

Saúde em debate 12, 1981

formação de pessoal de nível médio na área de saúde

ROBERTO PASSOS NOGUEIRA*
Médico, Mestre em Medicina Social

ISABEL DOS SANTOS*
Enfermeira, Sanitarista

* Membros do CEBES-Brasília



1. INTRODUÇÃO

Por nível médio compreende-se, atualmente, com as modificações introduzidas pela Lei 5.692/71, a formação que se segue às oito séries do 1º grau. Neste sentido, pertence às categorias de nível médio quem recebeu, após ter cumprido a escolaridade de 1º grau, uma habilitação profissionalizante de 2º grau, por via regular ou supletiva.

Conforme a carga horária de seu currículo, as habilitações de 2º grau podem formar *técnicos* (habilitação plena) ou outros *auxiliares* de menor qualificação (habilitação parcial). Para a primeira é exigido um mínimo de 2.200 horas, nas quais estão incluídas pelo menos 1.200 horas de conteúdo profissionalizante; e para a segunda 2.200 horas, com pelo menos 300 horas de conteúdo profissionalizante. A Lei preconiza que a parte de formação especial, no ensino de 2º grau, deve preponderar sobre a parte de educação geral, estando composta de um núcleo comum, com matérias obrigatórias em âmbito nacional, e uma parte diversificada, para se ajustar às particularidades e necessidades regionais das escolas e dos alunos.

O Conselho Federal de Educação adota uma classificação das habilitações em grandes grupos. Na área de enfermagem, compõem habilitações afins, além das de técnico: auxi-

liar de enfermagem, secretária de unidade de internação, auxiliar de documentação médica, visitadora sanitária e outras. Na área de laboratórios médicos: técnico de laboratórios médicos, auxiliar técnico de radiologia, auxiliar técnico de banco de sangue, laboratorista de análises clínicas e outras. Há também diversas habilitações nas áreas de odontologia e farmácia.

Um dos principais propósitos da Lei 5.692/71 foi o de pôr fim a uma situação de dicotomia do ensino médio, que anteriormente se apresentava dividido num ramo exclusivamente dedicado à educação geral e noutra (as chamadas escolas técnicas) voltado essencialmente para a preparação profissional. Partiu-se da idéia da complementariedade das duas formações, de sua harmonização num todo, que o Parecer 45/72 procurou definir como uma associação entre tecnologia e humanismo, altamente desejável face a complexidade da sociedade moderna. Em princípio, todo o ensino de 2º grau passaria a ser terminal do ponto de vista da preparação para ingresso no mercado de trabalho.

Configuram-se atualmente as seguintes opções para o ensino regular de 2º grau na área de saúde: 1. habilitações plenas; 2. habilitações parciais; 3. habilitações básicas.

A habilitação básica, formulada pela indicação 52/74,

é compreendida como o preparo propedêutico numa área específica de atividade, visando a ocupação que muitas vezes só se definirão no emprego. Refere-se portanto a uma "família de ocupações" e oferece um currículo dotado de conhecimentos tecnológicos essenciais numa área de atividade como saúde humana, comércio, administração, mecânica, etc.

As habilitações de 2º grau podem também ser obtidas mediante o exame de "suplência profissionalizante", que confere diploma a quem tenha pelo menos dois anos de trabalho em instituições de saúde, com a condição de ser satisfeita a exigência de cumprimento de educação geral, por via regular ou supletiva. Trata-se de uma formação não-regular mas que depende de autorização e reconhecimento por parte do Sistema Educacional (geralmente do Conselho Estadual de Educação).

No que se segue, procuraremos apreciar criticamente os efeitos decorrentes da implantação da reforma de 2º grau, na área de saúde.

2. VICISSITUDES DA PROFISSIONALIZAÇÃO UNIVERSAL

Envolta em todo um cortejo de pareceres regulamentadores que procuraram pôr em evidência as necessidades dos diversos setores econômicos em relação a técnicos de nível médio e ponderaram sobre a ultrapassada dicotomia entre educação humanística e profissionalização, a diretriz de universalizar as habilitações de 2º grau, contida na Lei 5.692/71, prendeu-se na verdade a um implícito propósito: diminuir as pressões de demanda no ensino superior. Esta medida já havia sido recomendada pelo Relatório do Grupo de Trabalho da Reforma Universitária, de 1968, que considerou a profissionalização mais precoce uma forma de contornar o problema de escassez relativa de vagas no 3º grau e evitar o aparecimento de um generalizado desemprego de pessoal de nível superior. Aplicava-se o raciocínio de que o conteúdo "generalístico" do ensino de nível médio vinha se constituindo apenas numa etapa de preparação com vistas à qualificação de tipo universitário, representando um óbice a que muitos jovens pudessem ingressar de imediato no mercado de trabalho. Haveria, ademais, uma incongruência com as exigências de recursos humanos das indústrias e dos serviços no estágio de desenvolvimento tecnológico alcançado pelo País.

Os pareceres do Conselho Federal de Educação declararam que eram propósitos da Lei — primeiro, criar contingentes de técnicos para suprimento das notáveis carências daqueles setores da atividade econômica e social; segundo, pôr fim à situação de completo divórcio entre as escolas técnicas de níveis médio e os estabelecimentos dedicados ao ensino geral. Referido divórcio se apresentava, na visão de alguns educadores, como um instrumento de injusta discriminação, porque as escolas técnicas absorviam predominantemente alunos advindos das camadas médias e pobres da sociedade, o que transformava o sistema educacional num filtro seletivo das oportunidades de ascensão social, invertendo-lhe o papel de nivelador de tais oportunidades, como quer uma das vertentes da ideologia liberal.

Decorrida quase uma década da promulgação da Lei 5.692/71, as vicissitudes da profissionalização universal do 2º grau tornam-se patentes, na medida em que se comprova a persistência de todas as deformações anteriores, mas dentro de um quadro mais confuso, em que as contradições do sistema de ensino são até certo ponto escamoteadas pelo aspecto formalmente profissionalizante.

Para entender o que se passou desde então, é preciso tomar por referência os dois requisitos do pleno cumprimento da Lei: 1 — ampliação e adaptação dos recursos humanos e materiais das unidades de ensino às finalidades da capacitação profissional; 2 — preparação específica numa área profissional, do ponto de vista teórico e prático, conferindo terminalidade ao curso e fornecendo título que legitimasse o ingresso no mercado de trabalho. Desta forma, o 2º grau não mais estaria atrelado à expectativa do exame vestibular e não mais se constituiria numa mera passagem obrigatória rumo à obtenção do título universitário.

Esses requisitos, entretanto, sofreram um ajustamento tanto no plano institucional e pedagógico (das unidades de ensino e de seus cursos) quanto no plano legal (com novos pareceres que se seguiram ao 45/72).

No plano institucional, ocorreu um ajustamento às normas que definem habilitações específicas, mas com o objetivo de manter o direcionamento em relação ao nível superior: as áreas de formação profissional passaram a ser escolhidas por sua consonância com conhecimentos e habilidades exigidos numa dada carreira universitária, enquanto a capacitação profissional propriamente dita deixa muito a desejar. Por exemplo, as habilitações de Laboratórios Médicos estão mais adaptadas, em termos de conteúdos curriculares, ao curso de medicina; daí sua predominância entre todos os cursos regulares de 2º grau em saúde.

Os estabelecimentos privados de maior porte, dispostos de capacidade de investimento, puderam com mais facilidade implantar os elementos de infra-estrutura docente e material (laboratórios, por exemplo) necessários à formação profissional nas áreas "congruentes" com as carreiras mais procuradas. O processo, contudo, geralmente está longe de ser uma efetiva profissionalização — não só devido a certas deficiências do ensino/aprendizagem como também pela falta de motivação da clientela, a qual, vindo dos segmentos mais privilegiados da população, está fixada no propósito de ingressar na Universidade.

De outra parte, muitos estabelecimentos públicos e pequenos colégios privados nem sempre tiveram condições de realizar os investimentos em capacidade instalada, visando uma profissionalização específica — isto vale principalmente para os Estados menos desenvolvidos da Federação. A proposta de Centros Interescolares, nos quais dar-se-ia uma utilização em comum da mesma capacidade instalada, no ensino profissionalizante e instrumental, não obteve o êxito esperado. Assim, foi gerado um impasse, do qual esses estabelecimentos não conseguiam escapar, inclusive pela impossibilidade de o Ministério da Educação assumir todo o ônus de instalação dos equipamentos de ensino prático; somam-se a isso os requerimentos de estágio supervisionado em serviços de saúde, peculiares a algumas habilitações (e. g. técnico e auxiliar de enfermagem), para cuja efetivação há sempre dificuldades de entrosamento entre instituição de ensino e instituição prestadora de serviços.

Para esses estabelecimentos, fez-se necessário um "ajustamento" de ordem legal — criaram-se as habilitações básicas (além das parciais já previstas). Esta alternativa contorna os problemas de investimento, em função de seu conteúdo curricular mais geral e apresenta, adicionalmente, a garantia de aproveitamento de conhecimentos de uma área (não uma

"carreira") de nível superior. O preço pago é o do sacrifício da terminalidade, pois a verdadeira profissionalização só poderá ocorrer *a posteriori*, com uma prática em serviço.

Na realidade, a habilitação básica se configura como ajustamento "econômico" (isto é, de menor custo) adotado crescentemente pelos estabelecimentos de pequena capacidade de investimento, públicos ou privados. Ora, o risco que se enfrenta é a generalização de antigas dicotomias com novas vestes: a habilitação básica para os pobres e as habilitações profissionalizantes para os mais favorecidos. E há ainda um elemento agravante nessa discriminação — é que a clientela daqueles estabelecimentos, por sua origem social, certamente é a que mais precisaria e estaria interessada em cursos com terminalidade profissionalizante.

Assim, o que se seguiu à Lei 5.692/71 foi uma série de adaptações de cunho formal às exigências de profissionalização de 2º grau, mas fazendo recuar as mesmas anteriores "injustiças" do sistema formador, numa maneira disfarçada. Trata-se de uma reação à sobrestimação do papel da educação como instrumento transformador da realidade social. O sistema educacional reage à tentativa de equalização das oportunidades, pois está profundamente condicionado pelas características estruturais da sociedade, ou seja, pelas diferenças de classe, pelo desenvolvimento regional desigual, pela má distribuição da renda, e assim por diante.

O objetivo de conter a demanda pelo ingresso na Universidade dificilmente poderia ser atingido pela simples mudança do caráter do ensino do 2º grau. Com efeito, num contexto de alta seletividade "classista" da escolarização do 1º grau e de concentração de renda nas ocupações de qualificação superior, a pressão de demanda pela formação universitária tende a manter-se indefinidamente, pois é a aspiração natural de quase todos os que conseguem atingir o ensino do 2º grau.

Como um dos poucos aspectos positivos da reforma do 2º grau destacam-se as modalidades de ensino supletivo profissionalizante, por sua flexibilidade e pela possibilidade que oferecem de ascensão profissional aos trabalhadores do setor saúde, legitimando a formação obtida através da experiência em serviço.

3. NECESSIDADES DE PESSOAL DE NÍVEL MÉDIO

Outra falácia embutida na reforma do ensino médio é a propalada carência de técnicos desse nível. Há evidências de que ela não tem as dimensões que lhe são habitualmente atribuídas. No caso do setor saúde, tudo indica que as exigências de mão-de-obra têm crescido muito mais no âmbito das ocupações de baixa qualificação do que nas de nível médio. Ocorre que nos chamados "serviços intermediários" (Laboratórios, Raios X, Banco de Sangue, etc) o incremento da pro-

dutividade através de recursos instrumentais é muito mais acentuado que na atenção direta aos usuários dos serviços. Ora, sabe-se que os profissionais de nível médio localizam-se principalmente nesse setor intermediário, tecnologicamente mais dinâmico, o que concorre para reduzir os requerimentos dessa mão-de-obra. Nos serviços finais, ao contrário, o aumento da produtividade do trabalho continua a depender em grande medida da racionalização do método de trabalho, implicando uso intensivo de pessoal de baixa qualificação. Com os programas de extensão de cobertura, essa tendência se acentua, a base da "pirâmide" se amplia em maior proporção que suas porções intermediárias. Este fenômeno é devido, naturalmente, a uma ênfase sobre a quantidade de serviços (produzidos ao menor custo possível) em detrimento da qualidade.

É verdade que nos serviços finais desponta a figura de um importante profissional de nível médio — o auxiliar de enfermagem. Contudo, não havendo maiores exigências de qualidade da atenção de saúde (por parte dos usuários ou de outras instâncias) suas funções se confundem com as do atendente. Esse nivelamento entre o auxiliar e o atendente de enfermagem estende-se inclusive aos aspectos de remuneração: contratam-se auxiliares de enfermagem apenas em virtude de uma oferta mais ou menos abundante desses profissionais, e para o exercício de funções que também são assumidas por atendentes; ou seja, não lhes corresponde qualquer especificidade funcional e seu salário "se nivela por baixo". Deste modo, se detecta uma grande demanda por auxiliares de enfermagem de parte das instituições de serviços de saúde.

Há de se concluir, portanto, que a distribuição relativa das categorias profissionais mostrada no Quadro I reflete a realidade da dinâmica dos serviços, visto ser a demanda por pessoal de nível elementar (atendentes) muito mais expressiva que a referente ao pessoal de nível médio (de meios de diagnóstico e de enfermagem). Se isso é verdade, a tão alardeada carência de pessoal de nível médio só pode ser efetiva em relação a um contexto ideal, onde houvesse ênfase suficiente sobre a qualidade dos serviços (justificando, por exemplo uma grande absorção de auxiliares de enfermagem, devido a possuírem maiores qualificações que o atendimento).

A formação em massa de pessoal de nível médio não só responde a um erro de estimativa de necessidades de recursos humanos, como igualmente tem criado novos problemas, um dos quais é a relativa "desvalorização" de certas ocupações tradicionais. Este é o caso dos auxiliares de enfermagem que vinham sendo formados por escolas técnicas especializadas. Atualmente, esta categoria enfrenta a concorrência dos "habilitados" por colégios obedientes ao Parecer 45/72, que geram um superávit de oferta aparente; diz-se "aparente" porque a maior parte não visa realmente ser admitida nos ser-

CATEGORIAS PROFISSIONAIS NOS ESTABELECIMENTOS HOSPITALARES E PARA-HOSPITALARES, Brasil - 1974

Categoria		Enfermeiros Diplomados	Técnicos de Laboratórios	Téc. de Aux. de Raio X	Aux. e Práticos de Enf. Regulamentados	Atendentes	TOTAL
Estabelecimentos	Médicos						
HOSPITALARES (%)	62.743 (31,2)	8.503 (4,2)	3.936 (1,9)	6.254 (3,1)	34.477 (17,1)	85.541 (42,5)	201.454 (100)
PARA-HOSPITALARES (%)	23.516 (59,0)	1.167 (2,0)	738 (1,8)	1.058 (2,7)	5.226 (13,1)	8.127 (20,4)	39.832 (100)

FONTE: Divisão Nacional em Estatística e Epidemiologia da Saúde/IBGE.

viços com essa função, mas contribui para rebaixar ainda mais os níveis salariais da categoria (que já enfrenta uma concorrência "de fato" com os atendentes), devido à situação de reduzida oferta desse nível de ocupação.

4. CONCLUSÃO

Em resumo, persistem, e mesmo têm sido agravadas, as antigas imperfeições e contradições do sistema educacional brasileiro na escolarização dita "secundária". Os mecanismos retroativos de ajustamentos – institucionais e legais – consequentes à Lei 5 692/71 demonstram cabalmente ser impossível corrigir desigualdades sociais através de medidas racionalizadoras e inovadoras do processo educacional.

Os problemas atualmente existentes, na formação de pessoal de nível médio em saúde, podem ser assim sintetizados:

– a profissionalização efetiva através das habilitações do 2º grau não tem alcançado as dimensões esperadas, senão

no aspecto de cumprimento dos dispositivos legais, continuando a crescer a demanda para os cursos universitários, mediada por adaptações dos conteúdos curriculares dessas habilitações às exigências do exame vestibular;

– para obviar as dificuldades de investimento, as habilitações básicas aparecem como uma solução de menor custo que propicia uma formação profissional indiferenciada, implicando, no entanto, a eliminação da terminalidade real dos cursos de 2º grau;

– coexistindo a habilitação básica (para os desprovidos de recursos) com a profissionalizante, reproduz-se a dicotomia antiga entre educação "geral" e "formação por escolas técnicas";

– a oferta aparente de um grande contingente de "técnicos" ocasiona uma perda de prestígio e salário para aqueles que eventualmente fazem uma opção de se profissionalizar a nível de 2º grau (como ocorre em relação a certas ocupações tradicionais).

a luta pela reforma curricular

Trabalho apresentado ao 12º Encontro Científico dos Estudantes de Medicina do Brasil – Curitiba, Julho/1980.

NELSON RODRIGUES DOS SANTOS
Dep. de Medicina Preventiva e Social
FCM/UNICAMP

PRÁTICA PROFISSIONAL E PERFIL PROFISSIONAL

É do reconhecimento geral, principalmente entre os médicos após 3 a 4 anos da formatura, de que seu raciocínio clínico, fisiopatológico e diagnóstico, aplicado e improvisado diariamente na prática da profissão, foi realmente adquirido ou desenvolvido basicamente no exercício profissional. Da mesma maneira, a aquisição de Técnicas Clínicas e Cirúrgicas, e ainda, o conhecimento e habilidades para a tomada imediata de condutas, quer sejam clínicas, cirúrgicas, de internação, de alta, de encaminhamento, de retorno, etc.

Esta situação torna-se quase absoluta nos casos (frequentíssimos) de recém-formados que "adotam" novas especialidades, acrescentando ou substituindo outra ou outras que já vinham desempenhando, pois essas "adoções" baseiam-se em atrativos empregatícios irrecusáveis, numa situação geral que sabemos oferecer em regra poucas "oportunidades".

Junta-se a todo esse aprendizado de raciocínio clínico, diagnóstico, fisiopatológico, terapêutico, encaminhamentos, etc., que se inicia após a formatura, um outro, que é a série infindável de procedimentos técnicos e administrativos próprios de cada uma das instituições empregadoras (INAMPS, clínicas credenciadas, hospitais credenciados, ambulatórios e hospitais da Medicina de Grupo, UNIMEDs, Secretaria de Saúde, etc.). Aí então, teremos bem justificada a profunda impressão da maioria dos médicos, que se traduz em constata-

ções do tipo: "Realmente, o que sou e faço hoje praticamente nada tem a ver com as disciplinas que fiz na graduação, talvez tirando uma ou outra exceção", ou, "Não ficou quase nada do que aprendi na graduação, em fisiopatologia, semiologia, diagnóstico, conduta terapêutica, etc., das disciplinas básicas, então nem se fala..."

Estas constatações encontram confirmação em levantamentos estatísticos efetuados com graduados e recém-formados, onde fica revelado que as fontes mais comuns de aprendizado das práticas médicas rotineiras acabam sendo extracurriculares e mesmo extra-hospitais de ensino.

E para completar a visão deste quadro, a aquisição de todos os raciocínios e práticas profissionais, tanto clínicos como cirúrgicos e administrativos, fazem-se acompanhar, subjetivamente, de um desenvolvimento também da ética, e a realidade atual é implacável: este desenvolvimento tem se processado no sentido de justificar e satisfazer os interesses e normas das instituições empregadoras e dos médicos como pessoas privadas, estejam ou não estes interesses afastados ou conflitantes com os interesses dos doentes e da população como um todo.

A ética das clínicas e hospitais privados que são credenciados pelo INAMPS e remunerados pelo número de "unidades-serviço" produzidas; a ética das "triagens" das UNIMEDs e dos convênios com empresas industriais, comerciais, bancárias, etc. Estas e outras éticas vão imprimindo ao longo dos anos após a formatura, uma série acumulada de pequenas concessões e adaptações que cada médico vai fazendo ao seu empregador ou no caso de ser autônomo, às suas novas aspirações.

Como consequência da tendência ainda dominante, podemos visualizar que, ao cabo de alguns anos, as atuais formas de exercício profissional "moldaram" o perfil profissional do médico, do ponto de vista técnico, burocrático, ético, e porque não ideológico. Esta "moldagem" processa-se em muitos casos à custa de frustrações pessoais, tensões competitivas, confusões filosóficas e por fim a adaptação.

Ao lado desta tendência ainda dominante, têm havido nos últimos anos crescente aglutinação e expansão de outras tendências, ainda subalternas entre os médicos, principalmente os mais jovens, no sentido de uma autêntica aproximação com os interesses da população, e procura de mecanismos ins-