

UNIVERSIDADE DE ÉVORA

Mestrado em Intervenção Sócio-Organizacional na Saúde

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

(DR – II Série, nº. 250 de 29 de Outubro de 2002)

**Área de especialização em
Políticas de Administração e Gestão de Serviços de Saúde**

Gerir as competências: Um desafio para as chefias de equipa em enfermagem numa unidade hospitalar do sector público

Dissertação de Mestrado apresentada por:

Manuel Tomé Punilhas Frade

Orientador:

Prof. Doutor Carlos Alberto da Silva

[Esta dissertação não inclui as críticas e sugestões feitas pelo júri]

Évora

Junho de 2006

UNIVERSIDADE DE ÉVORA

Mestrado em Intervenção Sócio-Organizacional na Saúde

Curso ministrado em parceria com a **Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Lisboa**
(DR – II Série, nº. 250 de 29 de Outubro de 2002)

Área de especialização em
Políticas de Administração e Gestão de Serviços de Saúde

Gerir as competências: Um desafio para as chefias de equipa em enfermagem numa unidade hospitalar do sector público

Dissertação de Mestrado apresentada por:

Manuel Tomé Punilhas Frade



Orientador:

Prof. Doutor Carlos Alberto da Silva

160 771

[Esta dissertação não inclui as críticas e sugestões feitas pelo júri]

Évora

Junho de 2006

PENSAMENTO

**“Age de tal maneira que uses a Humanidade,
tanto na tua pessoa como na pessoa de qualquer outro,
sempre e simultaneamente como fim
e nunca simplesmente como meio”**

Kant

DEDICATÓRIA

**Este trabalho de investigação é dedicado
à:
Minha esposa Maria de Fátima
E ao meu filho Pedro**

Gerir as competências: Um desafio para as chefias de equipa em enfermagem numa unidade hospitalar do sector público

RESUMO

Ao Analisar as competências Individuais e Organizacionais que os Enfermeiros devem ter para serem chefes de equipa num hospital público da região de Lisboa, delineamos os objectivos específicos: Identificar e caracterizar as competências Individuais e Organizacionais dos Enfermeiros chefes de equipa e Compreender as implicações das competências individuais na gestão das competências organizacionais dos enfermeiros chefes de equipa.

Utilizamos foi o método quantitativo, sendo este um estudo descritivo e exploratório que decorreu num hospital público da região de Lisboa. A amostra foi constituída por 187 enfermeiros. O inquérito por questionário, é composto por uma parte de avaliação Sócio-demográfica e profissional, outra pela escala de Competências de Manuel Frade. Os resultados mais pertinentes foram no que respeita aos Domínios 8 (Liderança e Formas de Pensamento em Competências) ($M = 2,03$) e 7 ($M = 1,98$) apresentam os valores mais elevados. Em oposição, o domínio 5 (Competências de Liderança) ($M = 1,63$) regista o valor mais baixo quando se considera a totalidade da amostra. Considerarmos as Competências Individuais (Domínio 6, Competências em Ciências de Enfermagem) influenciam os domínios 2 (Competências de Planeamento e Desenvolvimento de Políticas de Saúde), 3 (Competências de Comunicação), 4 (Competências Culturais) e 8 (Liderança e Formas de Pensamento em Competências), verificamos correlações estatisticamente significativas. Considerando que as Competências Organizacionais (Domínio 7) influenciam os domínios 3 (Competências de Comunicação), 5 (Competências de Liderança), 6 (Competências em Ciências de Enfermagem) e 8 (Liderança e Formas de Pensamento em Competências), verificamos que estes apresentam associações fortes. Podemos ainda afirmar que existe uma correlação entre o Domínio 6 (Competências em Ciências de Enfermagem) e o Domínio 7 (Competências de Gestão) que é considerada forte e daí poderemos concluir que ambos os domínios se influenciam mutuamente e de forma exponencial. Podemos ainda afirmar que as competências não variam consoante as variáveis sócio-demográficas e profissionais. Assim, podemos concluir que aceitamos e validamos a nossa primeira hipótese (H1 - Não existem diferenças significativas ao nível dos domínios de competências em termos de características individuais, características sócio-demográficas e profissionais) não existe diferenças significativas entre grupos.

Com intuito de encontrar o perfil ideal para o enfermeiro chefe de equipa (H2 - Os Domínios de Competências não são mutuamente exclusivos no quadro de acção dos Chefes de Equipas) foi realizada uma análise factorial da qual se obtiveram após rotação varimax com normalização de Kaiser, dez factores, estes foram submetidos ao coeficiente de alfa de Cronbach para avaliar a homogeneidade. Os factores com maior homogeneidade são os factores 1 (α - Cronbach do Factor 1 é 0.9092) e 2 (α - Cronbach do Factor 2 é 0.8878), assim a partir destes traçamos o perfil de competências dos enfermeiros chefes de equipa.

Podemos concluir que aceitamos e validamos a nossa segunda hipótese (H2), e desta forma podemos afirmar que os domínios de competências não são mutuamente exclusivos segundo esta análise factorial e que para nós o perfil de competências ideal para os enfermeiros chefes de equipa é aquele que comporte o ser Proficiente em, Competências de Comunicação, Competências Culturais, Competências de Liderança, Competências das Ciências de Enfermagem, Competências de Gestão e por último Liderança e Formas de Pensamento em Competências.

Palavras-Chave: Chefia de Equipa, Competências, Enfermagem, Gestão de competências, Organização

To manage the abilities: A challenge for you commands them of equipments in nursing in a hospital unit of the public sector

Abstract

To Analyse the abilities Individuals and Organizationally that the Nurses must have to be heads of equip in a public hospital of the region of Lisbon, delineate the specific objectives: To identify and to characterize the abilities Individuals and Organizationally of the Nurses heads of equip and To understand the implications of the individual abilities in the management of the organizationally abilities of the nurses heads of equipments.

We use was the quantitative method, being this a descriptive and exploratory study that elapsed in a public hospital of the region of Lisbon. The sample was constituted by 187 nurses. The inquiry for questionnaire is composed for a part of Partner-demographic and professional evaluation, another one for the scale of Abilities of Manuel Frade. The results most pertinent had been in what it respects to Dominies 8 (Leadership and Forms of Thought in Abilities) ($M = 2, 03$) and 7 ($M = 1, 98$) present the values highest. In opposition, domain 5 (Abilities of Leadership) ($M = 1, 63$) register the value lowest when the totality of the sample is considered. To consider the Individual Abilities (Domain 6, Abilities in Sciences of Nursing) influence dominies 2 (Abilities of Planning and Development of Politics of Health), 3 (Abilities of Communication), 4 (Cultural Abilities) and 8 (Leadership and Forms of Thought in Abilities), we verify significant correlations statistical. Considering that the Organizationally Abilities (Domain 7) influence dominies 3 (Abilities of Communication), 5 (Abilities of Leadership), 6 (Abilities in Sciences of Nursing) and 8 (Leadership and Forms of Thought in Abilities), we verify that these present strong associations. We can still affirm that a correlation exists enters Domain 6 (Abilities in Sciences of Nursing) and Domain 7 (Abilities of Management) that it is considered strong and from there we will be able to conclude that both the dominies if influence mutually and of exponential form. We can still affirm that the abilities do not vary consonant the partner-demographic and professional 0 variable. Thus, we can conclude that we accept and we validate our first hypothesis (**H1 - significant differences to the level of the dominies of abilities in terms of individual, characteristic characteristics partner-demographic and professional do not exist**) does not exist significant differences between groups.

With intention to find the ideal profile for the nurse head of it equipments (**H2 - the Dominies de Competencies is not mutually exclusive in the picture of share of the Heads of Equipos**) was carried through an factorial analysis of which if they had gotten rotation after varimax with normalization of Kaiser, ten factors, these had been submitted to the coefficient of alpha of Cronbach to evaluate the homogeneity. The factors with bigger homogeneity are factors 1 (α -Cronbach of Factor 1 are 0, 9092) and 2 (α - Cronbach of Factor 2 is 0, 8878), thus from these we trace the profile of abilities of the nurses heads of equipments.

We can conclude that we accept and we validate ours second hypothesis (H2), and in such a way can affirm that the dominies of abilities are not mutually exclusive as this factorial analysis and that for us the ideal profile of abilities for the nurses heads of equipments is that one that holds the Proficient being in, Cultural Abilities of Communication, Abilities, Abilities of Leadership, Abilities of Sciences of Nursing, Abilities of Management and finally Leadership and Forms of Thought in Abilities.

Word-Key: commands of Equipos, Abilities, Nursing, Management of abilities, Organization

AGRADECIMENTOS

Agradeço a todas as pessoas que directa ou indirectamente tornaram possível a realização deste trabalho de investigação, em especial ao Sr. Professor Doutor Carlos da Silva pela tão valiosa colaboração. Aos meus familiares por se terem privado da minha companhia, e aos professores do Curso de Mestrado.

ÍNDICE	f.
Pensamento	I
Dedicatória	II
Resumo	III
Abstract	IV
Agradecimentos	V
Índice Geral	VI
Índice de Gráficos	IX
Índice de Quadros	X
Índice de Esquemas	XII
Abreviaturas e Siglas	XIII
INTRODUÇÃO.....	1
1. PERSPECTIVAS CONCEPTUAIS E ANALÍTICAS	6
1.1. Considerações sobre as Organizações	6
1.1.1. Processo Inter-Activo Pessoas/Organização.....	8
1.1.2. As Organizações e sua complexidade.....	9
1.1.3. As Organizações de Saúde.....	15
1.1.3.1. Estratégias e Estrutura Organizativa.....	25
1.2. Contributos para a análise das Competências.....	29
1.2.1. História e Conceito de Competências.....	29
1.2.2. Definição e Caracterização de Competências.....	33
1.2. 3. Competências Organizacionais.....	39
1.2. 4. Competências Individuais.....	42
1.3. Da Gestão de Competências à Gestão do Conhecimento	43
1.3.1. Gestão de Competências e Gestão de Pessoas.....	47
1.3.2. Gestão Organizacional.....	52
1.3.1. Gestão de Conhecimento	57
1.5. A Enfermagem nas Organizações.....	61
1.5.1. A Enfermagem inserida na Organização Hospitalar.....	67
1.5.2. Funções e Competências do Enfermeiro Chefe de Equipa.....	69
1.5.3 Gestão do Desempenho no contexto da Qualidade na prática em enfermagem.....	77

	f.
1.5.4. (Re) pensar a Liderança e a Enfermagem	86
2. OPÇÕES METODOLÓGICAS.....	90
2.1. Tipo de Estudo.....	91
2.2. Modelo de Análise e Hipóteses de estudo.....	93
2.2.1. Variáveis.....	97
2.2. População e Amostra	100
2.3. Método e Instrumento de Recolha de Dados.....	102
2.3.1. Instrumento de Recolha de Dados.....	104
2.3.1.1. Indicadores demográficos e profissionais.....	104
2.3.1.2. Escala de Competências.....	105
2.4. Implementação do Instrumento de Colheita de Dados	112
2.5 Tratamento e Análise dos Dados.....	116
2.6. Limites do estudo	117
3. APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS: PERFIL DOS DOMÍNIOS DE COMPETÊNCIAS EM ENFERMAGEM.....	119
3.1. Caracterização dos Inquiridos	119
3.2. Resultados Obtidos: A Enfermagem e o Perfil da Gestão das Competências	125
3.2.1. Competências de análise e avaliação.....	130
3.2.2. Competências de planeamento e desenvolvimento de políticas de saúde	132
3.2.3. Competências de Comunicação	134
3.2.4. Competências culturais	136
3.2.5. Competências de Liderança	138
3.2.6 Competências em Ciências de Enfermagem	140
3.2.7 Competências de Gestão	142
3.2.8 Liderança e Formas de Pensamento Sobre Competências.....	144
3.2.9. Para uma análise das percepções das competências segundo os grupos sócio-demográficos e profissionais.....	146

	f.
3.2.10. Uma abordagem das implicações das competências Individuais na gestão das competências organizacionais dos enfermeiros chefes de equipa	153
3.2.11. Um olhar no perfil ideal para o enfermeiro chefe de equipa.....	156
4. CONCLUSÕES E RECOMENDAÇÕES.....	161
5. BIBLIOGRAFIA.....	170
ANEXOS	181
Anexo I – Inquérito por Questionário	182
Anexo II – Pedido de Autorização para Realizar o Estudo no Hospital de Santa Cruz	189
Anexo III – Quadro nº. 14 - Distribuição dos Enfermeiros Segundo o Sexo.....	192
Anexo IV – Quadro nº. 15 - Distribuição dos Enfermeiros Segundo o Estado Civil	194
Anexo V – Quadro nº. 16 - Distribuição dos Enfermeiros Segundo as Habilitações Profissionais	196
Anexo VI – Quadro nº. 17 - Distribuição dos Enfermeiros Segundo a Categoria Profissional	198
Anexo VII – Quadro nº. 19 - Distribuição dos Enfermeiros Segundo o Exercício de Funções de Chefe de Equipa	200
Anexo VIII – Quadro nº. 20 - Distribuição dos Enfermeiros Segundo o Tipo de Horário	202

Índice de Gráficos

	f.
Gráfico nº 1 – Distribuição dos Enfermeiros Segundo o Sexo	120
Gráfico nº 2 – Distribuição dos Enfermeiros Segundo o Estado Civil	121
Gráfico nº 3 – Distribuição do Enfermeiros Segundo as Habilitações Profissionais	122
Gráfico nº 4 – Distribuição do Enfermeiros Segundo a Categoria Profissional	123
Gráfico nº 5 – Distribuição dos Enfermeiros Segundo o Exercício de Funções como Chefe de Equipa	124
Gráfico nº 6 – Distribuição dos Enfermeiros Segundo o Tipo de Horário	125
Gráfico nº 7 – Domínios de Competências	129

Índice de Quadros

	f.
Quadro nº. 1 – Sistema Sóciotécnico	14
Quadro nº 2 – Níveis de Competências Organizacionais	42
Quadro nº. 3 – Competências Genéricas Preconizadas por MITANI et al	74
Quadro nº. 4 – Hipóteses e seu estudo	97
Quadro nº 5 – Domínio 1 – Competências de Análise e Avaliação	106
Quadro nº 6 – Domínio 2 – Competências de Planejamento e Desenvolvimento de Políticas de Saúde	107
Quadro nº 7 – Domínio 3 – Competências de Comunicação	107
Quadro nº 8 – Domínio 4 – Competências Culturais	108
Quadro nº 9 – Domínio 5 – Competências de Liderança	108
Quadro nº 10 – Domínio 6 – Competências das Ciências de Enfermagem	109
Quadro nº 11 – Domínio 7 – Competências de gestão	109
Quadro nº 12 – Domínio 8 – Liderança e formas de pensamento sobre competências	110
Quadro 13 – Coeficiente Alpha encontrado para os domínios do Questionário de Competências	111
Quadro nº. 14 – Distribuição dos Enfermeiros segundo o sexo	193
Quadro nº. 15 – Distribuição dos Enfermeiros segundo o Estado Civil	195
Quadro nº. 16 – Distribuição dos Enfermeiros segundo as Habilitações Profissionais	197
Quadro nº. 17 – Distribuição dos Enfermeiros segundo a Categoria Profissional. .	199
Quadro nº. 18 – Distribuição dos Enfermeiros segundo o Tempo de exercício em Enfermagem, na Instituição e no Serviço	123
Quadro nº. 19 – Distribuição dos Enfermeiros segundo o Exercício de funções de chefia de equipa	201
Quadro nº. 20 – Distribuição dos Enfermeiros segundo o Tipo de Horário	203
Quadro nº. 21 - Média e Desvio Padrão para os domínios do Questionário de Competências	128
Quadro nº. 22 - Média e Desvio Padrão para o Domínio 1 e itens constituintes ...	131
Quadro nº. 23 – Teste de Friedman do Domínio 1	132
Quadro nº. 24 - Média e Desvio Padrão para o Domínio 2 e itens constituintes....	133
Quadro nº. 25 – Teste de Friedman do Domínio 2	134

	f.
Quadro nº. 26 - Média e Desvio Padrão para o Domínio 3 e itens constituintes....	135
Quadro nº. 27 – Teste de Friedman do Domínio 3	136
Quadro nº. 28 - Média e Desvio Padrão para o Domínio 4 e itens constituintes....	137
Quadro nº. 29 – Teste de Friedman do Domínio 4.....	138
Quadro nº. 30 - Média e Desvio Padrão para o Domínio 5 e itens constituintes ...	139
Quadro nº. 31 – Teste de Friedman do Domínio 5	140
Quadro nº. 32 - Média e Desvio Padrão para o Domínio 6 e itens constituintes ...	141
Quadro nº. 33 – Teste de Friedman do Domínio 6	142
Quadro nº. 34 - Média e Desvio Padrão para o Domínio 7 e itens constituintes ...	143
Quadro nº. 35 – Teste de Friedman do Domínio 7	143
Quadro nº. 36 - Média e Desvio Padrão para o Domínio 8 e itens constituintes ...	145
Quadro nº. 37 – Teste de Friedman do Domínio 8.....	146
Quadro nº. 38 - Teste T-Student para a variável Sexo	147
Quadro nº. 39 - Teste T-Student para a variável Chefe de Equipa	148
Quadro nº. 40 - Teste T-Student para a variável Tipo de Horário.....	149
Quadro nº. 41 - Análise de Variância para a variável Habilitações Profissionais....	151
Quadro nº. 42 - Análise de Variância para a variável Categoria Profissional.....	153
Quadro nº. 43 - Matriz de correlação.....	154
Quadro nº. 44 – Análise Factorial segundo o Método Varimax com Normalização de Kaiser do Factor 2.....	157
Quadro nº.45 – Análise Factorial segundo o Método Varimax com Normalização de Kaiser do Factor 2.....	157

Índice de Esquemas

	f.
Esquema nº 1 – Competências Individuais	95
Esquema nº. 2 – Competências Organizacionais	96
Esquema nº. 3 – Factores de Competências 1	158
Esquema nº. 4 – Factores de Competências 2	159
Esquema nº. 5 – Factores de Competências 3	160

Abreviaturas e Siglas

1^a	Primeira
2^a	Segunda-feira
3^a	Terceira
3^o	Terceiro
4^a	Quarta-feira
5^a	Quinta-feira
Cap.	Capítulo
df	Nível de Significância
DP	Desvio padrão
ed.	Edição
et al	e outros
f.	Folha
Fi	Frequência
G.D.H.	Grupos de Diagnóstico Homogéneo
g.l	Grau de Liberdade
ISCTE	Instituto Superior de Ciências do Trabalho e das Empresas
M	Média
N	Número Total
N^o	Número
n^o	Número
OCDE	Organização para o Crescimento e Desenvolvimento Económico
p.	Página
QE	Quociente emocional
QI	Quociente de Inteligência
r	Coefficiente de Correlação de Pearson
S.	Sexo
Sig	Significância
SPSS	Statistical Package for de Social Science
t	Identifica o resultado do test T-student
Vol.	Volume

INTRODUÇÃO

Nos nossos dias é notória a preocupação crescente com a implementação de uma assistência de qualidade nos nossos hospitais. Assim o contributo dos Enfermeiros na melhoria dos cuidados prestados é essencial.

Este trabalho de Investigação está subordinado ao tema:

“Gerir as competências: Um desafio para as chefias de equipa em enfermagem numa unidade hospitalar do sector público”

Várias foram as questões com as quais nos deparamos ao iniciar a elaboração deste trabalho. Tentamos direccioná-lo para que, de forma pertinente, ajude os Enfermeiros, a melhorar o seu desempenho profissional, bem como a uma melhoria da atitude dos profissionais, enquanto chefes de equipa.

Formulamos então como questão de Investigação:

Quais as competências individuais e Organizacionais que os enfermeiros devem ter para serem chefes de equipa?

A pertinência deste estudo de Investigação levou-nos a direccionar o nosso trabalho para a área temática da gestão de competências em enfermagem por considerarmos que este domínio se reveste de fundamental importância.

Com este trabalho pretende-se, estudar quais as competências individuais e organizacionais que os enfermeiros devem de ter para serem chefes de equipa. As organizações de saúde vivem neste momento uma situação de mudança organizacional. Neste sentido os enfermeiros que têm a seu cargo a chefia de equipa para além de deterem competências profissionais/individuais deverão ter competências que vão de encontro à filosofia da organização na qual se encontram inseridos.

Actualmente as organizações são cada vez mais desafiadas para lidar com ambientes mais dinâmicos e complexos, dando novas exigências de gestão e novos perfis de liderança. Tem sido dado grande destaque à competência da organização e às competências do próprio indivíduo.

Nesse sentido no novo contexto económico, parece haver concordância, nos diversos autores consultados de que a organização do passado tem poucas hipóteses de sobreviver. As mudanças não são apenas decorrentes dos avanços tecnológicos, mas também do ambiente que se tornou complexo, exigindo transformações permanentes para garantir a sobrevivência.

Para enfrentar o cenário atrás referido, as organizações tem de preparar as suas estratégias, dando ênfase a novas competências organizacionais, como por exemplo flexibilidade, inovação, horizontalidade, criatividade, agilidade, partilha de informação, aprendizagem, gestão de conhecimentos, planeamento participativo, empowerment e estratégia competitiva. Assim podemos observar que como as organizações não detêm competências, são os indivíduos que nelas se encontram que as detêm, assim, parece fácil de compreender que o grande protagonista de toda esta situação é o homem.

No contexto de tudo o que anteriormente foi referido e conforme consultas efectuadas, podemos considerar que gerir competências, não pode nem deve ser algo empírico, mas antes, algo que resulta de ser organizado, pois isso significa partilha de informações, experiências, erros e sucessos de maneira a que toda a organização possa aprender constantemente. O conhecimento gerado deste modo têm de se mostrar útil, ou seja deve ser aplicado à prática quotidiana dos indivíduos.

É do conhecimento geral que, faz parte dos velhos métodos de gestão a busca incessante pelo desempenho eficiente, na organização da aprendizagem e na organização do conhecimento, o valor essencial e a solução dos problemas. “Em um ambiente em permanente transformação, parece ser condição essencial administrar problemas sobre perspectivas múltiplas “ IAN MITROF (1999).

Outra questão que se revela de grande importância nos novos modelos de gestão é compreender e administrar as diferenças, porque cada vez mais o ambiente será

diversificado. Podemos afirmar que valorizar as diferenças significa saber geri-las e sobretudo compreender a dinâmica da maioria e da minoria. "Compreender que a maioria tende a moldar a visão dominante do que é aceitável, porém, que as inovações na organização vem da minoria" FITZGERAL, G (1998).

Portanto no que respeita a competências, não basta analisar ao nível individual, mas parece ser fundamental identificar e salientar as individualidades de cada um. Saber quais são as contribuições que cada indivíduo poderá proporcionar isto, para que a colocação seja adequada às funções a desempenhar e identificar quais são os que detêm características mais ajustadas para lidar com ambientes em turbulência.

Assim como, refere FITZGERAL, G. et. al. (2000), os indivíduos com características mais racionais sentem-se desconfortáveis com a ambiguidade ou com a grande quantidade de informação, parecem ser mais vulneráveis nos ambientes de constante mudança do que indivíduos que apresentam características mais criativas e flexíveis, com visão de longo prazo e sentem-se confortáveis com as incertezas.

O ambiente a nível institucional é complexo e continuará a sê-lo cada vez mais, por isso torna-se necessário que a análise sobre os indivíduos, seja cada vez mais sofisticada para permitir que exista uma melhor adequação dos indivíduos às suas funções, principalmente para as políticas de recursos humanos, no que diz respeito ao recrutamento, selecção, distribuição e desenvolvimento do quadro de pessoal da organização. Para atender às novas exigências de gestão é fundamental que exista uma análise e percepção das diferenças individuais, das contribuições que cada elemento pode fornecer, dentro daquilo que lhe é mais natural, que são as suas tendências de comportamento.

Com a realização deste estudo esperamos contribuir para a clarificação desta problemática e, através das conclusões obtidas, facultar dados que sirvam de ponto de partida para a realização de novos estudos.

Com o intuito de realizar este estudo delineámos como objectivo geral deste trabalho de investigação:

Analisar as competências Individuais e Organizacionais que os Enfermeiros devem ter para serem chefes de equipa num hospital da região de Lisboa.

Como objectivos específicos:

Identificar e caracterizar as competências Individuais dos Enfermeiros chefes de equipa dum hospital da região de Lisboa.

Identificar e caracterizar as competências Organizacionais que os enfermeiros devem ter para serem chefes de equipa

Compreender as implicações das competências individuais na gestão das competências organizacionais dos enfermeiros chefes de equipa

Este trabalho de investigação encontra-se organizado da seguinte forma: Inicialmente faz-se uma abordagem conceptual e analítica sobre a temática em causa, na qual se tecem algumas considerações sobre organizações nomeadamente sobre organizações de saúde, seguindo-se-lhe uma abordagem sobre competências, aborda-se ainda a gestão de competências e do conhecimento e finalmente debruçamo-nos um pouco mais pormenorizadamente sobre a enfermagem nas organizações de saúde. Nas nossas opções metodológicas falamos sobre o tipo de estudo, do nosso modelo de análise e hipóteses, do método e instrumento de recolha de dados, bem como da sua implementação, tratamento e análise dos mesmos e por ultimo sobre os limites do estudo. Na parte de apresentação e análise dos resultados, caracterizam-se os inquiridos, apresentamos e analisamos os resultados obtidos através do inquérito por questionário, nas suas diferentes demonstrações de resultados. Para finalizar este trabalho de investigação são apresentadas conclusões e recomendações, tanto ao nível da melhoria das competências dos chefes de equipa como para futuras investigações no tema.

Assim e por tudo o que anteriormente foi dito, esperamos que este estudo num futuro próximo contribua para uma melhoria na gestão de recursos humanos em enfermagem e principalmente ao nível das chefias de equipa, observando as competências individuais dos enfermeiros e seleccionando para esse cargo, aqueles

que demonstrem ter competências para chefiar equipas e que se encontrem em consonância com os objectivos da instituição.

1. PERSPECTIVAS CONCEPTUAIS E ANALÍTICAS

1.1. Considerações sobre as Organizações

O Homem no seu processo evolutivo aliado a vários factores, sejam eles económicos, políticos, sociais ou técnicos, gerou como necessárias as organizações. Assim estas existem com a finalidade específica de satisfazer as necessidades humanas e dentro destas destaca-mos a função social das organizações de saúde, principalmente os hospitais.

O elemento fulcral das organizações é o homem, este como sabemos direcciona a sua acção no sentido da realização dos objectivos pessoais que são determinantes na sua actuação. Assim a interacção estabelecida de uns com os outros na realização dos objectivos organizacionais, reflectindo interesses comuns a todos os membros da organização.

Os objectivos organizacionais constituem a força impulsionadora da organização, as pessoas num processo de partilha dos seus próprios objectivos, operacionalizam-nos tirando daí dividendos com os resultados necessários ao desenvolvimento da organização. Por isso constatamos que os resultados que se obtêm são sempre relacionados com os objectivos organizacionais e não com os das pessoas que com o seu labor, permitem atingi-los.

DRUCKER (1993), refere que "Como requisito absoluto para a actuação de uma organização, que a tarefa e a missão sejam transparentes, que os resultados sejam definidos de modo claro, sem ambiguidades e, se possível, de forma mensurável afim de serem permanentemente avaliados".

Torna-se por isso necessário que as organizações definam de forma clara os seus objectivos, bem como as acções a desempenhar de forma clara, estes devem ser claros, mensuráveis, e avaliados com regularidade.

O Homem enquanto ser social necessita definir objectivos, que proporcionem a concretização de resultados que levem as pessoas a realizar tarefas de forma

organizada e em interacção. Numa perspectiva de gestão é compreensível esta necessidade.

1.1.1. Processo Interactivo Pessoas/Organização

O Homem como ser único que é, aparece-nos como um todo, em que todas as suas componentes se encontram intimamente ligadas e que interagem entre si de forma harmoniosa. É um ser pensante, com capacidade para agir por si só e é susceptível de acção depois de reflexão adequada. Utiliza a linguagem, reflecte sobre as suas condutas, as suas decisões bem como sobre as intervenções que efectua, no seu dia a dia. É sem sombra de dúvida um ser relacional, que interage no tempo e no espaço.

A sua realidade forma-se através de análise conceptual subjectiva e interactiva com o meio que o rodeia. Procura ainda através da cooperação com os seus pares, uma melhoria da eficácia da sua própria acção que permita alcançar objectivos próprios, que em principio estariam fora do seu alcance enquanto ser que age isolado. Tem ainda a possibilidade de criar símbolos, desenvolvendo processos figurativos que lhe proporcionam proceder à aprendizagem. Na sequencia deste processo de aprendizagem partilha aquilo que aprendeu com outros procedendo sempre que possível à experimentação.

Segundo FADIMAN (1986), sente a necessidade em ser notado, de ser escolhido, de ser percebido como único, especial". Podemos então considerar que se trata de um ser racional que se adapta a diferentes tipos de culturas, sente necessidade de se relacionar com os outros e ser aceite por eles.

O Homem como ser bio-psico-social que é, intervém ao nível da sua realidade consoante as suas próprias expectativas e necessidades. Socialmente dispõe de um certo grau de autonomia e liberdade que lhe permitem atingir os seus fins. Para que a sua intervenção ao nível social se revista de alguma harmonia, o homem estabelece objectivos que lhe permitam obter resultados através de tarefas inclusas ou processos organizados de interacção.

1.1.2. As organizações e sua Complexidade

MADUREIRA (1990), considera que uma organização pode ser constituída no mínimo por duas pessoas, que estão em interacção, que possuam objectivos pessoais, que visem a realização dos objectivos da organização.

DRUCKER (1994), entende que uma organização deverá ser vista como “um grupo humano, composto por especialistas que trabalham em conjunto numa tarefa comum e que, contrariamente à sociedade ou família, tem objectivo expresso, o qual não radica na natureza psicológica do homem nem na sua necessidade biológica”.

SIMON (1976), diz que o “termo a organização refere-se ao comportamento padrão de comunicações e de relações num grupo de seres humanos”.

Pode então considerar-se que existe um grupo de pessoas que num processo interactivo, conjugando os seus interesses pessoais com os da organização, permitem a obtenção de resultados com impacto externo, segundo a missão e os objectivos conhecidos da organização.

No entanto numa organização os objectivos individuais de cada elemento não se devem sobrepor aos da própria organização, devendo antes, estar em consonância uns com os outros. Desta forma será possível determinar qual o papel pessoal e a forma de atingir os objectivos através da participação na organização.

Aqui o líder tem um papel importante e fundamental nas organizações, pois estas por si só não funcionam. Estes devem promover a adequada utilização dos recursos bem como a realização dos objectivos organizacionais, através das pessoas que dela fazem parte. Assim mais do que definir objectivos e estabelecer metas a atingir é sua função também o planeamento, organização, motivação, comunicação e avaliação dos resultados, criando condições de desenvolvimento tanto para si como para os restantes elementos da organização.

É ainda uma condicionante importantíssima das organizações, a sua interdependência com o ambiente, daí depende a sobrevivência da organização decorrente do resultado nas trocas de recursos.

Após uma revisão à literatura antropológica, constatamos que, de um modo geral, a cultura organizacional começou por ser definida como uma vertente do sistema social cuja manifestação se traduzia no modo de vida e nos artefactos, num todo, no qual estava incluído o saber, a crença, a arte, a moral, a lei, os costumes, os hábitos, entre muitos outros, que foram adquiridos ao longo do tempo pelo homem enquanto membro de uma determinada sociedade.

Esta perspectiva pluralista e sócio-cultural tem caracterizado ao longo de várias décadas o pensamento antropológico, no entanto assistiu-se a uma divisão em duas correntes de pensamento principais no que diz respeito à problemática cultural. A primeira refere que a cultura é gerada a partir de um conjunto de padrões culturais, ao passo que para a segunda a cultura é vista como uma estrutura social.

Ultimamente o pensamento antropológico, sofreu uma evolução natural na forma de conceber a cultura. Esta evolução permitiu a substituição da perspectiva funcionalista pela perspectiva estruturalista, em que é dado ênfase à componente simbólica e cognitiva da cultura. A partir desta evolução a cultura é observada como um sistema de padrões cognitivos apreendidos, que vão auxiliar o ser humano nos processos de percepção, sentir e actuar e, como podemos perceber localizam-se na mente de cada um de nós, como um sistema de símbolos e significados.

Assim o estudo da cultura Organizacional é um fenómeno relativamente novo a nível mundial, anterior a 1980. Até aí, eram poucos os autores que se debruçavam sobre esta temática. As primeiras obras efectuadas a este respeito popularizaram terminações como valores, crenças, pressupostos básicos, princípios e outros que rapidamente se vincularam como constituintes de um conceito que começava a enraizar-se no campo organizacional.

A cultura tem que ver com o processo de socialização que se dá dentro de uma organização, através de uma objectivação social. Não existe organização sem uma cultura inerente, que a identifica, a distingue e orienta suas acções e modo de funcionar, regendo suas percepções e a imagem que o publico tem dela. As manifestações culturais são por sua vez categorias de análise, e através delas pode ser diagnosticada a cultura de uma organização.

Ainda segundo a revisão bibliográfica efectuada foram realizadas inúmeras investigações sobre o clima organizacional, tanto em meios industriais como em serviços, em contextos escolares, familiares e hospitalares, com o objectivo de evidenciar uma realidade que permitirá a intervenção dos responsáveis institucionais mais eficazmente sobre o presente e o futuro das organizações que dirigem. Os resultados das investigações referidas dão-nos a indicação que o clima influencia a motivação, o comportamento dos indivíduos e a produtividade organizacional.

Após leitura das diversas definições do conceito de clima, esta é-nos reveladora de uma diversidade de determinantes, tais como características organizacionais expressas sob a forma de medidas objectivas FOREHAND e GIL (1964), características organizações percebidas FRIEDLANDER e MARGULIES (1969), representações psicológicas e interpretações cognitivas individuais (JAMES e JONES 1974; LITWIN e STRINGER, 1968) e interacção pessoa situação SCHNEIDER e REICHERS (1983). Se existe um consenso generalizado em relação à natureza multidimensional do clima o mesmo não acontece em relação às questões da natureza das dimensões, do processo de medida, da etiologia e do nível de análise.

JAMES e JONES (1974), e MORAN e VOLKEIN (1992), reagruparam a diversidade de definições existentes, contribuindo desse modo para uma melhor clarificação do conceito de clima. Assim este conceito pode ser abordado a partir de quatro perspectivas distintas, embora não sejam as únicas:

Perspectiva Organizacional, Psicológica, Psicossocial e Cultural.

O Clima na perspectiva organizacional é encarado como uma manifestação objectiva das características da organização. Esta evidência empírica é decorrente da existência de diferentes climas no seio de uma mesma organização e da inconsistência dos resultados empíricos entre medidas de clima e medidas de características organizacionais.

A perspectiva psicológica enfatiza o indivíduo como processador de informação e como origem do clima emergente. No entanto ao ser assumido que o significado que se impõe à situação é puramente de natureza individual, esquecendo o contributo da influencia social que decorre da relação interpessoal e que minimiza o contributo das

variáveis organizacionais. Contudo, são estas as insuficiências que diversos estudos da perspectiva psicossocial vai procurar superar.

Os estudiosos da perspectiva Psicossocial argumentam que a partilha se fundamenta nas interações individuais e nos processos de influência social subjacente.

Finalmente a perspectiva cultural evidencia a influencia que um contexto mais amplo e alargado exerce sobre a formação e a partilha do significado dos eventos organizacionais com que os indivíduos que vão vivenciando em sociedade e interagindo entre si e seus confrontos. Deste modo o clima é algo que é criado por um conjunto de sujeitos que interagem e partilham uma estrutura de referência comum, a cultura organizacional. Nesta perspectiva o clima surge como uma dimensão da cultura organizacional com a qual se relaciona e interage. Esta é uma perspectiva que nos permite pensar que clima e cultura organizacional não podem ser considerados como dois conceitos isolados e independentes, mas sim como dimensões distintas e semelhantes de uma mesma realidade.

Entre as organizações e o ambiente existe uma colaboração estreita e é este último que fornece os recursos, e pode ser representado dentro da organização por cada um dos profissionais que nela prestam serviço. A este respeito ARGYRIS (1964), refere que “adaptação ao mundo externo é a terceira condição essencial da actividade básica de qualquer organização (...) considerando as outras duas como a consecução de objectivos e o equilíbrio interno sistémico”.

É muito difícil proceder à separação de ambiente externo e ambiente interno pois, o resultado é interpretações que estão muito próximas, não sendo muitas vezes possível delimitar os seus extremos. Assim MINTZBERG (1995), refere que ambiente será tudo aquilo que é externo à organização, e temos como exemplo, toda a tecnologia, os clientes, os concorrentes, a matéria-prima, e outros relacionados com certas características de ambientes organizacionais, nomeadamente:

“A Estabilidade: O ambiente de uma organização pode ir do mais estável ao mais dinâmico (...) a dimensão estabilidade afecta a estrutura através da previsibilidade do trabalho a ser executado (...) quando dinâmico torna o trabalho da organização incerto e imprevisível;

A Complexidade: O ambiente de uma organização pode ir do mais simples ao mais complexo (...) a dimensão complexidade afecta a estrutura através da inteligibilidade do trabalho a ser executado (...) quando complexo exige da organização conhecimentos vastos e difíceis sobre os produtos ou clientes;

A Diversidade dos mercados: Uma organização pode dispor de mercados que podem ir dos mais integrados aos mais diversificados (...) a diversidade dos mercados pode ser afectada pela diversidade dos produtos ou dos serviços (...) e pela diversidade do trabalho;

A Honestidade: O ambiente de uma organização pode ir do mais acolhedor ao mais hostil (...) a dimensão hostilidade afecta a estrutura através da concorrência, pelas relações da organização com os sindicatos e outros grupos exteriores à organização (...) é próxima à da dimensão estabilidade-dinamismo, exigindo rapidez de resposta” MINTZBERG (1995, p. 297-299).

Assim o ambiente resume-se a relações permanentes entre os tipos «estável-dinâmico», «complexo-simples», estas variáveis ainda segundo MINTZBERG (1995), podem ter um efeito profundo na estrutura, muitas vezes sobrepondo-se às variáveis da idade e dimensão da organização e do seu sistema técnico”.

CARDOSO (1995), refere que “a análise do ambiente tem em vista avaliar as oportunidades e ameaças para os negócios da organização”. Assim pode considerar-se que o ambiente se torna num elemento essencial para a escolha de estratégias a adoptar pela organização.

Para MADUREIRA (1990), o ambiente divide-se em “ambiente geral e específico”, considerando que o ambiente geral é tudo aquilo que afecta o sistema social no qual a organização está inserida, ao passo que o ambiente específico está relacionado com tudo aquilo que afecta a actividade da organização.

O ambiente geral é caracterizado por diversos factores como sejam: factores culturais, tecnológicos, educacionais, político-legais, de recursos naturais, demográficos e socio-económicos; Os factores que caracterizam o ambiente especificam são: os clientes, os fornecedores, a concorrência e a tecnologia.

STONNER (1985), refere que uma vez que as organizações trocam recursos com o ambiente externo, como forma de assegurarem a sua subsistência, não são nem auto-suficientes nem estão isoladas. Considera ainda este autor que o ambiente externo tem elementos de acção directa, que são “os consumidores, órgãos públicos, concorrentes, organizações trabalhistas, fornecedores e instituições financeiras”, e elementos de acção indirecta como sejam “a tecnologia, economia e política da sociedade”.

Verifica-se então que os diferentes autores embora sejam possuidores de conceitos diferentes uns dos outros, todos consideram que o ambiente é influenciado pelas condições externas, que por qualquer forma interferem com a vida, o funcionamento e o desenvolvimento da organização. Quanto maior se mostrar esta compatibilidade, mais e melhor adaptada a organização se encontrará para dar resposta às necessidades provenientes das exigências externas, à sua missão e aos seus objectivos.

Segundo o Instituto Tavistock de Londres a inter-relação entre ambiente e organizações forçou a apresentação de dois importantes conceitos:

- Ideia do sistema Sóciotécnico;
- Conceito de sistema aberto.

MADUREIRA (1980), refere que,

“a organização é um sistema sócio-técnico, em que os seus elementos são:

- a) As pessoas, os membros da organização que desempenham várias tarefas, individualmente ou em grupo, destinadas a conseguir realizar os objectivos da organização.
- b) As tarefas, isto, é, as actividades que as pessoas executam para conseguirem realizar os objectivos organizacionais (...)
- c) A tecnologia, significando os processos pelos quais são produzidos os bens materiais e serviços (...)

- d) O controlo da gestão, respeitante aos procedimentos pelos quais os gestores se asseguram que as tarefas se realizam de acordo com o planeado”.

Assim este autor entende que o sistema sócio-técnico absorve vários factores do seu ambiente os quais transforma em bens materiais e serviços e, que na sua maior parte serão depois devolvidos novamente para o ambiente sobre a forma de produtos finais, mantendo assim uma interacção contínua, promovendo deste modo um equilíbrio dinâmico. O mecanismo de retroacção favorece a estabilidade e quando perturbado tende naturalmente a voltar ao estado de equilíbrio, dependendo sempre da recolha de informação bem como das capacidades de intervenção.

Quadro nº. 1 - Sistema Sóciotécnico

Subsistema de Objectivos e Valores	<ul style="list-style-type: none"> • Objectivos de Valores Interrelacionais
Subsistema Técnico	<ul style="list-style-type: none"> • Conhecimento requerido para o desempenho da tarefa • Tecnologia Organizacional
Subsistema Psicossocial	<ul style="list-style-type: none"> • Comportamento • Motivação Individual • Poder • Influência e Autoridade • Dinâmica de Grupo
Subsistema Estrutural	<ul style="list-style-type: none"> • Divisão de Tarefas (diferenciação) • Coordenação (integração)
Subsistema de Gestão	<ul style="list-style-type: none"> • Planeamento • Organização • Actividades de Controlo • Relações da Organização com o seu meio ambiente

Fonte: (Autor)

Ainda segundo MADUREIRA (1990), uma organização como sistema sóciotécnico pode dividir-se em subsistemas, e são eles:

“Subsistema de objectivos e valores – objectivos de valores interrelacionais, relacionados com determinados valores;

Subsistema técnico – conhecimento requerido para o desempenho de tarefas, ligado à tecnologia organizacional;

Subsistema psicossocial – envolve o comportamento e a motivação individual, poder, influência e autoridade, dinâmica de grupo;

Subsistema estrutural – ligado ao modo como as tarefas são divididas (diferenciadas) e à sua coordenação (integração);

Subsistema de gestão – ligado ao planeamento, organização, actividades de controlo e relações da organização com o seu ambiente”.

1.1.3. Organizações de Saúde

Na sua essência as organizações de saúde não são diferentes das outras organizações uma vez que lidam diariamente com os problemas relativos à produção, aquisição de recursos, manutenção de identidade própria, adaptação à envolvente e gestão global. No entanto a forma de lidar com os aspectos referenciados torna estas organizações particulares, assim podemos considerar:

Produção – Não é de modo nenhum uma tarefa fácil tornar rotineira a produção das organizações de saúde, KALUZNY e VENEY (1980), citado por Nunes (1994), é de extrema dificuldade encontrar um Output universal que possa reflectir a actividade produtiva hospitalar, encontrando-se os teóricos divididos em relação ao que pensam ser a produção hospitalar. Este tipo de produção contabilizar-se-á pelo número de doentes tratados? Pelo numero de diagnósticos efectuados? Pelo tipo de cuidados prestados? No entanto e mesmo com toda esta dificuldade, tem vindo a ser dados importantes passos no sentido de recolher indicadores demonstrativos da produtividade hospitalar, entre eles os GDH (Grupos de Diagnósticos Homogéneos) são um exemplo.

Aquisições de Recursos – Nestas organizações são os clientes que vão ao seu encontro, baseados na percepção que têm, do que é a doença, dificultando assim e tornando de certo modo incerta a avaliação deste item.

Manutenção de uma identidade própria – Neste ponto constata-se que a coesão interna é muitas vezes posta em causa pela acção de grupos influentes que colocam em causa ou podem mesmo impedir a materialização das decisões impostas pelas hierarquias superiores KALUZNY e VENEY (1980), citado por NUNES (1994).

Adaptação à envolvente – Esta qualidade de se poder adaptar é limitada e emerge do desconhecimento das necessidades reais da população e das condições de natureza tecnológica.

Gestão Global – Por todas as razões que acabamos de citar anteriormente, gerir este tipo de organizações torna-se um desafio, já que tudo isto associado á complexidade decorrente da articulação necessária ás diferentes actividades, com uma diversificação de actores organizacionais, especificação e diferenciação, associada á gestão dos interesses dos grupos dominantes, frequentemente não coincidentes com os da direcção. Também a tecnologia surge como uma importante variável na análise das organizações de saúde.

Segundo NUNES (1994, p. 6), “a especificidade das organizações de saúde deriva, em parte, da tecnologia em que se baseia a sua actividade”.

Actualmente a gestão das organizações de saúde, não é tarefa fácil, antes pelo contrário, pois é na maior parte das vezes difícil e complexo gerir organizações deste tipo, e criam-se frequentemente grandes objecções ao desenvolvimento organizacional.

O envelhecimento populacional, bem como o aparecimento de novas patologias e o desenvolvimento de outras já existentes, a resistência de muitos agentes patológicos à terapêutica existente, a crescente exigência dos utentes dos serviços de saúde, a evolução tecnológica, as exigências políticas para que se proceda a um padrão assistencial de qualidade, são factores geradores de grande impacto e dificultam a gestão deste tipo de organizações, uma vez que como todos sabemos os recursos são escassos, e limitados e é importante manter o nível dos custos.

Sem dúvida que a gestão das nossas organizações de saúde não consegue dar resposta às necessidades da população e, tem demonstrado uma dificuldade de

adaptação à mudança, face às exigências e satisfação das necessidades dos seus utentes.

A Lei nº 2011, de 2 de Abril de 1946 (Lei da Organização Hospitalar), veio estabelecer pela primeira vez no nosso país e muito antes de outros países o terem realizado, um sistema hospitalar regionalizado, que se baseou na ordenação técnica das unidades que o compõem.

Posteriormente a Lei nº 2120 de 19 de Julho de 1963, estabeleceu na Base X, que a actividade hospitalar deveria ser coordenada de modo a que integrasse num plano funcional os hospitais centrais, regionais e sub-regionais, os postos de consulta ou de socorros e os serviços auxiliares. Relativamente ao pessoal preceituou na Base XXV, o estabelecimento de carreiras médicas, farmacêuticas, de serviço social, de enfermagem e administrativas.

O Decreto nº. 48357 de 27 de Abril de 1968, estabeleceu o estatuto hospitalar e a criação da Direcção Geral dos Hospitais. Pelo Decreto nº 48358 de 27 de Abril de 1968, foi estabelecido o regulamento geral dos hospitais. Este regulamento veio estabelecer a organização e funcionamento dos hospitais gerais.

O decreto-lei nº 19/88 de 21 de Janeiro veio aprovar a Lei da Gestão Hospitalar, a realidade hospitalar de então, aconselharia a que acompanhando as inovações introduzidas na época, se reformulasse a concepção organizativa dos serviços que remonta a 1968.

O Decreto Regulamentar nº 3/88 de 22 de Janeiro, veio introduzir alterações substanciais no domínio dos órgãos e do funcionamento global do hospital bem como quanto à estrutura dos serviços. Este decreto regulamentar dá execução ao decreto-lei nº 19/88 de 21 de Janeiro, e com ele forma um conjunto sequencial e complementar, que introduz na legislação Portuguesa preocupações semelhantes ao que se foi observando no resto da Europa em relação à gestão hospitalar.

As principais linhas de força que orientam esta legislação, referiam que com ela se procurou fazer corresponder melhor os órgãos e as suas competências às exigências funcionais e organizativas do hospital, bem como impedir, sobretudo no que se refere

aos órgãos de administração e de direcção técnica, a diluição ou a sobreposição de responsabilidades e a existência de conflitos de competência, positivos ou negativos.

Igualmente procurou-se traduzir na forma como passaram a ser designados os titulares dos órgãos, a necessidade destes actuarem de acordo com as directrizes essenciais de filosofia de cuidados de saúde e em função dos direitos e necessidades dos utentes dos hospitais.

Foram ainda introduzidas por este diploma, alterações substanciais no domínio dos órgãos e do funcionamento global dos hospitais, bem como quanto à estrutura dos serviços. É o caso do que foi afirmado nas disposições gerais quanto aos centros de responsabilidade que puderam constituir a primeira aproximação de um novo quadro legal, quer orgânico quer funcional, dos estabelecimentos hospitalares, muito mais compatível com a sua natureza e exigência de funcionamento.

No início do século XX, observou-se o aparecimento do hospital moderno, com mudanças ao nível do tipo de gestão praticada e também ao nível da Enfermagem. Consequentemente passa a caber à instituição hospitalar, como organização e como estrutura social, proporcionar assistência aos utentes, proceder à investigação e ainda lhes cabe proceder ao ensino dos profissionais de saúde, mais especialmente a médicos e enfermeiros.

O hospital embora não seja uma organização auto-suficiente, funciona numa área muito sensível, complexa e funciona num ambiente em constante mudança, pelo que necessita de permanente adaptação, deste modo, "a sua gestão não se pode desenvolver introspectivamente, isto é, voltada exclusivamente para o seu interior, negligenciando a sua influência que o meio ambiente determina necessariamente no desenrolar da sua actividade" REIS (1985).

Recentemente temos observado a existência de um grande debate sobre a problemática da saúde, centrando-se na problemática da insuficiência dos meios tanto técnicos, como físicos ou humanos que se mostrem suficientes para uma adaptada prestação de cuidados de saúde à população. As conclusões do Conselho de Reflexão sobre a Saúde (1997), apontam para a necessidade de enquadrar as políticas de saúde, optimizando a gestão e utilizando os recursos existentes,

eliminando custos que são gastos em actividades menos importante e canalizando-os para aquelas vertentes em que na realidade existem grandes carências, ou seja, é questionado o tipo de sistema de saúde, o financiamento e gestão das organizações de saúde e ainda o papel dos profissionais de saúde.

Durante a última década, várias foram as transformações efectuadas no sector da saúde mais particularmente no sector dos hospitais, em que foi implementada a gestão privada em hospitais públicos. O Dec.-lei 296/2002, regulamenta a criação dos hospitais SA (Sociedades Anónimas de Capitais exclusivamente Públicos), que pretendia uma solução de transformação que gerasse mudanças na organização hospitalar em Portugal.

Mais recentemente, o Dec.-lei nº 233/05 de 29/12, vem regulamentar a transformação dos até aí denominados Hospitais SA, em Hospitais EPE, (Entidades Públicas Empresariais), esta transformação tem como finalidade melhorar a prestação dos cuidados de saúde prestados à população, através da optimização dos recursos existentes. Esta transformação não consistirá num mero capricho, quanto ao estatuto jurídico dos hospitais, mas sim da necessidade de adaptar melhor a sua exploração aos interesses dos utentes do SNS.

Assim, o que prevalece será uma ajustada e racional visão economicista, de pertinente rentabilidade do sistema, objectivando a qualidade assistencial em factores que concedem ao utente dos serviços de saúde um papel determinante enquanto centro do sistema de saúde.

Deste modo os profissionais de saúde deverão ser direccionados para a verdadeira prestação de cuidados de saúde aos utentes, racionalizando-os num esforço permanente de gestão, libertando-os da execução de tarefas administrativas com as quais perdem imenso tempo, delegando essas tarefas em pessoal administrativo. Por isso a utilização de estratégias que visem práticas mais ajustadas às necessidades evidenciadas pelos utentes, implicando assim uma melhoria do nível assistencial com qualidade, em que o esforço de cada profissional de saúde seja orientado para que se atinjam os objectivos da organização. Deste modo, observar-se-á uma melhoria dos cuidados de saúde prestados aos utentes, promovendo a mudança que deverá ser

acompanhada por uma política de saúde na qual o controlo será efectuado pelos profissionais que detêm poder de decisão.

Face ao que anteriormente fomos referindo em relação à Lei de Bases da Saúde e ao Regime Jurídico da Gestão Hospitalar importa agora reflectir sobre as suas implicações directas e indirectas na profissão de Enfermagem e na qualidade dos cuidados prestados.

Têm sido várias as alterações propostas pelo Ministro da Saúde, umas visam única e exclusivamente a classe médica, outras os profissionais de enfermagem, respectivas hierarquias e relações de poder e (in) dependência.

Especula-se muito sobre números e estatísticas, tais como: taxas de ocupação, vencimentos, contratos, rentabilização de meios, recursos e dinheiros. Optimização, carreiras, congestionamento de serviços, falta de profissionais ou desequilíbrio na distribuição dos mesmos. Refere-se ainda sobre o sistema, e a estrutura pesada que é a máquina da saúde e no tão falado "buraco" existente. Mas só se fala nos utentes e na sua satisfação quando se refere o ponto fulcral e incómodo: as listas de espera. É o ponto, "humanamente" falando, mais frágil e melindroso porque choca com a realidade da doença, do sofrimento, da falta de tratamento, da espera interminável por cuidados de saúde e o desfecho por vezes inevitável e dramático do "já é tarde demais".

É quando se fala deste efeito da ineficácia actual do Sistema Nacional de Saúde e nos deparamos com os malefícios de uma gestão tão descontrolada como é a da saúde, que se pensa no utente, nas pessoas e no verdadeiro móbil para o qual deviam convergir todas as políticas, leis e propostas governamentais, pois é de vidas que se trata e não de carreiras e estatutos profissionais.

E se a diminuição e eliminação das listas de espera é a principal preocupação, problema e objectivo para o qual se vai trabalhar uma vez aprovada a presente proposta de lei, cabe-nos interrogar sobre se o real problema da saúde se resolve uma vez cumpridas e efectuadas todas as intervenções cirúrgicas acumuladas. Ficará assim solucionado o problema ou, pelo contrário, tornar-se-ão evidentes outros que agora estão relegados para planos secundários? Quais são as prioridades depois de sarada a "chaga" das listas de espera? Que saúde teremos nessa altura?

É certo que são urgentes medidas imediatas e dar resposta às situações existentes (como é o caso das cirurgias para eliminar as listas de espera). Mas não é menos certo pensar a médio/longo prazo e em tudo o que pode ser feito a nível da prevenção primária, que permitirá termos uma população mais saudável e menos necessitada de cuidados hospitalares?

Se é inegável que os blocos operatórios devem ser rentabilizados e que a razão da sua existência é o seu funcionamento e não estarem inactivos, também não é menos legítimo equacionar até que ponto (e agora mudando do contexto hospitalar para os Centros de Saúde, por exemplo) é que os Centros de Saúde têm em pleno funcionamento as suas consultas Médicas e de Enfermagem assim como os seus diferentes programas de saúde? Será "operar mais" a solução para uma melhor saúde dos portugueses a curto/médio prazo? Ou pelo contrário, não será mais compensatório apostar hoje na prevenção, na Educação para a Saúde, para de futuro termos uma população activa mais saudável e menos necessitada de cirurgias e internamentos?

Que medidas e deliberações estão contempladas nesta alteração da Lei de Bases da Saúde no sentido de implicar os indivíduos no seu próprio processo de saúde, de os consciencializar que cada um é o principal agente da sua saúde, do seu bem-estar, na manutenção de hábitos saudáveis e evicção de comportamentos de risco?

Como é equacionada a questão da medicina curativa versus medicina preventiva? Mais vale prevenir? Ou será que mais custa curar?

Um detalhe importante para se conseguirem ganhos efectivos para a saúde da população a longo prazo é o conhecimento das suas necessidades reais de saúde. Que preconiza a actual proposta de lei para um maior conhecimento dessas necessidades? Que medidas e directivas para os profissionais de saúde pública? Que estudos epidemiológicos? Que orientações e que metas?

Outro "estado" de situação gritante e particularmente visível é a acessibilidade aos cuidados de saúde em situação de urgência. É conhecido o congestionamento constante das urgências hospitalares portuguesas. É conhecida a sua causa. É conhecido o fenómeno que faz com que os SAP dos Centros de Saúde não sejam

utilizados como retaguarda das urgências centrais/distritais e a estas cheguem utentes cuja situação é tudo menos urgente. E assim, os meios humanos e técnicos disponíveis para situações realmente urgentes estão incorrectamente utilizados, provocando demoras e privando de uma atenção mais individualizada e um atendimento mais eficiente para os utentes verdadeiramente "urgentes".

A presente proposta de alteração da Lei de Gestão Hospitalar prevê a profissionalização de equipas médicas exclusivamente para as urgências em cinco hospitais centrais, estando já em curso uma experiência piloto médica especializada nas urgências. Será essa a origem do problema? E o papel dos Cuidados de Saúde Primários na resolução desta situação? E o incentivo e o disciplinar os utentes a respeitarem o circuito Centro de Saúde/Hospital? Que respostas efectivas dão os Centros de Saúde nestas situações para serem credibilizados, para terem a confiança dos utentes e os fidelizarem?

De que meios técnicos e humanos estão dotados os Centros de Saúde com atendimento permanente para se evitar que cada vez mais tenhamos na triagem das nossas urgências as gripes, as constipações, os casos de solidão "crónica" e abandono dos nossos cidadãos (alguns) idosos e todos os tipos de situações que não necessitem de um atendimento urgente?

Para estas e outras interrogações/inquietações não encontramos resposta no espírito desta proposta de lei.

E como nunca existem medidas mágicas e miraculosas, as responsabilidades na resolução destes problemas nunca são unilaterais e meramente institucionais. Passam pela sociedade que temos, pelo profissionalismo, pelos (pre) conceitos, valores e convicções. Dependem daquilo a que HESBEEN (2001) chama de "contexto" e que o levam a múltiplas constatações:

- Que a medicina, apesar de todos os avanços e progressos técnico-científicos insiste em considerar o utente como corpo-objecto, detentor de doença e anomalia passível de ser curada.
- Que as pessoas em geral, exceptuando as mais informadas e esclarecidas, assumem uma representação de saúde associada à ausência de doença e confiam plenamente na medicina curativa / científica, demitindo-se da

responsabilidade sobre si mesmos e encaram o médico como autoridade terapêutica.

- Que a primazia da cura sobre a prevenção, por parte dos profissionais e dos utentes, explica a fraca adesão / interiorização da utilidade extrema da Educação para a Saúde e dos Cuidados de Saúde Primários. É que afinal, "a saúde faz parte de cada um de nós. É essencial à existência. A saúde não deixa de existir quando se adocece." (Honoré Apud HESBEEN, 2001, p.21)

Desta forma somos levados a admitir que há mudanças que não se fazem por decreto e que não emanam necessariamente de "cima", dos topos hierárquicos, do governo. Em vez disso, dependem das bases, das resistências à mudança e das pessoas que se encontram no terreno: profissionais e utentes. Do profissionalismo, dos conceitos de saúde e doença de cada um, da formação académica dos técnicos, da formação humana de todos.

Em suma, todas as reformas passam por cada um individualmente, pela "reforma" individual que cada um pode fazer, pela saúde que cada um imagina e quer para si próprio.

Trazendo agora esta reflexão para o domínio exclusivo da enfermagem, levanta-se a questão relativa à essência da profissão que é o cuidar. E por arrasto, que qualidade nesse cuidar e que interferências surgem devido à proposta de alteração da Lei de Gestão Hospitalar? Assim, importa clarificar que a "qualidade é uma noção vaga, difícil de definir e que varia no tempo e no espaço e também segundo as pessoas e os pontos de vista". (HESBEEN, 2001, p. 47). No entanto ela pode ser definida do seguinte modo: "uma prática de cuidados de qualidade é aquela que faz sentido para a situação que a pessoa doente está a viver e que tem como perspectiva que ela, bem como os que a rodeiam, alcancem a saúde. Ela requer uma atenção particular para com as pessoas, criada pela preocupação com o respeito por elas. Ela procede da utilização coerente e complementar dos diversos recursos de que a equipa de profissionais dispõe e constitui a prova dos talentos destes profissionais. Ela inscreve-se num contexto político, económico e organizacional com orientações, meios e limites pertinentes e claramente identificados." (HESBEEN, 2001 p.52).

A qualidade pode ser por isso entendida com um **continuum** que medeia a mediocridade e a excelência. E servindo-nos de novo das ideias do autor já citado, ele

aponta diversos elementos determinantes e condicionantes da qualidade dos cuidados de enfermagem:

1. Aspectos político-económicos da Organização concreta das estruturas
2. Reflexão filosófica e conhecimentos técnico-científicos
3. Formação dos profissionais
4. Desempenho e competência
5. Pessoa e família
6. Métodos de colheita / avaliação (HESBEEN, 2001, p.58)

Com o aumento de produtividade pretendido, com a rentabilização dos recursos humanos e físicos na qual assenta a mudança na saúde que temos, que qualidade na prestação de cuidados é possível garantir?

Uma das críticas de alguns profissionais de Enfermagem é de que se está a estimular um método de trabalho à tarefa. É esse caminho que deve seguir a Enfermagem do futuro? Ou é antes um retrocesso em todas as conquistas já conseguidas na história da profissão?

Será que o espírito de "gestão" empresarializada e o controle milimétrico de custos e o olhar posto nos lucros se coadunam com a humanização dos cuidados?

Com os "poderes" atribuídos ao Director de Serviço, quem vai zelar pelos cuidados de Enfermagem? Cuidar não é a soma de acções fragmentadas. Cuidar é um todo coerente. E muitos profissionais podem exercer a sua profissão sem cuidarem verdadeiramente da pessoa, sem estarem atentos à sua singularidade. Isto porque fazer e executar "coisas" não pode ser confundido com cuidar e prestar cuidados.

Poderá e/ou quererá o Director de Serviço estar atento a estas questões e avaliar cabalmente o desempenho dos Enfermeiros?

Se bem que um Director tenha que ser um gestor, no caso das chefias de enfermagem Hesbeen (1998, p.79) postula que elas são indispensáveis para "desenvolver as estruturas e melhorar a sua organização para garantir a qualidade do serviço prestado. Como será com a diminuição das responsabilidades atribuídas a este cargo?

Para onde caminha e em que sentido evolui a Enfermagem, sob o peso e exigências "empresariais"? Hesbeen formula e sintetiza uma ideia, revelando aquilo que no seu entender deve nortear a evolução da saúde e da prestação dos cuidados: "a qualidade dos cuidados considerada na perspectiva da saúde – e não apenas na de actos para combater ou prevenir a doença - parece-me uma possibilidade acessível no sentido da qual podemos progredir." (Op.Cit. p.14)

Há quem não hesite "em dizer que o hospital está doente" (HONORÉ, 2002, p. 14).

A sobrelotação, o mal-estar entre os profissionais, a má comunicação entre diversas categorias, o isolamento dos serviços, o desinteresse por questões médico-sociais, são alguns dos graves problemas vividos nas instituições de saúde e que transparecem para o exterior. (HONORÉ, 2002, p.124 e 125)

Como consequência de todos estes problemas e da instabilidade económica e social que vivemos, chegámos ao que parecia ser previsível: a ruptura do Sistema Nacional de Saúde. E como o "momento da crise conduz-nos sempre ao caminho do pensamento", (HONORÉ, 2002, p.95) surge a ideia unânime entre todos os cidadãos (sejam eles utentes ou prestadores de cuidados) é preciso mudar. Contudo, "não é fácil mudar. A mudança traz sempre insegurança" (SERRA, 2002, p. 44) e a promulgação da nova Lei de Gestão Hospitalar não foi excepção.

Por um lado, fala-se que a empresarialização vai permitir uma gestão sem desperdícios com consequentes ganhos económicos e rentabilização, de modo a dar resposta às necessidades dos cidadãos. Por outro, afirma-se que esta procura pelo aumento da produtividade e rentabilização visa o lucro e que a equidade e acessibilidade dos cidadãos ao Serviço Nacional de Saúde, tal como a qualidade dos cuidados prestados, serão descorados.

Para nós, Enfermeiros, que somos participantes activos nos cuidados de saúde, pensamos ter "necessariamente uma palavra muito importante a dizer na introdução de novos sistemas de gestão em Portugal, mesmo que muitos grupos de pressão bem organizados existentes no sistema não o queiram". (SERRA, 2002, p. 43).



1.1.3.1. Estratégias e Estrutura Organizacional

Uma das formas que a organização dispõe para pôr em prática os seus objectivos é através da sua estrutura organizativa. Se tiver em conta que os objectivos provêm da estratégia da empresa, é indispensável que a estrutura e a estratégia se liguem entre si. Podemos então considerar que a gestão insere alterações significativas na estratégia da organização, torna-se então de extrema importância que a estrutura se adapte para que a mudança se concretize.

Os estudos de Chandler (1962), mostram-nos a relação entre a estratégia e a estrutura organizacional. Este autor segundo uma perspectiva analítica histórica, estudou as mudanças estruturais de grandes empresas americanas e estabeleceu a relação com as estratégias de negócios de que eram detentoras, tendo verificado que a estrutura foi incessantemente alterada e adaptada à estratégia, sendo possível definir em termos de estrutura, um processo evolutivo pelo qual passam as grandes empresas. Os resultados das suas investigações demonstram-nos que inicialmente à estratégia para uma nova linha de produtos está associada uma estrutura simples, que mais tarde com a diversificação de produtos ou dos mercados se vai então tornando mais elaborada e diversificada, com maior grau de formalização. Tudo isto se deve ao facto de que não vale a pena nem faz sentido elaborar uma estrutura apenas no plano para mais tarde se definir a razão da mesma. Um departamento ou uma secção quando são criados são-no normalmente para responder a estratégias de negócio e a objectivos específicos, previamente definidos. Podemos então inquirir-nos se nos casos de reestruturação não será a estrutura que condiciona a estratégia?

Alguns autores defendem que em parte a estratégia é condicionada pela estrutura, HALL e SAIAS (1979), em certa medida faz sentido sentir algum condicionamento por parte da estrutura, nos casos de reestruturação, uma vez que a nova estratégia não poderá fazer tábua rasa da estrutura existente anteriormente, sob pena de esbanjar recursos, aumentar custos e gerar problemas de mau funcionamento tanto a nível de recursos humanos como materiais.

Podemos então passar a definir o que significa estratégia. Estratégia deriva do termo grego *strategós*, que era utilizada para designar o chefe militar de maior patente e que era o responsável máximo para definir o meio para alcançar o objectivo da guerra,

através do uso apropriado da batalha. No contexto empresarial, podemos considerar estratégia como sendo uma realidade de si mesma, que contém uma finalidade explícita, que é passível de ser alcançada utilizando para isso meios destinados a essa finalidade, e que tem como base um diagnóstico preciso da realidade. Deste modo, e de uma forma mais operativa, a estratégia de uma organização pode ser definida como um conjunto de objectivos concretos que ordenados coerentemente se pretendem alcançar, aproveitando e colocando em prática para tal políticas ou modos específicos de fazer, que se coordenam num plano de acção que é colocado por ordem no tempo e que contempla a totalidade do propósito específico da empresa.

Estudos efectuados mais recentemente, confirmam a problemática da relação entre estratégia e estrutura. Subsequente aos estudos sobre o conceito e o conteúdo operacional da ideia de estratégia surgiram algumas dimensões como: inovação, diminuição de custos, diferenciação, imitação e diversificação. Dimensões estas que centralizam a problemática da relação entre a estratégia e a estrutura. Podemos dar como exemplo o seguinte: Uma estratégia de inovação em novos produtos ou serviços exige uma estrutura organizativa diferente daquela que é requerida para uma estratégia de diversificação de produtos e que por sua vez é diferente daquela que é requerida para uma estratégia de diminuição de custos. A estratégia de inovação precisa de uma estrutura flexível e simples, com uma simplificada divisão de tarefas e baixa formalização, a estratégia de diminuição de custos, evitando a inovação não necessária bem como os gastos com marketing igualmente desnecessários, exige uma estrutura que garanta a eficiência e estabilidade, elevada formalização e centralização, ou seja uma estrutura mais mecanicista.

Seguidamente passamos a definir o que é que se entende por estrutura organizacional, ou seja é o somatório sinérgico da totalidade dos meios empregues para dividir o trabalho entre tarefas distintas e para garantir a coordenação e controlo das mesmas. Esta definição assenta em três ideias fundamentais, a ideia de sinergia, que deriva do conceito de sistema e tem como propósito traduzir o princípio de que o todo é maior que cada uma das suas partes. A ideia de complexidade e diferenciação das actividades, que traduz o grau de divisão das actividades em sentido vertical e que está relacionada com o número de níveis hierárquicos, em sentido horizontal, ou seja o número de unidades agrupadas na base de competências e de conhecimentos específicos, e em sentido espacial, ou seja, a dispersão geográfica dos diferentes

componentes da organização. Por último a ideia de coordenação, que pode ser entendida tanto do ponto de vista da formalização e standartização dos procedimentos, como da centralização das decisões.

Segundo MINTZBERG (1979), a estrutura tem como base os seguintes elementos:

- **Vértice estratégico** – é a parte da estrutura organizacional onde se encontram pessoas como o director geral, presidente ou patrão, ou órgãos como o conselho de administração, comités directivos, com funções de gestão global e de extrema responsabilidade. De uma maneira geral é nesta parte da estrutura que as pessoas possuem uma visão global da organização. Das suas funções fazem parte: Assegurar que a organização concretize a sua missão de um modo eficaz; Garantir a supervisão directa dos recursos humanos e materiais com vista a assegurar o funcionamento da organização; Gerir a fronteira entre a organização e o exterior; Desenvolver e definir estratégias.

- **Linha Hierárquica ou intermédia** – Esta vertente da estrutura organizacional, é constituída pelos quadros ou supervisores que possuem responsabilidade directa sobre o trabalho dos elementos do grupo operacional e que asseguram a ligação ao vértice estratégico. Em termos gerais as atribuições da linha hierárquica são de todo semelhantes às do vértice estratégico, mas a um nível mais restrito, ou seja, no contexto da gestão da sua própria unidade.

- **Núcleo operacional** – É composto pelos elementos da organização em que o trabalho está ligado directamente à produção de bens ou serviços. É nesta área da organização que existe maior formalização, dependendo do grau, tipo e natureza do trabalho a realizar. O núcleo operacional é a parte mais importante da organização, no sentido de que é da sua actividade que se torna possível a sobrevivência da organização.

- **Tecnoestrutura** – É composta pelos analistas que actuam sobre o trabalho do outros, delineando-o em termos do conteúdo e da formação, planificando-o no que respeita ao fluxo e evolução, controlando-o através da standartização.

- **Serviços de apoio logístico** – Esta área da organização é tanto maior quanto maior for a organização e reflecte o desejo da organização na redução da incerteza, integrando o maior número possível das suas actividades secundárias. Posiciona-se aos diferentes níveis da hierarquia, os serviços de apoio logístico, asseguram o funcionamento da organização, de modo a permitir-lhe o controlo da sua actividade e a evitar uma maior vulnerabilidade face às incertezas do meio.

1.2. Contributos para a análise das Competências

O conceito de competência no contexto organizacional teve a sua génese baseado na perspectiva do indivíduo. Em 1973, McClelland, publicou um artigo: “Testing for Competence rather than Intelligence” que, de certo modo foi o promotor dos primeiros debates sobre competências, entre os psicólogos e gestores americanos. Para este autor, a competência é uma característica subjacente a uma pessoa, que pode ser relacionada com o desempenho superior na realização de uma tarefa ou em determinada situação. Este autor diferencia assim competência de aptidões, que serão um talento natural das pessoas, que pode vir a ser melhorado, de habilidades, que seriam a demonstração de um talento particular na prática, e de conhecimentos que será aquilo que a pessoa necessita para desempenhar uma tarefa. McClelland (1996)

1.2.1. História e Conceito de Competências

Numa época em que o conceito de competências é frequentemente referenciado e apresenta um papel central e importante ao nível da gestão, este tem sido relacionado com as transformações organizacionais contemporâneas e com a competitividade cada vez mais acentuada.

Actualmente ao nível das práticas de gestão é regularmente referenciado o conceito de competência que se considera estar relacionado com as diferentes modificações organizacionais bem como com uma competitividade cada vez mais acérrima e feroz.

Na década de sessenta, surgiram os primeiros sinais de mudança relativamente à estabilidade das empresas. Nessa época era usual as empresas possuírem estruturas

hierarquizadas e rígidas. No entanto antevia-se a necessidade de se levarem a cabo reformulações com o intuito de se encontrar uma maior flexibilidade nas organizações.

Desde o final da década de sessenta até ao início da década de oitenta, tornou-se necessário a reestruturação das mesmas provendo-as de maior flexibilidade ao nível organizacional. É assim que aparecem as abordagens centradas nas competências.

O modelo das competências profissionais começa a ser discutido no mundo empresarial a partir dos anos oitenta, no contexto da crise estrutural do capitalismo que se configura, nos países centrais, no início da década de setenta. Esta crise expressa-se pelo esgotamento do padrão de acumulação taylorista-fordista; pela hipertrofia da esfera financeira na nova fase do processo de internacionalização do capital; por uma acirrada concorrência inter capitalista, com tendência crescente à concentração de capitais devido às fusões entre as empresas monopolistas e oligopolistas e ainda pela desregulamentação dos mercados e da força de trabalho, resultantes da crise da organização assalariada do trabalho e do contrato social.

Assim o movimento das competências teve a sua génese nos Estados Unidos da América, nesta altura e alguns dos autores da psicologia deste país puseram em causa os traços de personalidade como principais responsáveis do desempenho profissional de cada indivíduo. Esta sua argumentação baseava-se no resultado dos testes efectuados com base nesses mesmos traços de personalidade e que demonstravam que baixas correlações (33) com a realização no trabalho, o que para eles significava que essas variáveis se revestiam de valor questionável. A partir destas conclusões, McClelland assume-se como o principal responsável pela introdução deste pensamento na Psicologia Americana e começa a olhar para as competências como variáveis que tornam possível, dizer com antecedência, a realização dos indivíduos no trabalho, não se encontrando sujeitas a enviezamentos impostos pela raça, sexo ou ainda por factores socio-económicos.

Esta é uma situação que gera uma ruptura com a análise tradicional do trabalho, uma vez que defendia o trabalho funcionalmente e baseado nos elementos de descrição, análise e qualificação de funções, próprios dos modelos Tayloristas, em que se aborda a gestão por competências e se propõe uma definição relacionada com as características e com os comportamentos dos indivíduos, que desempenham

correctamente o seu trabalho. Assim McClelland (1973), neste contexto, efectuou várias pesquisas nas quais se guiou por estes princípios:

- Utilizou critérios de amostragem que tornaram possível a comparação entre pessoas bem sucedidas profissionalmente, com outras que apresentavam menos sucesso no trabalho, pretendia com isto identificar as características relacionadas com o sucesso.
- Procedeu à identificação de pensamentos operacionais, bem como, comportamentos que se encontrassem directamente relacionados de forma causal com os resultados de sucesso apresentados. Entendia então McClelland (1973), que tanto o trabalho como os outros aspectos da vida quotidiana de cada indivíduo eram normalmente diferentes das situações que os testes existentes na época exibiam. Deste modo, considerava que o que melhor predizia aquilo que cada indivíduo irá fazer no futuro é aquilo que cada um faz espontaneamente, numa situação não prevista, ou ainda aquilo que o indivíduo fez numa situação semelhante no passado.

É assim que a partir de todas estas pesquisas e suas conclusões, nos Estados Unidos da América, assim como noutros países, se observou um célere crescimento de toda a metodologia sobre competências.

Assim a partir da década de oitenta, são vários os factores, quer sejam: Tecnológicos, Organizacionais, Económicos, Culturais ou Demográficos, que dão uma explicação sobre a importância do conceito de competência. As organizações ao serem confrontadas com uma economia complexa e incerta a nível internacional, bem como com uma concorrência desenfreada que as confronta umas com as outras, aliado a uma procura cada vez mais exigente e diversificada, sentem a necessidade de por um lado munirem-se de tecnologias de informação inovadoras e, por outro lado necessitam de recursos humanos cada vez mais eficientes que demonstrem a capacidade de enfrentar as situações imprevisíveis bem como as constantes mudanças.

No início da década de 90, Spencer e Spencer (1993), referem que mais de uma centena de investigadores de vinte e quatro países diferentes teriam dado a sua

contribuição para a formação de uma base de dados da qual faziam parte mais de mil competências. Estes modelos de competências foram estudados em diferentes sectores de actividade, como por exemplo: administração pública, forças militares, industria, educação, serviços de saúde e educação.

Bina e NewKirk (1998), efectuaram um estudo numa unidade de cuidados de saúde em que a necessidade de competir de forma mais eficaz bem como de mudança do ambiente dos negócios se processou através das competências dos trabalhadores, desenvolvendo e procedendo à aplicação das mesmas. Para o efeito foram desenvolvidos dois planos, qualquer um deles com base nas competências. Um de compensação mais competitiva e um outro de desenvolvimento da carreira. A gestão das carreiras deveria ser efectuada tanto horizontalmente entre os grupos profissionais, como verticalmente. Tudo isto obrigou ao desenvolvimento e articulação com a gestão de competências de práticas relacionadas com sistemas de compensação, gestão de desempenho, recrutamento e selecção, formação, desenvolvimento e planeamento estratégico dos recursos humanos.

Segundo BOTERF (1998), "A noção de competência profissional tornou-se mais pertinente para tratar de questões de fiabilidade de um sistema sócio-técnico de produção que a noção de tarefa que corresponde melhor à segmentação Tayloriana dos processos de trabalho", ou seja, indivíduos que sejam detentores de saberes que a mobilizarão em contextos profissionais.

Podemos então considerar que esta incerteza bem como a inovação se repercute de forma importante ao nível do mercado de trabalho, elevando as exigências no que refere à qualificação, exigindo a mobilidade dos indivíduos entre empregos, profissões, regiões e mesmo países.

Neste contexto de incerteza, verifica-se ainda a precarização do emprego que pode funcionar como uma variável de ajustamento da produção às flutuações do mercado; A dualidade que advém desta necessidade de ajustamento (núcleo duro/núcleo flexível). Assiste-se ainda a um desemprego cada vez mais selectivo.

São todas estas características que obrigam os indivíduos a adquirir e desenvolver saberes cada vez mais aprofundados que serão valorizados e negociados ao nível do

mercado de trabalho. Deste modo quer seja na organização ou mesmo no mercado de trabalho, à ideia de competência especializada sobrepõem-se as noções de competência múltipla, competência transversal, competência chave, entre outras. Designações estas que demonstram outras necessidades e preocupações que não se limitam à especialização do posto de trabalho, à estabilidade do emprego ou à lentidão das transformações. Consideramos então que mais do que adaptar o indivíduo a uma tarefa claramente definida, torna-se indispensável dota-lo de competências gerais que este poderá utilizar no futuro em diferentes situações profissionais variáveis, imprevisíveis e inéditas no momento em que se procede à formação do indivíduo.

1.2.2. Definição e Caracterização de Competências

A definição de competência tem a sua origem numa lógica Jurídica “trata-se do direito que uma jurisdição tem de conhecer uma causa” REY (1996, p. 23). Ainda segundo REY (1996), existe a competência de atribuição que, é aquela que fixa a natureza das causas e a competência territorial, que é relativa ao território sobre o qual se exerce a competência. Ou seja, segundo este autor existem duas dimensões: a **delimitação**, que remete para o tipo de causas e a **circunscrição** para o espaço de aplicação.

Consideramos que, subjacentes ao conceito de competência, visto numa perspectiva profissional, estas duas dimensões também estão presentes: A delimitação será a relação com a actividade específica, e a circunscrição relaciona-se com o contexto em que ela se operacionaliza.

Segundo LEVY-LEBOYER (1997), competências são “repertórios de comportamentos que algumas pessoas dominam melhor que outras, o que as faz eficaz numa determinada situação”.

Podemos por isso considera-las como um conjunto de conhecimentos, habilidades, atitudes e interesses que, quando colocados em acção, diferenciam umas pessoas das outras. As competências observam-se na situação quotidiana de trabalho e/ou em situações de teste, quando evidenciam de forma integrada atitudes assertivas, características pessoais e conhecimentos adquiridos.

FRAGNIÈRES, (1992 p.15), define competência como sendo uma aptidão individual e subjectiva para “poder utilizar suas qualificações, seus saber-fazer e seus conhecimentos para realizar qualquer coisa”. Também NICOLE MANDON (1990, p.28), destaca essa capacidade individual que, segundo ela significa “saber mobilizar seus conhecimentos, capacidades e qualidades para fazer face a um problema dado, ou conhecimentos e qualidades de acção”.

BOTERF (1998, p.12), faz uma distinção entre competências e recursos de competências. Para este autor, os recursos de competências utilizam-se na construção das competências, as quais “se encarnem nas actividades e condutas profissionais adaptadas a contextos particulares” e têm impactos nos resultados individuais.

Consideramos então que competência e actividade produtiva se articulam de forma estreita, sendo que a competência é indissociável dessa mesma actividade produtiva. Uma das características centrais que se pode apontar à competência é sem dúvida a capacidade que possui para seleccionar e combinar recursos como forma de alcançar determinado objectivo. Objectivo esse que poderá tratar-se de um problema que necessita de ser resolvido, de um projecto a levar a cabo, ou de uma actividade a desenvolver. Ou seja, a competência está directamente relacionada com a acção e só tem sentido relativamente ao objectivo dessa acção.

Outra das características da competência dirige-nos para a descrição das competências. Segundo GILBERT e PARLIER (1992, p. 44), competência designa “Um conjunto de conhecimentos, capacidades de acção e comportamentos, estruturados em função de um objectivo numa determinada situação” Este conjunto de conhecimentos, não se fica por um acumular puro e simples de conhecimentos e capacidades, mas antes, engloba um conjunto de elementos estruturados entre si mesmos, sendo no entanto possível decompô-los. Existe uma interacção dinâmica entre estes mesmos elementos, o que proporciona um renovar de conhecimentos.

Assim, GILBERT e PARLIER (1992), referem que nos encontramos na presença de “sistemas de competências”, realçando três características fundamentais à abordagem dos mesmos: Segundo estes autores as competências são “heurísticas, estratégicas e inventivas”. A primeira destas características está relacionada com a adaptação e

pesquisa de soluções; a segunda com a combinação em função da finalidade e a terceira relaciona-se com novas combinações. Em jeito de síntese pode então considerar-se que o carácter contingencial e sistémico das competências conseguem uma convergência confortável entre os diferentes autores no que concerne à caracterização das referidas competências.

Do conceito de competências fazem parte vários saberes que têm vindo a ser amplamente discutidos ao longo dos tempos. Isto porque apesar de uma diversificação de terminologia, existe consenso entre os diferentes autores, em redor do tríptico saber, saber-fazer e saber-ser. Chega-se então à conclusão que toda essa diversidade de terminologia, está relacionada com os objectivos a que se destina o tipo de saberes que integram o conceito de competência.

Guy le Boterf, enumera três categorias de recursos que tornam possível a construção das competências:

- **Os saberes**
- **Os saberes-fazer**
- **As atitudes ou qualidades**

Este autor refere ainda que os saberes e os saberes-fazer são compostos por vários tipos específicos. Deste modo para ele os saberes compõem-se da seguinte forma:

- **Saberes Teóricos:** Englobam vários conceitos, conhecimentos teóricos, organizacionais e racionais.
- **Saberes de contexto:** Destes fazem parte integrante, saberes sobre o processo produtivo, saberes que estão directamente relacionados com o manuseamento de equipamentos, maquinaria, e produtos produzidos. Estão ainda aqui englobados saberes organizacionais, sobre o sistema, tipo e regras de gestão, bem como sobre cultura organizacional, códigos sociais, redes comerciais e estrutura organizacional. Fazem ainda parte deste tipo de

saberes, os saberes sociais onde estão englobados o conhecimento sobre as características dos clientes.

- **Saberes Processuais:** Estes integram regras para a acção, são saberes ditos operatórios, uma vez que descrevem processos, métodos e modos operatórios.
- **Saber-Fazer Formalizado:** Estes referem-se às estratégias, métodos, instrumentos de aplicação na prática e à capacidade para realizar as operações.
- **Saber-Fazer empírico:** Estão aqui englobados saberes que foram adquiridos pela experiência que muitas vezes são também chamados de saber-fazer experiencial. Deste tipo fazem ainda parte o talento próprio de cada indivíduo, bem como o conhecimento tácito e demonstra as habilidades adquiridas com o decorrer dos tempos.
- **Saber-Fazer relacionais:** Estes podem também ser denominados de competências comportamentais de terceira dimensão ou de saber-ser, e demonstram segundo BOTERF (1998, p.120), “o conjunto de capacidades que permitem cooperar eficazmente com outros”.
- **Saber-Fazer cognitivo:** Estes são para Boterf (1998, p.120), relacionados com as “operações intelectuais necessárias à formulação, à análise e à resolução de problemas, à concepção e realização de projectos, à tomada de decisão, à criação ou invenção”. São então relativos a operações intelectuais que podem ser mais simples ou mais complexas.

As atitudes e qualidades pessoais estão inseridas no contexto e demonstram as capacidades e características de cada indivíduo, das quais podem salientar-se: Utilizar o rigor no trabalho, ter convicção naquilo que se faz, ser curioso e reagir às situações.

Considera ainda BOTERF (1998, p.157), que os meta-conhecimentos, enquanto “conhecimentos que o sujeito tem dos seus próprios conhecimentos e capacidades do «seu modo de usar para» ” Pode então considerar-se que são estes conhecimentos que irão facilitar ou dificultar o assumir de responsabilidades, de novas actividades. Estão directamente relacionados com a auto-imagem e com a auto-confiança.

Com base nos contributos de vários autores, definimos competências como: Conjunto de conhecimentos e capacidades que cada individuo possui, que são mobilizados em contexto de trabalho perante determinadas situações. Os conhecimentos e capacidades atrás referidos são mobilizados em função do problema a resolver. Este problema tanto pode ser uma actividade a realizar, como um projecto a levar em frente, como um conflito a resolver. Assim as competências caracterizam-se pela sua relação com a actividade ou problema, e ainda pela selecção e estruturação dos conhecimentos e capacidades para dar resposta ao problema.

Assim e baseados nesta definição, consideramos que os recursos e as competências devem fazer parte integrante de um conjunto diversificado de conhecimentos e capacidades que as situações de trabalho tendem a exigir e devem possuir as seguintes dimensões: Teórica, Instrumental, Cognitiva e Social.

- **A Dimensão Teórica** de conhecimentos, permite a compreensão e familiarização com domínios científicos, técnicos, tecnológicos e organizacionais.
- **A Dimensão Instrumental** está relacionada com a aplicação pratica dos saberes e com a utilização dos diferentes equipamentos, metodologias e estratégias.
- **A Dimensão Cognitiva**, relaciona-se com o desenvolvimento das capacidades que estruturam a acção, que vão permitir a aprendizagem, o raciocínio e o tratamento da informação que são observáveis através dos comportamentos.
- **A Dimensão Social** relaciona-se com o comportamento adoptado por cada indivíduo e na relação com os outros.

Este conjunto de dimensões permite a identificação do tipo de competências que são mais valorizadas, ou seja, os conhecimentos que se adquirem formalmente, as capacidades operacionais mobilizadas imediatamente, os comportamentos no trabalho e as capacidades intelectuais que resolvem problemas idênticos a outros que já ocorreram, ou a problemas novos.

Com base no que acabamos de descrever consideramos importante que as competências contenham os seguintes conhecimentos:

- **Conhecimentos Teóricos** – destes fazem parte os conceitos, os conhecimentos teóricos, racionais, organizacionais, técnicos, métodos e modos operativos. Ou seja nos conhecimentos teóricos englobam-se os três tipos de saberes de Boterf.
- **Saber-Fazer** – Estes estão relacionados com a capacidade de execução e realização de operações, utilizando para tal instrumentos, aplicando métodos e procedimentos. Este tipo de saber caracteriza-se pela operacionalização e aplicação prática dos conhecimentos teóricos.
- **Saber-Fazer Social e Relacional** – Que compreendem as atitudes, as qualidades pessoais, bem como a vontade de agir e interagir com os outros, ou seja, a capacidade que cada indivíduo possui para cooperar e para se relacionar com os outros.
- **Capacidades Cognitivas** – Que respeitam às operações intelectuais que podem ser mais ou menos complexas. Referem a capacidade do indivíduo na combinação dos diferentes saberes bem como na coordenação de acções para resolver situações e problemas.

Tendo em consideração alguns artigos, realizados na área das competências e saberes para as chefias de enfermagem podemos verificar que os resultados destes oferecem uma fonte interessante de reflexão principalmente para aqueles que planeiam programas de formação de desenvolvimento em competências, para líderes em enfermagem. Se compararmos os trabalhos realizados com a literatura existente sobre este tema verificamos que não existem diferenças significativas entre os resultados dos estudos e o que se encontra descrito na literatura. Assim todos eles nos falam da integridade pessoal do líder, ética que inclui o factor pessoal da integridade, padrões pelos quais a instituição se rege, credibilidade e honestidade. A importância da integridade pessoal e dos seus componentes têm sido demonstrados intensamente nas pesquisas internacionais, pelo menos naquelas a que tivemos acesso e que se focalizam naquilo que os liderados querem dos seus líderes. Carroll, (2005) no seu trabalho sobre "Leadership Skills and Attributes of Women and Nurse

Executives”, confirmou uma vez mais o que vem sendo defendido ao longo deste trabalho. As conclusões obtidas por esta autora na sua investigação, revelam-nos que as chefias em enfermagem possuem competências que devem criar um ambiente prático nos serviços pelos quais estão responsáveis. Foram identificadas por esta mesma autora, cinco práticas de gestão que se mostram essenciais para a manutenção de um ambiente seguro para os utentes, e são elas: equilíbrio entre eficiência e confiabilidade; confiança geradora e sustentada; processo de mudança controlado activamente; envolvimento dos enfermeiros de cuidados gerais na tomada de decisão; criação de uma organização de aprendizagem. Outra das conclusões que é possível retirar é o facto de ser reconhecido que no futuro deverá existir um reconhecimento estratégico da organização e usar a teoria da complexidade para gerir as organizações. No nosso século poderá haver a necessidade de implementar novos métodos e critérios para proceder à selecção dos enfermeiros chefes e estes desenvolverão novos métodos que se mostrem eficazes para a geração seguinte de líderes do sistema de saúde. Especificamente existem dois factores que tratam do lado quantitativo e técnico da liderança, a visão e gestão estratégica e a competência técnica, estes podem ser apreendidos em sala de aula, existem ainda mais quatro factores, como a integridade pessoal, a chefia de equipa, competências pessoais e competências de grupo, são a face moldável das competências de liderança e que dão um cunho pessoal ao tipo de liderança.

1.2. 3. Competências Organizacionais

Segundo Fleury e Fleury (2000), o conceito de competência organizacional terá tido a sua origem na abordagem da organização como um portfolio de recursos. Segundo esta abordagem, todas as organizações têm um portfolio: físico (infra-estrutura), financeiro, incorpóreo (imagem, marca, etc.), organizacional (sistemas administrativos, cultura organizacional) e recursos humanos. Para os defensores desta abordagem, como é o caso de KROGH e ROOS (2000), é esse portfolio que gera vantagens competitivas e desse modo a definição de estratégias competitivas, deve iniciar-se como um profundo conhecimento das possibilidades estratégicas proporcionadas por esses recursos.

Segundo estes mesmos autores, esta abordagem difere do conceito de PORTER (1996), de posicionamento estratégico, em que a análise parte da indústria e do

conhecimento da posição competitiva que a organização deverá adoptar na formulação da sua estratégia. Neste caso o enfoque da análise é dado de forma clara ao mercado e aos competidores, neste caso a vantagem competitiva advém da exploração das oportunidades e tendências aí encontradas. Tidd et. al. (1997), consideram a abordagem de Porter, numa linha racionalista e a anterior que se baseia nos recursos da organização como incrementalista, isto porque incorpora e valoriza a aprendizagem organizacional e a experiência para lidar com a complexidade e a mudança como factores de relevância em todo o processo estratégico e de obtenção de vantagens competitivas.

Esta abordagem centralizada nos recursos das empresas, dá maior ênfase à importância de se centrar a formulação estratégica num grupo específico de recursos, e que serão aqueles que são garante de maior lucro a longo prazo. Esta abordagem faz a distinção entre recursos e competências, a esse respeito Mills et. al. (2002, p. 9-14), referem que “um recurso é algo que a organização possui ou tem acesso, mesmo que esse acesso seja temporário (...) uma competência é uma habilidade para fazer alguma coisa (...) uma competência é construída a partir de um conjunto de «blocos» denominados recursos”.

No final da década de 80, foi dada por Prahalad e Hamel, uma contribuição significativa para a elaboração do conceito de competências, ao proporem o conceito de competências essenciais (core competence). Para estes autores, competência será a capacidade que cada indivíduo tem para combinar, envolver e integrar recursos em produtos e serviços. (Prahalad e Hamel, 1990). A inter-relação dinâmica entre as competências organizacionais e a estratégia competitiva, são determinantes na competitividade da organização. Deste modo a abordagem centrada nos recursos promove o processo de formulação da estratégia e a formação de competências, originando um círculo que se auto-alimenta a si próprio. As competências são elaboradas a partir dos recursos e as estratégias serão formadas com base em grupos de recursos (competências essenciais). A implementação da estratégia, gera novas configurações de recursos, e novas competências que, por sua vez irão de novo influenciar a formulação da estratégia.

Prahalad e Hamel (1990), diferenciam as competências organizacionais das competências essenciais. Segundo estes autores as competências essenciais obedecem a três critérios:

- Oferecem benefícios reais aos consumidores;
- São difíceis de imitar;
- Dão acesso a vários mercados;

Quando define a sua estratégia competitiva a organização procede à identificação das competências essenciais ao seu tipo de actividade e identifica ainda as competências organizacionais que são as necessárias a cada função. Podemos então considerar que a organização possui diversas competências organizacionais, que se encontram situadas em diversas áreas; destas apenas um pequeno numero são competências essenciais, que a tornam diferente e lhe proporcionam vantagem competitiva sustentável, perante as outras organizações. Esta competitividade vai depender a longo prazo do modo como é administrado o processo de aprendizagem organizacional, porque é este processo que vai reforçar e promover as competências organizacionais e vai ainda dar relevo e reposicionar as estratégias competitivas.

Mills et. al. (2002), com o intuito de sistematizar todos estes conceitos, definem e sintetizam desta forma os vários níveis de competências organizacionais:

Quadro nº. 2 - Níveis de Competências Organizacionais

Competências essenciais	Competências e actividades mais elevadas, no nível corporativo, que são chave para a sobrevivência da empresa e centrais para a sua estratégia
Competências distintivas	Competências e actividades que os clientes reconhecem como diferenciadores de seus concorrentes e que provêm vantagens competitivas
Competências organizacionais ou das Unidades de Negócios	Competências e actividades chave, esperadas de cada unidade de negócios da empresa
Competências de suporte	Actividade que é valiosa para apoiar um leque de competências
Competências dinâmicas	Capacidade de uma empresa de adaptar as suas competências pelo tempo. É directamente relacionada aos recursos importantes para a mudança

Fonte: Mills, Platts, Bourne – Competing through competences 2002, p. 13

1.2. 4. Competências Individuais

A definição e operacionalização das competências individuais parece ser uma questão difícil de resolver, uma vez que até hoje não se conseguiu ainda chegar a um consenso sobre como avaliar, desenvolver e remunerar este tipo de competências.

Na sua quase totalidade, os trabalhos de diversos autores consultados, apresentam uma definição de competência individual relacionada com a acção e que derivam directamente das teorias de Le Boterf e Zarifian. No entanto a operacionalização dessas competências, revela que o conceito, acaba por constituir um padrão de comparação. Temos por isso que as competências individuais são avaliadas como um bom desempenho relativamente a um padrão. Observa-se então um desacerto entre o conceito e a utilização da competência individual, isto porque se por um lado a definição de competência apela à acção, ou seja, é resultante de conhecimentos, habilidades, atitudes e outras características, emergentes num determinado contexto,

o conceito não pressupõe a existência de um critério óptimo de avaliação de acordo com o qual a competência individual será avaliada, mensurada e remunerada. Aliás, até hoje nenhum autor conseguiu descrever realmente de que forma seriam operacionalizadas as funções de recrutamento, selecção, integração, desenvolvimento e respectiva remuneração, apenas com base nas competências individuais sem ter em conta o cargo ou ainda um critério padrão pré-definido como sendo o óptimo.

A formação, a capacidade, a acção, a articulação de recursos, os resultados obtidos, o questionar constante, o desenvolvimento do indivíduo e a inter-acção, são aspectos importantes, quando articulados pelos indivíduos na sua prática diária. Portanto consideramos que quando se procura um conceito de competência individual se devem reunir todos os elementos de que o indivíduo se socorre para desempenhar a sua função.

1.3. Da Gestão de Competências à Gestão do Conhecimento

A Gestão de Competências, muito mais do que uma forma de administrar, é uma filosofia de desenvolvimento de talentos nas organizações. Através dela podemos orientar as acções das pessoas no intuito de construir uma organização eficaz, ou seja, aquela que atinge as suas metas e os seus objectivos.

A partir dos estudos efectuados por Daniel Goleman, na década de 90, do século passado sobre a Inteligência Emocional, ficou comprovado que os profissionais mais bem sucedidos são aqueles que possuem um QE (Quociente Emocional) mais apurado em detrimento do QI (Quociente de Inteligência) que mede apenas as capacidades e habilidades técnicas do indivíduo enquanto o primeiro mede capacidades comportamentais como a sociabilização e a auto-motivação partir disto, relevantes estudos e modelos foram desenvolvidos no mundo.

Em alguns países foi implementada, esta nova filosofia nas organizações. A base era definir um conjunto de competências comportamentais que sustentariam a Cultura Organizacional e, a partir disto, orientar os processos de Recursos Humanos como a avaliação de desempenho e o recrutamento e selecção, para a utilização destas competências como critérios e elementos de referência.

Havia sido dado, neste momento, um importante passo de um novo modelo de administração de pessoas e desenvolvimento de talentos. Mas a Gestão de Competências, como qualquer sistema dinâmico, carecia de adaptações. Ela dava condições para a manutenção da eficácia organizacional, mas isso só seria garantido com a manutenção, também, da eficiência. Enquanto o modelo de Gestão de Competências comportamentais começava a instalar-se, ele mesmo gerava uma tendência de colocação dos requisitos da eficiência em segundo plano. Na eficiência temos os seus dois principais compostos oriundos da especificidade técnica: a produtividade e a qualidade. Se por um lado a Gestão de Competências comportamentais, calcadas na teoria da Inteligência Emocional de Goleman, assegurava a conduta das pessoas, o que iria, por outro lado, sustentar a capacidade e desenvolvimento técnico delas?

Surgiu então a necessidade de gerir, não somente as competências comportamentais, mas também as competências técnicas. A importância do equilíbrio entre estes dois tipos de competências, adequando-se a cada organização, a cada cultura organizacional.

Na Gestão de Competências, levarmos em consideração não somente as competências comportamentais, mas também as competências técnicas, atribuindo-se pesos e profundidades a cada uma delas adequado ao perfil da organização, sua cultura organizacional e sua actividade. Ainda, estendendo-se um pouco mais, subdividindo as competências comportamentais em essenciais (aquelas que são comuns a qualquer indivíduo na organização) e as específicas (aquelas que são atribuídas a cada cargo específico).

Assim, como já referimos anteriormente, o modelo das competências profissionais começa a ser discutido no mundo empresarial a partir dos anos oitenta, no contexto da crise estrutural do capitalismo que se configura, nos países centrais, no início da década de setenta. Esta crise expressa-se pelo esgotar do padrão de acumulação taylorismo/fordista; pela hipertrofia da esfera financeira na nova fase do processo de internacionalização do capital; por uma acirrada concorrência, com tendência crescente à concentração de capitais devido às fusões entre as empresas; e pela desregulamentação dos mercados e da força de trabalho, resultantes da crise da organização assalariada do trabalho e do contrato social.

As respostas do capital à sua crise estrutural podem ser dimensionadas pelas reestruturações empreendidas no próprio processo produtivo, por meio da constituição das formas de produção flexíveis, da inovação científico-tecnológica aplicada aos processos produtivos, e de novos modos de gestão da organização do trabalho e do saber dos trabalhadores. Este amplo processo de reestruturação teve como objectivos não só reorganizar em termos capitalistas o processo produtivo tendo em vista a retomada de seu patamar de acumulação, mas gerir um projecto de recuperação não só na esfera da produção, mas nas diversas esferas da sociabilidade, que se confrontasse ao contra-poder que emergira das lutas sociais e sindicais dos anos sessenta e setenta.

As novas concepções de gestão surgem no bojo desse processo de reestruturação empresarial estão ancoradas, assim, têm como objectivos racionalizar, otimizar e adequar a força de trabalho face às demandas do sistema produtivo. Na década de 90, o aprofundamento da globalização das actividades e a crescente busca de competitividade levaram ao alinhamento definitivo das políticas de recursos humanos às estratégias empresariais, incorporando à prática organizacional o conceito de competência, como base do modelo para se gerirem pessoas, apontando para novos elementos na gestão do trabalho.

Os elementos das novas práticas de gestão que configuram o modelo da competência no mundo do trabalho são a valorização dos altos níveis de escolaridade nas normas de contratação; a valorização da mobilidade e do acompanhamento individualizado da carreira; novos critérios de avaliação que valorizam as competências relativas à mobilização do trabalhador e seu compromisso com a empresa; a instigação a formação contínua; a desvalorização de antigos sistemas de hierarquização e classificação, ligando a carreira ao desempenho e à formação.

A adopção do modelo das competências profissionais pelos recursos humanos no mundo empresarial, está relacionada portanto, ao uso, controle, formação e avaliação do desempenho da força de trabalho diante das novas exigências. Tais como a competitividade, produtividade, agilidade, racionalização de custos.

As noções estruturantes do modelo das competências no mundo do trabalho são a flexibilidade, a transferência, a polivalência e o emprego. A gestão de competências implica em dispor de trabalhadores flexíveis para lidar com as mudanças no processo

produtivo, enfrentar imprevistos (incidentes/eventos) e passíveis de serem transferidos de uma função a outra dentro da empresa requerendo-se, para tanto, a polivalência e a constante actualização de suas competências, o que lhes dá a medida correcta do seu emprego.

Ao definir a sua estratégia competitiva (excelência operacional através da competição com base no custo, inovação no produto, orientação para serviços aos clientes) as organizações identificam as competências essenciais do negócio e as necessárias a cada função. A partir destas são definidas as competências dos trabalhadores necessárias à organização. No modelo das competências os conhecimentos e habilidades adquiridos no processo educacional, na escola ou na empresa, devem ter uma utilidade prática e imediata, tendo em vista os objectivos e missão da organização, e a qualidade da qualificação passa a ser avaliada pelo “produto” final. O “capital humano” das organizações precisa ser constantemente mobilizado e actualizado para garantir o diferencial necessário à desenfreada concorrência na economia internacionalizada.

O uso e a apropriação das competências dos trabalhadores, dos seus saberes em acção, talentos, capacidade de inovar, criatividade e da sua autonomia não implica, em geral, o comprometimento da organização, com os processos de formação/construção das competências, atribuindo-se aos trabalhadores a responsabilidade individual de actualização.

Em forma de resumo do que até aqui fomos referindo sobre este tema, pode afirmar-se que a gestão de competências não é de forma alguma tarefa fácil, porque estas não são fáceis de alcançar nem são facilmente mensuráveis. Consistem sim numa das mais importantes actividades de gestão.

Como temos vindo a constatar ao longo deste trabalho próprio conceito de gestão de competências, tem vindo a sofrer importantes desenvolvimentos mas ainda carece de uma maior consistência conceptual. Isto porque basicamente e como já foi referido é a própria noção de competência que irá exercer influência primordial na aplicação dos modelos de gestão de competências. Por outro lado as interpretações dadas ao conceito de competências irão determinar o sucesso da implementação do modelo de gestão de competências que se pretende aplicar á enfermagem. Sobre este assunto e como se tem vindo a constatar a literatura consultada é enriquecedora e mesmo

consensual, embora possam existir algumas divergências quanto à aplicação das competências principalmente aos sistemas de compensação.

Na análise bibliográfica efectuada o que nós nos parecem mais crítico e por vezes frustrante é a insuficiente articulação que existe entre a discussão conceptual com a discussão dos resultados obtidos na sua implementação. Relativamente ao trabalho conceptual existe muita discussão sobre a identificação das competências e das práticas que elas servem mas existe pouca produção de trabalhos científicos no que respeita aos resultados de todo este processo. Em relação à actuação dos actores organizacionais nomeadamente os chefes de equipa quando confrontados com um sistema de gestão de competências este é omissivo na literatura; ou pelo menos é vaga e insuficiente para conseguir caracterizar as suas estratégias de actualização. Por seu lado a análise de estudos científicos referenciados em bibliografia, após discussão dos resultados e conclusões estes deixam-nos a sensação de vazio final. A preocupação destes estudos é fundamentalmente ao nível da identificação das competências, não sendo referenciado na maioria dos casos o processo de implementação bem como pontos fracos e fortes e na maioria dos casos não é apresentado um plano conceptual para a sua implementação. Assim temos que reconhecer que existe uma necessidade de continuar a aprofundar esta temática principalmente a vertente conceptual das competências mas também consideramos que nos encontramos numa fase em que se nota a necessidade do aparecimento de novos trabalhos que deverão apresentar maior fertilidade na discussão das consequências da implementação dos sistemas de gestão de competências.

1.3.1. Gestão de Competências e Gestão de Pessoas

Actualmente é com alguma frequência que se debate a problemática da gestão de pessoas, que tem sido pautada por temas como a gestão estratégica e a gestão de competências. Alguns autores analisam e exploram os conceitos que se encontram envolvidos nessa problemática, tanto nos aspectos de entendimento como de aplicação ao contexto organizacional.

No entanto ao efectuarmos uma revisão cuidada da literatura existente, podemos concluir que se encontram muitas abordagens parciais e fragmentadas, uma vez que

se por um lado existem trabalhos que se debruçam apenas sobre a temática da competência individual, outros exploram a vertente da competência organizacional. Nem todos se referem à problemática da estratégia e da competência numa abordagem sistematizada da gestão de pessoas. Assim os conceitos que são apresentados pelos diferentes autores, não se encontram em concordância no que respeita à mesma definição bem como à sua operacionalização, o que provoca uma maior dificuldade de interpretação e comparação de dados obtidos em pesquisas efectuadas e levam a que o conhecimento obtido a partir dessas pesquisas não se torne mais do que uma simples recolha de dados.

FLEURY e FLEURY (2001 p.65), apontam que a tendência para a mudança nas práticas de gestão de pessoas tem sido verificada não só em organizações empresariais americanas mas também nas europeias. Ressaltam que "(...)nos tradicionais processos de recrutamento e selecção, novos instrumentos e novas técnicas, vêm sendo empregues, visando identificar pessoas com potencial de crescimento, flexibilidade para enfrentar incidentes críticos e novas demandas da empresa, pensamento estratégico. Os processos de treino e desenvolvimento assumem novos contornos, criando-se, inclusive nalgumas empresas o conceito de universidade corporativa; o ponto-chave desse conceito é que todo o processo de desenvolvimento das pessoas deve estar alinhado à definição das estratégias de negócio e competências essenciais da organização. E, por fim, em termos de remuneração, algumas empresas começam a desenvolver modelos próprios, estabelecendo os níveis de competência e a compensação condizente com cada nível".

Para Zarifian (2000), a noção de incidente dá sustentação à noção de competência na gestão do trabalho, pois torna-se necessária a mobilização de competências dos trabalhadores para resolver as novas situações de trabalho que surgem face a situações imprevistas. Estas mesmas situações perturbam o desenrolar normal do sistema produtivo, ultrapassando a capacidade rotineira e descrita para assegurar a sua auto regulação. Assim Zarifian entende que o modelo de competência nasce, assim, a partir de uma mudança profunda nas organizações bem como nas relações sociais no seio das empresas.

A partir da origem do conceito de competência organizacional enfatizando a abordagem de Zarifian (2000), e de Fleury e Fleury (2000), a análise demonstra que quando se analisam os vários níveis de competência organizacional, o conceito de competência pode potencialmente vir a mudar a lógica da gestão de pessoas, isto porque os diversos problemas e inconsistências na aplicação do conceito de competência se reflectem na gestão de pessoas.

No contexto organizacional o conceito de competência teve, como já referimos anteriormente, a sua origem sob a perspectiva do indivíduo. O debate sobre competência iniciou-se entre psicólogos e administradores nos Estados Unidos a partir do artigo publicado por McCLELLAND (1973), intitulado "Testing for competence rather than intelligence".

Ao longo da década de 1980, Richard Boyatzis, voltou a analisar dados obtidos em estudos realizados anteriormente sobre competências de gestão e identificou um conjunto de características que na sua opinião definem o desempenho superior. Esses trabalhos marcaram de forma significativa a literatura americana no que respeita ao tema competências (SPENCER e SPENCER 1993; McLAGAN 1996; MIRABILE 1997).

Assim, segundo esta perspectiva, o conceito de competência é visto como um conjunto de conhecimentos, habilidades e atitudes (ou seja, é um conjunto de habilidades humanas) que promovem um elevado desempenho, levando a crer que os melhores desempenhos se fundamentam na inteligência e na personalidade individual. Esta é uma abordagem que considera que a competência, mais não é que um stock de recursos que cada indivíduo detém. Essa competência individual é avaliada relativamente ao conjunto de tarefas inerentes à função que a pessoa desempenha. Deste modo a gestão de competências não passa de uma forma mais moderna para lidar com uma realidade organizacional que ainda tem fundamentos nos princípios do taylorismo-fordismos.

A competência continua relacionada ao conceito de qualificação, usualmente definida pelos requisitos associados à posição ou ao cargo – os saberes ou o stock de conhecimentos do indivíduo, que podem ser classificados e certificados através do sistema educacional. Deste modo o conceito de competência não satisfaz as

exigências de uma organização complexa, em transformação, num mundo globalizante. Consideramos portanto que a definição de um stock de recursos necessários a um bom desempenho para cada função não é suficiente para à exigente inovação e flexibilidade colocada às empresas. Actualmente as organizações deverão competir também baseadas em competências, atraindo para os seus quadros e promovendo o desenvolvimento de pessoas com combinações de capacidades complexas.

Na literatura francesa dos anos 90, emergiu um conceito de competência que procurava ir mais além do conceito de qualificação. ZARIFIAN (2000), refere três transformações principais no mundo organizacional, que justificam o aparecimento do modelo de competência para a gestão das organizações:

- **A noção de incidente**, aquilo que ocorre de maneira imprevista, não programada, vindo a perturbar o normal desenrolar do sistema de produção, ultrapassando a capacidade rotineira de assegurar a sua auto-regulação. Isto implica que a competência não pode estar contida nas pré-definições da tarefa, a pessoa precisa estar sempre a mobilizar recursos para resolver as novas situações com que se depara no dia a dia.
- **Comunicação**, comunicar implica compreender o outro e a si mesmo; significa entrar em acordo sobre objectivos organizacionais, partilhar normas comuns para a sua gestão.
- **Serviço**, a noção de serviço, de atender um cliente externo ou interno da organização necessita ser central e estar presente em todas as actividades; para tal, a comunicação é fundamental.

A função de cada um não é mais que o conjunto de tarefas associadas ao cargo que desempenha e que se torna o prolongamento directo da competência que o indivíduo mobiliza face a uma determinada situação profissional com uma transformação cada vez mais complexa. Esta complexidade torna as situações imprevistas cada vez mais rotineiras e inseridas no quotidiano. Ainda segundo ZARIFIAN (2000), a competência é a inteligência pratica de situações, que se apoia nos conhecimentos adquiridos e os transforma tanto mais quanto maior for a complexibilidade das situações. Podemos

então considerar que a competência não se reduz a um determinado conhecimento, mas sim que é o resultado do cruzamento de três vectores:

O indivíduo, como ser humano é influenciado por toda a sua historia de vida, pela sua formação académica e ainda pela sua experiência profissional. Competência é então o conjunto da aprendizagem na sua vertente social e comunicacional, que obtêm primeiro pela aprendizagem e pela formação contínua e depois pelo sistema de avaliações

Para Le Boterf, competência é um saber agir responsável, como tal reconhecido pelos outros. Implica saber mobilizar, integrar recursos e transferir os conhecimentos, recursos e habilidades, num determinado contexto profissional.

Os autores franceses como por exemplo Zarifian e Le Boterf, exploram mais o conceito de competência individual, procurando a sua operacionalização, avaliação e desenvolvimento no contexto organizacional. Para RETOUR (2001), a gestão de competências é dificultada, especialmente, por dois aspectos:

- **A falta de unanimidade** quanto a conceitos e práticas relacionados com a gestão de competências;
- **Complexidade**, provada pela prática, que se caracteriza pelo aparecimento de problemas, como a avaliação das competências e a forma de reconhecimento individual e colectivo. Podemos então considerar que a competência lógica coloca uma série de novos problemas à gestão, em especial aqueles que surgem na relação individuo/colectivo.

Podemos então explicar da seguinte forma a dinâmica entre os diversos níveis de competência que se formam na organização: Num nível mais generalista, observamos as competências organizacionais, que tem a sua origem nas unidades e funções, algumas destas consideram-se competências essenciais e são enfatizadas a quando da elaboração do plano de estratégia competitiva; estas competências estão relacionadas com a área estratégica da organização. As restantes competências funcionam como suporte e apoio da actividade. As competências organizacionais

formam-se a partir da combinação dos recursos da organização e das competências individuais.

É portanto muito importante a elaboração de políticas e práticas que tornem possível perspectivar e identificar competências, com a finalidade de desenvolver as competências consideradas necessárias para a implementação da estratégia organizacional, para desenvolver as competências organizacionais existentes, bem como para proceder ao levantamento de necessidades de novas competências. Mostra-se ainda importante o desenvolvimento de competências individuais, para que cada indivíduo se sinta motivado para o trabalho, valorizando-se a si próprio e a organização.

Para finalizar podemos então considerar que a gestão de competências se encontra ainda em desenvolvimento, mostrando um quadro conceptual em desenvolvimento e ainda muito fragmentado. O conceito de competência quando estudado no contexto organizacional, evidencia vários tipos de competências: Essenciais, organizacionais e individuais. É reconhecido que são as competências individuais que actuando isoladamente ou em equipas e que em inter-acção com os restantes recursos da organização irão originar os vários tipos de competências organizacionais.

1.3.2. Gestão Organizacional

Na procura do seu crescimento ou simplesmente em busca apenas e só da sua própria sobrevivência quando confrontadas com as enormes dificuldades e mudanças também elas cada vez mais rápidas, as empresas tem deixado de lado muitos dos valores essenciais da natureza humana, colocando em causa alguns desses valores, que se expressam através de necessidades físicas, emocionais e intelectuais básicas do ser humano.

Com a revolução industrial o homem iniciou a sua migração do ambiente familiar, com o qual se encontrava familiarizado, e onde geralmente desempenhava um papel dominante sobre toda a cadeia de produção e na maior parte das vezes esse domínio estendia-se também até á comercialização dos seus produtos, para o ambiente industrial, e passa a fazer parte de uma engrenagem, da qual apenas conhece parcialmente um pequeno elo da cadeia de produção, conhece pouco ou nada da

cadeia de comercialização e menos ainda no que se relaciona com os factores económicos intervenientes.

Este modelo embora responsável por um ciclo de crescimento económico e desenvolvimento tecnológico sem precedentes na história da humanidade, não foi bem sucedido no atender de todas as necessidades psicossociais de toda uma sociedade de forma permanente. Aqui algumas interrogações se colocam, tais como: Como manter e sustentar a saúde física e mental das pessoas, das quais depende em ultima análise, a vitalidade e a prosperidade das empresas onde se encontram inseridos e por ultimo do próprio mercado? Será lógico submete-las a condições de trabalho intrinsecamente contraditórias à sua própria natureza humana? Como é possível alguém viver a maior parte do seu tempo imerso numa actividade com a qual não se identifica, pois não conhece devidamente o seu porquê, ou o seu como, nem participa das consequências dos seus resultados? Será o salário uma compensação justa e suficiente para uma cisão tão violenta entre vida pessoal e trabalho? Será este mesmo salário uma compensação justa e suficiente para a utilização de um ser humano como coisa ou objecto num empreendimento no qual não participa como sujeito das decisões ou dos seus resultados?

Muitos são os humanistas, terapeutas e pesquisadores que afirmam unanimemente que o salário, quando directamente associado à sobrevivência física, só satisfaz na sua plenitude aquela camada social que vive marginalmente na miséria económica ou intelectual. Para a maioria da população economicamente activa e socialmente ajustada, o salário consiste apenas e só num dos estímulos para o trabalho, este facto tem sido demonstrado através de pesquisas no mundo inteiro. É então necessário que se consiga conciliar à necessidade crescente de produtividade e competitividade empresarial, que impelem as pessoas aos seus limites de eficiência e eficácia, com condições de trabalho que promovam a melhoria das necessidades psicossociais básicas desses mesmos trabalhadores.

Nos últimos tempos têm vindo a surgir algumas abordagens de técnicas administrativas que intencionalmente ou não, resgatam um pouco da relação que existia primitivamente entre o homem e o seu trabalho na era pré-latifundiária e pré-industrial. Ferramentas e metodologias que inicialmente se encontravam centralizadas na qualidade do produto, evoluíram para abordagens mais sistémicas, holística e

ecológicas, que embora não descorem a qualidade do produto final, façam também a qualidade de vida dos trabalhadores como importante factor de produção, tendo também em conta a sua participação no processo de decisão como condição sine qua non para um efectivo envolvimento nos objectivos da organização. A implementação do humor e do lazer dentro do próprio ambiente de trabalho, como meio de restaurar e de liberar a produtividade e a criatividade das pessoas, a aprendizagem como objectivo permanente tanto para as organizações como para os seus funcionários. Por último mas não menos importante, tem-se assistido à crescente adesão das grandes e medias empresas a mecanismos de participação de lucro para os seus empregados, bem como a adesão a actividades de carácter filantrópico ou ecológico.

Todos estes factos segundo muitos estudiosos na matéria bem como de alguns empresários modernos, tem vindo a contribuir de forma significativa para uma melhoria do desempenho global das próprias empresas, devido a um maior envolvimento das pessoas em actividades das quais reconhecem um sentido, utilidade e mérito, com os quais se identificam.

No entanto se nos debruçarmos sobre aquelas empresas de capital intensivo para as quais as novas tendências administrativas não são ainda imperativas, onde grandes investimentos são aplicados em tecnologia que pode realizar com eficiência o trabalho anteriormente realizado por pessoas, verifica-se que todo o conjunto de técnicas integrativas, de carácter sistémico, holístico e mesmo ecológico, perde significado e poder de transformação quando é utilizado pela empresa meramente como meio de alavanca do negocio ou como marketing interno ou externo.

Para um número cada vez maior de pessoas sensíveis e criativas, se a empresa utilizar tal conjunto de acções, apenas como técnica para melhoria dos resultados financeiros do negocio, sem no entanto demonstrar consistência ou coerência nas acções pessoais dos seus dirigentes bem como nos seus objectivos estratégicos, torna-se evidente o carácter utilitarista e manipulador das intenções em jogo. Para um número cada vez maior de pessoas, toda a forma de poder imposto por uma organização sobre um trabalhador, sem o seu assentimento consciente, é uma forma de acção incapaz de atrair adesão ou envolvimento espontâneo, genuíno, do indivíduo assim submetido.

Deste modo torna-se assim mais evidente que o emprego de uma boa técnica administrativa, por si só, não é capaz de tornar efectivo as tão almejadas mudanças redentoras na maioria dos ambientes das organizações.

Os conflitos entre a técnica em gestão organizacional, a tecnologia, a biotecnologia e a ética tendem a ser a pedra de toque para os consultores organizacionais, empresas e sociedade em geral, neste novo milénio. Alguns princípios norteadores, entretanto, já se manifestam como tendências globais: preservação e busca de coerência intrínseca entre intenção e acção, soluções sustentáveis, em que uma organização sustentável é aquela que satisfaz as suas necessidades sem diminuir as perspectivas das gerações futuras, processos autopoieticos, entendidos como processos que tendem a perpetuar a sua acção e a sua expansão no tempo, através de mudanças e adaptações espontâneas, cooperatividade em vez de competitividade, holoarquia no lugar de hierarquia, comunicação plena e transparente, maior participação possível dos indivíduos afectados pelos projectos nas fases criativas e ideacionistas desses projectos.

No entanto frequentemente podemos observar que ocorrem verdadeiras avalanches de mudanças, cujo impacto recai directamente sobre o curso normal das empresas, como da própria economia mundial.

Atravessamos nos tempos actuais um momento complexo tanto no ambiente dos negócios como na sociedade em geral, múltiplos fenómenos económicos e sociais de alcance mundial estão a reestruturar o ambiente de negócios. A globalização da economia, influenciada pelas tecnologias de informação e da comunicação é nos nossos dias uma realidade que não podemos ignorar. Estas transformações notam-se em qualquer ponto do nosso planeta e o ambiente de negócios sente o reflexo dessas transformações. Sempre que estas transformações ocorrem quer elas derivem da implementação de mudanças internas ou de transformações do ambiente externo, é necessário que nos debrucemos novamente sobre as práticas, os processos, a forma de resolver os problemas com os quais as pessoas se debatem no seu dia a dia, isto é válido tanto para a esfera privada como pública.

Sabemos que mudanças sempre existiram, no entanto nos nossos dias elas são constantes e ocorrem a uma velocidade cada vez maior, o que implica que as

empresas tem de estar cada vez mais preparadas e apetrechadas ao nível das competências para deste modo poderem intervir no momento oportuno.

Actualmente a gestão de grande parte das organizações baseia-se em quatro etapas:

- **Diagnostico Organizacional** – No qual se procede à realização de um diagnostico do estado organizacional, dos níveis de eficácia e eficiência da organização baseado na adequação dos meios disponíveis aos objectivos da mesma. Este tipo de diagnostico deve ser aplicado sempre que se detectem deficiências no desempenho esperado de uma determinada organização. Os resultados que se esperam com este tipo de diagnostico encontram-se directamente relacionados com a optimização dos custos de exploração, racionalização de meios disponíveis e capitalização das potencialidades da tecnologia instalada.
- **Planeamento Estratégico** – É focado na definição de Planos de Acção que suportem os esforços de adequação da gestão organizacional e de pessoas, bem como dos produtos e serviços da empresa, a sua missão, visão, objectivos e estratégias de negócio. Ainda baseado neste planeamento estratégico a gestão balanceada de resultados, visa suportar o processo de desdobramento de metas, de definição de indicadores que mensurem e monitorizem o andamento de planos de acção que viabilizem a actividade da empresa.
- **Gestão Baseada nos princípios de qualidade** – Tem o seu enfoque na modelagem de uma estrutura de comando alinhada com a missão, visão, objectivos e estratégias de negocio da empresa, propicia uma actuação pró-activa, veloz e integrada com clientes e fornecedores, orientando os gestores e suas equipas na busca dos melhores resultados nas suas áreas de acção na empresa.
- **Gestão de Pessoas** – Virada para a racionalização dos fluxos dos processos de trabalho realizados pelos trabalhadores individualmente, nas diversas áreas de actuação, além de maximizar as sinergias e orientar a adequação qualitativa e quantitativa do quadro de lotação da empresa, complementa as acções de

melhoria da estrutura e consolida o seu modelo organizacional. Neste campo as directrizes, políticas e procedimentos de desenvolvimento organizacional que estarão direccionadas para a concepção de instrumentos integrados que suportem a descentralização da gestão de recursos humanos.

1.3.3 – Gestão do Conhecimento

As grandes e profundas alterações que aconteceram a nível mundial na década de 90, de passado século, como por exemplo, a globalização e a interdependência directa das nações, provocaram uma concorrência intensa bem como, uma maior evolução tecnológica na sociedade mundial. O impacto tecnológico, económico e social, o aperfeiçoamento, a qualificação profissional, a busca do conhecimento como recurso a ser desenvolvido, incentivado e protegido, levam a que as organizações se movam por pressões e desafios constantes e como consequência disso, se vejam forçadas a uma adaptação e a reagir como forma de busca constante da qualidade, do conhecimento e da produtividade. Para que as organizações adquiram uma orientação clara para o mercado e para as oportunidades que surgem, a capacidade de reagir e o tempo de reacção tornam-se fundamentais para a definição das suas estratégias de acção.

Neste sentido as praticas de gestão adoptadas bem como as novas tecnologias desempenham um papel fundamental na sobrevivência das organizações bem como na sua manutenção no mercado, cada vez mais exigente e competitivo.

A gestão do conhecimento tem sido apresentada como uma nova e importante oportunidade de abordagem para a resolução dos problemas da competitividade e inovação com os quais as organizações se têm vindo a confrontar. Uma das razões que se encontra na base do desenvolvimento da gestão do conhecimento incide no facto de que o conhecimento se perspectiva como elemento central do desempenho organizacional. Apesar de tudo isto, ainda se sente alguma instabilidade no uso deste conceito e para tal contribui o facto ser utilizada de forma diferente por vários domínios científicos.

Murray, (2000), efectuou um estudo, no qual defende a existência de oito designações no âmbito da gestão do conhecimento:

1 - Capital intelectual – Com esta abordagem os gestores procuram reconhecer e codificar o conhecimento que está vinculado numa organização e por sua vez

aplicar os princípios da avaliação e identificação dos activos do conhecimento, esta avaliação torna-se mais fácil quando o conhecimento está codificado e mais difícil quando este se encontra na mente das pessoas.

2 – Abordagem filosófica – Nas organizações existe uma crença forte por parte dos gestores em que o conhecimento utilizado nessas organizações já existe, mas não há certezas sobre a sua localização. Consequentemente esta abordagem tenta reflectir fora das fronteiras objectivas, tentando colocar questões profundas no que diz respeito à concentração do conhecimento nas organizações.

3 – Abordagem tecnológica – Como o seu nome indica, é na tecnologia que esta abordagem se insere. Segundo ela, é a tecnologia que tem um papel preponderante. Assim o conhecimento poderá ser codificável, a tecnologia pode geri-lo, sendo assim responsável pela sua captação, armazenamento, disseminação, desenvolvimento e crescimento. A exemplo disso, a instalação das intranets como forma mais ou menos explicita de codificar o conhecimento. Pensamos que em relação à enfermagem, existe um exemplo muito significativo com a codificação do conhecimento como por exemplo o sistema de classificação de doentes por níveis de dependência.

Murray (2000), verificou no estudo que efectuo, que a tecnologia não deverá ser o primeiro passo para a gestão do conhecimento, isto porque está acima de todas as pessoas e processos, assim sendo a tecnologia é apenas um meio facilitador dos mesmos.

4 – As equipas como agentes de conhecimento – A exemplo disso as empresas que operam a nível internacional tem investido maciçamente na construção de organizações virtuais. Estas, inicialmente são desenhadas para tentar ultrapassar barreiras geográficas, sem recorrer à criação de novas estruturas organizacionais. Como podemos verificar a gestão destes aspectos encontra-se centrada nas pessoas que são especialistas nos assuntos, papéis, processos, partilha de conhecimentos e confiança.

5 – Abordagem estratégica – É com esta perspectiva que as organizações se orientam habitualmente para o problema da inovação a qual é habitualmente fornecida por pessoas que se encontram imediatamente antes dos executivos de

topo. Então as estratégias de gestão do conhecimento, deverão criar instrumentos de conhecimento que encorajem e sustentem a inovação, aplicando estratégias de forma a gerir a relação com os inovadores.

6 – Abordagem por processos – Este tipo de abordagem tem habitualmente duas formas: a primeira que consiste na transformação da gestão do conhecimento em processo de negocio com o qual se realiza a análise e melhoria de programas. A segunda forma de abordagem examina as actividades e processos que irão determinar o tipo de abordagem e técnicas do conhecimento.

7 – Abordagem do conhecimento como competência individual - Segundo o ponto de vista desta abordagem, existe um numero razoável de pessoas competentes que se tornam necessárias para poder realizar algumas acções e resultados, assim é recomendado segundo esta perspectiva o aumento do numero de pessoas capacitadas. De acordo com este autor os responsáveis pelo desenvolvimento organizacional têm vindo a praticar este tipo de abordagem, embora o reconhecimento de competências tenha sido esquecido, tornando deste modo menos efectivo esta abordagem.

8 – Abordagem combinada – Após a leitura de textos deste autor, podemos observar que existem muitas organizações que tem vindo a efectuar combinações dos sete tipos de abordagens referidas anteriormente, contendo assim habitualmente elementos da tecnologia, dos processos, do capital intelectual e competências.

Na sociedade actual, o conhecimento das organizações e dos indivíduos que as compõem tem ganho cada vez mais importância, mas infelizmente, ainda são muitas as organizações que não se preocupam com mudanças e inovações. O único movimento de vulto restringe-se ao desejo de economizar e produzir mais, no entanto estas empresas não se cogitam em inovar ou mesmo em se questionar sobre os processos utilizados. Deste modo, muitos dos erros ou falhas existentes nas empresas decorrem meramente, da falta de reflexão e revisão na forma de gestão utilizada.

As empresas que investem na gestão através da criação e aquisição do conhecimento, têm assim maiores hipóteses de alcançar bons resultados e maior possibilidade de serem líderes de mercado. Princípios como: aprendizagem, criatividade e conhecimento, devem fazer parte do dia a dia da gestão de todo o tipo de empresas.

Não podemos esperar que as pessoas partilhem os seus modelos mentais experiências e informações, sem que exista um elevado grau de confiança, reconhecimento e inovação entre a sua empresa e elas próprias. Esta é a condição básica para que possam despertar os factores fundamentais para a realização de aprendizagens complexas, que condicionam e modificam a realidade.

Assim sendo, os indivíduos não querem apenas ter um rendimento elevado, mas sim ter a possibilidade de se desenvolver pessoalmente. Por outro lado se observarmos com atenção, as empresas querem que os indivíduos, aumentem o conhecimento organizacional. Segundo este prisma serão então as pessoas individualmente, que devem assumir a responsabilidade sobre o seu próprio processo de aprendizagem e, também, reconhecer que novos conhecimentos necessitam de ser adquiridos de forma mais rápida, contínua e adaptada aos desafios permanente das organizações.

De facto os gestores necessitam de rever as suas formas de gestão das empresas e decidir se pretendem enfrentar os desafios que se apresentam para que estas continuem o seu processo de crescimento. Não se trata simplesmente de se manterem no mercado, de sobreviver, mas sim de adquirir novas competências, habilidades, e conhecimentos de maneira contínua e pró-activa.

Portanto, faz parte do comportamento dos líderes agir de forma mais participativa, que não vise somente manter a eficiência mas, também, criar um processo contínuo de aprendizagem colectiva e de mudança organizacional. O gestor, no caso da enfermagem, ou seja o chefe de equipa possui assim um papel relevante no sucesso da sua função bem como no reconhecimento da própria profissão de enfermagem. Se pensarmos nas instituições hospitalares e na sua organização, principalmente na organização dos serviços de enfermagem, não seria utópico referir que o sucesso da profissão, bem como do hospital enquanto organização é

avaliado por variáveis tais como: Qualidade dos serviços desenvolvidos, nível de conhecimento e capacidade de aprendizagem da equipa de enfermagem, motivação e criatividade, para poder executar novos projectos e disposição para enfrentar desafios e mudanças constantes.

Portanto, aqui encontramos a gestão do conhecimento reflectida no poder da mente e no talento dos funcionários e (...) “As organizações só aprendem através de indivíduos que aprendem. O aprendizado individual não garante o aprendizado organizacional, mas sem ele não há como ocorrer o aprendizado organizacional” (Senge, 1999), e, por conseguinte, levar ao sucesso de ambos os lados, isto é dos indivíduos e da organização.

1.4. A Enfermagem nas Organizações

A organização das diversas estruturas é uma das maiores preocupações que actualmente os sistemas de saúde vivenciam. Esta organização tem constituído muitas interrogações, estudos, experiências e novas tendências que por vezes podem ser audaciosas em demasia ou mesmo avançadas para algumas pessoas. Poderemos considerar por exemplo a tendência actual de confiar a responsabilidade de um departamento médico, a uma outra pessoa que não um médico, ou ainda abolir por completo a cadeia hierárquica que liga a direcção de enfermagem aos enfermeiros das diversas unidade de prestação de cuidados.

Pode-nos levar a pensar que a razão deste tipo de preocupação é meramente de ordem económica, e se for bem reflectida pode ser confirmada, atribuindo à palavra o seu verdadeiro e mais nobre sentido, que é simplesmente a arte de administrar correctamente os recursos que se encontram disponíveis de modo a poderem servir com eficácia e eficiência o maior número de pessoas. A Economia pode de alguma forma ser considerada como ciência da escassez que tenta esclarecer e inspirar os responsáveis para que os recursos disponíveis, quase sempre limitados e insuficientes, seja qual for o sector em que nos encontramos, sejam utilizados da melhor forma possível, de modo a fazer com que se cumpra a missão da organização. Facilmente nos apercebemos que esta faceta da economia é estranha às nossas praticas quotidianas e que se limita às preocupações financeiras nas quais se tem instalado a confusão entre os procedimentos económicos que são movidos por uma

intenção de fazer economias, que se limitam na maior parte dos casos à gestão quase sempre conflituosa dos orçamentos, das receitas e das despesas.

Quando a economia é redutora, em que só considera os discursos do dinheiro, passa uma imagem mesquinha. Assim, torna-se por vezes insuportável, nomeadamente para os enfermeiros que prestam cuidados, e provoca rejeição e gastos inúteis. Pelo contrario, quando o discurso dos responsáveis económicos se baseia numa gestão sã de todos os meios disponíveis, com a finalidade de os gerir, utilizar e desenvolver, com precaução para os colocar ao serviço da missão fundamental da organização, este modo de administrar, conta com a adesão e a participação de todos, inclusive dos enfermeiros prestadores de cuidados.

Segundo HESBEEN (2001), a economia no seu significado mais nobre, não pode continuar apenas a interessar aos economistas ou gestores uma vez que se torna um assunto que diz respeito a todos os actos que são praticados diariamente e a todas as orientações tomadas e dependente da responsabilidade de todos. Ainda para o mesmo autor, os comportamentos que dantes alguns profissionais de saúde ostentavam ao afirmar “não ter que se preocupar com os custos”, deixam de ter significado e de não ser admissíveis em profissionais que têm a plena consciência das suas responsabilidades.

Se associarmos o pensamento económico à reflexão sobre a realização de uma missão comum que, no caso das organizações hospitalares, é o cuidar das pessoas para promover a sua saúde, irá exigir mais do que nos pode parecer, uma vez que vai retirar aos enfermeiros prestadores de cuidados uma posição confortável que é a de se refugiarem na sua missão fundamental ignorando assim as condições necessárias para a colocar em prática. Pela mesma sequência de ideias, priva os gestores da posição cómoda que a perspectiva do cuidar deve introduzir nos seus princípios de gestão. Quando a lógica da economia e a lógica dos cuidados se associam de forma inteligente, nascem novas orientações. As orientações deixaram de ser o fruto da submissão de uma lógica à outra, como se pode constatar na expressão “ é necessário que o pessoal prestador de cuidados fale a mesma linguagem dos gestores para que estes a compreendam”, na realidade traduz-se por reduzir a prática dos cuidados de enfermagem às suas funções observáveis e mensuráveis, que podem ser discutíveis, com base em dados numéricos.

Assim segundo Hesbeen (2001), a nova orientação será, fruto da emergência de uma lógica da saúde da população que exige uma execução judiciosa, ou seja, ser simultaneamente prudente, audaciosa e esclarecida, além dos múltiplos meios humanos, materiais e financeiros.

Esta é uma lógica de saúde que podemos considerar como superior e que exige que todos os profissionais de saúde se empenhem de forma reflexiva no desenvolvimento de acções que promovam uma melhoria na qualidade dos cuidados prestados à maioria da população. Então se tivermos em consideração que os recursos de que dispomos são insuficientes mas mesmo assim pretendemos melhorar a qualidade dos cuidados de saúde prestados à população, teremos de efectuar uma nova análise dos princípios pelos quais nos regemos. Esta será então uma situação que não deve funcionar como elemento desmobilizador, mas antes devemos considerar que se trata de uma oportunidade capaz de fazer aparecer novos comportamentos, novas estruturas e novos conceitos que possibilitarão conciliar a dupla exigência ética e económica, isto por meio de iniciativas tanto individuais como colectivas, bem como através dos mecanismos de adaptação que se mostrem necessários.

Esta será uma viragem decisiva e provocará uma verdadeira revolução na qual todos nós devemos apostar, será um verdadeiro desafio que se colocará aos profissionais de Enfermagem e não só e que condicionará a aptidão dos hospitais para resistir vitoriosamente às mudanças sociais que atravessamos, através da sua própria transformação.

Nos últimos anos, verifica-se que os custos e a despesa pública, que incorpora as despesas com a saúde, têm sofrido uma escalada superior à riqueza obtida pela sociedade. Dado que os recursos não são inesgotáveis, impõe-se uma racionalização adequada, sem deixar de garantir e procurar melhorar e generalizar, os cuidados de saúde a toda a sociedade, conforme consagra a Constituição da República.

Deste modo e no sentido dessa racionalização, é importante e necessário que se estabeleçam e se apliquem métodos de gestão e controlo que articulem e organizem melhor as organizações. Deve fazer parte da orgânica, da actividade e do desempenho a avaliação dos resultados obtidos, considerando os recursos utilizados, evidenciando assim a qualidade manifestada. Seguramente que se esta análise for

feita, concluir-se-á por aspectos que podem ser melhorados e otimizados. É a relação custo / benefício que deve estar sempre presente, sensibilizando as pessoas e os seus intervenientes para que meçam o benefício em função do custo que ocorreu. Se a atitude e o comportamento, de todos os intervenientes, tiver este enquadramento é certo que a organização evoluirá duma forma dinâmica e gradual e otimizará sempre o seu desempenho, demonstrando o cuidado e sensibilidade para que os recursos sejam bem aplicados.

Nos últimos anos, temos vindo a observar uma tendência para algum descontrolo e agravamento da situação financeira na área da saúde, sem se visualizar, duma forma significativa, mesmo com o aumento das despesas, um efeito de contrapartida na qualidade dos cuidados de saúde prestados. Nesta área crítica e sensível da sociedade esta situação conhecida e difícil tem provocado o lançamento e desenvolvimento de vários esforços com o intuito de promover a mudança dos modelos tradicionais de organização e gestão dos serviços de saúde, para sistemas mais actualizados com maior eficiência e socialmente mais equilibrados. Eles serão assim caracterizados se efectivamente, forem objectivos e imparciais e centrados sempre em primeiro lugar na vertente da melhoria da qualidade de cuidados de saúde a prestar ao doente, a par da racionalização dos meios. São estes objectivos globais e operacionais que devem privilegiar os planos e acções de todos os intervenientes.

A racionalização referida passa, por exemplo, por uma equilibrada e ajustada estrutura implementada no terreno. Nem sempre isso se verifica, como é do conhecimento da população em geral.

De facto, a evidência de assimetrias, aparentemente, sem explicação nem sustentação, na distribuição e colocação de enfermeiros entre serviços e entre hospitais, aconselharam e fizeram brotar um sistema que pudesse duma forma mais racional, objectiva e generalizada, evidenciar coerência na estrutura de enfermagem nos diferentes serviços de prestação de cuidados.

O SCD/E, é um sistema de informação para a gestão dos recursos humanos na área de enfermagem, que consiste na categorização dos doentes segundo indicadores específicos, de acordo com as suas necessidades de cuidados de enfermagem e garantindo o patamar de qualidade definido e exigido. Trata-se dum sistema que

pretende identificar as necessidades em recursos de enfermagem, planejar os cuidados de enfermagem a prestar, gerir duma forma eficaz o número de enfermeiros, otimizar os recursos de enfermagem disponíveis adequando a dotação dos quadros de pessoal dos hospitais. Isto é, as instituições e organizações devem ter exactamente os colaboradores com as formações requeridas e que são efectivamente necessários e se justifiquem, face aos doentes que carecem de cuidados de saúde.

Este sistema tem como objectivo primordial determinar as horas de cuidados de enfermagem necessários por doente, em cada dia de internamento, de modo a obter valores médios que permitam a gestão racional dos recursos (Enfermeiros) disponíveis e evidenciar os recursos necessários a afectar. Sendo assim, estamos perante uma afectação de recursos, absolutamente objectiva e ajustada, seguramente. O doente é classificado de acordo com o seu nível de dependência em cuidados directos (procedimento destinado a um determinado doente) e indirectos (procedimento que sem ser a um determinado doente, mas que contribui para a sua assistência global) de enfermagem, através do quadro de classificação de doentes.

Assim, as pessoas são o elemento mais comum nas organizações, constituindo o seu Recurso Humano, são elas as responsáveis pelos objectivos, inovações e realização das mesmas, sem elas as organizações não existem.

Então podemos considerar que são as pessoas, que em qualquer organização ou instituição, são o elemento fulcral e decisivo do seu sucesso.

Os avanços que se têm vindo a registar em matéria de qualidade na saúde situam-se precisamente na criação e implementação de mecanismos objectivos de medida. O SCD/E é isso mesmo e constitui-se assim num factor decisivo da melhoria da prestação dos cuidados de saúde.

Precisamente, a existência de indicadores quantitativos que ajudem a definir padrões definidos como de qualidade e de não qualidade, permitem ao gestor detectar e apreciar os desvios e conferir-lhe a importância que merecem. Face a isso, implementar-se-ão as referidas medidas correctivas e o tempo necessário para que essas medidas de qualidade se verifiquem.

O objectivo primordial que é o social, passa também e primeiro por vários estágios e situações, anteriores e paralelos, que enriquecem o campo técnico e o dotam de princípios e procedimentos bem definidos e generalizados, diminuindo e reduzindo desvios e diferenças que conduzem a uma melhoria no desempenho dos profissionais de saúde e, tratando-se de princípios e pressupostos de índole objectiva, dão um contributo, indubitavelmente, muito grande para que o aspecto organizativo seja mais eficaz.

O sistema de classificação de doentes é, conforme já evidenciámos, um factor de sucesso e de melhoria efectiva da prestação de cuidados de saúde. Este é e deve ser sempre o motivo da nossa entrega, procura e incessante pesquisa, pois só assim evuiremos e melhoraremos a qualidade de vida de todos os que precisam de cuidados de saúde. Deve ser esse o sentido das nossas atitudes e comportamentos na actividade diária, sempre em colaboração, lealdade e sentido de missão entre os enfermeiros de cuidados gerais, com os chefes de equipa e ainda com os chefes de serviço.

Uma boa sistematização e definição das estratégias que, ajudem a evidenciar a importância e necessidade da aplicação dum sistema destes e que desenvolva e desperte os ímpetus e desejos participativos dos profissionais do serviço, são absolutamente cruciais para o sucesso da implementação e o correspondente benefício na qualidade da prestação de cuidados de saúde.

De facto, a existência de critérios objectivos em que assenta o SCD/E, é pressuposto de análise e conclusões fortes e bem consolidadas, de onde brotam indicadores positivos e que ajudam seguramente a tomar decisões no sentido correcto e garantindo uma melhor racionalização dos meios. Métricas (medidas) objectivas que sejam implementadas, ajudam sempre a minimizar desvios e apreciações subjectivas e por isso mais falíveis, menos certas e mais propícias a factores externos e influenciáveis. São assim razões fortes e certas na melhoria dos pressupostos onde assentam as decisões.

Para além do aspecto social, que redonda num melhor cuidado do doente, este SCD/E optimiza a componente técnica dos profissionais, a organização e, face à sua objectividade, desperta mais a motivação dos enfermeiros enquanto prestadores de cuidados o mesmo sucedendo em relação aos chefes de equipa que para além de

serem enfermeiros prestadores de cuidados têm ainda como acréscimo a responsabilidade da chefia na ausência do enfermeiro chefe de serviço.

1.4.1. A Enfermagem inserida na Organização Hospitalar

Desde o final do século passado e início do presente século, que a Enfermagem tem vindo a construir projectos alternativos de intervenção apoiada na reflexão sobre a prática, procurando assim alcançar um maior reconhecimento social, num espaço cada vez mais abrangente e cada vez mais exigente.

A Enfermagem organiza o seu exercício, segundo uma pertinente capacidade de intervenção e de colaboração, fazendo uso de todos os seus conhecimentos e habilidades, esforçando-se para dar resposta às necessidades de cada indivíduo em particular e da sociedade em geral, em matéria de saúde. Deste modo torna os actos de enfermagem reconhecidos e adequadamente praticados com a adaptação dos saberes à prática profissional.

A enfermagem é uma profissão que se constitui de prática, e não somente pela prática em si, na medida em que o seu papel se concebe numa perspectiva de interpretação e aplicação das capacidades cognitivas às intervenções em si mesmas. É por isso verdadeiramente importante que o saber-agir, no exercício das competências, com a capacidade de adaptação às necessidades dos utentes utilizadores seja uma realidade uma vez que como humanos que somos, não actuarmos em todas as situações da mesma maneira, por muito iguais que as situações sejam.

È de extrema importância que os profissionais de enfermagem saibam não só o que fazem e que atitudes devem tomar em determinadas situações, mas também porque o fazem, que valores lhe estão subjacentes, ou então será como refere ELHART (1984), um tipo de enfermagem que se encontraria “reduzida a uma rotina mecânica, isenta de qualquer valor humano, que consistisse em simples métodos científicos sem consideração pelo doente”.

A Enfermagem como Arte e Ciência, tem como finalidade primordial cuidar do ser humano de forma a permitir alcançar os tão almejados cuidados de enfermagem de qualidade em que é privilegiada a metodologia científica, a sobrejectividade e a sensibilidade de acordo com a experiência do homem.

A enfermagem é então considerada uma direcção de vida que se caracteriza por diversos interesses dos quais o centrar-se e concentrar-se no ser humano enquanto objecto de observação e fundamentação da sua acção.

A profissão de enfermagem comunica pelo facto de ser um acto social, e suporte da vida humana. A comunicação é de extrema importância para satisfazer as necessidades humanas básicas pelo que sem ela, estas estariam comprometidas, pelo que é indissociável da vida em sociedade e é por isso indispensável ao estabelecimento de relações sócio-afectivas. A comunicação é um pilar extremamente forte no relacionamento humano, pelo facto de nos permitir relacionar, a transmissão de ideias e sentimentos e também pela sua presença em todos os momentos e em todas as actividades de qualquer grupo ou organização.

As organizações são um sistema social, sendo entendidas no sentido de um agrupamento humano, procurando mecanismos operacionais para a sua prática. Neste contexto o serviço de enfermagem é o resultado do trabalho de um grupo diversificado de pessoas com grande complexidade e diversidade de actividades.

Contudo o desempenho profissional exige que a comunicação permita persuadir ou motivar e tem como finalidade a integração de todos nas normas vigentes, assimilando-as como processo de aculturação.

Para que exista um clima organizacional aberto é de extrema importância que se preservem valores como: a confiança e uma comunicação efectiva que deverá ser utilizada como instrumento de gestão. A cultura organizacional relaciona a filosofia com a prática, em sentido figurado poderemos dizer que se trata de uma argamassa que interliga todos os elementos, é o produto de uma história, um património de saber-fazer, uma linha de acção, e traduz alguma segurança em relação ao futuro.

A crescente responsabilização profissional, conduz a uma maior exigência, de uma serviço de qualidade que num mundo muito competitivo como o dos nossos dias, deverá expressar, para além do respeito que a sociedade nos merece, também e em particular, um serviço centrado no indivíduo, executado de forma eficaz e eficiente.

1.4.2. Funções e Competências do Enfermeiro Chefe de Equipa

O Decreto-Lei nº 437/91, de 8 de Novembro, com as alterações do decreto-lei nº 412/98, de 30 de Dezembro e o Decreto-lei nº 411/99, de 15 de Outubro, reconhece legalmente a Carreira de Enfermagem e define as áreas de enfermagem, em área de actuação da prestação de cuidados, área de actuação da gestão e área da actuação da assessoria técnica.

No que respeita a área de actuação da prestação de cuidados na qual se insere o enfermeiro chefe de equipa, é definido o seguinte contudo funcional:

- Colher dados para identificação das necessidades em cuidados de enfermagem, de acordo com os quadros de referencia institucionais;
- Elaborar o plano de cuidados de enfermagem, em função dos problemas identificados e estabelecer prioridades, tendo em conta os recursos disponíveis;
- Executar os cuidados de enfermagem planeados, favorecendo um clima de confiança, que suscite a implicação do utente (individuo, família, grupos e comunidade) nos cuidados de enfermagem e integrando um processo educativo que promova o auto-cuidado;
- Integrar no planeamento e execução dos cuidados de enfermagem ao indivíduo e à família a preparação de alta ou internamento hospitalar;
- Responsabilizar-se por prestar cuidados de enfermagem à família, como unidade de cuidados, no âmbito dos cuidados de saúde primários;
- Participar nas acções que visam articulação entre os cuidados de saúde primários e os cuidados de saúde diferenciados;
- Avaliar os cuidados de enfermagem prestados, efectuando os respectivos registos e analisando os factores que contribuíram para os resultados obtidos;
- Reavaliar as necessidades do utente em cuidados de enfermagem;

- Realizar ou colaborar em estudos sobre problemas de enfermagem, visando a melhoria dos cuidados de enfermagem;
- Utilizar os resultados de estudos e de trabalhos de investigação para a melhoria dos cuidados de enfermagem;
- Colaborar na formação realizada na unidade de cuidados;

Estas funções objectivam-se para um papel activo na área da prestação de cuidados de enfermagem aos utentes, no entanto, o enfermeiro chefe de equipa, substitui o enfermeiro chefe nas suas ausências do serviço, em especial nos turnos da tarde, noite e feriados, por isso a estes enfermeiros objectiva-se um importante papel ao nível de decisão operacional sempre que as situações assim o exigem. A sua actuação faz ressaltar os contributos e a importância que a gestão operacional tem ao nível da organização, ou seja o seu papel demonstra-se determinante, poderá dizer-se mesmo que têm um papel de charneira entre os utentes utilizadores dos cuidados de saúde e a gestão estratégica da organização, tudo isto porque através de uma coordenação adequada na realização das actividades necessárias à satisfação das necessidades individuais dos utentes não descurando de qualquer modo os objectivos da organização em que estão inseridos.

No desempenho da sua função, o enfermeiro chefe de equipa, assume um conjunto de competências como representante do enfermeiro chefe de serviço, e que se reveste de primordial importância, pela forma como vê e analisa a realidade prática, aplicando os conhecimentos e atitudes organizados de forma sistemática. É desejável que para além dos conhecimentos de enfermagem gerais e específicos, estes profissionais sejam detentores de outros conhecimentos e características, como: Capacidade de liderança, de estabelecer relações profissionais, de motivação, de comunicação, de gestão de conflitos, de coordenação, de tomada de decisão, de ser empático, e que através da sua aplicabilidade auxiliem o seu detentor em todas as suas intervenções.

Todos os profissionais de enfermagem necessitam ao longo do seu percurso profissional de mobilizar um conjunto múltiplo de conhecimentos e saberes, relacionados à sua prática, referentes a um corpo de conhecimentos tendencialmente estáveis, já com alguma tradição.

Etimologicamente, a palavra competência deriva do latim – *competentia*; “capacidade para apreciar ou resolver qualquer assunto; aptidão, idoneidade, autoridade, saber, soma de conhecimentos”. GRANDE DICIONÁRIO DA LINGUA PORTUGUESA (1991)

Assim pode considerar-se que, a competência não reside nos conhecimentos, nas capacidades relacionais e cognitivas, ou seja nos recursos em geral, mas sim na forma como são utilizados, na forma como se consegue a sua mobilização, ou seja um determinado enfermeiro pode até ter muitos conhecimentos sobre gestão, pode no entanto não os saber utilizar no momento certo.

A competência não se assimila ou adquire apenas através de formação teórica, ela realiza-se na prática; assim pode considerar-se que a competência não é um estado ou um conhecimento possuído, não se reduz a um saber ou a um saber-fazer. Resultará não de uma simples aplicação mas sim do desenvolvimento, integrando-se nos domínios do crescimento pessoal e profissional, sendo implícito um aperfeiçoamento contextualmente recíproco, entre a pessoa e o ambiente.

Nesta circunstância o facto de se ser competente pela acção, implica a concretização do saber e do saber-fazer, numa prática cujo suporte teórico seja reconhecido, conduzirá certamente a maior motivação, já que desta forma a procura de respostas para as dificuldades se mostra como mais uma oportunidade de aprendizagem, assim é a procura de novos métodos, novas fórmulas de desenvolvimento profissional, baseadas num suporte conceptual.

É assim que ao longo da inter-relação de todo este conjunto diversificado de saberes, materializado no saber-fazer que a competência se concretiza e solidifica. Esta coerência leva a que prevaleça como condicionante de efeito duplo, que não se visualiza mas que se encontra latente como o “efeito de posição” de Boudon, BOTERF (1995), e ainda pelo empenho que cada enfermeiro coloca nas suas próprias intervenções.

Podemos por isso considerar que a posição do enfermeiro estará sempre relacionada com o contexto em que este se encontra, quer seja relacional, quer profissional; No entanto tanto a posição como o empenho de cada um pode levar a condicionamento das capacidades mentais, cognitivas e afectivas permitindo que a realidade seja interpretada de maneira diferente. Deste modo e como consequência da posição que

adoptamos e/ou de empenho manifestado, confrontamo-nos com a necessidade de assegurar confiança, segurança e responsabilidade, relativamente aos actos de gestão de enfermagem.

Assim a competência advém da capacidade como cada um de nós intervêm com procedimentos em determinadas situações que se traduz em autoridade e no conhecimento dos meios para a exercer. Neste processo de interacção, expressamos atitudes nas quais sobressai a forma como encaramos a realidade.

Esta formulação mental e complexa da realidade que nos rodeia, é o resultado das características e das intervenções resultantes na nossa experiência perceptiva individual, deste modo exprimimos um conjunto de comportamentos sócio-afectivos bem como capacidades psico-sócio-motoras necessárias à realização das funções inerentes à profissão de Enfermagem. Assim podemos considerar tal como refere, STROOBANTS (1993), citando BOTERF (1995), que “a competência é um atributo do sujeito”.

Esta é uma visão sobre competência que exige uma clarificação dos critérios a ter em conta para o reconhecimento da mesma, pois permite avaliar tanto o sucesso da actividade de gestão dos cuidados de enfermagem, como as estratégias que se utilizaram e ainda permite a existência de uma avaliação à posteriori entre o que seria ideal e aquilo que realmente foi conseguido.

Neste sentido a eficácia do desempenho será então explicada por critérios objectivos de gestão dos cuidados de enfermagem prestados, tendo em consideração as condições em que são realizados, os meios e os recursos postos à disposição.

Segundo NUTTIN, citado por BOTERF (1995), “o sujeito é sempre um sujeito em situação”, assim os enfermeiros traduzem-se nas suas intervenções, demonstrando a sua capacidade de actuação à medida que as situações variam. De igual modo a competência também se alcança pelo recurso à decisão, é preciso entender os riscos, admitir novas intervenções e posturas, demonstrar tolerância ao erro, ganhando assim confiança que lhe permita actuar em situações com as quais nunca até então se tinha deparado. Na nossa pratica diária, aprendemos a não vulgarizar as situações, o que por vezes se torna bastante difícil.

Estas são opções individuais que têm a ver com opções pessoais, tais como a preferência manifestada para tomar parte de uma vida profissional solidária; demonstrar gosto pela mudança; apresentar grande consciência de si próprio, apreço e receptividade para com os outros, de modo a impedir a cultura da estagnação e da desconfiança, que por vezes impera nos nossos serviços de saúde.

Se por um lado se faz o apelo a melhores qualificações, maior ainda deve ser o apelo a mais competência. Por qualificações deve entender-se o “conjunto de saberes resultantes de formações explícitas, passíveis de serem medidas ou certificadas” e por competências, o “conjunto de saberes indissociavelmente ligados à formação inicial de base e à experiência da acção, adquirida ao longo do tempo de forma empírica, não sistematizada que se manifestam em situações concretas de trabalho sendo muito difíceis de avaliar” PIRES (1994). Temos então que nesta perspectiva, o conceito de competência não se restringe nem se esgota no conceito de qualificação.

Quadro nº. 3 - Competências Genéricas Preconizadas por MITANI et al

Competências de Acção e de Realização	<ul style="list-style-type: none"> • Motivação para o sucesso ◦ Preocupação da ordem e da qualidade ◦ Iniciativa ◦ Pesquisa de informação
Competências de Assistência e de Serviço	<ul style="list-style-type: none"> • Compreensão interpessoal ◦ Orientação para o serviço de clientes
Competências de Influência	<ul style="list-style-type: none"> • Impacte e influência ◦ Sentido de Organização ◦ Estabelecimento de relações
Competências de Gestão	<ul style="list-style-type: none"> • Desenvolvimento dos outros ◦ Capacidade directiva ◦ Trabalho em equipa e cooperação • Direcção da equipa
Competências Cognitivas	<ul style="list-style-type: none"> • Raciocínio analítico ◦ Aptidão para a conceptualização ◦ Competências técnicas
Competências de Eficácia Pessoal	<ul style="list-style-type: none"> • Auto-controlo • Autoconfiança • Capacidade de adaptação • Adesão à Organização

Fonte: (Autor)

Deve salientar-se que o desempenho do enfermeiro chefe de equipa deve estar sujeito a funções específicas que promovam um desempenho com qualidade segundo as competências genéricas preconizadas por MITRANI et al (1992):

COMPETÊNCIAS DE ACÇÃO E DE REALIZAÇÃO

- **Motivação para o sucesso** – ânsia de trabalhar bem ou de se avaliar por uma norma de excelência

- **Preocupação da ordem e da qualidade** – preocupação em reduzir as incertezas, implementando, conduzindo e controlando as actividades claras e ordenadas.

- **Iniciativa** – aptidão para empreender acções, melhorar os resultados ou criar oportunidades

- **Pesquisa de informação** – Curiosidade e desejo de adquirir informações de âmbito vasto ou específico, a fim de ir ao fundo dos problemas

COMPETÊNCIAS DE ASSISTÊNCIA E DE SERVIÇO

- **Compreensão interpessoal** – Capacidade de entender e perceber de forma precisa, os pensamentos não expressos, ou parcialmente expressos, os sentimentos e as preocupações dos outros e de lhes dar resposta

- **Orientação para o serviço de clientes** – desejo de ajudar ou de prestar um serviço aos outros, descobrindo e posteriormente satisfazendo as suas necessidades. Os clientes podem também ser os colegas internos.

COMPETÊNCIAS DE INFLUÊNCIA

- **Impacte e influência** – desejo de ter um impacte ou um efeito específico sobre os outros, a fim de os persuadir, influenciar ou impressionar e conseguir a sua participação ao longo da acção pretendida.

- **Sentido da organização** – Capacidade de compreender e de utilizar a compreensão política no seio das organizações.

- **Estabelecimento de relações** – capacidade de construir e estabelecer contactos amigáveis com as pessoas que vão contribuir para a realização dos seus próprios objectivos de trabalho.

COMPETÊNCIAS DE GESTÃO

- **Desenvolvimento dos outros** – Capacidade de empreender acções eficazes, a fim de aperfeiçoar as competências dos outros.
- **Capacidade directiva** – Capacidade de dizer aos outros o que deve ser feito e fazê-lo para que eles funcionem de acordo com o desejado, dentro do espírito do bem para a organização a longo prazo.
- **Trabalho em equipa e cooperação** – Capacidade de trabalhar em cooperação com os outros e de conseguir que os outros se comportem da mesma maneira.
- **Direcção da equipa** – Capacidade de assumir o papel de líder de uma equipa ou de um grupo.

COMPETÊNCIAS COGNITIVAS

- **Raciocínio analítico** – Capacidade de compreender as situações e de resolver os problemas, decompondo-os em elementos e avaliando-os de forma sistemática e lógica.
- **Aptidão para a conceptualização** – capacidade para identificar relações entre as situações ou para descobrir os problemas subjacentes nas situações complexas.
- **Competência técnica** – Capacidade para utilizar e desenvolver o seu saber técnico e de o partilhar com os outros.

COMPETÊNCIAS DE EFICACIA PESSOAL

- **Auto-controlo** – Capacidade de manter o controlo sobre si próprio sempre que seja confrontado com situações de emoções ou de stress.
- **Autoconfiança** – Confiança na sua própria capacidade de escolher a solução mais conveniente e de realizar uma tarefa, sobretudo em situações difíceis.

- **Capacidade de adaptação** – Capacidade de se adaptar e de trabalhar eficazmente numa diversidade de situações, com indivíduos e grupos diferentes.
- **Adesão à organização** – Capacidade e vontade de adaptar o seu próprio comportamento às necessidades prioridades e objectivos de organização.

1.4.3. Gestão do Desempenho no contexto da Qualidade na prática em Enfermagem

Nos últimos anos, ao nível da enfermagem têm sido levados a cabo projectos de intervenção apoiados na prática reflexiva, com o intuito de que a enfermagem seja cada vez mais reconhecida socialmente. E que se imponha cada vez mais ocupando deste modo um espaço cada vez mais abrangente.

O enfermeiro procede à organização de toda a sua actividade, segundo uma pertinente capacidade de intervenção e de colaboração socorrendo-se para tal dos seus conhecimentos e habilidades, de forma a dar resposta às necessidades da sociedade em geral e de cada individuo em particular, no que respeita a cuidados de saúde. A sua actuação baseada cada vez mais em dados científicos como ciência que é, faz com que os actos de enfermagem se tornem cada vez mais reconhecidos e adequadamente praticados adaptando o saber à prática profissional.

A enfermagem é uma profissão que se constitui pela prática, mas não somente pela prática em si, uma vez que no seu papel se concebe uma perspectiva muito mais alargada na qual é necessária a colocação em pratica de capacidades cognitivas que favoreçam as intervenções em si mesmas. É neste campo que se concentra o saber-agir no exercício das competências, que o enfermeiro terá de possuir para demonstrar capacidade de adaptação às necessidades de cada um dos utentes, pois cada individuo é um ser uno com necessidades específicas, levando a que o enfermeiro tenha de actuar de forma diferente, consoante a situação com que se depara.

Consideramos por isso, muito importante que o enfermeiro, saiba muito daquilo que faz e porque o faz, qual a atitude mais correcta a adoptar nas diferentes situações com que se depara, em que valores se apoia, caso contrário, poderíamos considerar que mal estaria a enfermagem que se veria reduzida a uma actividade rotineira,

mecanicista, que desprovida de valores humanos, se traduziria em simples métodos científicos, que não levaria em consideração o utente, como ser humano, um ser uno, com toda a sua especificidade.

A Enfermagem, como arte e ciência, tem por objecto, cuidar do ser humano de modo a conseguir os tão almejados cuidados de enfermagem de qualidade nos quais se privilegia e se dá ênfase à metodologia científica, à subjectividade e à sensibilidade de acordo com o ser humano que necessita de cuidados. Centra-se e concentra-se no ser humano enquanto objecto de observação e fundamento da sua acção.

A Enfermagem, enquanto profissão, dá muita importância à comunicação, e sendo esta, um acto social, que funciona como suporte da vida humana, pois sem ela a satisfação das necessidades humanas básicas do homem estaria comprometida, tornando-se assim indissociável da vida em sociedade e pode considerar-se indispensável para o estabelecimento das relações sócio-afectivas.

Podemos então considerar a comunicação como pilar fundamental do relacionamento humano, isto porque permite a transmissão de ideias, sentimentos, ideais entre os indivíduos e ainda pela sua presença em todos os momentos da vida de cada indivíduo assim como nas actividades de qualquer grupo ou organização.

As organizações constituem-se como sistemas sociais e são entendidas como agrupamentos humanos, que buscam mecanismos sociais para a sua prática. Deste modo a enfermagem resulta num grupo organizado de indivíduos com interesses próprios, de grande complexidade e diversidade de opiniões.

Segundo DRUKER (1994), as organizações são “geradoras de um ser humano modificado (...) agentes de evolução humana”; gerem valores e normas de actuação e comportamentos, tendo por base crenças e pressupostos, rituais e cerimónias, historias e mitos, tabus, heróis, normas, processos de comunicação e representações sociais.

Sempre que comunicamos temos um determinado objectivo, transmitimos informação como meio de difusão de conhecimentos. No entanto o nosso desempenho profissional enquanto enfermeiros exige que a comunicação funcione muitas vezes como meio persuasor ou de motivação e tem por finalidade que cada um se integre

nas normas em vigor compreendendo-as e assimilando-as como processo de aculturação. A comunicação está também directamente relacionada com a qualidade de vida dos indivíduos.

Para que o clima organizacional seja aberto é importante que cada um de nós preserve os valores de confiança e de uma comunicação efectiva, sendo esta utilizada como instrumento de gestão.

Na cultura organizacional a filosofia é relacionada com a prática, é como se, se tratasse de uma espécie de cimento que liga os elementos, o produto de uma história, um património do saber-fazer, uma determinada linha de acção e ainda uma certa segurança no que diz respeito ao futuro.

Actualmente a crescente responsabilização profissional, leva a uma maior exigência de uma assistência com qualidade, que num mundo competitivo como o dos nossos dias, deverá expressar para além do respeito que a sociedade em si nos merece, um serviço centrado no indivíduo, que cubra as suas necessidades, sendo a sua execução levada a cabo de forma eficaz e eficiente.

Por tudo isto consideramos que a congruência é muito importante e reconhecemos a existência de vários factores que por si só podem afectar a comunicação em enfermagem, como sejam, a falta de um sistema de crenças e valores, falta de organização dos cuidados e ainda deficiências do espaço físico disponível em como o excesso de stress e falta de reconhecimento social da profissão. As estratégias a utilizar deverão passar pela criação de segurança psicológica, racionalidade, habilidades técnicas e científicas dos enfermeiros, gestão e organização adequada dos recursos, não descurando a importância das condições estruturais das organizações.

Actualmente pode considerar-se que a qualidade se traduz numa forma de estar, de viver, de produzir, de pensar, de agir, de educar, e ainda a forma como visualizamos o papel decisivo desempenhado pelo Homem na interacção pessoal, na procura incessante de resoluções simples, mas verdadeiras e funcionais. É por isso um estado de espírito que se traduz por um esforço cada vez maior e continuo de fazer bem, de

conseguir alcançar o melhor, de explicar o que é funcional e agir em conformidade com padrões preestabelecidos (PIRES 1994).

Segundo CROSBY, citado por BARRIÉ DALE e COOPER, GARY (1992 p.28), a qualidade é um atributo, uma característica que, comparativamente a um ponto padronizado, pode ser considerado correcto ou não. Refere ainda o mesmo autor que os requisitos são todas as acções exigidas na produção e/ou fornecimento de um determinado serviço que vão ao encontro das expectativas do utilizador, sendo da responsabilidade da gestão assegurar que os requisitos sejam criados e especificados dentro da organização: “satisfazer as expectativas do cliente, compreender e antecipar as suas necessidades são os aspectos cruciais para uma gestão de qualidade, correspondendo a uma gestão efectiva”.

Para ANTONIO (1991), a qualidade do serviço prestado é “influenciada pela organização pelas condições de trabalho e ainda pela formação e motivação das pessoas que colaboram na empresa”

No entanto, existem custos da não qualidade que deveriam merecer mais atenção nos processos de gestão. Na prestação de serviços torna-se imprescindível que os prestadores dos mesmos possuam noções de qualidade uma vez que se esta não fôr bem estruturada se torna muito difícil se não quase impossível de colocar em pratica e de posteriormente ser avaliada. Através da implementação de processos de qualidade poder-se-á sistematicamente eliminar falhas relacionadas com equipamentos e mesmo diminuir fortemente falhas humanas.

Ainda para o mesmo autor os custos da não qualidade são:

- **Custos de Prevenção** – Gastos de formação, redesign do produto e esforços para evitar que os erros aconteçam;
- **Custos de Verificação** – a avaliação do output para avaliação de existência ou não de erros
- **Custos Internos de Erros** – Quando os erros são detectados antes de o produto ser entregue ao cliente

- **Custos com Mediações e Testes de Equipamento – Relacionados com equipamento utilizado na verificação. (ANTONIO, 1991)**

O bom desempenho de uma organização dependerá em grande parte do facto de esta ser eficaz e eficiente, efectuando as coisas certas da forma correcta. Numa perspectiva de qualidade, a produção eficiente obriga à utilização correcta e completa de todos os recursos disponíveis, quer sejam humanos, físicos, económicos e técnicos, colocando em prática novos sistemas de relações e de partilha de informação.

Consequentemente, deduzir-se-á que os efeitos da eficácia num desempenho de qualidade na gestão do desempenho de um enfermeiro chefe de equipa estão de acordo com o que DRUCKER, citado por PEREIRA (1995), refere quando diz que “mais vale fazer as coisas certas (melhorar a eficácia) do que fazer as coisas da maneira certa (melhorar a eficiência)”, isto porque esta última implica aumentar os custos da não qualidade. Por outro lado os efeitos da eficiência estão interligados à relação entre o produto real obtido e os recursos que foram utilizados.

As diversas perspectivas de qualidade podem ser resumidas da seguinte forma:

◆ **Transcendente – Tem o sentido da excelência inata**

Baseada no produto – A qualidade é uma variável precisa e mensurável, podendo ser hierarquizada

◆ **Baseada no utilizador – a qualidade do produto está nos olhos do seu possuidor**

◆ **Baseada no produtor – Aparece ligada à ideia de conformidade com as normas, reduzindo os custos pelo evitar de falhas.**

◆ **Baseada no valor – ligada ao facto de o produto oferecer desempenho e conformidade a um preço aceitável. (ANTONIO 1991)**

O desempenho com qualidade do enfermeiro chefe de equipa deve ter em consideração não só a qualidade tecnológica, mais voltada para o produto, mas também os clientes/fornecedores e a organização/recursos humanos. Ou seja o

enfermeiro chefe de equipa para além de ter em atenção a qualidade dos serviços prestados aos utentes deve também ter em conta os utentes enquanto pessoas individuais que são, bem como os enfermeiros que fazem parte da equipa de enfermagem.

Ao promover uma visão holística do homem, a enfermagem aprofunda a perspectiva da qualidade, implementando para tal uma maior humanização dos cuidados prestados, com base num suporte e capacidade técnica nas suas intervenções.

Podemos então considerar que a qualidade se obtém a partir da interacção existente entre convicção e empenho naquilo que se faz, no processo em si, na performance decorrente do desempenho, e no nível de desempenho que poderá até exceder as expectativas.

O Ser humano deverá neste contexto ser entendido como um utilizador, ao qual estão consignados direitos, mas que também tem deveres a cumprir. Será sempre o centro do sistema e principal preocupação para quem presta cuidados de enfermagem. Da concretização destes cuidados resulta, credibilidade para os profissionais de enfermagem que prestam os referidos cuidados e satisfação para o utente utilizador dos serviços que vê satisfeitas as suas necessidades e superadas as suas expectativas.

Sendo os recursos humanos um foco de vital importância em qualquer organização, gerir pessoas ou grupos, implica também, promover a sua valorização e qualificação, proporcionando-lhes formação profissional adequada, atribuído funções adequadas e avaliando correctamente o desempenho de cada um, será também importante que cada chefe de equipa no dia a dia de trabalho, manifeste apreço pelo desempenho correcto, incentivando os restantes enfermeiros e por outro lado deve também apontar as deficiências de forma construtiva para que o elemento em causa possa melhorar a sua prestação. Não deve nunca ser descurado o trabalho em equipa. Assim ao dar resposta cabal a estas exigências o enfermeiro chefe de equipa, impõe-se naturalmente concretizando novos valores e liderança, competência e responsabilidade.

Incentivar e favorecer o desenvolvimento científico e tecnológico, proporcionar aos enfermeiros uma melhor preparação para dar resposta às solicitações da sociedade.

As organizações ao apoiarem este tipo de desenvolvimento aos seus funcionários em especial aos seus enfermeiros, através de actos mais humanizantes farão com que esteja a promover a pessoa humana... e quem presta o serviço.

Neste contexto é então importante que se verifique a existência de determinados factores, como, um sistema de informações que apoie a tomada de decisões e garantam uma racional afectação dos meios e ainda que permita a avaliação dos resultados obtidos. Também é muito importante a implementação, manter e incentivar, por exemplo o gabinete do utente, que apoiará tanto o utente como os seus acompanhantes.

É também muito importante a existência de um gabinete de assessoria técnica que processe o tratamento dos dados clínicos. Outro dos factores que se mostra de extrema importância será a adequação das estruturas físicas às necessidades dos utentes, eliminando de vez as barreiras arquitectónicas existentes e que muitas vezes impedem o livre acesso dos utentes portadores de deficiência motora. Um outro factor ao qual se deverá dar muita importância será o facilitar da comunicação de forma a proporcionar o acesso do doente ao sistema. Por ultimo a utilização efectiva de novos métodos de trabalho por parte dos profissionais.

Sem duvida que numa organização os funcionários detêm o papel mais importante e até mesmo determinante, que resulta da interacção de interesses num processo que se quer activo e dinâmico, no qual os problemas têm sempre resolução, resultando daí uma imagem com a qualidade que tanto os profissionais de saúde como a sociedade esperam.

Entendemos que para que seja possível promover o desempenho eficaz e com qualidade do enfermeiro chefe de equipa é de crucial importância implementar um conjunto de medidas que funcionariam como fio condutor da sua prestação:

- Definição de uma política de enfermagem clara e transparente, baseada na definição e/ou clarificação do quadro de referencias do modelo conceptual, com indicação das respectivas estratégias;
- Melhoria nos canais de comunicação, tanto vertical como horizontal;
- Reforçar a capacidade de liderança inata de cada um destes elementos;

- **Interacção com as chefias intermédias utilizando para tal uma adequada coordenação das diferentes áreas de enfermagem;**
- **Concretização de congruentes metodologias de prestação de cuidados;**
- **Incentivar cada vez mais a formação permanente e em serviço com a correspondente e efectiva avaliação;**
- **Racionalização e uniformização dos recursos existentes**
- **Promoção de medidas que levem à motivação dos profissionais e assim alcançar maior grau de satisfação dos mesmos;**
- **Avaliação do desempenho com intervalos de tempo regulares para obter dados sobre a satisfação dos restantes elementos da equipa.**

Sabemos que existem situações nas quais a qualidade da gestão do enfermeiro chefe de equipa pode ser observada através de um determinado número de propriedades e características que lhe oferecem aptidão para a satisfação das necessidades daqueles que diariamente consigo trabalham e ainda dos utentes que se encontram internados no seu serviço. Deste modo a qualidade da sua gestão poderá ser considerada como resultante da sua motivação pessoal para desempenhar da melhor forma a sua função.

O desempenho profissional do enfermeiro chefe de equipa poderá ainda ser melhorado se esse enfermeiro for possuidor de características que promovam uma boa gestão de conflitos. Todas as organizações e as organizações de saúde não são excepção, são regularmente confrontadas com situações de conflito, que inicialmente poderão ser pouco significativas, mas que se não forem geridas da forma mais correcta poderão evoluir para situações problemáticas e por vezes de difícil resolução. Assim muitas vezes o enfermeiro chefe de equipa depara-se com situações para as quais necessita de alguma forma de saber como reagir e actuar perante este tipo de problemas.

Podemos definir conflito como sendo a oposição que surge quando existe um desacordo entre indivíduos, equipas, departamentos ou organizações. Independentemente do tipo de divergências de onde possam resultar, podemos dividir os conflitos em três tipos:

- **Conflitos de objectivos**

- **Conflitos Cognitivos**

- **Conflitos Afectivos**

Independentemente do tipo de conflito que se esteja a enfrentar, existem três tipos de atitudes ou formas de actuar perante um conflito, e são elas:

- **Negativa** – O indivíduo tenta evitar a qualquer custo qualquer tipo de conflito, ou então tenta utilizar o conflito de uma forma que leva a uma competição intensiva.

- **Positiva** – O indivíduo tenta manter sempre um conflito e tenta que esse conflito seja um conflito construtivo. Graças a esse conflito vai tentar descobrir as diferenças de opinião entre os diversos participantes no conflito.

- **Equilibradas** – Distingue-se da atitude positiva, devido ao facto de se tentar encontrar um ponto de equilíbrio entre os dois tipos anteriores quando se verifica que qualquer conflito pode ter resultados negativos quer para a organização quer para as pessoas envolvidas. Esta é uma medida que permite reduzir os conflitos no trabalho e conseqüentemente a manutenção de um bom espírito de equipa.

Em todo o processo de gestão e chefia de equipas, pensamos ser importante a existência de indicadores de qualidade da gestão de enfermeiro chefe de equipa. Segundo GIL (1993), este indicador “ mensura, tanto a qualidade do produto final, quanto a qualidade dos processos, (...) apoia a operacionalização e a tomada de decisão”. Este autor refere ainda que a “criação de indicadores de qualidade permite:

- A comparação face a uma dada evolução;
- Regista a intensidade da efectividade da acção da qualidade, pela comparação das métricas (unidade/forma de mensuração de elementos ou factores, ou seja, valor, quantidade de tempo e percentagem);
- Facilita o planeamento e o controlo da qualidade pelo estabelecimento de métricas padrão, e a verificação dos desvios ocorridos com os indicadores de qualidade”.

Assim podemos considerar que a qualidade da gestão de enfermeiro chefe de equipa, tem uma relação directa com os recursos de que dispõe, com a dinâmica que consegue impor no processo e ainda com os resultados obtidos. No entanto é necessário que toda esta dinâmica organizacional seja enquadrada num conjunto de indicadores de qualidade, indicadores estes que deverão ser estabelecidos segundo os parâmetros da cultura organizacional, de eficiência, eficácia e segurança. Segundo GIL (1993), estes parâmetros podem ser definidos como:

“Cultura organizacional – cumprimento das normas existentes, atendendo à cultura formal e informal que no seu conjunto estabelecem o perfil da empresa.

Eficiência – Optimização dos recursos existentes na estrutura organizacional.

Eficácia – Grau de satisfação e de interesse demonstrado pelos utentes utilizadores dos serviços de saúde, que se traduz nos resultados obtidos em cada área da empresa e no seu todo.

Segurança – Esta directamente relacionada com a integridade e correcção física e lógica tanto dos recursos humanos como materiais e tecnológicos”

1.4.4. (Re) pensar a Liderança e a Enfermagem

Etimologicamente liderança quer dizer direcção que por sua vez vem do latim dirigere. Quando tentamos definir este conceito logo nos apercebemos que na múltipla bibliografia que consultamos, existe uma enormidade de definições para o termo, facto revelador de que o termo abarca inúmeras dimensões. Este facto é bem visível na literatura organizacional, será talvez dos conceitos mais abordados e talvez dos

menos percebidos, sobre isso diz-nos STOGDILL (1990), que “existem quase tantas definições de liderança quanto o número de pessoas que tentaram definir o termo”.

Também BENNIS & NAMUS (1985, p. 344), identificaram mais de 350 definições diferentes do mesmo termo. Ainda assim e apesar da enorme diversidade existe um aspecto central que emerge da capacidade de dirigir e influenciar as actividades que se relacionam com o trabalho de um determinado grupo de pessoas. Assim segundo DAFT (1999, p. 298), Liderança poderá ser definida como “Habilidade de influenciar pessoas com o objectivo de alcançar metas”.

CHIAVENATO (1983, p.95), define liderança como sendo “(...) a influencia interpessoal exercida numa situação e dirigida por meio do processo da comunicação humana à consecução de um ou de diversos objectivos específicos”, assim será um processo em movimento que envolve o uso do poder.

ROBBINS (1999), refere-se ao conceito como “ a capacidade de influenciar um grupo em direcção á realidade das metas”, isto advém da sua grande capacidade em exercer o poder, mantendo no entanto um bem-estar no seio do grupo.

Como forma de sintetização DAFT (1999), refere-se a três aspectos que estão subjacentes ao conceito:

- Envolvimento dos seguidores, com disposição para aceitar ordens, permitindo o processo de liderança, pois sem subordinados não há liderança.
- Distribuição assimétrica do poder entre o líder e os subordinados, obviamente com maior peso para o líder. Quanto maior o poder, mais efectiva será a liderança.
- Capacidade no uso das diferentes formas de poder, influenciando o comportamento dos subordinados, traduzindo-se na capacidade em promover a mudança de atitudes ou comportamentos do outro.

Apesar dos aspectos atrás referenciados se revelarem de extrema importância no processo de liderança, PEREIRA (1999), refere-se a uma qualidade humana considerada como a mais necessária no processo de liderança – A coragem.

Etimologicamente a palavra coragem deriva de coração (cor), sendo uma propriedade do afecto que se revela nos momentos difíceis com os outros homens. Assim, “ (...) ao homem corajoso até se lhe perdoa o fracasso, mas ao que se dobra perante os obstáculos ninguém perdoa, nem ninguém quer seguir” PEREIRA (1999). Ao verificarmos estas palavras, algo que caracteriza um líder, que poderá ser advogado como inato ou apreendido. Este carisma, possibilita criar uma certa magia que envolve o líder com os seus subordinados. “A grande magia do líder consiste em conseguir ser o único centro do poder e ao mesmo tempo fazer com que os subordinados se continuem a sentir poderosos” PEREIRA (1999).

O acto de liderar pressupõe, nos dias de hoje, que a autoridade de quem dirige, mais do que imposta, seja reconhecida, tendo em vista uma motivação e superação constantes dos membros das equipas com quem trabalhamos. Em busca da excelência, que mais que um conceito abstracto, pressupõe determinadas atitudes e comportamentos ao serviço de um fundamental trabalho de equipa. Assim a autoridade assenta na confiança e respeito. Aqueles que estão subordinados ao poder do líder devem confiar na sua autoridade, sem que isso signifique aceitarem de modo passivo essa liderança. Sempre que o julgarem necessário, devem ser incentivados a questionar o líder. Confiança e respeito pela autoridade do gestor, não é no entanto, algo fácil de conseguir. Os elementos da equipa necessitam, antes de mais, de ver que ele consegue ganhar essa confiança e esse respeito através das suas atitudes e comportamentos e das relações que vai estabelecendo com cada um deles.

Ao líder do século XXI é exigida a flexibilidade e criatividade necessárias que induzam nos seus colaboradores a capacidade de gerirem o inesperado, sempre presente na realidade complexa e turbulenta que os rodeia.

Será que existem receitas capazes de garantir o sucesso que se pretende? É claro que não. Embora ajude pela positiva um exercício de liderança onde o medo de errar não seja um obstáculo e o erro constitua um suporte decisivo da necessária reflexão que conduz à aprendizagem. Com a preocupação constante de desenvolver um verdadeiro compromisso emocional de tudo e todos com os objectivos a atingir e os interesses a defender. Onde as regras de vida colectiva previamente estabelecidas a cultura e os valores das organizações desempenham uma acção fundamental.

As pessoas no centro das nossas preocupações, as que lideram, as que são lideradas e as que fazem parte do meio ambiente, todas perante o mesmo desafio.

2. OPCÕES METODOLOGICAS

Após o enquadramento teórico e a definição das variáveis em estudo, surge este capítulo de Metodologia, no qual se fazem previsões relativamente seguras acerca de aspectos essenciais à continuação e concretização prática deste trabalho. Com efeito é neste capítulo que se tomam as decisões relativamente à evolução e terminus deste trabalho.

De acordo com ALMEIDA e PINTO (1995) “os diversos métodos organizam criticamente as práticas de investigação. A função do método, numa formação científica dada, consiste fundamentalmente em operar a selecção de técnicas de pesquisa a aplicar por referência ao objecto e à teoria que o constrói, em determinar-lhes os limites e as condições úteis de exercício, em relacionar e integrar os resultados obtidos”.

Neste ponto ainda podemos acrescentar e segundo FORTIN (1999), “o desenho de investigação é o plano lógico criado pelo investigador com vista a obter respostas válidas às questões de investigação colocadas ou às hipóteses formuladas. É considerada válida a informação que dá do fenómeno em estudo uma imagem clara, permitindo tirar conclusões legítimas”.

Assim, e de acordo com (ALMEIDA e PINTO 1995), “a metodologia será, a organização crítica das práticas de investigação”.

Em suma a fase metodológica “ consiste em precisar como o fenómeno em estudo será integrado num plano de trabalho que ditará as actividades conducentes a realização da investigação”. (FORTIN, 1999).

Este capítulo foi subdividido em três sub-capítulos, de acordo com os assuntos abordados e que consideramos essenciais à planificação do referido estudo. Em primeiro lugar abordaremos o tipo de estudo, seguidamente abordaremos a população em estudo e, por último definimos o método e o instrumento de colheita de dados que será utilizado.

2.1. Tipo de Estudo

Para definir o tipo de estudo em causa há que ter em conta que um paradigma é “ uma forma de se encarar os fenómenos naturais que abrange um conjunto de pressupostos filosóficos e que orienta o método que se tem para o interrogatório” (POLIT 1995, p. 367), ou seja é um conjunto de concepções que o indivíduo possui, como sendo as suas crenças e valores com as quais ele se baseia para viver no seu mundo.

Segundo (FORTIN 1999, p. 373), “ O conjunto de convicções, de valores reconhecidos de técnicas comuns aos membros de uma colectividade científica, que permite ter uma perspectiva particular da realidade e dos acontecimentos”.

São três as questões essenciais a que os paradigmas da investigação dão resposta, e são elas: a questão ontológica, a questão epistemológica e a questão metodológica. Os paradigmas podem ser de dois tipos: positivista e construtivista ou naturalista. Assim a corrente positivista é relativa a métodos quantitativos e a naturalista relativa a métodos qualitativos.

Para CARMO (1998, p. 177), existem algumas diferenças que colocam ambos os paradigmas positivista e construtivista/naturalista, em oposição, assim sendo, enquanto no paradigma positivista a realidade é objectiva e singular o investigador não intervêm nem tem relação com o objecto em estudo, não há enfiamentos e é livre de valores. Para o paradigma construtivista a realidade é subjectiva e múltipla tal como vista pelos intervenientes no estudo, baseia-se em valores e princípios em que o investigador interfere e interage com o objecto em estudo, sendo relativo ao método qualitativo, caracteriza-se por ser informal, pessoal, podendo o percurso ser alterado no decorrer da investigação.

Assim e de acordo com a nossa fundamentação teórica será utilizado o paradigma positivista, procedendo a uma abordagem quantitativa, relativamente à análise das Competências individuais e organizacionais que os enfermeiros devem ter para serem chefes de equipa.

De acordo com o objecto de estudo em causa, o tipo de estudo que mais se adequa a esta investigação, é um **Estudo Descritivo e Exploratório**. Os estudos descritivos

“pretende descrever um fenómeno ou um conceito relativo a uma população, de maneira a estabelecer as características desta população ou de uma amostra desta” (FORTIN 1999, p.162). O estudo exploratório “tem como principal finalidade desenvolver, esclarecer e modificar conceitos e ideias, com vista na formulação de problemas mais precisos ou hipóteses pesquisáveis para estudos posteriores” (GIL 1989, p. 44). Ou seja para este autor, a pesquisa do tipo exploratório tem como objectivo uma visão global sobre um facto específico.

Ainda segundo (GIL 1989, p. 46), “os estudos descritivos tem como principal finalidade, conhecer e clarificar conceitos e ideias, com vista à formulação de problemas mais precisos ou hipóteses mais pesquisáveis para estudos posteriores (...) é realizado especialmente quando o tema escolhido é pouco explorado e torna-se difícil sobre ele formular hipóteses precisas e operacionalizáveis”

GIL (1989, p.46), diferencia ainda a pesquisa do tipo descritivo, como sendo aquela que tem como objectivo, “ levantar as opiniões, atitudes e crenças de uma população”, considera também que as pesquisas descritivas conjuntamente com as exploratórias, são as mais utilizadas pelos pesquisadores que se preocupam com a activação prática.

Por isso, podemos considerar que o investigador inicia a sua pesquisa ao nível exploratório, uma vez que já possui alguns conhecimentos acerca do objecto em estudo que se propõe investigar, para posteriormente descrever o fenómeno.

De acordo com (FORTIN 1999, p. 162),

“O objectivo do estudo descritivo consiste em discriminar os factores determinantes ou conceitos que, eventualmente, possam estar associados ao fenómeno em estudo. São procuradas as relações entre os conceitos a fim de obter um perfil geral do fenómeno”.

De acordo com o controlo das variáveis, consideramos que este estudo é um estudo não experimental, uma vez que estes estudos incluem “situações em que a variável independente é inerentemente não manipulável ou não seria ético manipular-se” (POLIT 1995, p. 110).

Relativamente à dimensão temporal consideramos ser um estudo retrospectivo, pois vai incidir sobre o relembrar de competências individuais e organizacionais em relação

às chefias de equipa. (FORTIN 1999, p.170), em relação a este tipo de estudo diz que “o investigador tenta ligar um fenómeno presente no momento do inquérito a outro fenómeno que lhe foi anterior. Os factos são colhidos à posteriori”.

2.2. Modelo de Análise e Hipóteses de estudo

O Modelo de análise que construímos teve como ponto de partida a leitura de diversos autores que se debruçaram sobre a gestão de competências e competências nos últimos anos.

Como pretendemos identificar as competências tanto a nível individual como organizacional que os enfermeiros devem possuir para chefiar equipas de enfermagem e compreender qual a sua relação entre si, baseamo-nos, na linha conceptual Americana nomeadamente de Spencer e Spencer e McClelland. Também nos baseamos nas publicações do International Council of Nurses, nas determinações emanadas pela ordem dos enfermeiros e na carreira de enfermagem nomeadamente nas funções dos enfermeiros de nível 1 e enfermeiros graduados.

Assim, o nosso modelo de análise tem oito domínios que se podem influenciar entre si. Os domínios de que falamos anteriormente são:

- **Domínio 1 – Competências de Análise e Avaliação**
- **Domínio 2 – Competências de Planeamento e Desenvolvimento de Políticas de Saúde**
- **Domínio 3 – Competências de Comunicação**
- **Domínio 4 – Competências Culturais**
- **Domínio 5 – Competências de Liderança**
- **Domínio 6 – Competências das Ciências de Enfermagem**
- **Domínio 7 – Competências de Gestão**
- **Domínio 8 – Liderança e Formas de Pensamento sobre Competências**

Podemos supor que o domínio 6 (competências das ciências de Enfermagem) corresponde às competências individuais que os enfermeiros após o terminus do seu curso têm adquirido, interpretado e descodificado. E que estas competências podem influenciar: o domínio 2 (competências de planeamento e desenvolvimento de políticas

de saúde), o domínio 3 (competências de comunicação), o domínio 4 (competências Culturais), e o domínio 8 (liderança e formas de pensamento sobre competências), se estas associações apresentarem correlações estatisticamente fortes então poderemos afirmar que as competências das ciências de enfermagem são as competências individuais dos enfermeiros chefes de equipa.

Por outro lado, poderemos também supor que o domínio 7 (competências de gestão) é considerado as competências organizacionais e que estas influenciam: o domínio 3 (competências de comunicação), o domínio 5 (competências de liderança), o domínio 6 (competências das ciências de enfermagem) e o domínio 8 (Liderança e formas de pensamento em competência), e se estas associações apresentarem correlações estatisticamente fortes então poderemos afirmar que as competências de gestão são as competências organizacionais que os enfermeiros chefes de equipa devem de ter.

Esquema nº. 1 – Competências Individuais



Fonte: Autor (Escala de Competências Manuel Frade, 2005)

Esquema nº. 2 – Competências Organizacionais



Fonte: Autor (Escala de Competências Manuel Frade, 2005)

Na Continuação do nosso modelo de análise foram formuladas duas hipóteses que consistem em:

- H1 – Não existem diferenças significativas ao nível dos domínios de competências em termos de características individuais, características sócio-demográficas e profissionais.
- H2 – Os Domínios de Competências não são mutuamente exclusivos no quadro de acção dos Chefes de Equipas.

Quadro nº. 4 – Hipóteses e o seu Estudo

<p>H1 – Não existem diferenças significativas ao nível dos domínios de competências em termos de características individuais, características sócio-demográficas e profissionais.</p>	<p>Estuda o efeito do sexo, chefia de equipa, tipo de horário, habilitações profissionais e categoria profissional nos domínios de competências</p>
<p>H2 – Os Domínios de Competências não são mutuamente exclusivos no quadro de acção dos Chefes de Equipas.</p>	<p>Estuda o perfil de relações entre os domínios das competências do chefe de equipa</p>

Fonte: Autor (Escala de Competências Manuel Frade, 2005)

2.2.1. Variáveis

Assim, de modo a dar continuidade ao estudo a que nos propomos, é importante definir variáveis, baseando-nos na análise teórica que efectuamos anteriormente sem a qual não seria possível obter um trabalho coerente, pois faltar-lhe-ia um fio condutor.

Variável é uma “característica de pessoas, de objectos ou de situações estudadas numa investigação, a que se pode atribuir diversos valores”. FORTIN (1999, p.376). São geralmente elementos chave que surgem da questão de partida, isto é, “todo o

tipo de atributo, dimensão ou conceito susceptível de assumir várias modalidades” (QUIVY 2003, p.217).

Existem vários tipos de classificação das variáveis, de acordo com a sua utilização numa investigação. Para POLIT (1995, p. 26), as variáveis podem ser de vários tipos consoante o estudo em questão, como por exemplo podem ser contínuas, quando “os seus valores podem ser representados em um continuum”, como é o caso do peso e altura. Estas podem ser também consideradas de variáveis categoriais, isto é, “colocam as pessoas em categorias”, como por exemplo o sexo e estado civil.

“As variáveis podem ser classificadas de diferentes maneiras, segundo a sua utilização numa investigação. Algumas podem ser manipuladas, outras controladas. Os tipos de variáveis mais correctamente apresentados nas obras metodológicas são: 1) as variáveis independentes e dependentes, 2) as variáveis atributo, e 3) as variáveis estranhas” (FORTIN 1999, p. 37).

Assim, as variáveis independentes e dependentes são as variáveis ligadas ao estudo, e que se influenciam uma à outra. As variáveis independentes são aquelas que o investigador controla e manipula para medir o seu efeito nas variáveis dependentes. “A variável independente ou explicativa é muitas vezes chamada o tratamento ou a intervenção, ou simplesmente a variável experimental” (FORTIN 1999, p. 37). A variável dependente é aquela que irá sofrer a influência ou o efeito que é esperado pela variável independente, isto é, o comportamento, resultado observado ou a resposta. “A variável dependente é muitas vezes chamada a “variável crítica” ou a “variável explicada”. É de notar que num estudo, pode haver várias variáveis dependentes submetidas ao efeito de uma ou várias variáveis independentes” (FORTIN 1999, p. 37).

No caso do nosso estudo, definimos como variável dependente; “Quais as competências individuais e organizacionais que os enfermeiros devem ter para serem chefes de equipa”, por consequência a esta variável dependente são associados os domínios descritos pelo autor na elaboração da escala de competências:

- **Domínio 1 – Competências de Análise e Avaliação**

- **Domínio 2 – Competências de Planejamento e Desenvolvimento de Políticas de Saúde**
- **Domínio 3 – Competências de Comunicação**
- **Domínio 4 – Competências Culturais**
- **Domínio 5 – Competências de Liderança**
- **Domínio 6 – Competências das Ciências de Enfermagem**
- **Domínio 7 – Competências de Gestão**
- **Domínio 8 – Liderança e Formas de Pensamento sobre Competências**

Que também consideramos como variáveis dependentes do nosso estudo, porque sem estes não conseguiríamos avaliar quais as competências individuais e organizacionais dos enfermeiros.

As variáveis de atributo são variáveis que determinam as características dos sujeitos de um estudo. São geralmente variáveis demográficas como por exemplo a idade, escolaridade, sexo, estado civil, etnia, o rendimento entre outras, também podem ser chamadas de variáveis organismicas. Dependendo das necessidades do estudo, são geralmente escolhidas as variáveis de atributo em função do mesmo. A informação relativa a estas variáveis traça-nos o perfil dos sujeitos da amostra.

As variáveis estranhas, são variáveis que podem causar efeitos inesperados num estudo e também podem modificar os resultados desse mesmo estudo. Este tipo de variáveis está sempre presente em qualquer tipo de estudo e podem influenciar tanto as variáveis dependentes como as independentes.

No que diz respeito às variáveis de atributo, achamos essencial questionar sobre o sexo, idade, estado civil, habilitações profissionais, categoria profissional, tempo de exercício em enfermagem, na instituição e no serviço onde agora presta serviço, exercício de funções como chefe de equipa, tipo de horário.

Torna-se assim importante caracterizar os sujeitos da nossa amostra tendo em mente o estudo que realizamos.

Como variáveis independentes, consideramos: O sexo, chefia de equipa, tipo de horário, habilitações profissionais, e categoria profissional. Algumas destas variáveis também foram consideradas por nós como variáveis de atributo, devido ao facto de deste modo podermos realizar uma caracterização da amostra mais coerente.

2.3. População e Amostra

Após a caracterização dos traços gerais do estudo, consideramos pertinente a definição dos sujeitos sobre quem recairá esta investigação. Por isso definiremos alguns conceitos relacionados e essenciais à justificação da escolha dos sujeitos, que farão parte deste estudo.

FORTIN (1999, p. 373), define população como “conjunto de todos os sujeitos ou outros elementos de um grupo bem definido tendo em comum uma ou várias características semelhantes e sobre o qual assenta a investigação”.

A população alvo dum estudo a realizar é o conjunto de todos os elementos da população que correspondem às condições necessário, de acordo com o estudo para o qual pretendemos generalizar os resultados.

De acordo com FORTIN (1999), a população acessível, é um subconjunto representativo da população alvo, que é constituído por elementos acessíveis ao investigador, e por ser limitado no espaço ou num contexto geográfico.

Finalmente, segundo a mesma autora, a amostra é um subconjunto representativo da população acessível, onde as condições se direccionam no desenho do estudo sendo constituída pelos elementos que serão submetidos à colheita de dados.

Ainda para FORTIN (1999, p. 202),

“A amostra é um subconjunto de uma população ou de um grupo de sujeitos que fazem parte de uma mesma população, (...), de ser representativa da população visada, isto é, as características da população devem estar presentes na amostra seleccionada”.

Relativamente às técnicas de amostragem podemos considerar dois tipos: probabilística e não probabilística. Na amostragem probabilística as amostras de acordo com CARMO (1998, p. 191), “são seleccionadas de tal forma que cada um dos elementos da população tenha uma probabilidade real (conhecida e não nula) de ser incluído na amostra”. Este tipo de amostragem pode ser aleatória simples, estratificada, de cachos, por etapas múltiplas e sistemática. De acordo com o mesmo autor a amostragem não probabilística selecciona as amostras “tendo como base critérios de escolha intencional sistematicamente utilizados com a finalidade de determinar as unidades da população que fazem parte da amostra” (CARMO 1998, p.197). Esta técnica de amostragem pode ser de conveniência, casos muito semelhantes ou muito diferentes, casos extremos, casos típicos, em bola de neve e por quotas.

Assim, definimos que a população alvo do nosso estudo são os enfermeiros que desempenham funções num hospital da região de Lisboa que são 240 enfermeiros; a população acessível, são todos os enfermeiros que desempenham funções num hospital da região de Lisboa, que são 240 enfermeiros; a amostra populacional é todos os enfermeiros que desempenham funções num hospital da região de Lisboa e que responderam ao inquérito por questionário.

Assim, a nossa amostra populacional é composta por 187 enfermeiros que desempenham funções num hospital da região de Lisboa, o que confere 77.92% da população alvo.

Neste sentido, classificamos a nossa amostra como uma amostra não probabilística, e por conveniência, já que a escolha dos sujeitos da amostra foi intencional, e também iremos utilizar segundo CARMO (1998, p.200), “Um grupo de indivíduos que esteja disponível (...) do qual se poderá obter informações preciosas”.

Também não nos podemos esquecer que ao procedermos à escolha de determinada amostra, e de acordo com os objectivos do estudo e condições que os sujeitos têm de



possuir iremos limitar os resultados que daí obtivermos. Pois como CARMO (1998, p. 200), refere “devido ao carácter subjectivo que envolve o processo de selecção (...) não é possível saber-se se os resultados alcançados seriam os mesmos no caso de os elementos da população seleccionada serem todos”.

2.4. Método e Instrumento de recolha de Dados

Ao iniciarmos um estudo, é imprescindível verificar se o tema já foi abordado ou não por outros autores, e ainda que aspectos foram desenvolvidos, bem como alguns autores que já abordaram questões relacionadas com o nosso objecto de estudo.

A perspectiva de DESCOMBE (1998), apresenta sumariamente três finalidades essenciais:

1. Em primeiro lugar, tenta estabelecer o estado de conhecimento existente na área que o investigador se propõe tratar;
2. Em segundo lugar, com base nas teorias que recolheu, permite que o investigador estabeleça perguntas de investigação que permitirão o avanço no conhecimento do tema;
3. Por último, a revisão bibliográfica permite que se evitem investigações idênticas às que foram efectuadas por outros autores anteriormente, ao mesmo tempo que possibilita que se criem as bases necessárias à construção de uma investigação.

Na perspectiva deste autor, todos os trabalhos de investigação deverão começar com uma revisão bibliográfica.

A revisão bibliográfica serve, de acordo com a sua perspectiva, algumas funções essenciais da investigação, como mostrar que o investigador está actualizado e a par dos trabalhos disponíveis realizados na área da sua investigação. Vai identificar o que o investigador considera como assuntos-chave, as questões mais importantes, e

algumas lacunas que se verificam no conhecimento actual sobre a área que está a investigar. Por ultimo e não menos importante, dá a conhecer aos leitores do seu trabalho de investigação quais as teorias e princípios que o influenciaram no estudo realizado.

“O questionário é apenas um instrumento da pesquisa: as suas vantagens metodológicas como, por exemplo, a aptidão para recolher dados homogéneos igualmente susceptíveis dum tratamento estatístico, não devem dissimular os limites epistemológicos; não só constitui a técnica mais económica para apreender os comportamentos normalizados, cujos processos rigorosamente regulados são altamente previsíveis e podem, por conseguinte, ser apreendidos graças à observação sistemática ou à interrogação atenta de alguns informadores privilegiados, como conduz, nos seus usos mais ritualizados, a ignorar este aspecto dos comportamentos e até desvalorizar o projecto de os captar” LIMA (1995 p.103).

Segundo FORTIN (1999), para construir um questionário temos que passar por várias fases:

- **Delimitação da informação pertinente a recolher** – O investigador questiona-se acerca das questões reais que quer perguntar para atingir os objectivos do seu estudo e como é que irá colocar aquelas questões;

- **Formulação das questões** – É importante que as questões estejam formuladas de tal forma que permitam a compreensão de todos os sujeitos, independentemente da sua cultura, educação ou situação circunstancial. É também nesta fase que são escolhidos os tipos de questões a utilizar entre as quais questões fechadas, abertas ou mistas;

- **Estabelecimento da sequência das questões e do seu formato** – A ordem das questões é bastante importante, pois pode ter influência nas respostas dos sujeitos e devem estar agrupadas por temas/dimensões, de preferência começando do geral para o particular;

- **Revisão do esboço do questionário** – Após terminada a redacção do questionário, este deve ser submetido a leitura e posterior discussão e crítica por parte de especialistas capazes de detectar erros possíveis na sua elaboração;

- **Pré-teste do questionário** – É o preenchimento deste por uma pequena amostra cujas circunstâncias sejam iguais à amostra utilizada para o estudo, permitindo assim confirmar a validade, adequação e a fiabilidade das questões;

- **Redacção da introdução e das directrizes** – Após a construção definitiva do questionário, deve ser elaborada uma introdução explicando os objectivos do estudo, o nome dos investigadores, o tempo necessário, e as instruções relativas ao seu preenchimento, e para além disso deve fazer referência a algumas questões éticas como por exemplo a garantia do anonimato, a possibilidade de recusar ou desistir a qualquer momento.

A técnica de recolha de dados no inquérito por questionário é apoiada num conjunto de perguntas, sob uma forma e segundo uma ordem previamente definida e programadas, que são dirigidas a um grupo de indivíduos.

“Para construir um questionário é obviamente necessário saber com exactidão o que procuramos, garantir que as questões tenham o mesmo significado para todos, que os diferentes aspectos da questão tenham sido bem abordados, etc.” GHIGLIONE e MATALON (1995).

2.4.1. Instrumento de Recolha de Dados

O Instrumento elaborado, para a recolha de dados, elaborado pelo autor, foi constituído da seguinte forma: Por uma nota introdutória, na qual apresentamos o tema, bem como um pedido de colaboração aos enfermeiros para que respondessem a todas as questões. Segue-se uma primeira parte de Avaliação Demográfica, seguida da Escala utilizada: Escala de Competências de Manuel Frade. Trata-se de um questionário confidencial e individual. (ANEXO I)

2.4.1.1. Indicadores Sócio-Demográficos e Profissionais

Esta Avaliação Demográfica é constituída por Dez questões, sendo que quatro questões são fechadas:

- Sexo

- Categoria Profissional
- Tipo de Horário
- Funções de Chefe de Equipa

E por seis questões abertas ou semiabertas:

- Idade
- Estado civil
- Habilitações Profissionais
- Tempo de exercício em Enfermagem, na Instituição e no serviço

2.4.1.2. Escala de Competências

A escala de Competências de Manuel Frade é uma escala do tipo Likert para avaliar as Competências Individuais e Organizacionais.

Foi criada a partir de uma cuidada revisão bibliográfica realizada pelo autor, sobre competências individuais e organizacionais em Enfermagem. Também foi realizado um estudo preliminar para auxiliar na elaboração da referida escala. Cada questão que faz parte desta escala é considerada um operante que se correlaciona de forma altamente significativa com a nota global que traduz o conceito que pretendemos medir.

Cada questão pode ser respondida em função de cinco classes de resposta, concretamente: concordo em absoluto, concordo bastante, nem concordo nem discordo, discordo bastante, discordo em absoluto. O valor atribuído às diferentes classes de resposta varia entre um e cinco.

A Escala é constituída por 48 itens, cada item faz parte de um domínio. Nos quadros que se seguem é apresentada a composição de cada domínio.

Quadro nº 5 – Domínio 1 – Competências de Análise e Avaliação

Item
01 – Ensina, Critica e Define problemas
02 – Selecciona e define prioridades relacionadas com os problemas de Enfermagem definidos
03 – Identifica fontes relevantes e apropriadas sobre a recolha de dados e fontes de informação
04 – Avalia a veracidade e procede á comparação dos dados obtidos identificando lacunas e sua origem
05 – Ensina, utiliza e coloca em pratica, princípios éticos e deontológicos relativamente à informação obtida e sua utilização indevida
06 – Interpreta a informação obtida sobre os utentes, tendo em consideração os riscos e os benefícios
07 – Coloca em pratica os dados obtidos, recorrendo a tecnologia de informação e sistemas informáticos

Fonte: Autor (Escala de Competências Manuel Frade, 2005)

Quadro nº 6 – Domínio 2 – Competências de Planeamento e Desenvolvimento de Políticas de Saúde

Item
08 – Recolhe, resume e interpreta a informação relativa a cada utente
09 – Identifica, interpreta e cumpre leis de saúde, regulamentos e políticas relacionadas com a Enfermagem
10 – Procede a articulação das implicações de saúde com as implicações fiscais, administrativas, legais, sociais com a organização hospitalar
11 – Utiliza técnicas actuais na análise da decisão e no planeamento dos cuidados de Enfermagem
12 – Utiliza decisão apropriada no decurso da acção
13 – Desenvolve esquemas para execução dos cuidados de enfermagem, incluindo objectivos, acções e resultados, utilizando as etapas do processo de enfermagem
14 – Desenvolve mecanismos de monitorização e avaliação dos cuidados de enfermagem prestados para verificação da qualidade e eficácia dos mesmos

Fonte: Autor (Escala de Competências Manuel Frade, 2005)

Quadro nº 7 – Domínio 3 – Competências de Comunicação

Item
15 – Comunicação eficaz escrita, oral ou outra
16 - Participa em grupos de trabalho para esclarecimento e resolução de situações específicas
17 – Utiliza os meios ao seu alcance, incluindo novas tecnologias e redes de comunicação para comunicar a informação
18 – Nas comunicações para profissionais em que participa, apresenta eficazmente a informação, conteúdos, dados estatísticos e científicos
19 – Tem uma postura de escuta activa, respeita o ponto de vista dos outros e promove a discussão e a expressão de opiniões e expectativas

Fonte: Autor (Escala de Competências Manuel Frade, 2005)

Quadro nº 8 – Domínio 4 – Competências Culturais

Item
20 – Utiliza métodos apropriados e inter-age de forma sensível, eficaz e profissional com os utentes de qualquer idade, raça, grupo cultural, socio-económico, educacional, étnico, e diferentes estilos de vida
21 - Identifica o papel dos factores culturais, sociais, psicológicos e comportamentais na determinação dos cuidados de enfermagem
22 – Desenvolve e adapta os problemas de cada utente tendo em conta os factores anteriores
23 – Compreende as forças dinâmicas que contribuem para a diversidade cultural

Fonte: Autor (Escala de Competências Manuel Frade, 2005)

Quadro nº 9 – Domínio 5 – Competências de Liderança

Item
24 – Estabelece e mantém relações profissionais com todos os elementos da equipa de saúde e com os utentes, funcionando como mediador
25 - Utiliza a liderança, a coesão da equipa, a negociação e habilidade de resolução de conflitos, para solucionar situações problemáticas
26 – Colabora com os restantes profissionais de saúde para o controle da doença e promoção da saúde
27 – Identifica os recursos necessários e os recursos disponíveis
28 – Desenvolve, implementa e avalia a actuação dos outros profissionais da equipa e procede à sua auto-avaliação, aceita a hetero-avaliação dos outros profissionais e utentes.
29 – Descreve e conhece a missão, os objectivos da instituição hospitalar, bem como do serviço em que está inserido

Fonte: Autor (Escala de Competências Manuel Frade, 2005)

Quadro nº 10 – Domínio 6 – Competências das Ciências de Enfermagem

Item
30 – Identifica as responsabilidades individuais e organizacionais no contexto dos serviços de saúde e as funções essenciais dos profissionais de enfermagem
31 - Define, avalia e compreende o estado de saúde dos utentes, factores que contribuem para a promoção da saúde e prevenção da doença
32 – Compreende o desenvolvimento, a estrutura e a inter-acção histórica dos cuidados de enfermagem
33 – Identifica e utiliza métodos de pesquisa usados nas ciências de enfermagem
34 – Aplica as diferentes ciências: Comportamentais, Sociais, Bioestatística, Epidemiologia, Enfermagem, na prevenção e controle das várias doenças
35 – Identifica e utiliza a evidência científica
36 – Desenvolve pensamento crítico rigoroso

Fonte: Autor (Escala de Competências Manuel Frade, 2005)

Quadro nº 11 – Domínio 7 – Competências de gestão

Item
37 – Desenvolve e apresenta projectos na área das ciências de enfermagem
38 - Desenvolve estratégias para determinar prioridades na gestão de recursos materiais e humanos
39 – Desenvolve relações humanas básicas, na gestão do serviço, motivação dos elementos da equipa e resolução de conflitos
40 – Controla sistemas de informação para colheita e uso de dados para a tomada de decisão

Fonte: Autor (Escala de Competências Manuel Frade, 2005)

Quadro nº 12 – Domínio 8 – Liderança e formas de pensamento sobre competências

Item
41 – Cria uma cultura ética com a organização e os elementos da equipa
42 - Cria valores chave de ajuda e partilha a visão da organização e utiliza estes princípios como guia orientador
43 – Identifica resultados internos e externos que podem ter impacto no serviço em que está inserido (planeamento estratégico)
44 – Facilita a colaboração com grupos internos e externos para assegurar a participação de toda a equipa
45 – Incentiva a equipa na aprendizagem organizacional
46 – Contribui para o desenvolvimento, execução e monitorização de padrões de desempenho organizacional
47 – Utiliza o sistema legal e político para realizar mudanças
48 – Aplica as teorias das estruturas organizacionais à prática profissional

Fonte: Autor (Escala de Competências Manuel Frade, 2005)

Na criação de uma escala unidireccional, é importante que todos os itens sejam capazes de captar aspectos diversos do mesmo atributo e não partes distintas da mesma escala. Neste sentido, embora as questões devam ser diferentes umas das outras é desejável que constituam um conjunto homogéneo (STREINER e NORMAN 1989, p. 44).

O estudo da homogeneidade dos itens da escala elaborada pelo autor foi realizado percorrendo as seguintes etapas:

- Determinação do coeficiente de correlação de Pearson das diversas questões com a nota global;
- Determinação do coeficiente α de Cronbach, tanto para a globalidade dos itens como para o conjunto da escala após irem sendo extraídos um a um. Os vários itens;
- Determinação da matriz de correlação dos diversos itens;

-Comprovação de que os itens seleccionados não são sensíveis a diferenças do grau de instrução, de sexo, de chefia de equipa, Tipo de horário e categoria profissional;

Para avaliar a consistência interna da escala, foi calculado o Coeficiente Alpha de Cronbach que traduz a fidelidade de uma escala, isto é, o grau em que o instrumento é livre de erro aleatório CRONBACH, (1992). Esta medida baseia-se no cálculo das correlações médias entre os itens de um teste. Geralmente considera-se que um coeficiente situado entre 0,7 e 1,0 é um bom valor de consistência interna NUNNALLY, (1978). No Quadro 5 pode verificar-se o valor de Alpha encontrado para as sub-escalas do Questionário de Competências.

Verifica-se que os valores encontrados se situam dentro do intervalo referido anteriormente, variando entre 0,74 e 0,89 Pode, então, afirmar-se que estes valores são bons indicadores da consistência interna deste instrumento.

Quadro 13 – Coeficiente Alpha encontrado para os domínios do Questionário de Competências

Domínios	Coeficiente de Alpha
1. Competências de análise e avaliação	0,846
2. Competências de planeamento e desenvolvimento de políticas de saúde	0,774
3. Competências de Comunicação	0,815
4. Competências Culturais	0,881
5. Competências de Liderança	0,804
6. Competências das Ciências de Enfermagem	0,869
7. Competências de Gestão	0,739
8. Liderança e Formas de Pensamento Sobre Competências	0,899

Fonte: Autor (Escala de Competências Manuel Frade, 2005)

A partir da amostra da população em geral, o coeficiente de α de Cronbach, para todos os itens, apresentou um valor de 0,942. Este valor baixou sempre quando à escala foi excluído alguns dos itens seleccionados, evidenciando-se assim a importância que cada um deles tem como elemento contributivo para uma boa homogeneidade da escala.

A correlação de cada questão com a nota global foi positiva e altamente significativa, tanto quando na nota global esteve incluído ou excluído o item da nota global a correlação verificada nunca foi inferior a 0.20. Estes factos são abonatórios do autor ter conseguido itens que, no seu conjunto, correspondem a uma escala unidireccional capaz de definir um conceito.

Os diversos itens da escala revelaram serem sensíveis, individualmente, a variações de grupos extremos, facto que testemunha a sua capacidade discriminativa.

Em resumo a escala de competências, reúne condições de credibilidade em termos de critérios de homogeneidade, de consistência interna e de estabilidade temporal, assim pode ser definida como uma nova escala psicométrica.

2.5. Implementação do Instrumento de Recolha de Dados

Ao efectuar um estudo em investigação devemos ter sempre em conta as implicações morais e éticas que qualquer tipo de estudo desta natureza, a que se proceda, independentemente da sua extensão, profundidade, tipo de abordagem ou dos traços gerais do estudo, tem aspectos intrínsecos, relacionados com dimensões éticas, uma vez que envolvem indivíduos que, enquanto seres humanos, são possuidores de valores, de crenças, de culturas, de educações e de religiões diferentes.

Assim segundo FORTIN, (1999, p. 128):

“ O investigador deve obter da parte dos potenciais sujeitos um esclarecimento livre. Com este fim os participantes devem receber uma informação compreendendo vários elementos, entre os quais se encontram as finalidades, os objectivos do estudo, os riscos incorridos e a relação riscos-benefícios”.

Refere ainda FORTIN (1999, p. 128) que,

“Os direitos da pessoa devem ser absolutamente protegidos nos protocolos de investigação envolvendo seres humanos. São os direitos à autodeterminação, à intimidade, ao anonimato e à confidencialidade, à protecção contra o desconforto e ao prejuízo, assim como o direito a um tratamento justo e equitativo”.

Por mais importante que seja uma determinada investigação sobre determinado tema, existem valores mais altos que se levantam, que é o valor da vida. Ainda segundo a mesma autora, “existe um limite que não deve ser ultrapassado (...) respeito pela pessoa e à protecção do seu direito de viver livre e dignamente enquanto ser humano (...) viola este direito ou é susceptível de lhe causar prejuízo, é moralmente inaceitável”. FORTIN (1999, p.113).

Ao elaborar este estudo, é nosso propósito tomar todas as disposições necessárias para proteger os direitos e liberdades dos indivíduos que irão participar neste estudo.

A ética contempla aspectos gerais e princípios que abordaremos ao longo deste capítulo, relacionando-os com o nosso estudo.

Temos de ter presente que o sujeito em estudo ao estar envolvido na problemática, é sempre detentor de todo o valor implícito de ser pessoa, sem que possamos invadir a sua privacidade e dignidade que dele são próprias. Este sentir adquire maior significado quando associado à Enfermagem, com o verdadeiro significado do Cuidar, como citado por POLIT (1995, p. 293), que refere “ as exigências éticas, às vezes,

entram em conflito com os rigores do método científico” e nem sempre as condições de ordem ética recebem a atenção que merecem.

No decurso de qualquer fase do processo de investigação poderão surgir problemas e questões éticas, que tê-los presentes, poderá, permitir que alguns deles possam ser evitados. Por isso no decorrer de todo este trabalho existiram aspectos que tivemos sempre em conta no que respeita à protecção dos direitos éticos do enfermeiro, enquanto sujeito da amostra do nosso estudo.

STREUBERT (2002, p. 40), identifica ao longo das fases do problema de investigação, algumas questões éticas que passamos a enumerar:

- Será que o problema em estudo é relevante?
- Será a investigação conduzida para ganho pessoal do investigador, ou será que existe evidência de que, de algum modo, contribuirá para o bem comum?
- Será que o investigador referenciou apenas os artigos que apoiam as suas ideias?
- Será que o consentimento foi dado livremente?
- Será que existe evidência de manipulação de dados para obter os resultados pretendidos?

São estas e outras questões que podem surgir, e deverão ser reflectidas através do bom senso e do conhecimento do investigador, relativamente à investigação e a todo o processo existente por detrás dela e, principalmente em relação aos princípios éticos bem como aos direitos inerentes à pessoa que constitui o sujeito submetido à colheita de dados.

Contudo como já referimos existem aspectos importantes a considerar, no que respeita à protecção dos direitos do doente.

Primeiramente surge o Consentimento Informado, em que todos os sujeitos do nosso estudo, enfermeiros, num hospital da região de Lisboa, têm o direito à “informação adequada quanto à pesquisa; são capazes de compreender as informações e

possuem o poder da livre escolha, o que os capacita a consentir, voluntariamente, a participar da pesquisa ou a recusa-la" POLIT (1995, p. 298).

Relacionado com o consentimento informado está o princípio do respeito pela dignidade humana, que inclui os direitos à autodeterminação e à revelação completa POLIT, (1995, p.297), que determinam que a pessoa deve ser tratada como um sujeito autónomo, capaz de controlar o seu destino, com capacidade de decisão pois deve conhecer todos os aspectos inerentes ao estudo e, sem o risco de se sujeitar a uma penalização ou a ser prejudicada perante qualquer recusa.

A confidencialidade e o anonimato, surgem de seguida relativamente aos sujeitos do nosso estudo, portanto foi garantido aos nossos colegas que irão responder ao nosso questionário, estes direitos. O instrumento de colheita de dados, é anónimo e confidencial, não sendo possível nem ao investigador reconhecer quem foram os participantes no estudo.

Agregados ainda a estes dois direitos encontram-se os princípios da beneficência e da justiça. Ao primeiro princípio está inerente os direitos de isenção de dano e de exploração, que preconizam que nada de prejudicial pode ocorrerem como resultado da investigação ou deixar o sujeito do estudo em desvantagem ou, ainda, expô-lo a uma situação para a qual não esteja preparado. Ao princípio da justiça estão ligados os direitos à privacidade e a um tratamento justo que incluem aspectos como: Assegurar que o estudo não será invasivo e que as informações não serão relatadas a terceiros, mantendo-as no mais absoluto sigilo, a selecção dos sujeitos em estudo deverá processar-se de forma justa e não discriminatória, manter o respeito, sem preconceitos, pelos sujeitos que se recusam a participar no estudo; facultar aos sujeitos intervenientes no estudo todo o esclarecimento que achem necessário sobre o mesmo.

Por ultimo considera-se a interpretação dos dados e o relato das interpretações subjectivas, que pressupõe que os investigadores façam uma leitura sistematizada do trabalho, tantas vezes quantas as necessárias, para manter todos os aspectos que

possam suscitar dúvidas a parte da investigação, portanto o nosso grupo de trabalho terá o cuidado de afastar este tipo de situações.

Uma vez que a nossa escolha para o instrumento de recolha de dados se direccionou para o questionário, não existiu relação directa entre o sujeito em estudo e o investigador, o que permitiu excluir aspectos inerentes a questões que pudessem eventualmente surgir nesse contexto como por exemplo um elevado nível de envolvimento pessoal e emocional que trariam ao estudo um carácter mais subjectivo.

Agora percorrido que está todo este percurso chegou a altura de proceder à implementação do instrumento de colheita de dados, e para isso solicitamos formalmente por escrito a autorização ao Conselho de Administração do Hospital em causa, na carta que enviamos explicamos qual o tema do estudo, a questão de investigação e qual a população onde pretendíamos ver implementado o referido instrumento de colheita de dados, e quais as datas em que pretendíamos fazê-lo. Foi-nos concedida a referida autorização e foi a própria Directora de Enfermagem que informou as enfermeiras chefes dos serviços de que iria ser implementado um inquérito por questionário nos seus serviços. (ANEXO II)

Assim no dia 25 de Julho de 2005, entregamos os questionários às enfermeiras chefes dos serviços que depois os distribuíram pelos enfermeiros que aí prestam serviço. O período de preenchimento dos questionários decorreu entre 25 de Julho e 5 de Setembro de 2005, e o número de questionários que foram entregues foram de 240, tendo sido recebidos 187 questionários dos diversos serviços.

2.6. Tratamento e Análise de Dados

De acordo com a metodologia utilizada, com as variáveis em estudo e tendo como base o enquadramento teórico, o tratamento de dados visa, agora, a organização dos resultados de forma a ser possível encontrar respostas ao problema em estudo (GIL 1989, p. 166).

FORTIN (1999, p. 277), afirma que “ a análise dos dados de qualquer estudo (...) descreve os valores obtidos pelas medidas de variáveis”.

Para investigadores como COOK, citado por CARMO E FERREIRA (1998, p. 183),

“um investigador não é obrigado a optar pelo emprego exclusivo de métodos quantitativos ou qualitativos” até porque “um dos argumentos que apoiam a combinação «de métodos» (...) em um único projecto é o de que eles são complementares, representando palavras e números, as duas linguagens fundamentais da comunicação humana” POLIT e HUNGLER (1995, p.277).

Utilizamos a análise estatística para o tratamento dos dados do inquérito por questionário aplicado, de forma a dar resposta à questão de investigação e aos objectivos por nós inicialmente traçados. “Sem a ajuda da estatística, os dados quantitativos colectados em um projecto de pesquisa constituiriam pouco mais do que uma massa caótica de números” POLIT e HUNGLER (1995, p. 227), razão pela qual os dados que foram por nós obtidos nos inquéritos por questionário foram organizados em tabelas e gráficos, visando “reduzir, resumir, organizar, avaliar, interpretar e comunicar a informação numérica” POLIT e HUNGLER (1995, p.227). Assim utilizamos os programas informáticos SPSS versão 13 e EXCEL 2003, nos quais a análise foi efectuada por meio da estatística descritiva, correlacional, comparativa e factorial utilizando nomeadamente o calculo da média e desvio padrão e á apresentação de frequências e percentagens de resposta. Foi Também utilizado o calculo do coeficiente de correlação de Pearson, o teste t-student, a análise de variância e a análise factorial com a utilização da rotação de varimax.

2.7. Limites do Estudo

No decorrer deste estudo de investigação deparámo-nos com algumas limitações, como: A escassa base teórica que encontramos relativamente ás organizações de saúde, competências em enfermagem, à gestão de competências em enfermagem e gestão do conhecimento, assim como a dificuldade com que nos deparamos para realizar o instrumento de recolha de dados, pelo facto de existirem diversas organizações que emanam directrizes sobre a enfermagem. Outra das limitações sentidas foi o pouco conhecimento do SPSS para realizar o tratamento de dados. É de

referir que este trabalho de investigação decorre em concomitantemente com a actividade profissional, facto esse que provocou uma limitação do tempo disponível.

Este estudo na sua plenitude, como um estudo de caso que é, é limitativo por não se poder extrapolar dados para a generalidade dos enfermeiros chefes de equipa. Somente podemos afirmar nas nossas conclusões que estes dados são verdade para estes inquiridos.

3. APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS

Este capítulo está dividido em duas grandes partes. Numa primeira parte apresentamos a caracterização da amostra populacional por meio de análise estatística descritiva das variáveis de atributo relativamente aos sujeitos da amostra populacional. Os resultados são apresentados por meio de gráficos e tabelas para melhor visualização e interpretação.

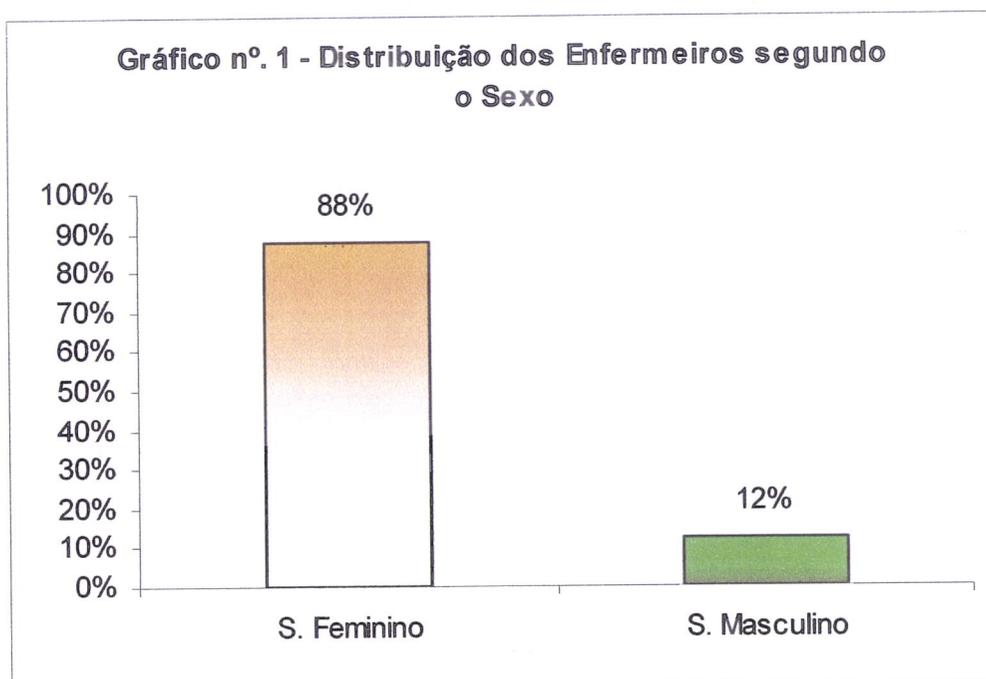
Na segunda parte apresentamos os resultados obtidos, com vista a responder aos objectivos inicialmente traçados por nós, em complementaridade, para melhor compreender o nosso estudo fizemos uma análise comparativa recorrendo ao teste t-student e análise de variância para algumas das variáveis independentes.

Também com o mesmo objectivo, anteriormente referido, realizamos uma análise correlacional entre as variáveis independentes e os diferentes factores que avaliam as competências em Enfermagem, através da correlação de Pearson e por fim para comprovarmos a nossa segunda hipótese utilizamos a análise factorial com utilização da rotação de varimax.

3.1. Caracterização dos Inquiridos

A amostra utilizada nesta investigação é composta por um total de 187 enfermeiros.

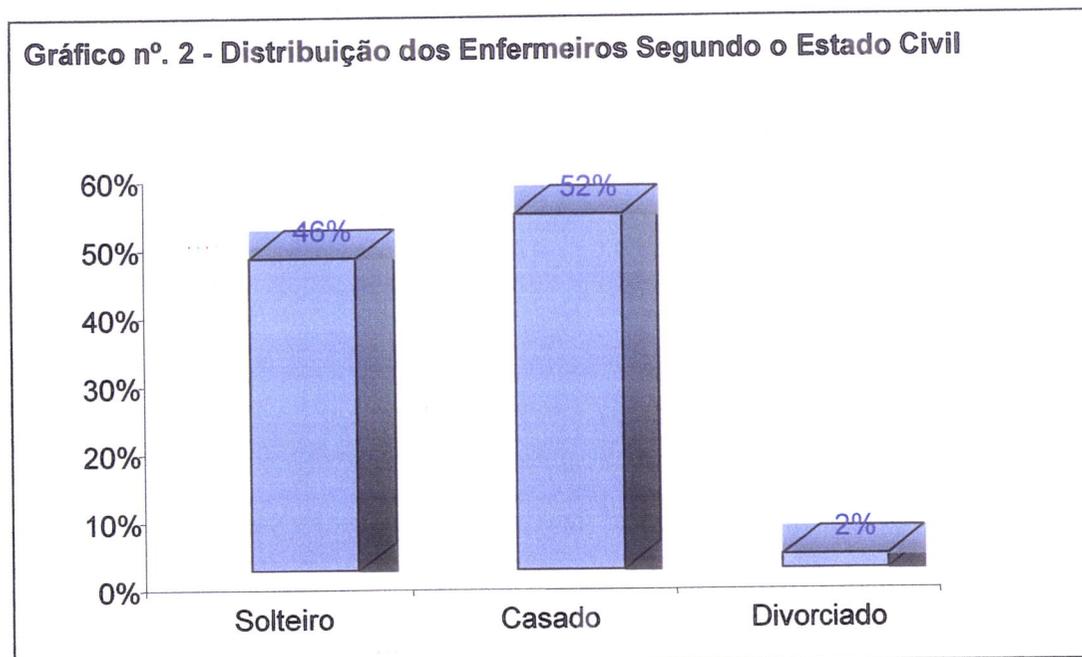
No que respeita ao **sexo**, podemos observar, que a amostra estudada é maioritariamente feminina na qual 165 elementos (88%) são do sexo feminino e apenas 22 pertencem ao sexo masculino (12%). Este resultado vem confirmar o que ainda hoje, por questões históricas é uma realidade na profissão de Enfermagem, uma vez que, desde há milhares de anos que as mulheres se dedicam à prática dos cuidados de suporte à vida. Durante séculos as mulheres praticaram uma medicina sem qualquer tipo de diploma, este tipo de cuidados era reconhecido como um facto social desde a antiguidade quando se deu a divisão sexual das tarefas entre homens e mulheres e que perdura até aos nossos dias. A representação gráfica desta distribuição pode ser observada no Gráfico nº.1 e Quadro nº. 14 (ANEXO III).



Fonte: Autor (Escala de Competências Manuel Frade, 2005)

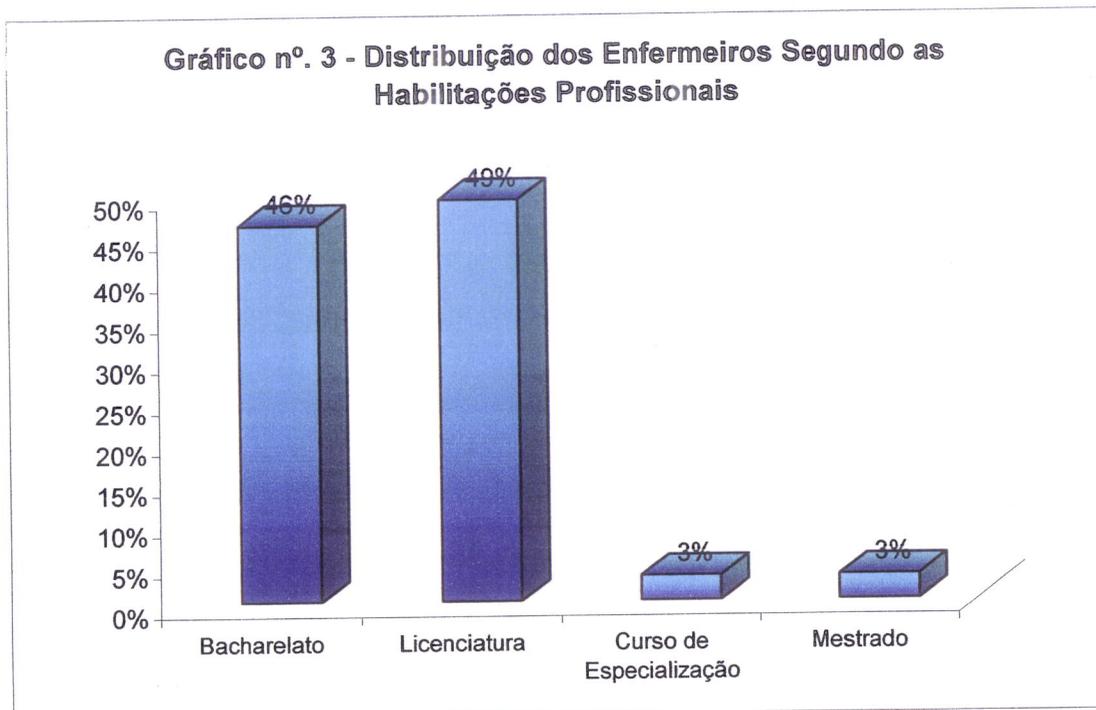
A média de **Idade** encontrada para o conjunto da amostra é de 34 anos, variando entre os 21 e os 55 anos ($M = 34,2$; $DP=7,78$; mínimo = 21; máximo = 55). Consideramos que os indivíduos que compõem a nossa amostra se encontram num escalão etário médio de jovens adultos, o que pode levar a uma maior maturidade e ponderação nas respostas.

Dos 187 enfermeiros inquiridos, verifica-se que a maioria são casados (52%), apesar da percentagem de solteiros ser igualmente relevante nesta amostra (46%), como se pode verificar no Gráfico n.º. 2 e Quadro n.º. 15 (ANEXO IV)



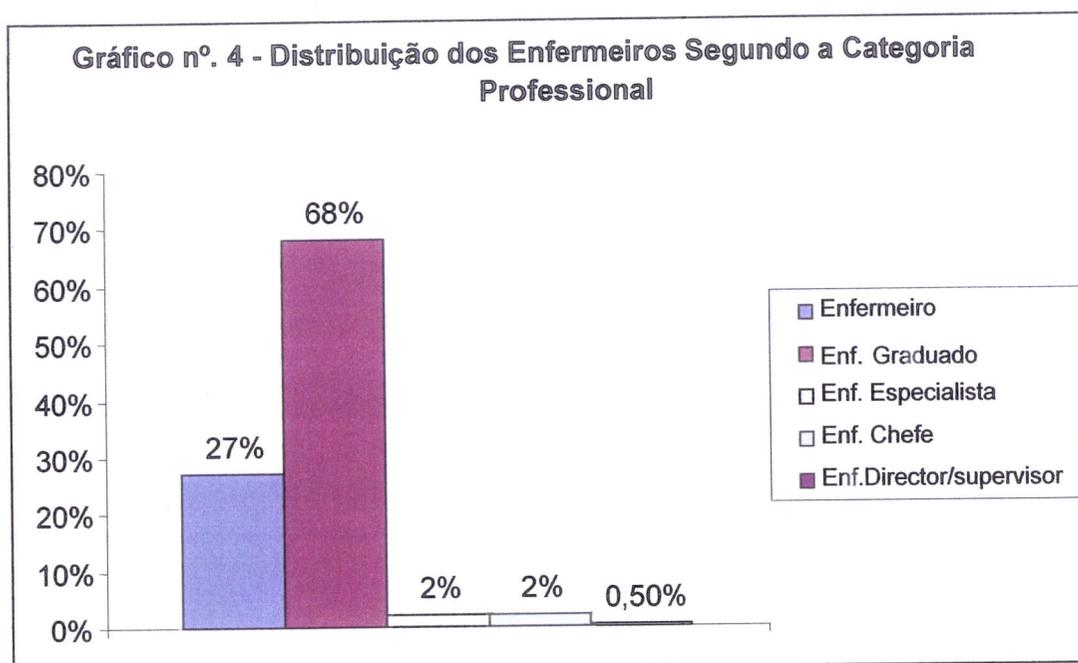
Fonte: Autor (Escala de Competências Manuel Frade, 2005)

A partir da leitura do Gráfico nº. 3 e do Quadro nº. 16 (ANEXO V), podemos observar a caracterização da amostra quanto às **habilitações profissionais**. Verificamos que 46% dos inquiridos possui um Bacharelato em Enfermagem. Enquanto que 49% possuem o Curso Superior de Enfermagem, sendo este o grupo mais significativo, nestes últimos estão incluídos quer os indivíduos que actualmente terminam o Curso Superior de Enfermagem, bem como os Enfermeiros que já terminaram o Curso de Complemento de Formação em Enfermagem, estão ainda aqui incluídos os Enfermeiros que realizaram cursos de nível superior. Apenas 3% têm como habilitações profissionais o Curso de Estudos Superiores Especializados em Enfermagem este facto deve-se a que nos últimos anos os Cursos de Estudos Superiores Especializados em Enfermagem, também actualmente designados de Cursos Pós Licenciatura, terem sofrido um interregno, tendo no presente ano, o ministério da educação, retomado os referidos cursos facto que pensamos vir a resolver este tipo de situação num futuro próximo. Encontra-se uma percentagem de 3% dos inquiridos que têm habilitações do nível do Curso de Mestrado, o que vem demonstrar que os enfermeiros apresentam pouco interesse neste momento em continuar estudos de nível superior obtendo assim, conhecimentos científicos mais aprofundados.



Fonte: Autor (Escala de Competências Manuel Frade, 2005)

Relativamente à **categoria profissional**, há a registar uma percentagem de 68% de inquiridos que são enfermeiros graduados, este facto encontra-se relacionado com a média de idades e de anos de exercício profissional desta amostra. Uma percentagem de 27% que se encontram na categoria profissional “Enfermeiro”. Apenas 2% são “Enfermeiros Chefe” e 2% são “Enfermeiros Especialistas”, facto pode estar associado às causas anteriormente referidas, de não existirem já há alguns anos cursos de especialização em enfermagem, 0,5% são enfermeiros supervisores/Director, como se pode confirmar no Gráfico nº. 4 e do Quadro nº. 17(ANEXO VI).



Fonte: Autor (Escala de Competências Manuel Frade, 2005)

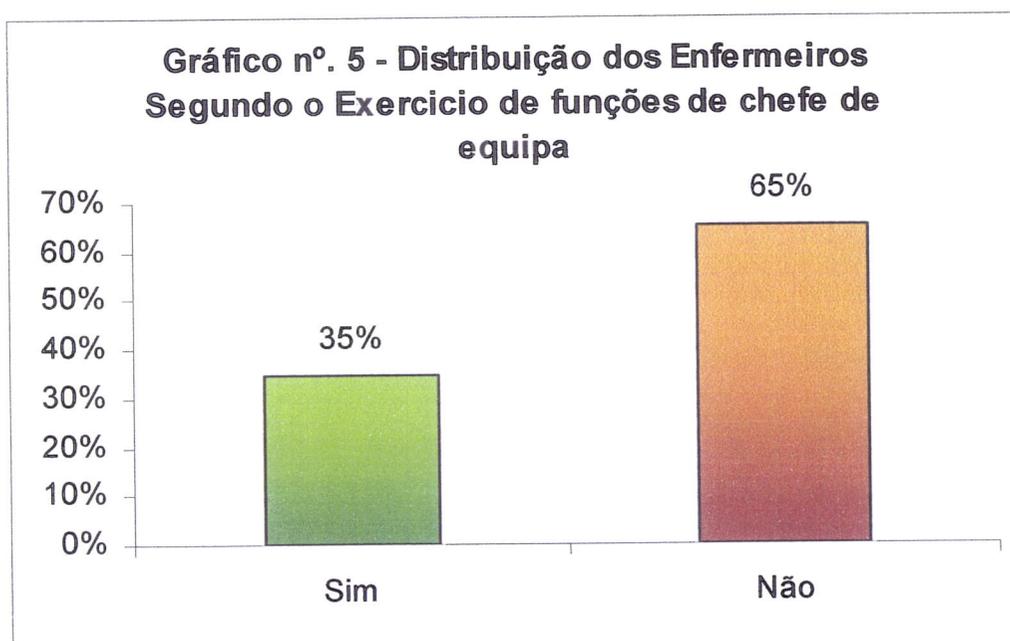
Caracterizando agora o tempo de exercício profissional, podemos verificar que em relação ao tempo de exercício em enfermagem se verifica que este situa-se em média nos 11,2 anos variando entre 1 e 36 anos ($M = 11,2$; mínimo = 1,0; máximo = 36,). Relativamente ao tempo de permanência na instituição, este varia entre 1 e 26 anos, registando-se uma média de 10,1 anos ($M = 10,1$; mínimo = 1,00; máximo = 26). Por fim em relação ao tempo de exercício no mesmo serviço é em média de 7,78 anos, sendo o mínimo de um ano e o máximo de 25 anos ($M = 7,78$; mínimo = 1,00; máximo = 25) como podemos observar no Quadro nº. 18.

Quadro nº. 18 – Distribuição dos Enfermeiros Segundo o Tempo de exercício em Enfermagem, na Instituição e no Serviço

Tempo de exercício ...	Enfermeiros (N=187)		
	Média (anos)	Mínimo (anos)	Máximo (anos)
em Enfermagem	11,2	1	36
na Instituição	10,1	1	26
No Serviço	7,78	1	25

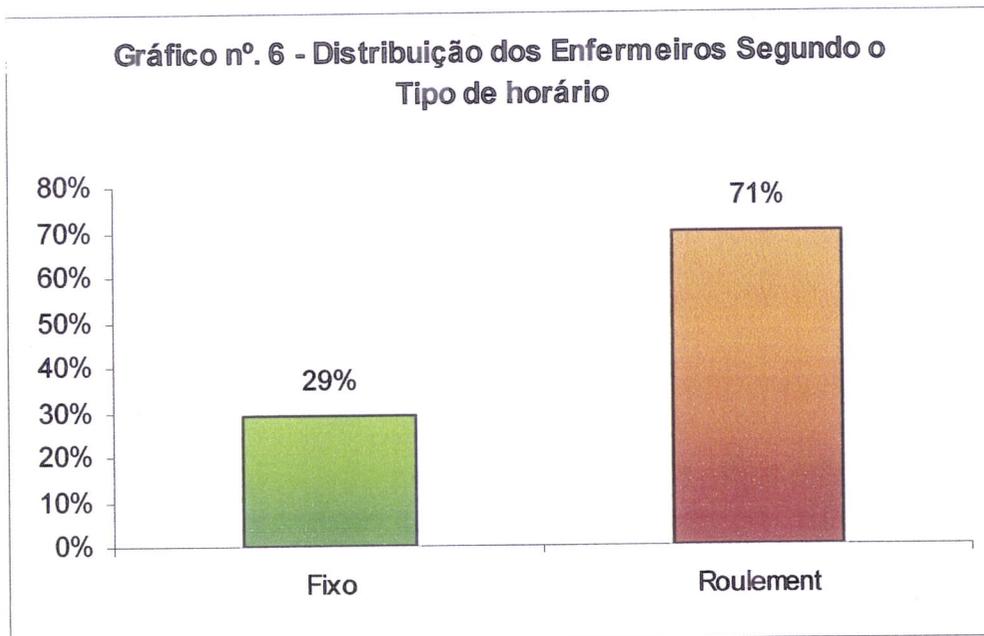
Fonte: Autor (Escala de Competências Manuel Frade, 2005)

De acordo com os dados recolhidos através do inquérito por questionário, podemos verificar que apenas 65 enfermeiros (35%) exercem funções de chefe de equipa. A maioria, constituída por 122 enfermeiros (65%) não exerce este tipo de funções. Como é do conhecimento da generalidade dos enfermeiros as chefias de equipa, são uma escolha dos chefes de serviço. As chefias de equipa de Enfermagem incidem nomeadamente nos elementos com mais anos de serviço e mais experiência profissional, indiferentemente das suas competências e que o seu perfil seja o mais adequado para chefiar. Gráfico 5 e o Quadro nº. 19 (ANEXO VII)



Fonte: Autor (Escala de Competências Manuel Frade, 2005)

Em relação ao tipo de horário, verifica-se que apenas 29% (Fi=54) dos inquiridos têm horário fixo. A maioria com 71% (Fi=133) pratica o horário de roulement (Gráfico nº. 6 e o Quadro nº. 20 (ANEXO VIII)). Também neste caso os chefes de equipa praticam horário de roulement, e é nos turnos da tarde e noite e fins de semana que a sua acção se torna mais importante porque é nesses turnos que tem que substituir a chefe de serviço com a tomada das decisões que se mostrem necessárias.



Fonte: Autor (Escala de Competências Manuel Frade, 2005)

3.2. Resultados Obtidos: A Enfermagem e o Perfil da Gestão das Competências

Para a análise dos dados recolhidos, e sem perder de vista os objectivos da presente investigação, que são de identificar e caracterizar as competências individuais e organizacionais que os enfermeiros devem ter para ser chefes de equipa – De seguida será apresentada a análise descritiva dos resultados, que dará resposta ao problema que rege o presente estudo. Esta análise descritiva irá incidir em primeiro lugar na apresentação das medidas de tendência central obtidas para cada um dos domínios avaliados pelo Questionário de Competências, procedendo-se posteriormente a uma análise mais fina, domínio a domínio, analisando os mesmos índices estatísticos para os itens constituintes de cada domínio. Será depois efectuada uma análise correlacional para verificar a relação entre estas variáveis e em complemento apresentar-se-á uma análise comparativa com o fim de estabelecer se variáveis demográficas como o sexo ou as habilitações profissionais implicam diferentes avaliações de competências.

No final desta demonstração de resultados, realizaremos uma análise factorial através do método de rotação varimax com normalizador de Kaiser e calculamos o α -Cronbach, para demonstrar a fidelidade de cada factor e por ultimo definir o perfil ideal

para o enfermeiro ser chefe de equipa.

- **Identificar e caracterizar as competências individuais dos Enfermeiros chefes de equipa dum hospital da região de Lisboa;**
- **Identificar e caracterizar as competências organizacionais que os Enfermeiros devem ter para serem chefes de equipa;**

Para verificar quais as competências individuais, bem como organizacionais que os enfermeiros devem apresentar para serem chefes de equipa, na amostra de enfermeiros em estudo, recorreu-se a medidas de tendência central. O Quadro 21 apresenta o valor das Médias, Desvios-Padrão, Valor Mínimo e Valor Máximo encontrados para a amostra na sua globalidade, nas diferentes sub-escalas do Inquérito por Questionário de Competências.

Salienta-se da observação do Quadro 21 que, os domínios Liderança e Formas de Pensamento sobre Competências ($M = 2,03$; $d.p. = 0,627$; mínimo = 1,00; máximo = 3,63; $N = 187$) e Competências de Gestão ($M = 1,98$; $d.p. = 0,610$; mínimo = 1,00; máximo = 4,00; $N = 187$), apresentam os valores de média mais elevados. Por motivos opostos, o domínio Competências de Liderança merece também ser mencionado, uma vez que esta dimensão é a que regista os valores mais baixos quando se considera a totalidade da amostra utilizada neste estudo ($M = 1,63$; $d.p. = 0,491$; mínimo = 1,00; máximo = 3,00; $N = 187$). As Competências Individuais são aquelas que se relacionam com a acção, são avaliadas como um bom desempenho relativamente a um determinado padrão, em que se espera que o enfermeiro chefe de equipa consiga definir, avaliar e compreender qual o estado de saúde dos utentes do serviço em que se encontra inserido e ainda consegue por si só compreender quais os factores necessários para promover a saúde dos referidos utentes, bem como para prevenir a doença. Este facto vem de encontro ao que GILBERT e PARLIER, definem como competências, uma vez que eles entendem que competência designa “um conjunto de conhecimentos, capacidades de acção e comportamentos, estruturados em função de um objectivo numa determinada situação”.

É ainda de relevante importância que estes enfermeiros para identificarem os problemas de saúde dos utentes, utilizem métodos de pesquisa usados nas ciências

de enfermagem, bem como a utilização da evidência científica e do pensamento crítico que deverá ser rigoroso (avaliadas pelo Domínio 6 – M=1,87). As competências individuais, são avaliadas de forma mais positiva do que as Competências Organizacionais que são aquelas que demonstram a capacidade que cada indivíduo possui para combinar, envolver e integrar os vários recursos ao seu alcance para obter os resultados esperados.

Neste campo é importante que o enfermeiro chefe de equipa desenvolva relações humanas de qualidade enquanto se encontra na chefia do serviço que lhe permita motivar os restantes elementos prestadores de cuidados de enfermagem e ao mesmo tempo consiga uma adequada gestão quer do serviço quer de conflitos. (avaliadas pelo Domínio 7 – M=1,98). É, contudo, de salientar que o Domínio 7 (Competências de Gestão) é aquele que obtém os valores médios mais elevados correspondendo a uma avaliação mais negativa deste domínio por parte dos inquiridos.

Quadro 21 – Média e Desvio Padrão para os domínios do Questionário de Competências

Domínios	Mínimo	Máximo	M	DP
1. Competências de análise e avaliação	1,00	3,10	1,77	0,481
2. Competências de planeamento e desenvolvimento de políticas de saúde	1,00	3,43	1,90	0,543
3. Competências de comunicação	1,00	3,40	1,80	0,557
4. Competências Culturais	1,00	3,50	1,72	0,576
5. Competências de Liderança	1,00	3,00	1,63	0,491
6. Competências das ciências de enfermagem	1,00	3,29	1,87	0,555
7. Competências de Gestão	1,00	4,00	1,98	0,610
8. Liderança e formas de pensamento sobre competências	1,00	3,63	2,03	0,627

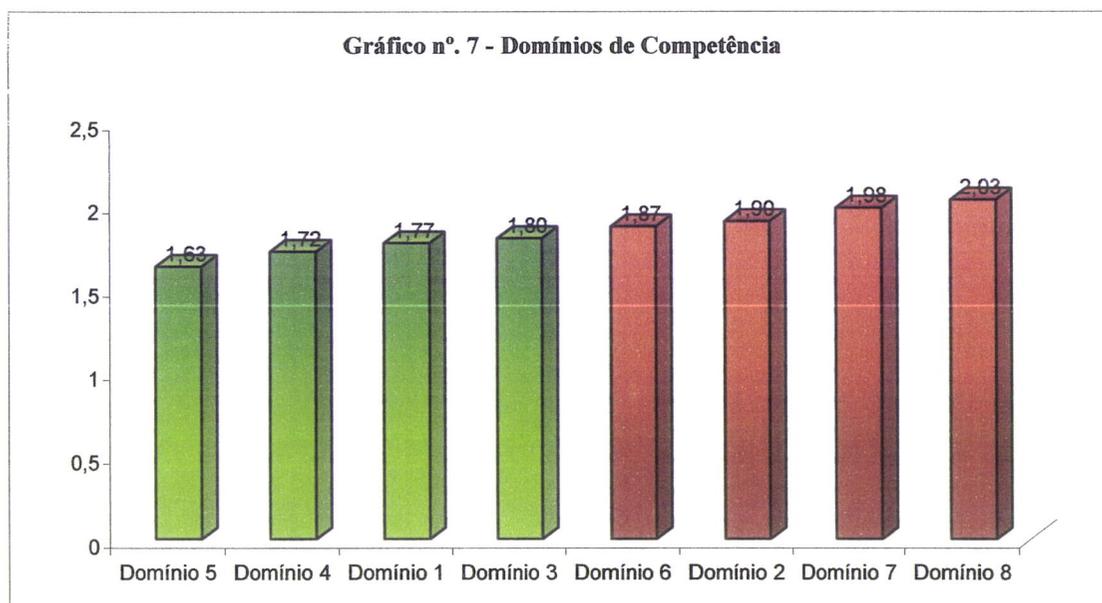
Fonte: Autor (Escala de Competências Manuel Frade, 2005)

No Gráfico nº. 7 Podemos observar por ordem crescente do valor médio obtido os vários domínios considerados. Verificamos então que as Competências de Liderança (Domínio 5) são aquelas mais valorizadas pelos inquiridos para o exercício de funções de chefia. Seguem-se a essa as Competências Culturais (Domínio 4), as Competências de Análise e Avaliação (Domínio 1) e as Competências de Comunicação (Domínio 3). Pelo contrário aquelas que recebem uma avaliação mais negativa são, por ordem crescente, Competências das Ciências de Enfermagem (Domínio 6), Competências de Planeamento e Desenvolvimento de Políticas de Saúde (Domínio 2), Competências de Gestão (Domínio 7) e Liderança e Formas de Pensamento sobre Competências (Domínio 8).

Assim poderemos afirmar que segundo os resultados obtidos com este estudo, o perfil mais adequado para os enfermeiros chefes de equipa deveria basear-se em competências de liderança, culturais, de análise e avaliação e de comunicação.

O Enfermeiro chefe de equipa para este grupo de inquiridos é mais um mediador e alguém que deve avaliar correctamente a situação e tomar decisões em conformidade, sempre de acordo com as orientações do enfermeiro chefe de serviço bem como da instituição na qual se encontra inserido.

Podemos também afirmar que as competências referidas nos domínios 2 (Competências de Planeamento e Desenvolvimento de Políticas de Saúde), 6 (Competências em Ciências de Enfermagem), 7 (Competências de Gestão) e 8 (Liderança e Formas de Pensamento sobre Competências), são para este grupo de inquiridos, competências que já devem estar adquiridas e plenamente interiorizadas pelos enfermeiros chefes de equipa.



Fonte: Autor (Escala de Competências Manuel Frade, 2005)

3.2.1. Domínio 1 – Competências de análise e avaliação

Dentro das Competências de análise e avaliação (Quadro 22), os enfermeiros inquiridos escolhem a opção “Selecciona e define prioridades relacionadas com os problemas de Enfermagem definidos” (item 2) como a mais importante (M=1,52; DP=0,580; mínimo=1; máximo=3). Isto porque como é preconizado no desempenho com qualidade é importante a existência de um sistema de informação que apoie a tomada de decisão e que garanta uma racional afectação dos meios e que permita também a avaliação dos resultados obtidos. O item 1 surge em segundo lugar na ordem dos aspectos mais importantes deste domínio “Ensina, critica e define problemas” (M=1,58; DP=0,557; mínimo=1; máximo=3), Este é um ponto de crucial importância para a enfermagem, uma vez que dos conhecimentos e ensinamentos transmitidos pelos enfermeiros aos utentes, depende muitas vezes o sucesso das intervenções efectuadas, isto vem de encontro ao que é definido pelo dec. -lei que regula a carreira de enfermagem. No pólo oposto surgem os itens 7 “Coloca em pratica os dados obtidos, recorrendo a sistemas e tecnologias de informação” (M=2,04; DP=0,772; mínimo=1; máximo=4) e o item 4 “Avalia a veracidade e procede à comparação dos dados obtidos identificando lacunas e sua origem” (M=2,00; DP=0,718; mínimo=1; máximo=4). Estes dois itens foram menos valorizados pelos enfermeiros, embora constem como áreas de actuação na carreira de enfermagem, mas os enfermeiros inquiridos de mostram dar mais importância á área técnica (saber fazer) do que á área teórica em enfermagem (saber), No entanto como sabemos competência implica a aplicação do saber e do saber fazer numa prática na qual o suporte teórico é importante e reconhecido. Isto irá conduzir invariavelmente a uma maior motivação pelo que deste modo a procura de respostas para as dificuldades irá revelar-se como mais uma oportunidade de aprendizagem. Assim isso é a procura de novos métodos, novas fórmulas de desenvolvimento profissional baseadas num suporte conceptual.

Quadro nº. 22 – Média e Desvio Padrão para o Domínio 1 e itens constituintes

Competências de análise e avaliação	Mínimo	Máximo	M	DP
1 – Ensina, critica e define problemas	1	3	1,58	0,557
2 – Selecciona e define prioridades relacionadas com os problemas de Enfermagem definidos	1	3	1,52	0,580
3 – Identifica fontes relevantes e apropriadas sobre a recolha de dados e fontes de informação	1	5	1,89	0,706
4 – Avalia a veracidade e procede á comparação dos dados obtidos identificando lacunas e sua origem.	1	4	2,00	0,718
5 – Ensina, utiliza e coloca em prática, princípios éticos e deontológicos relativamente à informação obtida.	1	3	1,71	0,632
6 – Interpreta a informação obtida sobre os utentes, tendo em consideração os riscos e os benefícios da mesma	1	4	1,71	0,683
7 – Coloca em pratica os dados obtidos, recorrendo a sistemas e tecnologias de informação	1	4	2,04	0,772
Total	1	3,10	1,77	0,481

Fonte: Autor (Escala de Competências Manuel Frade, 2005)

Para verificarmos e comprovarmos a veracidade deste domínio, realizamos o teste de Friedman, que nos vai classificar cada item numa escala de nível, ou seja, vai ordenar do item com maior peso para o item de menor peso. Assim e de acordo com o quadro nº 23, no qual se verifica e confirma que os itens mais valorizados pelos enfermeiros correspondem nesta ordenação aos itens com menor classificação e que são estatisticamente significativos para um qui-quadrado = 150,810; df = 6; e p = 0,000. Deste modo podemos concluir a veracidade da estatística descritiva deste item.

Quadro nº. 23 – Teste de Friedman do Domínio 1

Item	Média da Posição
Item 2	3,299465179
Item 1	3,446524143
Item 6	3,786096334
Item 5	3,834224701
Item 3	4,323529243
Item 4	4,628342152
Item 7	4,681818008

3.2.2. Domínio 2 – Competências de planeamento e desenvolvimento de políticas de saúde

O item 12 “Utiliza decisão apropriada no decurso da acção” (M=1,71; DP=0,651; mínimo=1; máximo=3), o item 11 “Utiliza técnicas actuais na análise de decisão e planeamento dos cuidados de Enfermagem” (M=1,77; DP=0,737; mínimo=1; máximo=5) e o item 8 “Recolhe, resume e interpreta a informação relativa a cada utente” (M=1,78; DP=0,713; mínimo=1; máximo=4) são aqueles que são percebidos como os mais importantes no Domínio 2 – Competências de planeamento e desenvolvimento de políticas de saúde.

Mais uma vez, os itens considerados pelos enfermeiros como mais importantes, são itens da área do saber fazer e não do saber ser ou do saber. Isto vem de encontro ao que Boterf nos refere em seus trabalhos em que entende que existem três categorias de recursos que tornam possível a construção das competências.

De destacar ainda o item 10 “Procede à articulação das implicações de saúde com as implicações fiscais, administrativas, legais e sociais, com a organização hospitalar”, visto distanciar-se em valor médio das restantes afirmações que constituem esta sub-escala (M=2,26; DP=0,966; mínimo=1; máximo=5). É o item 10, aquele que é escolhido como o menos significativo para as competências em avaliação neste domínio. Este item ao ser o menos pontuado vem corroborar o que se tem vindo a afirmar anteriormente e de acordo com o autor atrás citado, este item encontra-se na área do saber, mais especificamente, na área do saber teórico, isto é, que vai englobar diversos conceitos, conhecimentos teóricos, organizacionais e racionais. Mitrani et. al.,

preconizam competências genéricas das quais podemos destacar as competências de influência mais especificamente o sentido da organização que consiste na capacidade de compreender e utilizar a compreensão política no seio da organização.

Quadro nº. 24 – Média e Desvio Padrão para o Domínio 2 e itens constituintes

Competências de planeamento e desenvolvimento de políticas de saúde	Mínimo	Máximo	M	DP
8 – Recolhe, resume e interpreta a informação relativa a cada utente	1	4	1,78	0,713
9 – Identifica, interpreta e cumpre leis de saúde, regulamentos e políticas relacionadas com a Enfermagem	1	4	1,89	0,750
10 – Procede à articulação das implicações de saúde com as implicações fiscais, administrativas, legais e sociais, com a organização hospitalar	1	5	2,26	0,966
11 – Utiliza técnicas actuais na análise de decisão e planeamento dos cuidados de Enfermagem	1	5	1,77	0,737
12 – Utiliza decisão apropriada no decurso da acção	1	3	1,71	0,651
13 – Desenvolve esquemas para a execução dos cuidados de Enfermagem, incluindo objectivos, acções e resultados, utilizando as etapas do processo de Enfermagem	1	5	1,89	0,792
14 – Desenvolve mecanismos de monitorização e avaliação dos cuidados de enfermagem prestados para a verificação da qualidade e eficácia dos mesmos.	1	5	1,98	0,845
Total	1	3,43	1,90	0,543

Fonte: Autor (Escala de Competências Manuel Frade, 2005)

Também neste caso e para comprovarmos a veracidade deste domínio, realizamos igualmente o teste de Friedman, que nos classificou cada item numa escala de nível, ou seja, ordenou do item com maior peso para o item de menor peso. Assim e de acordo com o quadro nº 25, verificamos e confirmamos que os itens mais valorizados pelos enfermeiros correspondem nesta ordenação aos itens com menor classificação e que são estatisticamente significativos para um qui-quadrado = 79,021; df = 6; e p = 0,000. Deste modo podemos concluir a veracidade da estatística descritiva deste item.

Quadro nº. 25 – Teste de Friedman ao Domínio 2

Item	Média da Posição
Item 12	3,553475857
Item 11	3,673796892
Item 8	3,729946613
Item 13	3,957219362
Item 9	4,098930359
Item 14	4,171123028
Item 10	4,815507889

Fonte: Autor (Escala de Competências Manuel Frade, 2005)

3.2.3. Domínio 3 – Competências de Comunicação

Como competências de comunicação mais importantes os enfermeiros inquiridos escolhem a capacidade de “Comunicação eficaz escrita, oral ou outra” (item 15) (M=1,58; DP=0,629; mínimo=1; máximo=3) e o item 19 “Tem uma postura de escuta activa, respeita o ponto de vista dos outros, promove a discussão e a expressão de opiniões e expectativas” (M=1,58; DP=0,612; mínimo=1; máximo=3), ao escolherem estes itens como os mais significativos, os enfermeiros inquiridos vão de encontro ao que é referido por diversos autores sobre comunicação em que esta é muito importante para a satisfação das necessidades humanas básicas, pelo que sem comunicação elas estariam comprometidas, referem ainda que é indissociável da vida em sociedade e por isso indispensável para o estabelecimento de relações sócio-afectivas. Assim é considerado um pilar extremamente forte no relacionamento humano pelo simples facto de nos permitir relacionar, transmitir ideias e sentimentos e ainda pela sua presença em todos os momentos e actividades em qualquer grupo profissional ou organização. Neste contexto, a enfermagem como grupo necessita de uma comunicação eficaz para o estabelecimento de relações. As questões que não implicam uma atitude tão próxima entre a chefia e outros são aqueles que obtêm as avaliações mais negativas nesta amostra (Quadro nº. 26). Como se verifica uma vez mais, todas as competências que não impliquem o exercício directo da profissão são menos valorizadas por este grupo de inquiridos. Para além de pensarem que se deve promover a discussão e a expressão de opiniões, quando se trata de participar por exemplo em grupos de trabalho multidisciplinares para resolução de situações

relacionadas com os utentes ou demonstração de resultados de trabalhos científicos, essa discussão ou expressão de opiniões fica muito diminuída.

Quadro nº. 26 – Média e Desvio Padrão para o Domínio 3 e itens constituintes

Competências de Comunicação	Mínimo	Máximo	M	DP
15 – Comunicação eficaz escrita, oral ou outra	1	3	1,58	0,629
16 – Participa em grupos de trabalho para esclarecimento e resolução de situações específicas do utente	1	5	2,01	0,849
17 – Utiliza os meios ao seu alcance, incluindo novas tecnologias e redes de comunicação para transmitir informação	1	5	1,90	0,763
18 – Nas comunicações em que participa, apresenta eficazmente a informação, conteúdo, dados estatísticos e científicos	1	5	1,98	0,796
19 – Tem uma postura de escuta activa, respeita o ponto de vista dos outros, promove a discussão e a expressão de opiniões e expectativas	1	3	1,58	0,612
Total	1	3,40	1,80	0,557

Fonte: Autor (Escala de Competências Manuel Frade, 2005)

Também neste domínio foi verificada e comprovada a sua veracidade, ao realizar-mos o teste de Friedman, que nos classificou cada item numa escala de nível, ou seja, ordenou do item com maior peso para o item de menor peso. Assim e de acordo com o quadro nº 27, verificamos e confirmamos que os itens mais valorizados pelos enfermeiros correspondem nesta ordenação aos itens com menor classificação e que são estatisticamente significativos para um qui-quadrado = 102,072; df = 4; e p = 0,000. Deste modo concluímos a veracidade da estatística descritiva deste item.

Quadro nº. 27 – Teste de Friedman ao Domínio 3

Item	Média da Posição
Item 15	2,542780638
Item 19	2,564171076
Item 17	3,187165737
Item 18	3,342246056
Item 16	3,363636255

Fonte: Autor (Escala de Competências Manuel Frade, 2005)

3.2.4. Domínio 4 – Competências culturais

As competências culturais surgem como um dos domínios que é percebido, como dos mais importantes para as funções de chefia (Ver Gráfico nº. 6), o que se reflecte nos valores médios de cada um dos itens que o constituem como se pode verificar na Quadro nº. 28. De facto, além de se encontrarem valores muito próximos entre si, estes são de uma forma geral, baixos variando entre 1,63 para o item 20 “Utiliza métodos apropriados e interage de forma sensível, eficaz e profissional com os utentes de qualquer idade, raça, grupo cultural, socio-económico, educacional, étnico e diferentes estilos de vida” e 1,83 para o item 23 “Compreende as forças dinâmicas que contribuem para a diversidade cultural”. As respostas dos enfermeiros inquiridos demonstram que tal como é defendido por alguns autores o enfermeiro chefe de equipa ao desempenhar as suas funções, ao mesmo tempo que se preocupa com a qualidade do serviço prestado tem obrigatoriamente que estar atento tanto aos utentes como aos próprios enfermeiros que está a chefiar porque ambos são em primeiro lugar seres humanos, com formas diferentes de sentir e reagir perante as situações em se encontram envolvidos.

Quadro nº. 28 – Média e Desvio Padrão para o Domínio 4 e itens constituintes

Competências Culturais	Mínimo	Máximo	M	DP
20 – Utiliza métodos apropriados e interage de forma sensível, eficaz e profissional com os utentes de qualquer idade, raça, grupo cultural, socio-económico, educacional, étnico e diferentes estilos de vida	1	4	1,63	0,671
21 – Identifica o papel dos factores culturais, sociais, psicológicos e comportamentais na determinação dos cuidados de enfermagem	1	4	1,75	0,677
22 – Desenvolve e adapta os problemas de cada utente, tendo em conta os factores culturais, sociais, psicológicos e comportamentais.	1	4	1,71	0,667
23 – Compreende as forças dinâmicas que contribuem para a diversidade cultural	1	3	1,83	0,671
Total	1	3,50	1,72	0,576

Fonte: Autor (Escala de Competências Manuel Frade, 2005)

Mais uma vez com a intenção de verificarmos e comprovarmos a veracidade deste domínio, realizamos o teste de Friedman, que nos classificou cada item numa escala de nível, ou seja, ordenou do item com maior peso para o item de menor peso. Assim e de acordo com o quadro nº 29, no qual se verifica e confirma que os itens mais valorizados pelos inquiridos correspondem nesta ordenação aos itens com menor classificação e que são estatisticamente significativos para um qui-quadrado = 21,464; df = 3; e p =0,000. Deste modo podemos concluir a veracidade da estatística descritiva deste item.

Quadro nº. 29 – Teste de Friedman ao Domínio 4

Item	Média da Posição
Item 20	2,334224701
Item 22	2,457219362
Item 21	2,532085657
Item 23	2,676470518

Fonte: Autor (Escala de Competências Manuel Frade, 2005)

3.2.5. Domínio 5 – Competências de Liderança

O domínio **Competências de Liderança** é aquele que se encontra mais associado às competências de chefia e é reconhecido como tal pelos inquiridos (ver Gráfico nº. 6). Os itens 26 “Colabora com os restantes profissionais de saúde para o controle da doença e promoção da saúde” (M=1,51; DP=0,642; mínimo=1; máximo=5), 24 “Estabelece e mantém relações profissionais com todos os elementos da equipa de saúde e utentes, funcionando como mediador” (M=1,52; DP=0,632; mínimo=1; máximo=5) e 27 “Identifica os recursos necessários e os recursos disponíveis” (M=1,55; DP=0,641; mínimo=1; máximo=4), são aqueles que surgem como os mais importantes dentro deste domínio. Para este grupo de inquiridos, as competências de liderança baseiam-se mais nas competências que o enfermeiro chefe de equipa, estabelece com outros profissionais de saúde, do que uma reflexão introspectiva do seu próprio modo de agir, assim como podemos verificar no resultado obtido pelo item 28 “Desenvolve, implementa e avalia a actuação dos outros profissionais da equipa e procede à sua auto-avaliação, aceita a hetero-avaliação tanto dos outros profissionais como dos utentes” (M=1,85; DP=0,768; mínimo=1; máximo=5) destaca-se com o valor médio mais elevado que corresponde aos aspectos avaliados como mais negativos para desempenho de funções de chefia (Quadro nº. 30). Como defende Chiavenato (1983, p.95), a liderança é “a influencia interpessoal exercida numa situação e dirigida por meio do processo da comunicação humana à consecução de um ou de diversos objectivos específicos”, assim é um processo em movimento e que envolve o uso do poder. Deste modo podemos concluir que ao líder actual é exigida uma flexibilidade e criatividade, necessárias para que posso induzir nos seus colaboradores a capacidade de gerir o inesperado, e ao mesmo tempo devem de ter sempre presente a realidade

complexa e turbulenta que os rodeia.

Finalmente concluímos que os inquiridos gostariam de ter um líder que tivesse sempre presente a mediação, mas ao mesmo tempo receiam a sua auto-avaliação, bem como a hetero-avaliação por parte de outros profissionais e dos utentes, também podemos concluir que para este grupo de inquiridos o tipo de liderança manter-se-ia estagnado, uma vez que não existiria avaliação do líder.

Quadro nº. 30 – Média e Desvio Padrão para o Domínio 5 e itens constituintes

Competências de Liderança	Mínimo	Máximo	M	DP
24 – Estabelece e mantém relações profissionais com todos os elementos da equipa de saúde e utentes, funcionando como mediador	1	5	1,52	0,634
25 – Utiliza a liderança, a coesão da equipa, a negociação e habilidades de resolução de conflitos, para solucionar situações problemáticas.	1	5	1,63	0,753
26 – Colabora com os restantes profissionais de saúde para o controle da doença e promoção da saúde.	1	5	1,51	0,642
27 – Identifica os recursos necessários e os recursos disponíveis	1	4	1,55	0,641
28 – Desenvolve, implementa e avalia a actuação dos outros profissionais da equipa e procede à sua autoavaliação, aceita a hetero-avaliação tanto dos outros profissionais como dos utentes.	1	5	1,85	0,768
29 – Descreve e conhece a missão, os objectivos da instituição hospitalar, bem como do serviço em que está inserido.	1	5	1,72	0,694
Total	1	3	1,63	0,491

Fonte: Autor (Escala de Competências Manuel Frade, 2005)

Para verificarmos e comprovarmos a veracidade deste domínio, realizamos o teste de Friedman, que nos vai classificar cada item numa escala de nível, ou seja, vai ordenar do item com maior peso para o item de menor peso. Assim e de acordo com o quadro nº 31, no qual se verifica e confirma que os itens mais valorizados pelos enfermeiros correspondem nesta ordenação aos itens com menor classificação e que são estatisticamente significativos para um qui-quadrado = 66,261; df = 5; e p = 0,000. Deste modo podemos concluir a veracidade da estatística descritiva deste item.

Quadro nº. 31 – Teste de Friedman ao Domínio 5

Item	Média da Posição
Item 24	3,205882311
Item 26	3,21123004
Item 27	3,326203108
Item 25	3,489304781
Item 29	3,754010677
Item 28	4,013369083

Fonte: Autor (Escala de Competências Manuel Frade, 2005)

3.2.6. Domínio 6 – Competências das Ciências de Enfermagem

Em relação ao domínio que avalia as competências individuais, verifica-se que os valores médios são elevados para todos os itens, variando entre 1,64 para o item 31 “Define, avalia e compreende o estado de saúde dos utentes, factores que contribuem para a promoção da saúde e prevenção da doença” e 2,07 para o item 32 “Compreende o desenvolvimento, a estrutura e a interacção histórica dos cuidados de Enfermagem” (Quadro nº. 32). As competências individuais tal como o seu nome o diz, são resultantes de conhecimentos, habilidades e outras características emergentes num determinado contexto, e que são avaliadas como um bom desempenho relativamente a um determinado padrão.

Ao considerarmos este domínio como o das competências individuais dos enfermeiros, isto pressupõe que este tipo de competências têm que ter sido apreendidas no contexto da formação deste grupo profissional, e por isso, os valores médios serem relativamente próximos e terem pouco significado para este grupo de inquiridos. Como é referido por diversos autores a formação, a capacidade, a acção, a articulação dos recursos, resultados obtidos, o questionar constante, o desenvolvimento do individuo e a interacção, tornam-se aspectos importantes quando são articulados, em especial neste caso, pelos enfermeiros chefes de equipa na sua pratica diária. Como já foi referido anteriormente no capítulo 1.2.4, consideramos serem estes os elementos que as competências individuais devem reunir para que um enfermeiro principalmente chefe de equipa se possa socorrer no desempenho das suas funções.

Quadro nº. 32 – Média e Desvio Padrão para o Domínio 6 e itens constituintes

Competências das Ciências de Enfermagem	Mínimo	Máximo	M	DP
30 – Identifica as responsabilidades individuais e organizacionais no contexto dos serviços de saúde e as funções essenciais dos profissionais de enfermagem	1	4	1,75	0,661
31 – Define, avalia e compreende o estado de saúde dos utentes, factores que contribuem para a promoção da saúde e prevenção da doença.	1	4	1,64	0,636
32 – Compreende o desenvolvimento, a estrutura e a interacção histórica dos cuidados de Enfermagem	1	5	2,07	0,843
33 – Identifica e utiliza métodos de pesquisa usados nas ciências de Enfermagem	1	4	2,01	0,783
34 – Aplica as diferentes ciências: Comportamentais, Sociais, Bioestatística, Epidemiologia, Enfermagem, na prevenção e controlo das várias doenças	1	4	1,97	0,793
35 – Identifica e utiliza a evidência científica	1	4	1,89	0,725
36 – Desenvolve pensamento crítico rigoroso	1	4	1,80	0,734
Total	1	3,29	1,87	0,555

Fonte: Autor (Escala de Competências Manuel Frade, 2005)

Também neste caso, pretendemos verificar e comprovar a veracidade deste domínio, e para tal realizamos como nos anteriores o teste de Friedman, que classificou cada item numa escala de nível, ou seja, ordenou do item com maior peso para o item de menor peso. Mas neste caso os valores médios encontram-se muito próximos uns dos outros. Assim e de acordo com o quadro nº 33, não podemos afirmar que eles são estatisticamente significativos para um qui-quadrado = 86,583; df = 6; e p = 0,000. Deste modo podemos concluir a veracidade da estatística descritiva deste item, apesar de não serem estatisticamente significativos.

Quadro nº. 33 – Teste de Friedman ao Domínio 6

Item	Média da Posição
Item 31	3,336898327
Item 30	3,606951952
Item 36	3,78342247
Item 35	4,106951714
Item 34	4,280748844
Item 33	4,430481434
Item 32	4,454545498

Fonte: Autor (Escala de Competências Manuel Frade, 2005)

3.2.7. Domínio 7 – Competências de Gestão

As Competências de Gestão não são entendidas pelos inquiridos como sendo características importantes na função de chefia. Dos itens que constituem este domínio, apenas o item 39 “Desenvolve relações humanas básicas na gestão do serviço, motivação dos elementos da equipa e resolução de conflitos” é avaliado de forma mais positiva ($M=1,65$; $DP=0,581$; mínimo=1; máximo=3). Todos os outros itens obtêm valores médios acima dos 1,96 como se pode verificar no Quadro nº. 34.

Observando para a avaliação demográfica do grupo de inquiridos, salienta-se o facto de que a media de idades deste grupo é de 34 anos e a media do tempo de exercício em enfermagem é de 11,2 anos, deste modo, consideramos que é um grupo com uma media de idades relativamente avançada e com um tempo de exercício da profissão também razoável e no qual cerca de 35% da amostra já exerceu funções de chefia de equipa e é um contracenso estes inquiridos não darem importância a este domínio, uma vez que entendem que as competências de gestão não são importantes para exercer a função de chefia de equipa. Assim ao contrario de Mitrani et. al., (1992), que consideram as competências de gestão importantes para o desempenho das funções de chefia. Deste modo podemos concluir que este grupo de inquiridos desconhece quais são as competências importantes para um enfermeiro desempenhar cabalmente a chefia de equipa.

Quadro nº. 34 – Média e Desvio Padrão para o Domínio 7 e itens constituintes

Competências de Gestão	Mínimo	Máximo	M	DP
37 – Desenvolve e apresenta projectos na área das ciências de Enfermagem	1	5	2,21	0,949
38 – Desenvolve estratégias para determinar prioridades na gestão de recursos matérias e humanos	1	5	1,96	0,848
39 – Desenvolve relações humanas básicas na gestão do serviço, motivação dos elementos da equipa e resolução de conflitos.	1	3	1,65	0,581
40 – Controla sistemas de informação para a colheita e uso de dados para a tomada de decisão	1	5	2,11	0,838
Total	1	4	1,98	0,610

Fonte: Autor (Escala de Competências Manuel Frade, 2005)

Também neste caso, para verificarmos e comprovarmos a veracidade deste domínio, realizamos como nos anteriores o teste de Friedman, que classificou cada item numa escala de nível, ou seja, ordenou do item com maior peso para o item de menor peso. Mas também neste caso os valores médios encontram-se muito próximos uns dos outros. Assim e de acordo com o quadro nº 35, não podemos afirmar que eles são estatisticamente significativos para um qui-quadrado = 87,566; df = 3; e p = 0,000. Deste modo podemos concluir a veracidade da estatística descritiva deste item, apesar de não serem estatisticamente significativos.

Quadro nº. 35 – Teste de Friedman ao Domínio 7

Item	Média da Posição
Item 37	2,871657848
Item 40	2,700534821
Item 38	2,422459841
Item 39	2,00534749

Fonte: Autor (Escala de Competências Manuel Frade, 2005)

3.2.8. Domínio 8 – Liderança e Formas de Pensamento Sobre Competências

Por fim, no Domínio 8 verifica-se que os itens 45 “Incentiva a equipa na aprendizagem organizacional” (M=1,77; DP=0,692; mínimo=1; máximo=4), 41 “Cria uma cultura ética com a organização e os elementos da equipa” (M=1,94; DP=0,745; mínimo=1; máximo=4) e 44 “Facilita a colaboração com grupos internos e externos para assegurar a participação de toda a equipa” (M=1,95; DP=0,844; mínimo=1; máximo=5) são os que recebem os valores médios mais baixos sendo classificados como os mais significativos para este domínio (Quadro 36).

Os restantes itens surgem com valores médios mais elevados revelando que os enfermeiros não consideram estes aspectos muito relevantes para as funções de chefia.

Embora considerando que em qualquer organização seja ela qual for e as organizações de saúde não são excepção os objectivos individuais dos elementos que a compõem não se devem sobrepor aos objectivos da própria organização, pensamos antes de mais que devem estar de acordo uns com os outros, pois só assim será possível que cada um desempenhe a sua função eficazmente e com qualidade atingindo os objectivos traçados. Aqui o líder tem um papel fulcral no funcionamento da organização, promovendo uma adequada utilização de todos recursos disponíveis e assim obter a concretização dos objectivos organizacionais. Assim para além de definição de objectivos e definição de metas a atingir é também função do chefe de equipa planear, organizar, motivar, comunicar e realizar a avaliação dos resultados, criando condições de desenvolvimento tanto para si como para os restantes elementos da equipa no seio da organização. Também para alguns autores este domínio faz parte das competências dos enfermeiros chefes de equipa, como nos refere Mitrani et.al., (1992), integra este domínio nas competências de eficácia pessoal.

Assim, mais uma vez temos que concluir que os enfermeiros inquiridos desconhecem as funções inerentes a um chefe de equipa ao considerarem que este domínio não é relevante para as funções de chefe de equipa.

Quadro nº. 36 – Média e Desvio Padrão para o Domínio 8 e itens constituintes

Liderança e Formas de Pensamento sobre Competências	Mínimo	Máximo	M	DP
41 – Cria uma cultura ética com a organização e os elementos da equipa	1	4	1,94	0,745
42 – Cria valores chave de ajuda e partilha a visão da organização e utiliza estes princípios como guia orientador.	1	4	1,98	0,751
43 – Identifica resultados internos e externos que podem ter impacto no serviço em que está inserido (planeamento estratégico)	1	5	2,18	0,902
44 – Facilita a colaboração com grupos internos e externos para assegurar a participação de toda a equipa	1	5	1,95	0,844
45 – Incentiva a equipa na aprendizagem organizacional	1	4	1,77	0,692
46 – Contribui para o desenvolvimento, execução e monitorização de padrões de desempenho organizacional.	1	4	1,97	0,789
47 – Utiliza o sistema legal e político para realizar mudanças.	1	5	2,32	0,951
48 – Aplica as teorias das estruturas organizacionais à prática profissional.	1	4	2,17	0,848
Total	1	3,63	2,03	0,627

Fonte: Autor (Escala de Competências Manuel Frade, 2005)

Para verificarmos e comprovarmos a veracidade deste domínio, realizamos o teste de Friedman, que nos vai classificar cada item numa escala de nível, ou seja, vai ordenar do item com maior peso para o item de menor peso. Assim e de acordo com o quadro nº 37, no qual se verifica e confirma que os itens mais valorizados pelos enfermeiros correspondem nesta ordenação aos itens com menor classificação e que são

estatisticamente significativos para um qui-quadrado = 114,660; df = 7; e p = 0,000. Deste modo podemos concluir a veracidade da estatística descritiva deste item.

Quadro nº. 37 – Teste de Friedman ao Domínio 8

Item	Média da Posição
Item 47	5,334224701
Item 48	5,016042709
Item 43	4,885026932
Item 42	4,355615139
Item 46	4,304812908
Item 41	4,243315697
Item 44	4,200534821
Item 45	3,660427809

Fonte: Autor (Escala de Competências Manuel Frade, 2005)

3.2.9. Para uma análise das percepções das competências segundo os grupos sócio-demográficos e profissionais

Em complemento à análise anteriormente apresentada, procurou-se verificar se a percepção das Competências varia de acordo com algumas variáveis demográficas controladas, sexo, exercer ou não funções de chefe de equipa, tipo de horário, habilitações profissionais e categoria profissional. No caso das três primeiras, recorreu-se ao teste t-student, que permite comprovar se as médias de duas amostras independentes diferem quanto a uma condição ou característica que se pretende avaliar (Bryman & Cramer, 1992; Pestana & Gageiro, 2000). Para as últimas recorreu-se à análise de variância a um facto que permite verificar da diferença entre 2 ou mais grupos ou amostras independentes (Bryman & Cramer, 1992).

No que diz respeito à variável Sexo, a partir do Quadro nº. 38, verificamos que não existem diferenças estatisticamente significativas em nenhum dos domínios avaliados neste estudo. Podemos então afirmar que as competências não variam consoante o sexo.

Quadro nº. 38 – Teste T-Student para a variável Sexo

Domínios	S.Masculino (n=22)	S.Feminino (n=165)			
	Média	Média	t	g.l.	Sig.
1. Competências de análise e avaliação	1,94	1,75	1,778	185	0,077
2. Competências de planeamento e desenvolvimento de políticas de saúde	2,11	1,87	1,968	185	0,051
3. Competências de Comunicação	1,90	1,79	0,808	185	0,420
4. Competências Culturais	1,89	1,70	1,470	185	0,143
5. Competências de Liderança	1,53	1,64	-1,015	185	0,312
6. Competências das ciências de enfermagem	2,05	1,85	1,653	185	0,100
7. Competências de Gestão	2,02	1,97	0,327	185	0,744
8. Liderança e formas de pensamento sobre competências	1,91	2,04	-0,944	185	0,346

Fonte: Autor (Escala de Competências Manuel Frade, 2005)

Em relação à variável, chefia de equipa, podemos constatar que se verificam diferenças com significado estatístico no Domínio 6 “Competências das ciências de enfermagem” ($t=-2,97$; $p<0,005$). Os valores médios indicam que estas competências são avaliadas de forma mais positiva pelos enfermeiros que não exercem funções de chefe de equipa ($M=1,78$) e de forma menos positiva pelos enfermeiros que exercem funções de chefe de equipa ($M=2,03$).

Isto indica-nos que os enfermeiros que não exercem chefia de equipa, esperam que os chefes de equipa, demonstrem ser elementos com competências de liderança, culturais, de análise e avaliação e de comunicação, desejam ainda que os mesmos sejam portadores de sabedoria, no âmbito das ciências de enfermagem, planeamento e desenvolvimento de políticas de saúde, gestão e liderança e formas de pensamento sobre competências, isto é, o saber, o Saber-Fazer e o saber-ser, e ainda o saber-saber, como coeficiente para exercerem o cargo que lhes foi atribuído. De uma forma

geral, podemos afirmar, que esta tendência é verificada para os restantes domínios (Quadro nº. 39).

Assim, também podemos dizer que os enfermeiros liderados, apresentam uma grande expectativa e necessidade de confiar no seu líder e nas suas competências.

Quadro nº. 39 – Teste T-Student para a variável Chefe de Equipa

Domínios	Sim (n=65)	Não (n=122)			
	Média	Média	T	g.l.	Sig.
1. Competências de Análise e avaliação	1,76	1,78	-0,175	185	0,861
2. Competências de planeamento e desenvolvimento de políticas de...	1,98	1,86	1,477	185	0,141
3. Competências de Comunicação	1,90	1,75	1,709	185	0,089
4. Competências Culturais	1,77	1,70	0,836	185	0,404
5. Competências de Liderança	1,59	1,64	-0,663	185	0,508
6. Competências das ciências de enfermagem	2,03	1,78	2,971	185	0,003*
7. Competências de Gestão	2,07	1,93	1,483	185	0,140
8. Liderança e formas de pensamento sobre competências	2,13	1,97	1,617	185	0,108

*p<0,005

Fonte: Autor (Escala de Competências Manuel Frade, 2005)

Relativamente à variável tipo de horário, os enfermeiros que exercem funções em horário "Roulement", avaliam de forma estatisticamente mais significativa quer as Competências de Gestão (Domínio 7; $t=-2,32$; $p<0,05$), quer as Competências de Liderança e Formas de Pensamento sobre Competências (Domínio 8; $t=-3,99$; $p<0,001$), como se pode verificar no Quadro nº.40.

De uma forma geral esta tendência estende-se aos outros domínios, apesar das diferenças encontradas não se revestirem de significado estatístico. Isto indica-nos

que os enfermeiros que exercem funções em horário de “Roulement” sentem necessidade de obter competências na área de gestão e na área de liderança e formas de pensamento sobre competências, isto porque são enfermeiros mais jovens e com maior necessidade de aprendizagem, para assim melhorar o seu desempenho profissional.

Por outro lado, os enfermeiros chefes de equipa sentem essa mesma necessidade uma vez que a sua responsabilidade é mais significativa nos turnos da tarde, noite, fins-de-semana e feriados, pois nesses turnos não está presente o enfermeiro chefe de serviço e lhe é depositada a confiança das chefias, e onde tem de tomar decisões que vão de encontro às necessidades do serviço, bem como às orientações quer do chefe de serviço como da instituição onde trabalha.

Quadro nº. 40 – Teste T-Student para a variável Tipo de Horário

Domínios	Fixo (n=54)	Roulement (n=133)			
	Média	Média	t	g.l.	Sig.
1. Competências de análise e avaliação	1,70	1,80	-1,294	185	0,197
2. Competências de planeamento e desenvolvimento de políticas de...	1,94	1,88	0,640	184	0,523
3. Competências de comunicação	1,82	1,80	0,254	185	0,800
4. Competências culturais	1,82	1,68	1,447	185	0,149
5. Competências de liderança	1,64	1,62	0,264	185	0,792
6. Competências das ciências de enfermagem	1,99	1,82	1,842	185	0,067
7. Competências de gestão	2,14	1,91	2,322	185	0,021*
8. Liderança e formas de pensamento sobre competências	2,31	1,92	3,995	185	0,000**

*p<0,05; ** p<0,001

Fonte: Autor (Escala de Competências Manuel Frade, 2005)

Na análise de variância efectuada para a variável habilitações profissionais, existem diferenças estatisticamente significativas nas Competências de Análise e Avaliação (Domínio 1; $F=2,823$; $p<0,05$) e nas Competências de Comunicação (Domínio 3; $F=3,680$; $p<0,05$), ao considerar como variável independente as Habilitações Profissionais dos enfermeiros que participaram nesta investigação. Em ambos os casos são os enfermeiros com Estudos Superiores Especializados em Enfermagem e os enfermeiros com Curso de Mestrado que demonstram fazer uma avaliação mais positiva nestes domínios (Quadro 41). Isto pode demonstrar que os enfermeiros que possuem estudos mais avançados na área de Enfermagem e com Cursos de Mestrado, demonstram dar mais importância a estes dois domínios, pois estão mais despertos para a importância da comunicação, bem como para a análise e avaliação dos problemas em enfermagem, que promovam uma melhor prestação dos cuidados prestados aos utentes.

Quadro nº. 41 – Análise de Variância para a variável Habilitações Profissionais

Domínios	Habilitações Profissionais				F	Sig.
	Bacharelato (N=86)	Licenciatura (N=91)	Especialidade (N=5)	Mestrado (N=5)		
	Média	Média	Média	Média		
Domínio 1	1,76	1,82	1,20	1,74	2,823	0,040*
Domínio 2	1,87	1,93	1,82	1,91	0,194	0,901
Domínio 3	1,84	1,83	1,16	1,36	3,680	0,013*
Domínio 4	1,77	1,73	1,50	1,10	2,476	0,063
Domínio 5	1,61	1,67	1,23	1,46	1,609	0,189
Domínio 6	1,89	1,89	1,51	1,57	1,280	0,283
Domínio 7	1,92	2,01	2,45	1,90	1,412	0,241
Domínio 8	1,99	2,03	2,67	2,07	1,889	0,133

* $p < 0,05$

Legenda: domínio 1: Competências de análise e avaliação; domínio 2: Competências de planeamento e desenvolvimento de políticas de saúde; Domínio 3: Competências de Comunicação; Domínio 4: Competências Culturais; Domínio 5: Competências de Liderança; Domínio 6: Competências em Ciências de Enfermagem; Domínio 7: Competências de Gestão; Domínio 8: Liderança e formas de Pensamento sobre competências;

Fonte: Autor (Escala de Competências Manuel Frade, 2005)

Finalmente, na análise de variância no que respeita à variável categoria profissional, verifica-se que existem diferenças estatisticamente significativas em dois domínios: Domínio 6, (“Competências das Ciências de Enfermagem”) ($F=2,977$; $p<0,05$) e Domínio 8, (“Liderança e Formas de Pensamento sobre Competências”) ($F=3,95$; $p<0,005$). No que diz respeito ao Domínio 6, verifica-se que são os enfermeiros-chefe de serviço ($M=1,35$) que avaliam este factor de forma mais positiva, enquanto que os enfermeiros especialistas são aqueles que lhe atribuem uma menor importância ($M=2,10$). Em relação ao Domínio 8 (Liderança e forma de Pensamento sobre Competências), a avaliação mais positiva é feita pelos elementos com categoria

profissional de enfermeiros (M=1,84), enquanto que são os enfermeiros especialistas que avaliam de forma mais negativa este domínio (M=2,68).

No Domínio 6, (Competências das Ciências de Enfermagem), existe um contra-senso em relação à avaliação, pois se por um lado é de extrema importância para os enfermeiros chefes de serviço que os enfermeiros chefes de equipa sejam proficientes nas competências das ciências de enfermagem, por outro lado os enfermeiros especialistas desvalorizam essa importância relativamente às competências supracitadas.

Em relação ao Domínio 8 (Liderança e forma de Pensamento sobre Competências), os enfermeiros com a categoria profissional de enfermeiro, demonstram ser de grande importância que os enfermeiros chefes de equipa sejam detentores de competências na área de Liderança e Formas de Pensamento em Competências, enquanto que os enfermeiros especialistas desvalorizam esse mesmo tipo de competências (Quadro nº. 42).

Quadro n.º 42 – Análise de Variância para a variável Categoria Profissional

Domínios	Categoria Profissional						
	Enf.º	Enf.º Grad	Enf.º Esp.	Enf.º.Chefe	Enf.º Sup.		
	Média	Média	Média	Média	Média	F	Sig
Domínio 1	1,82	1,78	1,85	1,28	1,00	1,857	0,120
Domínio 2	1,77	1,94	2,35	1,78	1,57	1,831	0,125
Domínio 3	1,82	1,83	1,60	1,15	1,00	2,217	0,069
Domínio 4	1,67	1,77	1,81	1,12	1,00	1,875	0,117
Domínio 5	1,72	1,60	1,62	1,50	1,00	0,989	0,415
Domínio 6	1,74	1,94	2,10	1,35	1,00	2,977	0,021*
Domínio 7	1,80	2,02	2,18	2,43	2,50	2,207	0,070
Domínio 8	1,84	2,05	2,68	2,62	3,00	3,959	0,004**

* $p < 0,05$; ** $p < 0,005$

Legenda: domínio 1: Competências de análise e avaliação; domínio 2: Competências de planeamento e desenvolvimento de políticas de saúde; Domínio 3: Competências de Comunicação; Domínio 4: Competências Culturais; Domínio 5: Competências de Liderança; Domínio 6: Competências em Ciências de Enfermagem; Domínio 7: Competências de Gestão; Domínio 8: Liderança e formas de Pensamento sobre competências;

Fonte: Autor (Escala de Competências Manuel Frade, 2005)

3.2.10. Uma Abordagem das implicações das competências Individuais na gestão das competências Organizacionais dos enfermeiros chefes de equipa

Com o objectivo de compreender as implicações das competências Individuais na gestão das competências Organizacionais dos enfermeiros chefes de equipa, procedeu-se ao cálculo do Coeficiente de Correlação de Pearson, que permite verificar quais as relações entre as variáveis e a força dessa relação. No Quadro n.º 43 onde se apresenta a matriz de correlação obtida para as sub-escalas do Questionário de

Competências, verifica-se que todas estão positiva e significativamente correlacionadas entre si. Por outro lado, a correlação entre o Domínio 6 (Competências Individuais) e o Domínio 7 (Competências Organizacionais), pode ser considerada forte ($r=0,598$; $p<0,01$), pelo que pode inferir-se que os domínios se influenciam mutuamente e de forma exponencial, ou seja, quanto mais positivas as competências organizacionais mais positivas serão as competências individuais.

Quadro nº. 43 – Matriz de correlação

	1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.	8.
1. Domínio 1	1,00	0,549	0,525	0,422	0,551	0,462	0,349	0,276
2. Domínio 2		1,00	0,578	0,495	0,449	0,610	0,432	0,486
3. Domínio 3			1,00	0,578	0,518	0,582	0,450	0,407
4. Domínio 4				1,00	0,496	0,611	0,263	0,308
5. Domínio 5					1,00	0,496	0,459	0,431
6. Domínio 6						1,00	0,598	0,652
7. Domínio 7							1,00	0,727
8. Domínio 8								1,00

Nota: Todas as correlações são significativas para $p < 0,01$

Legenda: domínio 1: Competências de análise e avaliação; domínio 2: Competências de planeamento e desenvolvimento de políticas de saúde; Domínio 3: Competências de Comunicação; Domínio 4: Competências Culturais; Domínio 5: Competências de Liderança; Domínio 6: Competências em Ciências de Enfermagem; Domínio 7: Competências de Gestão; Domínio 8: Liderança e formas de Pensamento sobre competências;

Fonte: Autor (Escala de Competências Manuel Frade, 2005)

Uma vez que se considera que as Competências Individuais (Domínio 6) influenciam os domínios 2 (Competências de Planeamento e Desenvolvimento de Políticas de Saúde), 3 (Competências de Comunicação), 4 (Competências Culturais), e 8 (Liderança e Formas de Pensamento sobre Competências), estes merecem uma análise mais atenta. De facto, verifica-se que o domínio 6 apresenta uma correlação mais forte com o Domínio 8 (“Liderança e formas de pensamento sobre competências”) ($r=0,652$; $p<0,01$), e domínio 4 (“Competências Culturais”) ($r=0,611$; $p<0,01$), apesar de os outros domínios também apresentarem correlações fortes em

relação ao domínio 6, poderemos concluir que as competências das ciências de enfermagem são as competências individuais e apresentam correlações estatisticamente significativas em relação aos domínios 2 (Competências de Planeamento e Desenvolvimento de Políticas de Saúde), 3 (Competências de Comunicação), 4 (Competências Culturais), e 8 (Liderança e Formas de Pensamento sobre Competências).

Assim, considerando que as Competências Organizacionais (Domínio 7), influenciam os domínios 3 (Competências de Comunicação), 5 (Competências de Liderança), 6 (Competências em Ciências de Enfermagem) e 8 (Liderança e Formas de Pensamento sobre Competências), e com uma análise mais aprofundada podemos verificar que estes apresentam da mesma forma associações fortes, que é mais marcada entre os domínios 7 (“Competências de Gestão”) e 8 (“Liderança e formas de pensamento sobre competências”) ($r=0,727$; $p<0,01$), em relação ao domínio 3, (“Competências de Comunicação”) ($r=0,450$; $p<0,01$), e domínio 5, (“Competências de Liderança”) ($r=0,459$; $p<0,01$), que também apresentam associações estatisticamente fortes. Finalmente o domínio 6 (“Competências das Ciências de Enfermagem”), ($r=0,598$; $p<0,01$), como já referido anteriormente, podemos concluir que estes dois domínios se influenciam mutuamente e de forma exponencial, isto demonstra-nos que quanto melhores forem as competências organizacionais, melhores serão as competências individuais.

Deste modo podemos afirmar que se os enfermeiros chefes de equipa estiverem integrados e forem conhecedores da organização na qual prestam serviço, melhor desempenharam a sua função como chefe de equipa e melhoraram substancialmente as suas competências individuais. Concluímos também que as Competências de Gestão (Domínio 7) são as competências organizacionais e que apresentam uma correlação estatisticamente significativa com os domínios que influenciam (Domínios 3 (Competências de Comunicação), 5 (Competências de Liderança), 6 (Competências em Ciências de Enfermagem) e 8 (Liderança e Formas de Pensamento sobre Competências)).

Partimos do pressuposto de que ao domínio 6 pertenciam as competências individuais e que influenciavam os domínios 2 (Competências de Planeamento e Desenvolvimento de Políticas de Saúde), 3 (Competências de Comunicação), 4

(Competências Culturais), e 8 (Liderança e Formas de Pensamento sobre Competências). Por outro lado também partindo do pressuposto de que o domínio 7 era considerado como sendo o das competências organizacionais e que iriam influenciar os domínios 3 (Competências de Comunicação), 5 (Competências de Liderança), 6 (Competências em Ciências de Enfermagem) e 8 (Liderança e Formas de Pensamento sobre Competências). Com esta análise correlacional comprovamos assim parte do nosso modelo de análise.

3.2.11. Um olhar no perfil ideal para o enfermeiro chefe de equipa

Para finalizarmos este nosso trabalho de investigação e com o intuito de se encontrar o perfil ideal para o enfermeiro chefe de equipa, submetemos todos os itens da nossa escala a uma análise factorial do tipo exploratória e confirmatória da qual se obtiveram após rotação varimax com normalização de Kaiser, dez factores ortogonais, dos quais apresentamos os dois primeiros factores (Quadros nº. 44, 45). Em seguida os itens de cada factor foram submetidos ao coeficiente de alfa de Cronbach para avaliar a homogeneidade de cada um desses factores. Segundo o alfa de Cronbach todos os factores apresentam uma boa homogeneidade com excepção do factor 9 e 10, os factores com maior homogeneidade são os factores 1 e 2 e a partir destes traçamos o perfil de competências dos enfermeiros chefes de equipa (Esquema nº 3, 4, 5).

Desta forma podemos concluir que os domínios de competências não são mutuamente exclusivos segundo esta análise factorial e que para nós o perfil de competências ideal para os enfermeiros chefes de equipa é aquele que comporte o factor 1 e 2 (Esquema 3).

**Quadro nº.44 – Análise Factorial segundo o Método Varimax com Normalização
de Kaiser do Factor 1**

Factor 1	
Item	Valor
Item 43	0,82952
Item 47	0,7751
Item 44	0,73141
Item 46	0,73123
Item 38	0,6768
Item 40	0,65621
Item 42	0,64437
Item 48	0,59728
Item 45	0,54282
Item 41	0,51355

Fonte: Autor (Escala de Competências Manuel Frade, 2005)

**Quadro nº.45 – Análise Factorial segundo o Método Varimax com Normalização
de Kaiser do Factor 2**

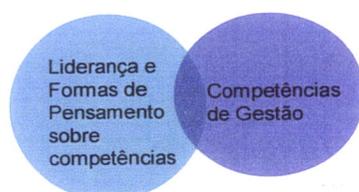
Factor 2	
Item	Valor
Item 21	0,84781
Item 22	0,77136
Item 20	0,76457
Item 23	0,62397
Item 19	0,60679
Item 31	0,50893
Item 27	0,4995
Item 15	0,47535

Fonte: Autor (Escala de Competências Manuel Frade, 2005)

Esquema nº. 3 – Factores de Competências 1

Factores de Competências

Factor 1



O α Cronbach do Factor 1 é 0.9092

Factor 2



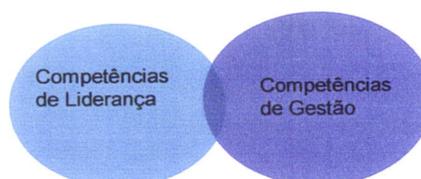
O α Cronbach do Factor 2 é 0.8878

Factor 3



O α Cronbach do Factor 3 é 0.8821

Factor 4



O α Cronbach do Factor 4 é 0.8110

Fonte: Autor (Escala de Competências Manuel Frade, 2005)

Esquema nº. 4 – Factores de Competências 2

Factores de Competências

Factor 5

Competências
de Análise e
avaliação

O α Cronbach do
Factor 5 é 0.8223

Factor 6



Competências
de
Comunicação

O α Cronbach do
Factor 6 é 0.8195

Factor 7



Competências de
planeamento e
Desenvolvimento de
Políticas de Saúde

O α Cronbach do
Factor 7 é 0.7823

Factor 8



Competências
de Análise e
Avaliação

O α Cronbach do
Factor 8 é 0.8155

Fonte: Autor (Escala de Competências Manuel Frade, 2005)

Esquema nº. 5 – Factores de Competências 3

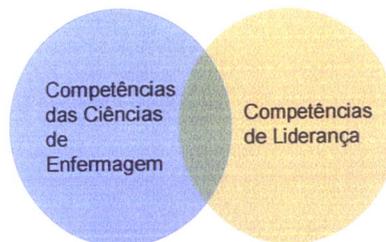
Factores de Competências

Factor 9



O α Cronbach do
Factor 9 é 0.6460

Factor 10



O α Cronbach do
Factor 10 é 0.6372

Fonte: Autor (Escala de Competências Manuel Frade, 2005)

4. CONCLUSÕES E RECOMENDAÇÕES

Face às perspectivas teóricas apresentadas e aos objectivos inicialmente formulados para este estudo, impõe-se que façamos uma análise sumária dos aspectos mais relevantes que foram emergindo ao longo da realização deste trabalho e dos contributos que eles deram ao esclarecimento de toda esta problemática.

A revisão bibliográfica realizada abordou vários aspectos das competências e sua gestão, como surgiu o conceito, como se deu a sua entrada no seio das organizações, a sua relação com a prática da gestão de recursos humanos e ainda as dificuldades de implementação nas organizações.

Assim neste capítulo é nossa intenção realçar os aspectos que achamos mais pertinentes e melhor caracterizam e identificam o enfermeiro chefe de equipa. Inicialmente a nossa atenção incidia sobre as competências necessárias a estes elementos, para desempenhar da melhor forma possível esta função. O conhecimento in loco das necessidades destes elementos, da realidade do enfermeiro chefe de equipa, privilegiou no sentido de se poder conhecer quais as suas experiências e necessidades no desempenho da sua função e ainda quais as suas expectativas relativamente às intervenções efectuadas junto dos utentes e da equipa de enfermagem que chefia.

Face ao exposto e da análise dos dados obtidos, foi possível obter conclusões que respondem às questões que estiveram na origem deste estudo, bem como aos objectivos formulados e que vão de encontro ao referencial teórico em que este se insere.

Durante a apresentação dos resultados fomos efectuando comentários, tirando ilações e fazendo conclusões, pelo que neste momento tentaremos realçar os aspectos mais significativos de modo a perceber de que forma os objectivos foram atingidos.

Para avaliarmos os nossos objectivos recorreremos a diversos procedimentos estatísticos. Assim, para identificar e caracterizar quais as competências individuais e organizacionais dos enfermeiros chefes de equipa, foram utilizadas medidas de tendência central e um dado que se mostrou relevante é que as competências

individuais, são aquelas que demonstram a capacidade que cada indivíduo possui para combinar, envolver e integrar os vários recursos postos à sua disposição, para com eles obter os resultados que são esperados. Estas, são avaliadas de forma mais positiva do que as competências organizacionais.

Com este nosso estudo podemos concluir que a nossa amostra a exemplo de grande parte dos enfermeiros da actualidade, para a identificação dos problemas apresentados pelos utentes, utilizam métodos de pesquisa científicos, assim como utilizam a evidência científica e o pensamento crítico rigoroso.

Poderemos também afirmar que segundo os resultados obtidos no que respeita a medidas de tendência central, o perfil mais adequado para os enfermeiros chefes de equipa deve basear-se nas competências de liderança, culturais, de análise e avaliação e de comunicação.

Concluimos ainda que é deveras importante que o enfermeiro chefe de equipa adquira e desenvolva relações humanas de qualidade de forma a que quando se encontra na chefia de serviço, consiga motivar os restantes enfermeiros prestadores de cuidados de enfermagem, por quem está responsável e que concomitantemente, consiga gerir tanto o serviço em si como os conflitos que eventualmente possam surgir.

Para finalizar esta parte das conclusões da nossa avaliação dos dados obtidos poderemos concluir que o enfermeiro chefe de equipa deverá ser um mediador, deverá então tratar-se de um elemento que consegue avaliar correctamente as situações com que se depara e tomar as decisões adequadas e em conformidade com a situação, no entanto, estas decisões devem sempre estar em consonância com o enfermeiro chefe de serviço e ainda segundo as directrizes da instituição na qual presta serviço.

Podemos ainda tirar a conclusão de que este grupo de inquiridos considera que: as competências de **“Planeamento e Desenvolvimento de Políticas de Saúde”** (Domínio 2), onde são privilegiados itens da área do saber-fazer, e onde é dado menor significado aos itens que se situam nas áreas do saber teórico. Competências de **“Ciências de Enfermagem”**, (Domínio 6), neste Domínio, os enfermeiros inquiridos entendem que sendo este o domínio das competências individuais, estas devem ser

apreendidas no contexto da formação em serviço, deste grupo profissional, só desse modo o enfermeiro chefe de equipa poderá desempenhar cabalmente as suas funções. Competência de “Gestão” (Domínio 7), neste domínio, existe um contracenso pois os enfermeiros que fazem parte da nossa amostra consideram não ser necessário que quem chefia a equipa seja detentor deste tipo de competências. Competências de “Liderança e Formas de Pensamento Sobre Competências,” (Domínio 8), também neste “perfil” se conclui que os enfermeiros desconhecem muitas das funções que devem ser desempenhadas pelos enfermeiros chefes de equipa, uma vez que o entendem como relevante. Resumindo, em relação aos domínios atrás citados, os elementos que compõem a nossa amostra entendem que estas são competências que os enfermeiros chefes de equipa, devem já ter completamente interiorizadas e cimentadas.

Relativamente aos restantes domínios, retira-se a conclusão de que em relação às competências de “Análise e Avaliação” (Domínio 1), estes enfermeiros dão mais importância, tal como é aconselhado no desempenho com qualidade à existência de sistemas de informação que auxiliem a tomada de decisão e que sejam o garante de uma racional afectação dos meios, e ainda que permitam a avaliação dos resultados obtidos. Imediatamente a seguir, estes inquiridos consideram que também é importante o ensino, a crítica e a definição de problemas, isto porque, uma das actividades de extrema importância em enfermagem é aquela em que o enfermeiro, transmite conhecimentos e ensinamentos aos utentes, e do sucesso desses, depende muitas vezes o êxito das intervenções efectuadas.

Face ao exposto, parece ser de relevar que a competência de análise e de avaliação obriga à aplicação ou melhor do entrosamento dos saberes, o saber e o saber-fazer, numa prática em que cada vez mais a base teórica é por demais importante e reconhecida. Naturalmente, é expectável que a sedimentação de factores no *modus operandis* dos enfermeiros conduzirão inevitavelmente a uma maior motivação na gestão das práticas e das competências implícitas, em que a busca de respostas para as dificuldades existentes, traduzir-se-á em mais um importante momento de aprendizagem.

Concluimos também que em relação às “Competências de Comunicação”, (Domínio 3), observamos que estes enfermeiros continuam a dar preferência à área técnica,

pois valorizam mais tudo o que esta directamente relacionado com a área da prestação de cuidados, embora considerem importante que exista discussão e que cada um exprima a sua opinião, encontram-se pouco disponíveis para a área da pesquisa, investigação, participação em grupos de trabalho multidisciplinares.

Em relação às **“Competências Culturais”**, (Domínio 4), concluímos que, este grupo de inquiridos, considera que no desempenho das suas funções o enfermeiro chefe de equipa, tem de ter em atenção a qualidade dos cuidados prestados e para além disso tem de estar atento tanto aos utentes do serviço como aos enfermeiros que se encontra a chefiar, porque como pessoas que são cada um deles tem a sua maneira de reagir perante determinadas situações.

Deste nosso estudo podemos concluir que em relação às **“Competências de Liderança”**, (Domínio 5), os nossos inquiridos respondem que este tipo de competências, são aquelas que os chefes de equipa estabelecem com os restantes profissionais de saúde. Exigindo-lhe a flexibilidade e criatividade, para que possa capacitar os restantes enfermeiros a gerir o inesperado. Consideram por isso que o líder deve ser um mediador, mas também demonstram ter receio da avaliação tanto da sua como da dos restantes elementos e, sem ela esta seria uma liderança que manteria inerte uma vez que não existiria avaliação do líder.

Com o objectivo de compreender as implicações das competências individuais na gestão das competências organizacionais procedemos a uma análise correlacional, e, verificamos que todos os domínios estão positiva e significativamente correlacionados entre si. Há que realçar a correlação entre o Domínio 6 (Competências em Ciências de Enfermagem) e o Domínio 7 (Competências de Gestão) que é considerada forte e daí poderemos concluir que ambos os domínios se influenciam mutuamente e de forma exponencial.

Como consideramos competências individuais (Domínio 6) influenciavam os Domínios 2 (Competências de Planeamento e Desenvolvimento de Políticas de Saúde), 3 (Competências de Comunicação), 4 (Competências Culturais), e 8 (Liderança e Formas de Pensamento sobre Competências), tentamos verificar se existia uma correlação forte entre estes, o que se veio a verificar. Por isso podemos concluir que as competências das ciências de enfermagem são as competências individuais e que

apresentam correlações estatisticamente significativas em relação aos domínios 2 (Competências de Planeamento e Desenvolvimento de Políticas de Saúde), 3 (Competências de Comunicação), 4 (Competências Culturais), e 8 (Liderança e Formas de Pensamento sobre Competências). Por outro lado, consideramos que as competências organizacionais (Domínio 7) influenciavam os domínios 3 (Competências de Comunicação), 5 (Competências de Liderança), 6 (Competências em Ciências de Enfermagem) e 8 (Liderança e Formas de Pensamento sobre Competências), e com o mesmo tipo de análise verificamos que estes domínios apresentavam associações estatisticamente fortes. Concluimos que as competências de gestão são as competências organizacionais e que apresentam correlações estatisticamente significativas com os domínios que influenciam.

Para verificarmos se as competências variam com as variáveis sócio-demográficas e profissionais procedemos à análise comparativa. No que diz respeito à variável sexo verificamos que não existem diferenças estatisticamente significativas em nenhum dos domínios por nós avaliados, assim, podemos afirmar que as competências não variam consoante o sexo. Em relação à variável chefia de equipa, só existem diferenças estatisticamente significativa em relação ao domínio 6 (Competências em Ciências de Enfermagem). Isto leva-nos a concluir que os enfermeiros que são liderados apresentam expectativas e necessidade de confiar no seu líder e nas suas competências, mas não podemos concluir que na generalidade existe diferenças significativas. Relativamente à variável tipo de horário existem diferenças mas não são revestidas de significado estatístico. Por fim realizamos análise de variância em relação às variáveis habilitações profissionais e categoria profissional, que nos veio revelar que embora existam diferenças entre os itens das variáveis essas não são significativas na sua generalidade. Assim, podemos concluir que aceitamos e validamos a nossa primeira hipótese (H1) não existe diferenças significativas entre grupos.

Com intuito de se encontrar o perfil ideal para o enfermeiro chefe de equipa, como nos propusemos com a nossa segunda hipótese (H2) foi realizada uma análise factorial da qual se obtiveram após rotação varimax com normalização de Kaiser, dez factores ortogonais, os quais foram submetidos ao coeficiente de alfa de Cronbach para avaliar a homogeneidade. Segundo o alfa de Cronbach todos os factores apresentam uma boa homogeneidade com excepção dos factores 9 e 10, os factores com maior

homogeneidade são os factores 1 e 2, assim a partir destes traçamos o perfil de competências dos enfermeiros chefes de equipa (esquema 3).

Podemos concluir que aceitamos e validamos a nossa segunda hipótese (H2), e desta forma podemos afirmar que os domínios de competências não são mutuamente exclusivos segundo esta análise factorial e que para nós o perfil de competências ideal para os enfermeiros chefes de equipa é aquele que comporte o factor 1 e 2 (Esquema 3).

Assim, foi encontrado um perfil de enfermeiro para chefiar equipas de enfermagem, que para além do conhecimento e técnicas gerais e específicas que advêm da especificidade do serviço onde se encontra inserido, tem que impreterivelmente possuir o seguinte perfil:

Ser Proficiente em, Competências de Comunicação, Competências Culturais, Competências de Liderança, Competências das Ciências de Enfermagem, Competências de Gestão e por último Liderança e Formas de Pensamento em Competências.

Embora a nossa investigação se tenha baseado, como foi referido na apresentação do instrumento de recolha de dados, nas directrizes da ordem dos enfermeiros, do conselho internacional de enfermagem, na carreira de enfermagem e no REPE, os nossos resultados não estão de acordo com o que a ordem dos enfermeiros preconiza, nomeadamente no que respeita há certificação de competências na prática de enfermagem, onde nos interrogamos o que certificar, como certificar e a quem certificar. Alguns países da união europeia já colocaram de lado este tipo de certificação, por isso recomendamos à ordem dos enfermeiros que a partir da leitura deste estudo e outros que possam a vir a ser elaborados promova uma reflexão muito pormenorizada sobre o tema. Face aos resultados alcançados, recomendamos a realização de novos estudos de investigação nesta área temática, como exemplo o alargamento do leque de inquiridos a outros hospital do sector público e/ou centros de saúde, para que se possa obter uma visão mais abrangente das competências em enfermagem. Também recomendamos às escolas de enfermagem, uma reflexão sobre a temática e ainda aqueles profissionais que orientam a formação inicial dos estudantes de enfermagem nestas áreas de competências.

Na área de formação contínua, nomeadamente para os enfermeiros que já concluíram a sua formação académica básica e se encontram já ao serviço, recomendamos que se realizem acções de formação sobre competências, específicas para os chefes de equipa, porque consideramos que a enfermagem para além da sua vertente técnica, necessita quase como obrigação, adquirir competências na área de gestão, gestão de competências e gestão do conhecimento.

Para finalizar este trabalho de investigação apresentamos um plano de intervenção nas competências em enfermagem, realizando um plano de formação para os enfermeiros chefes de equipa.

Plano de Formação para adquirir competências específicas para os enfermeiros chefes de equipa

Com esta formação pretende-se a aquisição de competências específicas para os enfermeiros que desempenham ou venham a desempenhar funções de chefia de equipas. A importância da aquisição deste tipo de competências incide principalmente no facto de que aos enfermeiros inseridos numa organização, como a instituição hospitalar, ser necessário cada vez mais serem fornecidos um leque de conhecimentos em áreas como gestão, liderança, comunicação, e direito, e com as lacunas observadas neste estudo sobre competências, consideramos de extrema importância a realização de uma formação deste tipo que lhes proporcione a aquisição dessas competências.

Com esta formação facultar-se-á a todos os participantes a compreensão de processos individuais e organizacionais referentes à instituição hospitalar, bem como, instrumentos necessários para a produção de mudanças organizacionais na área da enfermagem.

Esta formação terá uma abordagem multidisciplinar de forma a proporcionar um abrangente leque de conhecimentos na área das competências e chefias de equipa.

Finalidades da acção de formação:

- Melhorar as competências em Ciências de Enfermagem para aumentar um desempenho eficaz e eficiente na chefia de equipa;
- Melhorar as competências de liderança e o desempenho dos chefes de equipa em enfermagem;

Delineamos como objectivo geral: Adquirir competências específicas para melhorar a eficácia e eficiência da chefia de equipa.

E como objectivos Específicos:

- Adquirir competências de Liderança para melhorar o desempenho das funções de chefia de equipa;
- Adquirir competências culturais e comunicativas para melhorar o desempenho dos chefes de equipa;
- Adquirir competências de gestão para colaborar no aumento da eficácia e eficiência da gestão do serviço em que se encontra inserido;
- Adquirir conhecimentos em liderança e forma de pensamento sobre competências para reflectir e reorganizar o seu pensamento como chefe de equipa.

Destinatários:

Os destinatários desta formação, serão todos os enfermeiros que neste momento desempenhem funções como chefe de equipa, bem como os enfermeiros que as enfermeiras chefes de serviço entendam que devam adquirir conhecimentos nesta área.

Estrutura da Formação:**1ª Parte**

Nesta fase serão fornecidas bases teóricas multidisciplinares que levem à compreensão das organizações de saúde, competências bem como da gestão de competências e do conhecimento.

- 1 – As organizações de saúde
- 2 - Introdução às diferentes abordagens de competências.
- 3 – Gestão de competências/Gestão do conhecimento

2ª Parte

Neste modulo serão facultados aos formandos, ideias gerais sobre a enfermagem nas organizações e suas implicações, bem como, as competências específicas para a chefia de equipas.

- 1 – A Enfermagem e as organizações de saúde
- 2 – Direito da saúde
- 3 – Competências específicas para os enfermeiros chefes de equipa.

Metodologia

Os módulos serão ministrados em sessões teóricas e teórico-práticas.

Duração

A Formação terá a duração de 24 horas

Frequência e avaliação

Presença obrigatória em 90% das sessões

5. BIBLIOGRAFIA

ALBARELLO, Luc et al (1997), Práticas e métodos de investigação em ciências sociais, Lisboa: Gradiva.

ALMEIDA, João Ferreira e PINTO, José Madureira (1995), A investigação nas ciências sociais, 5ª ed. Lisboa: Editorial Presença.

ANTÓNIO, Nelson Santos (1991), Qualidade – Teoria e Prática, Lisboa: ed. Sílabo, p. 119

ARGYRIS, C. (1957), Personality and Organization, New York: Harper & Row;

BELL, Judith (1997), Como realizar um projecto de investigação, Lisboa: Gradiva.

BENNIS, W. e NAMUS, B. (1985), Diriger: Les Secrets des Meilleurs Leaders, Paris: InterEditions.

BINA, M. & NEWKIRK, J. (1998), Competencies at the Rock: Creating a Competence - Based System into the Defense Mapping Agency, Us Department of Defense. In Dubois, D. (Ed). The competency case Book. HRD Press.

BOTERF, Guy Le, (1995), De la Competence – Essai sur un attracteur étrange. Paris: Les éditions D'organisation, Quatrième Tirage.

BOTERF, Guy Le, (1998), De la competence à la navigation professionnelle, Paris; Les Éditions d'Organization.

BOTERF, Guy Le; BARZUCCHETTI, Serge e VICENTE, Francine (1992), Comment manager la qualité de la formation, Paris: Éditions d'Organization.

BOYATZIS, R. (1982), The Competence Manager: A Model for effective Performance. New York: Wiley Interscience

BOYATZIS, R. COWEN, S. e KOLB, D. (1995), - Innovation in Higher Education. San Francisco: Jossey-Bass.

BRYMAN, Alan & DUCAN Cramer (1992), Análise de Dados em Ciências Sociais. Introdução às Técnicas utilizando o SPSS. Oeiras: Celta Editora.

CARDOSO, Luís (1995), Gestão Estratégica das Organizações. Lisboa. Editorial Verbo, 207 p. ISBN 972-22-1680.

CARMO, Hermano; FERREIRA, Manuela (1998), Metodologia da Investigação: Guia para auto-aprendizagem, Lisboa: Universidade Aberta, 353 p. ISBN 972-674-231-5.

CHANDLER, Alfred D. JR. (1962), Strategy and structure – chapters in the history of the industrial enterprise, England: MIT Press.

CHIAVENATO, Idalberto (1983), Introdução à teoria Geral da Administração. 3ª ed. S. Paulo: McGraw-Hill, 617 p.

CHIAVENATO, Idalberto (1987), Administração de Recursos Humanos. Vol. 3, São Paulo: Editora Atlas, SA, 376 p.

COLLIÉRE, Marie-Françoise (1999), Promover a Vida: da prática das mulheres de virtude aos cuidados de Enfermagem. Lisboa: Sindicato dos Enfermeiros Portugueses. 385 p. ISBN 972-95420-0-7.

CRONBACH, L. J. (1990), Essentials of Psychological Testing (5ª ed.). New York: Harper Collins.

DAFT, R. L.(1990), Administração, 4ª ed., Rio de Janeiro: Ltc.

DALE, Barrie; COOPER, Gary (1992), Qualidade Total e recursos humanos. Lisboa: Editorial Presença, 351 p.

DESCOMBE, Marin (1998), *The good research guide for small – scale social research projects*, Buckingham: Open University Press.

DRUKER, Peter F. (1994), *As organizações sem fins lucrativos*. Lisboa: Difusão Cultural. p. 226, ISBN 972-709-188-1.

ELHART, D.; GRAGG, S. H. (1978), *Scientific principles in nursing*: Saint Louis: C.V. Mosby Co.

ELHART, D.; Stone, S. (1984), *Management for Nurses: A Multidisciplinary Approach*; Paperback February.

FADIMAN, James; FRAGER, Robert (1986), *Teorias da Personalidade*. São Paulo: Editora Harbra, 390 p.

FITZGERALD, W. J., et.al. (2000), *Nonlinear and nonstationary signal processing*, Cambridge: Cambridge University Press, ISBN 0-521-80044-7

FLEURY, A.; FLEURY, M (2000), *Desenvolvimento de Competências em diferentes arranjos empresariais*, Florianópolis: Anais XXIV Enanpad. Anpad

FLEURY, A.; FLEURY, M. (2001), *Construindo o Conceito de competências*. *Revista de Administração Contemporânea*, Vol. 5, p.183-196, Rio de Janeiro.

FLEURY, A.; FLEURY, M.(2001), *Estrategias Empresariais e Formação de Competências*. Rio de Janeiro: Atlas.

FOREHAND, G. e GILMER, B. (1964), *Environmental Variation in Studies of Organizational Behavior*; *Psychological Bulletin*, p. 361-382

FORTIN, Marie-Fabienne (1999), *O processo de investigação. Da concepção à realização*. 1ª ed. Loures: Lusociência, 388 p. ISBN 972-8383-10-X.

FRAGNIÈRES, M. Gabriel, (1992), *L'évaluation, la certification et la reconnaissance des qualifications et des competences professionnelles – la*

certification , problèmes de la certification des competences et des acquis de formation dans la communauté Européenne; Seminário organizado pelo Ministério da Educação de Portugal e a OCDE, Porto (Documento de Trabalho).

FRIEDLANDER, F. e MARGULIES, N. (1969), Multiple Impacts of Organizational Climate and Individual Value Systems upon Job Satisfaction; *Personnel Psychology*, p. 171-183

GHIGLIONE, Rodolphe; MATALON, Benjamin (1997), O inquérito – Teoria e Prática, Oeiras: Edições Celta.

GIL, António Carlos (1989), Métodos e Técnicas de Pesquisa Social. 2ª ed. São Paulo: editora Atlas, p.46, ISBN 85 – 224 – 0489 – 5.

GIL, António L.(1993), Qualidade Total nas Organizações, 2ª edição, São Paulo: Editora Atlas, 110 p. ISBN 85-224-0797-5.

GILBERT, Patrick e PARLIER, Michel, (1992), La competence: du “mot-valise” au concept opératoire in Dossier: nouveaux metiers, nouvelles competences, *Actualité de la formation permanent*, nº116, Paris: Centre Inffo, Jan-Fev, p. 14-18.

GOLEMAN, D. (1996), Emotional intelligence: With it can matter more than IQ. London: Bloomsbury, ISBN 0-7475-2830-6.

GOLEMAN, D. (2000), Trabalhar com a inteligência emocional; Lisboa: Temas e Debates, ISBN 972-759-180-9.

GOLEMAN, D. (2001), Inteligência Emocional; Lisboa: Temas e Debates, ISBN 972-759-063-2.

GUERRA, M. F. (org.) (1998), Processos de reconhecimento e validação de Competências. Lisboa: Ministério de Educação - Departamento da Educação Básica.

HALL, D. I. e SAIAS, M. A. (1979), Les Contraintes Structurelles du Processus Stratégique, Paris: Révue Française de Gestion, p. 4-15.

HESBEEN, Walter (2001), Qualidade em Enfermagem, Loures: Lusociência, 220 p. ISBN 972-83-83-20-7.

IMAGINÁRIO, L. (2001), Balanço de Competências, Discursos e práticas, Lisboa: MTS/DGEFP/CIME.

IMAGINÁRIO, L. et. al. (1998), Um ensaio do balanço de Competências em Portugal. Lisboa: MTS/DGEFP/CIME.

INTERNATIONAL COUNCIL OF NURSES (2003), Alexander M; RUNCIMAN P, ICN Framework of Competencies for the Generalist Nurses – Report of the Development Process and Consolidation, Standars and Competencies Series, Genebra.

JAMES, L. e JONES, A. (1974), Organizacional Climate: A Review of the Theory and Research; Psychological Bulletin, vol 81, p 1096-1112.

KANT, Immanuel (1991), Fundamentação da metafísica dos costumes, Lisboa: Edições 70.

KETELE, Jean-Marie; ROGIERS, Xaviers (1993), Metodologia de recolha de dados – Fundamentos dos métodos de observação, de questionários, de entrevistas, e de estudos documentais, Lisboa: Instituto Piaget.

KIERKVOLD, Marit (1995), Investigação Integradora: uma estratégia para maior desenvolvimento da ciência de Enfermagem e da prática de Enfermagem. Enfermagem, Lisboa: Outubro/Dezembro, p. 17-27, ISSN 0871 – 0775. 6.

KROGH, G.; ROOS, J. (1995), A Perspective on Knowledge, Competence and Strategy. Personnel Review. Vol. 24, nº 3, p. 56-76

LEVY-LEBOYER, C. (1997), La gestion des competences, Paris: Editions D'Organisations

LIMA, Marinus Pires (1995), *Inquérito sociológico – Problemas de Metodologia*, Lisboa: Editorial Presença.

LITWIN, G. e STRINGER, R. (1968), *Motivation and Organizational Climate*, Boston: Harvard University.

MACHADO, José (coord.), (1991), *Grande Dicionário da Língua Portuguesa*, Vol. II, Lisboa: Circulo de Leitores, ISBN 972-42-0332-8.

MADUREIRA, Mário A. S. (1990), *Introdução à Gestão*, Lisboa: Publicações D. Quixote, 448 p. ISBN 972-20-0823-4.

MANDON, Nicole (1990), *La gestion prévisionnelle dès competences – La méthode ETED*, Paris: La documentacion française, Collection des etudes nº 57.

McCLELLAND, D (1976), *A Guide to job competence assessment*. Boston: McBer.

McCLELLAND, D (1996), *Assessing Competencies: Use of Behavioral Event Interviews to Access Competencies Associated with Executive Success*, Boston: Mcber.

McCLELLAND, D. (1973), *Testing for Competence Rather Than for Intelligence*. *American Psychologist*. Vol. 28, p. 1-14.

McLAGAN, P. (1997), *Competencies: The next generation*. *Training & Development*, vol.5: nº 51, May, p. 40-47.

MILLS, J. et. al. (2002), *Competing Through Competences*. London: Hodder & Houghton.

Mintzberg, H. (1979), *The Structuring of Organizations: A Synthesis of the Research*, New Jersey: Englewood Cliffs, Prentice Hall

MINTZBERG, Henry (1995), *Estrutura e Dinamica das Organizações*, Lisboa: Publicações D. Quixote,. 537 p. ISBN 972-20-1147-2.

MIRABLE, R. (1997), *Everything you Wanted to Know About Competency Modelling, Training & Development*, vol.8, nº 51, p. 73-78.

MITRANI, Alain; DALZIEL, Murray; PUGA, Ignacio Suarez; (1992), *Las competencias: clave para uma gestión integrada de los recursos Humanos*, Bilbao: Ediciones deusto, S.A.

MITROF, Ian I. (1986), "Comments on Crisis Management", in *The Risk Report*, Vol. 9, nº 4, December 1986, p. 1-5

MITROF, Ian I. (1986), "Crisis Management: The Best Insurance For the Unthinkable is Systematically Thinking About It", *Executive Speeches*, Vol. I, nº 4, November 1986, p. 21-23.

MITROF, Ian I. (1987), *Business Not As Usual, Reithing Our Individual Corporate and Industrial Strategies for Global Competition*, San Francisco: Jossey-Bass.

MITROF, Ian I. (1999), *Tempos difíceis, soluções inovadoras*, Rio de Janeiro: Campus

MORAN, E. T. e VOLKWEIN, J. F. (1992), *The Cultural Approach to the Formation of Organizational Climate*, *Human Relations*, vol. 45, p. 19-47

NUNES, F. (1994), *As organizações de Serviços de saúde: Alguns elementos distintivos*. *Revista Portuguesa de Gestão*, nº 34, Departamento de Gestão do ISCTE.

NUNNALLY, J. (1978), *Psychometric Theory* (2ª ed.). New York: McGraw.

ORDEM DOS ENFERMEIROS (2004), *Divulgar – Competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais*, Lisboa: Granfinter, 24 p.

PEREIRA, Matilde Maria (1995), *Revista Portuguesa de Saúde Pública; Administração Hospitalar. A qualidade na gestão dos serviços de saúde*, Lisboa: vol 13 (Janeiro/Março) p. 5 – 10.

PEREIRA, O. G. (1999) *Fundamentos de Comportamento Organizacional*, Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian, ISBN 972-31-0835-6.

PESTANA, Maria Helena & GAGEIRO, João Nunes (2000), *Análise de Dados para Ciências Sociais. A Complementaridade do SPSS*. Lisboa: Edições Sílabo.

PIRES, Ana (1994), *As novas Competências Profissionais in: FORMAR, Revista dos Formadores*, Lisboa: Fev./Abril, p. 4-14.

POLIT, Denise F; HUNGLER, Bernardett P.(1995), *Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem*. 3ª ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 385 p. ISBN 85-7307-101-X.

PORTER, M. E. (1996), *What is Strategy?* *Harvard Business Review*, vol. 74 nº 6, Nov./Dez. p. 61-78

PORTUGAL. Ministério da Saúde – Decreto-Lei nº 104/98. *Diário da República I Série A (93)*. 25 de Abril de 1998.

PORTUGAL. Ministério da Saúde – Decreto-Lei nº 19/88. *Diário da Republica. I Série 3º Suplemento (17)*. 21 de Janeiro de 1988.

PORTUGAL. Ministério da Saúde – Decreto-Lei nº 411/99. *Diário da Republica I Série A (241)*. 15 de Outubro de 1999.

PORTUGAL. Ministério da Saúde – Decreto-Lei nº 412/98. *Diário da Republica I Série A (300)*. 30 de Dezembro de 1998

PORTUGAL. Ministério da Saúde – Decreto-Lei nº 437/91. *Diário da República I Série A (257)*. 8 de Novembro de 1991.

PORTUGAL. Ministério da Saúde – Decreto-Regulamentar nº 3/88. Diário da Republica. I Série. Suplemento (17). 21 de Janeiro de 1988.

PORTUGAL. Ministério da Saúde e da Assistência – Decreto nº 48358. Diário do Governo. I Série (101). 27 de Abril de 1968.

PORTUGAL. Ministério da Saúde e da Assistência – Decreto-Lei nº 48357. Diário do Governo. I Série (101). 27 de Abril de 1968.

PORTUGAL. Ministério da Saúde e da Assistência – Lei nº 2011. Diário do Governo. I Série. 2 de Abril de 1946.

PORTUGAL. Presidência da Republica – Lei nº 2120. Diário do Governo. I Série (169). 19 de Julho de 1963.

PRAHALAD, C. K.; HAMEL, G. (1990), The Core Competence of the Corporation. Harvard: Business Review, vol. 68, nº3: p. 79-91, May/June.

QUIVY, Raymond; CAMPENHOUDT, Lucvan (2003), Manual de Investigação em ciências sociais. 3ª ed. Lisboa: Gradiva, p. 275. ISBN: 972662 – 275 – 1.

RAMOS, Francisco Martins (2003), Apontamentos das sessões da disciplina de Metodologia de Investigação – I Curso de Mestrado em Intervenção Sócio-Organizacional na Saúde, Évora: Universidade de Évora.

REIS, Vasco P.; COSTA, Carlos M. (1985), O Hospital um sistema aberto. Lisboa: Revista Portuguesa de Saúde Publica,. Vol. 3, nº 1 (Janeiro-Março), p. 11-12.

RETOUR, D. (2001), La Gestion des Competence entre concepts et applications , Paris: Choniques nº 39, Janv./Mars.

REY, Bernard (1996), Les competences transversals en question, Paris: ESF éditeur.

ROBBINS, S. (1999), *Comportamento Organizacional*, Rio de Janeiro: 8ª ed. Livros Técnicos e Científicos Editora S.A.

SCHNEIDER, B. e REICHERS, A. (1983), *On the Etiology of Climates; Personnel Psychology*, vol. 36 p. 19-39

SIMON, H. A. (1976), *Administrative Behavior*, 3ª edição, New York: Free Press.

SPENCER and SPENCER (1993), *Competence at Workmodels for Superior Performance*. New York: John Willey & Sons.

STOGDILL, Ralph, M. (1990), *Handbook of Leadership: A survey Theory and Research*, 3ª ed.. Nova Iorque: Free Press.

STONNER, James (1985), *Administração*. 2ª ed., Rio de Janeiro: Prentice/Hall. Brasil, 464 p., ISBN 85-7054-018-3.

STREINER, D. L. e NORMAN, G. R.(1989), *Healt Measurement scales (a practical Guide to their Development and use)*. Oxford: Oxford Medical Publications.

STREUBERT, Helen J.; CARPENTER, Dona R. (2002), *Investigação Qualitativa em Enfermagem: avançado imperativo humanista*. 2ª ed. Loures: Lusociência, p. 40 ISBN 972 – 8383 – 29 – 0.

STROOBANTS, Marcelle, (1991), *Travail et compétences: recapitulation critique des approches des savoirs au travail in Formayion Emploi n° 33*, p. 31-42.

TIDD, J. et. al. (1997), *Managing Innovation: Integrating Technological, market and organizational change*, New York: John Wiley.

ZARIFIAN, P. (2000), *Objetivo Competencias*, São Paulo: ATLAS.

ZARIFIAN, Philippe (1998), Communication, productivité et chômage dans l'organisation industrielle in LAMOTTE, Bruno (coord), Les regulations de l'emploi – stratégies des acteurs, Paris: Editions L'Harmattan, p. 29-47.

ANEXOS

ANEXO I – Inquérito por Questionário

Caro colega

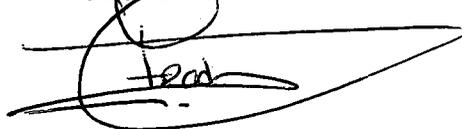
Sou Enfermeiro a desempenhar funções no Hospital de Santa Cruz e encontro-me a frequentar o Curso de Mestrado em Intervenção Sócio-Organizacional na Saúde, na especialização em Políticas de Administração e Gestão em Saúde, estando neste momento na fase de elaboração da minha dissertação de Mestrado, cujo tema é: **“Gestão de Competências em Enfermagem – Gerir as competências: Um desafio para as chefias de Equipa em Enfermagem. O caso de uma unidade hospitalar pública da Região de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo”**.

Por este motivo venho solicitar a sua valiosa colaboração para o preenchimento do questionário em anexo. A sua opinião é fundamental.

Asseguro-lhe que todas as suas respostas são confidenciais e anónimas. Peço que preencha todos os itens do questionário, dê apenas uma resposta a cada pergunta. Agradeço que responda com a maior brevidade possível.

Neste sentido agradeço a sua atenção, disponibilidade e colaboração.

Atenciosamente

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Manuel Frade', is written over a large, stylized, teardrop-shaped graphic element.

Manuel Frade

AVALIAÇÃO DEMOGRAFICA

1 - Sexo: M F

2 - Idade _____

3 - Estado Civil: _____

4- Habilitações profissionais:

Curso Bacharelato em enfermagem _____

Curso Licenciatura em Enfermagem ou equivalente _____

Curso de Estudos Superiores Especializados em Enfermagem _____

Mestrado _____

Outro _____

Especifique _____

5 - Categoria Profissional:

Enfermeiro

Enfermeiro Graduado

Enfermeiro Especialista

Enfermeiro Chefe

Enfermeiro Supervisor/Director

6 - Tempo de exercício em Enfermagem: _____ Anos

7 - Tempo de exercício na Instituição: _____ Anos

8 - Tempo de exercício no Serviço: _____ Anos

9 - Exerce funções de chefe de equipa: Sim Não

10 - Tipo de Horário:

Fixo

Roulement

QUESTIONÁRIO DE COMPETÊNCIAS DOS ENFERMEIROS CHEFES DE EQUIPA (@ MANUEL FRADE, 2005)

Itens	Concordo em absoluto	Concordo Bastante	Não concordo nem discordo	Discordo bastante	Discordo em absoluto
1 – Ensina, critica e define problemas					
2 – Selecciona e define prioridades relacionadas com os problemas de Enfermagem definidos					
3 – Identifica fontes relevantes e apropriadas sobre a recolha de dados e fontes de informação					
4 - Avalia a veracidade e procede á comparação dos dados obtidos identificando lacunas e sua origem.					
5 – Ensina, utiliza e coloca em prática, princípios éticos e deontológicos relativamente à informação obtida.					
6 – Interpreta a informação obtida sobre os utentes, tendo em consideração os riscos e os benefícios da mesma					
7 – Coloca em pratica os dados obtidos, recorrendo a sistemas e tecnologias de informação					
8 – Recolhe, resume e interpreta a informação relativa a cada utente					
9 – Identifica, interpreta e cumpre leis de saúde, regulamentos e politicas relacionadas com a Enfermagem					
10 – Procede à articulação das implicações de saúde com as implicações fiscais, administrativas, legais e sociais, com a organização hospitalar					
11 – Utiliza técnicas actuais na análise de decisão e planeamento dos cuidados de Enfermagem					
12 – Utiliza decisão apropriada no decurso da acção					

Itens	Concordo em absoluto	Concordo Bastante	Não concordo nem discordo	Discordo bastante	Discordo em absoluto
13 – Desenvolve esquemas para a execução dos cuidados de Enfermagem, incluindo objectivos, acções e resultados, utilizando as etapas do processo de Enfermagem					
14 – Desenvolve mecanismos de monitorização e avaliação dos cuidados de enfermagem prestados para a verificação da qualidade e eficácia dos mesmos.					
15 – Comunicação eficaz escrita, oral ou outra					
16 – Participa em grupos de trabalho para esclarecimento e resolução de situações específicas do utente					
17 – Utiliza os meios ao seu alcance, incluindo novas tecnologias e redes de comunicação para transmitir informação					
18 – Nas comunicações em que participa, apresenta eficazmente a informação, conteúdo, dados estatísticos e científicos					
19 – Tem uma postura de escuta activa, respeita o ponto de vista dos outros, promove a discussão e a expressão de opiniões e expectativas					
20 – Utiliza métodos apropriados e interage de forma sensível, eficaz e profissional com os utentes de qualquer idade, raça, grupo cultural, socio-económico, educacional, étnico e diferentes estilos de vida					
21 – Identifica o papel dos factores culturais, sociais, psicológicos e comportamentais na determinação dos cuidados de enfermagem					
22 – Desenvolve e adapta os problemas de cada utente, tendo em conta os factores culturais, sociais, psicológicos e comportamentais.					
23 – Compreende as forças dinâmicas que contribuem para a diversidade cultural					

Itens	Concordo em absoluto	Concordo Bastante	Não concordo nem discordo	Discordo bastante	Discordo em absoluto
24 - Estabelece e mantém relações profissionais com todos os elementos da equipa de saúde e utentes, funcionando como mediador					
25 - Utiliza a liderança, a coesão da equipa, a negociação e habilidades de resolução de conflitos, para solucionar situações problemáticas.					
26 - Colabora com os restantes profissionais de saúde para o controle da doença e promoção da saúde.					
27 - Identifica os recursos necessários e os recursos disponíveis					
28 - Desenvolve, implementa e avalia a actuação dos outros profissionais da equipa e procede à sua autoavaliação, aceita a hetero-avaliação tanto dos outros profissionais como dos utentes.					
29 - Descreve e conhece a missão, os objectivos da instituição hospitalar, bem como do serviço em que está inserido.					
30 - Identifica as responsabilidades individuais e organizacionais no contexto dos serviços de saúde e as funções essenciais dos profissionais de enfermagem					
31 - Define, avalia e compreende o estado de saúde dos utentes, factores que contribuem para a promoção da saúde e prevenção da doença.					
32 - Compreende o desenvolvimento, a estrutura e a interacção histórica dos cuidados de Enfermagem					
33 - Identifica e utiliza métodos de pesquisa usados nas ciências de Enfermagem					
34 - Aplica as diferentes ciências: Comportamentais, Sociais, Bioestatística, Epidemiologia, Enfermagem, na prevenção e controlo das várias doenças					

Itens	Concordo em absoluto	Concordo Bastante	Não concordo nem discordo	Discordo bastante	Discordo em absoluto
35 – Identifica e utiliza a evidência científica					
36 – Desenvolve pensamento crítico rigoroso					
37 – Desenvolve e apresenta projectos na área das ciências de Enfermagem					
38 – Desenvolve estratégias para determinar prioridades na gestão de recursos matérias e humanos					
39 – Desenvolve relações humanas básicas na gestão do serviço, motivação dos elementos da equipa e resolução de conflitos.					
40 – Controla sistemas de informação para a colheita e uso de dados para a tomada de decisão					
41 – Cria uma cultura ética com a organização e os elementos da equipa					
42 – Cria valores chave de ajuda e partilha a visão da organização e utiliza estes princípios como guia orientador.					
43 – Identifica resultados internos e externos que podem ter impacto no serviço em que está inserido (planeamento estratégico)					
44 – Facilita a colaboração com grupos internos e externos para assegurar a participação de toda a equipa					
45 – Incentiva a equipa na aprendizagem organizacional					
46 – Contribui para o desenvolvimento, execução e monitorização de padrões de desempenho organizacional.					
47 – Utiliza o sistema legal e político para realizar mudanças.					
48 – Aplica as teorias das estruturas organizacionais à prática profissional.					

ANEXO II – Pedido de Autorização para Realizar o Estudo no Hospital de Santa Cruz

Manuel Tomé Punilhas Frade
Rua Manuel Monteiro, 6, Palhais
2820-230 Charneca da Caparica

Exmº Senhor Costa Vieira
Presidente do Conselho de
Administração do Hospital
de Santa Cruz
Av. Professor Reinaldo dos Santos
Carnaxide

Idolinda
21/05/05
Autorizado
Idolinda
Enfermeira Directora
21/05/05

ASSUNTO: Pedido de autorização para realizar um estudo de investigação no âmbito do Mestrado em Intervenção Sócio-Organizacional na Saúde Especialização em Políticas de Administração e Gestão em Saúde

Exmº. Senhor:

Sou Enfermeiro na Instituição, a exercer funções no serviço de Cirurgia Cardioraccica, frequento o 2º ano do Curso de Mestrado em Intervenção Sócio-Organizacional na Saúde, especialização em Políticas de Administração e Gestão em Saúde, ministrado pela Universidade de Évora. Estou a desenvolver a minha dissertação de Mestrado na área das Competências em Enfermagem e gostaria de efectuar o meu estudo neste hospital.

O estudo é composto por duas partes, na primeira realizarei entrevistas às Enfermeiras Chefes de Serviço, Enfermeira Supervisora e Enfermeira Directora. Na segunda parte do estudo é realizado através da implementação de um inquérito por questionário a todos os enfermeiros que prestam cuidados de enfermagem directos.

Venho por este meio solicitar autorização para realizar o referido estudo nesta instituição. Junto envio o projecto da Dissertação em causa.

Sem outro assunto de momento, subscrevendo-me com consideração e estima

Charneca da Caparica, 28 de Abril de 2005

Atentamente

A handwritten signature in black ink, appearing to be 'M. Frade', is written over a horizontal line. The signature is stylized and somewhat cursive.

Manuel Frade

ANEXO III – Quadro nº. 14 - Distribuição dos Enfermeiros Segundo o Sexo

Quadro nº. 14 – Distribuição dos enfermeiros segundo o sexo

Sexo	Enfermeiros (N=187)	
	Fi	%
Masculino	22	12%
Feminino	165	88%
Total	187	100%

ANEXO IV – Quadro nº. 15 - Distribuição dos Enfermeiros Segundo o Estado Civil

Quadro nº. 15 - Distribuição dos Enfermeiros Segundo o Estado Civil

Estado Civil	Enfermeiros (N=187)	
	Fi	%
Solteiro	85	46%
Casado	98	52%
Divorciado	4	2%
Total	187	100%

ANEXO V – Quadro nº. 16 - Distribuição dos Enfermeiros Segundo as Habilitações Profissionais

Quadro nº. 16 - Distribuição dos Enfermeiros Segundo as Habilitações Profissionais

Habilitações Profissionais	Enfermeiros (N=187)	
	Fi	%
Curso Bacharelato em Enfermagem	86	46%
Curso Superior de Enfermagem ou equivalente	91	49%
Curso de Estudos Superiores Especializados em Enfermagem	5	3%
Mestrado	5	3%
Total	187	100%

ANEXO VI – Quadro nº. 17 - Distribuição dos Enfermeiros Segundo Categoria Profissional

Quadro nº. 17 - Distribuição dos Enfermeiros Segundo Categoria Profissional

Categoria Profissional	Enfermeiros (N=187)	
	Fi	%
Enfermeiro	50	27%
Enfermeiro Graduado	128	68%
Enfermeiro Especialista	4	2%
Enfermeiro Chefe	4	2%
Enfermeiro Director/Supervisor	1	0,5%
Total	187	100%

ANEXO VII – Quadro nº 19 – Distribuição dos Enfermeiros Segundo o Exercício de Funções de Chefe de Equipa

Quadro nº 19 – Distribuição dos Enfermeiros Segundo o Exercício de Funções de Chefe de Equipa

Exerce funções de chefe de equipa	Enfermeiros (N=187)	
	Fi	%
Sim	65	35%
Não	122	65%
Total	187	100%



ANEXO VIII – Quadro nº. 20 - Distribuição dos Enfermeiros Segundo o Tipo de Horário

Quadro nº. 20 - Distribuição dos Enfermeiros Segundo o Tipo de Horário

Tipo de Horário	Enfermeiros (N=187)	
	Fi	%
Fixo	54	29%
Roulement	133	71%
Total	187	100%