

Abrahão, Ana Lúcia; Barros Cassal, Luan Carpes

CAMINHOS PARA A INTEGRALIDADE NA EDUCAÇÃO PROFISSIONAL TÉCNICA DE
NÍVEL MÉDIO EM SAÚDE

Trabalho, Educação e Saúde, vol. 7, núm. 2, julio-octubre, 2009, pp. 249-264

Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio

Rio de Janeiro, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=406757011004>

- ▶ Como citar este artigo
- ▶ Número completo
- ▶ Mais artigos
- ▶ Home da revista no Redalyc

CAMINHOS PARA A INTEGRALIDADE NA EDUCAÇÃO PROFISSIONAL TÉCNICA DE NÍVEL MÉDIO EM SAÚDE

PATHS TO THE INTEGRALITY OF MID-LEVEL PROFESSIONAL TECHNICAL EDUCATION IN HEALTH

Ana Lúcia Abrahão¹

Luan Carpes Barros Cassal²

Resumo A relação entre o profissional, com suas técnicas e saberes, e o usuário, com suas necessidades e o desejo de retornar a sua autonomia, é um dos espaços que pontua a integralidade na produção em saúde. Ambiente em que profissional e usuário têm poderes e autonomia e podem colaborar ou competir. O objetivo neste estudo é compreender e problematizar o termo 'integral' na educação profissional e na saúde. Este termo está relacionado a formas de se produzir saúde no interior dos serviços e à formação com acesso à totalidade dos saberes envolvidos no trabalho e na educação. Nesta perspectiva, utilizamos a pesquisa bibliográfica de base qualitativa, através de sucessivas leituras do material bibliográfico, elaborando uma discussão argumentativa entre os diferentes referenciais teóricos do campo da saúde e da educação. Ao fim, podemos identificar os distintos entrelaçamentos que constituem a integralidade integral na formação em saúde.

Palavras-chave educação profissional em saúde; gestão em saúde; políticas em saúde; integralidade.

Abstract The objective of this study is to understand and problematize the term 'integral' in professional education and health. This term is related to ways to produce health in the core of the services and in education with total access to the knowledge involved in work and education. In health care, the relationship between the professional, with his techniques and knowledge, and the user with his needs and desire to return to autonomy, is one of the areas that points to the integrality of production in health. It is in this environment that professionals and users have power and autonomy and can cooperate or compete. In the study, we used a literature-based qualitative bibliography. Through successive readings of the bibliographic material, we produced an argumentative discussion between different theoretical references in the areas of health and education. In the end, it was possible to identify the different ties that constitute the integrality in health education.

Keywords professional education in health; health management; health policies; integrality.

Introdução

Formação de trabalhadores é uma questão recorrente quando pensamos na realidade do Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil. Transformar o sistema de saúde demanda modificar o modo de formar os profissionais que o tornam real. Ou seja, é um debate que cabe a diversas instâncias, das quais podemos destacar os diferentes níveis de governo, como proponentes de políticas de saúde e educação; os serviços, quando pensam na profissionalização e no aprimoramento dos trabalhadores; e as instituições de educação, que estarão responsáveis pela formação. Neste sentido, dois campos de saber estão relacionados: a saúde e a educação.

A lei n.º 9.394/96, Lei de Diretrizes e Bases da Educação (LDB) de nosso país, divide o Ensino Médio em dois segmentos: um com foco na formação propedêutica voltada para uma perspectiva de continuidade do ensino e o outro dirigido à formação para o trabalho. Este último está definido como 'educação profissional' e é dividido em três segmentos: cursos de formação inicial e continuada, de curta duração; cursos técnicos, de nível médio; e cursos tecnológicos, de graduação e pós-graduação (Brasil, 1997).

Como os demais setores da sociedade, o setor saúde requer, das instituições de ensino, profissionais críticos capazes de integrar os serviços de acordo com os princípios do SUS, implicando uma formação capaz de repensar o modelo de atenção. Entretanto, cerca de 54% da força de trabalho do SUS são de nível auxiliar e técnico (RET-SUS, 2007b). Um segmento importante de profissionais que expressam o modo de produzir saúde.

Este artigo³ busca problematizar algumas questões pertinentes à formação profissional técnica de nível médio em saúde, pois entendemos que a apostila na educação dos futuros trabalhadores é uma forma de alcançar a implementação e constante reformulação do SUS. Nossa objetivo neste estudo é compreender e questionar o termo 'integral' na educação profissional e na saúde. Este termo está relacionado a formas de se produzir saúde no interior dos serviços e à formação com acesso à totalidade dos saberes envolvidos no trabalho e na educação.

Para alcançar tal objetivo, utilizamos a pesquisa bibliográfica como recurso metodológico. A partir de sucessivas leituras do material bibliográfico, foi elaborada uma discussão argumentativa que envolve a apresentação de evidências segundo os princípios e as técnicas da argumentação, seguindo as etapas: levantamento bibliográfico partindo das palavras-chave 'educação profissional' e 'integralidade'; análise e síntese do material através de leitura exploratória (leitura do material pré-selecionado), leitura seletiva (seleção do material que interessa ao trabalho), leitura crítica (busca de definições conceituais através de análise, compreensão e julgamento dos conceitos) e leitura interpretativa (julgamento das afirmações apresentadas).

Para a análise e interpretação dos dados, foram formuladas questões que serviram de fio condutor para um melhor entendimento da realidade. Como se estabelece a relação conceitual entre educação profissional e integralidade vigente no campo da saúde? Quais os principais argumentos que sustentam a formação profissional integral na saúde? Como aponta Minayo (1995), a pesquisa qualitativa trabalha a partir das características do objeto das ciências sociais, que não é possível de ser quantificado, e o trabalho com categorias permite classificar, agrupando dentro do mesmo conceito diferentes informações. Assim, as categorias de educação e saúde se tornam passíveis de uma análise aprofundada, subjetiva, que leva em conta o contexto em que o conhecimento foi produzido e até mesmo o dos próprios pesquisadores.

O artigo está organizado em três partes. Primeiramente, discutiremos sobre a formação de trabalhadores no Brasil, especialmente a educação profissional técnica de nível médio. A seguir, trataremos da questão dos processos de trabalho em saúde, ou seja, como se produz o cuidado. Por fim, analisaremos a educação de profissionais da saúde, pensando nos caminhos e nas relações com a integralidade na educação e na saúde.

Formando trabalhadores

O modelo fordista de produção veicula a imagem do profissional desempenhando uma única função no processo produtivo e dominando um conjunto de tecnologias restritas, permitindo que exerça seu papel sem conhecer a totalidade do processo produtivo. Tal modelo vem ao longo dos anos apresentando desgastes concentrados e construídos pela mudança nas relações entre o capital e o trabalho, tanto na produção quanto na organização. De acordo com a lógica capitalista hegemônica, vinculada ao mercado, são necessárias novas competências, como a autonomia, a comunicação e a aptidão para o aprendizado no trabalho. O que implica para o trabalhador utilizar as novas tecnologias e os saberes que são constantemente incorporados ao processo científico. Além disso, a própria função, antes pouco alterada, passa a se modificar com o emprego de novos arranjos tecnológicos. Os profissionais podem ser deslocados dentro do processo produtivo, cumprir várias funções e devem estar preparados para mudanças. Por fim, devem estar sempre em contato com os outros setores e seus superiores para manter a produção, dando respostas rápidas e autônomas aos problemas que surgem (Santana e Christófaro, s/d; Deluiz, 1995).

Muda-se a lógica de acumulação do capital, mas se mantém a de usurpação da força de trabalho, travestida pela flexibilização e pelo arrojo na competição profissional. Do mesmo modo, a educação profissional no

Brasil acompanha essas mudanças em sua formação. Em 1996, foi promulgada a LDB, que muda as características de todos os níveis de educação. Para Zibas e Ferretti (2005, p. 182), o enfoque privilegiado desta lei foi “a preocupação de agências internacionais com um nível de ensino considerado estratégico para o tipo de desenvolvimento econômico e social previsto para os países periféricos”. Sobre o Ensino Médio, a LDB advoga especificamente a continuação dos conhecimentos adquiridos pelo Ensino Fundamental e a preparação do estudante para o trabalho, a ciência e a cidadania (Brasil, 1996).

Segundo a LDB, a educação profissional poderá ser desenvolvida na própria instituição de Ensino Médio ou em outras especializadas na formação de trabalhadores. O decreto n.º 2.208/97 regulamenta a educação profissional: diferencia níveis com características específicas (básico, técnico e tecnólogo) e o curso técnico passa a ser desvinculado do Ensino Médio (antigo 2º Grau). A partir deste momento, não há mais educação ‘integrada’ destes níveis de ensino. Estas modalidades podem ser cursadas concomitantemente na mesma escola ou em instituições diferentes, ou ainda o técnico posteriormente ao Ensino Médio (Brasil, 1997).

Ou seja, o modelo neoliberal de construção de políticas públicas da década de 1990 também atravessa o Ensino Médio e a educação profissional, com a oposição entre seguir uma carreira do trabalho ou um desenvolvimento acadêmico. Esse decreto foi posteriormente revogado em 2004 (RET-SUS, 2007b), mas não eliminou a diferença de formações, que se refletirão nos futuros profissionais. O retorno da modalidade integrada, por si só, não é capaz de reverter o quadro da educação profissional no Brasil hoje, nem a forma como a sociedade brasileira comprehende a mesma. Segundo a RET-SUS (2007b), o debate de avaliação da LDB ganha força com os dez anos da promulgação da mesma – momento de fazer mudanças e escolher novos caminhos.

Atualmente, a inserção em cursos de educação profissional técnica de nível médio pode ser feita de três maneiras: através do ensino ‘integrado’, no qual o aluno cursa o Ensino Médio e o curso técnico na mesma escola com uma matrícula única,⁴ o ensino ‘concomitante’, em que o aluno cursa o Ensino Médio numa escola diferente do curso técnico e, por fim, o ensino ‘subsequente’, no qual o aluno já concluiu o Ensino Médio e entra numa instituição de ensino técnico (RET-SUS, 2006).

Conforme aponta Saviani (2003), o Ensino Médio oferece a formação em ciência e tecnologia para a compreensão do mundo em que vivemos, habilitando o progresso na carreira acadêmica de nível superior. Já a educação profissional habilita a ingressar no mercado de trabalho com uma profissão, dominando uma parte específica do processo produtivo. Ou seja, esta separação reflete a divisão de classes da sociedade capitalista: uma educação para aqueles que concebem e controlam os processos (donos dos meios pro-

dutivos) e outra para quem irá apenas executar tarefas (e vender sua força de trabalho).

Santos (1986) ainda aponta que esta divisão se torna uma disputa entre o trabalhador e o dono da empresa, no setor privado; no público, todos os usuários são donos e, assim, são confrontados, como aqueles que interferem em seu trabalho. Além disso, a autora ressalta que o processo educacional para o trabalho é visto como igual para todos os sujeitos. Assim, a formação recria o homem, transformando-o em algo novo.

Para os trabalhadores de serviços públicos, implica também deixar de ser invisível para assumir seu papel, fundamental na forma de se atender à sociedade. Para Santos (1986), a alternativa para romper a alienação presente hoje na formação é a articulação da técnica e da crítica, para o profissional conhecer a profundidade de seu trabalho.

A cisão feita entre Ensino Médio e ensino técnico trouxe reflexos na formação de profissionais. Barros Cassal e Abrahão (2006), a partir de estudos sobre um curso técnico de nível médio em saúde, apontam que as modificações das formas de vínculos afetaram o perfil dos egressos do curso. Ocorreu certa dificuldade na articulação entre os conhecimentos do Ensino Médio e da educação profissional, pois nem todos os alunos estavam matriculados no Ensino Médio e na educação profissional na mesma instituição.

É preciso que nos aprofundemos um pouco mais na diferença entre a formação oferecida concomitante e a integrada. Uma escola que disponha de cursos técnicos sem Ensino Médio (em outra instituição e subsequente ao Ensino Médio) revela uma tendência ao ensino pautado nas técnicas e práticas que ele deverá dominar. Os conhecimentos relativos à linguagem, ciência e cultura deverão ser aprendidos em outra instituição, onde realiza o Ensino Médio. Mas essa separação dificulta a articulação dos conhecimentos, pois cada aluno estará transitando por diferentes projetos pedagógicos⁵ em seu Ensino Médio, bem como por metodologias diversas, e não necessariamente todos estarão na mesma linha pedagógica. Formamos, assim, um grupo heterogêneo, onde caberá aos próprios sujeitos relacionar os conteúdos, sem o auxílio do educador no progresso cognitivo – seria necessário um orientador fazendo este trabalho com cada aluno, a partir de seus estudos, suas vivências etc. O curso técnico estará, então, padronizando os sujeitos ao invés de dar conta de suas diferenças e deixará de lado importantes elementos para a educação: “uma formação crítica, rigorosa e humanística (...) é imprescindível para a formação de profissionais numa perspectiva de romper com padrões mecanicistas, possibilitando uma melhor compreensão da sociedade e de suas diversidades” (Abrahão, 2005, p. 93).

Ainda há outro aspecto a ser destacado nesta cisão. Brandão (1998) afirma que o trabalho é o princípio educativo para a produção e a vida, já Saviani (2003) defende uma educação que tenha como ponto de referência o

trabalho. Isso porque é na produção – de trabalho, ciência, arte e cultura – que os conteúdos do Ensino Médio ganham vida, se tornam concretos e aplicáveis. Para formar cidadãos, é preciso levar em conta o mundo em que se vive. A formação profissional oferece a dimensão de transformação do mundo, a partir dos elementos apresentados na formação geral de nível médio.

E ainda temos a modalidade integrada, de matrícula única, em que se estuda o curso de educação profissional técnico e o Ensino Médio na mesma escola, possibilitando a articulação de conteúdos e um projeto pedagógico único para os alunos. Porém, com o sucateamento da educação pública realizado nos governos neoliberais, esta opção não se torna mais tão fácil. No estado do Rio de Janeiro, a expansão de vagas no Ensino Médio sem o acompanhamento de políticas públicas levou a um caos da educação, com um elevado número de abandonos e repetência (Autran, 2007), uma jornada escolar excessivamente curta com redução de conteúdos e de qualidade (Kerstenetzky, 2006) e falta de professores gerando insatisfação e cobrança para que as autoridades competentes resolvam a situação (Amora e Vasconcellos, 2007).

As escolas técnicas não escapam dessa crise (Terra, 2007). Assim, muitas vezes, a educação que deveria ser integral acaba com conteúdos suprimidos pela falta de professores e redução da carga horária. A escola sucateada apenas faz com que “os princípios e pressupostos do grupo social dominante (...) [tornem-se] propósitos e valores do senso comum, ideologia compartilhada pelo conjunto da sociedade” (Christófaro, 1992, p. 8). Falar de educação integral de qualidade implica uma mudança do que está estabelecido, com um projeto político-pedagógico único, compromisso com a transformação social e com uma educação teórica e prática pautada pela criticidade. Não há distinção entre os conteúdos do Ensino Médio e os da educação profissional, pois eles são, em última instância, complementares. É o que Saviani (2003) denomina ‘politecnia’, onde não há distinção entre o trabalho manual e o intelectual. Ela é baseada no trabalho, buscando desenvolver ao máximo as potencialidades dos indivíduos, e nós a defendemos como a Educação Integral.

Produzindo saúde: processos de trabalho

A discussão sobre a educação profissional apresentada até agora não traz a questão das particularidades dos saberes e das tecnologias relativas à prática profissional. Ramos (2003) sustenta que a formação deverá ter objetivos – o que o aluno deve saber e do que deve ser capaz, mas também ser construída levando em conta a competência necessária, ou seja, “o que subjaz, o que estrutura ou o que sustenta a atividade” (Ramos, 2003, p. 112).

Quando refletimos sobre a formação de trabalhadores para a saúde, as especificidades desta área (desde as técnicas e tecnologias empregadas até as políticas) precisam ser destacadas para compreendermos em que circunstâncias ela se dá e por que ela tem um caráter muito particular. Em primeiro lugar, valendo-se de conceitos de Campos (2006), a saúde apresenta-se como um campo multidisciplinar, com o saber básico que todo profissional que atue nela precisa dominar, mas para além do saber que circula no campo da saúde cada profissão apresenta também seu núcleo de identidade, que utiliza técnicas mais rígidas e conhecimentos específicos. Assim, os diferentes profissionais terão algumas atividades em comum, outras conjuntas e combinadas, mas também ações próprias do seu domínio de saber capazes de produzir intervenções específicas.

Para ilustrarmos a importância desse leque de saberes, imaginemos um usuário que chega com uma demanda numa unidade hospitalar. O acesso até a obtenção e o restabelecimento de sua saúde passa por diversos caminhos, dependendo não apenas do que ele apresenta como também da organização e gestão da própria instituição. A resposta a sua demanda envolverá um contato do usuário com profissionais da saúde (todos aqueles trabalhadores do serviço que colaboram, de alguma maneira, no processo de obtenção do cuidado) direta e indiretamente – alguns profissionais vão interagir com o sujeito, enquanto outros estarão trabalhando para a construção e manutenção deste encontro (Merhy, 1997).

Assim, podemos imaginar que o usuário dificilmente terá sua necessidade atendida passando apenas por um profissional. Desde a chegada, encontrando o responsável para recepcioná-lo, passando por uma possível triagem, diagnósticos, exames etc., os profissionais utilizarão seus saberes – aprendidos na academia ou na prática – para responder à demanda que observam no usuário. É um processo produtivo que se dá no encontro entre sujeitos (profissionais e usuários).

Porém, como aponta Abrahão (2005), os profissionais que realizam as atividades operacionais no setor saúde são altamente especializados e possuem grande poder de decisão (autogoverno) no decorrer dos seus processos de trabalho. Assim, o poder de intervenção da gerência é muito menor do que em indústrias ou em estabelecimentos de outros gêneros. Além disso, as várias formações em saúde oferecem diferentes olhares, que podem se complementar ou, como mais frequentemente se dá, disputar poder, realizando procedimentos de acordo com o projeto que têm para a atenção. Nesse embate, o poder se pulveriza, o processo de trabalho passa a ser fragmentado e com diversos ‘ruídos’ (situações não pactuadas entre os profissionais que precisam acontecer para a continuação do processo e, por isso, causam desconforto), e o objetivo último do serviço – o usuário – fica esquecido.

Esta forma de organização não é interessante para o usuário, pelo simples fato de a saúde não ser um produto que pode ser construído numa 'esteira de montagem'. Entretanto, estamos imersos na crença de que a técnica empregada no trabalho em saúde, associada às disciplinas vinculadas aos aspectos biológicos são capazes de responder a todas as necessidades de saúde da população. Só que nesta valorização da técnica e da fragmentação ocorre distanciamento do usuário e perda da dimensão deste, como sujeito no processo de saúde.

Para Adams (2002), o médico especificamente tem se afastado cada vez mais do usuário para não compartilhar de sua dor, enquanto o mais interessante seria pensar que a necessidade do sujeito não é receber intervenções e sim afeto, atenção e segurança. Podemos traçar um paralelo com Merhy (1997). Segundo o autor, a saúde produz-se na relação entre profissional e usuário. É um encontro de necessidades – o trabalhador quer curar e o enfermo deseja retomar sua autonomia, sua vida comum, que a doença está impedindo. Quando se cruzam, deve-se pensar também qual é esse contexto: o cuidado numa posição de poder, enquanto o usuário demanda segurança e cuidado.

No Brasil, as formas de prevenção de doença, atenção e promoção de saúde e o próprio conceito de saúde foram revistos recentemente, num movimento que toma fôlego na década de 1980, juntamente com a redemocratização do país, conhecido como Reforma Sanitária. Os mais diferentes atores sociais se uniram buscando uma mudança de um sistema voltado para a assistência, para uma compreensão global da saúde, como um direito de todos e dever do Estado. A construção do SUS é pautada por princípios de integralidade, universalidade, equidade e descentralização. O Estado passa a ter papel central na garantia da saúde da população, legalizada com a Constituição de 1988 e regulamentada, posteriormente, com a lei federal n.º 8.080/90, a Lei Orgânica da Saúde⁶ (Pereira, 2005).

Ora, deve-se considerar que os usuários também são atores sociais, que participaram da construção do novo modelo do sistema e atuam no dia-a-dia tanto no controle social quanto nos processos produtivos, que se dão na relação e no ato. No cotidiano, agem de acordo com seus interesses e exercem constantemente seu poder e seus direitos. E mais: quando não conseguem pelas vias legitimadas pela legislação, encontram formas alternativas, 'atalhos' para obtenção da satisfação de sua necessidade, como violência e apoio de instâncias da mídia e do terceiro setor, encontrando rotas para contornar a burocracia, a organização e a falta de acesso aos serviços de saúde (Abrahão, 2005).

As questões formuladas a partir da opção pelo SUS incluem desde pontos macro da gestão (organização da rede e as políticas públicas de saúde capazes de balizarem a nova forma de condução do sistema) até modificações

na forma do cuidado em saúde, da formação profissional e dos processos de trabalho. Vale ressaltar que essa prática deve ser construída com todos os trabalhadores e usuários do sistema – ou seja, demanda um trabalho para além da promulgação da lei. Como apresenta Pereira (2005, p. 129), “é preciso que se faça garantir, no cenário da vida real, aquilo que foi conquistado na lei escrita”. Conforme explica Abrahão (2005), a macropolítica sozinha não dá conta de transformar os processos de trabalho – os profissionais se valem de seu poder e da micropolítica construída nas formas de fazer saúde, da forma que organizam seus encontros com os outros sujeitos.

Estamos falando, então, de intersubjetividade; é mais do que cada indivíduo e não se pode prever o que ocorrerá naquela experiência. Tomemos como exemplo um técnico de enfermagem, numa emergência hospitalar pública. Ele domina muito bem as técnicas e sabe como aplicá-las. Porém, é fervorosamente contra o aborto. Até o dia em que chega no seu plantão uma jovem que teve uma tentativa malsucedida e necessita de cuidados urgentes. O que acontecerá? Ele cometerá mais falhas? Atuará corretamente, mas demonstrará sua posição contrária? Sentirá desconforto? E o usuário, terá incômodo com isso? Que marcas ficarão nestas pessoas?

Não há respostas para essas perguntas, mas isso mostra a importância da dimensão subjetiva na atenção em saúde. E, nestas situações de crise, será importante a autonomia profissional. Não é o diagnóstico que indicará se o usuário necessita de atenção, de um curativo ou das duas coisas. Como exemplo, Franco (1999) apresenta o acolhimento como uma prática de recepção do usuário que pode ser realizada por todos os profissionais da saúde e busca identificar as necessidades de cada usuário, formando projetos a partir disso – e não pelo quadro clínico. Da mesma forma, não podemos negar que o profissional também sofre, se esforça e investe na relação para que haja uma mudança: a melhora da qualidade de vida do usuário.

Merhy (1997) discute que todo profissional carrega uma ‘caixa de ferramentas’ ou ‘valise tecnológica’, com todos os saberes e técnicas que aprendeu ao longo de sua vida, bem como suas opções políticas, tais como a forma de atenção e de gerenciar seu próprio trabalho. Ela é preenchida por tecnologias divididas em ‘duras’, ‘leve-duras’ e ‘leves’.

Tecnologias duras são as que estamos habituados a chamar de tecnologia – máquinas, equipamentos, materiais. São saberes bem-estruturados e normatizados. As tecnologias leve-duras, por sua vez, são estruturadas, mas não possuem uma forma de aplicação fixa. Como exemplo, temos as diversas clínicas e a epidemiologia. Por fim, as tecnologias leves são destacadas por Merhy (1997) como a forma de transformar o sistema. São saberes não-estruturados sobre a forma de se cuidar e se relacionar com o usuário e com os outros profissionais. Envolve, então, subjetividades. Segundo o autor,

cada profissional da saúde vai passar por todas as tecnologias, sempre com suas próprias especificidades, e devem ser integradas pelo mesmo. Mas vale destacar que as tecnologias duras estarão mais relacionadas ao núcleo da profissão e as tecnologias leves são necessárias em todo o campo da saúde.

O modelo fordista de produção, discutido anteriormente, se ampliou para os serviços e, mais especificamente, na saúde. Ribeiro, Pires e Blank (2004, p. 439) avaliam que os trabalhadores dessa área “perdem a compreensão da totalidade do processo de trabalho”. Além disso, o trabalho se fragmenta, gerando algumas vezes vãos na produção e, em outras, esforços repetidos e até mesmo decisões contraditórias. Como diz Merhy (2003), o modelo de gestão do cuidado vigente ‘fatiá’ o usuário em partes que cabem, cada uma, a um saber; corporações profissionais defendem esta organização, pois passam a deter todo o poder sobre aquela parcela. Contudo, o objetivo central do processo fica sendo a realização de procedimentos, e não o usuário.

As ferramentas de sua valise tecnológica terão de ser combinadas; não apenas as clínicas e de diagnósticos, como também (e principalmente) para o cuidado, seguindo uma linha contínua. São exigidas ações multidisciplinares, onde o usuário é o guia das ações terapêuticas – é a ‘integralidade’ em saúde.

Mattos (2004) discute três sentidos de integralidade que implicam mudanças não tão evidentes. Em primeiro lugar, é articular a prevenção (antecipar o sofrimento) e a assistência (lidar com demandas espontâneas de experiências individuais de sofrimento). Além disso, é a forma de se organizar o serviço de saúde, para que o processo produtivo seja único e integrado. Por fim, diz respeito à própria qualidade do serviço e à forma pela qual se enxerga o usuário.

A última forma é destacada pelo autor, como aquela que gera estratégias para integrar prevenção e assistência, apreendendo ampliadamente as necessidades e analisando as demandas e ofertas que são possíveis ao usuário. Ele também argumenta que “defender a integralidade é defender antes de tudo que as práticas em saúde no SUS sejam sempre intersubjetivas, nas quais profissionais de saúde se relacionem com sujeitos, e não com objetos” (Mattos, 2004, p. 14). Estamos falando, então, de operações com tecnologias leves, que trabalham com o que é subjetivo. Ainda vale destacar a importância de utilizar os saberes do profissional para contextualizar a situação onde se dá o encontro e, por isso, nunca pode ser aplicada uma fórmula pronta, mecanizada.

Vai, então, em oposição à ideia de uma esteira de produção que segue uma linha de cuidado padronizada. As formas de se produzir saúde estarão sempre se renovando! O mesmo usuário terá demandas diferentes dependendo do momento. O sofrimento nunca é igual.

Além disso, Mattos (2004) também destaca que o usuário é, sim, um sujeito ativo nos processos de saúde, e os profissionais da saúde precisam reconhecer seu papel. Pois quem tem conhecimento sobre as mudanças na condução da vida é, a princípio, o usuário. Já o cuidador precisará investigar, novamente, com tecnologias leves.

Praticar a integralidade é empregar as tecnologias em função do usuário. Há um paralelo aqui, quando pensamos no uso deste termo na educação de nível médio e técnico: estamos trabalhando sempre com a totalidade ou com o mais próximo que podemos chegar dela. Conforme ressalta Merhy (2006), a própria impossibilidade de recursos e organização do sistema de saúde para uma atenção integral não diminui em nada o caráter tentador e provocante deste tema. Já foi dito que o sistema se constrói no real, nos trabalhadores; ele nunca é igual à teoria, às leis ou a textos acadêmicos. Descobrem-se formas diferentes de fazer e produzir, pela própria diversidade de subjetividades e demandas.

Educação profissional técnica em saúde

Estas questões levam a crer que a educação profissional em saúde é um espaço de formação interessante. Por mais que, atualmente, se demande um profissional pronto para mudanças, capaz de exercer diversas atividades, na saúde sua atividade terá um caráter diferente. Entre as ferramentas, estará a escuta e a importância de modificar seu trabalho não por causa de uma ordem da chefia, mas sim pela sutileza de perceber e responder a necessidades, sabendo inclusive que não poderá dar conta de tudo, e como estar acompanhando este usuário até outros profissionais.

A formação teórica levará ao domínio das tecnologias duras e leveduras. O trabalho mais difícil será o de sensibilizar para o uso das tecnologias leves, que não pode ser ensinado em classes e lições. É na prática, em estágios e visitas, que esta habilidade será desenvolvida. Por isso, as atividades de campo são extremamente importantes para a formação em saúde.

Parte das profissões de nível médio em saúde não terá exigência de cursos de formação específica, como, por exemplo, fiscal sanitário, arquivista ou administrador hospitalar. O profissional aprende a trabalhar ao realizar suas atividades, detendo apenas os conhecimentos do Ensino Médio.

Podemos fazer diversas críticas à formação no trabalho,⁷ a partir de elementos já apresentados aqui. Em primeiro lugar, o ensino não será integrado – a formação do trabalho não terá nenhuma relação com o Ensino Médio; ou seja, não haverá um mediador que relate os diferentes conhecimentos. Mais que isso, não serão desenvolvidas as novas competências necessárias para o mercado de trabalho. O Ensino Médio atual não trabalha

a aplicabilidade prática, estando mais centrado na fixação de conteúdos, formas e fatos.

Além disso, particularidades do SUS serão pouco trabalhadas e são importantes ferramentas para o profissional conhecer a realidade do sistema que será seu contexto de exercício profissional. Podemos citar como exemplos os princípios do SUS, as formas de organização do trabalho e do sistema e a legislação sanitária. Da mesma maneira, a sensibilização para as tecnologias leves estará reduzida, bem como o cuidado imprescindível com o usuário na formação; o novo profissional será formado como um reproduutor das práticas que vai observar no trabalho. Desse modo, terá de desenvolver por si próprio o espaço para reflexão, discussão e crítica da forma como se faz saúde.

Por fim, o aprendizado do profissional estará limitado ao contexto em que ele está inserido. Dominará os processos, mas não as tecnologias necessárias. Por exemplo, um profissional que atue no almoxarifado da farmácia de um hospital desde que começou a trabalhar na instituição. Caso vá para uma outra instituição, precisará dominar novamente as rotinas, pois não tem o conhecimento teórico, a fim de adaptá-lo à mudança. Assim, ele não aplica o potencial transformador que todo o profissional da saúde apresenta.

Nos últimos anos, o Estado tem assumido a responsabilidade de propor práticas e políticas de educação profissional técnica de nível médio para a saúde, de onde devemos destacar a criação da Rede de Escolas Técnicas do SUS (RET-SUS), em 2000, com o objetivo de fortalecer a formação de pessoal de nível médio para a saúde. Porém, 36 escolas distribuídas no país é um número reduzido para dar conta de toda a demanda por profissionalização do sistema de saúde brasileiro. E mais: apenas uma das escolas técnicas oferece o Ensino Médio. Caímos, então, na ausência de integração e politecnia.

Considerações finais

É interessante notar que a produção tanto em saúde quanto em educação se dá na relação, no contato entre aquele que domina técnicas e saberes que o outro deseja (ou talvez de que necessita) que sejam aplicadas. A relação que se constrói de investimento de afetos, interesses e identificação com um e outro permitirá que o processo se desenrole. Por coincidência ou não, os profissionais dessas duas áreas estão desvalorizados; talvez porque a produção não se concretiza em bens materiais, que podem ser vendidos e revendidos. A demanda será sempre única e singular, nunca replicável. Há um caráter subjetivo que, não obstante, é essencial para os seres humanos.

Nos últimos anos, políticas neoliberais sucatearam o sistema de educação e saúde do Estado. Mesmo assim, importantes iniciativas foram tomadas com o apoio de diversos atores sociais, que não perderam seu poder nem desistiram de sua luta. A Reforma Sanitária se desdobra, o que exige um constante posicionamento político dos profissionais da saúde – ou seja, profissionais autônomos e não alienados.

Como atingir essa capacidade crítica nos profissionais de nível médio? A integralidade indica alguns interessantes caminhos e experiências nesse sentido; a unidade entre conhecimentos da ciência e do trabalho permite que o profissional não apenas compreenda o processo que está realizando como ainda poderá constantemente investigá-lo e recriá-lo, tendo ideia de mecanismos e ferramentas que utilizará para isso. Correções a aprimoramentos se tornam possíveis, e o objetivo do SUS poderá, passo a passo, ser atingido – uma constante melhora da atenção ao usuário, da redução de seu sofrimento, sem também produzir dor ao trabalhador.

Vale destacar que o investimento governamental é extremamente importante. No meio de políticas públicas de aumento de aprovações e da quantidade de matrículas nos diferentes níveis de educação, a formação de qualidade fica limitada a centros de excelência públicos ou privados, restritos a pequenas parcelas da população. Desse modo, a educação se configura como um instrumento para a manutenção da desigualdade social estabelecida em nosso país, ao invés de ser uma possibilidade de mobilidade e, principalmente, transformação social.

Dessa maneira, a atenção à saúde fica comprometida não apenas pelos problemas de macropolíticas, como gestão e financiamento, mas também, e principalmente, pelo despreparo dos profissionais para um trabalho crítico e humanizado. O usuário torna-se um empecilho, que está ali impedindo o profissional de aplicar suas práticas e rotinas. Mas a produção rígida, desresponsabilizada, não é o modelo que buscamos de saúde. Para cuidar e ser cuidado, é preciso se envolver, trabalhar a subjetividade que faz parte da relação.

Para que o usuário seja compreendido de forma integral – articulando serviços, procedimentos e qualidade –, é preciso que o profissional também seja formado integralmente: em conteúdos, como um ser humano que demanda saber, cuidado e atenção na sua educação. Integralidade é, em última instância, a possibilidade de seres humanos plenos, capazes de articular todas as áreas de sua vida, se relacionarem, se apaixonarem e investirem em seu trabalho, como em todo o resto.

Notas

¹ Professora titular da Universidade Federal Fluminense (UFF), Niterói, Rio de Janeiro, Brasil. Doutora em Saúde Coletiva pela Universidade Estadual de Campinas (Unicamp). <abrahaoana@gmail.com>

Correspondência: Rua Doutor Sardinha, 91, apto. 501, Santa Rosa, Niterói, Rio de Janeiro, Brasil, CEP 24240-660.

² Bolsista do Programa de Iniciação Científica da Fundação Carlos Chagas Filho de Amparo à Pesquisa do Estado do Rio de Janeiro (Pibic/Faperj). Graduando em psicologia do Instituto de Psicologia da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ). <luancassal@yahoo.com.br>

³ Artigo elaborado a partir dos projetos de pesquisa financiados pelo Programa Institucional de Bolsas de Iniciação Científica, do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico da Fundação Oswaldo Cruz (Pibic-CNPq/Fiocruz): “Educação profissional: uma análise dos egressos dos cursos de educação profissional de Gestão em Saúde da rede de escolas técnicas do SUS” (2005/2006) e “O processo de trabalho e o técnico de gestão em saúde” (2006/2007).

⁴ No período de 1997 a 2004, em que esta forma era impossibilitada pelo decreto n.º 2.208/97, havia a Concomitância Interna, na qual o aluno mantinha uma matrícula dupla na mesma escola, podendo cursar a educação profissional e média em tempos diferentes. Esta forma está atualmente extinta. Neste período, a forma hoje chamada apenas de Concomitância era complementada com o termo Externa, para indicar que o Ensino Médio não era cursado na mesma instituição.

⁵ Cada escola constrói seu próprio projeto político-pedagógico, a partir das diretrizes do Ministério da Educação. Dessa maneira, as instituições apresentarão diferenças na forma de trabalhar temas transversais e questões subjetivas, como ética, política e educação.

⁶ Vale destacar que a Lei Orgânica da Saúde afirma que a ordenação da formação profissional é responsabilidade do SUS.

⁷ A discussão sobre a importância de cursos de educação profissional técnica para nível médio, em contraponto à formação no trabalho, foi aprofundada em estudos anteriores de Abrahão (2005) e Barros Cassal e Abrahão (2006).

Referências

ABRAHÃO, Ana Lúcia. O hospital e o Sistema Único de Saúde: a gestão hospitalar na perspectiva da micropolítica. In: ESCOLA POLÍTÉCNICA DE SAÚDE JOAQUIM VENâNCIO (Org.). *Textos de apoio em políticas de saúde*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005.

ADAMS, Patch. *A terapia do amor: trazendo saúde com a melhor das terapias – humor e alegria*. Rio de Janeiro: Mondrian, 2002.

AMORA, Dimmi; VASCONCELLOS, Fábio. Falta de professores no Rio gera crise no governo. *O Globo, Seção Educação*, 9 jun.

2007. Disponível em: <<http://oglobo.globo.com/educacao/mat/2007/06/09/296084880.asp>>. Acesso em: 11 jun. 2007.
- AUTRAN, Paula. 2007. Ensino Médio reprovado. *O Globo*, Seção Rio, p. 19, 11 mar. 2007.
- BARROS CASSAL, Luan Carpes; ABRAHÃO, Ana Lúcia. *Educação profissional: uma análise dos cursos da Rede de Escolas Técnicas do SUS na área de Gestão em Saúde. Um estudo sobre os egressos do curso de educação profissional de nível médio em gestão de serviços de saúde. Relatório de Pesquisa. Projeto de Iniciação Científica (Pibic)*. Rio de Janeiro: Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, Fiocruz, 2006.
- BRANDÃO, Marisa. Princípio educativo em Gramsci: em busca de uma compreensão. *Revista Tecnologia e Cultura – Cefet/RJ*, ano 2, n. 2, p. 30-41, 1998.
- BRASIL. Lei n.º 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, 1990.
- BRASIL. Lei n.º 9.394, de 20 de dezembro de 1996. Estabelece as diretrizes e bases da educação nacional. Brasília, 1996.
- BRASIL. Decreto n.º 2.208, de 17 de abril de 1997. Regulamenta o § 2º do art. 36 e os arts. 39 a 42 da lei n.º 9.394, de 20 de dezembro de 1996, que estabelece as diretrizes e bases da educação nacional. Brasília, 1997.
- CAMPOS, Gastão W. Notas do II Colóquio do Grupo de Trabalho de Estudos da Subjetividade/Gestação. Subjetividade e política: macropolítica e micropolítica na pesquisa em Gestão em Saúde. Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, Fiocruz, Rio de Janeiro, jun., 2006.
- CHRISTÓFARO, Maria Auxiliadora Córdova. *A organização do sistema educacional brasileiro e a formação na área da saúde*. Texto elaborado para a bibliografia básica do Curso de Especialização em Desenvolvimento de Recursos Humanos. 11 p. Belo Horizonte, 1992.
- DELUIZ, Neise. *Formação do trabalhador: produtividade e cidadania*. Rio de Janeiro, Shape Editora, 1995.
- FRANCO, Túlio Batista et al. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim, Minas Gerais, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 15, n. 2, p. 345-353, abr.-jun. 1999.
- KERSTENETZKY, Célia Lessa. Escola em tempo integral já: quando quantidade é qualidade. *Ciência Hoje*, v. 39, p. 19-23, n. 231, out. 2006.
- MATTOS, Ruben Araújo de. A integralidade na prática (ou sobre a prática da integralidade). *Cadernos de Saúde Pública*, v. 20, n. 5, p. 1.411-1.416, se.t-out. 2004.
- MERHY, Emerson Elias. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: MERHY, Emerson Elias; ONOCKO, Rosana (Orgs.). *Agir em saúde: um desafio para o público*. São Paulo, Buenos Aires: Hucitec, Lugar Editorial, 1997.
- _____. Como fatiar um usuário: atomédico + atoenfermagem + atoX + atoY. *Conselhos regionais de saúde MG: jornal unificado*, 2003.
- MERHY, Emerson Elias et al. *O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano*. 3. ed. São Paulo: Hucitec, 2006.
- MINAYO, Maria Cecília de Souza (Org.). *Pesquisa social: teoria, método e criatividade*. 4. ed. Petrópolis: Vozes, 1995.
- PEREIRA, Isabel Brasil. Políticas de saúde e formação do trabalhador. In: ESCOLA POLITÉCNICA DE SAÚDE JOAQUIM VENÂNCIO (Org.). *Textos de apoio em políticas de saúde*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005.
- RAMOS, Marise Nogueira. É possível uma pedagogia das competências contra-hege-

mônica? Relações entre pedagogia das competências, construtivismo e neopragmatismo. *Trabalho, Educação e Saúde*, v. 1, n. 1, p. 93-114, 2003.

RET-SUS (Org.). Conferência quer educação profissional pública e integrada. *Revista RET-SUS*, ano II, n. 23, p. 5-9, 2006.

RET-SUS. RET-SUS – Rede de Escolas Técnicas do Sistema Único de Saúde. Disponível em: <www.retsus.epsjv.fiocruz.br/curso/descricao.cfm?Num=444>. Acesso em: 5 jan. 2007a.

RET-SUS (Org.). ABC saúde educação: educação profissional. *Revista RET-SUS*, ano II, n. 25, p. 15-16, 2007b.

RIBEIRO, Edilza Maria; PIRES, Denise; BLANK, Vera Lúcia G. A teorização sobre o processo de trabalho em saúde como instrumental para análise do trabalho do Programa de Saúde da Família. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 20, n. 2, 438-446, 2004.

SANTANA, José Paranaguá de; CHRISTÓFARO, Maria Auxiliadora Córdova. *Educação,*

trabalho e formação profissional em saúde. Texto de orientação do Curso de Especialização em Políticas de Recursos Humanos para a Gestão do SUS. Eixo temático Reforma Educacional Brasileira. Disciplina RE 2. s/d. Mimeografado.

SANTOS, Isabel. Ensino de Nível Médio: perspectiva dos serviços. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 2, n. 4, p. 449-465, 1986.

SAVIANI, Dermeval. O choque teórico da politecnia. *Trabalho, Educação e Saúde*, v. 1, n. 1, p. 131-152, 2003.

TERRA. Escolas técnicas têm quadro desolador no Rio. Educação. Disponível em: <<http://noticias.terra.com.br/educacao/interna/0,,OI1637810-EI8266,00.html>>. Acesso em: 11 jun. 2007.

ZIBAS, Dagmar M. L.; FERRETTI, Celso J. Ensino Médio: ciência, cultura e trabalho. *Revista Brasileira de Educação*, n. 28, p. 182-184, 2005.

—————
Recebido em 24/06/2008

Aprovado em 19/05/2009