



MANUEL DA SILVA E COSTA
MARIA ENGRÁCIA LEANDRO

(ORGANIZADORES)

Participação, Saúde e Solidariedade Riscos e Desafios

UNIVERSIDADE DO MINHO
INSTITUTO DE CIÊNCIAS SAÚDES

FICHA TÉCNICA

Título

Participação, Saúde e Solidariedade: Riscos e Desafios

Autores

Vários

Editores

Associação Ibero-Americana de Sociologia das Organizações (AISO)
Instituto de Ciências Sociais (ICS)
Núcleo de Estudos em Sociologia (NES)

Organizadores

MANUEL DA SILVA E COSTA
MARIA ENGRÁCIA LLANDRO

Tiragem

500 exemplares

ISBN

972-98541-4-9

Depósito legal

244847/06

Composição e Impressão

BARBOSA & XAVIER, LDA. - ARTES GRÁFICAS
Rua Gabriel Pereira de Castro, 31-A e C
Tel. 253 618 916 / 253 263 063 • Fax 253 615 350
E-mail: barbosa.xavier@sapo.pt
4700-385 BRAGA

A QUALIDADE NA FORMAÇÃO EM CONTEXTO HOSPITALAR: UMA REFLEXÃO CRÍTICA

ANA PAULA MACEDO

Escola Superior de Enfermagem Calouste Gulbenkian



Resumo

Esta comunicação é extraída de um estudo, no âmbito da Educação Não-Escolar, intitulado «Dimensões do Hospital como Organização e Formação em Contexto Hospitalar», cuja opção teve subjacentes motivações de natureza pessoal, relevância organizacional e actualidade temática. Trata-se de um estudo exploratório sobre representações/opiniões de enfermeiros, onde é privilegiado o inquérito (por entrevista) como técnica de recolha de informação. Este trabalho considerou como objectivos primordiais a identificação de modelos de análise do hospital enquanto organização, a caracterização das relações entre a organização hospitalar e a formação e a compreensão das representações/opiniões dos enfermeiros sobre o hospital como organização enquanto palco de iniciativas de formação em contexto de trabalho. Assim, a recolha dos dados empíricos possibilitou-nos equacionar a formação, a partir da análise de algumas dimensões dos modelos organizacionais de Per-Erik Ellström (1983), nomeadamente no que se refere ao pessoal de enfermagem. Um outro aspecto que nos pareceu particularmente relevante na análise das entrevistas, embora, neste caso, situado para além do quadro teórico-conceptual proposto, foi o facto de a empresa produtiva e lucrativa ser uma das imagens recorrentes nos discursos dos enfermeiros. Nesta comunicação analisamos o conceito de qualidade na formação dos enfermeiros em contexto de trabalho, desocultando algumas dimensões críticas que emergiram das suas representações.

INTRODUÇÃO

No estudo a que nos reportamos¹ confrontamo-nos com dimensões do domínio mercantil ou empresarial, diferentes pois das dimensões dos modelos de análise resultante da aplicação da nossa proposta de construção de um quadro teórico-conceptual, que inclui os mesmos elementos da tipologia de Per-Erik Ellström (1983) (*o modelo racional-burocrático, o modelo de sistema social, o modelo político e o modelo anárquico*), e ainda novos elementos relativos à formação na organização hospitalar e aos processos

¹ No âmbito da dissertação de Mestrado em Educação, na área da especialização em Organizações Educativas e Administração Educacional, desenvolvemos o estudo intitulado «Dimensões do Hospital como Organização e Formação em Contexto de Trabalho».

de formação. Embora a nossa tese tivesse confirmado aquilo que admitimos numa fase preliminar – que os quatro modelos pudessem ter expressão numa organização como o hospital –, esse facto não deixa de ser verdade: muitos depoimentos dos enfermeiros parecem só ganhar sentido à luz dos modelos organizacionais atrás referidos. No entanto, há representações sobre o hospital como organização que não foram cobertas neste exercício. Referimo-nos aos discursos que parecem apontar para modelos que não tínhamos inicialmente desenvolvido, como é o caso, por exemplo, de algumas elocuições neles contidas, que remetem para aspectos simbólicos e que, de algum modo, poderiam encontrar mais sentido no chamado *modelo neo-institucional*², e ainda na imagem do «hospital como empresa». Esta última representação pareceu-nos particularmente relevante, uma vez que os discursos remetidos para estas dimensões aparecem com a expressão da qualidade fortemente enfatizada o que nos merece uma pesquisa à parte; isto porque este conceito tem assumido a fisionomia que esta discussão possui no âmbito empresarial, não se diferenciando da lógica produtivista e mercantil que caracteriza os critérios segundo os quais é medida e avaliada a qualidade no mundo dos negócios.

Embora o «hospital como empresa» não seja um modelo de análise organizacional, quisemos, no entanto, fazer em relação a este tipo de representação o mesmo exercício que efectuámos relativamente aos modelos (*modelo racional-burocrático, modelo de sistema social, modelo político e modelo anárquico*), submetendo-o também às mesmas unidades de análise. Desta forma, ao identificarmos, a partir de alguns excertos de entrevista, discursos que nos remetem para o «hospital como empresa», procurámos compreender como os inquiridos perspectivam os *objectivos e preferências, as tecnologias e processos, a formação na organização hospitalar e os processos de formação*.

Considerámos importante fazer este exercício de aplicação do quadro teórico, já que a imagem do «hospital como empresa» pode incluir dimensões dos vários modelos. Outra das razões que nos levou a efectuar este exercício prende-se com a actualidade do discurso das políticas neoliberais que têm vindo a instalar-se no sector da saúde com uma forte incidência a partir de 1980³. Entra-se num período em que as políticas de saúde são sujeitas a critérios de rentabilidade económico-financeira e onde tem sido evidente «a remercadorização parcial dos bens e serviços dos cuidados de saúde, através da transferência para aqueles agentes privados da produção de alguns desses bens e serviços, retirando-se o Estado do papel de produtor e remetendo-se ao de financiador total ou parcial» (Santos, 1987: 49).

² Outro modelo que pode oferecer contributos sociológicos pertinentes à análise de algumas especificidades das organizações, sobretudo porque este modelo visa ultrapassar também os modelos da escolha racional em favor dos processos cognitivos e sistemas simbólicos, aspectos importantes para a legitimação das formas organizacionais. Ver o trabalho de Carlos Estêvão (1998a), onde o autor aplicou este modelo à análise de algumas dimensões das organizações educativas privadas.

³ Salientamos que estes novos espaços organizativos referem-se não só à organização hospitalar mas também à escola e à organização pública em geral, onde a problematização da gestão poderá adquirir novos sentidos e novas conceptualizações. Relativamente ao contexto escolar, sobre a problematização em torno da eficácia e da modernização da educação, destacamos os trabalhos de Tyler (1991), Correia (1992), Lima (1994) e Afonso (1998). O domínio da administração pública tem sido alvo, mais recentemente, de algumas análises sugestivas reveladoras do carácter gestor apontado. Destacamos aqui as abordagens de Rodrigues (1994)

O primeiro relatório anual de síntese da evolução do sistema de saúde português (OPSS), de 2001, exprime o conceito de qualidade na saúde em três dimensões complementares: a qualidade em relação à prática profissional, tanto em termos de processo como de resultados *outcomes*, a qualidade como elemento central da gestão organizacional e a qualidade como marca de garantia e segurança face ao utilizador dos serviços de saúde (certificação, acreditação). Assim, o «desenvolvimento contínuo da qualidade» passa a ser um dos principais elementos do «pólo de responsabilização» das políticas de saúde: auto-responsabilização no caso do desenvolvimento da qualidade entre pares (caso dos profissionais de saúde) e responsabilização externa por parte do regulador público e do agente contratualizador, em relação às garantias a dar ao cidadão, contribuinte e utilizador⁴ (cf. Relatório de Primavera, 2001: 51).

Considerando e aceitando, na esteira de alguns autores, que uma das tendências no campo da saúde, a partir sobretudo da década de 80, tem precisamente a ver com a ideologia da modernização, que procura valorizar o modelo empresarial, «através da inclusão de mecanismos de mercado» (Justo, 2002:103), ou mesmo «reduzido a expressões mercantis, de acordo com as Novas Tábuas da Lei» (Petrella, 2002: 67), ela tem penetrado também no campo semântico, e de uma forma ágil (no sentido que vai cobrindo outras ideologias, nomeadamente ideologias mais democráticas), como foi possível analisarmos em alguns discursos dos enfermeiros.

No estudo «Dimensões do Hospital como Organização e Formação em Contexto Hospitalar», formalmente apresentado em 2001, o inquérito (por entrevista) constitui a principal técnica de recolha de dados. Os depoimentos resultantes dos 22 enfermeiros entrevistados mereceram uma análise cuidadosa da nossa parte. Na altura da realização do estudo, o que determinou a escolha da amostra (*amostra de oportunidade*⁵) foi a sua adequação face aos objectivos da investigação (a identificação de modelos de análise do hospital enquanto organização, a caracterização das relações entre a organização hospitalar e a formação e a compreensão das representações/opiniões dos enfermeiros sobre o hospital como organização enquanto palco de iniciativas de formação em contexto de trabalho), tomando como princípio a diversificação das pessoas interrogadas e garantindo que nenhuma dimensão importante para a investigação fosse esquecida. Nesta linha de pensamento, «(...) os indivíduos não foram escolhidos em função da importância numérica da categoria que representavam, mas antes devido ao seu carácter exemplar» (Albarello, *et. al.*, 1997: 103).

No nosso caso, o carácter exemplar, pressupunha assegurar uma variedade de pessoas inquiridas, integrando enfermeiros com diferentes experiências e responsabilidades, como podemos ver no quadro I correspondente à caracterização da amostra. Assim, a nossa amostra integra enfermeiros recém-formados, enfermeiros de nível I, enfermeiros graduados, enfermeiros especialistas, enfermeiros chefes, enfermeiros formadores e enfermeiros responsáveis pelo Departamento de Educação Permanente.

⁴ Nesta evolução, é criado o Instituto da Qualidade da Saúde, ansiado pelos adeptos da gestão da *qualidade total*, para que seja um organismo influente na reforma do sistema de saúde português além de se constituir como um forte pilar na política de saúde.

⁵ De acordo com E. Wragg, a expressão *amostra de oportunidade* consiste na escolha de uma amostra segundo uma lógica de conveniência do entrevistador (Wragg, 1984: 179).

QUADRO 1 – Caracterização dos enfermeiros entrevistados

Enfermeiros	Idade	Estado civil	Categoria Profissional	Habilitação Profissional	Tempo Serviço
A	31	Solteiro	Nível I	Curso Superior	6 Anos
B	37	Casada	Formadora	Curso Superior	12 Anos
C	45	Casado	Graduado	Equiparado Curso de Bacharelato	20 Anos
D	33	Casado	Nível I	Curso Superior	8 Anos
E	40	Casada	Formadora	Curso Superior	18 Anos
F	35	Casado	Especialista	Curso Superior	10 Anos
G	40	Casada	Especialista	Curso Superior	18 Anos
H	41	Casada	Formadora	Curso Superior	20 Anos
I	37	Casado	Responsável pelo DEP	Pós-Graduado	15 Anos
J	40	Casado	Chefe	Curso Superior	20 Anos
K	37	Casado	Especialista	Curso Superior	16 Anos
L	56	Casado	Graduado	Equivalente Curso Geral	30 Anos
M	31	Solteira	Especialista (DEP)	Curso Superior	10 Anos
N	25	Casada	Nível I	Curso Bacharelato	5 Anos
O	42	Casado	Graduado	Curso Bacharelato	22 Anos
P	37	Casada	Graduada	Curso Superior	15 Anos
Q	38	Viúva	Chefe	Curso Superior	17 Anos
R	33	Divorciado	Especialista	Curso Superior	11 Anos
S	43	Solteira	Chefe	Curso Superior	22 Anos
T	40	Solteira	Especialista	Curso Superior	18 Anos
U	23	Casada	Nível I	Curso Bacharelato	5 Anos
V	46	Solteira	Graduada	Curso Superior	15 anos

As entrevistas foram efectuadas ao longo do mês de Dezembro de 2000, tendo sido realizadas em diferentes oportunidades e locais. Todas as entrevistas tiveram lugar fora do hospital e tiveram sempre em conta a aceitação e disponibilidade dos entrevistados. A proximidade estabelecida com os entrevistados e a natureza compreensiva das entrevistas levou-nos a optar pela sua gravação para posteriormente serem transcritas. Com garantia de anonimato, todos os entrevistados aceitaram sem qualquer hesitação a utilização do gravador, tendo a duração total das entrevistas sido de cerca de 17 horas. Não pretendemos com isto dizer que excluimos a influência dos factores contextuais. Uma situação de entrevista, como qualquer relação face-a-face, é sempre uma situação de interacção social particular, sujeita a diversas leituras e avaliações de parte a parte, susceptíveis de introduzir enviesamentos na recolha dos dados. Como afirma Ghiglione & Matalon, os discursos

«[...] não são produzidos num vazio social que asseguraria a sua objectividade, são obtidos numa situação muito particular de interacção social, situação em grande parte estruturada, e não apenas pela relação estabelecida entre o entrevistador e o inquirido. Isto significa que a representação da pessoa inquirida é determinada pelos seus próprios objectivos e não coincidem necessariamente com os do investigador» (Ghiglione & Matalon, 1992: 2).

Optámos por fazer nós próprios a transcrição das entrevistas, por se nos afigurar que o tempo despendido nesta tarefa poderia ser mais facilmente rentabilizado no momento de proceder à sua análise e discussão dos aspectos pertinentes. Todos os textos das entrevistas foram submetidos a uma análise de conteúdo *lato sensu*, que permitiu uma compreensão e percepção genéricas do sentido dos discursos dos diversos actores.

Para este artigo, pretendemos analisar alguns discursos dos enfermeiros, que consideramos representativos da dimensão do «hospital como empresa» e ainda reflectir em algumas dimensões da noção de qualidade. O nosso exercício será, certamente, de análise às ligações críticas que é possível desvendar entre qualidade e formação, no que diz respeito à formação em contexto de trabalho hospitalar.

O HOSPITAL COMO EMPRESA: REPRESENTAÇÕES DOS ENFERMEIROS

Quando realizámos a investigação, reportando-nos a um hospital e considerando apenas um grupo de profissionais de enfermagem, pudemos retirar ilações importantes e, inclusive, recolher opiniões sobre a previsível alteração do regime jurídico da gestão hospitalar (Lei n.º 27/2002 a 8 de Novembro).

De facto a imagem do hospital (também) como uma empresa orientada em função de critérios de produtividade e lucro está significativamente presente nos depoimentos dos entrevistados, mesmo antes da proposta de alteração do regime jurídico da gestão hospitalar (a proposta de alteração da lei de Bases da Saúde e da Gestão Hospitalar foi aprovada pelo Conselho de Ministros a 27 de Junho de 2002). Esta imagem de *hospital como empresa* não emergiu explicitamente nas declarações dos referidos actores, mas ficou subentendida sempre que os mesmos se reportavam a dimensões e desconexões presentes no *hospital como organização*.

O hospital enquanto empresa surge representado pela ênfase na *eficiência* e na *produtividade* organizacional (máximo rendimento pelo menor custo), pela importância de se responder às necessidades de saúde, através da prestação de serviços que devem satisfazer os (agora) clientes, prestação esta vista como um produto. Neste contexto, os profissionais são percebidos como recursos humanos, meros agentes de um processo idêntico ao de transformação da matéria-prima. Um dos entrevistados, salienta:

«Comparo o hospital a uma empresa seja qual ela for, uma empresa de automóveis, uma empresa de sapatos, a única diferença é o resultado final, não são carros nem são sapatos. Aqui o produto final são as pessoas, são os cuidados de saúde, e os estados das pessoas e, por isso, é que há características específicas do hospital que não aparecem noutra tipo de empresa. Mas a orgânica, todo o processo de gestão tem uma perspectiva de empresa e preferencialmente privada» (Excerto da entrevista 1).

Num contexto neoliberal há uma congruência que acentua este valor – a obsessão pela rentabilidade – mesmo quando se trata de uma organização pública. Este tipo de

lógica tem vindo a ser representado por alguns autores que o designaram como mecanismos de *Quase-Mercado*⁶ (Le Grand, 1996: 257-271).

O próximo entrevistado confirma que numa concepção empresarial de hospital se torna evidente a ênfase na divulgação de resultados e a consequente desvalorização dos processos:

«[...] é assim que muitos indivíduos vêem o hospital, tal como uma empresa [...] naturalmente o objectivo é economicista. O quantificável é mais fácil de mostrar resultados de sucesso, agora se qualitativamente melhorou? Isso duvido» (Excerto da entrevista A).

Encontrámos também respostas que sugerem a analogia entre hospital e certas empresas, onde os cuidados de saúde se assemelham a linhas de montagem, os doentes a matéria-prima, os tempos, os espaços e os instrumentos a tecnologias padronizadas, e as normas e os protocolos a produtos standardizados:

«[...] O doente recuperou, saiu, pronto, acabou. Acabou-se a história. O órgão foi melhorado e portanto é como uma oficina. Entra ali faz o «check in» arranja a peça e sai; não é?» (Excerto da entrevista A).

Na análise às entrevistas, verificámos que os *objectivos e as preferências* são também referenciados numa visão do hospital como empresa.

Os próximos entrevistados posicionam-se de imediato numa perspectiva gerencialista, ao referirem-se aos objectivos do hospital. Repare-se que há uma certa tendência em naturalizar um certo número de palavras ou mesmo expressões nos discursos dos entrevistados, tais como «cliente» (em vez de doente), «qualidade», «gestão da qualidade», «modo eficaz e eficiente», «satisfação total»:

«[...] parece-me que, em termos gerais, [os objectivos] resumem-se ao cuidar e prestar cuidados de enfermagem de qualidade, ao menor custo e com a maior eficácia» (Excerto da entrevista V).

«[...] melhorar o estado de saúde das pessoas em situação crítica e proceder de forma a atingir o melhor resultado possível, atingir os padrões da tão falada qualidade na prestação de serviços, de modo a garantir a satisfação de quem é tratado e de quem trata, reduzir os custos e evitar o desperdício, promover a formação no sentido de atingir os pontos anteriores, ou seja, melhorar a *performance* dos «cuidadores», [...]» (Excerto da entrevista V).

No que diz respeito às *tecnologias/processos*, elementos de análise do nosso quadro teórico, também surgem representados no «hospital como empresa». Consideramos aqui

⁶ Julian Le Grand que descreveu estas combinações, apelidando-as de mercados, dado substituírem o monopólio do Estado enquanto fornecedores por uma diversidade de fornecedores independentes e competitivos. São *quase* porque diferem dos mercados convencionais em aspectos importantes. Ver «Los casi mercados y la política social» (Le Grand, 1996: 257-271). Sobre o conceito de *quase-mercado*, ver os trabalhos de Almerindo Afonso (1998a, 1998b).

tecnologia como qualquer técnica que uma organização utiliza para efectuar o seu trabalho. Num hospital tipo empresa, a tecnologia está associada ao controlo da qualidade, não só da «matéria-prima» como também dos profissionais que lá trabalham, além de orientar para os objectivos da instituição. As «normas e os critérios de qualidade», que todos os serviços do hospital possuem, podem ter essa função, como comentam alguns inquiridos:

«O hospital como empresa tem de ter normas e critérios, padrões como qualquer outra empresa [...]» (Excerto da entrevista H).

«Nesta instituição foi criado um documento com marcadores de qualidade, onde estão lá os objectivos da instituição, [...] À partida as normas são feitas sempre a favor dos objectivos da instituição, portanto não podem deixar de ser concretizadas» (Excerto da entrevista J).

Outro tipo de tecnologia utilizada nos hospitais como forma de controlo dos profissionais é a *avaliação do desempenho*, a que já alguns autores fizeram referência como vimos atrás. Tal como muitos outros aspectos da administração do pessoal, a avaliação do desempenho está subordinada à noção do indivíduo como recurso, que deve ser usado ao máximo. Se, por um lado, os indivíduos são um recurso potencial, através da valorização das suas capacidades pessoais, por outro lado, são vistos como qualquer outro investimento em equipamento.

Um outro mecanismo formal e organizacional, para controlar o desempenho de tarefas de trabalho numa base racional e contínua, verificava-se com uma supervisão discreta ou de auto-gerência. Desta forma, caminha-se para o uso da *avaliação do desempenho* como forma de os funcionários se identificarem com a sua organização, sendo também um meio de os envolver na sua própria subordinação, constituindo-se no «[...] desenvolvimento de uma tecnologia de poder e domínio» (Coates, 2000).

Um inquirido refere algumas desconexões num sistema onde o controlo dos profissionais ou a *avaliação do desempenho* deveriam ser mais assíduos:

«[...] acho que o Decreto-Lei, e a forma como a avaliação do desempenho está no papel, são correctos. Ou seja, devem existir as normas e os critérios de qualidade da instituição. No que diz respeito [...] ainda às normas [...] as pessoas deveriam ter feito um projecto, deveriam ter feito uma avaliação periódica e no final deveriam ter que entregar um relatório daquilo que fizeram e daquilo que projectaram. Serem avaliadas. Deveria ser assim, mas não é o que acontece (Excerto da entrevista F).

Aliás, ainda para o mesmo entrevistado, sem uma *avaliação do desempenho* não há motivação para «garantir a qualidade»:

«Eu considero que só é possível garantir qualidade se houver motivação para essa qualidade e, por outro lado, controlo dessa qualidade [...] e em determinado período existir uma avaliação que diga o que está a ser bem feito e o que não está bem. Ajustar as normas, ajustar as pessoas (Excerto da entrevista F)».

A FORMAÇÃO NA ORGANIZAÇÃO HOSPITALAR: PREOCUPAÇÕES COM A QUANTIDADE E A QUALIDADE

Na sequência do que foi dito anteriormente, apela-se não só para que a *formação* capacite os indivíduos do ponto de vista pessoal, profissional e cultural, como também para que permita o prodígio de transformar as empresas, neste caso o hospital, numa «organização qualificante», em que a *qualidade* emerge como um dos seus imperativos essenciais. Vejamos a este respeito alguns depoimentos:

«Deveriam ser atribuídos créditos à formação em função do número de horas. Depois cada indivíduo (profissional) tinha que atingir patamares mínimos mas com flexibilidade de escolha» (Excerto da entrevista C).

«A formação em contexto de trabalho deve ser orientada para resultados. [...] Essa formação deve ser orientada para o problema que foi detectado ao nível do serviço. Devem ser criadas metas e no final da formação deverá ser feita uma avaliação da formação. Periodicamente [...] deve-se avaliar a nível do serviço, a nível operacional e verificar-se se a formação contribui para que as pessoas alterassem os seus desempenhos [...]» (Excerto da entrevista F).

Uma das entrevistadas faz uma crítica à estrutura de formação do hospital, que, segundo a nossa leitura, se enquadra numa formação de tipo empresarial, ou *contábil* (soma de créditos). O que verificamos é que a inquirida acaba por defender uma formação em moldes gerencialistas, utilizando algumas expressões indiciadoras desta ideologia, tais como «cadeia lógica de projectos de formação», «verdadeira qualidade», entre outras:

«O planeamento de formação e a própria formação em si andam desvirtuados, não havendo uma cadeia lógica de projectos de formação e concretizações, e vai apenas no sentido de uma pseudo-satisfação dos formandos que em meu entender recorrem às acções de formação para engrossarem o *curriculum*... Contabilizam-se os cursos e acções de formação, fazem contas aos créditos, multiplica-se, soma-se, divide-se por [...]» (Excerto da entrevista V).

O próximo excerto torna mais explícita a posição da entrevistada:

«Para conseguir atingir objectivos de optimização formativa em todos os seus pressupostos, torna-se importante conhecer: os objectivos organizacionais e dos serviços, os objectivos individuais, as expectativas da comunidade ao nível da prestação de cuidados de saúde, o que se pretende atingir e como se poderá atingir, que níveis de qualidade se pretendem atingir e incrementar nos serviços do hospital X [...] gama baixa? Gama média? Ou topo de gama? «[...] no final convém não esquecer: melhorar a performance da prestação de serviços, aumentar o capital de conhecimento e aplicá-lo, procurar mudar comportamentos de intervenção, atingir uma verdadeira eficácia ao nível da satisfação dos que recebem tratamento, procurando chegar ao topo de gama ou seja à qualidade máxima da prestação de serviço e à eficácia máxima dos resultados. É isto fundamentalmente para entrarmos na senda da excelência» (Excerto da entrevista V).

Dentro da representação do hospital como empresa, as metodologias de trabalho são valorizadas pelo facto de serem consideradas fontes de aprendizagem e ao mesmo tempo favorecedoras do desenvolvimento, sendo os profissionais capazes de enfrentar as dificuldades, de reconhecer as ameaças e de enfrentar novas oportunidades. No entanto, apela-se quase sempre para que essas mesmas metodologias se concentrem na produção de indicadores que atendam aos efeitos visíveis da qualidade e sobretudo aos efeitos esperados da sua utilização como processo formativo. Outros efeitos como os não previstos serão certamente postos à margem pelos indicadores, correndo-se o risco de ir mesmo contra o sentido formativo⁷.

Na nossa opinião, este tipo de formação tende a ter um carácter mais instrumental:

«[...] se eu detecto um problema, se eu acho que com uma acção de formação posso melhorar de alguma forma esse problema eu tenho o maior gosto em orientar essa formação. Agora fazer formação por fazer, prefiro não a fazer. Estou a desperdiçar tempo [...] (Excerto da entrevista F).

Para o entrevistado, os processos de formação parecem ser determinados por objectivos previamente definidos, de forma a alcançar certas finalidades através de meios, técnicas e conhecimentos. Neste posicionamento, a formação é concebida como um instrumento de transmissão de informação a interiorizar, na qual se insiste sobre as regras e os procedimentos.

ALGUNS COMENTÁRIOS

A partir dos excertos seleccionados para esta comunicação foi possível identificarmos um discurso que apela à qualidade. Embora, muito recentemente a expressão «qualidade» pareça querer mostrar alguma centralidade no discurso, pelo afincamento com que é referida, não só no sector da saúde, mas também noutros sectores da administração pública, «ganhando foros de inovação» (Lima, 1993: 36), ela esteve, no entanto, sempre presente em diversas teorias e perspectivas, tomando vários sentidos ao longo dos tempos. Inicialmente, a noção de qualidade surgiu ligada à ideia de inspecção, compreendida como controlo *a posteriori*; ultimamente, ela tem estado associada à expressão *qualidade total*, sendo agora fundamental respeitar os princípios da conformação às exigências do cliente, exigindo medidas de performance adequadas, o envolvimento e o aperfeiçoamento de todos os membros da organização (Cooper & Dale, 1995: 39).

⁷ Para alguns autores é imperioso que se questione o chamado «ciclo viciado» (Silva, 2001) da formação, em que os elementos constituintes desse processo parecem obedecer a uma sequência lógica interna da formação, de acordo com uma didáctica racional: «levantamento de necessidades de formação»; «definição dos objectivos a atingir»; «elaboração do plano de formação»; «realização da acção»; «avaliação dos resultados da formação» e reinício do processo. Trata-se de um modelo que nos parece dever ser criticado porque, entre outros motivos, «[...] enfatiza a dimensão técnica em detrimento das dimensões política e axiológica [levando a uma atitude] desajustada tanto à população a quem se dirige (dada a natureza das funções que desempenha) como aos contextos em que ocorre, dada a complexidade de que se revestem» (Silva, 2001).

O apelo à qualidade constitui, com efeito, quer um elemento de legitimação do discurso na saúde dominante nas últimas décadas, quer a celeuma que se avança para realçar a necessidade da eficiência, da produção, dos padrões da qualidade, da eficácia do custo e da qualificação para o trabalho, o reconhecimento dos direitos legítimos da organização, etc., começando a deixar-se de lado outras preocupações, tais como a humanização de cuidados e a autonomia dos profissionais.

A qualidade, ao ser transferida para o nível institucional da organização, associa-se à criatividade, à vantagem competitiva, procurando-se o envolvimento de todos os membros na persecução das metas organizacionais e no aperfeiçoamento contínuo devidamente avaliado. Um facto parece-nos ser verdade: a retórica da modernização no domínio da saúde, subjacente às tendências da empresarialização, ainda que exogenamente construída, não deixa de ter as suas influências ao nível da organização hospitalar, na medida em que encarna a ideia de *progresso, inovação e mudança*, a que ninguém parece estar imune ou ser insensível. Desta forma, aparece camuflada de valores e normas consensualmente aceites, ocultando toda a conflitualidade de interesses que atravessam o seu processo de negociação⁸.

Se o trabalho em contexto hospitalar e os modos como está organizado tem sido influenciado por esta retórica, também a formação dos diferentes profissionais da saúde tem assistido a um debate importante, no qual o discurso da qualidade tem ganho um relevo cada vez mais significativo.

Sobretudo a partir da década de 80, do século XX, a formação nas organizações surge como uma estratégia em que da qualidade do efectivo desempenho dos recursos humanos depende todo o êxito e resultados que se possam vir a obter. «O investimento que nos últimos anos se tem canalizado para a formação evidencia esta opinião e confirma uma tendência que se vem a acentuar» (Lencastre, 1992: 9). Sem dúvida podemos afirmar que durante este período houve um acentuar do encontro da qualidade com os sistemas de formação dentro do contexto de trabalho, tornando viável a procura de formas de organizar os conhecimentos, tendo como fim uma acção mais eficaz. Por exemplo, durante este percurso de cerca de vinte anos, verificou-se uma valorização das tecnologias de informação, trazendo consigo todo o arsenal retórico da qualidade, ou seja, o aumento da eficiência formativa.

Apesar de esta imagem de qualidade, com uma vertente mais técnica, nos parecer positiva, porque de certa forma induz a eficiência formativa, este tipo de formação pode vir a não ter na devida conta os direitos dos indivíduos, nomeadamente dos profissionais em enfermagem, enquanto cidadãos organizacionais. Neste sentido, o caminho enveredado pela formação, em vez de corresponder a um real enriquecimento dos profissionais, onde é possível observar-se uma diversificação de actividades, tomará um outro sentido, pois certamente irá contribuir, por exemplo, para evitar perdas de tempo, para uma maior adesão a práticas padronizadas e para reconstituir identidades individuais (Estêvão, 1998: 8). Estamos assim na presença de uma formação como forma de dominação, assumindo ela própria o processo de legitimação de um tipo de gerência que enfatiza

⁸ A este propósito da construção de uma realidade organizacional negociada, na qual possam viver, ver o trabalho de Fátima Nogueira (1999).

o reforço de um outro controlo, de uma outra forma de dominação. Aqui a qualidade assume um papel essencial porque exige a obtenção de performances por aquele que aprende, a autonomia e a segurança do formador e ainda o estatuto e a propriedade do saber e da experiência da equipa e do organismo da formação. Ainda neste contexto, o discurso da qualidade pode desencadear justificações e diferenciações muitas vezes ocultas que se prendem com a distribuição desigual da formação, em termos de acesso e de modalidades formativas. Para alguns, a formação é tida como um privilégio que coincide, geralmente, com as expectativas dos membros situados nos níveis hierárquicos mais elevados, enquanto que para outros, situados nos níveis hierárquicos mais baixos da organização, é necessário ultrapassar algumas dificuldades para frequentar acções de formação no exterior, estando-lhes destinada uma formação técnica. E ainda dentro desta moldura, as relações entre a formação e o contexto de trabalho deixam de ser definidas em torno da preocupação de assegurar uma certa estabilidade entre os indivíduos «para se referenciar à problemática da mudança, da mudança técnica, planificada, ortopédica e adaptativa» (Correia, 1998: 163). Neste sentido, as relações entre a formação e o contexto de trabalho passam a ser para alguns profissionais o espaço de cumprimento de deveres, ficando estes muito afastados de uma ampla autonomia.

Esta, aliás, tem sido a reflexão que temos vindo a partilhar em anteriores trabalhos, e, por isso, não gostaríamos de terminar esta comunicação sem mencionar uma outra imagem alternativa da formação. Em primeiro lugar, parece-nos importante referir que qualquer projecto de formação em contexto de trabalho, para obedecer a requisitos de qualidade, não pode ser construído à margem dos actores, o que implica não só um envolvimento de todos no processo de formação, mas também uma vigilância crítica relativamente aos significados de qualidade que muitas vezes apresentam agendas ocultas. Em segundo lugar, as práticas de formação alternativas devem orientar-se por abordagens mais inovadoras, implicando certamente um maior esforço e dedicação dos actores, mas, provavelmente, uma maior satisfação pessoal e profissional. Tudo isto significa que terão de ser os enfermeiros a assumir a ruptura, dando sentido às suas práticas, valorizando os seus saberes e utilizando a reflexão e a cooperação como condutores estruturantes da acção. Este é o sentido crítico da formação, tomando como critério a emancipação dos profissionais de enfermagem no contexto de trabalho, sem o qual não nos parece possível a prática democrática, acentuando-se desta forma a necessidade de torná-los competentes e autónomos, consciencializando-os dos seus direitos e deveres, socializando-os nos valores de respeito, igualdade e justiça.

BIBLIOGRAFIA

- AFONSO, Almerindo J. (1998a). *Políticas Educativas e Avaliação Educacional*. Braga: Universidade do Minho.
- AFONSO, Almerindo J. (1998b). «Estado, mercado, comunidade e avaliação: esboço para uma (re)articulação crítica», *Revista Crítica de Ciências Sociais*, n.º 51, pp. 109-135.
- ALBARELLO, Luc; DIGNEFFE, Françoise; HIERNAX, Jean-Pierre; MAROY, Christian; RIGOUY, Danielle & SAINT-GEORGES, Pierre (1997). *Práticas e Métodos de Investigação em Ciências Sociais*. Lisboa: Gradiva.

- COATES, G. (2000). «Experiencing performance appraisal in a trust hospital». *Electronic Journal of Sociology*: 5, 1. [<http://www.icaap.org/iuicode?100.5.1.1>].
- COOPER, Cary & DALE, Barrie (1995). *Qualidade Total e Recursos Humanos*. Lisboa: Editorial Presença.
- CORREIA, J. Alberto *et al.* (1992). «A Ideologia da Modernização no Sistema Educativo em Portugal». *Cadernos Ciências Sociais*, n.º 12-13, pp. 25-51.
- CORREIA, J. Alberto; STOLEROFF, Alan & STORER, Stephen R. (1993). «A ideologia da modernização no sistema educativo em Portugal». *Cadernos de Ciências Sociais*, n.º 12/13, pp. 25-51.
- CORREIA, J. Alberto (1998). *Para uma teoria crítica em educação*. Porto: Porto Editora.
- ELLSTRÖM, Per-Erik (1983). «Four faces of educational organizations». *Higher Education*, n.º 12, pp. 231-241.
- ESTEVÃO, Carlos V. (1998a). *Redescobrir a Escola Privada Portuguesa como Organização*. Braga: Universidade do Minho.
- ESTEVÃO, Carlos V. (1998b). «A agenda oculta da gestão da qualidade total na educação». *Organizações e trabalho*, n.º 20, pp. 51-61.
- GHIGLIONE, Rodolphe & MALALON, Benjamim (1992). *O Inquérito: Teoria e Prática*. Oeiras: Celta Editora.
- JUSTO, Cipriano (2002). *Saúde uma utilidade sem valor de troca*. Porto: Campo das Ciências.
- LE GRAND, Julian (1996). «Los casi mercados y la política social». in E. Oroval PLANAS (org.), *Economía de la Educación*. Barcelona: Ariel, pp. 257-271.
- LENCASTRI, José (1992). *Qualidade e Eficácia na Formação*. Lisboa: Instituto de Emprego e Formação Profissional.
- LIMA, Licínio C. (1993). «A emergência de políticas de racionalização, de avaliação e de controle da qualidade na reforma educativa em Portugal». *Educação & Sociedade*, n.º 44, Abril, pp. 33-49.
- LIMA, Licínio C. (1994). «Modernização, Racionalização e Optimização. Perspectivas Neo-Taylorianas na Organização e Administração da Educação». *Cadernos de Ciências Sociais*, n.º 14, pp. 119-139.
- NOGUEIRA, Fátima (1999). «Dos lugares da cura: a perspectiva sociológica na organização hospitalar». *Forum Sociológico*, n.º 1/2, pp. 131-137.
- OBSERVATÓRIO PORTUGUÊS DOS SISTEMAS DE SAÚDE (2001). *Relatório Primavera*. Lisboa [<http://www.ensp.unl.pt>].
- PETRELLA, Riccardo (2002). *O Bem Commum Elogio da Solidariedade*. Porto: Campo das Letras.
- RODRIGUES, A. Norberto (1994). «Cultura organizacional e mudança na administração pública». *Organizações e Trabalho*, n.º 11, pp. 11-18.
- SANTOS, Boaventura de Sousa (1987). «O Estado, a sociedade e as políticas sociais: o caso das políticas de saúde». *Revista Crítica de Ciências Sociais*, n.º 23, pp. 13-73.
- SILVA, Manuel António (2001). «A Formação Contínua dos professores: os discursos e as práticas». Universidade do Minho (policopiado).
- WRAGG, E. C. (1984). «Consulting and analysing interviews». in J. BELL *et al.* (eds.), *Conducting Small-scale Investigations in Educational Management*. London: Harper & Row.