

200

Texto VI

DE PESSOAL DE NÍVEL MÉDIO E ELEMENTAR NAS INSTITUIÇÕES DE SAÚDE: Projeto Larga Escala, uma experiência em construção

Isabel dos Santos *
Alina A. Souza **

APRESENTAÇÃO

Este trabalho busca refletir sobre uma experiência em construção da qual vimos participando nos últimos dez anos e que representa o esforço de um país para qualificar e legitimar sua força de trabalho de nível médio, empregada no setor saúde, sem formação específica.

Consideramos que o seu principal objetivo não é descrever dados, mas analisar o processo de formulação de uma alternativa política para resolver o problema da qualificação profissional do pessoal de saúde de nível médio.

- 1 Em primeiro lugar faremos referência aos aspectos políticos da questão, abordando o problema e suas dimensões no contexto do movimento de democratização do sistema de saúde brasileiro e apontando para as transformações que deverão ocorrer ao nível da oferta de serviços e da prática profissional desses trabalhadores. Em seguida destacaremos os elementos estruturais de apoio permanente ao processo, assim como os aspectos essenciais da proposta pedagógica em si mesma, buscando salientar pressupostos e princípios que orientam a

preparação para a qualidade e a relevância da prática profissional.

Finalmente, destacaremos dois elementos essenciais na condução e efetivação do processo: a supervisão e a organização de serviços de saúde.

I - PESSOAL DE SAÚDE DE NÍVEL MÉDIO E ELEMENTAR EMPREGADO NOS SERVIÇOS DE SAÚDE NO BRASIL.

Existem atualmente cerca de 300.000 trabalhadores empregados nos serviços de saúde sem qualificação específica. Estes trabalhadores desempenham funções as mais diversas, desde processos administrativos gerais (gerência de material, de pessoal, de finanças) até processos assistenciais nas áreas de enfermagem, nutrição, odontologia, meio diagnósticos e fisioterapia além de ações sobre o meio ambiente - saneamento e vigilância sanitária. Este contingente representa aproximadamente 50 por cento de força de trabalho em saúde no país e assume o trabalho específico sem a justa valorização social e institucional. No plano social estes trabalhadores não possuem identidade de categoria profissional, dificultando sua organização em entidades de classe, en-

quanto que no plano institucional a sua inserção nos planos de cargos e carreiras é precária.

Como resultado, estes trabalhadores constituem-se em clientela cativa das instituições, sem possibilidades concretas de mobilidade de emprego no território nacional, além de perceberem os salários mais baixos de todo o conjunto de trabalhadores no setor saúde.

Devemos salientar que o processo de educação brasileira ao longo do tempo e especialmente nas últimas três décadas marginalizou do sistema escolar uma grande parcela da população. Esta parcela que anualmente é incorporada à PEA, (População Economicamente Ativa) busca trabalho nos vários setores da atividade econômica e, temos visto que nos momentos de crise e recessão de economia, o setor saúde torna-se um dos empregadores mais ativos. Portanto, estes trabalhadores são parte da população marginalizada que não teve qualquer acesso ao sistema formal de educação e conseguiu emprego no setor.

Apesar desta falta de qualificação específica, este grupo desempenha no processo coletivo de trabalho em saúde ações de natureza complexa, que exige capacidade de observação, de juízo e de decisão. Neste sentido, não são meros auxiliares dotados de um papel acessório mais notadamente observado nos processos de trabalho produtivos do setor primário e secundário; podemos abstrair da natureza da inserção destas categorias no trabalho em saúde as questões de produtividade e qualidade. Se por um lado, verificamos que o seu trabalho acrescenta quantidade à produtividade do setor como um todo, apesar de constatar baixa eficiência e eficácia, por outro lado, evidenciam-se os fatores de desqualificação do trabalho que trazem como resultados riscos imediatos para os usuários. A descaracterização técnica e científica da sua atuação tem como consequência a desqualificação da assistência como um todo, tomando inviável a integralidade e resolutividade do sistema de saúde para a população brasileira.

A sociedade brasileira busca, neste momento, consolidar um projeto de democratização do sistema de saúde como resultado de um processo de crítica e reflexão da prática hegemônica que vinha sendo consolidada ao longo do tempo e que, principalmente, nas últimas décadas, apontava para um sistema discricionário e fragmentado

* Consultora Nacional do Projeto de Infra Estrutura de Serviço de Saúde, área de recursos humanos, da Organização Panamericana de Saúde. Vem trabalhando há mais de 10 anos na concepção de projetos de habilitação profissional de pessoal de nível médio e elementar, desenvolvendo estratégias metodológicas e estruturais para a integração ensino/serviço no projeto larga escala, com vistas à qualificação profissional para a operação dos serviços de saúde na perspectiva da RSB.

** Professor Adjunto IV da Universidade de Brasília, participante do Núcleo de Estudos em Saúde Pública - NESP, desde sua implantação em 1986. Vem trabalhando as questões de recursos humanos principalmente na área de preparação de pessoal de Saúde e tem colaborado nas discussões e encaminhamento do projeto larga escala na perspectiva da RSB. Participou da equipe Técnica da Secretaria Nacional de Recursos Humanos em 1985-1986, participando da coordenação Técnica da 8ª CNS. Docente da UFRJ (NUTES) 1975-1985.

... privilegiava grupos e, acima de tudo, fortalecia a privatização do setor. Este projeto, conhecido como movimento da Reforma Sanitária Brasileira, almeja um Sistema Único de Saúde pautado nos princípios de universalização, equidade, integralidade, descentralização e participação popular, concebendo a saúde como direito do cidadão e dever do Estado. Para alcançar estes princípios, consideramos necessário reorganizar as estruturas institucionais com o objetivo de integrar instituições, regionalizar e hierarquizar a rede assistencial.

Para o avanço deste projeto político e o alcance dos seus princípios finalísticos torna-se imperioso enfrentar os desafios para colocar em ação estratégias políticas que possam recuperar todos os componentes infra-estruturais do sistema de saúde e, dentre estes, a questão da qualificação dos trabalhadores em geral e do pessoal de nível médio e elementar, em particular. Consideramos, portanto, que reorganização da assistência e da prática, pautada em princípios éticos voltados para os problemas de saúde da população, passa necessariamente pela transformação dos atores e esta, no caso de pessoal de nível médio e elementar, só poderá ser realizada através da qualificação específica.

II - INFRA-ESTRUTURA PERMANENTE DE APOIO

Consideramos os elementos da infra-estrutura permanente de apoio ao projeto LARGA ESCALA como preliminares para a sua construção. Contudo, pensamos ser necessário explicitar que estes elementos não configuram um instrumento de estrutura centralizada para controle e administração do projeto. Em verdade, o projeto LARGA ESCALA, como proposta política, não pode ser visto como um projeto com estrutura e organização de planejamento; cada unidade federada que o implanta guarda e mantém sua organicidade. Assim, os elementos de apoio a que queremos nos referir fazem parte do desenvolvimento de estruturas permanentes para o apoio, que a partir de uma orientação doutrinária comum, de aspectos de exigência legal estadual e federal, assumem características específicas das suas respectivas áreas de abrangência.

Os elementos essenciais a serem considerados, nessa infra-estrutura, são, portanto: Estruturação de Centro

Formador - Escola Técnica de Saúde
- Formação de Instrutores/Supervisores e Preparação de Materiais Instrucionais.

ESTRUTURAÇÃO DO CENTRO FORMADOR - ESCOLA TÉCNICA DE SAÚDE

No Brasil, a formação de pessoal de nível médio e elementar é de responsabilidade do Sistema de Educação, representado, em nível federal, pelo Ministério da Educação e Conselho Federal de Educação e, nos Estados, pelas Secretarias de Estado de Educação e Conselhos Estaduais de Educação. Estas instâncias determinam a forma de aplicação da legislação de ensino vigente e as normas de funcionamento do sistema escolar. Existem no país duas modalidades de sistema escolar: o Ensino Regular, e o Ensino Supletivo. O Sistema de Ensino Regular prevê um processo de formação da infância à vida adulta, com um programa curricular de primeiro, segundo e terceiro graus, sendo que a educação é prevista como obrigatória para todos os cidadãos de 07 a 14 anos, ou seja até o término do primeiro grau (1ª a 8ª séries). O Ensino Supletivo compreende vários tipos de processos destinados à educação de adultos, que, por vários motivos não lograram percorrer o Sistema Regular de Educação. O Ensino Supletivo caracteriza-se por ampla flexibilidade curricular e viabiliza o acesso e a volta permanente à escola como processo de educação continuada.

A execução dos processos educacionais é realizada pelas escolas públicas do Sistema, mas é possível também a delegação de competência a qualquer instituição que se submeta às suas normas. Deste modo, a legitimação do ensino por outras instituições é viável desde que os órgãos competentes da Educação autorizem o seu funcionamento.

Assim, tomando por base a legislação para o 1º e 2º graus, consideramos fundamental a estruturação de uma instituição educacional específica para o setor saúde, de caráter permanente, cujo mecanismo de articulação com o Sistema Educacional permita o desenvolvimento de programas multiprofissionais para habilitação das várias categorias necessárias a este setor.

Essa instituição vem sendo estruturada como Centro Formador, futura Escola Técnica de Saúde, cujo regi-

aprovado
mento do pelo sistema educacional garante

- ensino multiprofissional;
- centralização dos processos de administração escolar;
- descentralização da execução curricular;
- utilização de profissionais de nível superior da rede de serviços como instrutores e,
- o acesso de pessoal empregados e/ou em vias de admissão, como alunos.

Os Centros Formadores estão sendo estruturados no momento, por Unidade Federada, e vão se constituindo em espaços organizados para o desenvolvimento de materiais de instrução e a busca de conhecimentos para o avanço do processo de qualificação na área da saúde.

PREPARAÇÃO DE INSTRUTORES/SUPERVISORES

A prática inicial do projeto LARGA ESCALA constatou a necessidade de buscar alternativas que permitissem a utilização plena, como instrutores, dos profissionais de nível superior empregados na rede. Para o exercício coerente da função docente, de acordo com a proposta metodológica, fazia-se necessário prepará-lo segundo os princípios desta proposta, o que, em última análise implicava em romper padrões e concepções educacionais bastante arraigados nestes profissionais, não apenas pelas suas histórias de processo educacional, mas também pela própria formação sobre educação que a função de 3º grau lhes conferia. Deste modo, concebemos um programa de capacitação pedagógica inicial, que através da reflexão crítica da prática pedagógica, busca construir uma nova forma de atuar. A partir desta capacitação, a própria prática como instrutor se encarrega de consolidar a nova forma de ensinar.

A prática igualmente constatou que a inserção dos profissionais de nível superior nos serviços de saúde no país, na condição de supervisores, vinha se distanciando de aspectos técnicos específicos do profissional de várias categorias e como resultado, o domínio de conhecimentos e habilidades específicas necessitavam recuperação e complementação. É importante salientar que não existiam programas de educação continuada sistematizados nos serviços e que o próprio sistema não estava preocupado com as questões da

SAÚDE EM DEBATE - Março/89

qualidade da assistência; valorizava a necessidade de ampliar a cobertura com consequente ênfase apenas na quantidade de serviços prestados. Esta prática não assegurava o desenvolvimento criterioso dos conteúdos técnicos científicos da proposta metodológica do programa de formação do pessoal de nível médio e elementar. Para resolver este problema propusemos a organização de programas de educação continuada para profissionais de nível superior nas várias áreas: enfermagem, nutrição, odontologia, farmácia, administração, entre outros.

Toda esta preocupação visa assegurar a concepção básica da função docente do pessoal de nível superior como inerente à função de supervisor no processo coletivo de trabalho em saúde. Entendemos como supervisor aquele profissional que organiza e controla o processo de trabalho do conjunto de profissionais de sua área específica e que, quando necessário assume inclusive os aspectos da assistência direta. Assim, evita-se a institucionalização da dicotomia entre instrutores (docentes) e prestadores de serviços o que inviabiliza a própria proposta metodológica de integração ensino/serviço do projeto LARGA ESCALA. Em síntese, trata-se da concepção integral da prática profissional de nível superior articulada coletiva e especifi-

camente para a consecução dos objetivos da Reforma Sanitária.

ELABORAÇÃO DE MATERIAIS INSTRUACIONAIS

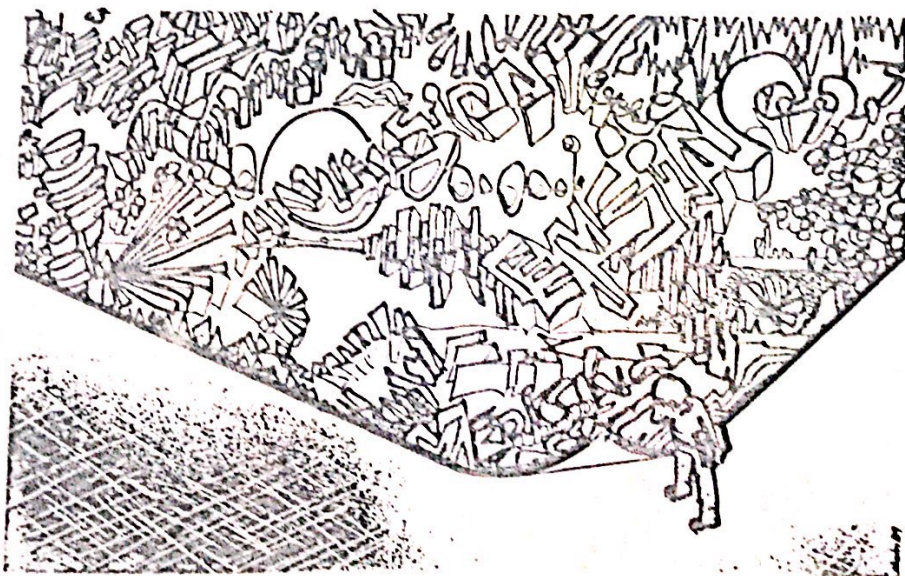
Materiais para o ensino de áreas técnicas na saúde são em geral precários. Os programas mais tradicionais apontam para a carência deste apoio didático, salientando sua baixa qualidade, sua abrangência limitada em termos de áreas, além da sua reduzida distribuição. Para o projeto LARGA ESCALA esta situação constitui-se em área crítica e apresenta-se como um desafio a construção de materiais que possam subsidiar o processo metodológico. Estivemos com muito esforço, ainda de forma preliminar e bastante artesanal, enfrentando esta questão. Alguns grupos constituídos com o objetivo de desenvolver materiais instrucionais enfrentam dificuldades técnicas, metodológicas e financeiras. As dificuldades técnicas advêm da complexidade de recortar todo conhecimento que informa uma determinada prática, as metodológicas de adaptar a linguagem e a forma aos níveis de abstração dos alunos e as financeiras de uma possibilidade de utilizar os elementos de tecnologia moderna, tais como o som e a imagem para ilustrar os conceitos e princípios em estudo.

III - PROPOSTA PEDAGÓGICA: CONSTRUÇÃO DE CURRÍCULO PARA QUALIDADE E RELEVÂNCIA DA PRÁTICA PROFISSIONAL

Em geral quando nos deparamos com problemas como os que especificamos anteriormente, buscamos no espaço pedagógico respostas metodológicas, que visibilizem a instrumentalização de conteúdos, quase sempre acreditando que estas estão acima das divergências técnicas e se ajustam a qualquer realidade. Esta forma de atuar, além de equivocada, reflete uma visão de mundo e concepção da realidade que, em última análise, encobre a ideologia da neutralidade do conhecimento.

Na construção da proposta pedagógica para o projeto LARGA ESCALA, buscamos atuar exatamente ao contrário; partindo do pressuposto básico da não neutralidade do conhecimento e da visão do processo educacional equidistante das concepções polares de redenção da humanidade ou reprodução do "status quo", optamos pela noção do papel de mediação dos processos de aprendizagem com a realidade concreta na dinâmica da sociedade brasileira.

Nesta busca, tomamos o processo pedagógico na sua totalidade e na arti-



culação de suas dimensões: política, metodológica e de conteúdo. O grande desafio está justamente na articulação dialética dessas dimensões, e, por esta razão, encontro, neste momento, inclusive, dificuldade em abstrair cada uma delas, separadamente, para efeitos didáticos de compreensão e de explicação.

Entendemos os trabalhadores de nível médio na área de saúde no Brasil, como adultos provenientes de camadas populares, marginalizados do sistema formal de educação, mas, apesar disto, homens, social e historicamente determinados, com capacidades cognitivas e, portanto aptos para construir conhecimentos e habilidades específicas na formação plena de sua cidadania. Colocamos assim a dimensão política da estratégia: viabilizar a formação para a cidadania plena através da legitimação social da sua prática e sua qualificação específica.

Para dar conta dessa intencionalidade política, impõem-se uma metodologia coerente. Partindo do pressuposto de que a interação entre sujeito e objeto no processo de aprendizagem é intermediada por estruturas cognitivas (esquemas de assimilação desenvolvidos por Piaget), conceitos e estruturas mentais da inserção cultural e social do sujeito, tomamos as suas formas de aprender como um elemento fundamental.

Neste sentido, tornou-se necessário construir um currículo que permitisse a interação entre sujeito e objeto a partir do seu referencial de percepção da realidade, sem negar seus conhecimentos de senso comum e sua experiência de vida, para construir novos conhecimentos mais elaborados e específicos, de acordo com a sua habilitação profissional.

Consideramos igualmente válido salientar duas questões importantes que estas concepções determinam. Primeiro, a construção ativa do conhecimento pelo sujeito requer a flexibilidade da variável tempo, ou seja, cada sujeito no processo avança de acordo com o seu próprio ritmo de assimilação de conhecimentos (sabemos que determinantes aparentemente externos ao processo, tais como organização de serviços, da qual falaremos adiante, interferem neste tempo). Em segundo lugar, que a avaliação não apenas inclui o sujeito como ator do processo de julgamento, mas principalmente considera a transformação integral da prática pretendida

como elemento para o avanço no processo, ou seja, a avaliação é processual e de domínio específico da prática.

Em resumo, trata-se a tentativa metodológica do processo de transformação dialética na interação sujeito-objeto. O sujeito tem voz e constrói ativamente o seu conhecimento. Desta forma a metodologia pode ser dita como fundamental para o alcance do objetivo.

No currículo integrado, o objeto (conteúdo) do processo de aprendizagem é instrumentalizado a partir do perfil da prática, na sua perspectiva de transformação para atender os objetivos já mencionados da Reforma Sanitária. Neste período, tenta recordar o conhecimento na profundidade requerida para a construção de formas mais elaboradas e científicas, buscando a totalidade do conhecimento necessário para informar a sua prática.

A organização deste conteúdo, uma vez feito o recorte acima mencionado, integra, no plano do conhecimento, teoria e prática assim como as várias áreas do conhecimento que instrumentalizam a prática. Evitamos, deste modo, as rupturas clássicas de teoria e prática, assim como o fracionamento e atomização do conhecimento em disciplinas. Consideramos igualmente os princípios de seqüência lógica de conceito e de ações: do conhecimento ao desconhecido, do simples ao complexo e do concreto ao abstrato.

O currículo integrado, desta forma, concretiza a proposta pedagógica nas suas três dimensões buscando construir a qualidade e relevância da prática profissional no exercício da cidadania.

IV - IMPLEMENTAÇÃO DO PROJETO PEDAGÓGICO

Além dos elementos de infra-estrutura analisados anteriormente, decidimos salientar dois aspectos intimamente vinculados com a proposta pedagógica que poderíamos considerar como fundamentais no processo em sua totalidade. Se por um lado, consideramos a infra-estrutura de apoio como elementos de pre-condição ou preliminares para a factibilidade do processo, por outro lado, entendemos serem a organização dos serviços e a supervisão os propulsores que garantem a dinâmica do processo pedagógico.

A organização dos serviços, tendo em vista o movimento de Reforma

Sanitária deve ser considerada a partir da concepção de processo de trabalho coletivo e específico que responde às necessidades da população com base nas finalidades de integralidade, equidade, universalização e resolutividade. Para isto é necessário articular conhecimento e tecnologia disponíveis de acordo com as possibilidades da realidade econômica, para garantir o alcance dos objetivos propostos. Neste contexto, há que considerar o trabalho associado e o papel de cada um dos trabalhadores deste coletivo, destacando-se o papel do supervisor como agente integrador.

Somente na vigência da decisão política de organizar serviços tendo em vista as questões acima assinaladas, asseguram-se as condições concretas para o desenvolvimento do processo metodológico, por exemplo, como poderemos construir conceito e prática sobre imunizações, em serviços que não dispõem de instrumentos e agentes biológicos para aplicação dos esquemas de imunização? O trabalhador aluno do processo de qualificação no projeto LARGA ESCALA somente avança na construção do conhecimento, nas condições concretas da sua prática profissional.

Já o supervisor, profissional de nível superior, neste cenário cumpre, como já assinalamos, um papel relevante na integralização da assistência, porque é seguramente o principal ator no processo de organização dos serviços, uma vez que detem o conhecimento e a tecnologia. Assim sendo, deve, neste processo, facilitar a construção do conhecimento do pessoal de nível médio e elementar não apenas como condutor do processo metodológico mas necessariamente como modelo de prática profissional. Consideramos, portanto, imprescindível também a decisão política de contratá-los em número proporcional aos treinandos (quantidade e qualidade).

Finalmente, gostaríamos de enfatizar que o projeto LARGA ESCALA não é um elenco de etapas e metas que se cumprem de forma sucessiva e isolada, mas um processo dinâmico que se constrói no dia a dia da luta pela democratização em realidades sociais concretas, onde a qualificação é o elemento básico para dar habilitação e cidadania a trabalhadores e, ao mesmo tempo, assegurar a melhoria da qualidade da assistência a que a população do nosso país tem direito.

SAÚDE EM DEBATE - Março/89