para poder aumentar o saber, saber fazer, saber ser e estar e aprender a aprender (Gomes et al., 2008. p. 377).

A formação aparece quase sempre, na literatura, como substantivo, [ “A formação é um dos condicionantes da qualidade” (Imperatori, 1999, p. 158)]. Este carácter de coisa, (o que é uma coisa? – em Heidegger) fragmento de realidade, implica também a possibilidade da somatividade e acumulação. É comum usarmos expressões como, “tenho uma formação” ou “fiz várias formações”. Alguém afirma “Uma visão do professor como profissional pleno, (...) requer o reequacionamento das lógicas curriculares das formações iniciais” (Roldão, 2007). A expressão *formações iniciais* parece significar uma segmentação. Esta segmentação não será só o reflexo da duração limitada no tempo, mas também do facto da formação constituir a transmissão de um conjunto determinado e prescrito de conhecimentos. Formação é sinónimo de programação, leccionação e avaliação. O programa desenrola-se em dois níveis; programação dos conteúdos e programação da acção de formação. Na programação da acção formativa, entendendo-se programação como um escrever na frente ou um afixar a ordem do dia (Dic. Houaiss), sendo seleccionados e agrupados os assuntos ou matéria (madeira) estabelecem-se os meios e o modo de leccionação e estabelece-se a forma de avaliar a existência de conhecimentos transmitidos aos formandos; complementarmente pode ser avaliado o grau de satisfação dos formandos relativamente ao processo formativo.

O conceito de formação surge também ligado a acréscimo de competências pois, “a formação tem como objectivo aumentar as competências e os conhecimentos das pessoas” (Fuller e Farrington, 2001, p. 25) e o acumular de competências tem como objectivo, muitas vezes implícito, melhorar o desempenho. No entanto, a aplicabilidade dos conhecimentos obtidos na formação e a relação com a modificação de comportamentos com consequente melhoria no desempenho são objecto de controvérsia pois, como afirma Caetano (2007), “do ponto de vista da pesquisa empírica, a análise dos efeitos reais da formação tem sido relativamente escassa e não permite sustentar linearmente a crença referida de que a formação melhora efectivamente o desempenho” (Caetano, 2007, p. 20).

Outro aspecto recorrente na literatura é a necessidade da formação ser teorizada de modo a torná-la mais abrangente na sua acção. “A mudança para um paradigma de formação de professores intelectuais inverte a polaridade da Racionalidade Técnica e caminha em direcção a uma crescente competência, autonomia e crítica, habilidades importantes para o fortalecimento da identidade do professor e da sua classe” (Pereira e Allain, 2006). Ressalvando a admiração que nos suscita o facto de poderem existir professores não-intelectuais, estes autores definem formação como algo que promove habilidades; a saber: competência, autonomia e crítica. A formação será um processo para adquirir competência, autonomia e capacidade crítica mas, sendo teorizada desta

forma, somos levados a pensar que quando se quer explicar a realidade com um conceito demasiado abrangente corre-se o risco de o desvirtuar. Atenha-se a formação à forma depurada de um processo planificável de transmissão de conhecimentos e poderá, parafraseando Fuller e Farrington (2001), apesar de não contribuir significativamente para o alcance de um desempenho máximo, revelar-se muito importante quando se trata de melhorar o desempenho. Estes autores afirmam também que quanto mais baixo é o nível do trabalhador maior é o efeito da formação na melhoria do desempenho (Fuller e Farrington, 2001, p. 48). Propomos que se considere esta perspectiva do conceito formação como formação clássica.

As **Comunidades de Prática** deverão ser um instrumento útil dado que “o mais importante canal de transferência do conhecimento no interior das organizações são as conversações pessoais (...)” (Serrano e Fialho, 2005, p. 90). Entenda-se por Comunidade de Prática “um grupo de pessoas que partilha um interesse, digamos um problema que enfrentam regularmente no trabalho ou nas suas vidas, e que se junta para desenvolver conhecimento de forma a criar uma prática em torno desse tópico” (Wenger, 2006). A *intranet* dum Centro Hospitalar é um ambiente excelente, e já disponível, para a formação dessas comunidades. Nas comunidades formalizadas, a necessária verbalização da prática para partilha de informação interpares, permite seguramente explicitar e *capturar* muito do conhecimento tácito existente. Fazemos notar que este processo de produção e partilha de conhecimento não exige o levantamento de necessidades de formação e pode, pelo contrário, ser a origem de pedidos de realização de acções de formação concretas.

O **Coaching** é outro processo de intervenção direccionado para a melhoria do desempenho em que o *coach*, segundo a definição da *International Coach Federation* (ICF), criando “parcerias com os clientes num processo criativo e provocador do pensamento (...) os inspira a maximizar o seu potencial pessoal e profissional”. *Coach* tem origem no nome da cidade húngara Kocs onde foram construídas, no século XV, carruagens especiais que lhe ficaram com o nome e mais tarde, por extensão de sentido, este foi atribuído aos treinadores desportivos (Barosa-Pereira, 2008, p. 23).

O sentido fundamental deste instrumento de desenvolvimento pessoal e profissional reporta ao transporte. Fala-nos de alguém que é conduzido de um estado a outro; esta condução pressupõe, no entanto, que nem o caminho nem o destino são conhecidos do passageiro. Cabe ao *coach* propor metas e caminhos, negociando com o cliente a melhor maneira de as atingir e os percursos mais adequados. Barosa-Pereira (2008) afirma que o *coaching* não é nem uma aprendizagem de uma técnica, nem um conselho sobre o



saber-fazer, mas sim um meio de descobrir e de experimentar os aspectos inutilizados do seu próprio potencial.

Catalão e Penim (2010) consideram que a principal ferramenta do coaching é a formulação de perguntas poderosas que possam levar à tomada de consciência ou, acrescentaríamos nós, à mudança de consciência sobre o comportamento. A resposta a estas perguntas constituem o desencadear duma “acção sistematicamente programada para provocar mudanças válidas nas pessoas (...)” incidindo “nos conhecimentos, na compreensão, nas competências, nos desempenhos e na qualidade de vida” (Santos, N. R., 2006, apud Barosa-Pereira, 2008, p. 27). A colocação de perguntas pode também ser mais importante que procurar respostas pois a essência de um problema humano universal é que “quando encontramos uma solução e, enquanto a tentámos encontrar, pagámos um preço relativamente alto em ansiedade e expectativa, o nosso investimento nessa solução torna-se tão grande que podemos preferir distorcer a realidade de forma a acomodarmos a realidade à nossa solução do que sacrificar esta última” (Watzlawick, 1991, p. 56). O *coaching* poderá ser a viagem na cidade onde moramos e a qual não conhecemos suficientemente bem. Sugiro que, usando uma analogia matemática, o *coaching* está para a formação como a álgebra está para a aritmética. Buscam-se fórmulas de desenvolvimento e não tanto o incremento linear de conhecimentos.

A **Supervisão**, definida por Ooijen (2000), como um processo reflexivo que leva o supervisor a ver a sua prática de diferentes ângulos. Este engloba a planificação, a observação, a análise e a avaliação. A supervisão entendida deste modo distingue-se da supervisão de tarefas em que o objectivo é estritamente detectar falhas e corrigi-las. O conceito de supervisão formativa tem a sua origem na supervisão clínica no quadro da psicanálise. É um momento de reflexão sobre a prática em que o supervisionado é levado a questionar-se sobre como se vê a desempenhar a sua actividade. Mais do que a correcção da actividade procura-se encontrar as resistências internas que prejudicam o desempenho bem como capacidades para o melhorar. A supervisão pode ser individual ou em grupo e supervisor deve, para além da capacidade de suscitar a reflexão sobre o desempenho, ter também profundo conhecimento sobre a actividade do supervisionado.

A **Mentoria** (*mentoring*) é o acompanhamento da acção seja ela percurso académico, percurso de vida ou exercício profissional. Tem características de movimento e de pouco condicionamento por programa prévio. A palavra mentor (do latim *mentor, oris*, do antropónimo grego *Mentor*) é derivada (por metonímia) de Mentor, personagem da Odisseia, poema escrito por Homero no século VIII antes de Cristo. Esse poema conta a história do retorno do rei Ulisses (ou Odisseu) à sua terra, Ítaca, após a vitória na guerra de Tróia. Mentor é amigo e conselheiro do rei. Quando partiu para a guerra, Ulisses

confiou sua mulher Penélope e seu filho Telêmaco a Mentor. Passaram-se 20 anos; a família de Ulisses está humilhada e cerceada pelos pretendentes ao trono de Ítaca. O poema mostra o desenvolvimento de Telêmaco e a importância de Mentor para o seu desenvolvimento (Botti e Rego, 2008). Actualmente, o significado crucial do termo mentor está ligado à relação de suporte entre um profissional mais maduro e experiente, e outro, em formação ou recém-chegado à profissão. Esses dois profissionais, com diferentes idades, personalidades, estágios de vida e *status* profissional, desenvolvem, por certo período de tempo, uma relação que vai acrescentar conhecimentos e capacidade de tomada de decisões à história de ambos (Botti e Rego, 2008).

A mentoria permite ensinar “com base no não-fazer e no desaprender” (Metz, 1997, p. 17). O processo de mentoria não se centra na transmissão de conhecimentos sobre uma actividade concreta; constitui-se um meta-discurso sobre a actividade (tarefa ou vida) do *mentorado*. O mentor não prevê o caminho mas, conhecendo bem as tarefas, pode antecipar erros e falhas e pode encaminhar para melhores soluções ou alargar prospectivamente as opções. Será um companheiro de viagem mais experimentado, capaz de aconselhar e dar suporte e que reconhece que “na aprendizagem, tal como na vida, o poder tem que ser partilhado” (Metz, 1997, p. 43). “O coração do *mentoring* está no desenvolvimento da habilidade de diálogo e interacção entre o mentor e o protegido. O mentor deve actuar como catalisador para explorar situações (...)” (Chiavenato, 2002, p. 135). Poderemos dizer que é uma figura paternal ou maternal em que a autoridade não é intrínseca mas advém do reconhecimento da maior experiência e sabedoria. Chiavenato afirma também que a mentoria eficaz melhora resultados organizacionais com aumentos dos níveis de desempenho e que para os mentores, principalmente aqueles já idosos e em preparação para futura aposentação, o papel de mentor pode oferecer novos desafios e renovar o entusiasmo e a motivação pessoal.

A **Tutoria** caracteriza-se por um acompanhamento num processo de aprendizagem em que existe controlo permanente para que esta se mantenha dentro dos parâmetros definidos. “Tutor designa o professor que se preocupa em ensinar o aluno a ‘aprender a aprender’ (...) no campo da medicina, denomina-se tutor aquele que orienta a formação de profissionais já graduados e que actuam no sistema de saúde” (Botti e Rego, 2008). Tutor pressupõe, de acordo com a origem do termo um campo semântico de protecção e subordinação. É um instrumento particularmente adequado para desenvolvimento de competências em que seja exigida uma responsabilidade profissional muito elevada. Enquanto num processo de mentoria a relação é assimétrica mas não necessariamente de subordinação, na tutoria a subordinação ao tutor é claramente definida. É uma relação em que faz sentido o adágio: *quem dá o pão dá a educação*.

Finalmente apresentamos os **Grupos Balint**. Estes grupos criados por Balint após a segunda Guerra Mundial, perante as necessidades patenteadas pelos familiares de soldados falecidos ou mutilados na guerra. Balint foi discípulo de Ferenczi e como ele, dava uma importância determinante à contra-transferência ([www.elmurocultural.com](http://www.elmurocultural.com)). Em situações de dificuldade no relacionamento com os pacientes ou entre os membros da equipa, a formação de Grupos Balint pode ser um auxiliar precioso para harmonizar e melhorar o desempenho. Os grupos coordenados por psiquiatras ou psicólogos clínicos favorecem a compreensão da dinâmica emocional e relacional, inerente ao trabalho clínico e à relação interpares, ao permitir que os fenómenos de contra-transferência do terapeuta (cuidador) sejam analisados num ambiente reflexivo e não punitivo.

Balint partiu dos modelos da psicanálise para delinear o seu método de trabalho, condicionado por contingências teóricas, materiais e operacionais e tendo seguramente em atenção a afirmação de Ferenczi para quem “a personalidade do médico tem muitas vezes uma influência mais profunda no doente do que a droga prescrita”.

Os modelos de supervisão analítica implicavam a dupla análise; a análise do paciente e a do psicoterapeuta. Este método revelava-se muito dispendioso e demorado para além de que aquilo que ele procurava não era instituir uma psicoterapia do médico. Procurou então criar uma situação em que a explicitação e discussão dos processos de contra-transferência do clínico, largamente baseada em mecanismos automáticos face às transferências do paciente, não revestisse um carácter de terapia e muito menos um processo de ensino e aprendizagem.

Nos “seminários de investigação não se dispunha de meios para a análise pessoal” e por isso “o mais importante material utilizado era a contratransferência do médico, isto é, as suas convicções científicas, os seus padrões automáticos de reacção, etc.” (Balint, 1998, p. 266). O objectivo era ajudar o médico a “tornar-se mais sensível ao que está a acontecer, consciente ou inconscientemente, na mente do paciente, quando médico e paciente estão juntos” (Balint, 1998, p. 267).

Propôs a formação de grupos de 8 ou 9 elementos em que os participantes expõem um caso para que seja discutido pelo grupo. A discussão é dinamizada pelo coordenador. O relato do caso não incide sobre os aspectos clínicos mas sim sobre a relação estabelecida entre o médico e o paciente. Estes grupos, que por motivos óbvios ainda não tinham o nome do seu criador, eram chamados por ele de grupos de investigação/acção e foram servindo para formular o *problema* da investigação ao questionar “porque é que, com tanta frequência, e apesar dos melhores esforços de ambos os lados, a relação entre paciente e médico é insatisfatória e mesmo infeliz?” (Balint, 1998, p. 24). Balint opera,

por metáfora, a ruptura necessária à problematização e coloca a questão “porque é que a substância *médico*, apesar de uma aparente e conscienciosa prescrição, não funciona como se desejava? Quais são as causas desta situação indesejável e como pode ser evitada?” (Balint, 1998, p. 24).

Na altura em que iniciou a constituição destes grupos a actuação clínica era, virtualmente, reservada aos médicos. Nos dias de hoje o relacionamento clínico é partilhado por diversas classes profissionais, nomeadamente psicólogos, enfermeiros e terapeutas. Faz sentido, neste contexto, que esses profissionais também utilizem esta ferramenta de crescimento profissional em grupos corporativamente homogéneos ou até mesmo em equipas pluridisciplinares.

## 1.5 Sinergia dos Conceitos Perspectivados

*Está na hora de embalar a trouxa e zarpar - José Afonso*

Traçada a perspectiva dos conceitos coloca-se a questão do porquê desta selecção. Quisemos constituir uma caixa de ferramentas que, parafraseando Guy le Boterf (Le Boterf, 2003, p. 123), a partir das suas variadas combinações possíveis nos possamos adaptar às características do estudo empírico. Uma caixa leve como uma trouxa. Conceitos económicos mas potentes.

Na apresentação da proposta de dissertação, à Instituição Académica, indicámos como objectivo da investigação o estudo do levantamento de necessidades e acções de desenvolvimento de competências num centro hospitalar. Ao elaborar a fundamentação teórica da presente investigação apercebemo-nos que tínhamos assimilado o conceito de competência como o conjunto de saberes e não como um qualitativo da acção. Os saberes e o saber articular saberes podem ser directamente desenvolvidos mas, a competência não. Esta escolha proveio de, à data da proposta, termos aceiteado como dado adquirido as definições de competência emergentes da bibliografia consultada no período de formação escolar. Reconhecemos ter coisificado o conceito de competência.

Aptidão, no sentido que perspectivámos, exige o comprovativo de qualificações e a demonstração de capacidade para um determinado desempenho. Estar apto requer o reconhecimento pela organização de que, com elevado grau de probabilidade, o desempenho ocorrerá dentro dos padrões por ela desejados ou exigidos ou seja, em modo competente. Este sentido de potencial, reforçado pela definição de Bartram et al. (2002) de competência potencial, tomada como os atributos individuais necessários para alguém produzir os comportamentos desejados, leva a considerar que o uso do termo

aptidão poderá ser o mais adequado para designar o que muitos autores definem como competência.

Debruçámo-nos também sobre a definição de técnicas e instrumentos de desenvolvimento de aptidões os quais iremos verificar se, ou como, são utilizadas no desenvolvimento pessoal e profissional no Centro Hospitalar.

## CAPÍTULO II - ESTUDO EMPÍRICO

### 2.1 O Problema de Investigação

Retomamos a proposição deste estudo - inferir o quadro teórico e conceptual que preside ao planeamento e execução das acções do processo de desenvolvimento profissional num Centro Hospitalar E.P.E., traçando “um mapa cognitivo, entendido como conjunto interactivo de conceitos” (Le Boterf, 2003, p. 142) - para definir o problema de investigação, a metodologia e os procedimentos. O problema desta investigação incorpora o obstáculo, a armadura e uma proposta de pergunta.

Inicialmente propusemo-nos estudar o processo de desenvolvimento de competências nos Centros Hospitalares E.P.E. da Região de Lisboa e Vale do Tejo. A disponibilidade de tempo e a dificuldade em obter autorizações para realizar a investigação tornaram-se imediatamente obstáculos difíceis de transpor. Optámos, por força das circunstâncias, pela redução do campo de investigação a um Centro Hospitalar. São obstáculos materiais com implicações teóricas pois colocam-se como questões centrais a relevância e delimitação do objecto. O caso processo de desenvolvimento de competências neste Centro Hospitalar cumpre certamente exigências de significância. Sendo o maior Centro Hospitalar do País, com uma Faculdade de Medicina integrada no seu funcionamento e cerca de 6500 funcionários, tem seguramente uma dimensão que a sua investigação, mesmo não permitindo generalizações para compreender sistema hospitalar português, contribuirá com elementos (dados objectivos) para o desenhar de outros estudos sobre a Instituição Saúde e as organizações hospitalares em Portugal. Este caso preenche as condições de ser de interesse público e as questões subjacentes terem interesse nacional em termos teóricos e práticos (Yin, 2009, p. 185); A ligação entre a delimitação do objecto e a metodologia evidencia-se no estabelecimento dos *processos documentados* como objecto de estudo e na opção por estudo de caso com abordagem qualitativa. A hermenêutica dos textos (documentos e transcrição de entrevistas) terá de fornecer uma descrição objectiva dos factos (procedimentos) e uma narrativa coerente do funcionamento da organização no aspecto em estudo.

Para definir a abordagem metodológica socorremo-nos fundamentalmente de dois autores, Robert K. Yin (2009) para o desenho do estudo de caso e Uwe Flick (2005) para a abordagem qualitativa. Yin (2009) considera que para realizar um bom estudo de caso o investigador deve fazer boas perguntas e interpretar as respostas, ser bom ouvinte e não ficar preso às suas ideologias ou preconceitos, adaptar-se e ser flexível face aos desenvolvimentos da investigação, manter mão firme no assunto em investigação e não estar polarizado em noções preconcebidas mesmo aquelas que advêm da teoria (Yin 2009, p. 69). Expusemos no enquadramento teórico as noções preconcebidas para que os possíveis enviesamentos sejam mais evidentes e demonstraremos que as perguntas colocadas na análise dos textos são pertinentes e que a sua interpretação é adequada.

Podemos definir este estudo como uma etnometodologia questionando “o modo como as pessoas produzem a realidade social [organizacional] nos seus processos de interacção [tendo] como preocupação central o estudo dos métodos utilizados por elas para a produção da realidade quotidiana” (Flick, 2005, p. 20).

Considerando que “a forma como for efectuado o diagnóstico e levantamento de necessidades de formação será determinante para o sucesso ou insucesso de todo o processo formativo” (Coiteiro, 2008, p. 210), procuraremos qual o método de diagnóstico das necessidades de formação enquadrando-o numa ou mais das seguintes abordagens, “(...) *survey [pesquisa]* das necessidades de formação, análise das funções, estudo das competências, análise de performances [desempenho]” (Oliveira e Rocha, 2007, p. 154).

Procederemos à análise dos dados recolhidos na expectativa de perceber os processos a montante da decisão de uso de instrumentos de desenvolvimento de competências, formulando a pergunta (ou inquirição): Como se procede, num Centro Hospitalar E.P.E., para a tomada de decisão sobre acções de desenvolvimento de competências e qual a forma como são implementadas na organização?

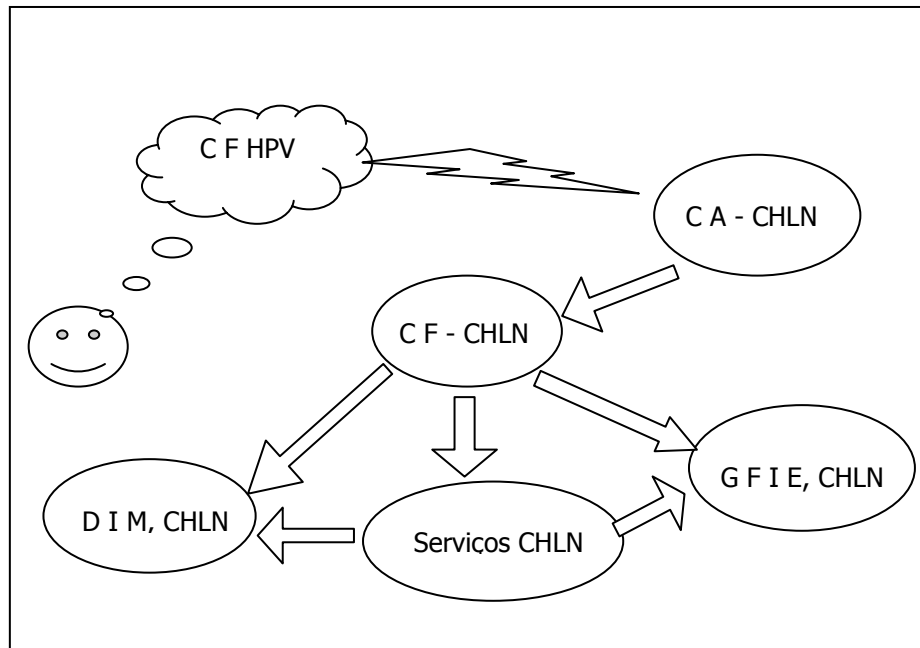
## 2.2 Procedimentos

Conforme o enunciado na introdução passamos a descrever os procedimentos para recolha de dados.

Tomámos a iniciativa de conversar com a Directora do Centro de Formação do Hospital de Pulido Valente (à data estava em andamento o processo de criação do Centro Hospitalar). Dado que ainda não tínhamos autorização superior para fazer a investigação, houve uma grande reserva no acesso a documentação. No entanto a conversa informal foi suficiente para ficarmos com a sensação de que a recolha de necessidades de

formação estava direccionada para a formação e que conceitos de desenvolvimento pessoal integral ou a utilização de outras técnicas de desenvolvimento profissional e pessoal pareceram estar ausentes tanto nos programas como nas preocupações da responsável pelo departamento. Foi referido que o modo de actuação do Centro de Formação do Hospital de Pulido Valente (HPV) era muito semelhante ao do Hospital de Santa Maria (HSM).

Figura 1 - Percurso do investigador



Esta primeira abordagem levou à consolidação da questão de investigação e serviu, também para formular o pedido de autorização ao Conselho de Administração (Apêndice A). Recebida a autorização do CA (Apêndice B) contactámos o Centro de Formação do Centro Hospitalar. Fomos recebidos pela Directora e por uma Coordenadora Pedagógica tendo feito o registo deste primeiro contacto (Apêndice C). Solicitámos o acesso aos planos e relatórios de actividade do CF, às cartas enviadas aos Directores de Serviço e respostas bem como aos programas das acções de formação. Neste contacto fomos informados que para além do CF existiam mais duas estruturas de formação, a saber, o Gabinete de Formação e Investigação em Enfermagem /GFIE) e a Direcção de Internato Médico (IM); assim, pedimos entrevistas com o Director de Internato Médico e com as Responsáveis pelo GFIE. Contactamos também, para entrevista, Directores de Serviço, Enfermeiros-chefes e uma Coordenadora de TDT e um membro do Conselho Técnico.

Para complementar os achados documentais realizámos entrevistas a responsáveis por desenvolvimento de competências. Tonette Rocco (2003) afirma que, na discussão da



colecta de dados, é insuficiente declarar que “foram realizadas entrevistas” e que os detalhes no desenho dos instrumentos devem incluir informação de como foram desenvolvidos. A primeira opção foi tomada em relação ao tipo de entrevista. Optámos por entrevista semi-directiva pois, de acordo com a questão de investigação, era necessário que os respondentes dessem informação sobre como procedem para identificar as necessidades de desenvolvimento de competências e decidir que tipo de instrumentos a utilizar para responder a essas necessidades.

As entrevistas realizadas foram condicionadas certamente por múltiplos factores que importariam explicitar. No entanto, por serem seguramente factuais, seleccionamos três como mais pertinentes: o facto de quem investiga ser funcionário do Centro Hospitalar e ser reconhecido como colega por alguns dos entrevistados, a escassez de tempo disponível para conceder a entrevista sendo roubado à azáfama dos respondentes (‘tem 15 minutos que possa dispensar?’) e a entrevista não ser gravada.

A opção de não gravar as entrevistas foi uma decisão tomada com base na rejeição ou indícios de incomodidade dos entrevistados quando colocados perante a hipótese de registo áudio ou vídeo. Optámos pela forma de registo escrito em tempo real como forma de garantirmos um maior número de entrevistas.

O guião da entrevista constitui-se numa pergunta desencadeadora seguida de pequenos ajustes para manter o discurso dentro do tema e uma pergunta final sobre outras técnicas ou instrumentos de desenvolvimento.

A primeira pergunta - como é que se processa o desenvolvimento de competências no seu Serviço ... o levantamento de necessidades...? - é deliberadamente vaga nos termos utilizados. Propositadamente não nos referimos ao diagnóstico das necessidades de desenvolvimento e à avaliação de desempenho e nem mesmo usámos o termo formação; quisemos evitar, no limite do possível, usar qualquer termo que deixasse transparecer a nossa presunção inicial. O facto de se mencionar ‘o seu Serviço’ pretendeu reconhecer tacitamente a autonomia dos Serviços nos processos de desenvolvimento de modo a permitir a explicitação dos processos de decisão quanto ao diagnóstico de necessidades de desenvolvimento, escolha de instrumentos e acções desenvolvidas. A segunda questão - outras formas de desenvolvimento, como coaching, grupos balint, mentoria, supervisão...? - seria colocada para suscitar a menção a outras formas e instrumentos de desenvolvimento de competências não referidas na resposta à primeira questão. Nas reuniões com o CF e do GFIE as perguntas foram colocadas de forma menos incisiva de modo a que a entrevista assumisse um formato mais informal e anotámos as referências ao modo de levantamento de necessidades de desenvolvimento, as acções efectuadas,

os intervenientes e os mecanismos de funcionamento. Esperámos que a resposta a estas perguntas fornecesse informações suplementares em relação aos achados documentais.

As entrevistas foram realizadas presencialmente e anotámos em tempo real as frases cujo conteúdo respondia directamente às questões colocadas. Comentários sobre a dinâmica Serviço não relacionadas com o desenvolvimento de competências foram omitidas no registo.

## 2.3 Tratamento dos Dados

A recolha de documentação referente a um período de seis anos (Quadro 1) não advém de nenhuma intenção de fazer um estudo cronológico do processo. Explicitamos que o tempo em análise é o *hac ora* desta dissertação.

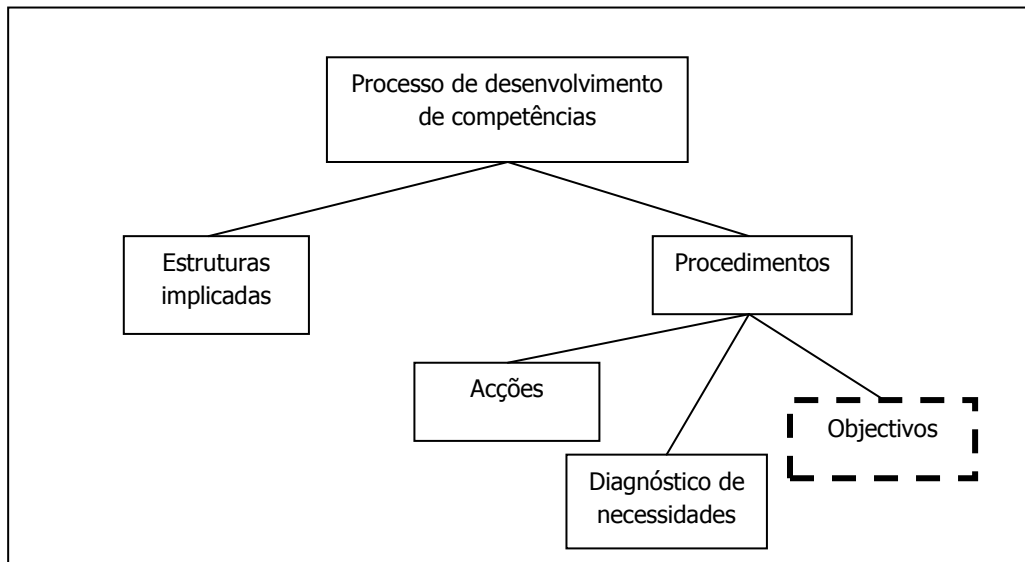
Quadro 1 - Documentos consultados

|  |
|--|
| Mapa Plano de Formação para 2005   |
| Mapa Plano de Formação para 2005 – Plano Operacional da Administração Pública (POAP) |
| Boletins informativos 2005 <b>(56)</b>   |
| Relatório de actividade do Centro de Formação 2005                                   |
| Mapa Plano de Formação integrado no Plano Saúde XXI                                  |
| Mapa Plano de Formação para 2006   |
| Boletins Informativos 1º Semestre 2006 <b>(51)</b>                                   |
| Relatório de actividade do Centro de Formação 2006                                   |
| Plano de Actividade para 2007 integrado no Plano Saúde XXI                           |
| Mapa Plano de Formação integrado no Plano Saúde XXI                                  |
| Mapa Plano de Formação para 2007 Quadro Resumo                                       |
| Relatório de actividade do Centro de Formação 2007                                   |
| Boletins Informativos 2008 <b>(104)</b>  |
| Mapa Plano de Formação 2008/2009 integrado no Quadro QREN Transversal                |
| Mapa Plano de Formação 2008/2009 integrado no Quadro QREN Saúde                      |
| Relatório de actividade do Centro de Formação 2008                                   |
| Mapa Plano de Formação para 2010 Área Saúde  |
| Mapa Plano de Formação para 2010 Áreas Transversais                                  |
| Relatório de actividade do Centro de Formação 2009                                   |
| Regulamento Interno do CHLN, EPE e Legislação conexa.                                |
| Organograma do CHLN, EPE   |
| Apresentação do CF no sítio do CHLN, EPE   |
| Manual do Interno; Direcção do Internato Médico, 2010 CHLN EPE                       |
| Exemplar de “Ficha de Curso”   |
| Questionário follow-up da Formação GFIE e Carta Convocatória D S E                   |
| Entrevistas a responsáveis por desenvolvimento de competências <b>(13)</b>           |

A redução dos dados documentais foi feita retendo duas dimensões (Figura 2); estrutura organizacional (organograma) /actores envolvidos e procedimentos adoptados nas acções de desenvolvimento de competências.

Para a identificação dos procedimentos adoptados nas acções de desenvolvimento de competências, recenseámos como categorias (Figura 2) os objectivos das acções formativas, os procedimentos para diagnóstico de necessidades de desenvolvimento de competências e o tipo de acções executadas. Os objectivos não serão alvo de análise porque queremos que expressões como 'habilitar de competências' permaneçam apenas como ruído de fundo na dissertação e sejam percebidas como sinalizadores da necessidade de investigar futuramente o *status* da sua conceptualização e operacionalidade na organização.

Figura 2 - Dimensões e Categorias na análise dos procedimentos



Partiremos da Organograma do Centro Hospitalar 2010 como primeiro dado para iniciar o mapeamento da organização no que diz respeito aos procedimentos para desenvolvimento de competências. Na análise do organograma do CH verifica-se que o Centro de Formação está na dependência directa do Conselho de Administração mostrando que, formalmente, o Centro se insere numa estrutura piramidal de programação e execução de acções formativas.

Comparando o organograma com os dados recolhidos na entrevistas verifica-se que existem, pelo menos, cinco estruturas organizacionais que são invisíveis no organograma, nomeadamente a Direcção dos Serviços de Enfermagem, o Gabinete de Formação e Investigação em Enfermagem (GFIE), o Conselho Técnico (órgão representativo dos

Técnicos de Diagnóstico e Terapêutica [TDT]), Chefia de Enfermagem e Coordenação de TDT. As Direcções de Serviço ou Departamento poderemos considerar que estão implícitos no Organograma pela representação dos Serviços e Departamentos.

Constituiu-se o corpo de quinze (15) participantes no estudo: Directora do CF, Coordenadora Pedagógica do CF, Responsáveis pelo Departamento de Investigação e Formação em Enfermagem (2), Enfermeiros(as)-chefes (4), Directores(as) de Serviço (5), Coordenadora Técnicos de Diagnóstico e Terapêutica e um Membro do Conselho Técnico (Coordenadora TDT).

Na dimensão 'actores e estruturas envolvidos' foram identificados na documentação recolhida, nas entrevistas, na consulta do Regulamento Interno (RI) do CHLN E.P.E e legislação conexas: o Conselho de Administração, a Direcção Clínica, a Direcção dos Serviços de Enfermagem, a Direcção de Internato Médico, o Centro de Formação, o Gabinete de Formação e Investigação em Enfermagem, o Conselho Técnico (Técnicos de Diagnóstico e Terapêutica), os Directores de Serviço, os Enfermeiros-chefes e os Coordenadores de Técnicos de Diagnóstico e Terapêutica. Identificados os intervenientes no processo de desenvolvimento de competências resumimos seguidamente as suas atribuições legais e normativas, ressaltando que as citações do articulado regulamentar ou legislativo mesmo não sendo literais mantém, no entanto, intacto todo o seu significado dado que não se pretende rigor jurídico. Assim temos:

- O Conselho de Administração, define as políticas referentes a recursos humanos incluindo as remunerações dos trabalhadores. (Decreto Lei nº 233/2005 de 29 de Dezembro, Anexo II Artigo 7º),
- A Direcção Clínica, vela pela constante actualização do pessoal médico e acompanha e avalia sistematicamente outros aspectos relacionados com o exercício da medicina e com a formação dos médicos. (Decreto Lei nº 233/2005 de 29 de Dezembro, Anexo II Artigo 8º)
- A Direcção dos Serviços de Enfermagem, contribui para a definição das políticas ou directivas de formação e investigação em enfermagem (Decreto Lei n.º 233/2005 de 29 de Dezembro, Anexo II, Artigo 10.º).
- A Direcção de Internato Médico, assegura o processo de formação médica especializada dos médicos internos (Artigo 34º do Regulamento Interno do CH).
- O Centro de Formação, promove o desenvolvimento e coordenação da formação de todos os colaboradores com vista à melhoria das competências profissionais traduzindo-se na melhoria da qualidade dos serviços a prestar ao utente.

Compete-lhe designadamente, identificar as necessidades de formação de todos os profissionais do Centro Hospitalar articulando-se com outros serviços, nomeadamente o Serviço de Recursos Humanos e a Direcção do Internato Médico (Artigo 60º do Regulamento Interno do CHLN, E.P.E.).

- O Gabinete de Formação e Investigação em Enfermagem (GFIE), procede ao levantamento de necessidades de formação e propõe ao CF a sua realização. Certifica as acções formativas efectuadas pelos serviços de enfermagem. Mencionamos o facto desta estrutura não ser mencionada nem no RI nem na legislação conexas e a sua existência ter sido revelada nas entrevistas a responsáveis do CF, do próprio GFIE e a chefias de enfermagem (Apêndice D).
- O Conselho Técnico (Técnicos de Diagnóstico e Terapêutica), promove a articulação das actividades dos respectivos sectores e ainda emite pareceres sobre matérias relacionadas com o exercício profissional no âmbito das actividades de diagnóstico e terapêutica (Decreto Lei n.º 564/99 de 21 de Dezembro, Artigo 13.º).
- O Director de Serviço, garante a actualização das técnicas usadas, promovendo por si ou propondo aos órgãos competentes iniciativas aconselháveis para a valorização, o aperfeiçoamento e a formação profissional do pessoal em serviço, organizar e supervisionar todas as actividades de formação e investigação (Regulamento Interno do CHLN, E.P.E., Artigo 41º nº2).
- O Enfermeiro-Chefe, responsabiliza-se pela concretização, na unidade de cuidados, das políticas ou directivas formativas emanadas pelo órgão de gestão do estabelecimento ou serviço (Decreto Lei nº437/91 de 8 de Novembro, Artigo 8º nº1).
- O Coordenador de Técnicos de Diagnóstico e Terapêutica, identifica necessidades de formação em geral e promove a formação contínua dos profissionais, participa em acções de formação e analisa os resultados da formação, utilizando os adequados indicadores (Decreto-Lei n.º 564/99 de 21 de Dezembro Artigo 11.º).

No estabelecimento da dimensão 'procedimentos' pesquisámos a documentação referente, a boletins informativos (211), a planos (10) e relatórios de actividade (5) do CF e realizámos treze entrevistas a responsáveis do processo de desenvolvimento de competências.

No que se refere aos planos de acção constatámos que só no ano de 2007 se encontra um plano de acção com texto. Nos restantes anos o plano resume-se a um mapa das

acções de formação a realizar com indicação do nome da acção, dos destinatários e a calendarização. Confrontados com este facto fizemos uma análise pormenorizada do plano desse ano.

O Plano de Actividades do CF para 2007, elaborado para se inserir no PLANO SAÚDE XXI, sendo o único documento de planeamento encontrado nos seis anos em análise, revela-se muito importante porque é, para além dos relatórios de actividade, uma explicitação do *modus operandi* do CF em termos de levantamento de necessidades de formação e dos critérios de planeamento das acções formativas. O título da introdução do plano, Gestão Global da Formação na Instituição, é revelador da importância que a organização deu a este documento. Neste plano, para a definição da estratégia e objectivos da organização para a formação contínua, destaca-se a importância da componente relacional, a credibilidade da organização (inspiradora de sentimento de segurança nos utentes), a capacidade de responder às necessidades de formação despoletadas pela inovação tecnológica e avanço técnico-científico, mudança de atitudes e aperfeiçoamento de comportamentos. No levantamento de necessidades de formação, “a metodologia utilizada consistiu no envio de um ofício às Direcções dos Serviços solicitando propostas de formação para os seus profissionais”; esta escolha metodológica deveu-se a considerar-se “incomportável questionar todos os funcionários de todos os grupos profissionais”. É apresentado o diagnóstico das necessidades de formação por departamento ou serviço; neste processo de diagnóstico são mencionados os objectivos de cada serviço, os objectivos específicos de formação, as necessidades de formação diagnosticadas, os perfis profissionais diagnosticados e desejados e o número de profissionais a propor para formação. Os objectivos específicos da formação encontrados são possibilitar conhecimentos e habilitar de competências, sensibilizar, dotar com ferramentas, melhorar as práticas, profissionalizar, treinar e ensinar. A “análise dos questionários de avaliação passados no final de cada acção de formação” constituiu também uma forma de levantamento de necessidades.

Finalmente é estabelecida a “hierarquização das necessidades em função da sua importância em relação aos objectivos estratégicos”. A hierarquização foi estabelecida através da identificação e eliminação de pedidos repetidos, acções para as quais não existiam número de formandos suficientes e acções cujo tema não se enquadrava nos objectivos do *Saúde XXI*. Foi também tomado em consideração, na programação das acções de formação, a indispensabilidade de dotar os profissionais da organização de aptidão para “trabalhar com sistemas de informação e de comunicação agilizados como a informática” bem como para lidar com aspectos da gestão, jurídico-legais, relacionais e da saúde.

Na análise dos Relatórios de Actividade do CF registamos que nos três primeiros anos (2005/6/7), atribui-se à formação a capacidade de desenvolver, adquirir e actualizar competências, promover eficiência, criatividade, inovação, promoção na carreira e qualidade. No ano de 2008 as referências aos atributos da formação deixam de ser mencionados, na introdução e objectivos, como seus e passam a constituir a missão do CF que tem de promover a eficiência dos serviços, fomentar a criatividade e inovação e promover o desenvolvimento pessoal, socioprofissional e cultural contribuindo para a mudança de comportamentos. No ano de 2009 as preocupações manifestas são de analisar a apreciação dos formandos e formadores sobre a actividade do CF e o cumprimento do plano anual. Existe ainda uma menção, sempre clara, da directa dependência do CF em relação ao CA.

Regista-se também que “o CF desenvolve a sua actividade nos seguintes domínios do processo formativo, diagnóstico de necessidades de formação, planeamento da formação, organização e promoção das actividades, concepção de programas das actividades, execução e difusão das actividades, acompanhamento e avaliação”.

O levantamento ou diagnóstico de necessidades de formação é sempre feito por inquérito à chefias e é tida também em consideração as opiniões dos formandos recolhidas em contacto directo (2005) ou através dos inquéritos de avaliação das acções de formação (2007). No ano de 2008 não existe referência a levantamento ou diagnóstico de necessidades de formação e em 2009 apenas se refere que o CF tem como “grande missão promover formação para cumprimento dos objectivos do CA”.

À formação é reconhecida a função de “acrescentar valores e dessa forma aumentar os conhecimentos, mudar atitudes, modernizar os processos”. A avaliação da formação é feita regularmente, por inquérito, em função da apreciação dos formadores e dos formandos. A questão das *consequências* da formação é reconhecida como muito difícil de tratar e manifesta-se repetidamente o desejo de implementar uma avaliação de tipo 2<sup>2</sup>; em 2009 esta preocupação do CF não é expressa no relatório, dando-se importância ao cumprimento dos objectivos do Centro Hospitalar e realçando, desta vez, a acreditação do CF pela DGERT e a renovação da acreditação pela ACSS.

---

<sup>2</sup> Dado que, nos documentos consultados, a avaliação tipo 2 está inequivocamente ligada às *consequências* da formação, estamos em querer que foi adoptada a taxonomia de Kirkpatrick referenciada por Caetano (2007) tratando-se portanto do segundo nível de avaliação o qual “diz respeito à *aprendizagem* por parte dos formandos, ou seja, à aquisição, aumento ou melhoria dos seus conhecimentos e competências, ou modificação de atitudes, como resultado da formação” (Caetano, 2007, p. 21).

Fizemos um resumo dos registos das entrevistas (Apêndice D). A partir desse resumo seleccionámos os itens correspondentes às categorias - Diagnóstico de Necessidades de Desenvolvimento e Acções Formativas e de Desenvolvimento (Quadro 2).

Quadro 2 - Categorias Diagnóstico e Acções

|                            | <b>Diagnóstico de necessidades de desenvolvimento</b>  | <b>Acções formativas e de desenvolvimento</b>  |
|----------------------------|--|--|
| <b>Direcções e chefias</b> | Inquérito, auscultação e a anotação de necessidades suscitadas pela prática, na discussão de temas, por episódios relevantes e incidentes críticos | Formação, estudo e apresentação de temas, reuniões de pares, reflexão no âmbito da prática, participação em eventos, exercício profissional noutros serviços ou organizações, mentoria e tutoria |
| <b>Estruturas</b>          | Inquérito, opinião do CF, opiniões dos formandos, auscultação de profissionais   | Formação, tutoria e jornadas   |

Sobre os processos de decisão na escolha dos instrumentos de desenvolvimento registámos que ao nível das estruturas supra departamento/serviço as opções dos instrumentos são sempre apresentadas como dado adquirido (formação e tutoria por imperativo legal) e que ao nível dos Serviços são claramente tomadas de forma intuitiva e ao sabor das circunstâncias.

Ao nível das direcções e chefias o levantamento ou identificação de necessidades assume vários aspectos; o inquérito, a auscultação e a anotação de necessidades suscitadas pela prática, na discussão de temas, por episódios relevantes e incidentes críticos, são formas usuais de levantamento. Ao nível das estruturas o processo de levantamento tem um carácter formal e mais delimitado fazendo-se sobretudo por inquérito contando também a opinião do CF, opiniões dos formandos e a auscultação de profissionais.



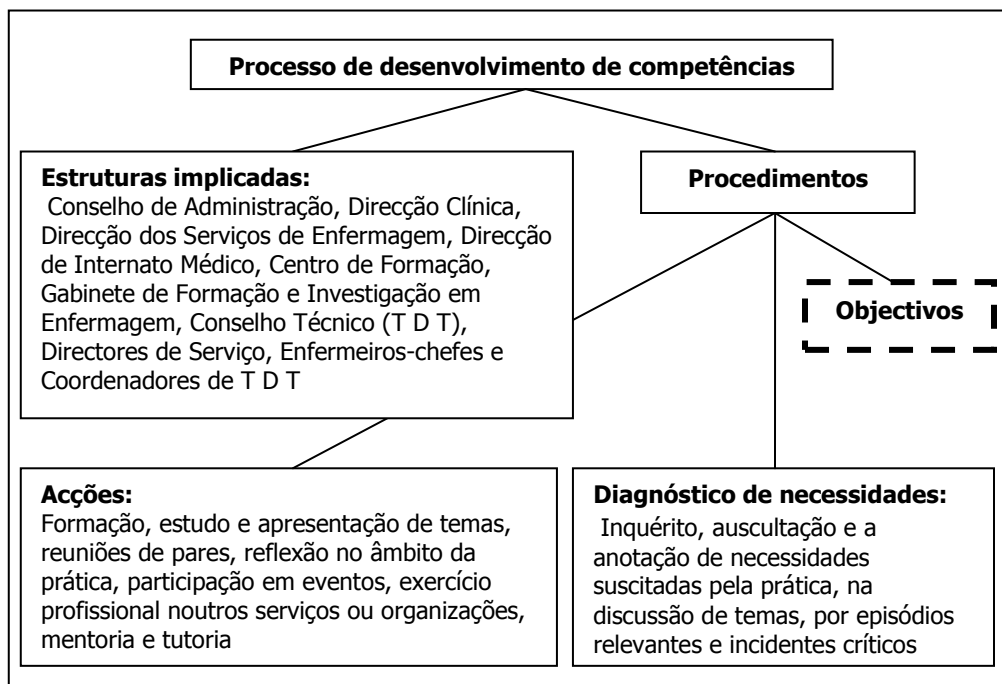
No recenseamento do tipo de acções formativas nos Serviços encontra-se formação, estudo e apresentação de temas, reuniões de pares, reflexão no âmbito da prática, participação em eventos, exercício profissional noutros serviços ou organizações, mentoria e tutoria. Formação e tutoria são claramente a opção das estruturas com funções de desenvolvimento de aptidões. O Conselho Técnico (TDT) tem pouca actividade formativa e opta por realização de Jornadas por ser a forma considerada mais eficaz de reunir os interesses das muitas profissões que representa.

Os entrevistados reagiram à nomeação das várias formas de desenvolvimento de competências (Coaching, Grupos de Prática, Tutoria, Mentoria, Grupos Balint) com expressões de desconhecimento ou respostas vagas (“só a nível teórico” ou “não se usam os termos mas é feito”). Demonstra-se pouco domínio do tema (“Tutoria de um mais velho ... que não é bem coaching”) sendo este afastamento generalizado ao conjunto dos entrevistados.

As entrevistas, inicialmente concebidas como instrumentos complementares da análise documental, revelaram-se, depois de feitas, como um repositório de informação fundamental por revelarem processos que não foram detectados na documentação.

Podemos assim resumir os dados colectados, em consulta documental e em entrevistas, considerando a dimensão Estruturas implicadas e a dimensão Procedimentos (categorias Diagnóstico de necessidades e Acções de desenvolvimento). Apresentamos os resultados no quadro Categorização de estruturas e procedimentos (Figura 3):

Figura 3 - Categorização de estruturas e procedimentos

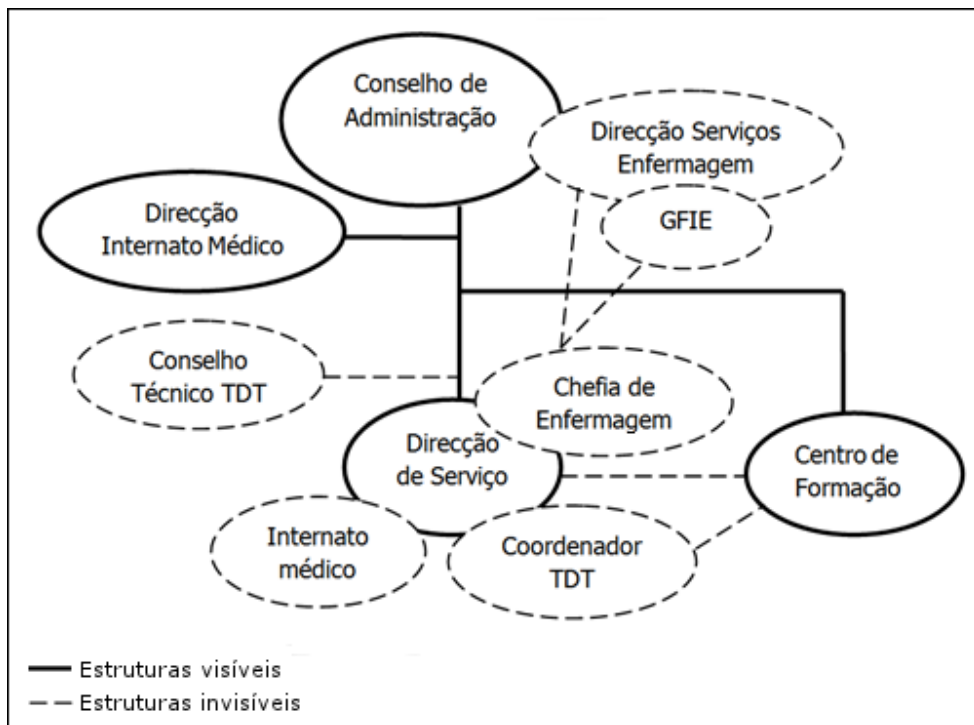


## 2.4 Resultados obtidos

Com base nos dados recolhidos observámos que:

A análise dos circuitos de desenvolvimento de competências revelou (Figura 4) a existência de estruturas implicadas nesses circuitos mas invisíveis no Organograma do CH nomeadamente: o Gabinete de Formação e Investigação em Enfermagem (GFIE) do qual demos conta da sua existência nas entrevistas a responsáveis pelo CF e chefias de enfermagem, o Conselho Técnico dos TDT que consta no RI, Chefias de Enfermagem e Coordenadores de TDT que constam do RI.

Figura 4 - Estruturas visíveis e invisíveis no Organograma do CH



O Centro de Formação actua em conformidade com a estratégia da organização definida pelo CA e esta articulação é definida no RI, referida nos relatórios de actividade e na entrevista a responsáveis do CF.

O Gabinete de Formação e Investigação em Enfermagem actua em conformidade com a Direcção dos Serviços de Enfermagem e faz propostas de acções de formação ao CF (Apêndice E). O modo de actuação do GFIE foi referido na entrevista com responsáveis do GFIE e também nas entrevistas com as chefias de enfermagem.

A formação dos médicos a frequentar o internato é controlada pela Direcção de Internato Médico sendo a sua forma e conteúdo estipulada por Decreto-Lei e que os médicos em internato usufruem de formação e outras formas de desenvolvimento integrados nos Serviços. Obtivemos esta informação na consulta ao Manual do Interno (editado pela Direcção do Internato Médico) e na entrevista ao Director do Internato Médico.

Em toda a documentação consultada apenas encontramos duas formas de desenvolvimento, formação e tutoria.

O levantamento ou diagnóstico de necessidades de acções formativas e de desenvolvimento é feito, tanto pelo CF como pelo GFIE, por inquérito às chefias como se pode verificar nos relatórios e planos de actividade e confirmada nas entrevistas a responsáveis pelo CF (Apêndice C).

A forma de levantamento de necessidades de desenvolvimento ou formação ao nível do Serviço ou Departamento é decidida pelos seus responsáveis, sendo esta informação fornecida pelas responsáveis do CF e pelos Directores de Serviço entrevistados.

As acções formativas executadas são determinadas por directivas governamentais, directivas do CA, do CF, do GFIE e por propostas dos directores, chefes e coordenadores de Serviço (Regulamento Interno, Entrevistas e Relatórios de Actividade do CF).

Na entrevista às chefias constata-se que existe, ao nível dos Serviços, uma grande variedade de formas de desenvolvimento e de levantamento de necessidades e que as propostas das chefias para acções formativas e as acções formativas desenvolvidas pelos Serviços são condicionadas por detecção de falhas de conhecimento e fragilidades, por incidentes críticos, pelo interesse por temas novos e pela exigência de novas aptidões para operar instrumentos e dominar técnicas que vão emergindo.

A pesquisa (*survey*) de necessidades de formação faz-se por inquérito com uma só questão.

Os conceitos de *Coaching*, Mentoria, Grupos de Prática, Grupos Balint e Supervisão estão ausentes dos programas e relatórios de actividade do CF e só surgem raramente, e de forma imprecisa, no discurso das chefias entrevistadas.

É recorrente a menção, por parte do CF, da necessidade de implementar de forma mais consistente a avaliação de grau 2, sendo expresso, no relatório de actividade do CF de 2005, que não é possível avaliar as consequências da formação e futuro desempenho (Apêndice F).

## 2.5 Discussão

Finalmente, face aos resultados apurados, teremos que nos confrontar com a presunção de que o levantamento de necessidades de formação é feito em função de problemas e de lacunas de conhecimento e que as acções de desenvolvimento profissional são, exclusivamente, direccionadas para a formação clássica.

A nossa primeira abordagem à Organização foi no Centro de Formação do Hospital de Pulido Valente, E.P.E.. Estava em curso a constituição do Centro Hospitalar que teve como efeito este Centro de Formação passar a ser um pólo do CF do CHLN, E.P.E. sediado no HSM, E.P.E.. A informação recolhida foi escassa mas, como referimos na introdução, detectámos uma hegemonia da formação como processo de desenvolvimento e que o levantamento de necessidades era preferencialmente feito em função de lacunas de conhecimento, insuficiência ou deficiência comportamental.

Esta primeira percepção é parcialmente correcta, se considerarmos o pequeno grau de resolução com que efectuámos a observação, pois só nos foi dada informação sobre os mecanismos de LNF e formação até ao nível das chefias.

De facto mostramos neste estudo que até esse nível apenas existem acções de formação, caracterizada por nós como formação clássica, dado que a relação do CF com as direcções e chefias tem como único objecto o inquérito sobre necessidades de formação para, face às respostas recebidas, programar as acções de formação tendo em conta as orientações do CA. Esta relação entre o CA e as Direcções, Chefias e Coordenações, parece ser, parafraseando Mintzberg et al. (2000), baseada na crença de que os executivos estratégicos podem ser informados de maneira formal e que o confuso mundo de ruídos randômicos, fofocas, inferências e impressões, precisa e pode ser reduzido a factos firmes, estabilizados e agregados de maneira que possam ser fornecidos regularmente em forma digerível para planear e executar as acções formativas adequadas ao prosseguimento dos objectivos estratégicos da organização (Mintzberg et al., 2000, p. 59). Mostramos ainda que neste circuito a tutoria não é mencionada porque ou acontece como actividade autónoma dos Serviços ou porque se trata da tutoria exercida no Internato Médico a qual, por ser determinada na forma e conteúdo por Decreto, se encara como quase exterior à Organização.

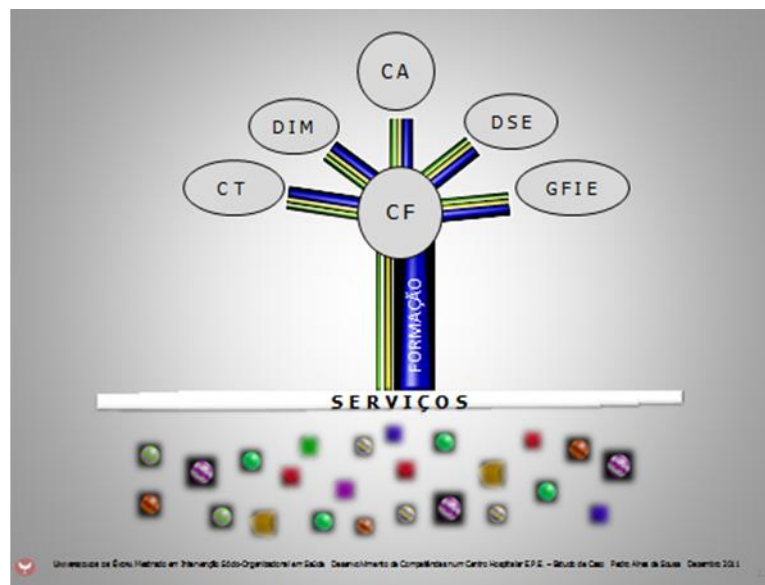
Verificámos, pela análise das entrevistas, que as chefias são interfaces distintas e que têm, entre si, procedimentos diferentes quando actuam sobre o Serviço ou Departamento. As acções formativas são decididas a partir de uma panóplia de

procedimentos e acontecimentos tais como, auscultação por inquérito, auscultação de opiniões, decisão discricionária, incidentes críticos e acidentes, detecção de falhas ou insuficiências e acontecimentos relevantes. A fria torre de marfim transforma-se num fervilhante mundo de imprecisão e de diversidade no tipo acções formativas bem como nas formas de levantamento de necessidades de desenvolvimento.

Anotámos ainda como objecto passível de estudo futuro, a preocupação reiterada pelo CF sobre a necessidade de efectuar uma avaliação dos efeitos da formação. Poderíamos colocar como questão se esta preocupação se deve ao facto de que a aplicabilidade dos conhecimentos obtidos na formação e a relação com a melhoria no desempenho serem objecto de controvérsia pois, como já referimos, “a análise dos efeitos reais da formação (...) não permite sustentar linearmente a crença (...) de que a formação melhora efectivamente o desempenho” (Caetano, 2007, p. 20).

Estamos em condições de explicitar o quadro teórico e conceptual que, inferido da análise do processo de desenvolvimento de competências no CHLN, E.P.E., tem como constituinte fundamental a identificação de dois modos distintos de funcionamento, cuja diferença depende do nível da estrutura organizacional considerado (Figura 5).

Figura 5 - Dois modos distintos de funcionamento



O primeiro modo caracteriza-se por, ao nível das estruturas acima dos Serviços, os critérios de decisão para escolha dos instrumentos de desenvolvimento de competências serem a selecção de temas para realizar acções de formação e, no caso do Internato Médico, a formação tutorial legalmente determinada.

Este primeiro modo assenta numa configuração piramidal (arborescente) e pretende contribuir para o cumprimento dos objectivos estratégicos da organização. Esses objectivos estratégicos são definidos no Regulamento Interno no seu Artigo 2º e determinam que o Centro Hospitalar, sendo um Serviço Público com primado no doente, desempenhe, resumidamente, funções diferenciadas na prestação de cuidados de saúde, na formação pré e pós-graduada e continuada, bem como na área da investigação, desenvolvendo a sua actividade centrado na satisfação das necessidades dos utentes no acesso aos cuidados de saúde, orientando-se por critérios exigentes de qualidade, economia, eficiência e eficácia, num contexto de equilíbrio económico e financeiro sustentável e actue pautando-se por valores de justiça, equidade, qualidade, inovação, rigor, integridade, responsabilidade e promoção da humanização e não discriminação (RI do CHLN, E.P.E., art.º 2º).

Socorrendo-nos, nesta altura, do segundo método de explicação científica enunciado por Watzlawick que consiste em “apresentar exemplos retirados de vários contextos diferentes para demonstrar, de forma prática, a estrutura que têm em comum e as conclusões que daí advêm, tendo esses exemplos uma função metafórica e ilustrativa (...)” (Watzlawick, 1991, p. 8), poderemos visualizar o Centro Hospitalar, no cumprimento das determinações estratégicas enunciadas e parafraseando Aldous Huxley no seu *Admirável Mundo Novo*, como “um Hospital como o de Park Lane, uma torre de sessenta andares (...) com uma sala para senilidade galopante onde Linda morre acompanhada, acompanhada com todo o conforto moderno (...), numa atmosfera completamente agradável, qualquer coisa de intermédio entre um hotel de primeira classe e um palácio de cinema perceptível”.

Desempenhar com competência uma missão desta envergadura requer pessoas de qualidade e em permanente aperfeiçoamento; especialmente quando se adiciona ao peso da missão o conceito de saúde da OMS e a possibilidade de muitos utentes serem, como o Papalagui, “indivíduos com um bom senso algo singular que fazem imensas coisas sem sentido que os põem doentes e, apesar disso, gabam-se e vangloriam-se delas” (Tuiavii, 2009). A magnitude e o peso da Missão distribuem-se, sem diminuir de intensidade, pelas estruturas organizacionais pois, de acordo com o RI, no desempenho das suas funções, os colaboradores do Centro Hospitalar devem pautar a sua conduta por princípios de competência, integridade, independência, isenção e equidade, actuando sempre com respeito pelos valores nucleares do Centro Hospitalar, legislação aplicável e respectivos códigos de conduta, deontológicos e éticos (RI do CHLN, E.P.E., art.º 4º).

Para responder a estas determinações estratégicas verificamos, nas estruturas do mesmo nível do Centro de Formação, a utilização de duas técnicas de desenvolvimento de

aptidões (formação e tutoria) enquanto nas estruturas ao nível dos Serviços verificamos o uso e promoção de várias formas de desenvolvimento; estas formas são também condicionadas por imperativos estratégicos, nomeadamente de melhoria da qualidade da actuação clínica mas, ao mesmo tempo, são confrontadas por acontecimentos particulares e contingentes.

Revela-se assim, o segundo modo de funcionamento em que os critérios de decisão para escolha dos instrumentos de desenvolvimento de competências são, ao nível dos Serviços, facilitar processos de desenvolvimento individual (por conta dos interessados), dar lugar a transmissão de conhecimentos com procedimentos variados sem que seja explicitada a sua formulação conceptual e adequação ao tipo de desenvolvimento pretendido. Este segundo modo revela uma configuração rizomática detectável no funcionamento dos Serviços. Essa configuração segrega, no sentido ascendente do Organograma, a necessidade de acções de formação (caule) porque a metodologia de inquéritos às chefias estimula nesse sentido mas dando lugar à existência, no seio desses Serviços, de processos polimorfos de levantamento de necessidades de desenvolvimento e de realização de acções formativas de diferentes tipos (raízes e tubérculos).

Verificámos que todas as estruturas com responsabilidade no desenvolvimento de competências operam em torno do CF e não são usadas nem estudadas outras técnicas de desenvolvimento profissional e pessoal que não sejam formação e tutoria.

### CAPÍTULO III - PROPOSTA DE INTERVENÇÃO

Este curso de mestrado, intitulado Intervenção Sócio-Organizacional em Saúde, exige uma proposta de intervenção na Organização na área do seu objecto de estudo. Cumprindo esse desiderato apresentamos uma proposta de intervenção.

O modelo da intervenção tem em atenção a análise que fizemos aos circuitos e modelos de desenvolvimento de competências existentes na Organização. Como concluímos, existem dois níveis distintos de funcionamento: nível CA, DSE/GFIE, DIM e CF e nível Departamentos/Serviços. No primeiro, as necessidades de formação, indicadas pelos Serviços e as decorrentes das directivas emanadas pelo Ministério da Saúde (e.g. Plano Saúde XXI) são processadas e executadas pelo CF sempre com o formato de acções de formação (clássica). No segundo nível (Serviços), existe uma multiplicidade de formatos que não se enquadram em nenhum dos que recenseámos na literatura e descrevemos no enquadramento teórico.

Utilizando a metáfora do rizoma como componente do mapa teórico, propomos estimular a tendência para a polimorfia existente nos Serviços.

Como também detectamos, no plano de formação de 2007, que a Organização dá particular importância à componente relacional e à credibilidade da organização inspiradora de sentimento de segurança nos utentes, parece indicada a estimulação dos potenciais alvos do processo de desenvolvimento com o meme-ideia 'propriedades terapêuticas dos agentes clínicos'. Procuramos corresponder a uma necessidade de incremento do desempenho organizacional (melhorar a relação e inspirar um sentimento de segurança aos utentes) fornecendo meios teóricos através da capacidade formativa instalada (CF, GFIE) e esperar que a capacidade de auto organização, patenteada ao nível dos Serviços, dê lugar ao surgimento de novos processos de desenvolvimento de aptidões.

As intervenções nas organizações requerem usualmente meios proporcionais à sua dimensão. Propomos uma intervenção parca nos meios mas que, pela sua qualidade, tenha grande potencial de desenvolvimento. Tomamos como axioma o facto de que o conhecimento aumenta quando partilhado. Teremos presente a eficácia dos *slogans*



publicitários cuja técnica tem sido desenvolvida num ambiente em que os fracassos implicam quase sempre a sobrevivência de quem os produz e utiliza.

Pretende-se introduzir uma mensagem no sistema que gere necessidade de mais informação e de exercício de novas técnicas de desenvolvimento profissional e pessoal.

É com o pensamento orientado por conceitos não lineares que propomos uma intervenção não extensiva mas incisiva e de grande impacto. O trabalho será dominado pela construção do meme mais adequado e do modo mais eficaz de o introduzir e replicar na organização. Procurámos formatar a proposta de acordo com as mais avançadas teorias da gestão nomeadamente quanto à necessidade de formular uma missão, declarar princípios e valores, adoptar um modo de gestão emergente, manter a todo o tempo o máximo de flexibilidade de tácticas no decorrer do processo e obter ganhos exponenciais.

Assim, passamos a apresentar a proposta de intervenção que, sob uma aparência eventualmente demasiado esquemática, incorpora a aplicação dos conceitos apresentados nesta dissertação.

*"Seja rápido, no mesmo sítio! [...] Não despertem um General em vós! [...] Tenham ideias curtas"* (Deleuze e Guattari, 2007).

## Objectivo, Valores e Princípios

### Objectivo estratégico:

- Contribuir para a melhoria do processo de desenvolvimento de aptidões no Centro Hospitalar de Lisboa Norte, E.P.E..

### Valores:

- Respeito pelas normas e estruturas existentes.
- Respeito pela integridade legal e ética da organização.
- Reconhecimento, como dado adquirido, do mérito de toda a acção formativa realizada e em curso na organização.
- Primado da parcimónia na afectação de recursos e meios.
- Reconhecimento da alegria e do bom humor como valores com estatuto organizacional.

Princípios estratégicos:

- Gestão emergente.
- Esforço por manter a maior disponibilidade possível para actuar de todas formas imagináveis.
- Procurar despende o mínimo de energia para um máximo de rendimento.
- Utilização de sedução (pouca persuasão e nenhuma imposição) para levar os actores (promotores e destinatários) e estruturas organizacionais a aderirem às propostas da intervenção e diminuir assim a resistência, da organização, à mudança.
- Privilegiar o valor de uso em detrimento do valor monetário.

Objectivos Tácticos:

- Promover o aparecimento de Grupos Balint.
- Introduzir nos profissionais a preocupação com o efeito que a sua personalidade causa nos pacientes.

*A propagação acelerada in vivo da bananeira consiste em estimular o desenvolvimento das gemas laterais do rizoma por meio da quebra da dominância apical. (Mendonça et. al., 2003).*

Discussão dos valores e estratégia

Ao procurar contornar a resistência que as organizações oferecem às mudanças tem de ficar anotado, para memória futura, que colocar as organizações a oferecerem resistência é pura coisificação, no sentido dado por Watzlawick (Watzlawick; Beavin e D. Jakson, 2004, p. 24). No entanto, pedimos que esta coisificação e outras que surjam sejam aceites como facilitadoras do discurso. Para não coisificar a capacidade de resistência da organização teríamos que substituir esta expressão por qualquer coisa como: procuraremos não activar os mecanismos, objectivamente identificados, que com uma probabilidade elevada mantêm a integridade estrutural e identitária da organização quando são introduzidos elementos que afectam o seu funcionamento.

Tendo em conta esta necessidade das organizações para resistir às alterações no seu seio, cuidamos que a intervenção não suscite nem necessite de mudanças estruturais.

É plausível preconizar que a atribuição de valor organizacional aos sentimentos de alegria e bom humor (ou brilho no olhar) seja fundamental para o maior êxito da intervenção

dado “os sentimentos (...) [servirem] de marcadores (...) somáticos” (Damásio, 2010, p. 26) e, no limite, qualquer assunto deverá ser tratado de maneira a despertar e ficar associado a algum sentimento, se não de alegria, pelo menos de algum bem-estar. Estabelecer a alegria como valor organizacional não é decretar a obrigação de estar alegre nos processos de desenvolvimento; é, por exemplo, considerar o humor como um ingrediente na produção de memes replicadores.

No sentido de procurar despender o mínimo de energia para um máximo de rendimento deveremos conjecturar uma forma de intervenção parcimoniosa nos recursos mas potente nos efeitos.

Neste passo da dissertação, considerando-nos libertos das restrições epistemológicas dum processo de investigação, daremos somente um exemplo de desenho de intervenção e um esboço de enquadramento teórico.

É altura para fazer migração de conceitos com o fervor de Boaventura de Sousa Santos (2007) e tendo presente o olhar atento de Alan Sokal e Jean Bricmont (1999) para não criarmos imposturas intelectuais. Assim, movendo-nos no ambiente institucional da saúde onde abundam noções de biologia, química, psicologia e clínica, propomos importar noções tais como meme, mestria na frase lapidar, infecção e fenómenos epidémicos para, municiados com essas noções e orientados pela missão e princípios estratégicos, formular um esboço de intervenção justificando a sua necessidade, forma e conteúdo.

*A personalidade do médico tem muitas vezes uma influência mais profunda no doente do que a droga prescrita (Sandor Ferenczi).*

## Discussão dos Objectivos Táticos

Por sabermos que “a relação profissional-paciente é uma relação de expectativas e esperanças mútuas (... e que) a expectativa pode ser de tal ordem, em cada um, que há o risco das relações de troca serem transformadas em relações de força (Martins apud Jeammet et al, 1989) podemos afirmar que, reportando-nos à nossa apresentação de instrumentos de desenvolvimento de aptidões (competências), os Grupos Balint configuram um formato potencialmente útil para o desenvolvimento qualitativo dessas relações. Aduzimos à matriz psicanalítica dos Grupos Balint uma visão da pragmática da comunicação que supomos não ser incompatível na construção dum discurso sobre a relação cuidador-paciente. Portanto ao propormos o incentivo para a constituição de Grupos Balint temos também em atenção “que todo o comportamento na presença de outra pessoa tem valor, no sentido em que defende e modifica a relação entre essas

peças” (Watzlawick, 1991, p. 16) sendo, por isso, fundamental que os cuidadores (técnicos de saúde) tenham uma capacidade acrescida para consciencializar os efeitos da comunicação, com vista a diminuir a incerteza e evitar a confusão pois esta “provoca sentimentos que (...) vão desde o espanto moderado à ansiedade aguda” (Watzlawick, 1991, p. 13).

Finalmente, justifica-se esta intervenção porque as prescrições (comportamentais e outras) sendo abundantes em situação clínica necessitam ser reflectidas pois, mesmo quando uma prescrição é muito explícita (digitalizada), é impossível calar toda a informação analógica do processo ou seja a “postura, gestos, expressão facial, inflexão de voz, ritmo e cadência das próprias palavras, (...) assim como as pistas comunicacionais infalivelmente presentes em qualquer *contexto* em que uma interacção ocorra” (Watzlawick; Beavin e D. Jakson, 2004, p. 57).

O facto de estabelecermos dois objectivos tácticos enquadra-se na nossa perspectiva de que a formação de grupos organizados pode ser moldada pelo *habitus* de matriz industrial e tornar-se objecto de acções de planeamento e medidas burocráticas que diminuam a frequência do seu aparecimento. Se apenas se cumprir o segundo objectivo estamos convictos de que será interessante investigar qual a variação da probabilidade de ocorrência de actuações competentes.

#### Alvos preferenciais

- Médicos, Enfermeiros, Psicólogos, Terapeutas e Técnicos de Diagnóstico e Terapêutica.

#### Recursos e meios

- Um fabricante de memes, um centro de formação, um número indeterminado de funcionários que tenham gosto por fazer teatro invisível, estudantes de mestrado e doutoramento de todas as áreas que queiram participar, intranet, computador e periféricos (teclado, monitor, impressora e modem).

#### Operacionalização (Procedimentos):

- Produção de um meme.
- Disseminação e estimulação da propagação.
- Sondagem epidemiológica informal.

## Exemplificação de procedimentos

### Produção do meme:

- Ingredientes - Alguma ambiguidade que cause sentimento de estranheza para *inflamar* a mente. Poder infectante. Uma pequena dose de humor que facilite a aderência ao hospedeiro. Aspecto de frase lapidar curta.
- Fabrico - Identificado um meme do *pool* memético do conceito *Grupo Balint* que tenha características de síntese do mesmo, formular meme com várias estirpes.
- Produto - “Qual é a bula do Médico?”, “Qual é a bula do Enfermeiro”, “Qual é a bula do Psicólogo?”, “Qual é a bula do Terapeuta?” e “Qual é a bula do Técnico de Diagnóstico e Terapêutica?” ou “ Médico tem bula?”, “Enfermeiro tem bula?” etc..

### Análise do meme:

- É ambíguo porque o campo semântico de bula está usualmente ligado ao medicamento. É lapidar e curto. Tem algum senso de humor dado pelos aspectos fonéticos da palavra bula (para falantes do Português). Condensa a ideia de que o agente clínico tem propriedades terapêuticas.

### Disseminação:

- Envio do meme para todas caixas de correio electrónico do Centro Hospitalar.
- Inserção do meme na página de apresentação do CH na Intranet.
- Realização de performances em modo de teatro invisível para estimular verbalizações do meme na organização.

### Sondagem epidemiológica:

- Detectar, por escuta de conversas ao acaso (e.g., nos refeitórios, bares, reuniões de Serviço) e nas actuações de teatro invisível, se o meme é falado na organização. Se começar a ser falado, o Centro de Formação disponibiliza um conferencista ambulante para divulgação de Grupos Balint dando conhecimento disso aos Directores, Enfermeiros-Chefes e Coordenadores e oferecendo a possibilidade realização de conferências ou simpósios sobre o tema.

## Capítulo IV - CONCLUSÃO

A investigação que sustenta a presente dissertação teve como objectivo explicitar o modo como se processa o desenvolvimento de competências num centro hospitalar do estado. Ao optarmos por uma metodologia de estudo de caso com abordagem qualitativa, fizemo-lo conscientes de escolher um caminho difícil pois, como diz Robert K. Yin (2009) “as exigências de um estudo de caso (...) são muito maiores do que aquelas de qualquer outro método de pesquisa” (Yin, 2009, p.68) e como refere Uwe Flick (2005) “o processo de apresentação do conhecimento e dos resultados [constituem] uma componente substancial do processo de investigação [tornando-se] um processo contínuo de construção de versões da realidade” (Flick, 2005, p. 9).

Assumimos vários riscos calculados sendo o primeiro, apoiado na perspectiva de Bourdieu, apresentar as motivações dos investigadores como um factor de objectivação do estudo (Bourdieu, 2008, p. 128). Acrescente-se o delinear do enquadramento teórico como uma estrutura *planáltica e rizomática* e, ainda, ambicionar que a própria dissertação se constitua como um meme resistente e replicante. Estamos convictos de ter atingido esses objectivos e de ter correspondido ao inicialmente proposto: explicitar os procedimentos organizacionais para desenvolvimento de competências com um enquadramento teórico falsificável e baseado em dados verificáveis.

Concluimos que o quadro teórico e conceptual inferido da análise do processo de desenvolvimento de competências (preferimos aptidões) no CHLN, E.P.E., tem como constituinte fundamental a identificação de **dois modos distintos de funcionamento**, cuja diferença depende do nível da estrutura organizacional considerado. O **primeiro modo** caracteriza-se por, ao nível das estruturas acima dos Serviços, os critérios de decisão para escolha dos instrumentos de desenvolvimento de competências serem a selecção de temas para realizar acções de formação e, no caso do Internato Médico, a formação tutorial legalmente determinada. O **segundo modo** revela uma configuração que segrega, no sentido ascendente do Organograma, a necessidade de acções de formação (porque a metodologia de inquéritos às chefias estimula nesse sentido) mas dando lugar à existência, no seio desses Serviços, de processos polimorfos de

levantamento de necessidades de desenvolvimento e de realização de acções formativas de diferentes tipos.

Consideramos que a polimorfia de procedimentos e acções detectada ao nível dos Serviços constitui um aspecto a ser futuramente investigado pois colocam-se questões de valorização e validação institucional do conhecimento e aptidões aí adquiridas. Esta e outras investigações sugeridas no corpo da dissertação, desenhadas como investigação-acção, poderiam servir de suporte a uma reestruturação dos mecanismos de desenvolvimento de competências, nomeadamente, na conversão do Centro de Formação e do Gabinete de Formação e Investigação em Enfermagem em *centros de desenvolvimento profissional e pessoal*. Estes centros, mantendo e porventura aumentando a sua capacidade de fornecer formação, poderiam monitorizar o desempenho organizacional e promover uma maior variedade processos de desenvolvimento.

Por último propusemos uma intervenção na organização para promover o aparecimento de Grupos Balint e ou a disseminação da preocupação com o conceito. A nossa proposta tem como características fundamentais a utilização de recursos existentes, uma metodologia inovadora (no contexto organizacional considerado) e ser ela própria um meme replicante.

Esperamos, assim, que o mapa conceptual traçado nesta dissertação possa ser um contributo válido para a reflexão sobre os modos de desenvolvimento profissional e pessoal num Centro Hospitalar do Estado.

## Bibliografia

- Albarello, L., Digneffe, F., Hiernaux, J-P, Maroy, C., Ruquoy, D. e Saint-Georges, P. (1997). *Práticas e Métodos de Investigação em Ciências Sociais*. (Tradução para a língua portuguesa). Lisboa: Gradiva. (Original publicado em 1995).
- Amaral, L., Magalhães, R., Morais, C.M., Serrano, A. e Zorrinho, C. (2005). *Sistemas de Informação Organizacionais*. Lisboa: Sílabo.
- Bachelard, G. (1976). *Filosofia do novo espírito científico*. Lisboa: Presença.
- Balint, M. (1998). *O Médico, o Seu Doente e a Doença* (Tradução para a língua portuguesa). Lisboa: CLIMEPSI. (Original publicado em 1956).
- Bardin, L. (2004). *Análise de Conteúdo*, (3ª edição) (Tradução para a língua portuguesa). Lisboa: Edições 70. (Original publicado em 1977).
- Barosa-Pereira, A. (2008). *Coaching em Portugal, Teoria e Prática*. Lisboa: Sílabo.
- Bártolo, E. (2007). *Formação em Contexto de Trabalho no Ambiente Hospitalar. Um Estudo Etnográfico numa Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos*. Lisboa: CLIMEPSI.
- Bartram, D., Robertson, I.T. e Callinan, M. (2002). A framework for examining organizational effectiveness. In I. T Robertson, M. Callinan and Dave Bartram (Eds), *Organizational Effectiveness, The role of psychology* (1-10). West Sussex, UK, John Wiley e Sons.
- Bell, J. (1997). *Como Realizar um Projecto de Investigação*. (Tradução para a língua portuguesa). Lisboa: Gradiva. (Original publicado em 1993).
- Berger, P. e Luckmann, T. (2004). *A Construção Social da realidade*. (Tradução para a língua portuguesa). Lisboa: Dinalivro. (Original publicado em 1966).
- Borges-Andrade, J.E., Abbad, G.S., Mourão, L. et al., (2006). *Treinamento, desenvolvimento e educação em organizações e trabalho*. Porto Alegre: Artmed.
- Botti, S.H.O. e Rego, S. (2008). Preceptor, supervisor, tutor e mentor, quais são seus papéis?. *Revista Brasileira de Educação Médica* (online). v. 32, n. 3, pp.363-373. ISSN 0100-5502. Acedido em Janeiro de 2011 em <http://dx.doi.org/10.1590/S0100-55022008000300011>
- Bourdieu, P., Chamboredon, J-C, Passeron, J-C (2007). *Ofício de sociólogo - Metodologia da pesquisa na sociologia*. (Tradução para a língua portuguesa). Petrópolis: Ed. Vozes. (Original publicado em 1968).



- Bourdieu, P. (2003). *Questões de Sociologia*. (Tradução para a língua portuguesa). Lisboa: Fim de Século. (Original publicado em 1984).
- Bourdieu, P. (2008). *Para uma sociologia da ciência*. (Tradução para a língua portuguesa). Lisboa: Edições 70. (Original publicado em 2001).
- Brockbank, A. e McGill, I. (2006). *Facilitating reflective learning through mentoring e coaching*. London: Kogan Page.
- Caetano, A. (Coordenador) (2007). *Avaliação da Formação – Estudos em Organizações Portuguesas*. Lisboa: Livros Horizonte.
- Carapineiro, G. (1993), *Saberes e poderes no hospital*. Porto: Afrontamento.
- Cardim, J. E. V. C. (2005). *Formação Profissional: Problemas e Políticas*. Lisboa: ISCSP-UTL.
- Cardoso, L.M. (2007). *Gerir conhecimento e gerar competitividade, Estudo empírico sobre a gestão do conhecimento e seu impacto no desempenho organizacional*. Penafiel: Editorial Novembro.
- Catalão, J. A. e Penim, A. T. (2010). *Ferramentas de Coaching* (2ª edição). Lisboa: Lidel.
- Ceitol, M. (2007). *Gestão e Desenvolvimento de Competências*. Lisboa: Sílabo.
- Chiavenato, I. (2008). *Gestão de Pessoas*. Rio de Janeiro: Elsevier.
- Chiavenato, I. (2002). *Construção de talentos – coaching e mentoring*. Rio de Janeiro: Elsevier.
- Chiavenato, I. (2008), *Gestão de Pessoas*. Rio de Janeiro: Elsevier.
- Coiteiro, C., Bancaleiro, J. (coord) et al. (2008). *RH21 – Gestão de Activos Humanos no Século 21*. Lisboa: Editora RH.
- Cruz, J. V. P. (1998). *Formação Profissional em Portugal. Do levantamento de necessidades à avaliação*. Lisboa: Sílabo.
- Damásio, A. (2010). *O Livro da consciência, A Construção do Cérebro Consciente* (Tradução para a língua portuguesa). Lisboa: Círculo de Leitores. (Original publicado em 2010).
- Dawkins, R. (2010). *O Gene Egoísta* (4ª edição) (Tradução para a língua portuguesa). Lisboa: Gradiva. (Original publicado em 1989).

Deleuze, G. e Guattari, F. (2007). *Mil Planaltos, Capitalismo e Esquizofrenia 2* (Tradução para a língua portuguesa). Lisboa: Assírio e Alvim. (Original publicado em 1972).

Domingues, L. H. (2003). *A Gestão de Recursos Humanos e o Desenvolvimento Social das Empresas*. Lisboa: Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas.

Durkeim, E. (2004). *As regras do método sociológico*. (9ª Edição) (Tradução para a língua portuguesa). Lisboa: Ed. Presença.

Flick, U. (2005). *Métodos Qualitativos na Investigação Científica*. (Tradução para a língua portuguesa) Lisboa: Monitor. (Original publicado em 2002).

Fuller, J. e Farrington, J. (2001). *Da formação ao aperfeiçoamento do desempenho*. Coimbra: Quarteto (Original publicado em 1999).

Gadamer, H – G. (2009). *O Mistério da Saúde, O Cuidado da Saúde e a Arte da Medicina* (Tradução para a língua portuguesa). Lisboa: Edições 70. (Original publicado em 1993).

Gleick, J. (1994). – *Caos* (Tradução para a língua portuguesa). Lisboa: Gradiva.

Gomes, J. F., Pina e Cunha, M., Rego, A., Campos e Cunha, C., Cabral-Cardoso, C. e Marques, C. A. (2008). *Manual de Gestão de Pessoas e do Capital Humano*. Lisboa: Sílabo.

Gonçalves, C. M. (2000). Desenvolvimento vocacional e promoção de competências. Acesso em Janeiro de 2011, em <http://repositorioaberto.up.pt/bitstream/10216/6943/2/23906.pdf>

Guerra, I. C. (2006). *Pesquisa Qualitativa e Análise de Conteúdo – Sentidos e Formas de Uso*. Estoril: Principia.

Heidegger, M. (1992). *Que é uma Coisa* (Tradução para a língua portuguesa). Lisboa: Edições 70. (Original publicado em 1987).

Imperatori, E. (1999). *Mais de 1001 Conceitos para Melhorar a Qualidade dos Serviços de Saúde*. Lisboa: Edinova.

Kaufmann, F. (1977). *Metodologia das Ciências Sociais*. Rio de Janeiro: Livraria Francisco Alves Editora

Le Boterf, G. (2003). *Desenvolvendo a Competência dos Profissionais* (Tradução para a língua portuguesa). Porto Alegre: Artmed. (Original publicado em 1997).

Le Boterf, G. (2005). *Construir as competências individuais e colectivas – Resposta a 80 questões*. (Tradução para a língua portuguesa). Porto: Edições ASA. (Original publicado em 2004).

Lessard-Hébert, M. (2005). *Investigação Qualitativa – Fundamentos e Práticas* (2. ed.). Lisboa: Instituto Piaget.

Lyotard, Jean-François (s.d.). *A Condição Pós-Moderna*. Lisboa: Gradiva.

Mandelbrot, B. (1991). *Objectos Fractais*. (Tradução para a língua portuguesa). Lisboa: Gradiva. (Original publicado em 1975).

Martin, V. e Henderson, E. (2004). *Gestão de Unidades de Saúde e de Serviços Sociais*. (Tradução para a língua portuguesa). Lisboa: Monitor. (Original publicado em 2001).

Martins, M. C. F. N. *Relação Profissional - Paciente: Subsídios para Profissionais de Saúde*  
<http://www.priory.com/psych/cezira.htm> (acesso em 2011.01.25)

Martins, M. C. F. N.. *Relação Profissional - Paciente: Subsídios para Profissionais de Saúde*. Acedido em Janeiro de 2011, em <http://www.priory.com/psych/cezira.htm>

McGinn, C. (2009). *Não me f\*\*\*\* o juízo, Crítica da manipulação mental* (Tradução para a língua portuguesa). Lisboa: Bizâncio. (Original publicado em 2008).

Metz, P. K. (1997). *O Tao Da Aprendizagem*. (Tradução para a língua portuguesa). Lisboa:Lyon. (Original publicado em 1994).

Mezomo, J. (2001). *Gestão da Qualidade na Saúde*. (Tradução para a língua portuguesa). São Paulo: Manole. (Original publicado em 2001).

MINISTÉRIO DA SAÚDE (1999). *Saúde, um compromisso. A Estratégia de Saúde para o Virar do Século 1998-2002*. Lisboa: Ministério da Saúde.

Mintzberg, H., Ahlstrand, B. e Lampel, J. (2000). *Safári de Estratégia* (Tradução para a língua portuguesa). Porto Alegre: Bookman. (Original publicado em 1998).

Mintzberg, H. (2010). *Estrutura e Dinâmica das Organizações*. (Tradução para a língua portuguesa). Lisboa: Dom Quixote. (Original publicado em 1979).

Morin, E. e Le Moigne, J – L. (2009). *Inteligência da Complexidade, Epistemologia e Pragmática* (Tradução para a língua portuguesa). Lisboa: Instituto Piaget. (Original publicado em 2007).

Nigro, N. (2005). *Guia do Coaching e do Mentoring*. (Tradução para a língua portuguesa). Lisboa: Monitor. (Original publicado em 2003).

Oliveira e Rocha, J.A. (2007). *Gestão de Recursos Humanos na Administração Pública* (2ª edição). Lisboa: Escolar Editora.

Ooijen, E. (2000). *Clinical supervision: a practical approach*. Edinburgh: Churchill Livingstone.

Øvretveit, J. e Sousa, P., Editores (2008). *Quality and Safety Improvement Research, Methods and Research Practice from the Quality Improvement Research Network (QIRN)*. Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública - Universidade Nova de Lisboa

Pacheco, C. A. (2010). O Paradoxo em Tecnologias Da Saúde: da Racionalidade Paramétrica à Racionalidade Estratégica - Mestrado em Gestão de Recursos Humanos – ISCTE – IUL. Acedido em 20 de Julho, 2010, em <http://hdl.handle.net/10071/3037>

Parente, C. (2008). *Competências: Formar e Gerir Pessoas*. Porto: Afrontamento.

Pedretti, L. W. e Early, M. B. (2005). *Terapia Ocupacional, Capacidades Práticas para as Disfunções Físicas* (5ª edição). São Paulo: Roca. (Original publicado em 2001).

Penrose, R. (1997). *A Mente Virtual*. Lisboa: Gradiva.

Pereira, J. E. D. e Allain, I. R. (2006) Considerações acerca do professor-pesquisador: a que pesquisa e a que professor se refere essa proposta de formação? *Olhar de professor*, ano/vol. 9, número 002, pp. 269-282. Universidade Estadual de Ponta Grossa. Brasil. Acedido em Abril de 2010 em <http://redalyc.uaemex.mx/pdf/684/68490205.pdf>

Pérez, J. F. B. (2009). *Coaching para docentes – Motivar para o Sucesso*. Porto: Porto Editora.

Popper, K. R. (1987). *O Realismo e o Objectivo da Ciência*. (Tradução para a língua portuguesa). Lisboa: Publicações Dom Quixote. (Original publicado em 1956).

Popper, K. R. (1999). *O Mito do Contexto*. (Tradução para a língua portuguesa). Lisboa: Edições 70. (Original publicado em 1996).

Popper, K. R. (2008). *A Lógica da Pesquisa Científica*. (Tradução para a língua portuguesa). São Paulo: Cultrix. (Original publicado em 1959).

Quivy, R., Van Campenhoudt, L. (2003). *Manual de investigação em ciências sociais*. (Tradução para a língua portuguesa). Lisboa: Gradiva. (Original publicado em 1995).

Rato, H., Baptista, C. e Ferraz, D. (2007). *MANFOP – Manual de Avaliação das Necessidades de Formação em Organismos Públicos*. Oeiras: INA.

Rebello dos Santos, N. (2005). *Projectos de investigação em psicologia, Guia para a sua elaboração e execução*. Évora: NEPUE.

Rego, A., Pina e Cunha, M., Oliveira, C. M. e Marcelino, A. R. (2007). *Coaching para Executivos* (2ª edição). Lisboa: Escolar Editora.

Rocco, T. S. Shaping the Future: Writing Up the Method on Qualitative Studies. *Human Resource Development Quarterly*, vol. 14 nº 3, Fall 2003.

Roldão, M. C. (2007). *Formação de professores baseada na investigação e prática reflexiva*. Comunicação apresentada na Conferência Desenvolvimento profissional de professores para a qualidade e para a equidade da Aprendizagem ao longo da Vida. Lisboa, 27 - 28 de Setembro de 2007. Acedido em Março de 2009 em [www.dgrhe.min-edu.pt/c/document\\_library](http://www.dgrhe.min-edu.pt/c/document_library)

Rosa, M. V. e Arnoldi, M. A. G. C. (2006). *A Entrevista na Pesquisa Qualitativa, mecanismos para validação de resultados*. Belo Horizonte: Autêntica Editora

Santos, B. S. (2007). *Um Discurso Sobre as Ciências* (15ª edição). Porto: Afrontamento.

Serrano, A. e Fialho, C. (2005). *Gestão do Conhecimento, O novo paradigma das organizações*. Lisboa: FCA Editora de Informática.

Setton, M. G. J. (2002). A teoria do habitus em Pierre Bourdieu: uma leitura contemporânea. *Revista Brasileira de Educação*. Maio/Jun/Jul/Ago 2002 Nº 20. Disponível em <http://www.anped.org.br>

Silva, A. S. e Pinto, J. M. (1986). *Metodologia das Ciências Sociais*. Porto: Edições Afrontamento.

Simões, J. (2005). *Retrato Político da Saúde, Dependência do Percorso e Inovação em Saúde: da Ideologia ao Desempenho*. Coimbra: Almedina.

Sokal, A. e Bricmont, J. (1999). *Imposturas Intelectuais* (Tradução para a língua portuguesa). Lisboa: Gradiva. (Original publicado em 1999).

Stake, R. E. (2009). *A Arte da Investigação com Estudos de Caso* (2ª edição) (Tradução para a língua portuguesa). Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian. (Original publicado em 1995).

Toffler, A. e Toffler, H. (1999). *Criando uma Nova Civilização*. (Tradução para a língua portuguesa). Lisboa: Livros do Brasil. (Original publicado em 1995).

Toffler, A. (1980). *La Troisième Vague*. (Tradução para a língua portuguesa). Paris: Éditions Denoël. (Original publicado em 1980).

Tuiavii (2009). *O Papalagi Discursos de Tuiavii Chefe de Tribo de Tiavéa nos Mares do Sul*. Lisboa: Edições Antígona.

Vander, M., Gontijo, T. C. A., Abreu, N. A. A., Dantas, D. J., Martins, P. C. C. (2003). Propagação da Bananeira e Cuidados na Instalação do Pomar. In *Revista Científica Eletrônica de Agronomia*. Ano II – Edição Nº 3 – Junho de 2003. Acesso em Julho, 2010, em <http://www.revista.inf.br/agro03/revisao/revisao01.pdf>

Walter, K. (1997). *O Tao do Caos*. Lisboa: Lyon Edições.

Watzlawick, P. (1991). *A Realidade é Real?*. (Tradução para a língua portuguesa). Lisboa: Relógio de Água.

Watzlawick, P., Beavin, J. H., Don D. Jackson (2004). *Pragmática da Comunicação Humana*. (Tradução para a língua portuguesa). São Paulo: Editora Cultrix. (Original publicado em 1967).

Wenger, E. (2006). Communities of practice, a brief introduction. Acesso em 20 de Julho, 2010, em <http://www.ewenger.com/theory/index.htm>

YIN, R. K. (1989). *Case Study Research - Design and Methods*. Sage Publications Inc., USA.

Federação Internacional de Coaching - <http://www.coachfederation.org>

Grupos Balint - <http://www.elmurocultural.com/Claves/balint1.htm>

Organograma do CHLN 2010 - <http://www.hsm.min-saude.pt/contents/pdfs/organogramas/Organograma%20CHLN%202010.pdf>

CHLN - Sítio Oficial do CHLN, E.P.E.- <http://www.hsm.min-saude.pt>

Diário da República núm. 249, 29 de Dezembro de 2005 > Serie I

Diário da República núm. 295, 21 de Dezembro de 1999 > Serie I

Diário da República - I Série B - Nº 77 de 31 de Março de 2000

## **APÊNDICES**

## Apêndice A

Estoril, 18 de Dezembro de 2009

Ao Conselho de Administração do Centro Hospitalar Lisboa Norte, E.P.E.

Ex.mos Senhores

Encontro-me a frequentar o segundo ano do curso de mestrado em Intervenção Socio-Organizacional na Saúde, promovido pela Universidade de Évora em associação com a Escola Superior de Tecnologias da Saúde de Lisboa.

Escolhi para tema de dissertação o Desenvolvimento de Competências propondo fazer um estudo que permita dar um "contributo para a identificação dos critérios de análise das necessidades de desenvolvimento de competências e das acções formativas empreendidas num Centro Hospitalar E.P.E."

O estudo visa essencialmente a análise de conteúdo de documentos (publicados ou passíveis de serem publicados), podendo haver lugar a entrevistas aos responsáveis pela gestão de Recursos Humanos. O trabalho de investigação deverá desenvolver-se entre Dezembro de 2009 e Setembro de 2010. Após a sua conclusão as entidades participantes receberão uma síntese do mesmo com os resultados obtidos e serão convidadas para uma conferência de apresentação dos mesmos, a ter lugar em Lisboa ou em Évora.

A confidencialidade da informação será assegurada e todos os procedimentos deontológicos de prática de investigação serão rigorosamente cumpridos: o acesso à informação original será apenas possibilitado aos investigadores envolvidos na investigação: o investigador executante (signatário da presente carta) e o orientador (Prof. Nuno Rebelo dos Santos).

Peço a V.Exas que me seja permitido desenvolver este estudo no Departamento de Formação desse Centro Hospitalar.

Grato pela atenção, respeitosamente

Anexos - Resumo de proposta do Projecto de Investigação, Declaração do Orientador Curriculum e Vitae (sumário).



**Apêndice B**

CENTRO HOSPITALAR  
LISBOA NORTE, EPE



HOSPITAL DE  
SANTAMARIA

Hospital  
PulidoValente

Exmo. Senhor  
Pedro Manuel Aires de Sousa  
R. Bartolomeu Dias, 81 - Alapraia  
2765 - 180 ESTORIL

Refª PCA - 2010.JAN.25 - 0007

Assunto: Projecto de Dissertação sobre "Desenvolvimento de Competências em Centros Hospitalares EPE.

Em resposta à sua carta de 18 de Dezembro de 2009, informamos que o projecto em epígrafe foi autorizado pelo Conselho de Administração em 21 de Janeiro de 2010.

Com os melhores cumprimentos, 

O Presidente do Conselho de Administração

  
Adalberto Campos Fernandes

CONSELHO DE  
ADMINISTRAÇÃO

Av. Professor Egas Moniz  
1648-038 LISBOA  
Tel: 217 805 000 – Fax: 217 805 610

www.chln.pt

Alameda das Linhas de Torres, 117  
1763-001 LISBOA  
Tel: 217 948 000 – Fax: 217 948 216

www.chln.pt

## Apêndice C

**Entrevista a responsáveis do Centro de Formação**

CENTRO DE FORMAÇÃO CHLN E.P.E.

Sexta-feira, 2010-03-05

Primeira visita oficial ao Departamento de Formação do CHLNorte.

Ambiente "Casa das Máquinas". Cordialidade e reserva. Muito trabalho. Calor e silêncio com rumor de actividade. Cheio como um ovo. Desarrumação cuidadosamente ordenada.

Fui recebido pela Directora do Centro de Formação (DC) e pela Coordenadora Pedagógica (CP).

DC tentou perceber qual era a informação pretendida. Expressou o desejo de que a investigação fosse sobre o grau de satisfação dos formandos e ou sobre o impacto da formação no desempenho.

Clarifiquei que queria saber quais os processos para a identificação de necessidades de formação. CP informou que é perguntado aos Directores de Serviço (cada Director faz o levantamento como entende e não explicita a forma). Nem todos respondem. Agora vão começar a responder mais por causa dos processos de acreditação. A formação segue ordens/pedidos do CA e directivas do Ministério da Saúde.

É feita programação de acções de formação para entidades externas ao CHLN.

O "Planeamento" é o documento indicado para consultar os programas de formação.

Coloquei a questão da existência de outras estruturas formais ou informais que promovam acções de desenvolvimento/formação. Não têm conhecimento, a não ser o Gabinete de Formação e Investigação em Enfermagem que tem autonomia e faz a sua própria programação. Por vezes são feitas encomendas cruzadas.

Os inquéritos são apreciação das acções de formação. Não são para LNF. Cada inquérito tem um espaço para resposta aberta – comentários sugestões – onde surgem pedidos de formação. A forma de aferir a execução será dada pelo conjunto dos "BIs" (Boletins Informativos) das acções de formação.

Próxima visita – capturar os "planeamentos" e os "BIs" das acções feitas, dos últimos 4 anos. Uma pasta criada com estes elementos sem versar financiamento e logística.

**Contactar (estudar)** Gabinete de Formação e Investigação em Enfermagem (GFIE) CHLN E.P.E.

**Entrevistar** alguns Directores de Serviço – enquanto agentes e responsáveis de planeamento.

Sexta-feira, 2010-03-12

Mantém-se o tom afável na recepção. Tal como prometido aguardava-me a transferência de documentos digitalizados. Ainda não a totalidade. Muita ênfase nas acreditações. **A estudar.**

Documentos recolhidos:

Relatório 2005 Levantamento de necessidades foi feito em Maio de 2004. Efectuou-se através de uma carta dirigida... **Aceder à carta** As respostas recebidas... **Aceder às respostas**

O CF em contacto directo (**saber se há algum registo dos contactos e ou como se processaram**) com formandos ausculto e posteriormente dá voz a áreas de formação...

Relatório Final 2006 II - Definição do Plano de formação

A formação... Levantamento de necessidades foi feito em Maio de 2005. Efectuou-se através de uma carta dirigida... **Aceder à carta** As respostas recebidas... **Aceder às respostas**

Relatório 2007 II - Definição do Plano de formação A formação... Levantamento de necessidades foi feito em Maio de 2006. Efectuou-se através de uma carta dirigida... **Aceder à carta** As respostas recebidas... **Aceder às respostas** As respostas recebidas, as opiniões dos formandos expressas nos inquéritos dos ano anterior e as opiniões do Centro de Formação permitiram identificar as áreas temáticas ... **Aceder aos inquéritos, às opiniões...**

Relatório 2008 Definição do Plano de formação (levantamento de necessidades) Não existe! (?)

O "Planeamento" resume-se a quadros com programação de acções de formação! (?) Será que não existe mesmo documentos de planeamento? **Indagar melhor. A estrutura dos agentes de desenvolvimento** profissional e pessoal da organização começa a delinear-se: Centro de Formação, Gabinete de Formação e Investigação em Enfermagem (**investigar**), Direcção do Internato Médico (**Investigar**). Estas entidades funcionam de modo independente embora façam encomendas umas às outras. Até agora não há nenhum indício de outras técnicas de desenvolvimento profissional e pessoal que não sejam acções de formação clássicas. **Enviar mail** para CP a preparar o acesso aos documentos acima mencionados. **Preciso identificar** o conjunto de agentes que intervêm nos processos de desenvolvimento profissional e pessoal, como é que se articulam, que processos de LNF e ou desenvolvimento utilizam e que acções promovem.

## Apêndice D

| <b>Resumo Entrevistas<br/>Processo de Desenvolvimento Competências e Levantamento de Necessidades</b> |   |
|---|---|
| Técnica Coordenadora  | Inquérito – “Grau de satisfação dos profissionais”  |
| Director de Serviço   | Formação individual ao critério de cada elemento. Global – Temas escolhidos pelos mais velhos sobre novas técnicas, adaptação a novas máquinas, etc.<br>Formação contínua – Reunião semanal para tratar de um tema e revisões bibliográficas onde surgem necessidades de formação.  |
| Director do Internato Médico  | Na Direcção de Internato a formação do pessoal é prévia ao ingresso no Serviço.   |
| Directora de Serviço  | Reuniões clínicas onde se detectam fragilidades e se discutem temas relevantes. Detectar falhas e temas em voga a propósito de casos concretos. Em geral temos pouca acção sobre os enfermeiros.  |
| Directora de Serviço  | Formação protocolar para os Internos.<br>Formação em função da prática (diagnóstico e tratamento)   |
| Directora de Serviço  | Inquérito. Identificação de necessidades em função de incidentes críticos e episódios relevantes.   |
| Enf. <sup>a</sup> Chefe   | Os Chefes de Equipa (rotativamente) após inquérito em reunião de Serviço elaboram um plano de formação que é discutido com a Enfermeira- chefe e com a Direcção de Enfermagem. Necessidade de estar a par, problemas na prática. Incidentes críticos.   |
| Enf. <sup>o</sup> Chefe   | Critério do Enfermeiro-chefe em diálogo com os elementos do Serviço com base em dificuldades sentidas e reclamações. Temas recorrentes e transversais que se repetem para não esquecer e.g. situação de catástrofe e higiene.   |
| Enf. <sup>o</sup> Chefe   | Levantamento em reuniões, na avaliação da formação do ano anterior, pela observação do enfermeiro-chefe, na avaliação de desempenho, aparecimento de novas técnicas e interesses ou por proposta individual. Inquérito anual e inquérito oriundo do CF.   |
| Enf. <sup>a</sup> Chefe   | Questionário.<br>Detectar lacunas de conhecimento.  |
| Coord. Pedagógica CF  | Carta enviada aos Directores de Serviço (cada Director faz o levantamento como entende e não explicita a forma) Ordens/pedidos do Conselho de Administração e directivas do Ministério da Saúde. Nos inquéritos de apreciação das acções de formação no espaço para resposta aberta – comentários sugestões – surgem pedidos de formação. |
| Gabinete Formação e Investigação em Enfermagem (GFIE)   | O levantamento de necessidades de formação é feito pelo GFIE por questionário de follow-up da formação, com pedido de caracterização das necessidades predominantes dos colaboradores, enviado aos Chefes ou Responsáveis de Serviço. O questionário é complementado com entrevista semi-directiva na reunião.                            |
| Direcção do Internato Médico  | A formação passa pelos Serviços e está definida por decreto. A Direcção de Internato controla   |
| Téc. Coord. TDT<br>Membro do C Téc.   |   |

## Apêndice D

| <b>Resumo Entrevistas<br/>Acções Formativas</b> |   |
|---|---|
| Técnica Coordenadora                            | Formação a auxiliares e administrativos<br>Técnicos - Apresentação semanal de tema em sala<br>Organização de Jornadas   |
| Director de Serviço                             | Exercício profissional noutros Serviços ou Organizações e reuniões científicas. Processo facilitado pelo Director através de contactos, e cartas de recomendação.<br>Nas reuniões semanais existe um dinamizador. Os temas são propostos por qualquer elemento do Serviço (médico) para decisão do director.  |
| Director do Internato Médico                    |   |
| Directora de Serviço                            | Reuniões clínicas com apresentação de novidades das comissões de serviço, congressos, etc. Sessões de apresentação de temas para os Internos. Simpósios de actualização.  |
| Directora de Serviço                            | Médicos - Auto-formação junto dos pares e participação em congressos. Reunião clínica semanal. Formação em estágio. Jornada anual. Técnicas – superiores formação académica (licenciatura, mestrado e doutoramento) Congressos. Administrativos – Formações do CF. Enfermeiros completamente autónomos na formação.   |
| Directora de Serviço                            | Pede-se ao CF mas sem resultado. Formação teórica e prática providenciada pelo Serviço. Formação individual gerida pelos próprios.  |
| Enf. <sup>a</sup> Chefe                         | Desenvolvimento pessoal a cargo do CF.<br>Reunião no início do dia com reflexão no âmbito da prática. Quinze minutos para tratar de tudo; se o assunto for mais complicado agenda-se uma reunião extra.   |
| Enf. <sup>o</sup> Chefe                         | Formação de grupos (4 ou 5 elementos) a quem é dado um tema para um trabalho teórico a fim de ser apresentado em sala. Depois de revisto e analisado é colectado num manual.  |
| Enf. <sup>o</sup> Chefe                         | Demonstrações com componente teórica e prática.<br>Formações específicas para os os elementos que entram no Serviço.<br>Completamente autónomos. O GFIE valida a formação.  |
| Enf. <sup>a</sup> Chefe                         | Formação prática e teórica. Formação informal para os mais novos com um mentor – Enfermeiro integrador. Proposta de formandos para acções de formação promovidas pelo CF. Formação informal (com discussão e registo) nas passagens de turno. Autónomos no relacionamento com o CF, com o GFIE e com Direcção de Enfermagem.  |
| Coord Pedag CF                                  | Formação clássica   |
| Gab Form. e Investigação em Enfermagem (GFIE)   | Acções de formação. As acções de formação para Auxiliares de Acção Médica feitas em serviço (noutro Serviço) com Tutoria do Chefe/Responsável do Serviço. Estas acções de formação constam dos planos e relatórios do CF. Existiram em tempos "Acções de Desenvolvimento para Chefias"- Coaching, em sala e com sessões individuais – referiram Coaching. Estas acções de formação constam dos planos e relatórios do CF. |
| Direcção do Internato Médico                    | Tutoria. (Orientador de Formação)   |
| Téc. Coord. TDT<br>Membro do CTéc.              | Jornadas porque até agora foi a única maneira encontrada para dar uma formação que possa interessar às 18 profissões.   |

## Apêndice D

| <b>Resumo de Entrevistas<br/>Outras formas de desenvolvimento</b> |  |
|---|--|
| Técnica Coordenadora  | Tutoria formalizada para integração de novos elementos e estagiários.                                |
| Director de Serviço   | Tutoria, um mais velho, mais qualificado acompanha o trabalho dos mais novos, não é bem coaching.    |
| Director do Internato Médico                                      |  |
| Directora de Serviço  | Tutoria e só no Internato.   |
| Directora de Serviço  | (a questão não se colocou pois a entrevistada deixou subentender que o assunto estava concluído)     |
| Directora de Serviço  | Formação em Coaching dum elemento do Serviço porque a auto-estima das pessoas estava muito em baixo. |
| Enf. <sup>a</sup> Chefe   | Só a nível teórico. Não há outras formas.  |
| Enf. <sup>o</sup> Chefe   | Tutoria na integração dos mais novos.  |
| Enf. <sup>o</sup> Chefe   | Grupos de reflexão. Não usam os termos mas fazem.  |
| Enf. <sup>a</sup> Chefe   | Não existe   |
| Coord Pedagógica CF   | Não existe   |
| Gab Form. e Investigação em Enfermagem (GFIE)                     | Tutoria<br><i>Coaching</i> (em sala individual e em grupo).  |
| Direcção do Internato Médico                                      | Comissões de serviço, congressos   |
| Téc. Coord. TDT Membro do CT                                      | Jornadas   |

## Apêndice E

### Reunião com o Gabinete de Formação e Investigação em Enfermagem (GFIE)

O GFIE está dependente da Direcção de Enfermagem.

Coloquei a questão de como é feito o desenvolvimento de competências nos serviços de enfermagem e foi respondido em consonância, pelas duas enfermeiras responsáveis pela formação, que existem duas formas de **formação**.

Formação contínua em serviço e Formação em serviço feita pelos serviços e certificada pelo GFIE.

A formação destina-se aos enfermeiros e auxiliares de acção médica (estes últimos por se encontrarem hierarquicamente dependentes da chefia de enfermagem).

O **levantamento de necessidades de formação** é feito pelo GFIE que comunica ao Centro de Formação (CF) as acções de formação que consideram necessárias para que o CF decida as que podem e ou devem ser realizadas (logística, financiamento).

O LNF é feito por questionário enviado aos Chefes ou Responsáveis de Serviço. Estes questionários pretendem fazer o follow-up da formação e pedem que o Chefe/Responsável “caracterize as necessidades predominantes dos seus colaboradores”.

A resposta a este questionário deve ser entregue numa reunião de todos os Chefes/responsáveis com o GFIE. É nesta reunião que são feitas as entrevistas semi-directivas.

As acções de formação constam dos planos e relatórios do CF (já em meu poder).

Os Serviços podem fazer e fazem acções de formação internas das quais têm que enviar relatório para a Direcção de Enfermagem que, pelo GFIE, certifica as acções de formação.

Duas notas importantes a merecer mais investigação:

- As acções de formação para as AAM (Auxiliares de Acção Médica) são feitas em serviço (noutro Serviço) com Tutoria do Chefe/Responsável do Serviço. Estas acções de formação constam dos planos e relatórios do CF – aparecem com BI's de acção de formação clássica.
- Existiram em tempos (ver quando) “Acções de Desenvolvimento para Chefias” em sala e com sessões individuais – referiram Coaching – em quatro módulos com precedência, Liderança e ... (VER MELHOR) Estas acções de formação constam dos planos e relatórios do CF – como é que aparecem com BI's de acção de formação clássica.

**Apêndice F**

| <b>Quadro resumo Relatório de Actividades CF 2005</b>  |   |   |   |
|--|---|---|---|
| <b>OBJECTIVOS</b>  | <b>ÁREAS TEMÁTICAS</b>  | <b>DIAGNÓSTICO DE NECESSIDADES</b>  | <b>ÁREAS TEMÁTICAS ACÇÕES REALIZADAS</b>  |
| A formação CF permite adquirir e actualizar conhecimentos assim como desenvolver competências que promovem a realização profissional e o crescimento da organização.   | <ul style="list-style-type: none"> <li>-Novas patologias</li> <li>-Controlo da infecção</li> <li>-Grupos vulneráveis (crianças, adolescentes, idosos)</li> <li>-Saúde familiar</li> <li>-Saúde e comportamento</li> <li>Promoção e garantia de qualidade</li> <li>-Organização, gestão e administração em serviços de saúde</li> <li>-Humanização e atendimento de público</li> <li>-Informática e novas tecnologias de informação</li> <li>-Formação pedagógica de formadores</li> <li>Inglês</li> </ul> | <p>Diag. Neces. Maio de 2004<br/>Carta enviada ao CA, Direct. Serv., Direct. Depa rt., Direct. Serv. Apoio, Administradores de Área e Direcção Enf.</p> <p>Nos grupos prof. Directamente ligados à prestação de cuidados ao doente foi ainda possível identificar necessidades de formação nas áreas temáticas...</p> <p>CF em contacto directo com vários formandos dos vários grupos profissionais, ausculta e posteriormente dá voz a áreas de formação...</p> | <ul style="list-style-type: none"> <li>-Serviços de saúde</li> <li>-Informática na óptica do utilizador</li> <li>-Desenvolvimento pessoal</li> <li>-Secretariado e trabalho administrativo</li> <li>- Protecção do ambiente</li> </ul> <p>...De salientar que a Enfermagem apresenta o maior número de formandos na área de Serviços de Saúde, seguido dos administrativos na área de secretariado e dos Auxiliares de Acção Médica na área de desenvolvimento pessoal.</p> |
| <p><b>CONCLUSÕES</b></p> <p>A formação tem como principal implicação acrescentar valores e dessa forma aumentar os conhecimentos, mudar atitudes, modernizar os processos, fazendo crescer a organização de uma forma eficiente, modernizada e humanizada. Avaliar as consequências da formação é não só a fase mais complicada do ciclo formativo, mas também da maior importância, sendo contudo um processo difícil essencialmente numa Instituição da dimensão do HSM.</p> <p>A qualidade da formação deverá ser avaliada de modo a traduzir a satisfação dos formandos em relação às capacidades dos formadores, em relação aos objectivos iniciais e em relação ao seu futuro desempenho no lugar que ocupam na Instituição.</p> <p>No HSM o envolvimento das chefias inicia-se no diagnóstico de necessidades, altura em que é feita uma reflexão sobre as necessidades de formação, os objectivos que se pretendem atingir com a mesma, os conteúdos programáticos, as metodologias a aplicar e a avaliação.</p> |   |   |   |

## Apêndice F

| <b>Quadro Resumo LNF Plano 2007</b> |  |
|-------------------------------------|--|
| <b>Serv./Depart.</b>                | <b>Objectivos do Serviço/ Departamento</b>   |
| Serv. Pneumologia                   | Prestar cuidados com qualidade, eficácia e eficiência. Promover o ensino e a investigação  |
| Serv. Neurocirurgia                 | Prestar cuidados com qualidade, eficácia e eficiência. Promover o ensino e a investigação  |
| Serv. Medicina Intensiva            | Servir todo o Hospital na área Médica e Cirúrgica, como unidade de cuidados intensivos.  |
| Serv. Med. Física e Reabilitação    | Assistência no campo da Fisiatria aos doentes do HSM internados e em ambulatório, assim como, a investigação e a formação profissional pré e pós graduada.   |
| Serv. Pediatria / genética          | Colaborar na prestação dos cuidados na área de Pediatria.  |
| Centro de Formação                  | Dar apoio ao Conselho de Administração na definição e execução da formação para todos os grupos profissionais do Hospital de Santa Maria, contribuindo para a promoção da sua eficiência, criatividade e inovação nos Serviços, assegurando a qualificação dos mesmos. |
| Direc. de Enf.                      | Contribuir para a melhoria dos cuidados de saúde aos doentes/utentes/família.  |
| Serviço Social                      | Contribuir para a concretização do objectivo do tratamento, reabilitação e prevenção na saúde.   |
| Internato Médico                    | Elevar a qualidade dos Internatos Médicos.   |

| <b>Serv./Depart.</b>             | <b>Objectivos específicos de formação</b>   |
|----------------------------------|---|
| Serv. Pneumologia                | Sensibilizar os profissionais relativamente à repercussão que os seus actos (produção hospitalar) têm em relação ao funcionamento hospitalar; Possibilitar aos profissionais conhecimentos que lhes permita identificar os factores que afectam ou podem influenciar o seu desempenho e, metodologias preventivas ou de superação, uma vez identificados os factores; Dotar os profissionais de sensibilidade face ao suprimento de lacunas funcionais temporárias ou definitivas nos postos de trabalho; Dotar os profissionais com ferramentas indispensáveis a um melhor desempenho e relações laborais; |
| Serv. Neurocirurgia              | Idem  |
| Serv. Medicina Intensiva         | Dotar médicos e enfermeiros de conhecimentos que lhes permitam actuar em caso de Sepsis, para assim se diminuir a mortalidade.  |
| Serv. Med. Física e Reabilitação | Evolução qualitativa na actualização, humanização e modernização da prestação de cuidados de saúde, através da melhoria das práticas e da profissionalização dos técnicos a nível do serviço, em benefício do utente.   |
| Serv. Pediatria / genética       | Habilitar os profissionais do Serviço com conhecimentos que lhes permitam uma melhoria das práticas a nível do seu desempenho.  |
| Centro de Formação               | Habilitar os profissionais do HSM com conhecimentos que lhes permitam uma melhoria das práticas a nível do seu desempenho.  |
| Direc. de Enfermagem             | Habilitar as enfermeiras e auxiliares de acção médica de competências no sentido de melhorar a qualidade dos cuidados prestados ao doente/utente/família no HSM.  |
| Serviço Social                   | Dotar os profissionais de conhecimentos acerca das novas teorias / metodologias de intervenção social, bem como, estabelecer linhas de actuação comuns a todos os técnicos.   |
| Internato Médico                 | Treinar os Internos em técnicas de Reanimação; Ensinar a metodologia diagnostica em poli traumatizados e as atitudes terapêuticas correntes; Ensinar a prescrição de Antibióticos e as atitudes que evitam a infecção hospitalar.   |



**Apêndice F**

| <b>Quadro Resumo LNF Plano 2007</b> |   |
|-------------------------------------|---|
| <b>Serv./Depart.</b>                | <b>Perfis profissionais diagnosticados e desejados</b>  |
| Serv. Pneumologia                   | Diagnosticados: Profissionais com realização deficiente na execução das suas funções<br>Desejados: Profissionais com desempenho adequado às funções a executarem  |
| Serv. Neurocirurgia                 | Idem  |
| Serv. Medicina Intensiva            | Diagnosticados: profissionais com algumas deficiências nas técnicas de Tratamento em caso de Sepsis.<br>Desejados: profissionais com domínio total das técnicas de tratamento em caso de Sepsis.  |
| Serv. Med. Física e Reabilitação    | Diagnosticados: Profissionais com lacunas de formação informação profissional, assim como, com necessidades de actualização de conhecimentos. Desejados: Profissionais com conhecimentos adequados às práticas profissionais  |
| Serv. Pediatria / genética          | Diagnosticado: profissionais portadores de alguns conhecimentos empíricos insuficientes ao desempenho adequado das funções.<br>Desejado: profissionais portadores de conhecimento bem fundamentados para o desempenho adequado das funções.   |
| Centro de Formação                  | Diagnosticado: profissionais portadores de alguns conhecimentos empíricos insuficientes ao desempenho adequado das funções.<br>Desejado: profissionais portadores de conhecimento bem fundamentados para o desempenho adequado das funções.   |
| Direc. de Enfermagem                | Diagnosticado: observam-se comportamentos, posturas e desempenhos incorrectos ou menos correctos por parte dos auxiliares de acção médica e enfermeiros.<br>Desejado: pretende-se corrigir e melhorar comportamentos e desempenhos dos auxiliares de acção médica e enfermeiros.                        |
| Serviço Social                      | Diagnosticados – profissionais com linhas de actuação por vezes difusa entre pares, faltando homogeneidade nos conceitos.<br>Desejados – profissionais competentes com conhecimentos actualizados, capazes de desenvolver métodos e técnicas inovadoras com vista a uma maior rentabilidade e eficácia. |
| Internato Médico                    | Diagnosticados – Internos com deficiente preparação nas suas funções.<br>Desejados – Internos com desempenho profissional adequado às suas funções.   |

**Apêndice F**

| <b>Quadro resumo Relatório de Actividade CF 2006</b>   |   |   |  |
|--|---|---|--|
| <b>OBJECTIVOS</b>  | <b>ÁREAS TEMÁTICAS</b>  | <b>LEVANTAMENTO DE NECESSIDADES</b>   | <b>ÁREAS DE FORMAÇÃO MAIS FREQUENTADAS</b>   |
| O CF<br>"Desempenha um papel muito importante na formação profissional dos funcionários do HSM permitindo a todos aquisição e actualização de competências o que conduz à realização profissional dos mesmos e ao crescimento da organização." | -Novas patologias<br>-Controlo da infecção hospitalar<br>-Grupos vulneráveis<br>-Saúde da mulher<br>-Saúde materna<br>-Saúde e comportamento<br>-Promoção e garantia de qualidade<br>-Organização, gestão e administração em serviços de saúde<br>-Humanização e atendimento de público<br>-Informática e novas tecnologias de informação<br>-Alert-sistema de informação clínica<br>-Formação pedagógica de formadores<br>Inglês | Levantamento de. Neces. Maio de 2005<br>Carta enviada ao CA,Direct.Serv.,Direct.Depa rt.,Direct.Serv.Apoio, Administradores de Área e Direcção Enf. E Directores dos Centros de Saúde da Unidade Setentrional-A<br>As respostas recebidas permitiram identificar as áreas temáticas, os objectivos da formação o conteúdo programático, as metodologias a aplicar os grupos profissionais, as categorias profissionais, a duração e o número de acções. | -Saúde<br>-Informática<br>-Secretariado e Trabalho Administrativo<br>-Enfermagem e Enquadramento na Organização e na Empresa |

**Apêndice F**

| <b>Quadro resumo Relatório de Actividade CF 2007</b>   |  |  |   |
|--|--|--|---|
| <b>OBJECTIVOS</b>  | <b>ÁREAS TEMÁTICAS</b>   | <b>LEVANTAMENTO DE NECESSIDADES</b>  | <b>ÁREAS DE FORMAÇÃO + FREQUENTADAS</b>   |
| <p>A formação realizada permite promover a eficiência dos Serviços, a criatividade a inovação, a mudança, a promoção e progressão na carreira e a qualidade. O CF depende directamente e sem delegação de competências específicas do Sr. Presidente do CA. Desempenha um papel muito importante na formação profissional dos funcionários do HSM permitindo a todos aquisição e actualização de competências o que conduz à realização profissional dos mesmos e ao crescimento da organização.</p> | <ul style="list-style-type: none"> <li>-Serviços de saúde</li> <li>-Novas patologias</li> <li>-Controlo da infecção hospitalar</li> <li>-Abordagem do doente com patologia crónica</li> <li>-Saúde da criança</li> <li>-Saúde da mulher</li> <li>-Saúde materna</li> <li>-Saúde ambiental</li> <li>-Saúde ocupacional</li> <li>-Trabalho social e orientação</li> <li>-Promoção e garantia de qualidade</li> <li>-Desenvolvimento pessoal</li> <li>-Organização, gestão e administração em serviços de saúde</li> <li>-Humanização e atendimento de público</li> <li>-Informática e novas tecnologias de informação</li> <li>-Formação pedagógica de formadores</li> <li>-Línguas e literatura estrangeiras</li> </ul> | <p>Levantamento de Necessidades. Maio de 2006<br/>Carta enviada ao CA, Direct.Serv.,Direct.Dep art.,Direct.Serv.Apoio, Administradores de Área e Direcção Enf. E Directores dos Centros de Saúde da Unidade Setentrional-A<br/>As respostas recebidas, as opiniões dos formandos expressas nos inquéritos do ano anterior e as opiniões do centro de formação, permitiram identificar as áreas temáticas, os objectivos da formação o conteúdo programático, as metodologias a aplicar os grupos profissionais, as categorias profissionais, a duração e o número de acções.</p> | <ul style="list-style-type: none"> <li>-Saúde</li> <li>-Desenvolvimento Pessoal</li> <li>- Ciências empresariais</li> </ul> |
| <p><b>CONCLUSÕES</b><br/>A avaliação feita pelos formandos e formadores acerca do CF, acções, formandos e formadores foi muito gratificante e globalmente foi boa e muito boa. Apesar da execução deste programa que consideramos globalmente bom, pretendemos implementar de forma mais consistente a avaliação de grau 2.</p>  |  |  |   |

## Apêndice F

| <b>Quadro resumo Relatório de Actividade CF 2008</b>   |   |  |   |
|--|---|--|---|
| INTRODUÇÃO E OBJECTIVOS  | ÁREAS TEMÁTICAS   | LEVANTAMENTO DE NECESSIDADES   | ÁREAS DE FORMAÇÃO + FREQUENTADAS                              |
| <p>O CF depende directamente do Presidente do CA e tem como principais missões:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Promover a eficiência dos serviços</li> <li>-Fomentar a criatividade e a inovação</li> <li>-Promover o desenvolvimento pessoal, sócio-profissional e cultural, contribuindo para a mudança de comportamentos</li> <li>-Assegurar a qualificação dos profissionais, tendo em vista a promoção e progressão nas respectivas carreiras</li> <li>-Contribuir para a prossecução dos objectivos definidos pelo CHLN, como via de promoção e garantia de cuidados de Saúde de Qualidade.</li> </ul> <p>O CF desenvolve a sua actividade nos seguintes domínios do processo formativo:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Diagnóstico de Necessidades de Formação</li> <li>-Planeamento da Formação</li> <li>-Organização e Promoção da Actividades</li> <li>-Concepção de Programas das Actividades</li> <li>-Execução e Difusão Ao das Actividades</li> <li>-Acompanhamento e Avaliação</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>-Serviços de saúde</li> <li>-Novas patologias</li> <li>-Controlo da infecção hospitalar</li> <li>-Abordagem do doente com patologia crónica</li> <li>-Saúde da criança</li> <li>-Saúde da mulher</li> <li>-Saúde materna</li> <li>-Saúde ambiental</li> <li>-Saúde ocupacional</li> <li>-Trabalho social e orientação</li> <li>-Promoção e garantia de qualidade</li> <li>-Desenvolvimento pessoal e profissional</li> <li>-Organização, gestão e administração em serviços de saúde</li> <li>-Humanização e atendimento de público</li> <li>-Informática e novas tecnologias de informação</li> <li>-Formação pedagógica de formadores</li> <li>-Línguas e literatura estrangeiras</li> </ul> | <p>Levantamento de Necessidades de Formação</p> <p><i>Não é referido neste relatório</i></p> | <p>Saúde. Desenvolvimento Pessoal. Ciências empresariais.</p> |
| <p><b>CONCLUSÕES</b></p> <p>A avaliação feita pelos formandos e formadores acerca do CF, acções, formandos e formadores foi muito gratificante e globalmente foi boa e muito boa.</p> <p>Apesar da execução deste programa que consideramos globalmente bom, pretendemos implementar de forma mais consistente a avaliação de grau 2.</p>  |   |  |   |
| <p>Em 8 de Fevereiro de 2008 DL nº 23/2008 cria o CHLN (HSM e HPV). Junção dos CF´s mantendo-se dois pólos.</p>  |   |  |   |

**Apêndice F**

| <b>Quadro resumo Relatório de Actividade CF 2009</b>  |
|---|
| Análise da actividade, da qualidade da mesma e das opiniões quer dos formandos quer dos formadores. Analisar o rigor do cumprimento do seu plano anual.   |
| O CF tem a grande missão de promover formação para cumprimento dos objectivos do CA.  |
| <p>Humanização e Atendimento</p> <p>Área Saúde: Prevenção e Controlo da Infecção Hospitalar, Cuidados Básicos de Saúde, Ética, Deontologia, Comunicação e Relações Interpessoais, Filhos de Mães Toxicodependentes no Período Neonatal e <i>Follow-up</i>, Estabilização e Transporte da Criança Gravemente Doente, O Essencial na Doação de Órgãos, Curso Enfermagem de Trauma, Gestão da Qualidade em Farmácia, Preparação de Medicamentos na Unidade de Citostáticos, Nutrição Artificial – Conceitos Básicos, Nutrição Parentérica-Preparação</p> <p>Outras áreas: Auditorias de Qualidade, GDH – Utilidade Clínica, Gestão de Risco, Liderança e Trabalho em Equipa; Comunicação e Gestão de Conflitos; Desenvolvimento Pessoal e Profissional para Chefias, Sistemas de informação/classificação internacional para a prática de enfermagem (CIPE), Programa das Novas Oportunidades – Validação e Certificação de Competências (RVCCV)</p> |
| -Área da Saúde -Ciências Empresariais - Serviços de Segurança - Desenvolvimento Pessoal e Humanidades   |
| <p>O CF realizou a formação que o CA considerou prioritária para que os objectivos do CH fossem atingidos.</p> <p>Este ano de 2009 culminou pela nossa acreditação pela DGERT e pela renovação da acreditação pela ACSS.</p>  |