

Apresentação da Dissertação [“Desenvolvimento de Competências num Centro Hospitalar E.P.E. – Estudo de Caso”](#)

Terapeuta¹ Pedro Aires de Sousa²

Sendo o desenvolvimento de competências uma área de conhecimento que interessa a todos os profissionais de saúde e, em particular, aos Técnicos de Diagnóstico e Terapêutica, gostaríamos de vos apresentar um estudo sobre esse tema³ realizado neste Centro Hospitalar.⁴ Concluído em 2011, poderá estar desactualizado em alguns aspectos. No entanto, estamos convictos que o funcionamento da Organização continua idêntico nos seus aspectos estruturais, pelo menos, no que ao desenvolvimento de competências diz respeito. Propusemo-nos 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 foi de Estudo de Caso com abordagem qualitativa procedendo-se à análise de documentos e de entrevistas a responsáveis por desenvolvimento de competências. Os resultados mostraram que o processo de desenvolvimento de competências no Centro Hospitalar tem como constituinte fundamental dois modos distintos de funcionamento e que a diferença depende do nível da estrutura organizacional considerado. Propusemos 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.

¹ Terapeuta da Fala do Serviço de ORL do CHLN, E.P.E.

² Mestre em Políticas de Administração e Gestão de Serviços de Saúde.

³ Supomos ser o único estudo realizado até à data.

⁴ Centro Hospitalar Lisboa Norte, E.P.E.

Contexto Social e Organizacional

Do contexto social e organizacional pareceu-nos importante dar uma visão do ambiente ideológico que presidiu à investigação.

A investigação foi dirigida para o estudo da área *peçoas* que 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”⁵ Considerámos esta área da maior importância porque “a qualidade das pessoas constitui a verdadeira base do processo de melhoria da qualidade de qualquer organização”⁶.

Tivemos também 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”⁷ dispondo de competências globais como treino emocional, consciência organizacional, capacidade de teorização e alto desempenho.

Considerou-se 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 e também porque que, “no caso da Administração Pública Central portuguesa, a prática corrente para a elaboração de planos de formação é casuística”⁸ prevalecendo “uma lógica de interesse temático em detrimento de uma lógica de desenvolvimento estratégico dos recursos humanos” (*in* Plano Nacional de Saúde 2004/2010).

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.

Constituiu-se, assim, como objectivo da investigação 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.

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.

⁵ (Simões, 2005)

⁶ (Mezomo, 2001)

⁷ (Le Boterf, 2003)

⁸ (Rato, Baptista, e Ferraz, 2007)

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”⁹.

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.

Até ao presente a estrutura foi-se modificando e, parafraseando Graça Carapineiro¹⁰, diremos que à medida que a organização social do trabalho envolveu profissionais com um estatuto social e profissional mais elevado foi sendo predominantemente regulada pela sua autoridade porque “o trabalho complexo não pode ser realizado correctamente a não ser que seja efectuado sob o controlo do próprio operacional”¹¹. 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”¹⁰.

Apresentação de conceitos nucleares

A abordagem científica da realidade requer **objectividade** e por isso sublinhámos a motivação do investigador como um aspecto que contribui para a aumentar. Bourdieu 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”¹².

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”¹³.

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.

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

⁹ (Coutinho, 2003 apud Pacheco, 2010)

¹⁰ (Carapineiro, 2005)

¹¹ (Mintzberg, 2010)

¹² (Bourdieu, 2008)

¹³ (Flick, 2005)

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. Tivemos 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 rentável¹⁴.

Discutimos os conceitos de [competência](#), [desempenho](#), [metáfora](#), [meme](#) e [rizoma](#). Na presente sinopse, como referimos, reportamo-nos apenas á noção de competência.

Tratámos da competência, ao estilo de Pierre Bourdieu, “como se de uma coisa se tratasse”¹⁵ pondo o ênfase no *como se*; como se de um substantivo se tratasse pois a substantivação de competência acarreta o risco de coisificação¹⁶ do conceito.

Na pesquisa de conceitos apropriámo-nos dum sedimento semântico que ajudou 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’”¹⁷. 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” 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”. 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 papéis¹⁸.

Numa breve recensão 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

¹⁴ (Fuller e Farrington, 2001)

¹⁵ (Bourdieu, 2007)

¹⁶ 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).

¹⁷ (Le Boterf, 2003)

¹⁸ (Gonçalves, 2000)

competência (redundantemente, em acção) são discriminadas várias sub-competências, a jusante, inferidas da noção combinatória de Le Botterf ou, a montante, como Gonçalves.

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.)”¹⁷.

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” 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 interacções 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”¹⁹.

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.

Analisámos também os instrumentos de desenvolvimento de competências que foram apresentados de uma forma sucinta.

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

Começámos²⁰ 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 aprender²¹.

A formação aparece quase sempre, na literatura, como substantivo. 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.

¹⁹ (Pedretti e Early, 2005)

²⁰ Neste artigo só é visível a análise do conceito de formação.

²¹ (Gomes et al., 2008)

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”²² 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”²³.

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” Ressalvando a admiração que nos suscita o facto de poderem existir professores não-intelectuais, Pereira (2006), define 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, 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 desempenho²². Propomos que se considere esta perspectiva do conceito formação como formação clássica.

Supomos que o ensino escolar (formação clássica), 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.

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.

A Investigação

Definimos este estudo como uma **etnometodologia** questionando “o modo como as pessoas produzem a realidade [organizacional] nos seus processos de interacção [tendo] como preocupação central o estudo dos métodos utilizados por elas para a produção da realidade quotidiana”²⁴.

Procurámos qual o método de diagnóstico das necessidades de formação procedendo 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?

²² (Fuller e Farrington, 2001)

²³ (Caetano, 2007)

²⁴ (Flick, 2005)

Fizemos o enquadramento teórico onde, para além da caracterização da Organização²⁵, procurámos dar uma perspectiva de alguns conceitos, nomeadamente os de formação e competência²⁶.

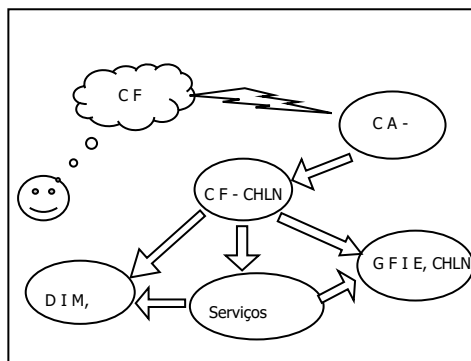
Procedemos, à análise de conteúdo dos programas de acção e relatórios de actividade do Departamento de Formação, de documentos (publicados ou publicáveis) elaborados para levantamento das necessidades de formação ou desenvolvimento e de entrevistas a responsáveis pela gestão de Recursos Humanos. A análise documental constituiu 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.

Apresentámos um esboço de proposta de intervenção orientada por um modo extremamente invasivo mas minimal nos meios e respeitador da ecologia organizacional.

Procedimentos

No percurso da investigação (Figura 1) 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. Recebida a autorização do CA contactámos o Centro de Formação do Centro Hospitalar. Fomos recebidos pela Directora e por uma Coordenadora Pedagógica tendo feito o registo deste primeiro contacto. 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

²⁵ 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).

²⁶ Sobre estes alongámo-nos nesta apresentação por serem os conceitos de desenvolvimento humano que, com tantas definições existentes, acabam por ser os mais ambíguos.

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 (CT-TDT).

Para complementar os achados documentais realizámos entrevistas a responsáveis por desenvolvimento de competências.

Tratamento dos Dados

A recolha de documentação referente a um período de seis anos não advém de nenhuma intenção de fazer um estudo cronológico do processo. Explicitámos que o tempo em análise era o *hac ora* da dissertação.

A redução dos dados documentais foi feita retendo duas dimensões (Figura 2); estruturas e 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 foram alvo de análise.

Partimos do Organograma do Centro Hospitalar 2010 como primeiro dado para iniciar o mapeamento da organização e verificou-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.

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).

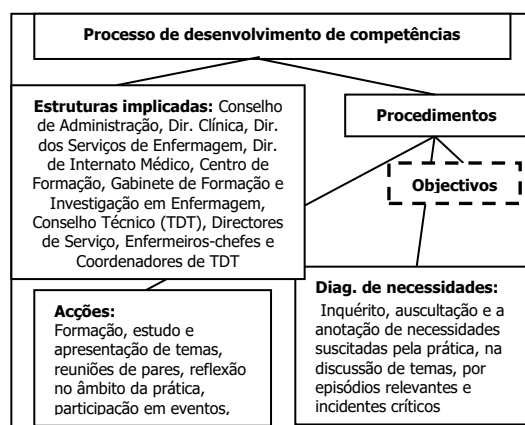
Na dimensão 'actores e estruturas envolvidos' foram identificados na documentação recolhida, nas entrevistas, na consulta do Regulamento Interno (RI) do CHLN E.P.E e legislação conexas: o Conselho de Administração, a Direcção Clínica, a Direcção dos Serviços de Enfermagem, a Direcção de Internato Médico, 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.

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.

As entrevistas que inicialmente foram 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.

Resumimos 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 2 - Categorização de estruturas e procedimentos



Resultados obtidos

Com base nos dados recolhidos observámos que:

A análise dos circuitos de desenvolvimento de competências revelou (Figura 3) 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.

O Centro de Formação actua em conformidade com a estratégia da organização definida pelo CA. 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). 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.

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. 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. 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, de forma imprecisa, no discurso das chefias entrevistadas.

Verificámos ainda 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.

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 (Figura 4). 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.

Figura 3 - Estruturas visíveis/ invisíveis no Organograma do CH

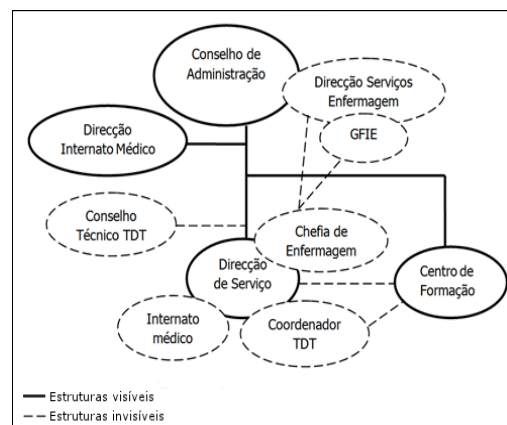
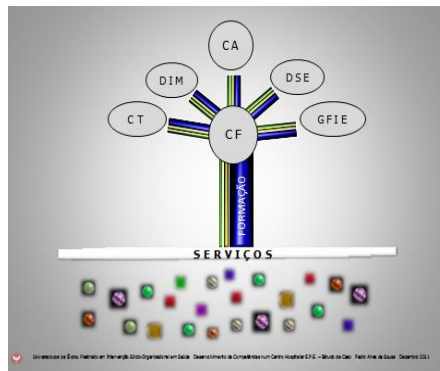


Figura 4 - Dois modos distintos de funcionamento

Considerámos 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* que mantendo, e porventura aumentando, a sua capacidade de fornecer formação, pudessem monitorizar o desempenho organizacional e desenvolver uma maior variedade processos de desenvolvimento.