

Anexo IV

Tecnologias da Saúde: Paradigmas e Paradoxos na Gestão de Pessoas

A evolução e afirmação das profissões das Tecnologias da Saúde (TS) no nosso País, e no plano internacional, têm sido progressivas assistindo-se à sua incorporação no elenco das modalidades de intervenção diagnóstica, prognóstica, terapêutica e de promoção da saúde.

A formação necessária para o exercício das profissões das Tecnologias da Saúde, e o seu Ensino, foram objecto de estudo intenso a propósito do Processo de Bolonha¹, bem como as questões relativas à proliferação de escolas e de profissionais em formação². As questões de identidade profissional de uma das profissões integrantes do conjunto foram aprofundadamente estudadas³. Também têm vindo a ser ensaiadas abordagens com foco na dinâmica de profissionalização⁴.

Porém o estudo histórico das PTS – se bem que ensaiado⁵ – nunca foi feito com a profundidade requerida devido à complexidade das dimensões em jogo. Também não está realizado o levantamento das condições sociais, e do cortejo de determinantes de saúde, que geraram a necessidade de alterar o perfil profissional dos produtores de serviços de saúde, o aumento do seu nível de qualificação, a aproximação do nível de escolaridade, designadamente dos PTS, a outros profissionais de saúde e o aparecimento de várias formações para funções muito próximas ou mesmo sobreponíveis – como exemplo: técnicos de análises clínicas, biólogos e farmacêuticos; técnicos de farmácia e farmacêuticos; optometristas, técnicos de ortóptica e oftalmologistas – que constituiriam, por si só, temas de investigação, não de Mestrado mas de Doutoramento.

Ademais, quer no sector privado, quer no sector público, põe-se, ainda, outro problema que importa levantar: os órgãos que representam o ensino, como sejam o CRUP, o CCISP, a APESP – Conselho de Reitores das Universidades Portuguesas, Conselho Coordenador dos Institutos Superiores Politécnicos, Associação Portuguesa do Ensino Superior Privado, respectivamente – ou simplesmente as comissões especializadas destes organismos ou as que ao nível governamental se têm constituído, quer no ensino superior, quer na saúde, nunca

¹ Lopes, A. (Org.), (2004); Lourtie, P. e Pinto, M. (2007)

² Conde, J., (2006)

³ Tavares, D., (2007)

⁴ Lopes, N., (2006)

⁵ Lobato, J. (2001); Tavares, D. (2002); Tavares et al. (2002); Coutinho, (2003); ESTeSL (2007).

contemplam estes profissionais nas suas análises, entregando a sua representação a médicos, enfermeiros e outros (Conde, 2006).

Mesmo agora se verifica que o OPSS (Observatório Português dos Sistemas de Saúde) no seu relatório de Primavera de 2009, ao analisar a gestão dos recursos humanos em saúde apenas se debruça sobre os médicos e enfermeiros omitindo os PTS mesmo se outras instâncias como o «Hospital do Futuro» ou o «Think Tank Saúde em Rede»⁶ lhes dedicam sessões de reflexão e análise.

Nesta Tese, e porque as questões em investigação assentam a todas elas, não distinguimos as várias profissões das TS ainda que o pensamento se centre primordialmente naquelas cujo exercício se faz preponderantemente nos Hospitais e Serviços do Sistema de Saúde português por razões de necessidade de circunscrição da análise a um campo de actividade em que a relação laboral implique as práticas correntes de GRH, ou seja, em que os profissionais se integram em equipas de cuidados de saúde multidisciplinares e as actividades sejam exercidas dentro de instituições suficientemente grandes para requerer a aplicação dos conceitos e operações de GRH formais.

Não tendo sido, à data, identificados os “limites sociais levantados pela execução das políticas públicas” (Cardim e Miranda, 2007) por forma a gerir previsionalmente a realidade em gestação, há que gizar soluções exequíveis e sustentáveis, também porque adaptáveis à evolução futura dos mercados tecnológicos em saúde e que, com justiça social, integrem expectativas que a implementação corrente não vem sabendo precaver.

Também a investigação social e profissional é incipiente e a que existe encontra-se aquém das necessidades criadas pela realidade profissional que uma formação crescentemente qualificante e diferenciadora veio fomentar.

Desta forma, prefiguram-se, também nas PTS, problemas de GRH que há que antecipar – tamponamento de desenvolvimento profissional, abaixamento da motivação interna, não «empowerment» dos profissionais, desperdício de capital intelectual – até pela degradação, constatada, do preço do trabalho dos licenciados (Cardim e Miranda, 2007), resultando no nivelamento da sociedade por via remuneratória, mas fracturando-a num exíguo topo de gestores e num novo proletariado altamente qualificado e capacitado (Rodrigues, 2002).

⁶ Instâncias nas quais, curiosamente, se constata a cumulação dos pensadores políticos.

Já Prigogine e Stengers, (1986:51) diziam que “Doravante exploramos uma natureza de evoluções múltiplas e divergentes que nos faz pensar não num tempo à custa dos outros, mas na coexistência de tempos irredutivelmente diferentes e articulados.”

É aqui que se instala o crucial factor tempo e a evolução que o seu labor transporta. Por isso, um trabalho como o presente não fica completo sem uma resenha histórica que permita compreender como, e portanto porquê, as profissões das tecnologias da saúde e os profissionais que as abraçam chegaram a este estágio de desenvolvimento profissional e a esta fase de (des)integração sociológica.

Génese

A história das Profissões de Saúde, de todas as que existem actualmente, descende da história da Medicina, já que a saúde foi desde sempre uma preocupação humana e o tratamento das doenças uma ocupação de alguns – feiticeiros, xamanes, curandeiros, físicos, barbeiros, cirurgiões, freiras, médicos, enfermeiros e tecnólogos da saúde.

No princípio eram os físicos, aqueles que detinham saberes bastantes para cuidar a *physis*. E tais saberes eram sincréticos, de experiência feitos, obtidos por tentativa e erro ou a partir de mestres, sábios de várias mas indistintas disciplinas.

Os chineses, os egípcios, os gregos, os romanos e os árabes, procuraram na Natureza meios de tratamento das suas doenças, e através de encantamentos, poções, beberragens, água e sol tentaram curá-las.

Na Idade Média, os doentes e idosos eram tratados por médicos treinados nas Universidades, por freiras ou por curandeiros, dependendo da classe socioeconómica do paciente.

A primeira universidade médica foi fundada no século X em Salerno, Itália, onde os manuscritos gregos, escritos por físicos como Hipócrates e Galeno, eram estudados.

Os médicos medievais olhavam o corpo como um texto, mas, quando o corpo se manifesta exteriormente, já a doença evoluiu para um estágio avançado tornando a cura muito difícil.

A matriz das crenças médicas medievais seguia a dos gregos, nomeadamente a de Hipócrates (ca 460 - ca380 AC) e a de Galeno (ca 131 – ca 200 DC) de que o corpo era constituído por quatro humores: sanguíneo, cólera, fleuma e melancolia. Este sistema dos humores em harmonia tornou-se a lente através da qual os médicos olharam a saúde até ao século XIX altura em que as ciências evoluíram esplendorosamente devido à radical mudança nas formas de

explorar e olhar o real, e a natureza, proporcionada por avanços tecnológicos e científicos como o desenvolvimento do microscópio ou o estudo das leis da química e da física. São os saberes desenvolvidos por outros campos de estudo durante, e após, a Renascença que induzem a evolução das ciências médicas.

Até aí, a doença resultava do desequilíbrio, ou desarmonia, entre os humores e havia que os ajustar para obter a cura. A tipologia das doenças distinguia três causas possíveis: (a) degeneração natural; (b) predisposição do corpo; e, (c) vida imoderada. A medicina medieval e a medicina moderna partilham esta ênfase nos estilos de vida como determinantes de saúde e doença.

Na época medieval, os estilos de vida não conformes à moralidade eram considerados pecados, individuais ou colectivos – a peste bubónica, por exemplo – o que constituía uma herança das autoridades médicas greco-romanas influenciadas pelo pensamento judaico-cristão difundidas com os escritos de Stº Ambrósio (339-397 DC) e Stº Agostinho (354-430 DC) que veiculavam a ideia de Cristo como médico perfeito.

À luz dessa ideia, seria o físico que podia curar os males espirituais e físicos e a doença era a punição para quem transgredisse a lei de Deus. Este é um fundamento do poder médico, que prevalece até aos nossos dias, pois que alguns ainda vêm o profissional de medicina como aquele em quem deus delega os poderes de cura. Neste paradigma, o médico encarna alguma coisa de divino e dá resposta a necessidades básicas de segurança.

Galeno fundiu duas teorias em competição, uma que defendia que a autoridade médica era a fonte de conhecimento e outra que considerava a experiência como o maior professor da ciência médica. Ainda hoje, a visão de Galeno de que a medicina é um processo cumulativo de estudo de manuais médicos e experiência clínica é alicerce da prática clínica.

Florence Nightingale (1820 - 1910) foi uma enfermeira britânica que ficou famosa por ser pioneira no tratamento a feridos de guerra. Nightingale percebeu que a mortalidade dos soldados baixava se lhe fossem prestados cuidados, não só curativos ou cirúrgicos, mas também de nutrição, higiene e conforto. Desta visão higieno-sanitária da recuperação da saúde nasceu a profissão de enfermagem.

O reconhecimento da profissão de enfermeiro e a diversidade de funções que lhe são, com toda a naturalidade, cometidas alicerçam-se nesta personalidade extraordinária que, pela sua vida e exemplo, deu início a um processo de profissionalização com os resultados consabidos.

Quer a enfermagem, quer as profissões das tecnologias da saúde, tiveram a sua génese nas actividades complementares à acção médica que os médicos não podiam satisfazer pela rarefacção de profissionais da medicina mas, acima de tudo, pela fulgurante evolução dos saberes necessários aos cuidados de saúde que outras áreas de saber produziram.

A enfermagem tem vindo a desenvolver-se com base nos princípios que a originaram, o cuidado directo – de cabeceira – ao doente, e nos saberes que as disciplinas médicas foram produzindo.

Ao contrário, as tecnologias da saúde emergiram com base na evolução induzida por uma diversidade de ciências e disciplinas científicas de que resultou virem actualmente a desenvolver-se com autonomia das disciplinas médicas. Pela sua génese, e porque cada uma fundada em áreas científicas específicas e por tanto com saberes próprios, florescem múltiplas, embora coesas.

Ensino e Formação

Podemos dividir o ensino e as profissões das tecnologias da saúde de uma forma mais tradicional e hospitalocêntrica ou de uma forma mais alargada, mais focada na diversidade de actividades em saúde pública, e privada, conforme as olharmos nos seus agrupamentos «clássicos» ou de forma mais abrangente.

As Tecnologias da Saúde no seu conceito tradicional (Conde, 2006) incluem os cursos e as 18 (dezoito) profissões aqui nomeadas por ordem alfabética: Análises Clínicas e Saúde Pública; Anatomia Patológica, Citológica e Tanatológica; Audiologia; Cardiopneumologia; Dietética; Farmácia; Fisioterapia; Higiene Oral; Medicina Nuclear; Neurofisiologia; Ortoprotesia; Ortóptica; Prótese Dentária; Radiologia; Radioterapia; Saúde Ambiental; Terapia da Fala; Terapia Ocupacional.

Em 2004, a então ministra da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior, ao nomear um Coordenador para a implementação do Processo de Bolonha para a área das Tecnologias da Saúde⁷, acrescentou às dezoito formações já regulamentadas, mais cinco (5): Ergonomia; Gerontologia; Podologia; Reabilitação; e, Marketing Farmacêutico (Informação Médica).

⁷ Lopes, A.M.F., (Org.), (2004). *Implementação do Processo de Bolonha a Nível Nacional, por Áreas de Conhecimento: Tecnologias da Saúde*, Novembro. Lisboa: MCTES.

Este coordenador, no percurso de trabalho que trilhou, incluiu nas suas opções “os entendimentos” com a Nutrição pela sua proximidade à Dietética. De fora de qualquer entendimento ficou a Optometria (Conde, 2006).

As Escolas nas quais os PTS se qualificam e obtêm titulação para o exercício estão, desde 1993⁸, integradas no Ensino Superior Politécnico e leccionam cursos de licenciatura de 240 ECTS pelo modelo de Bolonha, e duração de quatro anos. Nem todas as Escolas leccionam cursos para a totalidade das áreas de actividade em TS, porém no seu conjunto as 3 escolas públicas e a escola de Alcoitão ministram a diversidade de competências actualmente requeridas pelo SNS e são adaptáveis a necessidades emergentes.

As ESTeS (Escolas Superiores de Tecnologia da Saúde) integram os Institutos Politécnicos desde 2004⁹ e o crescimento do número de alunos tem sido exponencial desde a sua fundação.

As Escolas Técnicas dos Serviços de Saúde, de Lisboa, Porto e Coimbra, criadas em 1982¹⁰ mas já em funcionamento desde 12 de Janeiro de 1980¹¹, e que deram origem às actuais Escolas Superiores¹² (ESTeSL, 2007), foram gizadas para dar resposta ao presumível crescimento das expectativas em saúde a que o mercado de ensino nestas áreas não dava resposta. Como dado interessante referimos que, para a abertura do primeiro curso, em Janeiro de 1980, concorreram cerca de 2800 potenciais alunos para um total de vagas de 200 (ESTeSL, 2007). Os candidatos aprovados no concurso de ingresso apresentavam nível habilitacional elevado, muito acima do exigido, superando as expectativas dos próprios mentores e organizadores da formação (Freitas, 2007).

Nessa época, o encerramento das escolas comerciais e industriais, determinava que ou se prosseguiam estudos universitários, se os pais tivessem recursos bastantes, ou se ficava com o ensino «liceal», onde nada se aprendia para o exercício de uma profissão, e mais saídas não existiam. Chegava-se ao mercado de trabalho com muito pouca capacitação e aí se aprendia o que o acaso das actividades laborais proporcionasse.

⁸ Dec-Lei n.º 415/93, de 23 de Dezembro.

⁹ Dec-Lei n.º 175/2004, de 21 de Julho.

¹⁰ Dec-Lei n.º 371/82, de 10 de Setembro e regulamentado pela Portaria n.º 549/86, de 24 de Setembro.

¹¹ Ainda como Centro de Formação de Técnicos Auxiliares de Diagnóstico e Terapêutica e por antecipação à sua regulação pela Portaria n.º 709/80, de 23 de Setembro.

¹² Por força do Dec-Lei n.º 415/93, de 23 de Dezembro.

No caso das TS um planeamento visionário das necessidades emergentes no mercado antecipou-se oferecendo formação indutora das competências adequadas a um exercício qualificado, estimulante e promotor de desenvolvimento ao longo da vida e produziu profissionais que o mercado, durante mais de vinte anos, absorveu em pleno e tem vindo a reconhecer como valioso. De tal forma que o modelo formativo, reconhecido que foi de excelência, foi reproduzido pelo mercado de ensino – de 4 Escolas¹³ em 1982 para 8 Escolas em 1997 e 25 Escolas em 2006 (Conde, 2006) – até à saturação, já alcançada, do mercado de trabalho, tal como antecipou Conde.

Naturalmente, nem todas as Escolas actualmente existentes leccionam cursos para todas as profissões. Assim, nos períodos anteriormente considerados – 1982; 1997; 2005 - o número de cursos oferecidos para as diversas profissões subiu de 38 para 105 com um aumento percentual de 238% (Conde, 2006). Por exemplo, em Cursos de Análises Clínicas e Saúde Pública o aumento foi de 400% na oferta que se situava em 1997 em 3 cursos e em 2005 em 15 cursos. O mesmo aumento percentual para os Cursos de Anatomia Patológica, Tanatológica e Citológica que de 1 único curso passou a ter uma oferta de 5 cursos. A fisioterapia tinha, em 1997, a sua oferta formativa em 6 cursos e em 2005 em 16, com um aumento percentual de 166%. Para a Audiologia, em 1997, não existiam cursos oferecidos mas em 2005 havia 3 (Conde, 2006).

Ainda citando Conde (2006) se considerarmos o número de alunos - embora este tenha variado ao longo do tempo - num período de nove anos – 1997/2005 – verificou-se um aumento percentual médio de 471%. O mesmo autor prossegue constatando que os números indicam que, com sucesso escolar presumido de 100%, entre 2006 e 2009, o mercado de trabalho recebeu 16943 profissionais das Tecnologias da Saúde, 14324 enfermeiros, 3270 farmacêuticos e 4607 médicos.

Este autor calcula serem necessários 825 novos PTS por ano para prover as necessidades e conclui estarem a ser formados profissionais em número quántuplo, ou seja, 4725 novos PTS todos os anos, que o mercado de trabalho dificilmente absorverá como até aqui, para não falar da qualidade formativa que só pode, pela actual desregulação do ensino, baixar perigosamente. Tal realidade, já verificada, poderá conduzir, também a uma inexorável desqualificação (Rodrigues, 2002) dos PTS abortando quaisquer expectativas de desenvolvimento pessoal e acabando com os factores de motivação interna que a formação pudesse desenvolver. Factos não despreciandos e que dão contornos e importância ao presente estudo.

¹³ ESTeS de Lisboa, Porto e Coimbra e Escola de Reabilitação do Alcoitão (ERA)

A despeito da apetecibilidade, acima abordada, do mercado de ensino da formação para estas áreas de actividade¹⁴, e dadas as crescentes necessidades de saúde para uma saúde melhor, era uma inevitabilidade que estas profissões e a formação exigida para o seu exercício deixasse de ser de nível auxiliar e passasse a ser uma formação de nível superior.

Porém, a formação para estas profissões não se iniciou nesta época e tem vindo a desenvolver-se e a diferenciar-se ao longo do tempo.

As «terapias» – fisio, ocupacional e da fala – eram ensinadas na Escola de Reabilitação de Alcoitão¹⁵ (hoje, Escola Superior de Saúde de Alcoitão), que exigiu, desde sempre, para a sua frequência o 7º ano dos liceus e a obtenção do diploma implicava 3 (três) anos de formação teórico-prática.

A Escola integrava – e integra ainda hoje – a estrutura da SCML (Santa Casa da Misericórdia de Lisboa) e a frequência era sujeita a propina de valor não negligenciável mesmo para a época. Dessa forma as terapias conformavam qualificações adequadas às filhas da elite, a par com o professorado primário ou a assistência social, por razões que se prendem com considerações sócio-culturais prevaletes à época. O reconhecimento social era uma garantia por força da origem e das redes sociais próximas ao poder (Vital, 2006) das «meninas» que os frequentavam.

A «Revolução dos Cravos», com as alterações societárias que gerou e a consequente perda abrupta de influência (Vital, 2006) de um conjunto de famílias dominantes, social e politicamente, determinou a queda nos padrões mentais (embora não nos socioprofissionais) enformadores da formação e do exercício nas «terapias» que o início da formação, em 1981, em escolas públicas dependentes do Ministério da Saúde, em condições paralelas e qualidade igualável, veio confirmar pois que a democratizou ao torná-la acessível aos «comuns».

Em áreas como a farmácia, as análises clínicas, a ortóptica, ou a cardiopneumologia, e também em fisioterapia, foram os cursos das escolas do «Ultramar»¹⁶, institucionalizadas para satisfazer as necessidades criadas pela «guerra colonial» através de formação *in loco* – em Angola, sobretudo, mas todas as outras colónias, Timor incluído – os pioneiros da duração de 3 (três) anos pós-secundário, embora fosse aceite como habilitação de ingresso o 5º ano «dos liceus».

¹⁴ Para maior desenvolvimento desta análise e melhor fundamentação do pensamento sobre a evolução do ensino em TS ver Conde, 2006, que faz uma abordagem a esta problemática fundamentada em números e factos.

¹⁵ Com início em 1957, regulamentadas pela Portaria nº 22034, de 1966

¹⁶ A partir de 1964 com a criação das Escolas Técnicas dos Serviços de Assistência do Ultramar pelo Dec-Lei nº 45541 do Ministério do Ultramar, de 23 de Janeiro de 1964, regulamentadas pelo Dec-Lei nº 45818, de 15 de Julho do mesmo ano.

Por razões hoje obnubiladas pelo tempo mas que passariam por paralelismo com as escolas de Alcoitão, do Magistério Primário e de Enfermagem integrante do Instituto Português de Oncologia de Lisboa – instituto que em 1973 iniciou leccionação na área da fisioterapia (Coutinho, 2003) – estas Escolas eram consideradas adequadas às «meninas do regime» liberadas o bastante para não quererem ficar sem uma formação conducente a uma profissão, completamente dependentes dos maridos, isto é, que queriam ter opções para além da maternidade e da conjugalidade.

Em contrapartida, na «Metrópole» a formação destes profissionais – à excepção das terapias como já referido – era feita de forma casuística, à inteira responsabilidade, pedagógica e programática, de alguns directores de serviço dos maiores hospitais de Lisboa¹⁷ e Porto, mais visionários, com acesso às linhas de poder que permitiram a efectivação dos seus projectos formativos pois que estava reconhecida a necessidade de formar profissionais capazes de exercer actividade nos laboratórios e serviços de radiologia, os promoviam nos seus serviços à medida das suas necessidades em «auxiliares» ainda que enquadrados por norma legal¹⁸, a qual, ao regulamentar um quadro oficial de formação para os técnicos de saúde, reconhece a necessidade de criar uma certa uniformidade no «adestramento destes técnicos»¹⁹.

Antes, ainda, a formação estava regulada pelo Decreto 13974, de 27 de Junho de 1927, e tomava a forma de um exame para a obtenção do «diploma de habilitação para o exercício das funções de preparador nos serviços de *Análise Clínica*, secções e congéneres dos Hospitais Civis de Lisboa» que, pela primeira vez estabeleceu uma certificação para a formação em exercício para estas áreas profissionais.

Naqueles «centros de preparação de técnicos e auxiliares dos serviços clínicos» diplomavam-se dois grupos distintos de profissionais: os Técnicos e os Auxiliares de Serviços Clínicos, embora para cada curso fossem exigidas habilitações diferentes e a sua duração também diferisse. Os planos curriculares eram definidos pela Comissão Intra-Hospitalar de Lisboa, sendo da responsabilidade da Direcção geral dos Hospitais a avaliação da idoneidade dos centros de preparação e a elaboração dos regulamentos, dos planos de estudo e programas de cursos (Coutinho, 2003).

¹⁷ A título de exemplo, mencionam-se os Drs. Barros no Hospital de Santa Maria – que foi responsável pela formação de técnicos de análises clínicas então designados por preparadores – e Almerindo Lessa no Hospital de São José – Serviço de Sangue, responsável pela formação de transfusionistas, hoje integrados como técnicos de análises clínicas. Em 1963 deu-se início à formação em Ortóptica no Hospital de S. João, no Porto.

¹⁸ Portaria nº 18523, de 12 de Junho de 1961, regulamentada pela Portaria nº 19397, de 20 de Junho de 1962.

¹⁹ Preâmbulo da Portaria nº 18523.

Da imprevisibilidade que caracterizava a realização de cursos nestes centros de formação do território continental português, resultou uma enorme escassez de PTS com qualificação bastante para o exercício pelo que as organizações de saúde recorreram aos diplomados pelas Escolas Industriais – enquanto os cursos «industriais» não foram suprimidos por um tipo de ensino não profissionalizante, mais aproximado ao ensino «liceal» ocorrido no pós-25 de Abril – nomeadamente na área das análises clínicas, aos qualificados para o exercício em laboratórios industriais mesmo se não preparados para a actuação em medicina humana.

Por um lado, e essencialmente nas áreas de actividade ligadas ao diagnóstico, verificou-se um hiato de 14 anos sem que saíssem para o mercado de trabalho novos profissionais com qualificação adequada. Por outro lado, a migração de pessoas provocada pela revolução de Abril, pelo fim da guerra colonial e pela independência dos territórios ultramarinos, deslocizou os profissionais formados nas escolas do ultramar e nas escolas dos serviços de saúde militar para o «Continente» onde preencheram necessidades há muito existentes despertando, com as suas iniciativas, peso de competências e acompanhamento da expansão das potencialidades que o crescimento das áreas de actividade prenunciava, um processo de recomposição da estrutura e utilidades no que aos Meios Complementares de Diagnóstico e Terapêutica concerne.

A década de 70 é, dessa forma, marcada pela inoperância dos centros de formação de técnicos, ainda que nas áreas das «terapias» a ERA tenha porfiado no cumprimento da sua missão de formar profissionais mesmo se predominantemente sujeita às necessidades do CMRA (Centro de Medicina de Reabilitação de Alcoitão) a que estava, e está ainda, vinculada.

Os profissionais saídos das ETSS em 1983, e anos seguintes, depararam com uma realidade profissional anacrónica, formações diversas de qualidade díspar e competências para o exercício eventualmente prescritas.

A diferenciação pelos saberes, relativamente aos PTS das anteriores gerações, carreada pelos profissionais formados a partir de 1980/83, porque tinham já uma opção vocacional firmemente estabelecida e há muito aguardavam o seu início, induziu a demarcação paradigmática e metodológica de dois grupos de profissionais (Tavares, 2007): os de formação curta e os de formação de três anos pós secundários.

O tipo de ensino praticado – “a rede de lugares de formação complementar no interior da qual deve ser definida a função específica da escola” (Tavares, 2007: 173, citando Bordieu, 1987) – de banda larga e abrangendo todos os saberes, e práticas, necessários ao exercício das profissões, induziu uma mudança nas unidades de diagnóstico e terapêutica que as anuais ondas de profissionais formados neste novo modelo têm vindo incrementar sem cessar e geraram um movimento de recomposição profissional célere, ímpar e imparável.

Os planos de estudo, declaradamente, antecipavam necessidades nestas áreas de actividade quer pelo conteúdo, quer pela profundidade, quer ainda pela novidade, das matérias leccionadas, de tal forma que quando chegaram aos serviços para estágio pedagógico muitos já transportavam maiores e mais profundos conhecimentos que os detidos por alguns dos profissionais que se encontravam em exercício mesmo se a experiência os havia já reformado e desenvolvido.

A entrada destes, ainda alunos, nos serviços induziu transformações profundas, e irreversíveis, nos modos de fazer e de compreender o estado de saúde e doença dos utentes as quais se consolidaram e se tornaram imparáveis com a sucessão, anual, de profissionais detentores de maiores capacidades e demonstrando um perfil de competências, técnicas e sociais, muito mais amplo.

Porque o modelo de ensino instituído com a criação da Escola Técnica dos Serviços de Saúde quis introduzir deliberadas transformações nos saberes, e formas de fazer radicalmente distintos, nas áreas ocupacionais do diagnóstico e das terapêuticas (Tavares, 2007) que, sendo «auxiliares» requeriam a transmutação em «meios complementares» da acção clínica.

Os saberes necessários às actividades haviam já divergido dos saberes médicos tanto que era necessária a introdução dos futuros profissionais a conhecimento, e bases técnicas, completamente diferentes para cujo ensino, inclusivamente, não havia preparação no seio dos pares e que, por essa razão, foi ministrado por professores oriundos da medicina e ciências biomédicas enquanto não se formou massa crítica bastante de PTS para a sua substituição (Coutinho, 2003) a qual se verificou logo nos últimos anos da década de 1980.

Quando em 1993 o ensino destas profissões foi integrado no Sistema Público de Ensino²⁰ foi sem reboço e de imediato reconhecido o direito ao grau de bacharel a todos os profissionais formados no novo modelo e àqueles dos anteriores modelos que provassem formação literária de nível de ingresso no ensino superior, e profissional de duração equivalente a três anos de estudos, paralelo ao que hoje as Directivas Comunitárias de reconhecimento de qualificações profissionais consignam como certificáveis, estando a formação exigida em Portugal para o exercício destas profissões durante muito tempo abrangida pela Directiva 89/48 CEE, entretanto revogada e substituída, mas não modificada, pela Directiva 36/2005/CE, de 7 de Setembro, e transposta para a ordem jurídica interna pela Lei n° 9/2009, de 4 de Março.

Hoje, nas actividades de diagnóstico e de terapêutica realiza-se um trabalho altamente qualificado e especializado, adequado às necessidades das pessoas, constantemente adaptativo a qualquer evolução tecnológica ou científica que sobrevenha e a Escola comum é o «cimento» que une os profissionais e constitui o elemento que os mantém agregados (Estevão, 2006 e Tavares, 2007).

Regulamentação das profissões

Para possibilitar o estudo do desenvolvimento destas profissões em Portugal, e porque nenhuma delas tem um percurso isolado e exclusivo, tem-se por base a análise dos diplomas legais que foram publicados oficialmente pelo Estado Português e, para revelar a emergência da autonomia funcional, que o investimento na formação e o desenvolvimento do ensino das profissões avalizou, adoptaremos a cronologia natural dos acontecimentos e dos normativos que os estribaram.

As profissões das TS, em Portugal, antecederam de quase um século a sua definição e regulamentação por norma jurídica²¹, tendo origem, conjuntamente com o desenvolvimento das profissões tecnológicas, no início do século XX, reflectindo a história, a cultura e a natureza da organização de saúde do País ao longo deste período.

A primeira norma reguladora das profissões das TS surgiu em 1901, no Diário do Governo, Decreto n° 293, de 27 de Dezembro, no qual se faz referência ao “*Laboratório de Análise Clínica*” criado no Hospital Real de S. José e anexos (ESTeSL, 2007).

²⁰ Dec-Lei n° 451/93, de 23 de Dezembro.

²¹ Dec-Lei n° 261/93, de 24 de Julho e Dec-Lei n° 320/99, de 11 de Agosto.

Este Laboratório deu origem à matriz sócio-profissional de cinco das actuais dezoito profissões que constituem as profissões das TS uma vez que era constituído por várias secções exigindo o exercício de competências técnicas distintas (Coutinho, 2003), a saber: “*Análise anatómico-patológica, serviço de autópsias e modelagem em gesso*”; “*Análise bacteriológica e química*”; “*Análise radioscópica, Radiográfica e Fotográfica*”; “*Electro-diagnóstico e Electro-Therapia*”; e, “*Serviços Farmacêuticos*”.

Nessa época, consignava-se a total subordinação dos profissionais à profissão médica. Em todos os níveis organizacionais, a profissão médica tinha total domínio. O processo de formação dos profissionais do laboratório, também designados por preparadores, realizava-se no próprio serviço. O recrutamento obedecia às regras vigentes na época, onde prevaleciam os valores morais e os bons costumes (Coutinho, 2003).

Só em 1927²² foi regulamentado o exame para a obtenção do diploma de habilitação para o exercício das funções de preparador nos vários serviços de “*Análise Clínica*” dos então já denominados Hospitais Cívicos de Lisboa, constituindo um dos primeiros passos para a institucionalização da formação, embora realizada numa lógica de formação em serviço, visto que, pela primeira vez, é legalmente determinada uma modalidade formal de avaliação das qualificações necessárias ao exercício.

Mais tarde, na reorganização dos quadros do pessoal dos Hospitais Cívicos de Lisboa, incluindo os do Manicómio Bombarda e os dos serviços de hospitalização anti-rábica e anti-diftérica do Instituto Bacteriológico Câmara Pestana passaram a existir duas categorias de profissionais, os Ajudantes Técnicos ou preparadores e os Auxiliares²³. Os Ajudantes Técnicos ou Preparadores exerciam as suas actividades no âmbito das actuais profissões de Análises Clínicas, Anatomia Patológica, Dietética, Farmácia, Fisioterapia e Radiologia (estes designados por encarregados de câmara escura), mas tinham que ser previamente diplomados em Enfermagem pela Escola de Enfermagem Artur Ravara e, posteriormente realizar um exame de prática relativamente à área profissional de intervenção onde pretendiam ingressar. Só após a aprovação o candidato podia iniciar o exercício profissional. Aos auxiliares não era exigido o curso de enfermagem, mas exigia-se igualmente o exame de prática profissional.

²² Decreto nº 13974 de 27 de Junho de 1927.

²³ Decreto nº 28793 de 1 de Julho de 1938.

As duas vias de acesso à qualificação para o exercício nas áreas de actividade de diagnóstico e terapêutica coexistiram até à fundação da ERA e o início da leccionação, de fisioterapia e terapêutica ocupacional, em 1957, e de terapêutica da fala, em 1962 (ESSA, 2010), à constituição dos Centros de Preparação de Técnicos e Auxiliares dos Serviços Clínicos, em 1961, e à instituição das Escolas de Saúde do Ultramar, adstritas aos Hospitais Militares, em 1964, como descrito.

Todavia, foi a organização do sistema de saúde levada a efeito em 1971²⁴ que estabeleceu “o regime legal que permitirá a estruturação progressiva e o funcionamento regular de carreiras profissionais para os diversos grupos diferenciados de funcionários que prestem serviço no Ministério da Saúde e Assistência”, e criou uma estrutura de carreiras no sistema de saúde português, nelas incluindo os “técnicos terapeutas”, os “técnicos auxiliares de laboratório” e os “técnicos auxiliares sanitários”, instituindo uma hierarquia de graus, deixando em aberto a possibilidade de criação de outras carreiras que se mostrem “aconselháveis” e preconizando a adopção de “iniciativas concertadas”.

Esta estrutura, a final, remanesce no sistema de saúde reconfigurada numa sua metamorfose em silos, como já investigámos, e nem o actual PRACE tem logrado derribá-la, tal o enraizamento alcançado.

Depois disso, em 1977²⁵, os decisores políticos reconheceram “a natureza especial das actividades profissionais do pessoal técnico auxiliar dos serviços complementares de diagnóstico e terapêutica que o distingue no conjunto em que se enquadra, obrigou ao estabelecimento de uma carreira independente das dos restantes grupos desse conjunto” de que resultou a sua congregação no grupo de profissões das TS dando início a um percurso socioprofissional e identitário comum confirmado pela formação em Escolas comuns (ETSS) em 1981.

A carreira de 1977 “compreendeu” 13 agregados profissionais, a saber: audiometristas, cardiografistas, dietistas, ergoterapeutas, fisioterapeutas, neurofisiografistas, optometristas, ortofonistas, ortoptistas, preparadores de laboratório, protésicos, radiografistas e radioterapeutas.

²⁴ Operada pelo Dec-Lei n.º 414/71, de 27 de Setembro.

²⁵ Decreto Regulamentar n.º 87/77, de 30 de Dezembro.

De algumas destas profissões não mais se falou no sistema de saúde – ortofonistas, ergoterapeutas – e a formação com vista à sua reimplantação não mais foi projectada, outras viram, muito mais tarde, a formação implementada – optometristas – mas com a área de actividade, até ver, confinada ao sector privado.

Ao contrário, com a reestruturação da carreira operada em 1985²⁶ é de 16 “o elenco de profissionais” englobados, tendo as designações sido actualizadas em conformidade com a nova designação de carreira que passou a ser de Técnicos de Diagnóstico e Terapêutica, que ainda hoje se mantém: técnico de audiometria, técnico de cardiopneumografia, dietista, fisioterapeuta, técnico de neurofisiografia, técnico de ortopróteses, técnico de ortóptica, técnico de próteses dentárias, técnico de radiologia, técnico de radioterapia, técnico de análises clínicas e de saúde pública, técnico de anatomia patológica, citológica e tanatológica, técnico de farmácia, técnico de medicina nuclear, terapeuta da fala e terapeuta ocupacional.

Apenas a profissão de técnico de próteses dentárias não existe hoje nos hospitais remanescendo em raros centros de saúde. Estes profissionais exercem predominantemente no sector privado, eventualmente convencionado.

O «novo» estatuto legal da carreira estabelecido em 1999²⁷ acrescentou duas áreas de actividade às anteriormente regulamentadas: higienista oral e técnico de saúde ambiental, esta – recuperada da lei de 1971 – tinha já sido adendada ao conjunto por um acto legislativo específico na década precedente porque continua a ser preciosa nos Centros de Saúde com vista ao cuidado da saúde pública.

O Decreto-Lei 564/99, de 21 de Dezembro é, hoje ainda, o normativo que regula estas profissões e o desenvolvimento profissional na Administração Pública – servindo de molde para os Hospitais EPE na inconclusão verificada da negociação de um ACT para estas organizações – ainda que, declaradamente constitua, desde a sua publicação, um preceito legal transitório que reconhece a necessidade de uma reestruturação profunda “que compatibilize o respectivo exercício com o processo de reforma do ensino em curso, entretanto reflectido no novo grau académico previsto na Portaria nº 505-D/99, de 15 de Julho, e que proceda à reavaliação das designações, quer da carreira quer das profissões que a integram, de modo a torná-las mais consentâneas com o seu grau de desenvolvimento”²⁸.

²⁶ Dec-Lei nº 384-B/85, de 30 de Setembro.

²⁷ Dec-Lei nº 564/99, de 21 de Dezembro.

²⁸ Do preambulo do Dec-Lei nº 564/99.

Todavia a regulação das actividades dos PTS não se cinge à construção de um edifício regularizador da trajectória profissional corporizado numa carreira no âmbito das organizações do SNS.

A regulamentação do exercício profissional surgiu em 1993, no contexto da regulamentação geral das actividades, ditas paramédicas²⁹. Esta norma definiu de forma específica o conteúdo funcional das várias actividades “que compreendem a utilização de técnicas de base científica com fins de promoção da saúde e de prevenção, diagnóstico e tratamento da doença, ou de reabilitação” para todos os sectores de actividade, público e privado, bem como sujeita os profissionais à necessidade de um registo e a criação de cursos a despacho dos ministros tutelares. Os conteúdos funcionais aí ordenados vieram a ser transcritos na íntegra no diploma regulador da carreira que ainda hoje vigora.

Este dispositivo legal enquadra as profissões num contexto de complementaridade e paralelismo em relação às outras profissões de saúde – médicos, enfermeiros, farmacêuticos – nos processos de avaliação, planeamento e intervenção, salvaguardando a sua identidade e não a remetendo para estatutos de dependência relativamente a outras profissões de saúde (Coutinho, 2003). Pelo contrário estabelece que o exercício se faz em complementaridade.

E, sobretudo decide que o contrato pelo qual alguém se obrigue a exercer qualquer destas actividades sem estar titulado para o fazer é nulo, isto é, determina que o exercício inqualificado é ilegal.

Ademais, já em 1986³⁰ haviam sido estabelecidos pormenorizadamente os conteúdos funcionais das várias profissões “distribuídas por ramos”: dietológico, laboratorial, radionuclear, cinesiológico, oficinal e registográfico (!). No entanto, apesar da sua vetusta idade, as definições desta norma estão mantidas em vigor pelo actual estatuto legal da carreira.

²⁹ Através do Dec-Lei nº 261/93, de 24 de Julho.

³⁰ Portaria 256-A/86, de 28 de Maio.

Na ambiguidade prevalecente nestas áreas de actividade e perante a manutenção de situações de ilegalidade, na formação, na contratação e no exercício profissional, as condições em que este se concretiza e as profissões foram uma vez mais reguladas em 1999³¹ pois que “...a relevância das actividades de saúde exige que a sua prestação seja sujeita a acções de acompanhamento, evitando-se situações de exercício inqualificado que devem merecer a imediata intervenção dos poderes públicos...”³².

Esta norma legal estabeleceu uma reserva de uso do título profissional aos detentores de qualificação regulamentada, sujeitando a regulação profissional a um registo realizado pelo Ministério da Saúde – e não a uma Associação de Direito Público como desejado – e reitera que todo o exercício profissional que se faça sem o cumprimento do estatuído “é sancionável nos termos gerais do direito”.³³

À data em que redigimos este anexo decorre um processo negocial entre as associações representativas dos PTS e o Ministério da Saúde com vista à regulação, uma vez mais, destas profissões e das condições de exercício a qual, na tentativa de encontrar um modelo que componha as profissões das Tecnologias da Saúde de forma coerente com a realidade organizacional e dê concretização ao prenunciado em 1999, depara com inumeráveis obstáculos já que, reconhecidamente, as actividades de diagnóstico e as terapias, no estado de desenvolvimento que alcançaram, e que a realidade em saúde não cessa de confirmar, concitam a uma reflexão que, não tendo sido previsionalmente realizada, torna qualquer decisão extremamente delicada de fundamentar, arriscada de tomar e, mais ainda, complexa de implementar.

³¹ Pelo Dec-Lei n.º 320/99, de 11 de Agosto.

³² Do preâmbulo do Dec-Lei n.º 320/99.

³³ n.º 3 do art.º 10º do Dec-Lei n.º 320/99.

Conclusão

As realidades descritas no campo do ensino, e do exercício, têm vindo a recriar uma identidade – “no sentido de imagem de si, para si e para os outros [...] que comporta um processo de apropriação simbólica do real” (Pais, 1999:1,2) – total e amplamente diferente mesmo se transporta “um sentimento de continuidade no tempo e na memória (e na memória do tempo)” (Pais, 1999:4) – uma «consciência histórica» que, no caso das Tecnologias da Saúde não contribui para a continuidade da identidade – individual e colectiva – antes constitui uma fractura, uma cisão fulcral, entre as gerações de profissionais com a afirmação de uma outra mais consentânea com o conteúdo formativo e do trabalho executado que iniciou um processo de desenvolvimento exponencial – e insuspeitado pelos iniciais decisores – e que realiza a capacidade demonstrada de adaptação constante aos desafios colocados pelos avanços aportados pelas ciências e engenharia biomédicas.

As profissões das TS têm a sua formação, as suas actividades e as condições de exercício e desenvolvimento profissional fortemente reguladas. A sua tessitura complexa é modelo para a estruturação das profissões destas áreas de actividade na Europa. Estão reconhecidas, expressa e legalmente, a qualificação do exercício e a validade e imprescindibilidade das suas realizações em Saúde, resta que as instâncias do poder saibam, no decurso da actual reestruturação da AP, visionar o futuro, ordenar o caos e deliberar reconhecer o papel que os PTS cumprem no Sistema de Saúde que 100 anos de história, 40 de regulamentação e 30 de formação de nível superior requerem, e a gestão destes recursos humanos exige para a sua própria exequibilidade.