

Universidade do Minho
Instituto de Educação

Tiago André Gomes de Oliveira

**Políticas e práticas de formação das unidades
de saúde hospitalares: um estudo multicasos
dos centros de formação dos hospitais**



Universidade do Minho
Instituto de Educação

Tiago André Gomes de Oliveira

**Políticas e práticas de formação das unidades
de saúde hospitalares: um estudo multicaseos
dos centros de formação dos hospitais**

Dissertação de Mestrado
Mestrado em Educação
Área de Especialização em Formação, Trabalho
e Recursos Humanos

Trabalho realizado sob a orientação da
Doutora Daniela Andrade Vilaverde Silva

outubro de 2017

Declaração

Nome: Tiago André Gomes de Oliveira

Endereço eletrónico: tagoliveira@sapo.pt

Contacto de telemóvel: 964121458

Número do Documento de Identificação: 12564472 8ZY9

Título do relatório de estágio: Políticas e práticas de formação das unidades de saúde hospitalares: um estudo multicasos dos centros de formação dos hospitais.

Orientador: Doutora Daniela Andrade Vilaverde Silva

Ano de conclusão: 2017

Designação do Mestrado: Mestrado em Educação, Área de Especialização em Formação, Trabalho e Recursos Humanos

É autorizada a reprodução integral deste relatório de estágio apenas para efeitos de investigação, mediante declaração escrita do interessado, que a tal se compromete.

Universidade do Minho, 31 de outubro de 2017

Assinatura: _____

Agradecimentos

A realização deste relatório de estágio, no âmbito do Mestrado em Educação – Formação, Trabalho e Recursos Humanos, contou com importantes apoios e incentivos sem os quais não se teria tornado uma realidade este projeto e aos quais estarei eternamente agradecido.

À minha orientadora Professora Doutora Daniela Andrade Vilaverde Silva pela disponibilidade e apoio manifestado durante a realização de todo o processo de investigação. A sua orientação foi fundamental em cada etapa do trabalho desenvolvido, clarificando sempre as minhas dúvidas no momento certo.

Aos responsáveis dos Centros de Formação dos cinco hospitais alvos desta investigação pela colaboração e disponibilidade demonstradas na partilha de informação essencial para o projeto e sem a qual o mesmo não seria exequível.

Aos Conselhos de Administração dos cinco hospitais alvos desta investigação por terem autorizado a visita às suas instalações e o acesso a documentos fulcrais para a investigação.

Aos meus amigos e familiares que sempre me apoiaram ao longo do meu percurso académico e que sem as suas motivações tudo seria mais difícil.

Por fim, não poderia deixar de manifestar um especial agradecimento ao Instituto de Educação da Universidade do Minho por ter aberto as suas portas a um desconhecido da área da educação e por ter proporcionado uma aprendizagem inicial e contínua sobre a *educação e formação de adultos* ao longo destes últimos 2 anos que em muito contribuíram para o desenvolvimento das minhas competências técnicas e desempenho profissional.

POLÍTICAS E PRÁTICAS DE FORMAÇÃO DAS UNIDADES DE SAÚDE HOSPITALARES: UM ESTUDO MULTICASOS DOS CENTROS DE FORMAÇÃO DOS HOSPITAIS.

Tiago André Gomes de Oliveira

Relatório de Estágio

Mestrado em Educação – Formação, Trabalho e Recursos Humanos

Universidade do Minho

2017

Resumo

Conhecer os Centros de Formação dos Hospitais do Serviço Nacional de Saúde Português é uma tarefa laboriosa, pela natureza da sua atividade, pela caracterização e especificidade do público-alvo, pelo ambiente em que se encontram inseridos e pela complexidade do serviço público prestado pelos Hospitais. Através do estudo de caso de cinco Hospitais da zona norte do país, procurou-se caracterizar a atividade de formação realizada por eles, as políticas e práticas de gestão da formação profissional. Estas unidades sofrem particularmente de uma dependência hierárquica bastante concentrada nos órgãos de gestão dos próprios Hospitais e da Administração Central do Sistema de Saúde, sujeitas, em parte, ao financiamento externo de programas provenientes do fundo social europeu para realização de formação acrescida à capacidade de resposta interna. Há uma forte aposta no desenvolvimento e atualização permanente das competências técnicas dos profissionais, pela natureza das suas funções, descuidando um pouco o desenvolvimento das competências relacionais, fator essencial para uma boa comunicação na prestação de cuidados de saúde. Os dados da investigação dos estudos de caso denunciam que os profissionais são pouco envolvidos no processo de gestão da formação, desde a análise de necessidades à avaliação da formação, quer dos próprios, quer da própria formação. Evidencia-se uma atitude *positivista* neste domínio por parte dos Hospitais, sendo que o principal enfoque da formação é atingir resultados delineados pela estratégia operacional de cada entidade. A atividade dos Centros de Formação é vista como uma atividade secundária, complementar, não sendo encarada como um custo, cujo benefício é o conhecimento contínuo dos profissionais, através da *aprendizagem ao longo da vida*, traduzida numa melhor prestação e exercício de serviço público.

Palavras-chave: formação; políticas de formação, práticas de formação; profissionais de saúde.

TRAINING POLICIES AND PRACTICES OF HOSPITAL HEALTH UNITS: A MULTICASES STUDY OF HOSPITALS TRAINING CENTRES.

Tiago André Gomes de Oliveira

Professional Practice Report
Master Degree in Education – Training, Work and Human Resources
University of Minho
2017

Abstract

To know the Hospitals Training Centres of the Portuguese National Health Service is a laborious task by the nature of their activity, by the characterization and specificity of the target public, by their environment and by the complexity of the public service provided by the Hospitals. Through the case study of five hospitals in the northern part of the country, we searched for their training activity and their professional training management policies and practices. These units suffer from a highly hierarchical dependence concentrated in the management bodies of the Hospitals and in the Central Administration of the Health System, since they are subjected, in part, to the financing of external programs from the European Social Fund to carry out training in addition to their internal capacity of response. There is a strong commitment to the development and constant updating of the technical skills of the professionals, by the nature of their functions, neglecting the development of relational skills, an essential factor for good communication in the delivery of health care. The research data from the case studies report that professionals are little involved in the process of training management, from the analysis of needs to the evaluation of the training, whether it relates to themselves or to training. There is evidence of a Hospitals *positive* attitude, being that the main focus of training is to achieve the operational strategy results of each entity's. The Training Centres activity is considered as a secondary and complementary activity and, therefore, it is not seen as a cost, whose benefit is the continuous knowledge of the professionals, through lifelong learning, translated into a better service and into a better exercise of public service.

Keywords: training; training policies, training practices; health professionals.

Índice geral

Índice geral	IX
Índice de abreviaturas e siglas	XI
Índice de quadros	XII
Índice de gráficos	XIV
1. Introdução	15
2. Enquadramento contextual do estágio	19
2.1. Caracterização geral da instituição	19
2.1.1. Estrutura orgânica	20
2.2. Caracterização específica do local de estágio	21
2.2.1. Caracterização dos recursos humanos	22
2.2.2. Caracterização do objeto da atividade	23
2.3. Caracterização do público-alvo	25
2.4. Diagnóstico de necessidades/interesses	27
2.5. Objetivos da intervenção e/ou problema de investigação	28
2.5.1. Objetivos gerais	30
2.5.2. Objetivos específicos	30
3. Enquadramento teórico da área de investigação	31
3.1. A centralização, descentralização e autonomia dos serviços do SNS	31
3.1.1. Breves dimensões conceptuais	31
3.1.2. A centralização e descentralização no SNS	32
3.2. A formação no sistema de saúde português	36
3.2.1. Contextualização	36
3.2.2. Objetivos, princípios e modalidades de formação	39
3.2.3. Financiamento	40
3.3. As políticas e práticas da formação profissional	42
3.3.1. Enquadramento	42
3.3.2. A formação profissional dos profissionais de saúde	50
3.3.3. O processo de gestão da formação	52
3.3.3.1. Análise de necessidades de formação	54

3.3.3.2. Avaliação da formação	59
4. Enquadramento metodológico do estágio	63
4.1. Definição do paradigma	63
4.2. Seleção e definição do método	64
4.3. Seleção e definição das técnicas de recolha de dados	65
4.3.1. Entrevista semi-estruturada	65
4.3.2. Análise documental	67
4.4. Apresentação das atividades desenvolvidas	67
5. Apresentação e discussão dos dados obtidos	71
5.1. Caracterização dos Centros de Formação	71
5.1.1. Funcionamento da atividade	74
5.1.2. Ramos de formação desenvolvida	75
5.2. Políticas e práticas da gestão da formação	75
5.2.1. Caracterização da administração dos CF	80
5.2.2. Gestão por objetivos	83
5.3. Análise de necessidades	85
5.4. O plano de formação	89
5.5. Avaliação da formação	96
6. Considerações finais	103
7. Bibliografia/legislação	107
7.1. Bibliografia	107
7.2. Legislação	110

Apêndices:

I – Guião da entrevista

II – Transcrição das entrevistas

III – Análise simples de conteúdo

Índice de abreviaturas e siglas

ACSS – Administração Central do Sistema de Saúde

ARS – Administração Regional de Saúde

CA – Conselho de Administração

CC – Conselho Consultivo

CCP – Constituição da República Portuguesa

CF – Centro de Formação

EA – Educação de Adultos

EFA – Educação e Formação de Adultos

EFP – Educação e Formação Profissional

FSE – Fundo Social Europeu

FU – Fiscal Único

HA1 – Hospital 1

HA2 – Hospital 2

HA3 – Hospital 3

HA4 – Hospital 4

HA5 – Hospital 5

INA – Direção Geral da Qualificação dos Trabalhadores em Funções Públicas

LBS – Lei de Bases da Saúde

POISE – Programa Operacional Inclusão Social e Emprego

RFPAP – Regime de Formação Profissional na Administração Pública

SNS – Serviço Nacional de Saúde

SSP – Sistema de Saúde Português

Índice de quadros

Quadro 1: Quadro de pessoal do HA5	23
Quadro 2: Formação planeada para 2017	25
Quadro 3: Modelos educativos de adultos	46
Quadro 4: Modelos analíticos de políticas de educação de adultos	47
Quadro 5: Fatores indutores de necessidades de formação	56
Quadro 6: Cronograma das atividades desenvolvidas	68
Quadro 7: Composição dos quadros de pessoal dos CF	71
Quadro 8: Número de trabalhadores por entidade	72
Quadro 9: Média de profissionais afetos a cada elemento dos CF	72
Quadro 10: Dependência hierárquica e poder de decisão	73
Quadro 11: Ramos de formação	75
Quadro 12: Relevância da formação	76
Quadro 13: Visão organizacional sobre a formação	77
Quadro 14: Sensibilização para a formação	78
Quadro 15: Eficiência das políticas e práticas de gestão da formação	79
Quadro 16: Autonomia financeira	80
Quadro 17: Autonomia administrativa	81
Quadro 18: Autonomia pedagógica	81
Quadro 19: Autonomia científica	82
Quadro 20: Aplicação da gestão por objetivos	83
Quadro 21: Responsável pela gestão	84
Quadro 22: Impacto nas práticas	84
Quadro 23: Modo de levantamento de necessidades	85
Quadro 24: Utilização de instrumentos indiretos	87
Quadro 25: Validação da análise de necessidades	88
Quadro 26: Responsáveis pela elaboração/validação	89
Quadro 27: Classificação das ações de formação	90
Quadro 28: Seleção dos formandos	91
Quadro 29: Seleção dos formadores	92

Quadro 30: Objetivos das ações de formação	93
Quadro 31: Metodologias pedagógicas	94
Quadro 32: Partilha de experiências/conhecimentos	95
Quadro 33: Avaliação das aprendizagens	96
Quadro 34: Avaliação da formação	97
Quadro 35: Funções da avaliação da formação	99
Quadro 36: Medidas corretivas	100
Quadro 37: Informação dos resultados da avaliação da formação	100
Quadro 38: Satisfação dos profissionais	101

Índice de gráficos

Gráfico 1: Volume de formação 2014/2016

24

1. Introdução

As necessidades da população têm vindo a evoluir ao longo dos tempos, avocando nos dias de hoje particularidades e exigências diferentes, com graus de satisfação distintos de pessoa para pessoa. No âmbito da saúde, tais necessidades exigem modelos de prestação de cuidados devidamente atualizados, de forma contínua, com uma capacidade de resposta eficaz e eficiente.

Efetivamente torna-se necessário que a prestação dos cuidados de saúde responda adequadamente às incitações resultantes das tendências epidemiológicas e sociodemográficas. Para tal, a formação técnica e científica deverá acompanhar o ritmo dessas tendências, dotando os profissionais do setor da saúde de um conjunto de conhecimentos que permitam dar resposta às necessidades sentidas.

O desempenho global do setor da saúde é fortemente dependente dos recursos humanos, pelo que a implementação de novos modelos de prestação de cuidados, de novas técnicas, de novos sistemas de gestão da saúde, requer profissionais dotados de conhecimentos, aptidões e atitudes conducentes ao exercício adequado das suas funções e conseqüentemente satisfação das necessidades dos doentes.

Torna-se claro que a formação surge como essencial nos quadros de recursos humanos do setor da saúde, objetivando o desenvolvimento e a atualização permanente de competências, caracterizada como vetor fundamental na gestão e evolução organizacional de cada entidade de prestação de cuidados.

A humanização, modernização e evolução qualitativa na prestação de cuidados de saúde das instituições de saúde exige que a qualificação dos seus recursos humanos seja atingida através de processos de educação/formação ao longo da vida, contextualizados em programas de formação adequados às necessidades dos recursos humanos, das populações, das instituições, da evolução científica e da política global de saúde.

A conceção dos referidos processos de formação carecem de uma identidade definida. Em qualquer organização, área de trabalho e/ou serviço é relevante a identificação da política e prática de gestão de recursos humanos adotada na administração, por forma a delinear o seu caminho, os objetivos a alcançar.

Neste sentido, compreender, refletir e interpretar o modo de atuação dos atores responsáveis pela formação dos profissionais do setor da saúde torna-se essencial neste processo de investigação.

O presente relatório, intitulado “Políticas e práticas de formação das unidades de saúde Hospitalares: um estudo multicase dos centros de formação dos hospitais” procura identificar e conhecer as políticas de gestão de formação de 5 estudos de caso – unidades hospitalares portuguesas – e problematizar teoricamente as políticas e práticas da formação profissional na gestão hospitalar tendo em conta os modelos teóricos do campo da educação e formação de adultos. Para além destes propósitos procuramos proceder a uma análise comparativa dos centros de formação dos hospitais, de modo a definir e construir uma política otimizada no hospital A5 (hospital da zona norte), local onde foi realizado o estágio. Este estudo procura contribuir para melhorar as práticas de gestão da formação do hospital A5, nomeadamente os seus procedimentos internos e, por sua vez, o funcionamento do seu Centro de Formação.

A investigação potenciou a obtenção de informações fulcrais resultantes dos contactos estabelecidos com atores responsáveis dos 4 Centros de Formação. Em termos metodológicos, e no âmbito do estudo multi-casos recorreremos às seguintes técnicas de investigação:

- i. análise documental fornecida pelos mesmos; e
- ii. entrevistas realizadas aos próprios, produzindo uma fonte de informação detalhada sobre a caracterização dos serviços, das suas políticas e práticas de todo o processo de gestão da formação, dando resposta à investigação pretendida.

Pelo facto do proponente deste projeto, profissionalmente exercer a função de responsável de um Centro de Formação de um Hospital, facilmente foi evidenciada a problemática da investigação pretendida pelo Hospital A5, pela sequência de inquietações e constrangimentos sentidos e apresentados pela direção do mesmo, daí se ter manifestado o interesse por esta área de intervenção.

O presente relatório encontra-se estruturado em quatro capítulos essenciais.

No primeiro capítulo, denominado por “enquadramento contextual do estágio”, é apresentada a caracterização do local de estágio onde foi desenvolvida a investigação. São definidos os objetivos gerais e específicos da investigação, assim como a caracterização do público-alvo e do diagnóstico de necessidades.

No que diz respeito ao “enquadramento teórico da área de investigação” – sendo o segundo capítulo – são apresentados, de um conjunto de autores do campo da investigação a realizar, várias abordagens teóricas sobre o funcionamento e caracterização do sistema de saúde português, a problemática da formação neste domínio e as políticas e práticas de gestão da formação, nomeadamente no que diz respeito aos modelos teóricos de educação e formação de adultos,

formação dos profissionais de saúde na área de gestão da formação. O principal enfoque recaiu na análise de necessidades e na avaliação da formação.

O terceiro capítulo, intitulado por “enquadramento metodológico do estágio”, explana a definição e justificação do paradigma selecionado para a investigação, qualitativo e o interpretativo, assim como o método e as técnicas de recolha de dados a utilizadas para o efeito.

A “apresentação e discussão dos dados obtidos” nas unidades de formação alvo da investigação são apresentados no capítulo quatro. É realizado um cruzamento dos dados obtidos pelas entrevistas e análise documental realizada.

Nas “considerações finais” apresentamos uma análise crítica sobre o projeto de investigação e sobre as limitações encontrados no campo da gestão da formação dos profissionais de saúde da rede hospitalar pública portuguesa.

2. Enquadramento contextual do estágio

2.1. Caracterização geral da instituição

A identificação da instituição para realização do estágio profissional no âmbito do mestrado em educação não foi difícil, atendendo à tipologia e atividade sectorial pretendida para a realização do mesmo.

Integrado no setor da saúde, a instituição que acolheu o estágio e manifestou interesse no projeto apresentado para o mesmo, foi um Hospital da zona norte, denominado por Hospital A5.

O Hospital A5, adiante designada por HA5, é uma *entidade pública empresarial*, nos termos do Decreto-Lei n.º 233/2005, de 29 de dezembro, introduzida no setor empresarial do Estado português que tem como atribuição principal a prestação de serviços de saúde, integrado no Serviço Nacional de Saúde (SNS). A origem do mesmo aponta-se para os finais do Século XVI, tendo sido edificado como Hospital Misericórdia, à semelhança de muitos outros do país, tendo funcionado nesse formato até à revolução de abril de 1974, altura a partir da qual passou a ser designado de Hospital Distrital.

Em 2002, a par de outros hospitais do país, foi transformado em Sociedade Anónima (SA) de capitais exclusivamente públicos pelo Decreto-Lei n.º 285/2002, de 10 de dezembro. Essa alteração baseou-se na implementação de uma forma de gestão de natureza empresarial, tendo como objetivos aumentar a qualidade dos cuidados prestados, melhorar o acesso e maximizar a eficiência e controlo da despesa total.

O Decreto-Lei n.º 285/2002, de 10 de dezembro, consagrou a “autonomia de gestão das unidades hospitalares, em moldes empresariais, estabelecendo ao mesmo tempo a separação funcional entre o financiador/comprador de prestações de saúde e o prestador de cuidados de saúde”, assegurando sempre o “carácter unitário e universal” do SNS, de acordo com a matriz constitucional, pretendendo colmatar “falhas de eficácia, eficiência, economia e adaptabilidade” do SNS muito embora a sua gradual cobertura e expansão seja responsável por importantes ganhos de saúde ao longo das duas últimas décadas.

Em 2005 surgiu uma alteração na natureza jurídica do Hospital, decretada pela tutela central, tendo os hospitais até então SA passado a Entidades Públicas Empresariais (EPE), nos termos do Decreto-Lei n.º 233/2005, de 29 de dezembro, tendo o regime jurídico se mantido semelhante, sendo apenas reforçado o carácter público dos hospitais até à data SA.

De acordo com o Regulamento Interno Institucional do HA5 a sua atividade dirige-se a uma população de 350 mil pessoas.

2.1.1. Estrutura orgânica

De acordo com o artigo 8.º do Regulamento Interno do HA5, são órgãos sociais da entidade o Conselho de Administração (CA), o Fiscal Único (FU) e o Conselho Consultivo (CC).

Conforme os artigos 6.º e 7.º do Decreto-Lei n.º 233/2005, de 29 de dezembro, o Conselho de Administração é composto por um “presidente” e por “quatro vogais”, sendo um deles o “director clínico” e outro o “enfermeiro-director”. A sua nomeação é realizada por despacho conjunto dos “Ministros das Finanças e da Saúde”. Compete ao CA garantir o “cumprimento dos objetivos” emanados pela tutela, bem como o exercício de todos os poderes de gestão que não estejam reservados a outros órgãos.

De acordo com os artigos 15.º e 16.º do referido Decreto-Lei, o Fiscal Único é o órgão “responsável pelo controlo da legalidade, da regularidade e da boa gestão financeira e patrimonial do Hospital”, sendo nomeado por “despacho do Ministro das Finanças obrigatoriamente de entre revisores oficiais de contas ou sociedades de revisores oficiais de contas”.

O Conselho Consultivo, nos termos do artigo 18.º do preceito legal supra indicado, é composto por um presidente, nomeado pelo “Ministro da Saúde”; “um representante do município”; um representante da Administração Regional de Saúde do Norte; “um representante dos utentes, designado pela respectiva associação ou por equivalente estrutura de representação; um representante eleito pelos trabalhadores do Hospital; um representante dos prestadores de trabalho voluntário no Hospital”; e por “dois elementos, escolhidos pelo Conselho de Administração”.

Cabe ao CC “apreciar os planos de actividade de natureza anual e plurianual” e todas “as informações que tiver por necessárias para o acompanhamento da actividade do Hospital”, assim como, “emitir recomendações tendo em vista o melhor funcionamento do serviço a prestar à população”, conforme disposto no artigo 19.º do Decreto-Lei n.º 233/2005, de 29 de dezembro.

A composição orgânica do Hospital é estritamente complexa. De acordo com o Regulamento Interno Institucional (2013), em termos globais, para além do Conselho de Administração, sendo este o órgão máximo da entidade, do Fiscal Único e do Conselho Consultivo, o HA5 integra uma Direção Clínica e Direção de Enfermagem, o Serviço de Auditoria Interna, algumas Comissões de Apoio Técnico e Órgãos de Apoio, uma Área de Produção Clínica, que inclui Centros de Produção e um Centro de Gestão de Meios Físicos, e uma Área de Apoio e Suporte que inclui o Centro Académico, Centro de Apoio ao Cliente, Centro de Controlo de Negócio, Centro de Logística e Compras e o Centro Recursos Humanos.

Os Centros são compostos por um conjunto de serviços e cada centro tem um diretor e/ou uma direção. Cada serviço tem um diretor ou responsável do mesmo. Todas as nomeações para cargos de chefia são realizadas pelo CA.

Merece uma reflexão o facto de todos os órgãos sociais do Hospital serem indigitados diretamente pela tutela e os diretores/responsáveis de serviço pelo Conselho de Administração do Hospital, nos termos da lei vigente e anteriormente citada. Sem força de dúvida, estamos perante uma centralização do poder, assistindo-se à ausência de eleições democráticas ou procedimento concursal para o efeito.

2.2. Caracterização específica do local de estágio

Pelo objeto do projeto de estágio que se propôs realizar, importa diferenciar o Centro de Formação (CF) integrado no Centro de Recursos Humanos da Área de Apoio e Suporte, juntamente com os Serviços de Gestão de Recursos Humanos e de Segurança e Saúde no Trabalho.

Pelo despacho n.º 622/99, de 1 de julho, emitido pela Administração Central do Sistema de Saúde, IP, o CF do HA5 foi considerado uma entidade formadora acreditada pela referida entidade com competência reconhecida para ministração de formação profissional inicial e contínua dos profissionais do Hospital.

Conforme disposto no Plano de Formação Institucional de 2016 do HA5, a atividade do Centro de Formação objetiva-se por “desenvolver uma política de formação integrada na sua estratégia global e no processo de gestão de recursos humanos, com a finalidade de promover e dinamizar o desenvolvimento dos seus profissionais, permitindo melhorar a sua prestação e realização” (2016, p.2), sendo que “a formação é entendida como um investimento na qualificação, desenvolvimento e melhoria das competências dos trabalhadores [...] tornando-se um elemento potenciador de conhecimentos e de desempenhos, promovendo novas qualificações, facilitando o atingir de objetivos e, em última análise, a melhoria da prestação de cuidados de saúde com qualidade” (*ibidem*).

A atividade formativa realizada e monitorizada pelo Centro de Formação, de acordo com o Regulamento Interno da Formação (2015), é definida em três áreas:

“i) Formação de Interesse Institucional – formação fundamental à prossecução dos projetos em curso no Hospital e dos objetivos estratégicos definidos pelo Conselho de Administração para a instituição; ii) Formação Transversal de Desenvolvimento de Competências – formação decorrente do diagnóstico das necessidades de formação efetuado pelas Comissões de Apoio Técnico, pelos Órgãos de Apoio ao CA, pela Direção Clínica, pela Direção de Enfermagem, pelos Gestores dos Centros de Produção e de Gestão da Área de Produção Clínica e pelos Diretores dos Centros Integrados na Área de Apoio e Suporte, que

seja aplicável a um número expressivo de indivíduos, de um ou mais grupos profissionais, e com relevância institucional; iii) Formação em Serviço – formação decorrente do diagnóstico de necessidades de formação realizado pelos Diretores/Responsáveis de Serviço, pelas Chefias Diretas e até pelos próprios profissionais e que não tem expressão no Plano de Formação Institucional, por ser específica ou exclusiva a um indivíduo, a um grupo restrito ou a uma equipa” (Artigo 3.º).

Para cada ano civil é preparado um plano de formação institucional que tem por base o disposto no Regulamento Interno da Formação do HA5. O plano é estruturado a partir dos objetivos estratégicos definidos pelo Conselho de Administração da entidade e da identificação de necessidades de formação decorrentes de: i) Levantamento de necessidades de formação junto das Comissões de Apoio Técnico, dos Órgãos de Apoio ao CA, da Direção Clínica, da Direção de Enfermagem, dos Gestores dos Centros de Produção e de Gestão da Área de Produção Clínica e dos Diretores dos Centros Integrados na Área de Apoio e Suporte; ii) Orientações decorrentes do processo de acreditação da qualidade; iii) Obrigações decorrentes dos diplomas legais aplicáveis ao HA5; iv) Alterações significativas no processo de trabalho, nomeadamente introdução de inovações de carácter técnico ou tecnológico; e v) Necessidade de formar os profissionais em projetos específicos (Regulamento Interno da Formação, 2015, artigo 15.º).

Localmente, cada serviço prepara um plano anual de formação em serviço, na sequência do diagnóstico das necessidades locais, sendo que a sua concretização é da responsabilidade dos Diretores/Responsáveis de Serviço e das Chefias Direta (*idem*, artigo 18.º). O n.º 1 do artigo 18.º do referido regulamento preceitua que

“a formação em serviço é uma modalidade da formação contínua orientada para o fomento de uma cultura de desenvolvimento dos recursos humanos com atualização permanente das competências em contexto e para o contexto de trabalho. Visa a promoção do autodesenvolvimento, pensamento crítico e estratégico orientado para a resolução de problemas e para a implementação de medidas corretivas na prestação de cuidados”.

Compete ao Conselho de Administração a aprovação do plano anual de formação institucional e dos planos anuais de formação em serviço, sob proposta e validação do Centro de Formação (Regulamento Interno da Formação, 2015, artigo 5.º).

2.2.1. Caracterização dos recursos humanos

De acordo com o artigo 11.º do Regulamento Interno da Formação do HA5, o Centro de Formação é composto por um coordenador e por uma equipa técnica.

O coordenador, nos termos do referido regulamento, foi nomeado pelo Conselho de Administração, sob proposta da Direção do Centro Integrado de Recursos Humanos, sendo um indivíduo do sexo masculino, na faixa etária dos 30 anos, licenciado e pós-graduado na área das ciências empresariais.

A equipa técnica é constituída por um elemento efetivo e por um conjunto de profissionais que colaboram parcialmente com o Centro, sem uma carga horária efetivamente atribuída. O elemento efetivo é do sexo feminino, na faixa etária dos 40 anos, licenciado na área de educação/ensino e pós-graduado na área de ciências empresariais.

2.2.2. Caracterização do objeto da atividade

A atividade formativa desenvolvida pelo Centro de Formação do HA5 é dirigida a um quadro de pessoal composto por 1500 profissionais, excluindo os profissionais e empresas em regime de prestação de serviços, sendo que em 31 de dezembro de 2016, de acordo com o balanço social, conforme quadro 1, apresentava a seguinte configuração por grupo profissional e género:

Quadro 1: Mapa de pessoal do HA5			
Grupo Profissional	Total p / Género		Total Global
	Masculino	Feminino	
Dirigente Superior	3	2	5
Técnico Superior	12	22	34
Assistente Técnico	27	96	123
Assistente Operacional (Auxiliar da Ação Médica)	25	137	162
Assistente Operacional (Operário)	14	0	14
Assistente Operacional (Outro)	18	87	105
Informático	3	1	4
Educadores Infância	0	2	2
Médico	137	248	385
Enfermeiro	111	450	561
Técnico Superior de Saúde	1	10	11
Técnico Diagnóstico e Terapêutica	24	70	94
Total	375	1.125	1.500

Fonte: Balanço social 2016 – quadro 1

Observa-se que o género feminino é o que predomina na instituição e os grupos profissionais médico e de enfermagem são os que apresentam um maior número de trabalhadores.

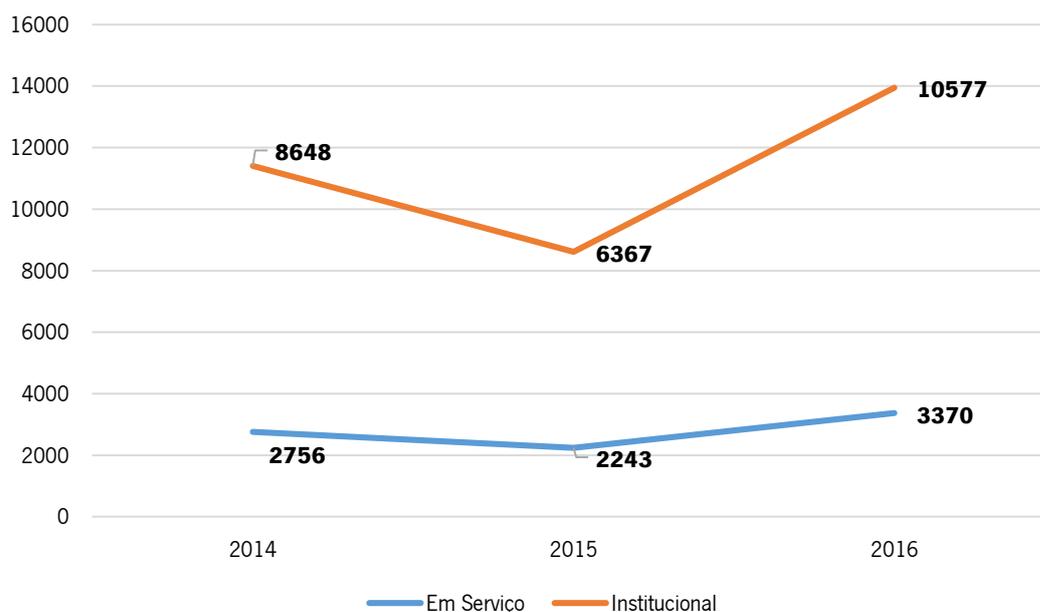
De acordo com os planos de formação institucionais de 2015, 2016 e 2017, atendendo à especificidade das funções de cada grupo profissional da entidade, a formação para este público-alvo é planeada de modo a potenciar a intervenção de todos os profissionais, em áreas consideradas essenciais para a melhoria nos cuidados de saúde prestados à população.

É fundamental que os profissionais que desempenham funções no HA5 o façam de uma forma preparada, atualizada e motivada, assumindo a formação o papel de proporcionar a aquisição de instrumentos e de saberes que permitam aumentar as condições de adaptabilidade às transformações atuais e futuras da instituição. Por forma a dar essa resposta, a formação planificada no triénio 2015/2017, conforme identificada nos planos de formação, incidiu essencialmente sobre as seguintes áreas temáticas (áreas de formação definidas pelo Conselho de Administração): Integração Institucional; Cuidados de Emergência; Saúde e Segurança no Trabalho; Prevenção e Controlo da Infecção Hospitalar; Qualidade e Segurança do Doente; Cuidados Paliativos; Competências Técnicas; Competências Relacionais; e Tecnologias de Informação e Comunicação.

No plano de formação institucional de 2017 está refletido “a continuidade dos projetos iniciados nos anos anteriores, privilegiando-se as chamadas áreas de formação mandatória, não só ao nível do programa de Acreditação em que o HA5 se encontra envolvido, mas também no âmbito das relações contratuais, normas, e da legislação que enquadra o HA5” (p.3).

Consultado o balanço da atividade de 2016 do CF, a atividade formativa revelou um aumento significativo da formação em serviço e, também, embora em menor grau da formação institucional, como demonstra o seguinte gráfico:

Gráfico 1: Volume de formação 2014-2016



Fonte: Elaboração própria

Para 2017, através da consulta do plano anual de formação institucional, verifica-se que foram programados 58 cursos, num total de 299 ações, abrangendo aproximadamente 7.840 participações, perspetivando-se um volume de formação de 20.584 horas, conforme se verifica no quadro seguinte:

Quadro 2: Formação planeada para 2017			
Áreas Temáticas	N.º Ações	N.º de Participações	Volume de Formação (h)
Integração Institucional	5	160	640
Cuidados de Emergência	84	1.112	6.644
Saúde e Segurança no Trabalho	42	1.540	1.540
Prevenção e Controlo da Infeção Hospitalar	58	1.940	2.140
Qualidade e Segurança do Doente	26	1.040	1.900
Cuidados Paliativos	10	400	660
Competências Técnicas	9	420	480
Competências Relacionais	46	1.040	4.400
Tecnologias de Informação e Comunicação	19	188	2.180
Total	299	7.840	20.584

Fonte: Plano de formação institucional 2017

2.3. Caracterização do público-alvo

O Estado português assegura aos cidadãos o direito à proteção da saúde através do Serviço Nacional de Saúde (SNS), que abrange todas as instituições e serviços oficiais prestadores de cuidados de saúde dependentes do Ministério da Saúde. Integram o SNS todos os serviços e entidades públicas prestadoras de cuidados de saúde, nomeadamente¹:

- Os agrupamentos de centros de saúde;
- Os estabelecimentos Hospitalares, independentemente da sua designação; e
- As unidades locais de saúde.

Em 2015, de acordo com informação do Instituto Nacional de Estatística, existiam 225 hospitais em Portugal, sendo que 114 pertenciam aos serviços oficiais de saúde (110 hospitais públicos e 4 hospitais em parceria público-privada, o equivalente a 50,7% do total) e 111 eram hospitais privados (49,3%). Os hospitais públicos repartiam-se entre 104 hospitais de acesso universal (46,2% do total de hospitais existentes) e 6 hospitais militares ou prisionais.

¹ Tendo por base a página do SNS na internet, consultada a 12 de junho de 2017. Disponível em <https://www.sns.gov.pt/sns/servico-nacional-de-saude/composicao-do-sns/>

É sobre a rede hospitalar pública portuguesa, nomeadamente sobre os Centros de Formação Profissional das unidades hospitalares públicas existentes, independentemente da sua tipologia jurídica e do seu modelo de gestão, que a investigação proposta teve incidência, nomeadamente sobre o Centro de Formação do HA5, numa ótica intensiva e qualitativa, e sobre mais 4 Centros de Formação de hospitais da região Norte (HA1, HA2, HA3 e HA4), numa perspetiva mais extensiva, mas também qualitativa.

Os Centros/Departamentos/Unidades de Formação Profissional dos hospitais são serviços integrados nas estruturas orgânicas dos mesmos, com espaços físicos próprios e recursos humanos a si afetos.

Surgiram na década de 80, na sequência de recomendações de algumas organizações internacionais, designadamente da Organização Mundial de Saúde, dirigida numa primeira fase apenas ao grupo profissional de enfermagem, para que estes frequentassem ações de formação permanente, que lhes possibilitasse uma constante atualização e aperfeiçoamento científico e técnico e, conseqüentemente, a melhoria da qualidade dos cuidados de saúde a prestar à população, como encontram expressos na Portaria n.º 661/85, de 5 de setembro. No mesmo ano, para dar corpo a tais recomendações, o artigo 15.º do Decreto-Lei n.º 178/85, de 23 de maio, apontou para a criação de estruturas de formação permanente nos hospitais.

Estas unidades têm idoneidade reconhecida pela Administração Central do Sistema de Saúde, IP, para ministrar formação profissional inicial e contínua aos profissionais das suas instituições.

A necessidade da sua acreditação surgiu em 1996, nos termos do artigo n.º 14.º do Decreto Regulamentar n.º 15/96, de 23 de novembro, uma vez que, para efeitos de acesso às verbas disponíveis pelo Fundo Social Europeu do Quadro Comunitário de Apoio, a condição de ser entidade acreditada era obrigatória.

A Portaria n.º 782/97, de 29 de agosto, veio estabelecer as normas e o processo de acreditação das entidades que utilizavam verbas do Fundo Social Europeu para financiamento da sua atividade. Nos termos da alínea a) do artigo n.º 5.º, da referida Portaria, a Acreditação é definida pela “validação e o reconhecimento formais da capacidade de uma entidade para desenvolver actividades de natureza formativa nos domínios e âmbitos de intervenção relativamente aos quais demonstre deter competências, meios e recursos adequados – humanos, técnicos, instrumentais e ou materiais”.

Por conseguinte, foi criado um regime específico para o processo de acreditação das unidades de formação dos serviços públicos da saúde, pelo despacho n.º 13019/98 (2.ª série) do Ministério da

Saúde, de 29 de julho. O sistema de acreditação específico do sector da saúde, exposto no capítulo I do referido regime, teve como finalidades:

“a) Contribuir para a consolidação e desenvolvimento de uma verdadeira rede formativa na saúde; b) Contribuir para a elevação da qualidade da formação permanente; c) Contribuir para a credibilização das entidades e demais agentes que operam no quadro do sistema de formação profissional; d) Contribuir para uma maior utilidade e eficácia da formação profissional, mediante o reforço de uma relação directa e permanente entre o diagnóstico de necessidades, a fixação de objetivos, a qualidade dos processos, a adequação aos públicos-alvo e a avaliação dos resultados; e) Contribuir para um melhor aproveitamento, rentabilidade e utilidade na aplicação e utilização criteriosa de fundos nacionais e comunitários”.

Cabe a estas entidades a definição de políticas e práticas de formação a serem adotadas pelos serviços de cada unidade hospitalar, a fim de melhorarem o seu modo de atuação, a sua performance, ou seja, preparar os “profissionais para as tarefas que o Hospital e a população necessitam” (Grupo Técnico para a Reforma da Organização Interna dos Hospitais, 2010, p.34).

Estas unidades de formação assumem cada vez mais um papel relevante no contexto hospitalar, pela dinâmica que apresentam no contributo para o bom funcionamento dos hospitais, para a “garantia da qualidade dos cuidados prestados” (*idem*, p.39).

2.4. Diagnóstico de necessidades/interesses

O interesse pelo tema do projeto de estágio a realizar surgiu de inquietações e necessidades sentidas na política de gestão da formação adotada pelo Centro de Formação do HA5 manifestadas pelo responsável daquela entidade formativa.

Apesar daquela unidade de formação existir há mais de 25 anos, o seu caminho nunca esteve totalmente equilibrado devido a alterações periódicas na sua atividade.

Ao longo dos anos a sua estrutura física, modo de atuação e capacidade de resposta foi-se alterando de forma permanente, derivado de acontecimentos adversos originados pelas próprias políticas de governação do Estado português, da dependência do financiamento externo para a realização da formação profissional, pela falta de autonomia na gestão interna, pelo grau de subordinação instituído na instituição, pela falta de capitais próprios e/ou orçamento definido para execução dos projetos de formação e pela carência de recursos humanos que o setor de saúde tem vindo a apresentar nos últimos anos, afetando significativamente o volume de formação executado e respetivas taxas de participação.

Na sequência da sua fundação, e em cumprimento da disposição legal, anteriormente enunciada, durante vários anos a atividade do CF do HA5 esteve muito direcionada para o corpo de enfermagem, justificando-se também pelo número elevado de profissionais que integram aquele grupo profissional, pelo que os modelos de gestão, de forma involuntária, estiveram sempre mais direcionados para aquele grupo profissional, causando uma desintegração dos procedimentos internos, das medidas e regulações criadas para a gestão uniforme da formação de todos os profissionais do HA5, para além da sua dependência hierárquica ter estado associada durante vários anos à Direção de Enfermagem.

Após uma reorganização de toda a estrutura orgânica do Hospital realizada nos anos 2013 e 2014, na sequência da implementação de novo regulamento interno, o Centro de Formação passou a estar integrado no Centro de Recursos Humanos, havendo alterações profundas nas equipas de gestão.

Assim, em Maio de 2014 iniciou-se um novo processo de gestão do CF, procurando-se uma harmonização dos modelos de gestão de formação interna de todos os grupos profissionais, das suas políticas e práticas. Para o efeito, foi criado um novo regulamento interno de formação, com a definição de uma nova política de gestão do processo formativo institucional, com efeitos a 1 de abril de 2015.

Decorrido mais de 1 ano da implementação do referido regulamento, importou identificar e caracterizar o novo modelo de gestão da formação, as suas políticas e práticas de gestão da formação, desde a análise de necessidades (perspetiva positivista ou construtivista) à avaliação e impacto da formação, para além de se pretender problematizar se de facto há uma política instituída naquela unidade hospitalar.

Por forma a valorizar a análise referenciada, tornou-se essencial proceder a uma análise extensiva sobre as políticas e práticas de gestão da formação adotadas por outros hospitais portugueses, a fim de verificar se apresentam características diferenciadas nestes domínios, incluindo a própria caracterização dos Centros de Formação.

2.5. Objetivos da intervenção e/ou problema de investigação

Uma vez identificado o diagnóstico e hierarquizadas as necessidades de intervenção cumpre, a partir deste momento, definir os objetivos a alcançar.

De acordo com Serrano (1994), os objetivos constituem o “ponto de referência” de um projeto, dado conferirem uma natureza mais específica àquele e uma maior coerência ao plano de ação. A

autora refere que a sua definição tem subjacente um processo que implica a efetiva compreensão do objeto de estudo, pois é através dela que se obtêm as respostas concretas às necessidades identificadas.

Para Guerra (2002, p.163) a definição dos mesmos não se revela uma “tarefa burocrática de menor interesse; pelo contrário, pela negociação dos objectivos passa, em larga medida, a capacidade de manter um alto nível de motivação dos actores e de vir a medir os resultados da intervenção”.

No que concerne à sua formulação, na opinião de Serrano (1994), no início de um projeto, os objetivos tendem a ser mais vagos e abertos, no entanto à medida que a intervenção decorre e o diagnóstico se afunila, o projeto tende a definir objetivos com menor amplitude e, por isso, com maior profundidade.

De forma mais geral, poder-se-á classificar os objetivos em dois grupos: os gerais e os específicos. Relativamente aos primeiros, na perspetiva de Guerra (2002, p.163-164), os objetivos gerais

“ao descreverem grandes orientações para as acções e são coerentes com as finalidades do projecto, descrevendo as grandes linhas de trabalho a seguir e não são, geralmente, expressos em termos operacionais, pelo que não há possibilidade de saber se foram ou não atingidos. Definidos para todo o projecto são globalizantes e geralmente não são datados nem localizados com precisão”.

No que concerne aos segundos, a autora afirma que estes operacionalizam os objetivos gerais, uma vez que os detalham e expressam os resultados que se esperam atingir.

Por oposição aos gerais, os objetivos específicos

“são formulados em termos operacionais, quantitativos ou qualitativo, de forma a tornar possível analisar a sua concretização, sendo frequentemente considerados como metas. Distinguem-se dos objetivos gerais porque não indicam direcções a seguir, mas estádios a alcançar, e assim, são, geralmente, expressos em termos mais descritivos de situações a concretizar” (*ibidem*).

Serrano (1994) corrobora a ideia acima apresentada, ao referir que estes objetivos se inserem nos objetivos gerais e constituem especificidades mais precisas e restritas dos mesmos.

No âmbito do estágio, definimos os seguintes objetivos:

2.5.1. Objetivos gerais

- i. Problematizar teoricamente as conceções das políticas e práticas da gestão da formação profissional;
- ii. Conhecer e problematizar as políticas e práticas de gestão da formação profissional na gestão hospitalar;
- iii. Apresentar uma caracterização do funcionamento dos centros de formação dos hospitais; e
- iv. Refletir e identificar os modelos de gestão da formação adotados por alguns hospitais portugueses.

2.5.2. Objetivos específicos

- i. Caracterizar o sistema de saúde português;
- ii. Identificar conceções relacionadas com a vertente da formação na gestão hospitalar;
- iii. Caracterizar as políticas e práticas de gestão da formação dos hospitais portugueses, nomeadamente ao nível do levantamento de necessidades de formação e avaliação da formação;
- iv. Apurar o grau de participação dos profissionais de saúde na conceção e desenvolvimento das políticas e dos planos de formação; e
- v. Caracterizar o modelo de funcionamento e campo de atuação dos centros de formação dos hospitais portugueses.

3. Enquadramento teórico da área de investigação

3.1. A centralização, descentralização e autonomia dos serviços do SNS

3.1.1. Breves dimensões conceptuais

Ao investigar questões relacionadas com o funcionamento de serviços de formação dos hospitais, a sua dependência, o seu poder de decisão, importa clarificar a distribuição do poder pelos serviços da administração local e pela administração central, tornando-se pertinente, desde já, convocar os conceitos de centralização, descentralização e autonomia.

A centralização, na opinião de Barreto (1995, p.160), define-se como o “estabelecimento de uma autoridade global, em princípio governamental ou estatal, que regule e presida às actividades de todas as unidades do sistema integrado”.

Numa entidade centralizada “todas as decisões importantes são tomadas no topo do sistema, isto é, nas chefias dos serviços centrais”, ou seja “no topo formula-se, nos escalões inferiores executa-se”, sendo que uma “administração centralizada pode ser concentrada ou desconcentrada” (Formosinho, 1986, p.63)

No caso da administração centralizada concentrada, o referido autor cita que a mesma ocorre “quando o superior hierárquico dos serviços centrais é o único competente para tomar decisões, limitando-se os agentes dos escalões inferiores a informar e a executar” (*idem*, p.63). Na desconcentrada

“há, em graus intermédios e inferiores, chefes com competência para decidir imediatamente, embora sujeitos à direcção e inspecção de superiores, que podem modificar as decisões tomadas. A desconcentração é originária quando a própria lei dá competência aos chefes subalternos para tomar decisões e é por delegação de poderes quando o superior delega certas competências no inferior, delegação que pode cessar a todo o tempo. [...] O processo de desconcentração destina-se a descongestionar os serviços centrais e a possibilitar decisões mais rápidas e mais próximas dos problemas” (*idem*, pp.63-64).

É de se afirmar que “o processo de desconcentração [...] é uma forma de aumentar a eficiência da actividade de administração pública dentro do molde centralizado” (*idem*, p.64). O autor identifica um conjunto de vantagens que a desconcentração pode trazer, nomeadamente: “a adequação da organização”; a “incapacidade dos serviços centrais de preverem com exatidão certos problemas que surgirão a nível local”; “a impossibilidade de os serviços centrais assegurarem o volume de serviço de todos os serviços locais” e “reforçar o controlo central” (*ibidem*).

No que concerne ao conceito de descentralização, sendo o oposto da centralização, refere-se que a sua administração ocorre “quando existem organizações e órgãos locais não dependentes hierarquicamente da administração central do Estado (não sujeitos portanto, ao poder de direcção do Estado), autónomas administrativa e financeiramente, com competências próprias e representando os interesses locais” (Formosinho, 1986, p.64).

É de aludir ainda que a descentralização

“está sempre associada a um determinado objecto, podendo este ser a administração pública ou as políticas sociais, que quando administradas ou executadas por diferentes esferas do governo, caracterizam a descentralização como uma transmissão de comando, execução ou financiamento destas políticas do nível central para o nível intermediário ou local” (Medici, 1994, citado por Binotto *et al*, 2010, p.189).

Formosinho (1986, p.65) acrescenta que “a descentralização resulta do reconhecimento de que há necessidades colectivas que devem ser satisfeitas pelos próprios interessados, através de órgãos por ele eleitos, traduz-se, portanto na criação de administrações autónomas”. O autor reconhece também nesta vertente algumas vantagens, tais como: “dar um conteúdo mais substancial à participação dos cidadãos numa democracia”; “entregar às comunidades locais a gestão dos seus interesses próprios”; “permite decisões mais adequadas às necessidades locais” e “permite também decisões mais rápidas por não terem de atravessar os canais burocráticos do Estado” (*ibidem*).

No que que concerne à autonomia, Ferreira (2007, p.90), define que

“Etimologicamente, a palavra autonomia deriva do grego αὐτονομία [...] regulamentação dos próprios interesses, direito de se dirigir a si próprio, o que imprime a ideia de um sujeito auto-determinado e capaz de exercer livre-arbitrio. Refere também a possibilidade que uma entidade tem de estabelecer as suas próprias normas, sublinha o poder dos sujeitos em decidir, agir, fixar os seus interesses individuais, ou ainda, a sua independência. Neste contexto, e em última análise, a autonomia é auto governo, é a capacidade, a liberdade e o direito de se reger pelas suas próprias lógicas e leis”.

3.1.2. A centralização e a descentralização no SNS

O padrão do Estado de Direito desenvolveu-se segundo dois modelos distintos de administração pública, nomeadamente o “modelo centralizado” e o “modelo descentralizado”, segundo Machado (2014, p.40). No caso de Portugal alude o autor alude que “tem uma tradição de administração centralista” (*ibidem*).

Orientando-nos para o setor da saúde, ao nível estatal, com a democracia, e nos termos do artigo n.º 64.º da Constituição da República Portuguesa (CRP), é introduzido o princípio da participação

democrática na saúde, sendo que o n.º 4 do referido artigo preceitua “o serviço nacional de saúde tem gestão descentralizada e participada”.

Por sua vez, a Lei de Bases da Saúde (LBS)² estabelece vários níveis de administração, de responsabilização. No entanto, há aspetos que orientam para a centralização do poder, como é o caso da fiscalização, uma vez que o n.º 4 da base I da referida lei preceitua “os cuidados de saúde são prestados por serviços e estabelecimentos do Estado ou, sob fiscalização deste”.

Torna-se relevante realizar um breve enquadramento do Serviço Nacional de Saúde (SNS), onde se encontram incluídos os hospitais, referindo, desde já, que o mesmo se encontra integrado no Sistema de Saúde Português (SSP). Para além do SNS, o SSP integra também todas as entidades públicas que desenvolvam atividades de promoção, prevenção e tratamento na área da saúde, assim como entidades privadas e profissionais livres que acordem com o SNS a prestação de todas ou algumas das atividades referidas (n.º 2 da base XII da LBS).

Compete ao Estado promover e garantir o acesso de toda a população aos cuidados de saúde nos limites dos recursos humanos, técnicos e financeiros disponíveis (n.º 2 da base I, da LBS).

Relativamente à responsabilidade e poder de decisão, de acordo com o n.º 1 da base XXVI da LBS a tutela do SNS é do Ministro da Saúde, sendo administrado regionalmente por órgãos de gestão nomeados pela respetiva tutela para o efeito, o que contraria o preceito constitucional de descentralização.

É da responsabilidade do Estado, conforme preceituado na base VI da LBS:

- i. Definir a “política de saúde”, responsabilidade do governo.
- ii. “Propor a definição da política nacional de saúde, promover e vigiar a respectiva execução e coordenar a sua acção com a dos ministérios que tutelam áreas conexas”, responsabilidade do Ministério da Saúde.
- iii. Envolver “na promoção da saúde” todos os “departamentos, especialmente os que actuam nas áreas específicas da segurança e bem-estar social, da educação, do emprego, do desporto, do ambiente, da economia, do sistema fiscal, da habitação e do urbanismo”.
- iv. Atribuir as “funções de regulamentação, orientação, planeamento, avaliação e inspecção” do SNS aos “serviços centrais do Ministério da Saúde”.

Relativamente às administrações regionais de saúde

² Lei n.º 48/90, de 24 de agosto (Lei de Bases da Saúde).

“são responsáveis pela saúde das populações da respetiva área geográfica, coordenam a prestação de cuidados de saúde de todos os níveis e adequam os recursos disponíveis às necessidades, segundo a política superiormente definida e de acordo com as normas e directivas emitidas pelo Ministério da Saúde” (n.º 1 da base XXVII da LBS).

Parece estarmos perante um modelo de administração centralizada desconcentrada (ARS) deste setor da administração pública, não manifestando uma desvaliação das vantagens anteriormente aludidas, mas sim “na garantia de unidade de ação do Estado e na coordenação da atividade administrativa” e “sobretudo o reconhecimento cada vez maior complexidade da sociedade, da incapacidade de os serviços centrais preverem, categorizarem e tipificarem todos os problemas apenas através da tomada de decisões uniformes para todo o território” (Machado, 2014, p.41).

Barreto (1984, pp.203-204) aludia que distintos são os paradigmas de “alterações institucionais parciais ou empíricas que parecem orientadas por intenções ou princípios descentralizadores, ou, pelo menos, de desconcentração de serviços oficiais. Alguns serviços públicos e certos ministérios tentaram, uns mais [...] outros menos”, como o ministério da Saúde, “criar novas estruturas regionais, ou descentralizadas, ou desconcentradas, segundo a terminologia técnica”.

Neste enquadramento, é pertinente referir que o SSP “não ficaria completo se não fosse instituído um mecanismo em que a responsabilidade do SNS é transferida para determinadas entidades” nomeadamente para as Administrações Regionais de Saúde (Barros, 1999, p.4), que se assumiam no contexto de uma administração desconcentrada.

É prioridade do XXI Governo Constitucional Português (GCP) melhorar a governação do SNS. O seu programa visa obter mais e melhores resultados face aos recursos disponíveis, ou seja, aumentar a eficiência do SNS, tendo em vista a melhoria dos instrumentos de governação do SNS, conforme disposto no preâmbulo do Decreto-Lei n.º 18/2017, de 10 de fevereiro. Para o efeito, uma das suas prioridades é o reforço da autonomia e da responsabilidade dos gestores do SNS e das unidades prestadoras de serviços, verificando-se aqui uma esperança de uma desconcentração do poder.

Quando nos aferimos às unidades prestadoras de serviços de saúde, destacam-se primordialmente os hospitais integrados no SNS, sendo estes definidos “como organizações complexas, com impacto determinante, porventura mesmo excessivo, na prestação dos cuidados de saúde, mas cuja importância não fica confinada às fronteiras da saúde, implicando de forma marcante nos domínios económico e social” (Grupo Técnico para a Reforma da Organização Interna dos Hospitais, 2010, p.1).

No que concerne à referida prioridade do XXI Governo Institucional Português, objetiva-se para os hospitais e demais serviços do SNS, a criação de Centros de Responsabilidade Integrada (CRI), nos termos do preâmbulo do Decreto-Lei n.º 18/2017, de 10 de fevereiro³.

Os CRI, conforme disposto no n.º 1 e na alínea a) do n.º 2 do artigo 11.º da lei supracitada, são criados pelos Conselhos de Administração (CA) dos hospitais, e a sua atividade é orientada para a delegação de competências e de responsabilidades desses mesmos CA para essas estruturas de gestão intermédia.

Os referidos CRI, de acordo com o n.º 2 do artigo 9.º do Decreto-Lei n.º 18/2017, de 10 de fevereiro, são “estruturas orgânicas de gestão intermédia que visam potenciar os resultados da prestação de cuidados de saúde, melhorando a acessibilidade dos utentes e a qualidade dos serviços prestados, aumentando a produtividade dos recursos aplicados, contribuindo, para uma maior eficácia e eficiência”.

O órgão máximo de cada hospital do SNS é o CA, nomeado pela tutela, competindo-lhe garantir o cumprimento dos objetivos básicos, bem como o exercício de todos os poderes de gestão que não estejam reservados a outros órgãos do hospital. O CA pode delegar as suas competências nos seus membros ou demais pessoal de direção e chefia, incluindo os diretores dos anteriormente referidos CRI (artigo 7.º do Decreto-Lei n.º 18/2017, de 10 de fevereiro).

É da competência do CA monitorizar a atividade e o desempenho geral do hospital, sendo que para Fernandes (2011, p.4), esse desempenho “está indissociavelmente ligado a resultados cujo suporte reside, em primeiro lugar, na qualidade dos atos e procedimentos realizados. Para alcançar os melhores resultados em termos assistenciais é fundamental que exista um compromisso estratégico entre as áreas executivas e as áreas clínicas e técnicas”.

Segundo Correia *et al* (2015, p.140), “o poder detido pelos dirigentes máximos das organizações é percecionado pelos colaboradores dessas mesmas organizações, em função do setor de atividade”, sendo que no setor da saúde a perceção dos profissionais em relação ao poder detido pelo dirigente máximo da organização é baixo comparativamente com a perceção de outros profissionais de outros setores de atividade.

Vivamente pode-se dizer que a toda a política regulada nos preceitos legais até agora explanados e pela opinião dos autores citados, embora o SNS esteja integrado na centralização, caminhamos

³ O presente Decreto-lei estabelece os princípios e regras aplicáveis às unidades de saúde que integram o SNS com a natureza de entidade pública empresarial, às unidades de saúde que integram o SNS integrados no setor público administrativo, às entidades integrantes SNS afetas à rede de prestação de cuidados de saúde (artigo 1.º).

para uma desconcentração do poder de decisão, ou seja, da transferência de poder central para o poder local e do poder local para a gestão intermédia, encontrando-nos ainda longe da almejada descentralização.

3.2. A formação no sistema de saúde português

3.2.1. Contextualização

Em Portugal, o desenvolvimento do sistema de saúde desde a década de 30 do século XX foi assinalado “pela ideologia corporativa que imprimiu em toda a legislação uma conceção de assistência médico-sanitária, predominantemente caritativa” (Sousa, 2009, p.886). O autor acrescenta que “a filosofia subjacente preconizava a não intervenção do Estado nos problemas de saúde; o seu papel era meramente supletivo às iniciativas particulares do indivíduo ou de outras instituições nomeadamente da Previdência Social” (*ibidem*).

Rodrigues *et al* (2002, p.33) refere que

“apenas em 1971, com a nova reforma, se reconhece, pela primeira vez, o direito à saúde de todos os cidadãos e a intervenção do Estado deixa de ser supletiva para ser responsável pela política da saúde, bem como pela sua execução. Dá-se o a integração de todas as actividades de saúde e assistência existentes, bem como o planeamento dessas actividades”.

A integração “no Ministério da Saúde dos Serviços da Previdência, bem como a nacionalização dos hospitais das Misericórdias foram alguns passos percorridos para a concretização do Serviço Nacional de Saúde (SNS), criado pela Lei n.º 56/1979, de 15 de setembro”, sendo que “este diploma foi substituído pela Lei de Bases da Saúde” (*idem*, p.34).

De acordo com a base IV da LBS, o sistema de saúde português visa a efetivação do direito à proteção da saúde através de serviços próprios do Estado, de acordos realizados com entidades privadas para a prestação de cuidados, apoia e fiscaliza a restante atividade privada na área da saúde.

Conforme o n.º 1 da base XII da referida LBS,

“O sistema de saúde é constituído pelo Serviço Nacional de Saúde e por todas as entidades públicas que desenvolvam actividades de promoção, prevenção e tratamento na área da saúde, bem como por todas as entidades privadas e por todos os profissionais livres que acordem com a primeira a prestação de todas ou de algumas daquelas actividades”.

No essencial, o SNS é o conjunto de instituições e serviços, dependentes do Ministério da Saúde, que tem como missão “garantir o acesso de todos os cidadãos aos cuidados de saúde, nos limites dos recursos humanos, técnicos e financeiros” (Rodrigues *et al*, 2002, p.35).

Das instituições e serviços integrantes no SNS importa destacar os hospitais. Estas instituições, na opinião do anterior autor, caracterizam-se

“pelos níveis de diferenciação, segundo a sua implantação e serviços especializados que presta, possuindo meios tecnológicos que não existem nos Centros de Saúde, cujo objectivo principal, 24 horas por dia, é o diagnóstico, o tratamento e a reabilitação, que pode ser desenvolvida em regime de internamento ou ambulatório. Compete-lhe, igualmente, promover a investigação e o ensino, com vista a resolver problemas de saúde” (*idem*, p.53).

Quando nos referimos aos recursos humanos, e no caso dos profissionais de saúde, a lei estabelece os requisitos indispensáveis ao desempenho de funções e os direitos e deveres dos profissionais, nomeadamente os de “natureza deontológica”, tendo em consideração a importância social da sua atividade, para além de que a política de recursos humanos objetiva a “satisfação das necessidades da população, a garantia da formação, da segurança e o estímulo dos profissionais” (n.ºs 1 e 2 da base XV da LBS).

Com efeito, e abordada a questão da política de recursos humanos, é essencial explorar uma das suas dimensões, nomeadamente a da formação profissional. Pelo objeto da presente investigação importa caracterizar a formação no SNS, nomeadamente dos profissionais de saúde das unidades hospitalares.

No que diz respeito a esta matéria, a base XVI da LBS preceitua o seguinte:

“1 – A formação e o aperfeiçoamento profissional, incluindo a formação permanente, do pessoal de saúde constituem um objectivo fundamental a prosseguir. 2 – O Ministério da Saúde colabora com o Ministério da Educação nas actividades de formação que estiverem a cargo deste, designadamente facultando nos seus serviços campos de ensino prático e de estágios, e prossegue as actividades que lhe estiverem cometidas por lei nesse domínio. 3 – A formação do pessoal deve assegurar uma qualificação técnico-científica tão elevada quanto possível tendo em conta o ramo e o nível do pessoal em causa, despertar nele o sentido da responsabilidade profissional, sem esquecer a preocupação da melhor utilização dos recursos disponíveis, e, em todos os casos, orientar-se no sentido de inculcar nos profissionais o respeito pela vida e pelos direitos das pessoas e dos doentes como o primeiro dever que lhes cumpre observar”.

Rodrigues *et al* (2002, p.209) afirma que “praticamente todos os organismos com autonomia administrativa e financeira têm estruturas de formação, não havendo um organismo centralizador desta actividade, nem da informação que se produz sobre a matéria”.

No entanto, no que diz respeito à coordenação e fiscalização de toda a atividade relacionada com a formação profissional dos profissionais da saúde, é da competência da Direção-Geral da Qualificação dos Trabalhadores em Funções Públicas (INA) o exercício da mesma, nos termos do n.º 1 do artigo 17.º do Regime da Formação Profissional na Administração Pública⁴ (RFPAP).

Assim, compete ao INA:

“a) Estudar e propor as estratégias orientadoras da política pública de formação profissional na Administração Pública; b) Conceber, propor e implementar os instrumentos de gestão da formação que promovam a adequação da oferta formativa às necessidades da Administração Pública; c) Promover a gestão do processo de formação profissional, integrada no ciclo de gestão dos órgãos e serviços, que potencie a criação de valor; d) Desenhar, propor, difundir e apoiar a implementação de metodologias e instrumentos técnicos, a adotar pelos órgãos e serviços da Administração Pública, que contribuam para a boa gestão das diferentes fases do processo formativo; e) Recolher dados que permitam avaliar o cumprimento dos planos de formação e o investimento efetuado nesta matéria pelos órgãos e serviços da Administração Pública; f) Desenhar e propor o sistema de indicadores que presida à elaboração dos relatórios de gestão da formação pelos órgãos e serviços da Administração Pública; g) Elaborar o Relatório de Gestão da Formação na Administração Pública, caracterizando as ações desenvolvidas e avaliando os resultados obtidos, numa ótica gestionária e de melhoria contínua; h) Promover a avaliação do impacto da formação nos órgãos e serviços da Administração Pública; i) Promover mecanismos de governação participada, aberta e transparente do sistema de formação profissional, propiciatórios de um ambiente de colaboração, confiança, aprendizagem e melhoria contínua” (n.º 1 do artigo 18.º do RFPAP).

No campo da saúde a formação assume duas formas. Temos a formação externa e a formação interna.

A formação externa é “largamente consumida pelos grupos profissionais mais diferenciados e de maior poder de compra, especialmente os médicos, enfermeiros e técnicos”, sendo também “em parte, custeada pelas organizações, mas a maior parte desta actividade decorre a expensas dos interessados” (Rodrigues *et al*, 2002, p.209).

A formação interna “assegurada pelas organizações” através dos seus Centros de Formação (*ibidem*). O autor refere que relativamente à formação interna, surge a expressão de “*formação em serviço*” e que tem ganho um peso substancial nos serviços de saúde (*ibidem*). “Como o próprio nome indica, passa-se dentro dos próprios locais de trabalho, com o apoio ou não dos Centros de Formação e, por vezes, fugindo ao seu controlo” (*ibidem*).

Torna-se extremamente relevante referir que o referido autor afirma vivamente que “na rede hospitalar, duma forma geral, cada hospital tem o seu centro de formação, de maior ou menor dimensão” (*idem*, p.210).

⁴ Decreto-Lei n.º 86-A/2016, de 29 de dezembro (Regime da Formação Profissional na Administração Pública).

3.2.2. Objetivos, princípios e modalidades da formação

A realização de formação “deve desenvolver competências e capacidades para o exercício das profissões de saúde, que permitam estimular o brio profissional como forma de fazer sentir a importância e o papel de cada um no caminhar do coletivo” (Grupo Técnico para a Reforma da Organização Interna dos Hospitais, 2010, p.38).

No entanto, “a complexidade das organizações de saúde, a multiplicidade de produtos, o nível tecnológico e relacional das prestações implica que a formação preencha várias funções e se projecte segundo diversas orientações” (Rodrigues *et al*, 2002, p.210).

Neste âmbito, na projecção da formação dirigida aos profissionais de saúde, referida pelo precedente autor, devem ser tidos em conta os seguintes princípios e modalidades:

“i) O princípio da especialização obriga ao desenvolvimento de programas cuja preocupação é a especificação técnica; ii) Quando congrega num mesmo objectivo intervenções de diversas áreas do saber, faz apelo para o trabalho de equipa e para a expressão comportamental dirigida à eficácia do grupo (princípio da multidisciplinaridade); iii) Uma vez que o objecto de toda a actividade é a pessoa doente, condicionada social e emocionalmente, a formação deve cobrir a necessidade de estabelecer a comunicação de uma forma efectiva e empática, no respeito da sua condição humana; iv) As unidades de saúde articulam-se com a escola, no sentido de proporcionar formação curricular complementar. A formação complementar é um percurso fundamental na preparação dos profissionais directamente envolvidos na prestação de cuidados; v) Porque a actualização dos conhecimentos é aqui mais necessária que em qualquer outro ramo da actividade humana, a formação também deve obedecer ao princípio da formação contínua ou permanente, a fim de proporcionar resultados de qualidade; vi) Para algumas profissões ou áreas de actividade cujos requisitos não passam por um diploma técnico, pode ser necessário fazer formação inicial ou de integração” (*ibidem*).

No que diz respeito às modalidades, e de uma forma mais específica, a formação profissional nas instituições da administração pública pode assumir as seguintes modalidades:

- i. Formação inicial: é de carácter “obrigatória” e “tem lugar durante o período experimental” dos profissionais que iniciam funções, objetivando-se “contribuir para a consciencialização dos valores de serviço público e das especiais características do desempenho de funções públicas”. Esta formação é destinada à “aquisição de competências indispensáveis” por parte daqueles que se estão a integrar numa entidade/serviço (artigo 7.º do RFPAP).
- ii. Formação contínua: procura “promover a actualização e a valorização pessoal e profissional dos trabalhadores”, em harmonia com “as políticas de desenvolvimento, inovação e mudança da administração pública”. Esta formação é realizada ao “longo da carreira” dos trabalhadores, integrando “a aprendizagem formal, a não formal e a informal”. Objetiva o “aperfeiçoamento profissional, a aquisição de competências e o desenvolvimento de

competências para transferir a aprendizagem para o exercício do trabalho e continuar a aprender de forma autónoma e contínua ao longo da vida” (artigo 8.º do RFPAP).

- iii. Formação para a valorização profissional: “visa o reforço das competências profissionais dos trabalhadores com vista à integração em novo posto de trabalho, na sequência de reorganização de órgãos ou serviços” (artigo 9.º do RFPAP).

3.2.3. Financiamento

Em Portugal o sistema de financiamento da Educação e Formação Profissional (EFP) caracteriza-se “pela divisão em três estruturas principais dentro das quais se deverão enquadrar as diferentes entidades formadoras” (Centeno & Sarmiento, 2001, p.34).

Essas três estruturas de financiamento, aludidas pelos referidos autores, são as seguintes:

- i. “financiamento privado (pelos próprios indivíduos ou pelo sector empresarial)”;
- ii. “financiamento público (através do orçamento de Estado)”;
- iii. “co-financiamento através do FSE (com verbas comunitárias e nacionais)”.

Os autores acrescentam que “os mecanismos de atribuição de verbas para a EFP são idênticos em todos os casos, independentemente do tipo de formação, variando unicamente em função da fonte de financiamento, que poderá ser o FSE ou o orçamento de Estado” (*ibidem*).

Neste mesmo sentido, o antigo Instituto para a Qualidade na Formação (2004, p.67) referia que

“a caracterização da estratégia de financiamento da formação desenvolvida para o mercado (...) engloba a identificação das principais fontes e origens dos recursos financeiros utilizados, mas também a análise do grau de importância e dependência destes operadores de formação relativamente às diferentes fontes de financiamento”.

No caso da saúde, da rede hospitalar, o financiamento da formação “é, na sua maioria, suportado pelos programas do Fundo Social Europeu, o que significa que as actividades de formação podem variar com o volume desse financiamento” (Rodrigues *et al*, 2002, p.210). Por esse motivo, o autor acrescenta que a formação nos organismos do SNS tem um “estatuto de actividade secundária” (*idem*, p.223).

Centeno & Sarmiento (2001, p.36) afirmam também que

“A maior parte das actividades formais de EFP em Portugal são co-financiadas pelo FSE, beneficiando de fundos comunitários e nacionais. O FSE constitui uma fonte de financiamento fundamental para a formação profissional em Portugal, devendo ser considerado como uma extensão do sistema de financiamento público”.

É de referir que em termos do Orçamento de Estado, “apenas 1% do orçamento destinado à saúde é investido na área educativa”, ou seja, na formação dos profissionais de saúde, manifestando-se pouca preocupação nesta vertente (Baganha, Ribeiro & Pires, 2002, p.16).

Os Centros de Formação dos serviços do SNS, sem orçamentos específicos, previamente atribuídos, “vêm-se obrigados a adaptar as necessidades de formação das organizações ao financiamento recebido do exterior (Rodrigues *et al*, 2002, p.223).

Afigura-se uma inquietação constante nesta vertente. Verifica-se a

“ausência de uma preocupação estratégica em torno da formação, preocupação que não pode existir com a ideia de que esta actividade tem que estar sujeita a um estatuto de sobrevivência, dependendo da sua capacidade para se autofinanciar à base de recursos incertos. Se a mudança passar pela formação, é bom que se consolidem as condições objetivas em que há-de ocorrer o seu financiamento. A formação para a modernização e a qualidade tem que ser assumida como um custo do processo e não como uma questão acessória e independente” (Rodrigues *et al*, 2002, p.224).

Após alguns anos de ausência de concursos para financiamento, pelo FSE, de formação dirigida aos profissionais de saúde, abriu em abril de 2017 um concurso para financiamento de formação de profissionais do setor da saúde ao abrigo do Programa Operacional Inclusão Social e Emprego, cuja elegibilidade, para efeitos de execução financeira, são as ações de formação relacionadas com o desenvolvimento de competências dos profissionais de saúde, ou de outros agentes que exercem funções na área de saúde (ponto 3 do aviso n.º POISE-38-2017-05).

Nos termos do ponto 6 (*idem*, p.4) do aviso referido anteriormente, “a comparticipação pública da despesa elegível é repartida pelo Fundo Social Europeu (85%) e pela contribuição pública nacional (15%), sendo esta última suportada pelos beneficiários”, ou seja, pelos proponentes das candidaturas.

3.3. As políticas e práticas da formação profissional

3.3.1. Enquadramento

Presentemente, dado o desenvolvimento de novas concepções capitalistas, assistimos a uma economia crescentemente globalizada e, por conseguinte, em rápida mutação que, na perspetiva de Afonso & Antunes (2001), é fortemente marcada por uma *sociedade de conhecimento* e pelas novas tecnologias.

Ao encontro desse conhecimento, convém percebermos alguns conceitos relacionados com a educação e formação. Neste cenário, os referidos autores afirmam que a educação e a formação revestem-se de particular importância, não somente através dos seus contributos para a perceção das modernas transformações no que ao campo profissional diz respeito, como também no sentido de “contrariar a vulnerabilidade dos indivíduos a processos de exclusão social” (*idem*, p.99).

Perante este panorama, enceto este subtópico procurando dar resposta à questão: “o que se entende por formação?”. Josso (1988, p.37) define-a como uma palavra que “apresenta uma dificuldade semântica, pois designa tanto a actividade no seu desenvolvimento temporal [ação de formar], como o respetivo resultado [acção de formar-se]”.

Já Nóvoa (1988, pp.128-129), entende que a formação não só é concebida como um “processo de transformação individual, na tripla dimensão do saber (conhecimentos), do saber fazer (capacidades) e do saber-ser (atitudes)” que visa “desenvolver nos formandos as competências necessárias para mobilizarem em situações concretas”, como também enquanto processo de mudança institucional, o que implica que deve estar articulada com as instituições onde os formandos se enquadram do ponto de vista organizacional.

Meignant (1999, p.51) considera que “a formação (...) não é um fim em si”, isto é, não se trata de uma actividade isolada, mas antes se assume como “um elemento de um processo global de gestão e de desenvolvimento dos Recursos Humanos”. O autor acrescenta que a formação, ao ocupar-se, por natureza, das pessoas, deverá colocar o seu enfoque no indivíduo, visto ser ele quem mobiliza “para essa actividade, a sua inteligência, a sua memória, a sua capacidade, a sua motivação” (*idem*, p.53), e, ainda, que esta seja disponibilizada simultaneamente a um grupo de pessoas, é cada sujeito “de *per sí*, na sua singularidade, portador das suas experiências anteriores, que vai aprender” (*ibidem*).

Correlacionada com a formação está a *educação* e a *aprendizagem ao longo da vida*, importando assim explorar esta questão.

Considerado como um “processo contínuo que desde o nascimento à morte se confunde com a existência e a ‘construção da pessoa’, a perspetiva da *educação permanente* aparece como um princípio reorganizador de todo o processo educativo, segundo orientações que permitem superar a dominância quase exclusiva das concepções e práticas escolarizadas”, de acordo com Canário (1999, p.88). Afirma-se assim que a *educação permanente* surge como um princípio intrínseco e reorganizador de todo o processo educativo de qualquer pessoa.

Na verdade, e relativamente a esta questão, Canário (1999, p.91), refere que “a perspetiva da educação e formação ao longo da vida [...] valoriza fortemente a aquisição de competências estratégicas que permitam ‘aprender a aprender’, como a aquisição de um conjunto de conhecimentos gerais, dotados da universalidade e independentes de uma utilização imediata”.

Lima (2007, p.13) aclara estas definições, referindo que “os conceitos de formação e aprendizagem ao longo da vida remetem teoricamente para o ideal de educação permanente, um princípio considerado ‘pedra angular’ da criação uma ‘cidade educativa’ e ‘ideia Mestra’ para as políticas educativas futuras”, embora a aprendizagem apresente orientações politico-ideológicas bem diferentes da *educação permanente*.

Pode-se caracterizar o contexto atual e a evolução do campo da educação e formação de adultos (EFA), segundo Melo (2010), por três alusões, nomeadamente:

- i. Educação de Adultos (EA): “é uma definição feita por justaposição, somando os diferentes subsectores que, ao longo da história, se têm inserido neste vasto e variado campo de ação educativa. Tem uma grande virtude: ser uma definição abrangente, pois em algumas ocasiões a EA foi reduzida à alfabetização ou a cursos escolares noturnos para adultos, numa perspetiva única de extensão escolar ou de segunda oportunidade” (*idem*, p.41)
- ii. Educação para e pela Cidadania: “este conceito tem sido visto na perspetiva de uma intervenção na sociedade com o fim de a transformar, de a melhorar. Assim, e particularmente em sociedades muito desiguais, de forte exploração socioeconómica, a transformação social tem estado na base de iniciativas de EA, vista assim como Educação Popular” (*ibidem*). O autor acrescenta que “esta perspetiva de educação EA [...] tem emergido quer para garantir a integração numa sociedade democrática, relativamente

estável e pacífica, quer para fomentar a adesão a movimentos de intervenção, de resistência, de construção/reconstrução das respetivas sociedades” (*ididem*).

- iii. Educação de Adultos para o Trabalho: esta preocupação surgiu apenas “após a II Guerra Mundial” como uma preocupação definida e integrada numa política pública (*idem*, p.42). A necessidade de se qualificar a mão-de-obra como resposta à reconstrução e modernização do tecido económico. “Empresas, empregadores, e também alguns sindicatos, pressionavam no sentido de se assegurar uma mão-de-obra mais qualificada, com maior escolaridade mas também com mais conhecimentos técnicos” (*ibidem*). Como objeto de política pública, “em Portugal, foi criado em 1962 o Fundo de Desenvolvimento da Mão-de-Obra, que evoluiu em 1965 para Serviço Nacional de Emprego e deu origem, a partir de 1979, ao Instituto do Emprego e Formação Profissional” (*ibidem*).

Ao encontro do horizonte da educação de adultos para o trabalho, surge a opinião de Lima (2007), aludindo que nos dias de hoje, o apelo permanente à *formação e aprendizagem ao longo da vida* é orientado predominantemente para a adaptabilidade, a empregabilidade e a produção de vantagens competitivas no mercado global, distanciando-se dos ideais da *educação permanente*.

É pertinente referir, que

“Na verdade, nenhuma política governamental parece hoje interessada em prescindir das contribuições que o sistema educativo em geral, que os sectores da EFA em particular, podem dar ao desenvolvimento humano e sociocultural mas, muito em especial (...) à modernização dos países, ao crescimento económico, à produtividade de uma mão-de-obra considerada mais qualificada, ao reforço da competitividade no mercado internacional” (Melo *et al*, 2002, p.105).

Porém, Melo *et al* (2002, p.109) enunciam que em Portugal “a EA nunca chegou a constituir-se como objeto de uma política educativa, pública e coerente, minimamente sistemática”. Por conseguinte, acrescentam que a EA é reconhecida na qualidade de política social do Estado-providência, tendo sido manifestada em Portugal tardiamente, apresentando, ainda nos dias de hoje, falta de afirmação em alguns aspetos.

Por vezes,

“a formação e a aprendizagem ao longo da vida chegam a ser objecto de tão profundo processo de instrumentalização com vista à eficácia económica e à *performatividade competitiva* que parecem frequentemente reduzidas a estratégias vocacionistas e a técnicas de gestão de recursos humanos, pouco ou nada se assemelhando a formas e processos de educação. Já só muito raramente se retoma e actualiza o ideal de educação permanente ou educação ao longo da vida” (Lima, 2007, p.22).

Salienta-se desta forma, e dentro do horizonte da política pública, a política de formação, integrada na EA, sendo definida como o contributo para a eficiência de uma organização, tratando-se de um elemento de um processo global de gestão e de desenvolvimento de recursos humanos, não se classificando como um ato isolado (Meignant, 1999), para além dos fins visados pela política de formação que permitem definir os tipos de formação a desenvolver dentro de uma organização (Soyer, 2003, citado por Bernardes, 2013).

Quando se fala em formação, nomeadamente na de adultos, é de se considerar duas relações fundamentais, nomeadamente a ligação do ato de formação com a produção cultural dos homens que vivem numa formação social historicamente datada e situada, e a ligação desses homens entre si nessa mesma formação (Lesne, 1977). A organização dessas relações pode levar a uma lucidez sobre as formas que as práticas pedagógicas se revestem, sendo que Lesne (1977, p.43) distingui-as, através da identificação de três modos de trabalho pedagógico, nomeadamente:

“i) O modo de trabalho pedagógico de tipo transmissivo, de orientação normativa, pelo qual se transmitem saberes, valores ou normas, modos de pensamento, entendimento e acção, ou seja, bens culturais em simultâneo com a organização social correspondente (MTP1); ii) O modo de trabalho pedagógico de tipo incitativo, de orientação pessoal, que opera principalmente ao nível das intenções, dos motivos, das disposições dos indivíduos, e procura desenvolver uma aprendizagem pessoal dos saberes (MTP2); iii) O modo de trabalho de tipo apropriativo na inserção social do indivíduo, considerada como uma mediação pela qual se exercerá o acto de formação, como ponto de partida e ponto de chegada da apropriação cognitiva do real (MTP 3)”.

No mesmo seguimento, Sanz Fernández (2006) alude que no século corrente a procura de aprendizagem está a alcançar um desenvolvimento tão significativo, por parte das pessoas adultas, identificando três modelos que visam satisfazer essa procura. Vejamos a apresentação dos referidos modelos no quadro 3.

Quadro 3: Modelos educativos de adultos

Modelo recetivo alfabetizador	Modelo diálogo social	Modelo económico-productivo
<ul style="list-style-type: none">• A alfabetização dedica-se e preocupa-se em ensinar a codificar literalmente as experiências de vida.• Dá prioridade à aprendizagem do uso dos códigos de leitura, mais do que aos da escrita, aos códigos de recepção de mensagens, em detrimento dos códigos de emissão.• Dá primazia ao ensinar a receber, no sentido em que o adulto, através da alfabetização, é facilitada mais a memorização, a recordação e o recurso à tradição do que o pensamento, a criatividade e o diálogo com os textos que lê.• Modelo marcado pelas deficiências de aprendizagem do que pelas suas potencialidades.• O perfil do educador de adultos ficou definido pela figura dominante do professor que ensina e pela autoridade do especialista em letras.• O propósito da aprendizagem é diretamente académico e indiretamente social.	<ul style="list-style-type: none">• Dedicar-se a facultar aprendizagens de competências que permitam interagir, de uma forma reflexiva e imaginativa, na vida quotidiana e estrutural da sociedade.• Dá prioridade à consciência crítica, ao pensamento, à participação e gestão social.• Dá primazia ao diálogo com os autores dos textos escritos e destaca a importância das mais variadas competências sociais, que possibilitam dialogar com as pessoas e interagir frente a diversas situações que a vida real apresenta.• O perfil dominante do educador de adultos é o de animador que se põe à disposição das potencialidades de aprendizagem das pessoas adultas.• O propósito da aprendizagem é diretamente social e indiretamente académico.	<ul style="list-style-type: none">• Concentra-se no ensino de competências relacionadas com a participação da população ativa no setor produtivo.• O papel dominante do educador é o de gestor de recursos humanos, que seleciona as aprendizagens em função da sua rentabilidade.• O propósito de aprendizagem é diretamente económico e indiretamente social.• Atualmente este modelo é o dominante.

Fonte: Sanz Fernández (2006, pp.16-18).

Em suma, os três modelos apresentam um modo de funcionamento distinto, simplificando as necessidades e possibilidades de aprendizagem dos indivíduos adultos. O referido autor sintetiza cada um dos modelos, aludindo que

“Para os alfabetizadores não existem outras aprendizagens que as da formação básica literária, os educadores sociais centram-se na aprendizagem de competências sociais e o modelo produtivo reduz a aprendizagem ao posto de trabalho. Pensamos que nem a alfabetização, nem a educação social, nem a formação laboral deveriam mimetizar, numa sociedade tão complexa como a nossa” (p.84).

É pertinente referir que, segundo Lima & Guimarães (2011), no contexto sócio histórico atual, a educação e aprendizagem de adultos e ao longo da vida encontra-se numa *encruzilhada* de opções e tendências contraditórias, também relacionadas com a sua múltipla natureza societal e as suas diversas funções sociais, pelo que torna-se essencial, para ativistas, profissionais, pedagogos e estudiosos, a reflexão crítica nas atuais mudanças, com base em modelos analíticos complexos, conforme apresentados no quadro 4.

Quadro 4: Modelos analíticos de políticas de educação de adultos

<p>Dimensões</p> <p>Princípios predominantes nas políticas de educação de adultos</p>	<p>Orientações político-administrativas</p>	<p>Prioridades políticas</p>	<p>Dimensões organizacionais</p>	<p>Principais elementos conceptuais das políticas públicas</p>
<p>Modelo democrático-emancipatório</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Sistemas de educação policêntricos baseados na democracia participativa • Controlo descentralizado da política e administração da educação • Valorização de dinâmicas de baixo para cima • Apoio a iniciativas locais, autogeridas • Papel central das associações educacionais e movimentos sociais 	<ul style="list-style-type: none"> • Construção de uma sociedade democrática e participativa • Integração de grupos de base, não-governamentais na definição e adoção de políticas públicas • Solidariedade, justiça social, bem comum • Educação como um direito social básico • Mudança política, económica e cultural • Educação e formação como processo de capacitação 	<ul style="list-style-type: none"> • Valorização da intervenção da sociedade civil (sector associativo e comunitário envolvido com a educação de adultos, associações populares) • Auto-organização local, autonomia e criatividade das entidades dinamizadoras das iniciativas • Formas participativas orientadas para decisões coletivas, i. e., orçamento participativo 	<ul style="list-style-type: none"> • Educação de adultos como um sector caracterizado pela heterogeneidade e diversidade • Valorização da educação básica, educação popular, alfabetização básica, animação sócio educacional e sociocultural • Natureza educativa das ações, valorização do conhecimento e experiência coletivos • Dimensão ética e política da educação • Projetos de investigação-ação, investigação participativa • Educação cívica básica (visando a democratização política e económica, a transformação das relações de poder, a mudança social)
<p>Modelo de modernização e controlo do Estado</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Valorização da educação no esforço para modernizar, incentivar a eficácia e a eficiência da gestão pública e privada, aumentando a produtividade, a internacionalização da economia e a competitividade nas democracias capitalistas • Controlo centralizado da política e administração da educação pelo Estado (da oferta) • Valorização da intervenção estatal como garantia da educação pública, gratuita e universal 	<ul style="list-style-type: none"> • Programas de alfabetização/literacia e incentivo à alfabetização/literacia funcional • Educação escolar como meio de controlo social • Valorização das diretrizes escolares • Educação de segunda oportunidade • Educação recorrente e ensino noturno para adultos • Formação profissional com influência escolar • Apoio à educação formal, de acordo com regras formais e processos burocráticos estabelecidos pelo Estado-providência 	<ul style="list-style-type: none"> • Escola como organização central nas políticas públicas de educação de adultos • Cursos para jovens e adultos • Forte presença/marca de procedimentos educacionais, administrativos e de gestão 	<ul style="list-style-type: none"> • Educação formal de adultos como direito social • Integração da educação não-formal no sistema público de educação, de acordo com as regras deste último • Educação como instrumento de promoção da igualdade de oportunidades • Valorização da formação profissional (segundo as diretrizes educacionais) • Educação de adultos como educação de segunda oportunidade • Educação para a modernização e o desenvolvimento económico do Estado-nação

<p>Modelo de gestão de recursos humanos</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Papel central atribuído ao mercado, à sociedade civil e ao indivíduo (à procura) • Adoção de políticas ativas para integração e convergência no contexto da UE • Combinação da lógica do serviço público e da lógica do programa, embora a lógica do programa domine em projetos apoiados pela UE • Promoção de parcerias entre o Estado e outros atores institucionais 	<ul style="list-style-type: none"> • Promover a empregabilidade, a competitividade e a modernização económica através da educação e formação • Educação e formação como instrumentos de capital humano e de adaptação a imperativos económicos • Educação com função adaptativa; cidadania para o mercado das liberdades económicas dos consumidores • Desenvolvimento da formação profissional • Requalificação, competências/habilidades economicamente valiosas • Certificação do conhecimento adquirido pela experiência (da escola e profissional) • Valorização da lógica do mercado e da escolha individual 	<ul style="list-style-type: none"> • Adoção de processos gestionários de indução e gestão de recursos humanos • Apelo ao envolvimento de organizações não-estatais (terceiro sector e mercado) • Parcerias • Criação de estruturas estatais de gestão e administração com alguma independência, embora com espaço/âmbito (scope) limitado de intervenção educativa (estruturas minimalistas para indução, mediação) 	<ul style="list-style-type: none"> • Vocacionalismo e formação profissional contínua • Produção de capital humano • Formação contínua visando remediar a obsolescência do conhecimento profissional, reciclagem • Aprendizagem útil e educação para a empregabilidade • Requalificação ao longo da vida e aquisição de competências para competir • Recontextualização de métodos ativos e técnicas participativas (por exemplo, trabalho colaborativo) • Ressemantização de ideias como a democracia, participação, autonomia, liberdade • Promoção da capacitação e responsabilidade individual
--	--	---	---	---

Fonte: LIMA, Licínio C. & GUIMARÃES, Paula (2011). *The analysis of adult learning and education policies. In European Strategies in Lifelong Learning. A Critical Introduction. Leverkusen Opladen: Barbara Budrich Publishers (pp.39-41; 65-66).* In Antunes, Fátima (2015), *aula de Políticas de Educação e Formação ao Longo da Vida do Mestrado em Educação – Formação, Trabalho e Recursos Humanos (tradução e adaptação).*

Estes modelos compreendem simultaneamente as dimensões heurísticas e dimensões didáticas, devendo ser vistas como como propostas abertas à pesquisa social e ao histórico, cultural e educacional.

Para Lima *et al* (2016), o modelo analítico *democrático-emancipatório* é influenciado pelas pedagogias críticas. Eles apoiam uma ideia de educação como humanista de toda a vida, focada no desenvolvimento social, e promove a responsabilidade social, um destino coletivo e uma democracia. Do ponto de vista, as políticas públicas são instrumentos de ação social, económica, política e cultural para o Estado. Uma das prioridades políticas deste modelo é construir uma sociedade democrática e participativa através de um direito social fundamental: a educação. É dada atenção à natureza educacional das iniciativas através das quais as tradições culturais locais são valorizadas, juntamente com a própria experiência de vida do adulto. Com base em princípios éticos e políticos, a pesquisa de ação participativa em coordenação com programas apoiados por políticas sociais (para crianças, idosos, treinamento profissional ou para alívio da pobreza, incluindo promoção local de emprego, iniciativas de desenvolvimento rural, etc.) O principal objetivo dessas ações é promover a educação

baseada na crítica, com o objetivo de transformar o poder de decisão e a mudança social. Há uma preocupação aqui para conectar a faceta individual do ato de aprender a faceta coletiva do que é aprendido. Os objetivos de aprendizagem são, acima de tudo, académicos de forma social e indireta. A aprendizagem começa nas relações sociais, continua ao longo da vida em todos os seus aspetos, com base nas necessidades sociais e levando a programas de educação destinados a adultos e suas necessidades percebidas.

O modelo analítico de *modernização e controlo estatal*, do ponto de vista de Lima *et al* (2016), valoriza a educação em um contexto de modernização social e económica. À luz da interação entre democracia, economia, sociedade e cultura, as políticas educacionais procuram unir funções que favorecem os processos de acumulação e legitimação, enfatizando o carácter intervencionista e dirigista da ação estadual. Com um pano de fundo de um padrão de trabalho fordista, o Estado controla os meios e os fins das políticas públicas, para os quais lucram com um mandato para alcançar determinados objetivos e resultados que visam a justiça social, a igualdade, a solidariedade familiar e comunitária e a coesão social. Uma vez que a educação é um pilar essencial das políticas sociais na construção de um Estado capitalista democrático, envolve um conjunto de processos que visam assegurar a igualdade de oportunidades para todos, especialmente para aqueles que são menos capazes de obter educação e treinamento. As regras associadas ao aumento e expansão das oportunidades de acesso a uma educação bem-sucedida estão a receber cada vez mais atenção do governo. Este modelo enfatiza a natureza funcional da educação, em que o Estado promove o bem-estar, o crescimento económico e o pleno emprego. A educação, vista acima de tudo como o ensino dado na escola, é essencial para a formação de cidadãos.

No que diz respeito ao modelo analítico de *gestão de recursos humanos*, segundo do ponto de vista de Lima *et al* (2016), este modelo é manifestado pela retirada do Estado que se justifica pela internacionalização da economia, pela concorrência global e pela redução de recursos públicos. Apesar dos problemas decorrentes de uma economia adversa, do contexto político e social, as políticas públicas favorecem a manutenção dos princípios de redistribuição, uma vez que a *aprendizagem ao longo da vida* continua a ser uma forma de proporcionar educação e formação (uma função do Estado). Embora a educação mantenha uma dimensão coletiva importante, o indivíduo adquire novas responsabilidades. Entre eles estão “aprender a se adaptar” às mudanças enfrentadas e “poder escolher e decidir” sobre as melhores opções para as transformações sociais e económicas que estão ocorrendo. Assim, o modelo de gestão de recursos humanos centra-se na aquisição de

competências (que não são promovidas nas provisões atualmente disponíveis no sistema de educação). A competência do termo pode abranger uma grande variedade de significados. Acredita-se que cada indivíduo deve ter a “competência necessária para competir” (*idem*). Apesar de sua relevância, a competência foi vista como conhecimento adquirido por cada indivíduo a partir de sua experiência em diferentes contextos não-formais e informais. Acima de tudo, ele tem um valor de utilidade. Isso mostra que os indivíduos são capazes de realizar uma tarefa específica. Além disso, a competência foi vista como habilidade e conhecimento mensuráveis que ainda não foram avaliadas e formalmente documentadas.

3.3.2. A formação profissional dos profissionais de saúde

A formação dos profissionais da saúde é essencial no suporte de um processo de mudança, pois “novos paradigmas de formação induziram reformulações profundas nos conteúdos e nas metodologias de ensino-aprendizagem e de avaliação que urge assimilar”, no entanto, não é suficiente a transmissão de conhecimentos, sendo imperioso o desenvolvimento das capacidades. (Grupo Técnico para a Reforma da Organização Interna dos Hospitais, 2010, pp.3-4).

As posturas, comportamentos e profissionalismo são qualidades fulcrais no exercício das atividades da saúde que devem ter peso curricular e ser objeto de treino e avaliação constante (*idem*).

Baganha, Ribeiro, & Pires (2002, p.16), complementam, referindo que

“a formação constitui, aliás, uma outra vertente decisiva na determinação das necessidades de profissionais numa área com níveis de qualificação cada vez mais exigentes, como é o caso da saúde. Com efeito, só a partir de um conhecimento aprofundado das necessidades de formação é possível vislumbrar, ao longo prazo, a capacidade de renovação interna do próprio sistema”.

Especificamente no campo hospitalar, Feuerwerker & Cecílio (2007, p.966) acentuam a necessidade da formação dos profissionais de saúde, citando que

“o Hospital está nas duas pontas da questão da formação: como qualquer outro equipamento de saúde, necessita de trabalhadores formados adequadamente – para a gestão e para a atenção – e, ao mesmo tempo, cumpre um papel fundamental na conformação do perfil dos trabalhadores da área da saúde, como espaço privilegiado de aprendizagem durante a formação – técnica, de graduação e de pós-graduação. Mas o Hospital não é qualquer equipamento de saúde. É uma organização complexa – atravessada por múltiplos interesses – que ocupa lugar crítico na prestação de serviços de saúde, lugar de construção de identidades profissionais, com grande reconhecimento social”.

O Grupo Técnico para a Reforma da Organização Interna dos Hospitais (2010), vem realçar que a forma de concretização da formação nos hospitais não poderá continuar a ser realizada com base em modelos estáticos e clássicos como aconteceu na segunda metade do século passado, fundamentados apenas pela divulgação dos conhecimentos técnicos e científicos e respetiva atualização, desadequados às realidades e necessidades formativas suscetíveis de produzirem modificações nas práticas, quer ao nível individual, quer ao nível organizacional.

O referido Grupo Técnico releva que

“o estímulo ao conhecimento científico tem que ser enquadrado numa Cultura de Gestão cujo paradigma deverá ser a transferência do brio profissional individual para o Serviço Público, a preocupação constante com a qualidade e continuidade da prestação de cuidados, a resposta efetiva às necessidades de saúde da população e com a correta utilização de recursos” (*idem*, pp.33-34).

Importa explorar a questão da política da gestão da formação, na vertente contínua, definida também por política de educação permanente em saúde, sendo que na opinião de Sarreta (2009, p.14-15), “esta política foi arquitetada como estratégia para a formação e o desenvolvimento dos trabalhadores do setor”.

A exploração da referida temática

“levou a questionar se é possível modificar a ação dos trabalhadores na saúde, fazendo com que a formação profissional provoque o desenvolvimento da crítica e autocrítica e a reflexão do mundo do trabalho, o qual reproduz a dominação nas relações sociais. Do mesmo modo, poder-se-ia observar se a educação como instrumento de transformação, nesse processo, pode ampliar o conhecimento e os saberes existentes e desenvolver uma postura ativa que transforme a ação desses sujeitos. Portanto, essa formação deve ser permanente, uma vez que os sujeitos estão, permanentemente reinterpretando, redefinindo novos sentidos e modificando comportamentos” (*idem*, p.15).

Sarreta (2009, p.25) acrescenta ainda que a política de formação em saúde

“aponta o fortalecimento da gestão participativa e da responsabilidade compartilhada, com dispositivos que ampliem os espaços para o exercício do diálogo, integração, participação, troca de experiências e de conhecimentos e a busca de respostas e soluções coletivas para problemas que impedem a atenção integral e de qualidade”, para além de “ao mesmo tempo, estimula a formação e o desenvolvimento de profissionais que atendam às necessidades dos serviços públicos, a partir de interesses e prioridades identificados pelos próprios sujeitos envolvidos na saúde”.

Refere-se ainda que, atualmente, dependendo dos interesses e das conceções de saúde e de cuidado, as expectativas em relação aos hospitais vão-se alterando a dois níveis, sendo que o primeiro diz respeito à “relação às práticas de saúde e à gestão hospitalar” e o segundo em relação ao processo interno de “formação dos profissionais para o cuidado em saúde”, sendo que existem

intensas disputas, muitos desafios e poucas respostas prontas, tornando-se pertinente abrir este debate, “enfrentando todas as suas complexidades, ampliando referenciais” e procurando “envolver todos os actores interessados na construção de novos arranjos que possibilitem a superação dos impasses actuais (Feuerwerker & Cecilio, 2007, p.970).

Não se pode deixar de observar que a formação e/ou educação permanente, na opinião de Sarreta (2009, p.26),

“estimula a reflexão no mundo do trabalho e pode contribuir para melhorar a qualidade da assistência, incorporando nas ações de saúde os princípios e valores (...) da integralidade da atenção, da humanização do cuidado e do reconhecimento da autonomia e dos direitos dos usuários dos serviços de saúde. A construção desse aprendizado é necessária para um novo modo de fazer saúde”.

Por fim, importa aludir sobre motivações dos profissionais no que diz respeito à procura da formação, aferindo evidentemente que essas motivações são muito variadas, sendo que “as mais profícuas são as que partem da resposta à insegurança relativa ao domínio dum saber necessário para o desempenho duma actividade”, pelo que as organizações não podem, obviamente, ficar alheias a esse apelo, a essa necessidade (Rodrigues *et al*, 2002, p.224).

3.3.3. O processo de gestão da formação

A gestão da formação é um processo que visa estabelecer o modo “de operar o desenvolvimento dos recursos humanos internos através de procedimentos conducentes”, sendo que deve adaptar-se à realidade de cada organização e às efetivas possibilidades de intervenção formativa (Cardim, 2012, p.15).

Este processo, na opinião de Meignant (1999, p.87), “pressupõe uma capacidade de pensar em missões e não em tarefas, de comando do processo e colocação sob controlo de sistemas em vez de gestão administrativa”.

Por conseguinte,

“na promoção da formação dos seus trabalhadores, as empresas podem sempre assumir diferentes perspetivas no modo de diagnosticar, conceber, organizar ou executar a formação. Em função de fatores como a cultura organizacional, as políticas de formação, ou a visão dos gestores e dos técnicos de RH e da Formação, as práticas de formação assumem processos, ações, atividades, ou eventos mais ou menos amplos e diversificados. Das fases do ciclo de gestão da formação, dos diagnósticos à avaliação da formação, as práticas de formação propriamente ditas, através de situações de formação formal, informal e não formal, são vários os modos de levar a formação à prática” (Bernardes, 2013, p.63).

O processo de gestão da formação determina um conjunto de ações sequenciais que, dependendo das particularidades de cada organização, podem ser, de forma heurística, concretizadas ou excluídas, conforme alude Cardim (2012). Este autor identifica cinco fases no processo de desenvolvimento da formação:

- i. O estabelecimento da orientação geral (do pré-diagnóstico à explicitação da política de formação): esta fase “visa estabelecer, ou fixar, a orientação geral da ação formativa. Esta constitui aquilo que se designa habitualmente por ‘política de formação’ e resulta necessariamente das intenções gestionárias acerca do papel que se pretende dar à ação formativa para desenvolver a organização” (*idem*, p.16).
- ii. O levantamento das necessidades de formação: “constitui a sistematização das necessidades de espectro largo, ou total, balizado pela intenção gestionária que designámos por ‘política de formação’”, sendo a dimensão desta fase “determinada pela política a que se dá sequência” (*idem*, p.17).
- iii. A elaboração da proposta de ação formativa – o plano de formação: procede-se à “elaboração de uma proposta do plano de formação tendo em conta a política formativa e a identificação de necessidades concretas que irá permitir a definição das atividades formativas” sendo submetido “a aprovação pela hierarquia competente para tal” (*ibidem*).
- iv. O desenvolvimento da ação formativa: esta fase diz respeito à preparação das ações, incluindo “o trabalho de definição de programas (currículo) e, em geral, todo o trabalho de definição do software formativo que as ações implicam” (*ibidem*). O autor acrescenta que nesta fase cabe à gestão direta a decisão sobre quem vai participar nas ações.
- v. O controlo da ação formativa – a avaliação: diz respeito às atividades associadas à avaliação da formação, sendo que o esperado é obter “o feedback sobre a ação conduzindo ou não, mediante decisão da hierarquia, a novo plano. Esta poderá implicar ou não, um novo levantamento de necessidades de formação” (*idem*, p.18).

O resultado que se espera obter do processo de gestão da formação, extensão dos critérios da gestão geral, “é a medida do seu efetivo contributo para a melhoria de desempenho da organização” (*idem*, p.20)

Nesta sequência, pelo objeto da investigação pretendida, importa de seguida explorar as questões da análise de necessidades e da avaliação da formação.

3.3.3.1. Análise de necessidades de formação

A palavra necessidade revela-se polissémica e denota um cariz ambíguo, facto que aliado à “indeterminação” e à “diversidade de procedimentos existentes no próprio processo de análise, concorre para “complexificar” e, por conseguinte, “dificultar a sua cientificidade” (Rodrigues & Esteves, 1993, p. 11).

Nestes moldes, intrínseca àquela complexidade, Guerra (2002) convoca uma outra: a do conhecimento da realidade. Esta, ao não “falar por si”, requer uma profunda compreensão das dinâmicas sobre as quais se pretende intervir, o que implica, por seu turno, a existência prévia, por parte do investigador, de conhecimentos teóricos e metodológicos bem consolidados, sob pena de o objeto de estudo não se afigurar adequado ou realista face ao contexto (*ibidem*).

Perante este cenário, Guerra (2002) refere que “o diagnóstico, frequentemente apelidado na literatura anglo-saxónica de ‘análise das necessidades’ (*needs assessment*), é essencialmente um processo de pesquisa-acção participado” (*idem*, p.129), através do qual se identificam “os níveis de não-correspondência entre o que está (a situação presente) e o que ‘deveria estar’ (a situação desejada)” (*idem*, p.132).

No entanto, chama a atenção para a distinção entre as fases de identificação dos problemas – não raras vezes, denominada na literatura anglo-saxónica de análise ou avaliação de necessidades – e de realização do diagnóstico, as quais são frequentemente tidas como análogas. De facto, e contrariamente à primeira, esta última contempla uma dimensão mais amplificada, o que significa que assume uma abordagem mais global, articulada e concetualizada (*ibidem*).

Neste seguimento, Meignant (1999) alude que o conceito de necessidade é ambíguo, compreendendo-se como algo que subsistiria independentemente do seu contexto. O autor acrescenta que

“Na realidade, não há um campo de «necessidades de formação» mais ou menos identificado, que apenas precisasse da chegada de um especialista armado das metodologias pertinentes para o identificar e proceder à sua exploração. A expressão por vezes utilizada nas empresas, «levantamento de necessidades», exprime muitas vezes a ideia final ingénua de que basta perguntar directamente às pessoas quais as suas necessidades para que elas as exprimam de maneira fiável. Ao fazê-lo, confunde-se a necessidade, no sentido em que aqui falamos dela, e o desejo” (*idem*, p.109).

No mesmo sentido, Rodrigues & Esteves (1993) asseveram que, ao se constituírem como “juízos de valor”, as necessidades não são absolutas. Para as autoras, “elas são sempre relativas aos indivíduos e aos contextos e decorrem de valores, pressupostos e crenças” (*idem*, p.13). Acrescentam que o fenómeno coletivo de sentir ou perceber algumas necessidades como reais gera a ilusão de que aquelas são efetivamente “objectivas” e, portanto, descuram “indivíduos, grupos ou sistemas que as percebem ou expressam” (*ibidem*).

Seguindo a linha de pensamento anterior, a necessidade de formação resulta, portanto, de um processo que associa os diferentes intervenientes e traduz um acordo entre eles sobre quais os efeitos a suprir (Meignant, 1999). A vigente premissa é, na ótica do autor, uma mais-valia porque coloca em evidência duas dimensões: a social e a operacional. Enquanto a primeira exhibe o comprometimento dos atores, a segunda demonstra a procura constante de uma ação – neste caso de formação –, no sentido de colmatarem as necessidades e/ou os problemas detetados.

Denote-se que o objetivo da análise de necessidades de formação é unicamente composto pelas necessidades de melhoramento dos trabalhadores e quadros ativos numa dada organização, empresa ou organismo público, produtor de bens ou serviços (Cardim, 2012).

Cardim (2012, p.36) revela que

“o levantamento de necessidades constitui uma das fases mais frágeis do processo de formação, aquela que requer maior tecnicismo e experiência, particularmente implicando capacidades de discernir causas de efeitos e de distinguir o que pode ser efetivamente solucionado através da ação formativa do que deve ter soluções de outra natureza”.

O referido autor diz que o conceito de levantamento de necessidades de formação encerra expressões associadas a perspetivas diferentes da ação formativa, particularmente:

“O levantamento propriamente dito propõe determinar necessidades através de instrumentos metodológicos que permitam a comprovação e mensuração de défices de desempenho, numa perspetiva de análise mais global ou total da organização estudada” e “o diagnóstico orienta-se para a definição de uma intervenção ‘curativa’, realizada através da análise dos sintomas e da determinação dos problemas ou ‘disfunções’ sensíveis e localizadas a certos níveis ou áreas da organização” (*idem*, p.36).

Na gestão da formação, “o processo de análise de necessidades vai influenciar o modo como a formação se alinha com a realidade de trabalho”, segundo Bernardes (2013, p.63). No que diz respeito à identificação de competências, qualificações e capacidades a desenvolver, a autora alude que é possível fazê-lo de um modo mais vasto, envolvendo todos os interessados no processo de

análise, ou de modo mais simplificado e limitado, habitualmente através de um questionário aplicado às chefias.

Para Cardim (2012) o processo de análise de necessidades, numa ótica de aperfeiçoamento profissional, consiste também na recolha de informações através de inquérito, usando-se “instrumentos metodológicos adequados à mensuração e representação documental das disfunções de desempenho/problemas de organização” (p.35).

Bernardes (2013, p.63), acrescenta que

“para além da expressão dos indivíduos e em particular das chefias, geralmente consideradas nas práticas das empresas, as necessidades de formação podem provir de outras categorias de fatores. São exemplos os projetos que traduzem a estratégia da empresa e as competências dos trabalhadores para lhes responder com êxito; a política social da empresa e a sua capacidade de se adaptar às envolventes interna e externa; ou a própria oferta de formação pode induzir necessidades de formação”.

As necessidades de formação, na ótica de Meignant (1999), são na realidade induzidas pelos fatores apresentados no quadro seguinte de que se constitui a síntese orientadora da(s) ação(ões):

Quadro 5: Fatores indutores de necessidades de formação	
Fatores	Caracterização
Ambientes da empresa	Temos o ambiente externo e interno da empresa. O ambiente externo da empresa, no que diz respeito às exigências dos clientes, as estratégias dos concorrentes, as novas técnicas ou novos componentes que aparecerem no mercado, os condicionalismos e as oportunidades políticas ou regulamentares. O ambiente interno é feito do pessoal, dos grupos pessoais e das suas estratégias próprias, das organizações e das técnicas instaladas, dos recursos financeiros, de uma cultura, entre outros aspetos, que vão tornar possível a adaptação da empresa ao ambiente externo.
Política social da empresa	Capacidade de ajudar a empresa a adaptar-se às suas envolventes externas e internas. Atenta às expectativas dos profissionais em termos de evolução de carreira e instalar dispositivos promocionais em que a formação desempenhará um papel. Induz à necessidade de formação mais mecânica, ligada à estrutura demográfica da população da empresa e à sua estrutura de qualificação.
Expressão das expectativas dos indivíduos e dos grupos	Um profissional ou um grupo de profissionais podem exprimir necessidade de se formarem em determinada função. A expressão de necessidades pode ser feita através de organizações representativas de pessoal.
Oferta de formação	A oferta dá uma forma à necessidade e, por vezes, substitui-se à sua expressão. Surge os estágios. A necessidade só entendida se conseguir encontrar a sua expressão direta em termos de estágio. A oferta de financiamento induz uma perceção da necessidade por vezes apressadamente em termos de estágio.

Fonte: Meignant, A. (1999, pp.110-113).

O autor afirma que as necessidades de formação são, portanto, induzidas com ponderações variáveis pelos diferentes fatores indutores identificados no quadro supra.

Cardim (2012, p.37) apresenta também uma classificação das necessidades de formação em três vertentes, nomeadamente:

- i. Oportunidade: “podem ser atuais ou presentes, se verificadas no momento em que se faz a análise, e virtuais, as que serão determinadas no futuro, por mudanças previstas ou projetos. Estas necessidades são identificáveis, essencialmente, pela análise da estratégia da organização e pela informação sobre a existência de projetos de investimento ou outros”.
- ii. Profundidade: “podem ser pontuais, quando dizem respeito apenas a aspetos particulares do desempenho de uma dada profissão, sendo normalmente identificáveis a partir de problemas. Podem também ser estruturais quando dizem respeito a um espectro largo de tarefas de uma função profissional, sendo duráveis e reveladas por um contingente significativo de profissionais”.
- iii. Abrangência: “podem ser individuais ou referir-se a um pequeno número de trabalhadores exigindo tratamento individualizado, normalmente não-formativo (por exemplo, recrutamento ou recolocação). São coletivos se respeitam a um grupo significativo, sendo que este conceito tem a ver com a dimensão crítica para a constituição de um grupo de formação (normalmente, um mínimo de 6 a 8 pessoas)”.

O autor refere ainda que estas necessidades podem ser localizadas em todos os departamentos das empresas, incluindo as suas direções. No entanto, para além destas necessidades, a própria organização e o modo do trabalho originam outras fontes de problemas e disfunções que podem não assumir manifestação particularizada ou localizada em funções específicas.

Paralelamente às ideologias dos autores ilustrados até agora, importa ainda abordar esta questão no que diz respeito a dois discursos, apresentados por Correia *et al* (1999), sobre a figuração deste domínio. Temos dois mundos desiguais, sendo que o primeiro é “o mundo das organizações, intimamente ligado às actividades económicas, sociais e profissionais, palco para a cristalização das tendências para a racionalização das políticas e práticas de formação” (*idem*, p.12) sendo as necessidades conotadas com uma perspectiva *positivista* e o segundo, “o mundo das individualidades, individuais ou grupais, que procura fazer coincidir a formação, oferecida ou procurada, com os

desejos e expectativas das pessoas em formação” (*ibidem*), em que as necessidades estão conotadas com uma perspectiva *construtivista*.

O referido autor apresenta um conjunto de características associadas a cada perspectiva no discurso da análise de necessidades, nomeadamente:

- i. Perspetiva positivista – as necessidades de formação “têm uma existência ‘natural’, são um dado passível de ser identificado utilizando instrumentos ‘científicos’: ‘os objetivos atribuídos à formação impõem-se como um produto dos factos’ independentemente dos actores envolvidos na sua identificação” (*idem*, pp.12-13).
- ii. Perspetiva construtivista – “privilegiam-se lógicas menos formalizadas, susceptíveis de restituir as subjectividades dos sujeitos em formação, a expressão dos seus desejos: a análise de necessidades em formação é um trabalho pedagógico de animação” (*idem*, p. 13).

Neste contexto, Correia *et al* (1999, p. 13), refere ainda que a análise de necessidades em formação

“já não encarada como operação prévia ao processo de formação, mas integrada no próprio processo de formação, implica a formação na análise dos sistemas relacionais de trabalho, na análise dos próprios pedidos de formação e na valorização das instâncias locais na tomada de decisões. Ela é, por isso, um elemento crucial na construção dos processos de acção, tendo em vista não a adaptação aos contextos de trabalho, mas a sua transformação. Ela não visa, pois, adaptar as formações dos indivíduos ao exercício do trabalho de cada um deles, mas promover a crítica das condições onde se exerce o trabalho, permitindo a apropriação de competências instrumentais necessárias ao exercício, ao mesmo tempo que produz disposições e competências comunicacionais e estratégicas imprescindíveis à sua crítica”.

Este envolvimento da formação na transformação dos contextos de trabalho, pressupõem que a análise de necessidades de formação envolva “um conjunto de fenómenos” associados às “problemáticas específicas da formação”, “às problemáticas relacionadas com a gestão das carreiras profissionais”, assim como, envolve o “reconhecimento de que os diferentes intervenientes na formação [...] não definem da mesma forma estas problemáticas” (*idem*, pp.14-15).

Pressupõem ainda que, “os instrumentos utilizados [...] e as situações onde são utilizados [...] não se limitam a identificar [...] as necessidades de formação, mas se inscrevem sempre e produzem sempre relações de poder que são facilitadoras da expressão de determinados interesses em detrimento de outros” (*idem*, p.15).

3.3.3.2. Avaliação da formação

A avaliação da formação é outro aspeto de primordial importância no processo de gestão da formação, “na análise das práticas de formação adotadas nas empresas (Bernardes, 2013, p.69).

Justificando-se a compreensão exata do termo, Hadji (1994, p.31) define avaliação como

“acto pelo qual se formula um juízo de valor incidindo num objecto determinado (indivíduo, situação, acção, projeto, etc.) por meio de um confronto entre duas séries de dados que são postos em relação: dados que são da ordem do facto em si e que dizem respeito ao objecto real a avaliar e dados que são da ordem do ideal e que dizem respeito a expectativas, intenções ou a projectos que se aplicam ao mesmo objecto”.

De Ketele *et al* (1994, pp.124) refere que avaliação “consiste em examinar o grau de adequação entre um conjunto de informações e um conjunto de critérios adequados ao objectivo fixado, com vista a uma tomada de decisão”.

A avaliação, no domínio da formação, “constitui um processo de recolha e tratamento de informação permitindo estabelecer um juízo de valor sobre uma dada intervenção formativa, tendo em vista a sua correção” (Cardim, 2012, p.141). Contudo, a visão de avaliação integrada no processo de gestão da formação é orientada para “o aperfeiçoamento de ativos” nas organizações (*idem*, p. 142).

O autor acrescenta que

“o aperfeiçoamento de ativos já qualificados visa a sua preparação para melhorar competências profissionais, atualizar conhecimentos, alargar a gama de atividades realizadas ou o respetivo nível. Orienta-se, assim, para a melhoria do desempenho de funções na carreira implicando a aplicação dos conhecimentos à realidade profissional onde o ativo está colocado. Está também virado para a resolução de problemas e aspetos críticos de desempenho ou de conhecimento e tem, muito secundariamente, uma função de desenvolvimento da qualificação que ou é objetiva nas práticas profissionais e no melhor desempenho das organizações ou não é de facto aproveitada de forma útil.” (*ibidem*).

Relativamente a este domínio, Barbier (1985) observa dois tipos funcionais da avaliação, nomeadamente a avaliação dos agentes e a avaliação das ações.

A avaliação dos agentes refere-se “aos avaliadores e avaliados e agrupa todas as formas de exame, de notação ou de avaliação das aptidões. Comporta os dispositivos de desencadeamento de condutas (através de provas), e os dispositivos de observação em situação (os comportamentos reais observáveis)”, conforme Barbier (1985), citado por Bernardes (2013, p.69).

Neste tipo funcional da avaliação, Barbier (1985) aponta para duas realidades do ato de avaliação. A primeira diz respeito à realidade relativamente à qual o processo é exercido, chamando-lhe objeto real da avaliação, sendo a partir dela que se efetuam as operações de conceção do *referido*, ou seja,

a elaboração de indicadores e a produção de informação para a avaliação, propriamente dita. Relativamente à segunda realidade, o autor afere a explicação da necessidade de aplicação da avaliação e o contexto onde é introduzida.

Nas práticas de avaliação dos agentes, Barbier (1985) apresenta uma multiplicidade de funções declaradas:

- i. Função controladora das aquisições;
- ii. Função de diagnóstico das aptidões;
- iii. Função de seleção;
- iv. Função de feed-back ou reguladora; e
- v. Função educativa ou função de incitação ao trabalho.

O autor atribui todas estas funções a um único ato da avaliação. Alude que a sua panóplia responde a uma outra necessidade social, mormente “a de legitimar as práticas de avaliação dos agentes aos olhos daqueles que são o seu objecto e de ocultar a sua função real” (*idem*, p.125).

Relativamente ao segundo tipo funcional da avaliação, especificamente a das ações, “esta agrupa junta todas as formas de avaliação do trabalho, dos métodos das atividades dos dispositivos e dos sistemas. Comporta uma avaliação interna [...]” e uma “avaliação externa” (Barbier, 1985, citado por Bernardes, 2013, p.69). A interna é feita relativamente “aos objetivos fixados no interior da própria ação de formação” e a externa é realizada “tendo em conta os objetivos económico-sociais ou profissionais que justifiquem a ação em si” (*ibidem*).

Segundo Barbier (1985, p.173), a avaliação das ações objetiva-se pela intensa valorização social, sendo frequentemente assimilada a uma atitude de abertura e a uma vontade de mudança por parte dos que a promovem. Ao aferir à mudança, objetivam-se “processos através dos quais se efectua a passagem de um determinado estado ou de uma dada situação para um outro estado ou situação”.

Neste âmbito, o referido autor preceitua os seguintes níveis de avaliação das ações de formação:

- i. Avaliação interna: relacionada com os objetivos precisos que foram fixados, em termos de novas capacidades. Tem em consideração as modificações de comportamento observados durante o período de realização da formação, permitindo a determinação do alcance dos objetivos previamente fixados, se foram atingidos ou não. Esta avaliação é também por avaliação interna, avaliação intra-formativa, avaliação imediata e avaliação a quente, uma vez que é realizada durante a própria ação.

- ii. Avaliação externa de nível I: associada aos objetivos de mudanças dos indivíduos, que “motivaram o seu estabelecimento e que têm, portanto, ligação directa com as capacidades aplicadas pelos indivíduos no seu trabalho ou nas suas actividades quotidianas” (*idem*, p.181). No que diz respeito especificamente à ação de formação, este nível de avaliação “deveria ser pensado em termos de «transferência de capacidades» e teria em conta «modificações de comportamento do homem» observadas em situação real” (*ibidem*). Neste nível pretende-se determinar a pertinência da ação. Esta avaliação é denominada por avaliação em situação real, avaliação-impacto no terreno e avaliação a frio, uma vez que o local e o tempo desta avaliação não são os mesmos da formação.
- iii. Avaliação externa de nível II: direcionada aos objetivos de funcionamento e de desenvolvimento da organização para a qual foi inserida a ação de formação. Neste nível pretende-se especificamente avaliar os objetivos gerais de mudança associados à atividade da empresa, ou seja, avaliar os efeitos da formação sobre o funcionamento global da empresa e determinar o próprio interesse do investimento formativo. Esta avaliação é denominada por avaliação da rentabilidade da formação.

Cardim (2012) apresenta também similarmente algumas formas específicas de avaliação apontadas pela teoria pedagógica. Temos:

- i. Avaliação diagnóstica: “verifica nos formandos o domínio de conhecimentos, aptidões ou capacidades necessárias à aprendizagem a realizar posteriormente. Constitui, normalmente, uma análise prévia à formação, ou verificação anterior à ação formativa dos pré-requisitos, permitindo identificar o nível de conhecimentos dos participantes” (*idem*, p.148);
- ii. Avaliação formativa: “verifica o decurso das aprendizagens e produz medidas corretivas a introduzir, se for caso disso. Visa assim a retroalimentação do processo formativo, durante o seu decurso. Consiste num momento de avaliação intermédia, quando a formação ainda não foi concluída, permitindo a introdução de alterações que melhorem a aprendizagem” (*ibidem*); e
- iii. Avaliação sumativa: “procede a um balanço das aprendizagens e competências adquiridas no final da ação formativa [...]. Assenta numa prova classificada pelo formador [...]. Quando está em causa a aquisição, ou o reforço, de capacidades profissionais, neste nível

de avaliação a metodologia pode assentar na análise de simulações ou num trabalho prático” (*ibidem*).

Segundo Meignant (1999), a este propósito, não é de agora que as organizações e os profissionais da formação se interrogam sobre a forma de avaliar os resultados e o impacto da formação, pelo que a aplicação da avaliação se justifica. É de todo pertinente referir, na opinião deste autor, que “na medida em que os desafios estratégicos e operacionais do êxito das ações de formação sejam entendidos na sua verdadeira dimensão pelos dirigentes da empresa, é legítimo procurar responder (e ter que responder) pelos resultados obtidos “ (*idem*, p.255).

O referido autor expõe igualmente quatro níveis possíveis de avaliação:

- i. Avaliação da satisfação: “consiste em interrogar [...] a maioria das vezes «a quente», isto é, no fim [...] sobre o seu nível de satisfação relativamente à prestação fornecida [...] por meio de um questionário” (*idem*, p.256).
- ii. Avaliação pedagógica: “mede os conhecimentos adquiridos [...] no fim da formação, ou a memorização das noções adquiridas depois da formação” pressupondo-se que “tenham sido definidos objectivos baseados em critérios que permitam uma observação e uma medição” (*idem*, p.258).
- iii. Avaliação da transferência para as situações de trabalho: “avaliam os efeitos induzidos por uma formação. Mas também se avalia a modificação da actividade de serviços operacionais” (*idem*, p.262).
- iv. Avaliação dos efeitos da formação: “avaliar se a formação permitiu atingir os objectivos individuais ou colectivos fixados” (*idem*, p.265).

Em suma, percebe-se que a “literatura técnica identifica tradicionalmente diversos níveis de avaliação” (Cardim, 2012, p.143).

Neste seguimento, o referido autor cita ainda que “a avaliação deve realizar-se essencialmente pela verificação dos objetivos que determinaram as ações de formação, como tal, assentando na comparação entre objetivos e resultados” (*ibidem*). Procura-se melhorar o desempenho profissional dos indivíduos e das organizações, por base do contributo do trabalho formativo realizado.

4. Enquadramento metodológico do estágio

A metodologia assume um papel de relevo no desenvolvimento de qualquer projeto, visto harmonizar as ferramentas, as técnicas e os métodos capazes de transformar a realidade no sentido da sua melhoria (Serrano,1994). Dado se constituir, segundo a autora, a sua coluna vertebral, ela deve ser cuidadosamente escolhida, provada e convenientemente avaliada em função tanto dos objetivos do projeto como dos beneficiários do mesmo. Uma metodologia inadequada culmina, frequentemente, em projetos cujo nível de eficácia se releva baixo, o que pressupõe um impacto negativo, quer para os seus beneficiários, quer para a comunidade (*idem*).

4.1. Definição do paradigma

Tendo em consideração o contexto, o público-alvo e o objeto de estudo, os quais já foram anteriormente identificados, a nossa intervenção, em termos metodológicos, entroncou no paradigma qualitativo/interpretativo.

Para Morgado (2012, p.42), “a investigação produzida no âmbito do paradigma interpretativo, privilegia o recurso a estratégias metodológicas de índole qualitativa e participativa”, como é o caso do método supra indicado.

O referido autor atenta que os seres humanos, mediante a interpretação dos comportamentos e das interações das pessoas e dos objetos, criam e desenvolvem representações do meio físico e social em que se movem. Como efeito, “as nossas ações acabam, inevitavelmente, por ser condicionadas pelos significados que consignamos às ações ... [daqueles] com quem nos relacionamos” (Torres, 1998, citado por Morgado, 2012, p.15), pelo que qualquer investigação que descure tais aspetos “acabará por não refletir todas as dimensões dessa realidade, podendo, inclusive, captar os seus aspetos menos relevantes” (*ibidem*).

No paradigma em estudo, o qual emergiu da crise do paradigma positivista no término do século XX, a adoção de múltiplas realidades e a procura incessante de significados para um dado contexto social e/ou cultural assumem um papel central e de relevo (Coutinho, 2011; Morgado, 2012). Tal modelo baseia-se numa “visão das pessoas como agentes ativos na criação da sua própria realidade social, realidade essa que resulta da ‘interação das disposições internas dos indivíduos e das forças externas que limitam a sua atuação dentro de um determinado contexto social’” (Goodman, 2001, p.60, citado por Morgado, 2012, p.17).

Pelo exposto, facilmente se atribui ao referido paradigma um cariz indutivo e holista, pois para além de se preocupar em partir do particular para o geral, procura a obtenção de uma visão integral do fenómeno em análise, cuja edificação prevê o estabelecimento de um processo de interação e partilha entre o investigador e o indivíduo (Amado, 2013).

4.2. Seleção e definição do método

No que diz respeito ao método, o mais adequado ao objeto da investigação foi o “estudo de caso”, tendo o mesmo recaído sobre um conjunto de centros de formação de hospitais portugueses da zona norte – estudo multicaseos.

O estudo de caso, enquanto estratégia de investigação, tem tido um papel de destaque no que ao desenvolvimento do campo da Educação e das Ciências Sociais respeita, dada a multiplicidade de percursos que podem ser delineados tendo por base este formato metodológico (Morgado, 2012).

Para Bodgan & Biklen (1994, p.89) é um método que “consiste na observação detalhada de um contexto, ou indivíduo, de uma única fonte de documentos ou de um acontecimento específico”.

No mesmo seguimento, McKernan (1999, p.96) refere que “um estudo de caso é uma recolha formal de dados apresentados como uma opinião interpretativa de um caso único e inclui a análise dos dados recolhidos durante o trabalho de campo e redigidos no culminar de um ciclo de acção ou da participação na investigação”.

Stake (2007, p.11) corrobora a ideia supramencionada ao referir que dele se espera a captação da particularidade e complexidade de um único caso, para assim se “compreender a sua actividade no âmbito de circunstâncias importantes”.

Para além disto, Amado (2013) alude que o estudo de caso pode adotar múltiplas formas e finalidades e que, dependendo da sua inserção paradigmática, assume uma natureza mais quantitativa, fenomenológica e interpretativa ou mista – estes últimos conciliam técnicas e instrumentos próprios de abordagens quantitativas e qualitativas.

O autor refere, ainda, que ele tem vindo a adquirir uma franca credibilização no domínio da investigação pois, pelo seu carácter holístico, tende a refletir a complexidade dos fenómenos que estuda.

Pelo descrito, facilmente se compreende que o que o torna diferente dos demais métodos e estratégias é o facto de, para além de se dedicar “ao conhecimento e descrição do idiossincrático e

específico” (Amado, 2013, p.124), evidencia a inevitável singularidade inerente a cada situação em análise. Neste sentido, o conhecimento que produz é, por isso, mais concreto e contextualizado, visto decorrer de uma situação e/ou fenómeno particular, onde se privilegia a profundidade de análise, em detrimento da sua abrangência (Morgado, 2012).

Quanto ao conceito de estudo multicase, Morgado (2012, p.67) define que são “estudos de casos em que os investigadores trabalham com dois ou mais sujeitos, situações ou bases de dados, embora o objeto do estudo seja comum”, para além de que “as conclusões obtidas reportam-se a um contexto mais abrangente”.

A aplicação do referido método nas entidades da presente investigação e a utilização das técnicas apresentadas no ponto subsequente, possibilitou uma comparação dos dados obtidos, produzindo-se um conjunto de conclusões detalhado.

No estágio foram selecionados 5 casos, denominados por: HA1 (Hospital 1); HA2 (Hospital 2); HA3 (Hospital 3); HA4 (Hospital 4) e HA5 (Hospital 5).

4.3. Seleção e definição das técnicas de recolha de dados

Nesta sequência, as técnicas de recolha de dados aplicadas na investigação realizada foram a entrevista semi-estruturada e a análise documental.

4.3.1. Entrevista semi-estruturada

Morgado (2012, p.74) define que “as entrevistas semiestruturadas são muito utilizadas, uma vez que, sem coartar a possibilidade de imprimir alguma diretividade ao processo, garantem uma confortável margem de liberdade aos inquiridos e permitem abordar assuntos do seu interesse, sem deixar de respeitar os seus quadros de referência”. Acrescenta ainda que “como técnica de recolha de informação, as entrevistas permitem obter material pertinente para compreender, ou mesmo justificar, não só os discursos dos atores mas também algumas atitudes e comportamentos que assumem nos seus contextos de trabalho” (*ibidem*). Além disso “a entrevista semiestruturada utiliza-se quando importa obter dados comparáveis de diferentes participantes” (Coutinho, 2011, p.295).

As entrevistas foram realizadas aos 5 responsáveis dos Centros de Formação dos hospitais objetos da investigação entre fevereiro e março de 2017, tendo sido gravadas e transcritas. Para além do HA5, os restantes hospitais foram escolhidos aleatoriamente. Previamente foi solicitado ao Conselho

de Administração de cada hospital autorização para realização da entrevista e recolha de documentos para análise documental, apresentada no ponto subsequente a este.

Para as entrevistas foi elaborado um guião composto por 33 questões, divididas em 5 categorias, nomeadamente:

- i. Caracterização do serviço;
- ii. Análise de necessidades;
- iii. Elaboração do plano de formação;
- iv. Avaliação da formação; e
- v. Políticas e práticas da gestão da formação.

Para tratamento do conteúdo das entrevistas, foi aplicada a técnica “análise de conteúdo”.

A análise de conteúdo é definida como uma técnica de investigação que possibilita, segundo Berelson (1952), citado por Vala (1986, p.103), “a descrição objectiva, sistemática e quantitativa do conteúdo manifesto da comunicação”.

É de se afirmar que a análise de conteúdo é uma técnica de tratamento de informação que se pode integrar em qualquer procedimento lógico de uma investigação, seja de carácter intensiva ou extensiva (Vala, 1986).

Ao proceder-se à análise de conteúdo de uma entrevista, o investigador constrói uma série de perguntas que se pode sistematizar, de acordo com Vala (1986), da seguinte forma:

- i. A frequência da ocorrência de determinados objetos (os acontecimentos e o que realmente é importante);
- ii. As características ou atributos que são associados aos diferentes objetos (a seleção do que é analisado e a forma da sua concretização); e
- iii. A associação e dissociação entre os objetos (a disposição de relações entre os objetos).

Em termos da investigação realizada, os dados adquiridos com as entrevistas foram fundamentais, constituindo sem dúvida uma fonte de riqueza de informação e pertinente ao processo de investigação. No estágio desenvolvemos uma análise de conteúdo simples, baseada por 5 categorias, com denominação igual às do guião da entrevista.

4.3.2. Análise documental

Esta técnica define-se como “um método de recolha e de verificação de dados que permite aceder a fontes pertinentes, fazendo por isso, parte integrante da heurística da investigação” (Saint-Georges, 1997, p.30, citado por Morgado, 2012, p.86).

De Ketele & Roegiers (1996) consideram que “o estudo de documentos é fundamental e depende sempre da natureza dos documentos a analisar”, aludido por Morgado (2012, p.86).

Durante a realização da investigação foi utilizada a análise documental para perceção dos procedimentos adotados pelos Centros de Formação na gestão dos processos formativos, caracterização da sua atividade e dependência.

A recolha dos documentos pelas instituições foi realizada aquando as entrevistas (apresentadas no ponto anterior), a exceção do HA5 que foi no decorrer foi estágio de investigação. A informação disponível foi inúmera, pelo que surgiu a necessidade de selecionar a mais útil e apropriada ao objeto da investigação.

4.4. Apresentação das atividades desenvolvidas

Para a concretização dos objetivos definidos no ponto 2.5, passa-se a apresentar o conjunto de atividades realizadas durante a execução de todo o projeto de estágio, nomeadamente:

- i. Reuniões periódicas com o orientador e acompanhante do estágio;
- ii. Revisão de literatura sobre o tema de estágio;
- iii. Estabelecimento de contactos com os responsáveis dos CF dos hospitais pretendido para o estudo e agendamento de visita aquelas unidades;
- iv. Visita aos CF dos hospitais da investigação;
- v. Pedido, recolha e análise de documentos dos CF;
- vi. Agendamento, construção do guião e realização das entrevistas⁵ aos responsáveis dos CF;
- e
- vii. Transcrição das entrevistas⁶ e análise de conteúdo das mesmas⁷.

⁵ Ver guião da entrevista no apêndice 1.

⁶ Ver transcrição das entrevistas no apêndice 2.

⁷ Ver análise simples de conteúdo no apêndice 3.

Vejamos o cronograma das referidas atividades no quadro 6.

Quadro 6: Cronograma das atividades desenvolvidas									
Atividades	Meses/ano								
	out16	nov16	dez16	jan17	fev17	mar17	abr17	mai17	jun17
Reuniões periódicas com orientadora e acompanhante do estágio									
Revisão de literatura									
Estabelecimento de contactos com os responsáveis dos CF dos outros hospitais e agendamento de visita									
Visita aos CF dos outros hospitais									
Análise documental do CF do HSO									
Pedido e recolha de documentos dos CF dos outros hospitais									
Análise documental dos CF dos outros hospitais									
Construção do guião das entrevistas									
Agendamento e realização de todas as entrevistas									
Transcrição das entrevistas e análise do conteúdo									

Fonte: *Elaboração própria*

Ao longo do estágio, articulamos estas atividades com as atividades inerentes à função que ocupamos no HA5 enquanto responsável do Centro de Formação, designadamente:

- i. Análise de necessidades formativas para 2017 – realizado através de contactos estabelecidos, via email, com as Comissões de Apoio Técnico e Órgãos de Apoio ao CA, Gestores dos Centros de Produção e Diretores dos Centros Integrados.
- ii. Elaboração do plano de formação institucional de 2017 – preparado na sequência da análise de necessidades de formação e da identificação pelo CA das prioridades formativas para 2017. Foram identificadas no plano todas as ações de formação a realizar, categorizadas e fundamentadas por área temática.
- iii. Acompanhamento da execução dos processos formativos – foi realizada a monitorização presencial de alguns processos formativos de carácter institucional das áreas da Qualidade

e Segurança do Doente; Cuidados de Emergência; Saúde e Segurança no Trabalho; Prevenção e Controlo da Infeção Hospitalar e Integração Institucional.

- iv. Elaboração de candidatura a formação financiada para profissionais de saúde, ao abrigo do POISE; e
- v. Garantir o desenvolvimento e implementação das normas e procedimentos operacionais necessários à consecução dos objetivos do Centro de Formação.

5. Apresentação e discussão dos dados obtidos

Na sequência da definição dos objetivos e da realização das atividades propostas para esta investigação, chegou o momento de apresentar os dados obtidos através da utilização do método e técnicas de recolha de dados apresentados no capítulo anterior.

Procurou-se explorar ao máximo as potencialidades das técnicas de recolha de dados utilizadas, com a índole de se obter a maior informação possível sobre o objeto da investigação, fortalecendo o conhecimento da matéria, que no início deste processo era escasso.

Destacam-se as entrevistas semi-estruturadas realizadas como a principal fonte da informação a seguir apresentada.

A apresentação dos dados será realizada categoricamente.

5.1. Caracterização dos Centros de Formação

Primeiramente cabe afigurar o funcionamento dos Centros de Formação. Independentemente da tipologia de cada unidade hospitalar, todos têm uma estrutura própria responsável pela formação. Começamos por apresentar as equipas de trabalho associadas a essas estruturas:

Quadro 7: Composição dos quadros de pessoal dos CF	
HA1	“Consideramos um bocadinho desfalcado, mas é o que temos e é o que estamos a trabalhar. Por isso sou eu, que faço a coordenação [...] tenho duas assistentes técnicas [...] ainda sou enfermeira chefe de carreira” (Apêndice 3, p.4).
HA2	“Tem dois elementos a tempo inteiro: eu própria, portanto, a minha formação de base é Enfermagem [...]. O outro elemento que trabalha comigo e que se insere no grupo profissional dos assistentes técnicos” (<i>idem</i> , p.24).
HA3	“Existe uma técnica superior que sou eu, que sou responsável pelo dia-a-dia da formação [...]. Tenho uma colega minha que é uma assistente técnica” (<i>idem</i> , p.38).
HA4	“Neste momento, são 8 profissionais / 8 colaboradores – 6 assistentes técnicos, 1 assistente operacional e uma coordenadora de serviço” (<i>idem</i> , p.50).
HA5	“Atualmente estão alocados 2 trabalhadores que estão exclusivamente em exercício de funções no Centro de Formação, um deles exerce funções de coordenador da formação, é o responsável e é técnico superior, e um segundo elemento, que é uma assistente técnica” (<i>idem</i> , p.64).

Independentemente da estrutura orgânica de cada hospital, verifica-se que o número de profissionais afetos a cada CF é idêntico, entre 2 e 3, à exceção do CF do HA4 que é composto por 8.

Contrariamente à percepção de Rodrigues *et al* (2002), nestes hospitais, os grupos profissionais mais ligados às unidades de formação, nas suas estruturas organizativas, são o Técnico Superior e o Assistente Técnico (Administrativo). Apenas o HA1 e o HA2 tem 1 elemento de enfermagem cada, conforme aludiram os atores entrevistados, consecutivamente, “ainda sou enfermeira chefe de carreira” e “eu própria, portanto, a minha formação de base é Enfermagem”.

Se olharmos para o quadro global do pessoal de cada hospital, com base na análise documental e na consulta realizada aos seus balanços sociais reportados a 31 de dezembro de 2016, cada hospital apresentava o seguinte número total de trabalhadores:

Quadro 8: Número de trabalhadores por entidade	
HA1	1.040
HA2	486
HA3	655
HA4	1.815
HA5	1.500

Se relacionarmos o número de profissionais afetos a cada CF com o número total de trabalhadores de cada entidade a quem tem de ser realizada formação, é verificada uma disparidade nessa relação.

Vejamos, se apurarmos a média de trabalhadores de cada entidade a afetar a cada elemento do seu CF, supondo que todos monitorizam o processo de formação, obtemos o seguinte resultado:

Quadro 9: Média de profissionais afetos a cada elemento dos CF	
HA1	347
HA2	243
HA3	328
HA4	227
HA5	750

Fonte: *Elaboração própria*

Merece alusão o HA5 que em comparação com os outros hospitais é o que apresenta o valor médio mais elevado, traduzindo-se numa diferença significativa de recursos humanos afetos ao seu CF, nomeadamente de 2 elementos em relação aos restantes CF.

No que diz respeito à dependência hierárquica de cada CF e ao seu grau de poder de decisão, temos os seguintes dados:

Quadro 10: Dependência hierárquica e poder de decisão	
HA1	<p>“Neste momento a minha dependência é do Conselho de Administração [...] desde sempre o gabinete, os vários nomes que nós tivemos disto que hoje se chama gabinete de formação, desde sempre esteve ligado... a sua dependência ao Conselho” (Apêndice 3, p.5).</p> <p>“Tenho autonomia para decidir uma série de questões, desde que estejam organizadas, protocolizadas, assinadas, tudo bem! Eu faço questão de também ter, sempre muito bem esse sistema definido [...] eu acho que é uma autonomia regulada, porque eu sei até onde é que vou” (<i>ibidem</i>).</p>
HA2	<p>“Dependemos do Conselho de Administração. [...] O conselho deliberou, o enfermeiro diretor, que é o responsável pela área de formação e, portanto, a nossa dependência é diretamente dele” (p.24).</p> <p>“Nós temos autonomia normal de um serviço, que tem um responsável de chefia, e temos, portanto, a autonomia para propor, autonomia para avançar” (<i>idem</i>, p.25).</p>
HA3	<p>“É a Direção de Enfermagem [...]. Ao Conselho de Administração” (<i>idem</i>, pp.38-39).</p> <p>“Nós temos... autonomia interna é a nível da gestão do dia-a-dia, a atividade corrente (...) dependemos sempre... tudo o que sejam avaliações externas, etc., é tudo relacionado com a Enfermeira Diretora que tem que sempre dar o aval final” (<i>ibidem</i>).</p>
HA4	<p>“Do Conselho de Administração” (<i>idem</i>, p.51).</p> <p>“Tem autonomia, mas depende sempre de autorização final por parte do Conselho de Administração” (<i>ibidem</i>).</p>
HA5	<p>“O Centro de Formação é uma unidade orgânica, portanto é um serviço que está alocado ao centro integrado de recursos humanos [...] que por sua vez reporta ao conselho de administração” (<i>idem</i>, p.64).</p> <p>“O Centro de Formação tem autonomia para operacionalizar, para executar, para organizar [...] o que é ordinário o Centro de Formação faz, quando existe alguma situação extraordinária temos previamente que a submeter ao conselho de administração” (<i>idem</i>, p.65).</p>

O Conselho de Administração é o órgão máximo de cada entidade investigada. Verifica-se que o HA2 e o HA3 apresentam uma primeira dependência da Direção de Enfermagem, sendo, no entanto, órgãos integrantes do Conselho de Administração.

Apenas o HA5 apresenta uma subdependência hierárquica. O entrevistado mencionou que “o Centro de Formação é uma unidade orgânica, portanto é um serviço que está alocado ao centro

integrado de recursos humanos”. Esta dependência vai ao encontro do agora determinado pelo XXI Governo Institucional Português, no que diz respeito à criação de centros integrados pelos Conselhos de Administração, orientando para a desconcentração das suas competências e responsabilidades.

No que diz respeito ao poder de decisão destas unidades, compete ao CF a gestão operacional (corrente) das atividades formativas. Qualquer decisão com maior grau de relevância ou extraordinária é da responsabilidade dos CA, o que evidencia uma centralidade muito grande em torno deste órgão.

Podemos afirmar que na sua globalidade estamos perante uma centralização do poder, uma vez que apenas as questões do dia-a-dia são tomadas pelos responsáveis dos CF. Pela sua estrutura orgânica e de acordo com Fernandes (2011), o HA5 parece-nos o único hospital onde se verifica uma desconcentração do poder com reforço de competências na estrutura de gestão intermédia, ou seja, no Centro Integrado de Recursos Humanos, onde faz parte o CF.

5.1.1. Funcionamento da atividade

À exceção do HA2, todos os CF têm um documento que regula o seu funcionamento e/ou atividade formativa, com finalidade idêntica. Através da análise documental realizada, afigura-se o seguinte:

- O HA1 tem um documento intitulado por “Política de Formação”, de 2016, que define “linhas orientadoras para a formação institucional” (p.2).
- O HA3 tem um “Regulamento da Unidade Funcional de Formação”, de 2016, que define “a organização e funcionamento da unidade funcional de formação” (p.1).
- O HA4 tem um documento identificado por “Procedimento Gestão da Formação”, de 2011, que define “as regras relativas à gestão de formação” (p.2).
- HA5: tem um “Regulamento Interno da Formação”, de 2015, que “clarifica e sistematiza as condições e os procedimentos relativos à formação e qualificação profissional” (p.2).

O CF do HA2 está a desenvolver um manual da qualidade que integra o processo de formação, conforme exposto pelo responsável do mesmo “estou, neste momento, a terminar um manual da qualidade. Estamos em fase de normalização de documentos por via da acreditação de alguns serviços do hospital, e eu estou a aproveitar para fazer isso (...) só do processo de formação” (Apêndice 3, p.25).

5.1.2. Ramos de formação desenvolvida

Relativamente à tipologia da formação, obtivemos a seguinte informação:

Quadro 11: Ramos de formação	
HA1	“No nosso procedimento nós temos, exatamente as três áreas bem definidas, por um lado, o que nós consideramos a formação institucional, que pode ser contínua ou obrigatória e depois a formação em serviço” (Apêndice 3, p.6).
HA2	“Nós temos formação de carácter obrigatório [...] desenvolvemos formação em serviço de iniciativa das chefias dos próprios serviços” (<i>idem</i> , p.25).
HA3	“A grande massa de formação é formação em serviço. Pronto. Depois, há a formação contínua que está dividida entre formação contínua que vamos adequando às necessidades e a formação obrigatória” (<i>idem</i> , p.39).
HA4	“A formação em serviço e a formação profissional [...] institucional” (<i>idem</i> , p.52).
HA5	“Uma delas é a formação de interesse institucional [...] um segundo ramo que é a formação transversal de desenvolvimento de competências [...] estes dois ramos de formações estão incluídos no plano de formação, depois temos um outro tipo de formação que é a que designamos formação em serviço, que é decorrente do diagnóstico de necessidades realizados pelos responsáveis dos serviços” (<i>idem</i> , p.65).

A categorização da formação é idêntica em todas as unidades. Identificam-se assim 3 vertentes da formação interna: i) aquela que é monitorizada e assegurada pelos Centros de Formação, conforme aludia Rodrigues *et al* (2002); ii) a formação de carácter institucional que contempla a formação obrigatória (primeira vertente) que surge da normalização interna e a formação contínua dos profissionais (segunda vertente); iii) a terceira vertente é a formação em serviço, iniciativa dos serviços.

A formação em serviço é um ramo de formação que parece muito presente e em crescimento nas instituições. Rodrigues *et al* (2002) já afirmava que esta formação tem ganho um peso substancial nos serviços da saúde, sendo realizado nos próprios serviços, monitorizada ou não pelos Centros de Formação.

5.2. Políticas e práticas da gestão de formação

Com base no enquadramento teórico que orientou a recolha e análise dos dados, damos continuidade à apresentação dos mesmos, realizando agora uma alusão sobre a relevância da formação para a entidade e para o trabalhador.

Quadro 12: Relevância da formação	
HA1	<p>“Eu acho que a formação às vezes é mesmo instrumental” (Apêndice 3, p.17).</p> <p>“Às vezes as pessoas dizem, ah efetivamente foi importante ter feito. Eu agora que estou para outro sítio é que percebo a importância [...]. Quando estamos internamente e não valorizamos” (<i>ibidem</i>).</p> <p>“É muito difícil o avaliador ter os olhos limpos, quando está inserido no processo há tantos anos” (<i>ibidem</i>).</p>
HA2	<p>“Para a entidade, a formação é uma estratégia. Portanto, formação não é uma finalidade em si própria, é um meio para se conseguir algo” (<i>idem</i>, p.33).</p> <p>“Para os formandos, como eu lhe disse há bocadinho, deixou de ser um meio para uma promoção na carreira. E isso, pronto, não haverá tanta motivação para, e é um bocadinho considerada uma sobrecarga de trabalho. Agora, quando consideram a formação pertinente para a respetiva área, as pessoas aparecem. E se aparecem, é porque consideram importante “ (<i>idem</i>, p.34).</p>
HA3	<p>“A formação é um instrumento de melhoria para a qualidade dos serviços [...] para os cuidados ao doente” (<i>idem</i>, p.46).</p> <p>“Para os formandos, eu acho que também é o continuar da melhoria da prestação da sua atividade profissional e também a nível pessoal, eu acho que as pessoas também dão muita importância” (<i>ibidem</i>).</p>
HA4	<p>“É assim: mesmo para o bem-estar do colaborador” (<i>idem</i>, p.59).</p> <p>“Presença juntamente com as pessoas que nos procuram o saber estar, o saber ouvir [...] em termos de melhorar a qualidade assistencial do próprio Hospital... acho que é uma forma de... as ações de formação permitem essa melhoria” (<i>idem</i>, p.60).</p>
HA5	<p>“Para os trabalhadores a formação é tida com uma medida de <i>we care</i>, portanto, ‘nós preocupamo-nos’ e a formação ainda é vista como um investimento, ‘a instituição preocupa-se connosco’ e portanto nós acreditamos que isso resulta em satisfação, em motivação” (<i>idem</i>, p.76).</p> <p>“O desenvolvimento da formação é tido como uma mensagem de preocupação, de interesse, de investimento no trabalhador [...] nós entendemos que a formação é ... damos claro, uma importância à formação porque queremos até que ela faça parte da cultura organizacional e para as pessoas” (<i>ibidem</i>).</p> <p>“Os trabalhadores também têm alguma consciência, que a formação, na verdade, é bom para os próprios, mas também se traduz em melhores resultados para a instituição” (<i>ibidem</i>).</p>

Os hospitais de uma forma geral veem a formação como um instrumento, uma estratégia, uma forma de melhorar continuamente a prestação dos seus serviços, servir melhor os utentes, pelo que a atualização permanente dos seus recursos humanos é essencial. Objetivam que a realização da formação faça parte da sua cultura interna, conforme afirma o entrevistado do HA5 “queremos até que ela faça parte da cultura organizacional”.

Os trabalhadores reconhecem a importância da formação, apesar de algumas problemáticas evidenciadas nos seus locais de trabalho como: ausência de promoções, sobrecarga de trabalho, entre outras. Encaram a formação como uma mais-valia, têm consciência que a mesma contribui

para um melhor desempenho individual, aquisição/melhoria das suas competências, que resultará em melhores resultados organizacionais. O responsável do CF do HA4 refere ainda que a formação promove “o bem-estar do colaborador”.

Perante o exposto, reconhecemos nesta vertente o entendimento de Nóvoa (1988), no que diz respeito à formação como um processo de transformação individual que resultará num processo de mudança institucional. Afigura-se aqui a perspetiva da *educação ao longo da vida*, na ótica de Canário (1999), convertida na formação permanente (contínua) em que se valoriza a aquisição de competências.

Neste contexto, é de aludir que Torres & Palhares (2008, p.105-106) sustentam a ideia de “centralidade conferida à cultura e à formação no quotidiano das empresas”. Classificam ainda a cultura e a formação como “principais prioridades estratégicas das empresas” (*ibidem*).

Torna-se assim pertinente clarificar a visão de cada entidade sobre a formação. Vejamos o quadro 13.

Quadro 13: Visão organizacional sobre a formação	
HA1	“Sempre senti que o valor estratégico da formação, era realmente real e é uma missão que tem a formação, que é ajudar na concretização dos objetivos da organização” (Apêndice 3, pp.18-19).
HA2	“Da visão estratégica. A formação é um meio para chegar a algo. Portanto, não é a função em si mesmo, é uma visão estratégica” (<i>idem</i> , p.34).
HA3	“Lá está, é a melhoria contínua [...] da prestação dos cuidados” (<i>idem</i> , p.47).
HA4	“Claro que é sempre uma visão em que o colaborador tem novas aptidões e novos conhecimentos e utilizações dos seus [...] e acaba sempre por... não é? Da formação ter uma visão do saber estar, o saber...” (<i>idem</i> , p.61).
HA5	“Nós queremos que a formação seja o reflexo da cultura organizacional, que ela seja tida como uma presença constante, como fazendo parte [...] nós queremos que as pessoas venham à formação de forma voluntária” (<i>idem</i> , p.76).

Afirma-se vivamente que a estratégia está intimamente ligada ao valor atribuído pelos hospitais no que concerne o campo da formação. Encontra-se associada à melhoria contínua da atividade através das aptidões, dos conhecimentos, das competências dos seus profissionais. Pretendem, conforme afirma o entrevistado do HA5, que os profissionais autonomamente procurem a formação e que esse comportamento seja instituído na cultura organizacional.

Presenteia-se, desta forma, a questão da política da gestão da formação em saúde como fundamental no desenvolvimento permanente das competências dos profissionais, de acordo com Sarreta (2009).

No que concerne à forma/estratégia como os hospitais motivam, sensibilizam os seus profissionais para a formação, identificamos o seguinte:

Quadro 14: Sensibilização para a formação	
HA1	“Eu acho que a nossa cultura organizacional, tem no seu ADN a formação” (Apêndice 3, pp.18).
HA2	“Concedendo-lhe as horas [...] de trabalho” (<i>idem</i> , p.34). “E sei que já foi conversado que, por um objetivo de desempenho, relacionado com a frequência da ação de formação. Aqui, interna ou externa, mas que o profissional evidencie que teve uma procura ativa de formação” (<i>ibidem</i>).
HA3	“Tirando a formação obrigatória que não é motivar, mas é obrigar” (<i>idem</i> , p.47). “Mas eu acho que as pessoas gostam de participar. Pronto. Tentamos ir, por exemplo, ao encontro um bocadinho também não só das necessidades, mas também às vezes tentar criar algumas ações dinâmicas” (<i>ibidem</i>).
HA4	“Algumas formações que são obrigatórias e que são mesmo incluídas nos horários e eles têm que ir ” (<i>idem</i> , p.60). “De outra forma, é tentar ver até a alteração de temas das formações... para chamar um bocadinho ao grupo de formadores “ (<i>ibidem</i>). “Ter um bocadinho de prática que eles também se calhar aderem mais do que se for só uma formação teórica” (<i>ibidem</i>).
HA5	“Por vezes o conselho de administração nos eventos públicos que faz aos trabalhadores, até nos processos de integração dá um acento, uma tônica nessa componente, na importância e na necessidade da formação, e, portanto, sensibiliza para isso“ (<i>idem</i> , p.76). “O Centro de Formação com alguma insistência até e com muita persistência e invasão também faz essa sensibilização” (<i>ibidem</i>).

A realização de formação em alguns ambientes é vista como uma obrigatoriedade, uma imposição, conforme manifestados pelo HA2, HA3 e HA4. É evidenciada uma preocupação recíproca neste campo, pelo que procuram sensibilizar os profissionais, por mecanismos diretos, à participação nas formações. Tornar a formação mais dinâmica, elucidar junto do público-alvo a importância e a necessidade de formação, são algumas das soluções apresentadas para a motivação dos profissionais. As motivações neste contexto são muito variadas, conforme aludiu Rodrigues *et al* (2002), pelo que as instituições não podem ficar alheias a esta problemática.

Nesta sequência, importa perceber se os hospitais consideram que as políticas e as práticas que adotam na gestão da formação são eficazes:

Quadro 15: Eficiência das políticas e práticas de gestão da formação	
HA1	“Eu acho que estamos em desenvolvimento e depois sempre que muda um Conselho, eu acho que nós também nos estamos a adaptar” (Apêndice 3, p.19).
HA2	“Gostávamos de as desenvolver mais e, por incrível que pareça, para serem mais eficazes, temos de intervir junto das chefias intermédias” (<i>idem</i> , p.35).
HA3	“Sim, sim [...] por completo não. Também, porque estamos... não há verbas também para se fazer muita formação e é consoante a disponibilidade que temos de encontrar formadores e também da disponibilidade dos próprios profissionais.” (<i>idem</i> , p.47).
HA4	“Algumas. Outras teriam que ser melhoradas provavelmente. Mesmo em termos de formação de reanimação ser ajustada. Pronto! Ter em atenção o cumprimento do novo Código do Trabalho... relativamente às 35 horas” (<i>idem</i> , p.61).
HA5	“Eu julgo que sim, que nós temos melhorado muito significativamente nas políticas de formação, nas práticas, no nosso relacionamento com os intervenientes, com o conselho de administração, com os formandos e temos feito aqui alguns processos de melhoria contínua que já evidenciam também aqui um feedback positivo” (<i>idem</i> , p.77).

Procurou-se verificar se o modo de atuação dos CF dos hospitais é eficaz e eficiente na satisfação das necessidades formativas dos seus profissionais.

Generalizadamente todos os responsáveis manifestam positivismo no que diz respeito às políticas e práticas de gestão da formação adotadas nas suas entidades, no entanto nenhum deles afirmou eficiência no objeto das mesmas. O HA1 refere “estamos em desenvolvimento”, o HA2 alude “gostávamos de as desenvolver mais”, o HA3 cita “Sim, sim (...) por completo não”, o HA4 afirma “Algumas. Outras teriam que ser melhoradas provavelmente” e o HA5 diz “Eu julgo que sim, que nós temos melhorado muito significativamente”.

Ao encontro desta matéria vai Feuerwerker & Cecilio (2007), no que diz respeito ao processo interno de formação dos profissionais, aludindo a importância do envolvimento de todos os atores interessados na conceção de novas soluções (políticas/práticas) que possibilitem a superação das dificuldades atuais, tornando dessa forma a gestão eficaz.

5.2.1. Caracterização da administração dos CF

Todos os hospitais objetos desta investigação são acreditados e supervisionados pela Administração Central do Sistema de Saúde, I.P., desde 1998, tendo idoneidade para ministração de formação profissional inicial e contínua aos seus profissionais (Apêndice 3).

Algumas das atividades formativas realizadas pelos hospitais são co-financiadas pelo FSE, ao abrigo de programas dirigidos à formação dos profissionais de saúde, ficando os CF sujeitos a um controlo externo das entidades proponentes desse financiamento, conforme afiguraram os entrevistados (*idem*).

Nesta vertente, revela-se pertinente caracterizar os diversos níveis de autonomia dos CF. Relativamente à autonomia financeira, obtivemos a seguinte informação:

Quadro 16: Autonomia financeira	
HA1	“Não temos. Já tivemos [...] nem considero que seja muito importante, porque acho que só vinha dar mais trabalho, em termos de organização contabilística e nós já somos poucos” (Apêndice 3, p.21).
HA2	“Não, nem temos orçamento próprio. Quando elaboramos um plano de formação, eu tenho de elencar os custos e é negociado a nível de Conselho de Administração” (<i>idem</i> , p.35).
HA3	“Nós não temos autonomia financeira” (<i>idem</i> , p.48).
HA4	“Neste momento não temos” (<i>idem</i> , p.62).
HA5	“Não, nós estamos dependentes sempre dos financiamentos que vêm da tutela, e, portanto, temos algumas limitações a esse nível” (<i>idem</i> , p.78).

Claramente verifica-se a este nível ausência total da autonomia financeira dos Centros de Formação.

Confirma-se que estão dependentes de financiamento externo, não têm receitas próprias, não executam a sua atividade de forma orçamentada. Segundo Formosinho (1986), numa administração descentralizada⁸ a autonomia financeira existe quando a entidade tem receitas próprias e as pode aplicar livremente, o que não se verificou neste caso.

No que diz respeito à autonomia administrativa, os entrevistados pronunciaram:

⁸ Formosinho (1986, p.66) alude que numa administração descentralizada “a autonomia administrativa consiste no poder de praticar actos administrativos definitivos, isto é, não dependentes de aprovação superior. Tais actos não são dependentes do controlo hierárquico e só são revogáveis por recurso aos tribunais administrativos”.

Quadro 17: Autonomia administrativa	
HA1	“Seguimos os procedimentos, mas depois tenho, desde as assinaturas, agora sei que sou eu que assino os certificados, que faço agora efetivamente dentro de um nível que não tenha que seja aceitável, mas está mais ou menos estruturado, não é confuso” (Apêndice 3, p.21).
HA2	“Temos, temos” (<i>idem</i> , p.36).
HA3	“Administrativa... lá está, temos que seguir os procedimentos. Sendo formação financiada, temos sempre que seguir os procedimentos estabelecidos pelos regulamentos” (<i>idem</i> , p.48).
HA4	“Sim [...] Depende só do serviço de formação” (<i>idem</i> , p.62).
HA5	“Quando nós temos projetos que são financiados, neste momento não temos, mas se tivermos projetos financiados, aí as regras são definidas pelo próprio” (<i>idem</i> , p.78).

Estamos perante dois cenários. Quando se trata de formação financiada os CF têm de cumprir o disposto nos regulamentos dos concursos, conforme aludiu o HA5 “se tivermos projetos financiados, aí as regras são definidas pelo próprio”, não existindo autonomia. Na ausência de financiamento, manifestam autonomia administrativa, não estando dependentes de controlo hierárquico, conforme definido por Formosinho (1986).

Em relação à autonomia pedagógica, de acordo com o referido autor, ela reconhece-se na criação de estruturas de gestão pedagógica. Vejamos o quadro 18:

Quadro 18: Autonomia pedagógica	
HA1	“Temos autonomia pedagógica, no sentido de perceber o que é que para aquelas formações, nós podemos organizar de forma a que a ação tenha o impacto que nós pretendemos” (Apêndice 3, p.21). “Claro que se estivermos a falar em cursos financiados, em referenciais, não temos, porque os referenciais são definidos superiormente” (<i>ibidem</i>).
HA2	“Sim [...] Temos” (<i>idem</i> , p.36).
HA3	“Autonomia pedagógica, podemos ter a nível dos formandos. Os formadores podem manipular um bocadinho o programa, adequar às necessidades.” (<i>idem</i> , p.48).
HA4	“Temos. A maior parte dos cursos somos nós que... em termos de programas, de... somos nós que... até porque quando enviamos o plano formativo” (<i>idem</i> , p.62).
HA5	“O coordenador tem liberdade para ajustar toda essa componente. Nesse aspeto nós temos alguma liberdade para podermos ajustar essas componentes desde que elas sejam validadas sempre pelo coordenador” (<i>idem</i> , p.78).

Tal como na autonomia administrativa, verificam-se aqui 2 cenários na gestão dos processos formativos. Há cursos e situações em que os programas são respeitados integralmente, mas também,

por vezes, os programas são ajustados às reais necessidades dos formandos. Esta complexidade manifesta-se muito nos cursos financiados. Os atores entrevistados apresentam evidências de alguma flexibilidade neste caso. À exceção do HA3, todos expressaram a palavra “temos”. O HA4 afirma que em grande parte, os programas dos cursos ministrados são construídos por eles. O HA3 associa a autonomia aos formandos, à adequação dos conteúdos às necessidades dos formandos.

Ao nível científico, a questão pareceu um pouco complexa. Os entrevistados traduziram a seguinte informação:

Quadro 19: Autonomia científica	
HA1	“Não está nada como gostaríamos que estivesse. Mas também tenho a noção que nem quero pensar em desenvolver, porque não temos capacidades de tempo. Quando diz, que era muito interessante pegar em vários estudos que são feitos, analisá-los, ou seja, e temos algum trabalho desses, de publicação de... mas dizer assim, temos uma autonomia... não temos” (Apêndice 3, p.21).
HA2	“Esta área está em desenvolvimento, muito longe de estar [...]. O Hospital tem muitos profissionais com formação a nível de pós-graduação, mestrado, alguns já doutoramentos, e que estão a dar contributos preciosos na área, mas estamos mais ao nível de importar evidências, discuti-las do que propriamente sermos nós a investigar” (<i>idem</i> , p.36).
HA3	“Nós não temos projetos de investigação aqui no Hospital.” (<i>idem</i> , p.48).
HA4	“Sim. Apostamos” (<i>idem</i> , p.63).
HA5	“Sim, sim fazemos investigação, temos a parte do centro académico que faz investigação e que tem autonomia” (<i>idem</i> , p.77).

A autonomia científica traduz-se na capacidade de definir, programar e realizar investigação e demais atividades científicas, nos termos do artigo 73.º da Lei n.º 62/2007, de 10 setembro. Formosinho (1986) associa esta autonomia à liberdade institucional em criar currículos que a organização considere adequados aos cursos que pretende realizar. Apenas o HA5 reconheceu esta ramificação na sua organização. Os restantes entrevistados manifestaram ausência desta autonomia, alegando que está em desenvolvimento, que não têm projetos de investigação. O HA4 não foi conclusivo.

5.2.2. A gestão por objetivos

Ao abordarmos a questão da formação, atualmente está a ser instituído nos serviços da função pública uma estratégia de gestão por objetivos, pelo que considerou-se pertinente averiguar se esta prática está instituída nos CF, se sim quem responde por ela e qual o impacto nas suas práticas.

Quadro 20: Aplicação da gestão por objetivos	
HA1	“É assim, nós efetivamente a gestão por objetivos já falamos há muitos anos. Já nós quando trabalhamos, temos sempre um objetivo, mas [...] eu defino no meu plano, quais são os meus objetivos, se estão a cumprir” (Apêndice 3, p.22). “Não posso dizer que seja um trabalhar por objetivos, no sentido, o que é que acontece. Não. Foram realizados, quais são as... ou seja, a gestão por objetivos também implica, depois toda uma abrangência que eu... não o tem, pelo menos enumerado e sistematizado, mas trabalhamos por objetivos atualmente” (<i>ibidem</i>).
HA2	“Sim [...]. O meu plano de ação contempla objetivos” (<i>idem</i> , p.36). “O Conselho de Administração definiu os objetivos institucionais, e cada chefia definiu os objetivos para o seu próprio serviço, e propôs, foram aprovados, neste caso” (<i>ibidem</i>).
HA3	“No nosso serviço não é [...]. Não. Nós temos objetivos a cumprir a nível de avaliação de desempenho” (<i>idem</i> , p.49).
HA4	“Ainda não” (<i>idem</i> , p.63).
HA5	“Aplicamos a estratégia no Centro de Formação [...] fazemos monitorizações mensais, ou seja, os objetivos são a médio e longo prazo, mas estão a ser monitorizados semanalmente e ao serem monitorizados semanalmente conseguimos ter medidas corretivas” (<i>idem</i> , p.79).

Reconhece-se que esta prática ainda não está patente em todos os hospitais e respetivos CF. Dos hospitais investigados apenas três realizam a sua gestão por objetivos, embora o HA1 refere que não os monitoriza.

O HA5 destaca-se pela aplicabilidade dessa gestão, uma vez que definem, acompanham, avaliam o cumprimento e resultado dos objetivos propostos.

Quanto à responsabilidade por essa gestão, dos serviços que a aplicam, conforme o quadro 21, está atribuída nos responsáveis dos CF.

Quadro 21: Responsável pela gestão	
HA1	“Pelo plano e pela definição dos objetivos efetivamente sou eu.” (Apêndice 3, p.22).
HA2	“Por essa gestão, sou eu enquanto responsável” (<i>idem</i> , p.37).
HA5	“Portanto, cada um dos responsáveis das áreas, designadamente na área do Centro de Formação é que responde por essa” (<i>idem</i> , p.79).

A gestão por objetivos está implícita, pelo que importa percebermos o impacto da mesma na atividade dos CF:

Quadro 22: Impacto nas práticas	
HA1	<p>“Eu acredito, se eu tivesse uma equipa de trabalho diferente, que certamente se ia verificar muito mais. [...] Eu já sei muitas vezes como é que se resolvem algumas questões, para atingir os objetivos, ou não atingir” (Apêndice 3, p.22).</p> <p>“Agora tenho a noção que se eu tinha planeado fazer x ações e atingir x formandos, é importante perceber, porque é que não os atingi e é importante perceber o que é que esteve na origem” (<i>ibidem</i>)</p>
HA2	“É assim, uma gestão por objetivos implica uma avaliação de cumprimento dos mesmos, não é? O relatório de atividades, uma análise crítica do que é que foi cumprido, do que não foi, o porquê... portanto, é preciso acompanhar e fundamentar os desvios, quer sejam negativos, quer positivos, implica uma responsabilização muito grande do elemento que está à frente da formação” (<i>idem</i> , p.36).
HA5	“Temos tido algum sucesso por termos essa planificação, essa gestão por objetivos monitorizada <i>on time</i> para que depois a médio prazo tenha impacto nos nossos resultados e na nossa concretização dos objetivos” (<i>idem</i> , p.79).

A adoção desta estratégia de gestão pelos CF parece traduzir-se numa mais-valia no controlo das suas atividades. Permite avaliar se os objetivos estão a ser cumpridos, de acordo com o planeado, verificar o impacto e adotar-se medidas corretivas se for caso disso. Os entrevistados afirmam conscienciosamente que “é importante perceber, porque é que não os atingi e é importante perceber o que é que esteve na origem” (HA1), “uma análise crítica do que é que foi cumprido, do que não foi [...] é preciso acompanhar e fundamentar os desvios” (AH2), e “essa gestão por objetivos monitorizada *on time* para que depois a médio prazo tenha impacto nos nossos resultados e na nossa concretização dos objetivos” (HA5).

Olhando agora para a questão das políticas e práticas da gestão da formação na sua globalidade e de acordo com os dados aqui apresentados e discutidos, identificamos no ambiente hospitalar, através da intervenção dos seus CF, da cultura organizacional instituída em unidade investigada, da

atuação e visão dos seus Conselhos de Administração, pode-se afirmar que as políticas e práticas adotadas por estes organismos favorecem, a *educação* de forma contínua dos seus profissionais.

Reconhece-se neste contexto o modelo de gestão de recursos humanos identificado e caracterizado por Lima & Guimarães (2011). A prestação de um serviço público centrado no indivíduo, na resposta às necessidades do mercado, da sociedade civil, composto por um quadro de pessoal qualificado que precisa de ver as suas competências atualizadas permanentemente de acordo com as transformações sociais e económicas que vão ocorrendo ao longo do tempo. A aquisição de competências através de processos formativos adequados, alguns deles apoiados pela UE nos projetos de financiamento, afigura-se nos profissionais de saúde, em cada indivíduo, pela especificidade de funções que desempenham, sendo que por este meio veem as suas competências a serem desenvolvidas, reconhecendo a importância e o valor que isso representa no contexto onde estão se encontram inseridos.

5.3. Análise de necessidades

A análise de necessidades, dentro do processo de gestão da formação, é uma das fases mais frágeis pela licitude que apresenta na satisfação das carências formativas dos profissionais. Importou nesta investigação perceber como este processo é delineado nos hospitais, uma vez que o seu modo de execução afeta significativamente a prática laboral na sua realizada, na opinião de Bernardes (2013).

Começamos por apresentar no quadro 23 a forma como o levantamento de necessidades de formação é realizado.

Quadro 23: Modo de levantamento de necessidades	
HA1	<p>“Este ano como pediram aos serviços que fizessem um plano de formação, no plano de atividades do serviço vem um item, em que tem: que formações é que são, o que é que precisam, para que profissionais” (Apêndice 3, pp.7-8).</p> <p>“Já tivemos situações em que fizemos questionários a todos os profissionais. E eu também sou apologista, que deve ser uma técnica utilizada esporadicamente, de x em x tempo [...] muitas vezes os pedidos dos profissionais não têm tanto a ver com as necessidades de um serviço, mas muito mais com as nossas necessidades individuais” (<i>idem</i>, p.8)</p> <p>“Agora também quando se faz um questionário de satisfação, que se faz anualmente, a formação também vem lá integrada, o que é que as pessoas... se estão satisfeitas, se não estão, o que é que... e pronto! A</p>

	<p>grande questão que tem sido colocada, é o número de ações que muitas vezes são disponibilizadas, porque com este núcleo de trabalho, é muito difícil" (<i>ibidem</i>).</p>
HA2	<p>"No início do ano. Junto com os planos de ação dos serviços, as chefias fazem um levantamento das necessidades de formação, associado ao desempenho pretendido dos profissionais" (<i>idem</i>, p.25).</p> <p>"Por exemplo, o ano passado, eu fiz em setembro um diagnóstico adicional de formação [...] porque se perspectivava financiamento e fizemos um diagnóstico de formação em setembro que, neste momento, ainda está válido" (<i>ibidem</i>).</p> <p>"A metodologia que utilizei foi a seguinte: enviei um email a todas as chefias, a pedir que efetuassem o levantamento das necessidades de formação, face ao desempenho dos profissionais, desejado face à realidade atual ou futura" (<i>ibidem</i>).</p> <p>"Os profissionais eram ouvidos em instrumento de papel. Não resultava muito, nós agora estamos a criar um email individual de todos os profissionais. Havendo o email, passará a ser feito também a todos os profissionais que reportem as necessidades de formação individuais e de grupo" (<i>idem</i>, p.26).</p>
HA3	<p>"O levantamento das necessidades de formação é feito através da auscultação [...] nós temos uma Comissão Consultiva da formação que tem um elemento de cada categoria profissional" (<i>idem</i>, p.39).</p> <p>"Cada elemento dá o seu parecer e depois também realizamos alguns questionários para as chefias e depois definimos uma pequena amostra para cada setor" (<i>idem</i>, p.39).</p>
HA4	<p>"O serviço de formação faz um diagnóstico de necessidades, envia para as chefias, direções de serviço responsáveis, coordenadores [...] pronto, para preencher um questionário com algumas perguntas. Depois serão recolhidas e nós fazemos um estudo sobre as propostas enviadas" (<i>idem</i>, p.52).</p> <p>"São [...]. Algumas dúvidas que nós tenhamos do levantamento que fizemos serão chamados para ser ouvidos... para ouvir as sugestões" (<i>ibidem</i>).</p>
HA5	<p>"Em regra resultam de propostas do conselho de administração, que entende, por exemplo, em determinado ano que é preciso desenvolver uma estratégia, que há medidas corretivas que é preciso levar a efeito" (<i>idem</i>, p.66).</p> <p>"Em outubro [...] nós remetemos através de correio eletrónico, em regra, para os responsáveis de todas as áreas [...] dando nota de que estamos na altura de pensarmos sobre que formação é que vamos desenvolver, para nos apresentarem as necessidades que sentiram e que sentem para o plano de formação do ano seguinte" (<i>idem</i>, pp.66-67).</p>

Não existe um instrumento único, uma forma única na execução deste procedimento da gestão da formação. Cada hospital utiliza a metodologia que lhe parece mais adequada atendendo aos recursos que dispõem. Conseguimos reconhecer as seguintes técnicas:

- i. Questionários dirigidos às chefias, identificado nos discursos do HA3 e HA4. Em alguns casos aos profissionais, conforme identificou o HA1 "já tivemos situações em que fizemos questionários a todos os profissionais".

- ii. Auscultação das chefias por via email, no caso do HA2 “enviei um email a todas as chefias” e do HA5 “nós remetemos através de correio eletrónico [...] para os responsáveis de todas as áreas”.
- iii. Auscultação de comissões e profissionais. O Hospital HA3 tem uma Comissão Consultiva da Formação em que “cada elemento dá o seu parecer”. No HA2 “os profissionais eram ouvidos em instrumento de papel”, agora suspenderam essa prática, e o HA4 afirma que “algumas dúvidas que nós tenhamos [...] serão chamados para ser ouvidos”.

O HA5 acrescenta que o Conselho de Administração é envolvido nesta fase, uma vez que emitem propostas de formação de acordo com a estratégia que delineiam para cada ano e também porque “há medidas corretivas que é preciso levar a efeito”.

Cardim (2012) defende que para este processo devem ser usados instrumentos metodológicos, como o caso do questionário, adequados à mensuração e representação documental, o que não se verificou em todas as instituições. Releva-se aferir a falta de expressão dos profissionais neste processo, uma vez que a intervenção destes geralmente é considerada nas práticas das empresas, segundo Bernardes (2013).

O quadro 24 mostra-nos outros instrumentos indiretos aos CF que são tidos em conta na análise de necessidades.

Quadro 24: Utilização de instrumentos indiretos	
HA1	“Na teoria efetivamente nós temos isso em consideração, quando fazem avaliação de desempenho, quando os chefes pedem” (Apêndice 3, p.8).
HA2	“Sim, sim. Aliás, nós pedimos às chefias que elenquem o diagnóstico de necessidades ou desempenho dos profissionais. As reclamações, sim, por exemplo, [...] as sugestões do utente e ver de que forma a formação pode ter aí alguma ação. Também temos sugestões das comissões técnicas” (<i>idem</i> , p.26).
HA3	“Não, não” (<i>idem</i> , p.40).
HA4	“As sugestões também tentamos” (<i>idem</i> , p.53).
HA5	“Decorrentes, por exemplo, de reclamações, de alguns reportes que são feitos. Depois temos de relatórios, por exemplo, da ética, do risco, relatórios da infeção, coisas que correm menos bem e até orientações da tutela no sentido de desenvolvermos uma outra formação” (<i>idem</i> , p.66). “Temos também processos decorrentes do processo de qualidade,” (<i>ibidem</i>). “E depois temos outras situações que são imposições legais. Quando a legislação obriga, nós também fazemos essa... integramos” (<i>ibidem</i>).

“Temos outros fatores externos que também são importantes para o diagnóstico de necessidades [...] nas sugestões e reclamações [...]. Porque são várias as sugestões, reclamações, designadamente nas áreas clínicas dos doentes no que diz respeito a essa componente relacional” (*idem*, p.68).

Para além do trabalho desenvolvido diretamente pelos CF nesta fase do processo de gestão da formação, à exceção do HA3, todos utilizam outros instrumentos de análise como complemento ao diagnóstico de necessidades que estão a realizar, nomeadamente:

- i. Resultados da avaliação de desempenho (identificado pelo HA1 e HA5);
- ii. Reclamações e sugestões dos utentes (identificado pelo HA2, HA3 e HA5);
- iii. Relatórios de comissões técnicas (identificado pelo HA5);
- iv. Orientações do Ministério da Saúde (identificado pelo HA5); e
- v. Imposições legais (identificado pelo HA5).

Sobre este campo, Meignant (1999) alude sobre alguns fatores indutores à necessidade de formação. Neste caso reconhecemos o oriundo do “ambientes da empresa” classificado como interno e externo, em que no interno as necessidades advêm dos profissionais, das chefias, das comissões técnicas, da estratégia dos próprios hospitais, dos recursos que dispõem. O externo advêm das reclamações e sugestões dos utentes, das orientações da tutela e da regulamentação legal.

No que diz respeito à validação desta etapa, obtivemos a seguinte informação:

Quadro 25: Validação da análise de necessidades	
HA1	“Nós depois de fazer seja de que forma for, vai sempre uma proposta ao Conselho de dizer... se for o caso do questionário de avaliação, enviamos os dados, fazemos uma análise simples [...]. Foi-nos solicitado isto e o Conselho depois reúne habitualmente e priorizamos, identificamos as prioridades.” (Apêndice 3, p.9).
HA2	“Depois de feito o diagnóstico, faz-se uma análise prévia e uma proposta, e submeto ao Conselho de Administração que se pronuncia.” (<i>idem</i> , p.26).
HA3	“Não, porque lá está é discutida na Comissão Consultiva e por aí é analisada. E, depois, é que partimos para o plano de formação” (<i>idem</i> , p.40).
HA4	“Sim. Pelo Conselho de Administração” (<i>idem</i> , p.53).
HA5	“Quando nós fazemos a nossa análise de necessidades [...], nós traduzimos isso depois no nosso plano de formação e reportamos ao conselho de administração para aprovação” (<i>idem</i> , p.68).

Cumulativamente, à exceção do HA3 e do HA5, os restantes entrevistados responderam que o diagnóstico de necessidades está sujeito a apreciação e validação do Conselho de Administração. No

caso do HA3 e HA5 convertem a análise de necessidades para o plano de formação e só depois submetem para aprovação do Conselho de Administração.

Embora Meignant (1999) defenda que na realidade não há um “campo de necessidades de formação” mais ou menos identificado. Neste caso, identificamos objetividade no processo, embora consideramos que poderia ser substancialmente melhorado, no que diz respeito à audição dos pares.

Perante o cenário apresentado por cada entidade investigada, identifica-se a perspetiva *positivista*, enquadrada nas dimensões apresentadas por Correia *et al* (1999), como a dominante no campo hospitalar. As necessidades são identificadas pela utilização de instrumentos definidos para o efeito, tais como os questionários, reclamações, avaliação de desempenho, diretrizes da tutela, propostas dos conselhos de administração. Na sua maioria as respostas às necessidades formativas são desenhadas de acordo com os objetivos e estratégias dos hospitais. Em nenhum hospital se verificou neste processo um momento de partilha, negociação, articulação dos objetivos individuais (dos próprios profissionais) e organizacionais, não sendo reconhecida a perspetiva *construtivista*. Evidencia-se a falta de participação dos futuros beneficiários da formação neste levantamento.

5.4. O plano de formação

O plano de formação é o instrumento onde se precisam os objetivos e as atividades de formação, na sequência da análise de necessidades previamente realizada.

A elaboração do mesmo implica a definição de um conjunto de fatores traduzidos na operacionalidade das escolhas de gestão, pelo que começamos por identificar nas entidades investigadas os atores responsáveis pela elaboração e validação dos mesmos. Vejamos o quadro 26:

Quadro 26: Responsáveis pela elaboração/validação	
HA1	“Neste momento sou eu” (Apêndice 3, p.9). “Em última análise é o Conselho que o aprova” (<i>ibidem</i>).
HA2	“Sou eu” (<i>idem</i> , p.26). “Sujeito à aprovação por parte do Conselho de Administração” (<i>ibidem</i>).
HA3	“Sou eu. A Técnica Superior” (<i>idem</i> , p.40).
HA4	“É o serviço de formação” (<i>idem</i> , p.53). “A aprovação final, sim” (<i>ibidem</i>).
HA5	“O nosso responsável do Centro de Formação” (<i>idem</i> , p.68). “É submetido ao conselho de administração” (<i>ibidem</i>)

Em todos os hospitais cabe ao responsável do Centro de Formação proceder à conceção do plano de formação, assim como, submeter o mesmo à apreciação e decisão do Conselho de Administração.

A formação proposta é categorizada por áreas temáticas, sendo pertinente percebermos o seu cariz, nomeadamente se técnico ou relacional.

Quadro 27: Classificação das ações de formação	
HA1	<p>“Neste momento tem um cariz mais técnico e também... quando dizemos técnico tem muito a ver com as técnicas em si, mas também tem muito a ver com a parte de operacionalização” “Apêndice 3, p.9).</p> <p>“Mas o específico que nós habitualmente falamos de áreas relacionais, tem estado um bocadinho menos presente, eu acho que isso é visível depois em termos de organização.” (<i>ibidem</i>).</p>
HA2	<p>“Tem um cariz predominantemente técnico. Mas também tem uma forte componente relacional.” (<i>idem</i>, p.26).</p>
HA3	<p>“Os 2. Pronto. Nós aqui... a formação base é toda relacionada com a saúde e para as diversas áreas que aqui [...]. Mas, também temos formação direcionada para a área comportamental” (<i>idem</i>, p.41).</p>
HA4	<p>“Mais técnico. Técnico... tem áreas mais técnicas” (<i>idem</i>, p.53).</p>
HA5	<p>“Na componente técnica e é fácil de perceber porque trabalhamos num Hospital e, portanto, a área técnica é fulcral” (<i>idem</i>, p.69).</p> <p>“Mas estamos agora a investir na componente relacional [...] neste ano o conselho de administração determinou como estratégico apostar nas formações da área relacional” (<i>ibidem</i>).</p>

Pela tipologia das entidades e pelo quadro de pessoal técnico que apresentam, a formação realizada, conforme afirmaram os entrevistados, são essencialmente de cariz técnico. No entanto, existe a preocupação no desenvolvimento, na aposta de formação de cariz relacional, conforme citado pelo HA2 “mas também tem uma forte componente relacional”, pelo HA3 “também temos formação direcionada para a área comportamental” e pelo HA5 “mas estamos agora a investir na componente relacional”. Feuerwerker & Cecilio (2007) defendem que um hospital necessita de trabalhadores formados adequadamente para a gestão (competências técnicas) e para a atenção (competências relacionais) não descurando uma da outra. Esta preocupação parece-nos presente em todos os hospitais.

No plano de formação, para cada ação proposta, é necessário identificar-se o público-alvo. Junto dos entrevistados, tentamos perceber como procedem à seleção dos mesmos para cada ação de formação:

Quadro 28: Seleção dos formandos

HA1	<p>“Nós temos sempre a incidência da seleção dos formandos, nas chefias dos próprios serviços. Para o bem e para o mal, as chefias dos serviços é que conhecem os seus profissionais” (Apêndice 3, p.11).</p> <p>“Claro que nós às vezes podemos ter alguma influência relativamente a dizer [...] podemos dar essa indicação quando fazemos a divulgação, mas efetivamente a responsabilidade da seleção dos formandos para as ações, são dos responsáveis dos serviços” (<i>ibidem</i>).</p>
HA2	<p>“Nós definimos quais são os serviços abrangidos, o número de vagas por serviço e a chefia escolhe quem vem. [...] Quando é a formação, cada vez é menos de acesso livre, mas que também ainda há, aí, definimos critérios” (<i>idem</i>, p.29).</p> <p>“Portanto, sempre para cada formação, definimos o público-alvo, alvo, o número máximo de formandos, o número de formandos por serviço e se é a chefia ou não que define” (<i>ibidem</i>).</p>
HA3	<p>“Portanto, em 1.º lugar é a definição do público-alvo, não é? Se nós definimos que uma formação está destinada só para médicos, são os médicos. Depois, se forem só para médicos, temos que ver o número de vagas e a disponibilidade do serviço também, porque o serviço não pode parar” (<i>idem</i>, p.42).</p> <p>“Se for uma formação para um grupo multiprofissional é tentar dar um bocadinho de disponibilidade de vagas para todas as categorias profissionais. Pronto. Consoante o número limite de vagas” (<i>ibidem</i>).</p> <p>“Normalmente falamos com as chefias e as chefias assumem essa responsabilidade. Definem quem são os prioritários e quem não são os prioritários” (<i>ibidem</i>).</p>
HA4	<p>“1.º partimos do que está previsto em plano formativo, quais são os destinatários. E, depois, a parte do formador ou a equipa responsável por essa formação, não é? Fazemos um ajuste para ver realmente quais os destinatários mais apropriados para essa ação de formação” (<i>idem</i>, p.55).</p> <p>“Essa seleção pode ser feita pelo serviço de formação depois das inscrições ou até mesmo pelo formador ou até pelas chefias dos serviços.” (<i>ibidem</i>).</p>
HA5	<p>“No plano de formação já identificamos o público-alvo, digamos assim, já diagnosticamos quem precisa, quem não precisa e a quantidade de pessoas que serão os destinatários da formação” (<i>idem</i>, p.71).</p> <p>“Por vezes o que pode acontecer é, imagine, ser necessário fazer um processo de seleção porque termos mais inscrições do que capacidade, ou as inscrições ultrapassam a lotação da nossa capacidade. Aí temos que fazer aqui alguma...ou as chefias identificam aqueles que precisam mais” (<i>ibidem</i>).</p> <p>“Ou fazemos uma distribuição por serviços [...] fazemos depois aqui um rateio relativamente aos candidatos” (<i>ibidem</i>).</p>

Neste campo, para além da intervenção dos CF na identificação do público-alvo, no apuramento das vagas para cada curso, para cada serviço/grupo profissional, em alguns casos, a competência para a seleção dos formandos está atribuída, na generalidade dos hospitais, aos superiores hierárquicos. Todos os entrevistados identificaram “as chefias” neste processo de seleção.

Quanto à seleção dos formadores, obtivemos os seguintes elementos:

Quadro 29: Seleção dos formadores

HA1	“Tem muito a ver com as suas competências, algumas técnicas relacionais e também às vezes, porque não temos dentro da instituição, muitas vezes mais ninguém com o perfil, quando são internos. Quando são externos, tem muitas vezes a ver com indicação de conhecermos, de pesquisa às vezes no mercado, muito honestamente” (Apêndice 3, p.12).
HA2	“Portanto, nós temos formadores internos e formadores externos. Procuramos alguém que tenha competência técnica na área que vem trabalhar, e que também tenha competências pedagógicas” (<i>idem</i> , p.29). “Tentarmos aliar. Portanto, internamente, temos uma carteira de profissionais que nós sabemos que eles são peritos em determinadas áreas, e recorremos a eles. Quando não temos capacidade interna, ou há um interesse em introduzir algo que, às vezes... alguém de fora tem mais impacto, ou porque já não é muito conhecido, portanto, tem de haver sempre um critério de referência, a pessoa tem de ser perita naquela área” (<i>ibidem</i>).
HA3	“Os formadores tentamos arranjar pessoas, se for internamente, que tenham conhecimentos e experiência e capacidades para transmitir os conhecimentos às pessoas. Se for externamente é através dos currículos e por conhecimentos através de formações que nós façamos ou que os nossos profissionais façam exteriormente” (<i>idem</i> , p.43).
HA4	“Nós temos um registo interno aqui do serviço da equipa de formadores. Sempre que um profissional queira ser formador interno pode fazer aqui a sua inscrição (<i>idem</i> , p.56). “Entretanto, há determinados cursos que são o próprio Conselho de Administração que informa quem vão ser os formadores, sendo cursos destinados a um determinado serviço, pode ser o próprio chefe que tem essas habilitações” (<i>ibidem</i>). “É uma seleção feita já conjuntamente com o Conselho de Administração” (<i>ibidem</i>).
HA5	“Os nossos formadores são formadores internos muitos deles, que entendemos que pela sua experiência pelas suas qualificações estão habilitados” (<i>idem</i> , p.71). “É normalmente investimos mais nos formadores internos porque também temos um constrangimento que é a questão dos recursos financeiros [...]. Recorremos, mas não recorremos com tanta frequência aos formadores externos como desejaríamos e como algumas situações o impunham” (<i>idem</i> , p.72).

Nitidamente podemos concluir que os processos formativos são ministrados na sua maioria por formadores internos. A procura de formadores externos apenas surge quando não são identificados recursos internos para o efeito.

Os entrevistados valorizam os profissionais no papel de formadores internos. Vejamos, o HA1 refere que “tem muito a ver com as suas competências, algumas técnicas relacionais”, o HA2 alude que “temos uma carteira de profissionais que nós sabemos que eles são peritos em determinadas áreas”, o HA3 refere que “tenham conhecimentos e experiência e capacidades para transmitir os

conhecimentos às pessoas”, o HA4 considera “temos um registo interno aqui do serviço da equipa de formadores. Sempre que um profissional queira ser formador interno pode fazer aqui a sua inscrição” e o HA5 afirma “são formadores internos (...) que entendemos que pela sua experiência pelas suas qualificações estão habilitados (...) normalmente investimos mais nos formadores internos”.

Evidenciamos também o fator financeiro, identificado pelo HA5, como uma possível causa para a reduzida procura de formadores externos que julgamos ser transversal a todos os hospitais.

A questão dos objetivos definidos para as ações de formação foi também questionada aos responsáveis dos CF. De acordo com o Grupo Técnico para a Reforma da Organização Interna dos Hospitais (2010), a formação deve desenvolver aptidões e capacidades para o exercício de funções na área da saúde. Vejamos as respostas obtidas:

Quadro 30: Objetivos das ações de formação	
HA1	<p>“Naturalmente também tem a ver com novas competências se adquiram, porque nós estamos numa área, que temos uma evolução enorme e que não podemos efetivamente achar que sabemos tudo hoje e que está feito.” (Apêndice 3, p.13).</p> <p>“Depois é específico em algumas áreas, dependendo também das funções que as pessoas fazem” (<i>idem</i>, p.13).</p>
HA2	<p>“Os principais objetivos deviam ser das chefias. Se a formação visa resolver algum problema da prática ou antecipar, digamos, ser uma formação proactiva, devia ser a chefia que definisse o objetivo geral” (<i>idem</i>, p.30).</p> <p>Na realidade, muitas das vezes, sou eu, face ao que a chefia me manda em diagnóstico, face ao que eu conheço, face a uma entrevista [...]. E a chefia, os objetivos principais, normalmente, são ganhar competências em alguma área” (<i>ibidem</i>).</p> <p>Também não descuramos a área de desenvolvimento pessoal, mas, neste momento, o foco principal é o desenvolvimento das competências.” (<i>ibidem</i>).</p>
HA3	<p>“É colmatar as necessidades que os serviços sentem, não é? Se sentem necessidades naquela área e que os profissionais sejam capazes de adquirir os conhecimentos para colmatar essas necessidades” (<i>idem</i>, p.43).</p> <p>“Tanto somos nós a equipa da gestão de formação, como com os formadores” (<i>ibidem</i>).</p>
HA4	<p>“Na generalidade é o Conselho de Administração do nosso regulamento interno e da política da formação para as atividades desenvolvidas” (<i>idem</i>, p.56).</p> <p>“Isso é a parte formativa mesmo [...] mas sempre com a opinião dos formadores” (<i>idem</i>, pp.53-54).</p>

HA5	<p>“Os objetivos da formação já estão definidos no plano de formação institucional. Nós já definimos alguns objetivos de melhoria, de aquisição de competências, sejam elas técnicas, sejam relacionais, desenvolvimento de alguma tecnologia, alguma questão que é uma obrigação legal” (<i>idem</i>, p.72).</p> <p>“Nós temos já os objetivos muito bem definidos quando avançamos com uma formação. Quem os define é o coordenador junto com os intervenientes no processo de diagnóstico de necessidades.” (<i>ibidem</i>).</p>
------------	---

Pela especificidade das funções exercidas pelos profissionais de saúde, os objetivos das ações de formação, de acordo com os testemunhos, estão predominantemente ligados ao desenvolvimento e aquisição de novas competências, devido à mutação constante das técnicas de trabalho. A responsabilidade pela definição desses objetivos é distinta entre as entidades.

No que concerne às metodologias, predominam essencialmente os métodos ativo e expositivo, sendo o expositivo o que está mais presente. Observemos o seguinte quadro:

Quadro 31: Metodologias pedagógicas	
HA1	<p>“Habitualmente nós quando fazemos o planeamento colocamos se são metodologias mais ativas, mais expositivas [...] claro que depois também depende muito do tipo de ação, que estamos a falar” (Apêndice 3, p.13).</p> <p>“Claro que estamos a falar de formação de adultos e quando falamos de formação de adultos, já sabemos que se formos para uma sessão muito expositiva e as pessoas passado pouco tempo não estão a captar absolutamente nada, não é? Depende muito também dos formadores” (<i>idem</i>, p.14).</p>
HA2	<p>“É assim, em primeira linha, sou eu. Depois, articulo com o formador e ajustamos um bocadinho em função da perspetiva dele” (<i>idem</i>, p.30)</p> <p>“Até fazemos formação em sala e com um método muito expositivo, mas estamos a introduzir a prática simulada, sempre que possível [...] às vezes, prática em contexto de trabalho (<i>ibidem</i>).</p>
HA3	<p>“Somos nós e os formadores. Mas, normalmente é sempre expositivo e participativo. Apelamos sempre à participação dos formandos.” (<i>idem</i>, p.43).</p>
HA4	<p>“Mais teóricas, sim” (<i>idem</i>, p.57).</p>
HA5	<p>“As metodologias são negociadas pelo formador e pelo coordenador pedagógico porque são metodologias que estão alinhadas com os objetivos que se pretendem atingir, e julgo que as metodologias atualmente são, ou tendem a ser, cada vez mais ativas, demonstrativas, com a participação dos trabalhadores” (<i>idem</i>, p.73).</p> <p>“Ainda temos muito o método expositivo, mas queremos e temos consciência que cada vez mais convém haver essa participação, essa envolvência do formando até no próprio contexto real de trabalho.” (<i>ibidem</i>).</p>

Pelos discursos obtidos, reconhece-se de facto o “expositivo” e em alguns casos o “ativo” como os métodos mais utilizados pelos formadores na ministração das ações/cursos de formação. Esta situação leva-nos a crer que na sua maioria os processos formativos são de cariz teórico.

Neste contexto, reconhece-se o modo de trabalho pedagógico de tipo transmissivo, de orientação normativa, aludido por Lesne (1977), no que diz respeito à transmissão de saberes, entendimento e ação. No entanto, 2 entrevistados revelaram um aspeto importante que é o da ligação do ato da formação com a produção cultural dos formandos, aludido também por Lesne (1977). O HA3 o HA5 afirmaram respetivamente “apelamos sempre à participação dos formandos” e “convém haver essa participação, essa envolvimento do formando até no próprio contexto real de trabalho”.

Para uma melhor compreensão desta ligação, surgiu curiosamente uma questão aos entrevistados relativamente à partilha de conhecimentos, experiências e vivências por parte dos participantes durante os momentos formativos.

Quadro 32: Partilha de experiências/conhecimentos	
HA1	“Às vezes nessas ações mais pequenas, é possível as pessoas partilharem e trocarem... e às vezes até a dinâmica da formação em si, começa por aí, pela análise de casos” (Apêndice 3, p.10).
HA2	“Nem sempre, mas às vezes, sim, não é? Depende. Por exemplo, se estivermos a falar de luto, as experiências para trás são valiosas” (<i>idem</i> , p.28).
HA3	“Em cada formação há sempre discussão e partilha, quer das experiências pessoais e profissionais. Portanto, damos essa oportunidade” (<i>idem</i> , p.41).
HA4	“Eu penso que até quase todas as ações de formação existe sempre aquela exposição por parte do formador/formando de o formando conseguir expor as suas experiências” (<i>idem</i> , p.54).
HA5	“Essa partilha é muito importante [...] eu creio e nós temos essas orientações que os formadores dão esse espaço para que os formandos possam partilhar essas vivências, até porque isso é também uma forma de aprendizagem e uma forma de o formador perceber as necessidades de formação e conhecer o formando e adaptar a formação a esse conhecimento” (<i>idem</i> , p.70).

Todos os atores entrevistados manifestaram que no decorrer das ações de formação proporcionam sempre momentos de discussão onde os participantes têm oportunidade de falar sobre as matérias, de partilharem os seus conhecimentos e até experiências de vida. O HA1 referiu que “às vezes até a dinâmica da formação em si, começa por aí, pela análise de casos”.

Um facto relevante mencionado pelo HA5 foi “é também uma forma de aprendizagem e uma forma de o formador perceber as necessidades de formação e conhecer o formando e adaptar a formação a esse conhecimento.

É de referir que o modelo económico-productivo, apresentado por Sanz Fernández (2006), é o que domina nos ambientes investigados, atendendo que o ensino das competências, e neste caso mais as técnicas, é centrado no público-alvo, com base em aprendizagens selecionadas pela sua objetividade e rentabilidade.

5.5. Avaliação da formação

A avaliação da formação é apontada comumente como essencial para haver uma noção exata da sua valia, permitindo uma visão crítica do trabalho realizado.

Este campo foi também alvo da investigação efetuada, pelo que começamos por apresentar os dados relativos à realização da avaliação das aprendizagens dos formandos:

Quadro 33: Avaliação das aprendizagens	
HA1	<p>“Fazemos só em algumas ações [...] por estar padronizado tem que ser, por exemplo, as de emergência tem e aí temos, avaliação inicial, de conhecimentos, avaliação sumativa, temos avaliação prática também. Depois fazemos isto tudo no fim” (Apêndice 3, p.15).</p> <p>“Numa grande parte, efetivamente das ações, não fazemos avaliação sumativa. As pessoas não reagem muito bem” (<i>ibidem</i>).</p>
HA2	<p>“É assim, a formação ao nível de suporte de vida, é sempre objeto de avaliação de aprendizagem. No final de cada formação, têm o momento de avaliação teórico-prática e fica registado, é avaliado e o profissional está apto ou não está apto” (<i>idem</i>, p.31).</p> <p>“Não. [...] Só nesta avaliação de conhecimentos” (<i>ibidem</i>).</p>
HA3	<p>“Aí depende do curso. Depende. Nem todas as formações se fazem” (<i>idem</i>, p.44).</p>
HA4	<p>“No final das ações de formação, alguns cursos têm mesmo testes” (<i>idem</i>, p.57).</p>
HA5	<p>“Sim, nós fazemos a avaliação dos formandos. Nós fazemos a avaliação, em regra, depois da formação. Não fazemos em todas as formações, na verdade. Nós na formação obrigatória, que é muita da nossa formação, a componente de avaliação está presente. [...] Temos fichas de avaliação” (<i>idem</i>, pp.73-74).</p> <p>“Acontece também fazermos avaliação de diagnóstico antes da própria formação ou no decurso da própria formação para percebermos em que ponto é que o formando se encontra ao nível de conhecimento naquela área temática e para orientar o formador na formação que vai desenvolver” (<i>idem</i>, p.74).</p>

Denota-se que a avaliação das aprendizagens está presente na generalidade das ações de formação promovidas pelos hospitais.

Alguns atores mencionaram que a realizam apenas em ações obrigatórias. O HA1 afirmou “por estar padronizado tem que ser”, o HA2 “só nesta avaliação de conhecimentos” e o HA5 “nós na formação obrigatória”.

Nas ações em que as aprendizagens dos formandos estão sujeitas a avaliação, por meio de teste (ficha de avaliação), conforme mencionaram os entrevistados, a mesma é realizada no fim das ações. Reconhecemos esta avaliação como a sumativa, identificada por Cardim (2012). Esta avaliação permite proceder a um balanço das aprendizagens e competências adquiridas no final da ação formativa.

Com base na literatura de Barbier (1995), os atores entrevistados não fizeram qualquer alusão à necessidade de aplicação da avaliação e o contexto onde é introduzida, o que seria pertinente.

É de referir que o HA5 acrescentou também que em algumas situações é realizada uma avaliação de diagnóstico antes e no decurso das ações de formação. Cardim (2012) caracteriza esta forma de avaliação como objeto de identificação do nível de conhecimentos dos formandos.

Quanto à avaliação da formação, em si mesma, Barbier (1985) identifica-a como um tipo de funcional da avaliação, em que agrega todos os formatos de avaliação, dos procedimentos das atividades, dos dispositivos e dos sistemas, comportando uma avaliação interna e uma avaliação externa. Vejamos a informação obtida neste domínio:

Quadro 34: Avaliação da formação	
HA1	<p>“Uma grande parte da avaliação, só fazemos a avaliação da reação da satisfação. Gostaríamos muito de fazer a avaliação de impacto, já fizemos” (Apêndice 3, p.15).</p> <p>“Temos um questionário próprio, que é isso que temos [...] é um instrumento que nós temos, sim. São todos os formandos. Temos um para avaliação da ação pelos formandos e temos um da avaliação do formador sobre a ação” (<i>idem</i>, p.16).</p>
HA2	<p>“Portanto, nós fazemos por rotina avaliação de satisfação dos formandos ao terminar a formação, e o formador faz também a sua avaliação” (<i>idem</i>, p.31).</p> <p>“De um questionário. Portanto, formandos e formadores” (<i>idem</i>, p.32)</p> <p>“Se a formação tinha por objetivo desenvolver competências, mudar comportamentos, passado [...] mais ou menos 3 meses depois, vamos à prática [...] questionamos os próprios formandos sobre o que é que eles conseguiram aplicar na prática, e questionamos as chefias do que é que observaram, quais foram as melhorias que foram introduzidas na prática” (<i>ibidem</i>).</p>
HA3	<p>“A avaliação é feita no final da formação através de um questionário ao nível da organização da formação em si, o desempenho do formador, etc” (<i>idem</i>, p.44).</p> <p>“Formandos e formador. O formador também avalia” (<i>idem</i>, p.45).</p>

HA4	<p>“No final da ação. [...] São os questionários” (<i>idem</i>, p.58).</p> <p>“Os formadores e os formandos. Os formandos fazem a avaliação dos formadores e depois dos conteúdos programáticos, da gestão, da organização do serviço” (<i>ibidem</i>).</p>
HA5	<p>“Sim, fazemos. Também aqui temos margem, temos aqui uma janela de oportunidades de melhoria porque a avaliação, até por conta de carência de recursos no nosso próprio serviço...é uma área, é uma fase que não está ainda devidamente explorada e, portanto, nós fazemos a avaliação da formação...o próprio formador faz essa avaliação. É um questionário” (<i>idem</i>, p.74).</p>

Para esta avaliação, todos os CF têm instrumentos desenvolvidos, que se baseiam em questionários dirigidos aos formandos e questionários dirigidos aos formadores. Esta avaliação é sempre realizada no final das ações.

No caso dos formandos pretendem essencialmente apurar o grau de satisfação em relação à formação realizada, desde os objetivos ao desempenho do formador. Em relação à avaliação realizada pelo formador não foram manifestadas informações concretas.

Apenas o HA2 expressou a realização da avaliação do impacto da formação “3 meses depois, vamos à prática (...) questionamos os próprios formandos sobre o que é que eles conseguiram aplicar na prática”.

Pelo até agora exposto, conseguimos legitimar alguns níveis de avaliação das ações de formação, aludidos por Barbier (1995), nomeadamente a da avaliação interna, relacionada com os objetivos que foram fixados em termos de novas competências, sendo esta avaliação realizada durante a própria ação, o que se verificou nos discursos apresentados; e o da avaliação externa de nível I, associada às mudanças dos profissionais e verificada posteriormente no seu ambiente de trabalho, reconhecida no Hospital HA2.

Nesta sequência, presenciamos também alguns níveis de avaliação caracterizados por Meignant (1999), nomeadamente:

- i. Avaliação da satisfação – questionário dirigido aos profissionais. Esta avaliação é realizada pelos 5 hospitais.
- ii. Avaliação pedagógica – teste ou ficha de avaliação realizada pelos formandos no final da ação. Esta avaliação é realizada pelos 5 hospitais, embora apenas em alguns cursos.
- iii. Avaliação da transferência para as situações de trabalho – avaliação do impacto realizado apenas pelo HA2.

Importou também afigurar, na ótica organizacional, a importância, a função atribuída à avaliação da formação. Vejamos o quadro 35:

Quadro 35: Funções da avaliação da formação	
HA1	“Permite-nos, porque nós tentamos, já tivemos vários modelos e o que temos agora é um modelo que tentamos compilar uma série de dados lá [...] tentamos avaliar numa escala likert de 1 a 5 [...] a satisfação do formando relativamente àquelas áreas” (Apêndice 3, p.15). “Acabámos por também alinhar depois este tipo de informações para o futuro” (<i>ibidem</i>).
HA2	“É justamente ver se houve transferência de conhecimentos para a prática, se melhorámos a prática; se as pessoas, se houve motivação para procurar... digamos, faz-se uma formação, muitas vezes, desencadeiam-se necessidades de formação novas” (<i>idem</i> , p.32).
HA3	“É importante para sabermos se as expetativas foram correspondidas, não é? Se as pessoas gostaram da formação em todos os níveis: o formador... em tudo o que envolve a formação para tentar melhorar se... saber se os objetivos foram atingidos a nível dos conhecimentos principalmente alcançados.” (<i>idem</i> , p.45).
HA4	“Em termos de melhoria qualitativa, quantitativa, sugestões para melhorias do serviço” (<i>idem</i> , p.58).
HA5	“Permite-nos perceber as opiniões dos vários intervenientes na formação, dos formandos, dos formadores, permite-nos até diagnosticar necessidades de formação, permite-nos corrigir erros, e pronto e estes desvios, estas anomalias permite-nos uma melhoria contínua. Se nós corrigirmos estes erros, estas anomalias permite-nos também melhorar a qualidade da formação que é isso que nós pretendemos” (<i>idem</i> , p.75).

Obtivemos respostas curiosas que nos levam a afirmar a justificação da avaliação da formação e a valorização da mesma pelas entidades, vejamos as seguintes afirmações: “acabámos por também alinhar depois este tipo de informações para o futuro” do HA1, “desencadeiam-se necessidades de formação novas” do HA2, “se as expetativas foram correspondidas” do HA3, “em termos de melhoria qualitativa” do HA4 e “permite-nos corrigir erros, e pronto e estes desvios, estas anomalias permite-nos uma melhoria contínua”.

É importante que os dirigentes percebam que é necessário responder pelos resultados obtidos nas ações de formação, na opinião de Meignant (1999). Os discursos apresentados leva-nos a crer que essa percepção existe no seio dos hospitais.

Neste seguimento, vejamos algumas medidas corretivas adotadas pelos hospitais neste campo:

Quadro 36: Medidas corretivas	
HA1	“Novas ações, mudar o tempo, mudar conteúdos. Há efetivamente algumas alterações de ações, dizer não, nós assim já fizemos e não resultou” (Apêndice 3, p.16).
HA2	“Chegar-se à conclusão que aquela situação não carece de formação. Carece, sim, é de uma orientação de gestão” (<i>idem</i> , p.33).
HA3	“Normalmente faz-se uma análise de avaliação da formação que é apresentada na Comissão Consultiva” (<i>idem</i> , p.45). “Para também podermos avaliar e depois poder partir para o diagnóstico de necessidades de formação” (<i>ibidem</i>).
HA4	“Propor novas ações de formação. Em termos de formadores, também já foram sugeridos novos formadores” (<i>idem</i> , p.59).
HA5	“Essa própria avaliação da formação pode resultar até num diagnóstico de necessidades, pode até pôr em causa o diagnóstico de necessidades que fizemos para a formação [...] fazer esses tais ajustes, essas tais melhorias e por aí, num processo de melhoria contínua que se pretende e se deseja, a avaliação da formação é importante e nós temos consciência disso” (<i>idem</i> , p.75).

Após avaliação da formação, verificamos que são tomadas medidas corretivas fundamentalmente de índole formativa com novas ações de formação, alteração de conteúdos, nova análise de necessidades.

Particularmente o HA5 declarou que essas correções proporcionam uma “melhoria contínua que se pretende e se deseja”. Este aspeto é extremamente relevante, pois possibilita o estabelecimento de um juízo de valor sobre as intervenções formativas, a sua finalidade e correção, de acordo com Cardim (2012).

Considerou-se pertinente verificar se os resultados da avaliação da formação são dados a conhecer aos formandos. Verificamos pelas respostas apresentadas no quadro seguinte que esta prática não é realizada por nenhum Centro de Formação.

Quadro 37: Informação dos resultados da avaliação da formação	
HA1	“Não. (Apêndice 3, p.15).
HA2	“Não fazemos sempre” (<i>idem</i> , p.32).
HA3	“Não” (<i>idem</i> , p.45).
HA4	“Não” (<i>idem</i> , p.59).
HA5	“Mais uma vez por conta dessa carência de recursos neste momento não estamos a desenvolver essa comunicação” (<i>idem</i> , p.75).

Uma vez que a formação estimula a reflexão no mundo do trabalho e contribui no setor da saúde para melhorar a qualidade da assistência, de acordo com Sarreta (2009), importou percebermos, na opinião dos responsáveis dos CF, se os profissionais dos hospitais encontram-se satisfeitos com as políticas e com as práticas de gestão da formação adotadas pelas entidades. Observemos o quadro seguinte com as respostas:

Quadro 38: Satisfação dos profissionais	
HA1	“De uma forma geral sim, gostariam de fazer mais ações, em áreas mais que lhes dissessem respeito. Acho que no global, sim. Eu acho que também há aqui uma grande ligação da formação ao longo dos tempos, que acabou por criar uma dinâmica, ou seja, às vezes pergunto se a formação deixasse de existir se alguém dava por ela? Mas se calhar dava. Quero acreditar que sim” (Apêndice 3, p.16).
HA2	“Sim, pelo feedback, e isto num Hospital pequeno, as pessoas conversam” (<i>idem</i> , p.33). “Nós mudámos de uma prática em que nem sempre a formação era considerada horário de serviço [...] agora, há uma atitude, é para contabilizar as horas de formação, isso gerou muita satisfação nas pessoas” (<i>ibidem</i>).
HA3	“Há sempre algumas categorias profissionais que acham que não há formação para eles, nomeadamente a área administrativa nunca é muito abrangida, porque a formação como é muito específica na área da saúde, há sempre áreas que não conseguimos” (<i>idem</i> , p.45).
HA4	“De uma forma geral, sim. [...] Quer dizer, encontram, mas não conseguem ver o cumprimento legal das horas de formação que têm direito anualmente” (<i>idem</i> , p.59).
HA5	“Nós queremos acreditar que sim, mas não temos nenhuma evidência em termos de questionários (...) a adesão tem sido cada vez maior e temos também algum <i>feedback</i> , ainda que não seja escrito, pelo menos verbal das pessoas que nos vão falando, que nos vão dizendo, e congratulando algumas medidas, algumas iniciativas que temos e que denotam que estão satisfeitas” (<i>idem</i> , p.75).

A opinião foi praticamente unânime sobre esta questão, à exceção do HA3 que não foi preciso na sua resposta. Os entrevistados creem que os profissionais encontram-se satisfeitos, uma vez que o *feedback* tem sido positivo. A falta de evidência sobre esta matéria está presente nos hospitais, aliás o HA5 refere “queremos acreditar que sim, mas não temos nenhuma evidência”.

6. Considerações finais

Findo este projeto de investigação, o percurso percorrido, chegou o momento de focar os principais conhecimentos adquiridos e as conclusões chegadas relativamente aos objetivos previamente definidos.

Pelo facto da nossa formação académica de base (licenciatura) ser da área de ciências empresariais, o nosso conhecimento pela área da educação e formação está em conceção, sendo que a realização deste projeto em muito contribuiu para o desenvolvimento das minhas competências neste domínio. Os conhecimentos adquiridos despertaram significativamente o nosso interesse pela área de educação, proporcionando uma visão fundamentada sobre esta matéria, permitindo uma evolução pessoal, intelectual, social e profissional.

Houveram alguns momentos complexos ao longo do percurso, no que diz respeito ao tempo útil disponível para a realização do projeto e também pela resposta morosa de algumas entidades objeto da investigação pretendida. Sobre estes constrangimentos prevaleceu a riqueza de informação conseguida, principalmente pelas entrevistas realizadas, pela interação e troca de experiências profissionais com os entrevistados e pelo conhecimento das diversas realidades hospitalares.

Ao nível institucional consideramos que a investigação realizada serviu para clarificar a identidade do CF do HA5 e o quanto a sua atividade é relevante no contexto em que se encontra inserido. As políticas e práticas adotadas por este, em comparação com os restantes CF, e pelo facto de adotar um modelo de gestão de objetivos, têm sido as adequadas na resposta às necessidades formativas dos profissionais, à estratégia e missão organizacional, no entanto, há ainda muito trabalho a desenvolver.

No que diz às principais conclusões da investigação realizada e de acordo com os objetivos traçados para esta, podemos aludir o seguinte:

- i. O Sistema de Saúde Português, representado pelo Serviço Nacional de Saúde, é composto por diversas unidades de saúde, das quais se destacam os hospitais pela prestação de serviços de saúde de forma permanente como resposta a uma necessidade comum a toda a sociedade civil. Para melhor resposta a essa necessidade, os hospitais necessitam de ter quadros de pessoal devidamente qualificados e permanentemente atualizados, pelo que surgem aqui os Centros de Formação como responsáveis pela manutenção dos portefólios de competências de todos os profissionais. Para que essa garantia seja assegurada, torna-se necessário que os próprios quadros de pessoal dos Centros de

Formação sejam devidamente qualificados e compostos por um número de recursos humanos suficiente para a execução dos processos de gestão da formação de forma integral, sendo que este fator merece avaliação e análise por parte de todos hospitais investigados, com particular destaque o Hospital 5 (local do estágio).

- ii. A questão das políticas e práticas de gestão da formação profissional é muito subjetiva. Não há uma política totalmente definida para o processo de gestão da formação dos profissionais de saúde. Todos os Centros de Formação são acreditados pela mesma entidade (ACSS) que é responsável pela verificação dos pressupostos exigidos nos processos de formação a todas as entidades formadoras acreditadas. No entanto, parece ausente a atuação da ACSS neste campo. Temos a questão da falta de autonomia, reconhecida integralmente por todos os Centros de Formação sobre a área financeira, causando alguma instabilidade no desempenho destes e dos próprios ciclos formativos, pela turbulência oriunda das políticas adotadas pelos diversos governos estatais nos seus orçamentos de Estado, pela dependência permanente dos programas de financiamento da União Europeia, pelas diferentes estratégias dos Conselhos de Administração de cada hospital e pela importância atribuída por estes ao campo formativo dos seus quadros de pessoal. Neste domínio, manifestou-se também a falta de poder de decisão e o grau de dependência hierárquica. Apenas o Hospital 5 apresenta uma desconcentração do poder pela implementação de Centros Integrados de Gestão na organização. Cada Centro de Formação atua de forma diferente e de acordo com os recursos que dispõem. Todos têm um documento (norma, procedimento, regulamento) da atividade formativa. Embora, todos apresentam anualmente um plano de formação, cada um tem o seu “modelo” de gestão da formação.
- iii. Subjacente à questão anterior temos o processo de análise de necessidades, elaboração do plano de formação e avaliação da formação. No que diz respeito à análise de necessidades verifica-se ausência de mecanismos definidos para esta etapa, nomeadamente instrumentos metodológicos, assim como, o envolvimento dos profissionais no diagnóstico no processo. São tidos em conta outros instrumentos, tais como a avaliação de desempenho, as reclamações dos utentes e os relatórios das comissões e órgãos de apoio aos Conselhos de Administração dos hospitais. Pelo facto de não se envolver os profissionais na identificação das necessidades formativas,

manifesta-se aqui um comportamento altruísta, numa perspectiva *positivista*, por parte das organizações. Este processo deveria ser partilhado, permitindo a negociação de interesses, desejos e racionalidades, possibilitando articular objetivos individuais e organizacionais. Quanto à elaboração do plano de formação identifica-se um mero tecnicismo ideológico virado para o inventário de carências e produção de competências técnicas/instrumentais, uma vez as ações planeadas, por todos os Centros de Formação, são sobretudo de cariz técnico. O cariz relacional tem uma presença muito reduzida. No que concerne à avaliação da formação produzem-se diversas dificuldades na sua produção. São aplicados em algumas ações instrumentos de avaliação dirigidos aos formandos para aferição das aprendizagens. É atribuído e reconhecido o valor da avaliação da formação, propriamente dita, no entanto apresentam carência de recursos na avaliação do impacto. A legitimidade e a objetividade da formação parece ináquia. Emerge a aposta no desenvolvimento da função da avaliação por todos os Centros de Formação, pela essência que apresenta na valorização dos processos formativos, pela adequação à realidade que deve assistir.

Por fim, é de se salientar que os modelos de gestão da formação, de gestão das atividades dos Centros de Formação, estão muito centrados na execução, esquecendo a monitorização e a produção de efeitos dessa mesma gestão. Há a necessidade de se instituir a gestão por objetivos e a responsabilização pelos resultados. Para o efeito, os hospitais têm de olhar para a formação como um custo orçamentado à semelhança de todos os outros custos. É necessário instituírem na sua política e cultura organizacional mecanismos condutores a uma prática formativa eficiente, capaz de reconhecer o custo-benefício que um processo formativo pode trazer para o desenvolvimento dos seus recursos humanos e da própria organização. Para isso, é também fundamental que os trabalhadores sejam reconhecidos como elementos essenciais do seio organizacional, sejam ouvidos e envolvidos nos processos formativos e que as organizações proporcionem a igualdade de acesso à formação. De acordo com Estêvão (2001, p.199), os trabalhadores deverão ser considerados como “cidadãos da organização [...] capazes de reforçar a centralidade dos recursos humanos na organização [...] em que a cidadania se apresenta como compromisso cívico com a eficiência e a eficácia da organização”.

7. Bibliografia/Legislação

7.1. Bibliografia

Afonso, J. & Antunes, F. (2001). Educação, Cidadania e Competitividade: questões em torno de uma nova agenda. *Cadernos de Pesquisa*, 113, pp.83-112.

Amado, J. (2013). Manual de investigação qualitativa em educação. Coimbra: Imprensa da Universidade de Coimbra.

Baganha, M. I., Ribeiro, J. R., & Pires, S. (2002). O sector da saúde em Portugal: funcionamento do sistema e caracterização sócio-profissional. Coimbra: Oficina do CES.

Barbier, J. M. (1985). A Avaliação em Formação. Porto: Edições Afrontamento.

Barreto, A. (1984). Estado central e descentralização: antecedentes e evolução. *Análise Social*. Vol. XX, 81-82, pp.191-218.

Barreto, A. (1995). Centralização e descentralização no sistema educativo. *Análise Social*. Vol. XXX, 130, pp.159-173.

Barros, P. P. (1999). *Sistemas privados de saúde – Que relação com o SNS? (Na prestação)*. Lisboa: Faculdade de Economia da Universidade Nova de Lisboa. Acedido em 12 de julho, 2017. Disponível em <https://momentoseconomicos.files.wordpress.com/2011/06/ppb-subsistemas1.pdf>

Bernardes, A. (2013). *Políticas e Práticas de Formação em Grandes Empresas*. Porto: Porto Editora.

Binotto, E., Ribeiro, E. S., Dallabrida, V. R. & Siqueira, E. S. (2010). Descentralização Político-Administrativa: o Caso de uma Secretaria de Estado. *Revista Brasileira de Gestão e Desenvolvimento Regional*, v.6, 3, p.186-213.

Bodgan, R & Biklen, S. (1994). *Investigação Qualitativa em Educação. Uma Introdução à Teoria e aos Métodos*. Porto: Porto Editora.

Canário, R. (1999). *Educação de adultos: um campo e uma problemática*. Lisboa: Educa.

Cardim, J. C. (2012). *Gestão da Formação nas Organizações*. Lisboa: Lidel – Edições Técnicas, Lda.

Centeno, L. G. & Sarmiento, A. L. (2001). *O financiamento da educação e formação profissional em Portugal. Perfil do sistema de financiamento*. Centro Interdisciplinar de Estudos Económicos, Thessaloniki (Pylea), Grécia.

Constituição da República Portuguesa (2005). VII Revisão Constitucional.

Correia, J. A., Lopes, A. & Matos, M. (1999). *Formação de Professores. Da racionalidade instrumental à acção comunicacional*. Porto: Edições ASA.

Correia, P. M. A. R., Pinto, R. R., Garcia, B. C. & Dias, M. (2015). Teoria institucional e o poder dos dirigentes dos hospitais em Portugal, parte III: comparação com outros setores de atividade. *J Bras Econ Saúde*, 7(3), pp.135-141

Coutinho, C. P.(2011). *Metodologia de investigação em ciências sociais e humanas: teoria e prática*. Coimbra: Almedina

De Ketele, J. M., Chastrette, M., Cros, D., Mettelin, P. & Thomas, J. (1994). *Guia do Formador*. Lisboa: Instituto Piaget.

Estêvão, C. V. (2001). Formação, gestão, trabalho e cidadania. Contributos para uma sociologia. *Crítica da Formação. Educação & Sociedade*, XXII, 77, pp.185-205.

Fernandes, A. C. (2011). Hospitais. Um novo modelo de gestão hospitalar. *XXI Ter Opinião*, 1.

Ferreira, E. M. S. (2007). *(D)Enunciar a autonomia. Contributos para a compreensão da génese e da construção da autonomia na escola secundária*. Porto: Tese de doutoramento, Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do Porto.

Feuerwerker, L. C., & Cecílio, L. C. (2007). O Hospital e a formação em saúde: desafios atuais. *Ciência & Saúde Coletiva*, 12(4), pp.965-971.

Formosinho, J. (1986). A Regionalização do Sistema de Ensino. *Cadernos Municipais*, 38-39, pp.63-68.

Grupo Técnico para a Reforma da Organização Interna dos Hospitais (2010). *A Organização Interna e a Governação dos Hospitais*. Matriz organizacional para os hospitais do SNS. Lisboa.

Guerra, I. (2002). *Fundamentos e Processos de uma Sociologia de Acção*. Lisboa: Principia.

Hadji, C. (1994). *A Avaliação, Regras do Jogo*. Porto: Porto Editora.

Instituto Nacional de Estatística (2017). Destaque: Informação à comunicação social. *INE*, 06 de abril de 2017, pp.1-16.

Instituto para a Qualidade na Formação (2004). *Práticas de Financiamento da Formação em Portugal*. Lisboa: IQF.

Josso, C. (1988). “Da formação do sujeito...ao sujeito da formação”. In *O método (auto)biográfico e a formação*. Lisboa: DRH, Min. Saúde.

Lesne, M. (1977). *Trabalho Pedagógico e Formação de Adultos. Elementos de Análise*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.

Lima, L. C. (2007). *Educação ao Longo da Vida. Entre a mão direita e a mão esquerda de Miró*. São Paulo: Cortez Editora.

Lima, L. C. & Guimarães, P. (2011). *The analysis of adult learning and education policies. In European Strategies in Lifelong Learning. A Critical Introduction*. Leverkusen Opladen: Barbara Budrich Publishers.

Lima, L. C., Guimarães, P. & Nathalie T. (2016). *Adult learning and education policies in Germany, Portugal and Sweden: An analysis of national reports to CONFINTEA VI*. Frankfurt: Peter Lang Edition

Machado, J. (2014). *Descentralização e Administração Local: os municípios e a educação*. Porto: Universidade Católica Portuguesa. Acedido em 5 de julho, 2017. Disponível em <http://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/16370/1/Descentraliza%C3%A7%C3%A3o%20e%20a%20administra%C3%A7%C3%A3o%20locals%20munic%C3%ADpios%20e%20a%20educa%C3%A7%C3%A3o.pdf>.

- McKernan, J. (1999). *Investigación acción y curriculum*. Madrid: Editora Morata.
- Meignant, A. (1999). *A Gestão da Formação*. Lisboa: Publicações Dom Quixote.
- Melo, A. (2010). Educação- Formação: Caminhos Passados e Horizontes Possíveis. *Aprender ao Longo da Vida*, 13, pp.40-45.
- Melo, A., Lima, L. C. & Almeida, M. (2002). *Novas políticas de Educação e Formação de Adultos. O contexto internacional e a situação portuguesa*. Lisboa: ANEFA.
- Moreno, C. (2006). *Finanças Públicas, Gestão, Controlo e Auditoria dos Dinheiros Públicos*. Lisboa: Universidade Autónoma de Lisboa.
- Morgado, J. C. (2012). *O estudo de caso na investigação em educação*. Santo Tirso: De Facto Editores.
- Nóvoa, A. (1988). A formação tem de passar por aqui: as histórias de vida no projecto Prosalus. In Nóvoa A. e Finger, M. (orgs). *O método (auto)biográfico e a formação*. Lisboa: DRH, Min. Saúde.
- Rodrigues, A. & Esteves, M. (1993). *A análise de necessidades na formação de professores*. Porto: Porto Editora.
- Rodrigues, L. A. C., Ginó, A., Sena, C. & Dahlin, K. (2002). *Compreender os Recursos Humanos do Serviço Nacional de Saúde*. Lisboa: Edições Colibri.
- Sanz Fernández, F. (2006). *As raízes históricas dos modelos actuais de educação de pessoas adultas*. Lisboa: Educa.
- Sarreta, F. O. (2009). *Educação permanente em saúde para os trabalhadores do SUS*. São Paulo: Cultura Académica.
- Serrano, G. P. (1994). *Elaboración de Proyectos Sociales – Casos prácticos*. Madrid: Narcea.
- SNS. Serviços e Estabelecimentos do Serviço Nacional de Saúde. Acedido em 12 de junho, 2017. Disponível em <https://www.sns.gov.pt/sns/servico-nacional-de-saude/composicao-do-sns/>
- Sousa, P. A. F. (2009). O sistema de saúde em Portugal: realizações e desafios. *Acta Paul Enferm*, 22, pp.884-894.
- Stake, R. E. (2007). *A arte da investigação com estudos de caso*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Torres, L. L. & Palhares, J. A. (2008). Cultura, formação e aprendizagens em contextos organizacionais. *Revista Crítica de Ciências Sociais*, 83, pp.99-120.
- Vala, J. (1986). “A análise de conteúdo”. In Augusto Santos Silva e José Madureira Pinto (orgs). *Metodologia das Ciências Sociais*. Porto: Edições Afrontamento.

7.2. Legislação

Decreto-Lei n.º 178/1985, de 23 de maio. Diário da República, 1.ª Série – N.º 118 – 23 de maio de 1985. Ministério da Saúde.

Portaria n.º 661/1985, de 5 de setembro. Diário da República, 1.ª Série – N.º 204 – 5 de setembro de 1985. Ministério da Saúde.

Lei n.º 8/1990, de 20 de fevereiro. Diário da República, 1.ª Série – N.º 43 – 20 de fevereiro de 1990. Assembleia da República.

Lei n.º 48/1990, de 24 de agosto. Diário da República, 1.ª Série – N.º 195 – 24 de agosto de 1990. Assembleia da República.

Decreto Regulamentar n.º 15/1996, de 23 de novembro. Diário da República, 1.ª Série-B – N.º 272 – 23 de novembro de 1996. Ministério para a Qualificação e o Emprego.

Portaria n.º 782/1997, de 29 de agosto. Diário da República, 1.ª Série-B – N.º 199 – 29 de agosto de 1997. Presidência do Conselho de Ministros e Ministérios do Equipamento, do Planeamento e da Administração do Território, da Economia, da Agricultura, do Desenvolvimento Rural e das Pescas, da Educação, da Saúde, para a Qualificação e o Emprego e da Solidariedade e Segurança Social.

Despacho n.º 13019/1998, de 29 de julho. Diário da República, 2.ª Série – N.º 173 – 29 de julho de 1998. Ministério da Saúde.

Decreto-Lei n.º 285/2002, de 10 de dezembro. Diário da República, 1.ª Série-A – N.º 285 – 10 de dezembro de 2002. Ministério da Saúde.

Decreto-Lei n.º 233/2005, de 29 de dezembro. Diário da República, 1.ª Série-A – N.º 249 – 29 de dezembro de 2005. Ministério da Saúde.

Lei n.º 62/2007, de 10 de setembro. Diário da República, 1.ª Série – N.º 174 – 10 de setembro de 2007. Assembleia da República.

Decreto-Lei n.º 86-A/2016, de 29 de dezembro. Diário da República, 1.ª Série – 3.º Suplemento – N.º 249 – 29 de dezembro de 2016. Ministério das Finanças.

Decreto-Lei n.º 18/2017, de 10 de fevereiro. Diário da República, 1.ª Série – N.º 30 – 10 de fevereiro de 2017. Ministério da Saúde.

APÊNDICE I
Guião da entrevista

APÊNDICE II

Transcrição das entrevistas

APÊNDICE III
Análise simples de conteúdo