

Trajетórias profissionais e os provérbios populares:

Tiveram o pássaro na mão! Deixaram-no voar?

António Abrantes [1]

UALg, ESS | CICS.NOVA.UÉvora
aabrantes@ualg.pt

Resumo

Embora, se tenha assistido em Portugal uma tendência dos grupos profissionais da área do diagnóstico e terapêutica na procura do reforço da credenciação e uma autonomia cada vez maior, a verdade é que o exercício do controlo na regulação profissional e desenvolvimento da formação dos mesmos grupos suscitado controvérsias no debate sociológico. No presente trabalho, esboçam-se algumas reflexões em torno dos dilemas e desafios que subjazem no processo de desenvolvimento e formação dos grupos profissionais da área do diagnóstico e terapêutica, incidindo particularmente na área da Radiologia, hoje cada vez mais designada, como Imagem Médica.

Palavras-Chave: Grupos profissionais, diagnóstico e terapêutica, Radiologia.

Nota Introdutória: Grandes descobertas e novas ocupações ou profissões na área da Saúde

Desde que Wilhelm Conrad Röntgen apresentou o resultado das suas investigações na memorável sessão da Sociedade de Física e Medicina de Würzburg a 29 de dezembro de 1895, que a medicina nunca mais foi a mesma. A descoberta dos Raios X proporcionou, pela primeira vez, a visualização do interior do corpo humano e o diagnóstico de patologias, sem ter de o abrir.

Um pouco por todo o mundo a notícia espalhou-se. A primeira notícia na imprensa diária foi publicada em Viena a 5 de janeiro de 1896 (Andrade Fontes, 1967). A 6 janeiro de 1896 a notícia foi publicada em Londres. A 27 de Janeiro deste mesmo ano, o jornal “Novidades”, de Lisboa, deu a primeira referência da descoberta de Roentgen, intitulada “A fotografia através de corpos opacos” (Andrade Fontes, 1967). A 1 de Fevereiro, a notícia foi divulgada numa revista especializada. A revista “Coimbra Médica” expressou a ideia de que os raios X poderiam ser usados

para tratar determinadas doenças (Andrade Fontes, 1967).

Figura 1- Radiografia da mão do rei de Portugal



Fonte: In revista de ilustração portuguesa, coleção João José P. Edward Clode, in História da fotografia e da sua aplicação à medicina

Numa altura em que quase tudo corria devagar, em que as comunicações eram demoradas e pouco eficientes, a nova tecnologia chegou a Portugal.

Com a nova tecnologia instalada nos hospitais e ou outras unidades de saúde, está criado o espaço para o surgimento de uma nova ocupação, perfilhando a designação proposta pela sociologia das profissões por Parsons, Merton, Goode, Barber, e Moore, cujos trabalhos se filiam no paradigma funcionalista (Rodrigues, 1997). Nos fundamentos desta profissão, segundo Lopes, “ a progressiva delegação de componentes do trabalho médico-aquelas que a tecnologia foi permitindo transferir para outros segmentos profissionais-, ou dos atos de trabalho cuja possibilidade de protocolização permitiu convertê-los em trabalho delegável...estes grupos ocupacionais gerados por uma lógica de desenvolvimento intrínseca a um campo de atividade solidamente consolidação campo médico, e não o resultado da construção de um campo de atividade autónomo” (Lopes, 2006)

A Administração dos Hospitais Cíveis de Lisboa, na pessoa do Sr. Conselheiro João Ferraz de Macedo, solicitou, em 27 de novembro de 1897, ao Ministro de Reino, autorização para ser criado no Hospital de S. José um serviço especial de radioscopia, radiografia, eletroterapia e análises clínicas, a qual, por despacho de 4 de dezembro do mesmo ano, foi autorizado (Ramalho, 1951).

Formalmente a criação da nova ocupação surge a 8 de novembro de 1900, por despacho do Sr. Enfermeiro-Mor do Real Hospital de S. José. Surgiu o primeiro Técnico Radiologista na pessoa de Bento Fernandes, cuja profissão o levou a falecimento prematuro a 22 de julho de 1938 (Santos, 1966). Ao primeiro “Técnico de Radiologia”, Bento Fernandes, é atribuída a categoria de Preparador dos Serviços Laboratoriais, e passa a auferir um vencimento de 300 000 réis anuais.

Entre novas ocupações e feitos relevantes, contabilizam-se na história da radiologia portuguesa importantes descobertas. Em julho de 1927, Egas Moniz descobriu a angiografia cerebral pela introdução de contraste na artéria carótida. Ao apresentar o seu trabalho na Sociedade de Neurologia de Paris, disse:

“Nós tínhamos conquistado um pouco do desconhecido,

aspiração suprema dos homens que trabalham e lutam no domínio da investigação”.

1- História de uma Profissão ou os avanços e retrocessos de uma trajetória de profissionalização

Entre a criação do primeiro serviço de radiologia (1897), a nomeação do primeiro técnico de radiologia (1900) e o primeiro conteúdo legislativo que pretende ordenar algumas das ocupações que surgem na orla da medicina e, consequentemente, do poder médico, decorrem cerca de quarenta anos. Numa perspetiva sistémica preconizada por Abbott (1988) ao contrário de outros sociólogos preocupados com a estrutura das profissões, a sua atenção dirige-se, em primeiro lugar, para a análise da natureza do trabalho dos profissionais. É um nível de observação fundamental para se perceber as praticas dos profissionais, os modos como são mobilizados os conhecimentos produzidos nos espaços académicos e as relações de conflito com outras profissões a propósito do controlo das respetivas jurisdições (Rodrigues, 1997). Ainda que nesta altura os espaços académicos sejam de pouca relevância para estas profissões, o Decreto Lei 28 794 de 1 de julho de 1938, revela alguma necessidade de formalizar/hierarquizar as ditas “novas profissões”.

Assim as profissões da área da radiologia dividem-se em Segundos Ajudantes Técnicos (quem realiza os exames radiológicos sob supervisão médica) e Encarregados de Câmara Escura (encarregues do processo radiofotográfico inerente, nesta época e até cerca da década de 1990, aos processos químicos da imagem radiológica [2]) dos serviços de radiologia. Os primeiros, serão contratados de entre indivíduos aprovados em concurso de provas práticas, ao qual só podem concorrer candidatos habilitados com exame de prática, feito nos respetivos serviços, e curso geral da Escola de Enfermagem Artur Ravara [3]. Para o concurso de Encarregados de Câmara Escura, não é exigido o curso da Escola de Enfermagem. No entanto, apesar da legislação datar de 1938, a exigência do curso geral de enfermagem só se efetiva a partir do ano de 1942. Portanto quatro anos depois. Poderia este ter-se constituído como o espaço embrioná-

rio para que estes cursos viessem a constituir áreas de especialização da enfermagem nestas profissões. Assim não foi!

Foi preciso decorrer mais de um quarto de século até que novo conteúdo legislativo surgisse sobre as agora designadas profissões das tecnologias da saúde, que por conveniência legislativa e transversalidade de normas de ingresso, progressão, e de organização, vieram a ser incluídas num diploma legal designado de “Carreira de Técnico de Diagnóstico e Terapêutica”. Esta organização legislativa mantém-se até aos dias de hoje, obviamente, sofrendo algumas alterações e adaptações necessárias.

De acordo com a Portaria nº 18 523 de 12 de junho de 1961 “O desenvolvimento das técnicas médicas registada durante os últimos anos levou à criação, para “além de escolas de enfermagem, pequenos cursos para a preparação dos outros profissionais necessários. Mas nem esta tem sido uniforme, nem os diplomas obtidos num estabelecimento são normalmente reconhecidos pelos restantes”. Foi ainda designada a Escola Nacional de Saúde pública, para fazer com que a formação dos técnicos obedeça a um plano geral. Há, portanto, a noção clara de que a formação era avulsa e dispersa, carecendo de uniformização do corpo de saberes para reverter as assimetrias verificadas na formação. Assim, a formação dos técnicos Auxiliares dos Serviços Clínicos (designação legal na altura) passara a distribuir-se por dois grupos. O primeiro grupo, o menos diferenciado, compreendia:

Auxiliares de laboratório de análises clínicas;

- Auxiliares de fisioterapia;
- Encarregados de câmara escura;
- Ajudantes mistos.

Duração do Curso - seis meses, mais três meses de estágio. Habilitações – Exame da 4ª classe, ou exame de admissão ao liceu.

O segundo grupo, que exigia mais preparação, englobava:

- Dietistas;
- Preparadores de análises;

- Técnicos de fisioterapia;
- Técnicos de radiologia.

Duração do Curso – um ano escolar, mais três meses de estágio. Habilitações – Segundo ciclo dos liceus (5º ano), ou qualquer dos exames de conclusão de um curso do primeiro grupo, e cinco anos de exercício da profissão, igualmente do primeiro grupo correspondente àquele cujo curso, no segundo grupo, se deseje tirar.

Para concretizar o objetivo de uniformização da formação destes profissionais de saúde, vislumbrando inclusivamente uma apropriação sociológica do “espaço escola”, através Portaria 19 397 de 20 de setembro de 1962 o governo regulamenta os Centros de Preparação de Técnicos e Auxiliares dos Serviços Clínicos, cabendo-lhes organizar e fazer funcionar os cursos para formação de técnicos e auxiliares das várias especialidades enumeradas na Portaria nº 18 523. Fica também ressalvada, enquanto necessidade imperiosa, que os planos de estudos e programas constituem o mínimo das condições exigidas para obtenção dos respetivos títulos e são iguais para todos os centros (demonstração do âmbito nacional).

2- A primeira formalização de uma carreira

Através do Dec. Lei nº 414/71 de 27 de setembro, estabelece-se o regime legal que vai permitir a “*estruturação progressiva e o funcionamento regular de carreiras profissionais para os diversos grupos diferenciados de funcionários que prestam serviço no Ministério da Saúde e Assistência*”. Mais, aceitou-se o princípio de organização de carreiras profissionais por corresponder ao método que se afigura mais apto para proporcionar, simultaneamente, estímulo e compensação dos esforços exigidos aos funcionários, a desejável justiça nos respetivos acessos e o criterioso rigor no recrutamento. É, portanto, aqui que se lança o embrião, até agora irreversível. da “Carreira de Técnico de Diagnóstico e Terapêutica”. Neste contexto, a tutela reconhece que “frente ao desenvolvimento da ciência e ao progresso das técnicas, as atividades a promover no campo da saúde, não se compadecem já com improvisações nem, por isso mesmo, com o preenchimento incondicionado dos cargos. Reclamam-se habilita-

ções apropriadas à diferenciação de tarefas e uma atualização permanente”.

Objetivando um maior profissionalismo, sobretudo em algumas das atividades de saúde, são então criados três tipos de Carreiras profissionais, a saber:

- De profissionais com habilitação de licenciatura universitária;
- De profissionais com habilitação técnica devidamente titulada;
- De profissionais com habilitação para cargos de pessoal administrativo.

Ao abrigo do segundo item, foi criada a carreira de técnicos auxiliares de laboratório e de técnicos terapeutas.

No pós-revolução, é criada a Carreira de Técnico Auxiliar dos Serviços Complementares de Diagnóstico e Terapêutica que compreende 13 classes profissionais. Este Decreto Regulamentar nº 87/77 de 30 de setembro consubstancia-se na no reconhecimento da *“natureza especial das atividades profissionais do pessoal técnico auxiliar dos serviços complementares de diagnóstico e terapêutica”* que obriga, segundo o governo *“ao estabelecimento de uma carreira independente das dos restantes componentes desse conjunto”*. O ministério também assume que *“antes mesmo de proceder à reorganização do ensino formativo e promulgação do estatuto profissional, já perspectivados”* não se deve protelar a *“situação de desajustamento que se verifica em relação a carreiras de nível idêntico, criando a nova carreira”*.

Ainda nos resquícios do 25 de Abril de 1974, surge uma nova orientação através da Portaria nº 709/80 de 23 de setembro. *“A formação dos Técnicos Auxiliares dos Serviços Complementares de Diagnóstico e Terapêutica, foi interrompida, dada a necessidade de implementar cursos de promoção para o pessoal que, exercendo funções, não possuía, no entanto, habilitação profissional adequada”*. Esta pesada herança do estado novo resulta da inexistência de uma política educativa abrangente que satisfizesse as necessidades do país, não lhe conferindo o atraso científico, cultural e tecnológico a que foi votado durante 48 anos. Surge ainda através do mesmo diploma legal a consciencialização de que *“a formação adequada do pessoal técnico afeto à prestação de cuidados de saúde é condição indispensável ao correto funcionamento dos*

serviços e, em consequência, ao bem-estar das populações”. Este excerto legislativo trás, seis anos após a revolução de abril, um conceito de universalidade e de justiça distributiva. A anterior citação que versa sobre a necessidade da formação adequada do pessoal afeto à prestação de cuidados de saúde, é um princípio de tal forma norteador para os governos de então que volta a repetir-se *ipsis verbis* no Decreto Lei nº 371/82 de 10 de setembro. O Estado português assume uma atitude de contrição e uma vontade de mudança impar, pelo menos na história destas profissões. A formação do pessoal técnico afeto à prestação de cuidados de saúde realizada inicialmente de forma casuística, passou a fazer-se em centros de formação previstos na Portaria nº 18 523 de 12 de junho de 1961. Os centros de formação foram reestruturados pela Portaria nº 709/80 de 23 de setembro, a qual teve um carácter transitório e apontava já para a criação de Escolas Técnicas dos Serviços de Saúde. Efetivamente, através do Decreto Lei nº 371/82 de 10 de setembro, no seu Artigo 1º. – São criadas as Escolas Técnicas dos Serviços de Saúde de Lisboa, Coimbra e Porto, que se sucedem aos centros de formação.

Até à promulgação da Portaria nº 549/86 de 24 de setembro que estabelece que *“são condições gerais de recrutamento dos candidatos a posse do 12º ano de escolaridade (1º curso), com área A (saúde) do 11º ano”*. Até aí e desde 23 de setembro de 1980 as condições de admissão aos cursos eram a *“habilitação literária correspondente ao 9º ano de escolaridade, dando-se, no entanto, preferência aos candidatos habilitados com o 11º ano de escolaridade”*. Não deixa de ser também importante evidenciar e eventualmente analisar do ponto de vista sociológico, a subjugação ao poder médico presente de forma explícita na Portaria nº 709/80. Pode ler-se no texto *“A direção dos centros é composta: Um diretor e um subdiretor, de preferência médicos”*.

Em 1985, *“decorridos 8 anos sobre a publicação do anterior decreto regulamentar, ocorreram diversas e profundas alterações na área da tecnologia médica, muito especialmente no domínio do diagnóstico e da terapêutica, o que tornou cada vez mais complexas as funções dos técnicos auxiliares de diagnóstico e terapêutica”*.

Poderemos encontrar aqui a primeira âncora nos esquemas classificatórios (Goode, 1960; Barber, 1965; Greenwood, 1966, entre outros), que isolam as

profissões das restantes ocupações. *“As primeiras são-lhes conferidos atributos exclusivos como o altruísmo e a orientação vocacional, a posse de conhecimentos científicos e técnicos, complexos e especializados, obtidos após uma longa formação universitária, utilizados de modo racional e não mercantil, e a orientação das práticas profissionais por princípios éticos e deontológicos”* (Rodrigues, 1997).

Segundo o Decreto Lei n.º 384-B/85 de 30 de setembro, *“para uma resposta às exigências de formação foram criadas em 1982 as Escolas Técnicas dos Serviços de Saúde, que passaram a ministrar cursos de formação com a duração de 3 anos letivos”*. É neste preciso momento que é formalmente criada a Carreira de Técnico de Diagnóstico e Terapêutica”, já anteriormente referida (Decreto Lei n.º 384-B/85 de 30 de setembro), que passa a englobar 16 profissões. Esta nova carreira, através de algumas disposições e salvaguardas legais introduzidas no seu conteúdo, permite pela primeira vez que *“os T.D.T. habilitados com o Curso Complementar de Ensino e Administração, poderão exercer funções de professores nas Escolas, cabendo-lhes a regência das disciplinas cujo conteúdo programático se adequa às respetivas habilitações”*, façam parte integrante, enquanto atores privilegiados, do ensino das suas profissões.

Será esta uma resistência interna dentro de uma profissão ou uma abordagem Foucaultiana do poder das profissões? Para melhor entendimento é necessário esclarecer que o ingresso no Curso Complementar de Ensino e Administração, privilegiava, sobretudo, os anos de profissão. Desta forma houve uma hierarquização dentro das profissões, não pela competência (uma vez que este facto, per si, suscitará ampla discussão), nem pela credenciação académica, mas pelo tempo de serviço. Dito de outra forma, os primeiros TDT que tinha concluído uma formação de três anos (1984) e seguintes, em 1985 passaram a ser estratificados e hierarquizados segundo a antiguidade na profissão, na carreira e na categoria. Se a entrada no ensino não era possível, no exercício da profissão em contexto clínico o Decreto-Lei n.º 208/95 de 14 de agosto condicionava *“o acesso à categoria de técnico especialista da carreira de técnico de diagnóstico e terapêutica encontra-se condicionado à posse do curso complementar de Ensino e Administração, que era ministrado nas escolas técnicas dos serviços de saúde”*.

Dada a complexidade crescente das funções destes

profissionais e a introdução abrupta e massiva de nova tecnologia na sua praxis, leva a que, através Portaria n.º 256-A/86 de 28 de maio passe a existir um conteúdo funcional específico relativo às várias profissões (as 16 elencadas no Decreto Lei n.º 384-B/85 de 30 de setembro) e a definição das competências pelas várias categorias. *“Efetivamente, a génese social destes grupos ocupacionais é consequente do desenvolvimento científico e tecnológico da medicina, ...”* (Lopes, 2006). Mais, as exigências foram de tal ordem que através da Portaria n.º 549/86 de 24 de setembro, reconheceu-se que *“As Escolas Técnicas dos Serviços de Saúde, têm vindo a desempenhar um papel fundamental na formação dos técnicos, são hoje escolas que garantem uma correta e adequada capacidade formativa numa área tão importante para a melhoria e desenvolvimento dos serviços de saúde do País”*. Portanto após cinco anos de experiência, verificou-se a necessidade de proceder a alguns ajustamentos dos quais salientamos *“A duração da escolaridade dos cursos é de três anos letivos, com uma carga horária no mínimo, de 3000 horas”*.

Reportando à realidade nacional no pós Bolonha, esta carga horária está muito para além das exigências presentes da maior parte dos cursos do ensino superior em Portugal. Eventualmente esta situação poderá explicar, segundo Noémia Lopes *“a especificidade do próprio processo social que deu lugar à sua formação. Isto é, consiste no facto de serem ocupações cuja génese resulta da confluência de efeito de duas conjecturas paralelas: uma no domínio científico e tecnológico, a outra no domínio das políticas públicas”* (Lopes, 2006).

O período dourado destas profissões, com a sua crescente identificação e emancipação face ao poder médico, que decorre em grande parte da grande introdução e dependência de nova tecnologia, vem complexificar e revalorizar e aumentar o prestígio social, atributo integrante de uma profissão. Inclusivamente a tutela faz sair o Decreto-Lei n.º 123/89 de 14 de abril com o objetivo de revalorizar a Carreira de Técnico de Diagnóstico e Terapêutica. A dada altura do texto pode-se ler *“assim, tomou-se em consideração, em primeiro lugar, o nível de habilitações legalmente exigido para ingresso na carreira em questão: a titularidade desse curso profissional com a duração de três anos letivos, para cuja frequência é requisito obrigatório a posse do 12.º ano de escolaridade, desde logo se revela claro que o padrão comparativo é, nas carreiras de regime geral, a carreira técnica. Em*

segundo lugar, não podia deixar de tomar-se em consideração um outro paralelismo, este decorre das atividades dos técnicos de diagnóstico e terapêutica e enfermeiros...". O mesmo diploma refere mais adiante que *“se reconhece, com o indispensável realismo, que as atividades dos técnicos de diagnóstico e terapêutica se desenvolvem, relativamente às de enfermagem, com maior proximidade funcional em relação aos médicos – e, em certos casos, aos técnicos superiores de saúde”*. Este movimento revalorizador, recorde-se que estamos no rescaldo da implementação efetiva dos três anos escolares em espaço escola (o primeiro curso iniciou em 1981 e terminou em 1984), não será alheio à diferença substancial e visível da preparação técnico científica dos novos recém cursados (com curso concluído nos últimos seis anos). Esta revalorização foi de tal forma extensa que o Decreto-Lei nº 203/90 de 20 de Junho assume que *“após a integração da carreira nos corpos especiais do novo sistema retributivo da função pública, esperava-se a definição de um estatuto mais completo para a carreira, articulado com a reformulação dos níveis académicos e a integração no sistema educativo nacional, é um objetivo que o governo encara na perspetiva da adequada harmonização das políticas de recursos humanos na Administração Pública, em geral, e no sector da saúde, em especial”*. Fica cada vez mais claro e evidente que depois de se ter concretizado através do Decreto-Lei nº 123/89 uma exigência habilitacional para ingresso nos cursos igual à do ensino superior, a integração destas formações neste sistema de ensino estaria para breve. De resto várias áreas científicas a que correspondiam uma grande variedade de cursos ministravam formações superiores que conferiam o grau académico de bacharel. O caminho existia e os Decretos-Lei nº 123/89 e nº 203/90, franquearam as portas à entrada das Tecnologias da Saúde no Ensino Superior.

A Lei nº 54/90 de 5 de setembro, que promulgam os Estatuto e Autonomia dos Estabelecimentos de Ensino Superior Politécnico, são mais uma preciosa ajuda neste caminho já longo. Longo demais, quando comparado com outras formações de igual natureza. Finalmente, através Dec. Lei nº 415/93 de 23 de dezembro, procurando fazer face ao desenvolvimento e evolução das tecnologias da saúde, atendendo à necessidade de melhorar os padrões de qualidade das prestações de saúde, associam-se modelos compatíveis de formação de profissionais de saúde. Procurou-se então, através da formação corresponder às crescentes exigências de qualidade. Assim é *“feita a*

integração da formação na área das tecnologias da saúde no sistema educativo nacional ao nível do ENSINO SUPERIOR POLITÉCNICO”, sendo criadas as *“Escolas Técnicas dos Serviços de Saúde de Coimbra, de Lisboa e do Porto são integradas no sistema educativo nacional, ao nível do Ensino Superior Politécnico, passando a designar-se, respetivamente, por Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Coimbra, de Lisboa e do Porto”*. Uma espera demasiado longa para profissões que tiveram um desenvolvimento muito acentuado e sustentado, na década que precedeu esta almejada integração.

Seguiu-se um período controverso e caricato. Devido às restrições impostas pela legislação que rege o ensino superior, há constrangimento na formação do corpo docente. Melhor dizendo e esclarecendo, os técnicos de diagnóstico e terapêutica, maioritariamente, não são ensinados pelos seus futuros pares. Só a Portaria nº 471/95 de 17 de maio veio resolver parte deste problema ao permitir que *“as escolas podem atribuir os graus e os diplomas que o ensino superior politécnico confere, nomeadamente o diploma em estudos superiores especializados”* (DESE). Só através de um DESE, passa a ser possível prosseguir estudos, nomeadamente a frequência e conclusão de cursos de mestrado, fundamentais, nesta época, para ingresso na carreira docente do ensino superior (Lei de Bases do Sistema Educativo- Lei 46/86 DE 4/10). Só a partir de 1995 os TDT passam, mediante a frequência e aproveitamento de um curso de diploma em estudos superiores especializados, a ter a equivalência ao grau académico de licenciado que lhe permitiria candidatar-se e ingressar num curso de mestrado.

Na sequência do Dec. Lei nº 415/93 de 23 de dezembro, é publicada a Portaria nº 413-A/98 de 17 de julho que *“É aprovado o Regulamento Geral dos Cursos Bietápico de Licenciatura das Escolas de Ensino Superior Politécnico. Por curso bietápico de licenciatura entende-se aquele que é organizado em dois ciclos, conduzindo o primeiro ao grau de bacharel e o segundo ao grau de licenciado. O 1º ciclo do curso tem a duração de seis semestres letivos. O 2º ciclo do curso tem uma duração de dois a quatro semestres letivos”*. Este novo diploma legal, coaduna-se com a nova (à época) Lei de Bases do Sistema Educativo, Lei 115/97 de 19/9.

A Resolução do Conselho de Ministros nº 140/98 vem, por um lado assumir a grande diferenciação e

complexidade exigida a estas profissões “*a forte consciência da necessidade de um salto qualitativo no desenvolvimento dos recursos humanos no domínio da saúde, pilar fundamental deste sector a que o Governo atribui importância prioritária para intervenção na próxima década*” e por outro abre portas para a reorganização do sistema de ensino na área das tecnologias da saúde e da enfermagem. De facto, o diploma legal aborda a “*reorganização da rede de escolas superiores de enfermagem e de tecnologia da saúde, através da sua passagem para a tutela do Ministério da Educação, da sua integração em institutos politécnicos (ou, onde estes não existam, em universidades) e da criação de novas unidades de ensino neste domínio nos distritos em que ainda não exista nenhuma*”. Mais ainda, o governo indica ainda que o “*ensino de enfermagem e das tecnologias da saúde— No domínio do ensino da enfermagem e das tecnologias da saúde, os Ministérios da Educação e da Saúde tomarão as providências necessárias à prossecução dos seguintes objetivos: Reorganização da rede de escolas públicas:*

a) *Transição das escolas públicas de enfermagem e de tecnologias da saúde para a tutela do Ministério da Educação até ao final do ano de 1999* [4];

b) *Integração das atuais escolas públicas de enfermagem e de tecnologias da saúde nos institutos politécnicos da área em que as mesmas se situam ou, quando estes não existam, nas universidades da referida área, sem prejuízo da adoção de soluções organizativas específicas para as escolas dos distritos de Coimbra, Lisboa e Porto;*

... e) *Introdução da figura de escola de saúde no âmbito do ensino politécnico*”.

Este novo enquadramento vem permitir a criação de mais cursos de saúde, criando quase a uma “legítima” pretensão de cada distrito possuir uma escola de saúde. Abriu-se também o caminho para juntar, apenas dentro do mesmo espaço físico e partilhando alguns recursos, os cursos de enfermagem e das tecnologias da saúde. É claramente neste contexto que surgem, no sector público, as escolas Escola Superior de Saúde da Universidade de Aveiro, em 2000, em 2002/2003 a Escola Superior de Saúde da Universidade do Algarve [5] e a Escola Superior de Saúde Dr. Lopes Dias (IPCB-Castelo Branco) em 2001. Surgiram também, ao abrigo desta legislação, algumas escolas de saúde e/ou de tecnologias da saúde,

integradas no ensino superior privado, composto por instituições pertencentes a entidades particulares e cooperativas [6], que, entretanto, tiveram percursos e desfechos diferentes. Neste movimento expansionista do ensino das tecnologias da saúde em Portugal em geral e da radiologia em particular, o número de vagas para ingresso nos cursos de licenciatura em radiologia, a partir de 2004, multiplicou-se várias vezes. No ano de 2000 abriam cerca de 85/95 vagas para o curso de radiologia em território nacional. Em 2010 contabilizávamos cerca de 500 vagas publicitadas. O ensino superior público disponibilizava cerca de 182 vagas [7]. A entrada no ensino privado apontava para mais de 300 vagas (publicitadas) distribuídas pelas sete escolas. Há fortes razões que apontam para que este número, efetivamente poderia duplicar em alguns anos. Assim se manteve o panorama da radiologia e dos cursos de tecnologias da saúde em geral, até que o contingente de candidatos começou a escassear e algumas escolas a encerrarem e/ou redefinirem a sua oferta formativa. Do ponto de vista dos profissionais e das instituições de saúde havia a clara perceção de que a oferta formativa iria, muito rapidamente, exceder a procura elevada que até aí existia. No entanto o Decreto-Lei nº 320/99 de 11 de Agosto que regulamenta as agora 18 profissões das tecnologias da saúde “*a regulamentação das atividades técnicas de diagnóstico e terapêutica que condicione o seu exercício em geral, quer na defesa do direito à saúde, proporcionando a prestação de cuidados por quem detenha habilitação adequada, quer na defesa dos interesses dos profissionais que efetivamente possuam os conhecimentos e as atitudes próprias para o exercício da correspondente profissão*” e a publicação da nova carreira (Decreto-Lei nº 564/99 de 21 de Dezembro), pareciam ser marcos muito importantes para estas profissões. Pareciam e foram, mas não exclusivamente no sentido estrito e positivo da expressão. Se a regulamentação da profissão aponta para necessidade legal da posse de um título/cédula profissional (reserva do título profissional) “prometendo” terminar com o exercício ilegal e/ou inqualificado que nesta altura existia nestas profissões, a publicação da nova carreira era uma pretensão e uma ansiedade comum e legítima. Até um passado muito recente o estado tem sido “o principal empregador no sector da saúde”, o que confere as estas profissões “*particulares prerrogativas na definição das condições de acesso e do exercício profissional, sobretudo em áreas ocupacionais não consolidadas*” (Rodrigues, 2004). Desta dupla

contingência, ressalta que as possibilidades de autorregulação, no caso destes novos grupos ocupacionais, são largamente subsidiárias da matriz de regulação de regulação administrativo-burocrática que decorre da intervenção estatal (Lopes, 2006).

Quinze dias após a publicação do Decreto-Lei nº 564/99 (analisando o seu conteúdo é claramente uma carreira de bacharéis, grau académico mais elevado que detinham os profissionais nesta altura), é publicado o Regulamento Geral dos Cursos Bietápicos de Licenciatura em Tecnologias da Saúde (Portaria N.º 3/2000 de 4 de janeiro). A partir daqui passa a ser possível aos profissionais das profissões das tecnologias da saúde, de acordo com a Lei de Bases do Sistema Educativo (Lei 115/97 de 19/9), serem detentores do grau académico de licenciado. Ou seja, se outros motivos não houvesse, e havia-os, a almejada carreira profissional ficou desatualizada em quinze dias, se não tivermos em conta os feriados e a época natalícia de permeio. Assim, apesar de toda a sua formação e percurso académico traçado durante este período e vertido na letra da lei o “... *diploma visa, neste contexto, dotar a carreira de técnico de diagnóstico e terapêutica de um estatuto que melhor evidencie o papel dos profissionais no sistema de saúde, como agentes indispensáveis para a melhoria da qualidade e eficácia da prestação de cuidados de saúde, adotando uma escala salarial adequada aos níveis de formação anteriormente consagrados e a um desempenho profissional que releve de crescente complexidade e responsabilidade*” e apesar de “*no desenvolvimento das suas funções,...*” lhes caber “*conceber, planejar, organizar, aplicar e avaliar o processo de trabalho no âmbito da respetiva profissão, com o objetivo da promoção da saúde, da prevenção, do diagnóstico, do tratamento, da reabilitação e da reinserção*” os TDT, ainda hoje continua a ser obrigados a atuar “*em conformidade com a indicação clínica*”. Fica por esclarecer onde e como é a liberdade científica e intelectual que as funções de conceção, planeamento, de organização, de aplicação e de avaliação remetem, se coadunam com a ação tutelada por outros profissionais. Se a carreira, muito “desenhada” para o sector publico, à época estava desatualizada, no presente, mais que não fosse, em virtude das novas e múltipla formas de contratação e vinculação, está perfeitamente obsoleta e desajustada. Mais que não seja, porque nesta altura estes profissionais pertenciam quase exclusivamente aos quadros da administração publica, hoje o sector privado é um dos grandes e potenciais empregado-

res.

No que concerne ao ensino destas profissões, para além da adequação (até 2010) ao denominado Processo de Bolonha, tal como para todo o ensino superior, que trouxe alguns sobressaltos e contestação no que respeita à duração do 1º ciclo de formação e que foram ultrapassados, nada mais surgiu até 2014.

3- A imagem Médica e a Radioterapia- o principio do fim ou o fim do principio

Entre os compassos de espera por uma nova carreira, os avanços e retrocessos da criação, sempre adiada, de uma ordem profissional [8] e o desemprego que se tornou uma realidade muito visível nestas profissões [9], a lei da oferta e da procura vai regulando ou desregulando o mercado do ensino destas profissões.

Em 2013 surge o retomar de uma ideia que inicialmente norteou a adequação de alguns dos cursos das tecnologias da saúde ao processo de Bolonha, a fusão de cursos. Por esta altura, na área das ciências radiológicas imperava a ideia não concretizada de criar um curso de Licenciatura em Ciências Radiológicas com as variantes de radiologia, radioterapia e medicina nuclear. Tal permitiria, por um lado às instituições de ensino superior abrir as variantes que entendessem, sendo que os primeiros dois anos (preenchidas coma as disciplinas de base das ciências fundamentais e transversais aos “três cursos”) do ciclo de estudos seriam comuns às três variantes. Por outro lado, o estudante poderia iniciar a sua formação numa instituição de ensino superior durante os dois primeiros anos (formação base) e concluir os restantes dois anos noutra instituição (fase de especialização). Assim as instituições também poderiam adequar a sua oferta formativa nas às áreas que lhe fossem mais convenientes e, porque não, mais tradicionais. Nem todas as instituições que oferecessem cursos de licenciatura em ciências radiológicas necessitariam de disponibilizar as três variantes possíveis. Houve convergência por parte das instituições, mas por receio de comprometer a aprovação da referida proposta por parte da tutela (a primeira proposta enviada pela generalidade das escolas foi recusada

tendo por base a falta de convergência na duração do ciclo de estudos), houve um recuo generalizado das instituições. Como facto resulta a criação de três licenciaturas autónomas com 240 ECTS cada, sendo, obrigatoriamente 60 ECTS consignados ao estágio.

Em 2012, inicia-se novo movimento conducente ao processo de fusão de cursos das profissões das tecnologias da saúde. Este movimento recolhe grande acolhimento/enquadramento na Classificação Portuguesa das Profissões 2010 (CPP/2010 com 708 profissões e da CNP/94 com 2097 profissões), bem como no estudo do Prof. Alberto Amaral publicado em 2008, *A rede publica de Ensino Superior: um olhar sobre o acesso*. Por outro lado a redução de candidatos que se vinha a registar em alguns cursos de tecnologias da saúde na maioria das instituições de ensino destas profissões, aponta para uma maior celeridade no processo de fusão.

Em meados de Fevereiro de 2014 é enviado às instituições de ensino, um documento da autoria da Agência de Avaliação e Acreditação do Ensino Superior (A3ES) denominado “1.º Relatório sobre propostas de agregação/fusão de 1.ºs ciclos de estudos” [10], com data de elaboração de 30 de Dezembro de 2013. Conjuntamente com este documento é seguem algumas referências e indicações de onde se salienta que a proposta de fusão foi submetida à aprovação dos secretários de estado da saúde e do ensino superior, tendo obtido a sua concordância com o princípio apresentado. Em face de tal concordância a agência abre o seu sistema de informação para que as instituições que já oferecem formação superior nestas áreas possam apresentar propostas de novos ciclos de estudos que estejam de acordo com as agregações mencionadas no 1º Relatório até ao dia 30 de março de 2014. Em face desta conjuntura as instituições de ensino dispõem de pouco mais de um mês para estruturarem novos cursos e responder ao longo e demorado processo burocrático da submissão de propostas à agência.

Deve-se referir, ao analisar o documento em causa que a comissão que o elaborou é constituída por catorze pessoas onde cinco pertencem à comissão de avaliação externa da A3ES e simultaneamente a instituições de ensino onde são lecionados estes cursos. Temos também um consultor e um executivo da

própria agência. Os outros sete, para além de um dirigente sindical, temos dois diretores/presidentes de instituições de ensino privado ou cooperativo e dois diretores/presidentes de instituições de ensino que ministram estas formações, um ex-diretor/presidente e ainda um subdiretor/vice-presidente. Em síntese e analisando a vinculação profissional dos membros desta comissão constatamos que nesta comissão, em termos de instituição de ensino que ministram as formações em causa, estavam integradas as Escolas Superiores de Tecnologias da Saúde de Lisboa, Porto, Coimbra, CESPU, Escola Superior de Saúde Egas Moniz e a Escola Superior de Saúde do Alcoitão. As restantes instituições, públicas, privadas e/ou cooperativas não participaram desta “revolução” no ensino das tecnologias da saúde, concretamente nas áreas da Imagem Médica e Radioterapia (agrega a formação em medicina nuclear, em radiologia e em radioterapia), Fisiologia Clínica (agrega a formação em cardiopneumologia e em neurofisiologia) e as Ciências Biomédicas Laboratoriais” (agrega a formação em análise clínicas e saúde pública e em anatomia patológica, citológica e tanelológica). Fica por analisar o impacto que a assimetria na disseminação da informação, conjugada com os reduzidos prazos impostos pela A3ES para a submissão destas novas formações, teve e terá na oferta formativa e na qualidade dos profissionais de saúde. Por razões que também importa estudar posteriormente, ainda que o relatório da agência não remetesse para a obrigatoriedade da extinção das formações existentes para a abertura dos novos ciclos de estudos propostos, opcionalmente, todas as instituições de ensino o fizeram.

Entre avanços e retrocessos do processo burocrático administrativo, e uma contestação assaz, sobretudo por parte da medicina nuclear, as novas formações foram-se instalando nas instituições de ensino.

Os factos relevantes para este processo, que estão documentados, são o parecer da Associação Portuguesa dos Técnicos de Radiologia, Radioterapia e Medicina Nuclear (ATARP) enviado ao presidente do CCISP a 18 de Fevereiro de 2014, congratulando-se com o facto da agregação das três formações, salientando até no referido parecer que há mais de dez anos que preconizava esta reorganização [11]. Em contrapartida o parecer conjunto da Associação de

Técnicos de Radioterapia (ART) e a Associação Portuguesa de Técnicos de Medicina Nuclear (APTMN), posteriormente, em carta também dirigida ao presidente do CCISP ressaltam que “consideramos importante esclarecer alguns factos pertinentes para perceber o que está a acontecer, aproveitando para informar acerca da nossa posição”. Começam então por referir que “efectivamente, a ATARP — Associação de Técnicos Auxiliares de Radiografia [12] de Portugal foi fundada em 1969 com o objectivo de representar aqueles profissionais de saúde. Ao longo dos anos, a este grupo de radiografistas foram-se juntando outros profissionais, como os técnicos de medicina nuclear e de radioterapia. Apesar de não terem a mesma génese nem sequer partilharem da mesma profissão, nem por isso deixam de ter alguns aspectos que servem de ‘factor-comum’ (concretamente, a utilização de radiações para fins relacionados com a saúde)”. No que respeita à formação e sua qualidade referem que “... efectivamente, ambas as Associações acreditam que o esvaziamento de competências dos eventuais profissionais que sairiam formados da forma preconizada no referido documento seria de tal forma grave que inviabilizaria um desempenho competente, responsável e autónomo, implicando assim riscos sérios em termos da Qualidade e Segurança inerentes ao desempenho prático desses profissionais”. Sobre um dos fundamentos que norteiam esta fusão, a mobilidade e reconhecimento internacional dos profissionais portugueses, acrescentam “Importa ainda deixar bem claro que Portugal é reconhecido como a referência europeia em termos de formação para estas áreas específicas das tecnologias de saúde e, por isso mesmo, não só não tem havido qualquer problema de reconhecimento (constatando-se, muito pelo contrário, uma procura crescente dos nossos recém-licenciados), como tem vindo a servir de ‘guia’ para muitas instituições de ensino que, ao procurar melhorar a sua oferta, tendem claramente a aproximar-se cada vez mais dos modelos que são aqueles que são aqueles já praticados em Portugal”.

Nesta sequência de reacções ao novo modelo proposto, o Sindicato dos Técnicos Superiores de Diagnóstico e Terapêutica, envia uma “CARTA ABERTA A TODOS OS TÉCNICOS DE DIAGNÓSTICO E TERAPÊUTICA” assinada pelo seu secretariado Nacional e pelo conselho geral, onde expõe as suas preocupações relativamente ao 1.º Relatório de um Grupo de Trabalho, sobre o Ensino dos futuros Técnicos de Diagnóstico e Terapêutica e suas consequências para o Exercício. Lê-se no documento “desde há longos anos que o SINDITE defende uma alteração ao

nosso modelo de Ensino, que permitisse às organizações sindicais reivindicar uma maior autonomia, competência e perfis mais adequados à realidade socioprofissional que evoluiu exponencialmente no exercício das profissões da saúde, sem contrapartidas para os Profissionais no exercício. Resulta assim que, formalmente, nos identificamos com o Relatório, mas temos sérias dúvidas quanto às soluções apontadas”. Sobressai daqui a dúvida quanto ao modelo de ensino preconizado pela A3ES. O SINDITE (2014), no que respeita à qualidade do ensino refere ainda que “... é nestas circunstâncias que nos aparece este Relatório que desiste, na sua fundamentação, de nos considerar como referência europeia, antes apontando os piores exemplos europeus de formação em exercício. Assim, tomando por referência o que de pior se faz na Europa, este Grupo de Trabalho oferece, qual supermercado em saldo, ‘pague 1, leve 3’ ou ‘leve 2, pague 1’, que merece o nosso repúdio”.

Também numa sequência de correspondência, pela ordem que se segue, entre os então Presidente do Conselho diretivo da Administração Central dos Sistema de Saúde (ACSS), a Chefe do Gabinete de Sua Excelência o Secretário de Estado da Saúde, o Chefe do Gabinete de Sua Excelência o Secretário de Estado do Ensino Superior, tendo como último destinatário o Presidente do Conselho de Administração da Agência Avaliação e Acreditação do Ensino Superior, resume-se que, no que respeita à Imagem Médica e Radioterapia, “... a criação de cursos com uma banda de competências mais ampla (visando o acesso a mais do que uma profissão), traduz-se, salvo melhor opinião, numa estratégia adequada, aliás, já defendida em várias sedes, tendo em vista as atuais tendências europeias relativas às qualificações de base que dão acesso aos domínios profissionais em causa” (ACSS, 2014). De acordo com o parecer da ACSS podemos ler na alínea g) que “assim, no que respeita ao domínio da imagem médica e radioterapia, será de referir que Portugal é o único país da Europa onde existe o modelo de formação separada de 3 profissões diferentes e com a duração de 240 ECTS, o que tem dificultado a mobilidade no espaço europeu dos técnicos portugueses” (ACSS, 2014). O senhor Secretário de Estado da Saúde, em parecer enviado para o senhor Secretário de Estado do Ensino Superior que posteriormente foi remetido para a A3ES, refere que concorda com o princípio apresentado pela A3ES na sua proposta de fusão, recomendando que a sua efectivação seja articulada com a ACSS. Parece assim estar criado o caminho, que se concretizou, de forma

reversível ou não, para a fusão proposta no documento acima citado. A referência sobre a reversibilidade, deve-se ao facto de que, apesar de os cursos estarem implementados em todas as instituições de ensino, a contestação ainda persiste, sobretudo com devido à inconformação que vai sempre manifestando a Medicina Nuclear.

4- Mitos, verdades e inverdades sobre a mobilidade europeia: o que se diz, o que se mostra e o que se esconde!

No que concerne à mobilidade europeia, o Reino Unido (RU) é o maior “importador” de profissionais de saúde portugueses. No caso dos licenciados em radiologia pelo ensino superior politécnico português, há mais de uma centena de profissionais em Inglaterra. Até ao presente (só no ano letivo de 2015/16 saíram para o mercado de trabalho os primeiros licenciados em IMR), não houve qualquer problema com o reconhecimento do grau académico e muito menos das competências dos recém-licenciados portugueses em radiologia. Muito pelo contrário, não têm conseguido impôr-se nos vários procedimentos concursais despoletados em território nacional e acabam por rumar ao RU onde são rapidamente integrados. Importa então escamotear um pouco daquilo que é a formação em terras inglesas. Existem 2 profissões distintas:

Diagnostic Radiographer. Para aceder a esta profissão é preciso frequentar o curso de licenciatura em **Radiography** que também pode ser chamado “**Diagnostic Imaging** (*BSc (Hons) Radiography (Diagnostic Imaging) provides you with the skills and knowledge to help diagnose illness by producing and interpreting images*)”.

Este curso tem a duração de 3 anos e o preço por ano ronda as 10 mil libras (<http://www.city.ac.uk/courses/undergraduate/radiography-diagnostic-imaging>).

Therapeutic radiographer: Para aceder a esta profissão é preciso frequentar o curso de licenciatura em **Therapeutic Radiography**. “*The Therapeutic Radiography BSc equips*

you with the knowledge, technical expertise and care skills needed to plan and deliver radiotherapy treatment to patients with cancer. You will learn how to use advanced radiotherapy equipment and digital technology such as CT scanners in a safe and responsible manner to target the tumour with millimetre accuracy, delivering the maximum dose with minimum impact on healthy tissue”.

Este curso tem a duração de 3 anos e o preço por ano ronda as 10 mil libras (<http://www.sgul.ac.uk/study/undergraduate/undergraduate-courses/radiography-therapeutic-bsc-hons>).

Ambas as profissões são reguladas pelo *Health and Care Professions Council* (HCPC) havendo a necessidade de re-certificação profissional de 2 em 2 anos. Durante esse período, qualquer profissional pode ser chamado por este órgão a prestar prova da formação contínua que realizou de modo a se manter atualizado (CPD). A ausência desta prova pode levar a que fiquem impedidos de trabalhar (não sejam recertificados).

Em termos de carreira, utilizam a nomenclatura por bandas, começando na *Band 5* e vai até à 9 (a *band 8* está ainda dividida em 4 níveis (8a, 8b, 8c e 8d)) (<https://www.healthcareers.nhs.uk/about/careers-nhs/nhs-pay-and-benefits/agenda-change-pay-rates>).

Portanto o mínimo no início de carreira situa-se entre 21,909 a 28,462 libras (*newly qualified radiographer*), seguindo-se os *experienced radiographers* (entre £26,302 e £35,225 (*Band 6*)). Os salários comuns para os *advanced radiographers* situam-se entre £31,383 e £41,373 (*Band 7*), e no nível de consultores pode ascender até £68,484 (*Band 8c*) (<https://www.prospects.ac.uk/job-profiles/diagnostic-radiographer>).

Para efeito de aquisição de novas competências e de progressão na carreira, valorizam muito a formação pós-graduada, sobretudo em áreas de prática avançada (TC, RM, US, ou até mesmo em Radiologia Geral). No caso específico da Radiologia Geral, uma das pós graduações mais valorizadas é a de “*clinical reporting*” (<https://www.prospects.ac.uk/job-profiles/diagnostic-radiographer> &

<https://nationalcareersservice.direct.gov.uk/job-profiles/radiographer>).

A oferta formativa a nível de mestrados inclui os mesmos nomes da formação ao nível da licenciatura *MSc Diagnostic Radiography* ou *MSc Therapeutic Radiography*, e servem essencialmente para complementar as competências ao nível da investigação e competências clínicas. Para o acesso a estes mestrados pode aceder qualquer pessoa que tenha uma licenciatura na área das ciências ou dos cuidados de saúde, e com o Mestrado passam a ser “*Radiographers*” (<http://www.derby.ac.uk/courses/postgraduate/diagnostic-radiography-msc/> & [http://www.tees.ac.uk/Postgraduate_courses/Health_Social_Care/PgDip_MSc_Diagnostic_Radiography_\(pre-registration\).cfm](http://www.tees.ac.uk/Postgraduate_courses/Health_Social_Care/PgDip_MSc_Diagnostic_Radiography_(pre-registration).cfm)

Consultadas as paginas oficiais dos organismos ingleses que regulam e certificam estas profissões concluímos que há duas profissões distintas remetendo a formação pós-graduada para áreas de competência mais muito específicas que as tornam inacessíveis a que não frequenta tais formações. Há, portanto, marcas claras de uma especialização, até agora inexistente, formalmente, em Portugal. A especialização formalmente reconhecida em território português, derivava única e exclusivamente da separação das três profissões. Encontramos referências indeléveis de que em Portugal também existe formação pós-graduada e avançada em áreas específicas e diferenciadas, formalmente sem reconhecimento burocrático visível. Decorre ainda da análise dos documentos ingleses que o aumento e conseqüente reconhecimento de competências, normalmente, traduz-se por compensação monetária. Talvez seja este um entrave à formalização do reconhecimento de um acréscimo de formação em território nacional.

Que mais se pode dizer do resto da europa? Através de observação participada verificamos que nos países escandinavos efetivamente existe uma formação conjunta para as três profissões em 210 ECTS. O último semestre ocorre após o estágio e é composto por unidades curriculares optativas para que o aluno possa orientar a sua formação no sentido que mais lhe convier. A entrada no mercado de trabalho está assegurada e é feita de forma muito lenta e integradora. Com frequência os recém-licenciados passam por

longos períodos de integração (1 ano) nos serviços que os acolhem para a vida profissional. É por esta altura que escolhem a área da radiologia, da radioterapia ou da medicina nuclear. Pudemos observar que este primeiro ano de exercício profissional é tido como uma especialização na área escolhida revestindo-se este momento de integração através de um saber exclusivamente pratico, muito centrado no fazer-fazer. A pressão e a exigência que o mercado de trabalho português e nórdico exerce sobre os novos profissionais é claramente diferente nos dois países. Em Portugal exige-se um desempenho quase imediato e autónomo. Verificámos ainda que, formal ou informalmente, é exigido aos profissionais a desempenhar funções em Portugal mais autonomia, o que remete para maior fundamentação/consolidação do saber teórico adquirido ao longo da formação teórica. Relativamente ao ensino verificamos igualmente que os planos de estudo destes países, para além de contemplarem um período de formação mais curto (menos 30 ECTS), é dado menos ênfase ao saber teórico de índole mais generalista. O número de créditos atribuídos às disciplinas, por exemplo, de física das radiações, anatomia, fisiologia ou patologia, é claramente inferior ao que acontece em Portugal. Verificamos também, embora não tenhamos estudado, que em regiões de maior proximidade entre a Suécia e a Finlândia, os primeiros deslocam-se para efetuar a sua formação na Finlândia. O mercado de trabalho é muito fechado aos nacionais, sobretudo por dificuldades em dominar, com a fluência exigida, a língua oficial. A formação nacional cobre as necessidades do país e o desemprego é praticamente inexistente.

No que concerne ao sul da europa, existe na Universidade mais antiga da europa, Universidade de Bolonha, integrado na Scuola di Medicina e Chirurgia, um curso denominado de *Laurea in Tecniche di radiologia medica, per immagini e radioterapia* que habilita para as três profissões. Salientamos que durante os três anos de curso, anualmente, há um período, relativamente alargado, de estágio (18 ECTS no 1º ano, 20 ECTS no 2º ano e 24 ECTS no 3º e último ano) (<http://www.medicina.unibo.it/it/corsi/corsi-di-studio/piano-didattico/2016/8486/000/000/88>). É uma formação muito abrangente que ocorre em 180 ECTS dos quais 62 são de estágio. Por esse motivo e pela maior abrangência do plano de estudos relati-

vamente ao modelo português, encontramos unidades curriculares e/ou módulos de UC com 1 ECTS. Relativamente ao modelo português verifica-se que a formação é mais abrangente, mas menos aprofundada, ao que constatámos na unidade hospitalar em análise, remete para debilidade no inevitável “confronto” com a hegemonia médica e a consequente disputa de território profissional. A escolha da área em que vão desempenhar a profissão, tem lugar após a conclusão do grau académico. Em todo o caso, verificámos, apesar de possuírem uma formação ligeiramente mais curta, verificamos existir maior autonomia nos profissionais italianos do que nos Finlandeses.

Reflexão e Conclusão: O modelo de ensino português em imagem médica e radioterapia - um avanço competitivo na Europa ou um retrocesso nacional em autonomia?

Desta comparação surge que o modelo português, a manter-se, é manifestamente incompleto. Não há, por enquanto, capacidade de ensino instalada, que permita diferenciar as áreas de intervenção a que se vão dedicar no futuro os recém-licenciados. Não existe formação pós-graduada como em Inglaterra e o modelo de integração através da prática parece de difícil implementação em território português, sobretudo nas instituições de saúde privadas. As instituições públicas, segundo Abrantes (2007), por contingência económicas (crise instalada em Portugal) e pela forte pressão que é exercida sobre as instituições e profissionais de saúde, não tem tempo nem espaço para períodos de integração (que acabam por ser de formação) tão longos. Em Portugal, sobretudo nos últimos anos, basicamente só se contratam profissionais de saúde já em situações de rotura. Neste cenário é difícil que os recém-contratados tenham tempo e espaço para adquirir e desenvolverem novas competências em ambiente laboral. Podemos acrescentar a esta reflexão que algumas instituições de saúde privadas de reduzida dimensão podem objetivar que ao contratar um licenciado em IMR, que ele exerça funções, com caráter rotativo, nas três grandes áreas que compõem a imagem médica e radioterapia. No entanto, não acreditamos, decalcando os modelos eu-

ropeus estudados, que este cenário seja concretizável/espectável nos organismos que depende da administração pública em Portugal. Na administração pública ou órgãos que dele dependam, de acordo com os dados recolhidos, acreditamos que os licenciados em IMR se vão distribuir e especializando em cada uma das áreas que anteriormente eram autónomas.

No que concerne ao ensino, as instituições tiveram pouco tempo para se preparar para este cenário. Ainda assim, o primeiro curso de licenciatura em Imagem Médica e Radioterapia iniciou-se na Escola Superior de Tecnologias da Saúde de Coimbra (ESTESC) no ano letivo de 2014/15. Nos anos letivos de 2015/16 e 2016/17 as restantes. Mercê dos planos de transição implementados pelas instituições de ensino e da convergência dos cursos existentes para esta “nova” área de formação, os primeiros licenciados em IMR saíram igualmente da ESTESC no ano letivo de 2015/16. É precisamente neste momento que a formação pós-graduada e avançada urge surgir/avançar. Desde Julho de 2016 que estão no mercado de trabalho profissionais que querem/necessitam de mais especialização. A falta de formação que possa diferenciar os profissionais que passaram a efetuar uma formação em três áreas distintas (obviamente com vários pontos comuns de contacto ao nível das ciências de base), quando até 2014 frequentavam um período de tirocínio de 4 anos por cada uma das áreas que agora compõem a IMR, pode constituir um grande retrocesso na sua autonomia e um retrocesso considerável no território laboral que vem sendo conquistado, paulatinamente, desde 1981 e reforçaram a partir da integração do seu ensino no ensino superior a nível do ensino superior politécnico. A hegemonia do poder médico amplamente abordado por Areosa e Carapinheiro (2008) demonstra que “as profissões em contexto hospitalar estão sujeitas a diversas regras e normas internas, legitimadas através do poder hierárquico destas organizações”. Ainda segundo Areosa e Carapinheiro “categorias profissionais do meio hospitalar pouco mais sobra do que algumas franjas de poder, situadas na periferia do poder médico e administrativo, embora esta tendência possa futuramente minimizar-se, devido às crescentes qualificações académicas das novas profissões da saúde”. Neste novo paradigma de formação em IMR mas também nas ou-

tras áreas em que se verificou o processo de fusão, importa compreender e descodificar se estamos, verdadeiramente, perante uma maior qualificação académica. Uma vez que “...as principais especificidades das categorias profissionais observadas decorrem das suas actividades singulares, social e simbolicamente valorizadas, sendo algumas destas valências detentoras de níveis de especialização muito diferenciados” (Areosa e Carapinheiro, 2008), importa não deixar que estes níveis decresçam, sob pena de comprometerem a sua valorização, dependência e autonomia face ao poder médico. De acordo com Freidson (1978) afirma que a autonomia é aquela que apresenta maior relevância para a definição da diferenciação e do poder profissional. Por outro lado, “as fontes privilegiadas de poder das profissões, além da autonomia, são o credencialismo (gatekeeping), o monopólio de conhecimento (expertise) e o saber especializado (knowledge)” (Areosa & Carapinheiro (2008). Nesta nova formação, devido à redução substancial do número de horas letivas consignadas à radioterapia, à radiologia e à medicina nuclear, face ao anterior modelo, irão comprometer também o monopólio do conhecimento e o saber especializado, a que corresponderá, inevitavelmente um decréscimo do poder da profissão. Embora o acesso a “informações, por vezes confidenciais, alarga a sua esfera de poderes profissionais” (Areosa & Carapinheiro (2008), no entanto, este tipo de poder não interfere diretamente com o monopólio de conhecimentos, pelo que, não se revela essencial para reforçar o poder da profissão relativamente às outras profissões de saúde. Nesta questão, em particular, este tipo de poder é inerente a todas as ditas profissões de saúde. Segundo Freidson (1978) o “Gatekeeping, a segunda maior fonte de poder profissional, é entendida por Freidson como o controlo institucionalizado sobre os recursos desejados, assumindo a forma do credencialismo, isto é, constitui o mecanismo que permite às profissões deter posições e controlar o acesso aos domínios da interpretação, julgamento e solução de problemas que clientes/público pretendem ver resolvidos”. É neste contexto, por enquanto ainda muito conturbado e pouco esclarecido, que a imagem médica e radioterapia vai tentando vingar, entre a ambição de não comprometer a autonomia e o poder angariado pelas formações suas antecessoras que lhe deram origem, e a fuga ao fantasma do regresso ao modelo anterior. Futuramente, face ao ex-

posto anteriormente, iremos compreendendo se o novo modelo trás alguma vantagem no ingresso do mercado laboral dos países europeus. Enquanto profissão integrada no grupo de profissões incluídas na carreira dos técnicos de diagnóstico e terapêutica, continua na procura constante de conquistar do que sociologicamente, de acordo com as correntes funcionalista e interacionista, designamos por verdadeira profissão. Esta fusão será certamente um sério revés neste caminho, que só o tempo e a história nos mostrarão com clareza ...

Referências bibliográficas

- Abrantes, A. (2007). *Gestão de uma Unidade de Tomografia Computarizada*. Dissertação de Mestrado em Intervenção Sócio-Organizacional na Saúde. Évora: Universidade de Évora.
- Abrantes, A. (2016). Qualidade e os Técnicos de Radiologia: Uma abordagem sociológica. *Desenvolvimento e Sociedade*. 1, pp. 171-183
- Amaral, A. (1998) *A rede pública de Ensino Superior: um olhar sobre o acesso*. Porto: Cipes
- Amaral, A. e Teixeira, P. (1999) *Previsão da evolução do número de alunos e do financiamento. Ensino superior, 1995 a 2005*. Porto: Cipes
- Andrade Fontes, J.F.M. (1967). De Roentgen aos nossos dias, breve apontamento histórico: A Medicina Contemporânea. *Jornal Português de Ciências Médicas*, Livraria Rodrigues, Volume LXXXV, nº1, pp. 181-211. Coimbra Médica, Volume XIII, pp. 29-48.
- Dubar, C. & Tripier, P. (1998). *Sociologie des Professions*. Paris: Armand Colin
- Evetts, J. (2014). The concept of professionalism: professional work, professional practice and learning. In S. Billett et al. (eds.), *International handbook of research in professional and practice-based learning*, Springer international Handbooks of Education, Springer Science+Business Media Dordrecht, pp. 29-56
- Freidson, E. (1994). *Renascimento do profissionalismo. Teoria, profecia e política*. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo
- Gonçalves, C. (2006). Profissões e mercados: notas de reflexão. *Forum Sociológico*, 15/16, pp. 15-32

História da Fotografia e da sua Aplicação à Medicina. consultado em 3 de Novembro de 2016 em <http://www.cadernosorl.com/artigos/13/2.pdf>

Ilustração Portuguesa, 20-2-1911, p. 239.

Johnson, T. (1972). *Professions and Power*. London: Macmillan

Johnson, T., Larkin, G. & Saks, M. (2005). *Health professions and the state in Europe*. London: Routledge

Larson, M. (1977). *The Rise of Professionalism. A sociological analysis*. London: University of California Press

Lopes, N. M. (2006). Tecnologias de Saúde e Novas Dinâmicas de Profissionalização. in Carapinheiro, Graça (Org.), *Sociologia da Saúde: Estudos e Perspectivas*, Coimbra: Pé de Página Editora

Ramalho, F. (1946). *História do Laboratório de Radiologia da Faculdade de medicina de Coimbra*.

Rodrigues, M. (1997). *Sociologia das Profissões*. Oeiras: Celta Editora

Rodrigues, M., Carvalho, H. (2004). „Entre o Público e o Privado-Associativismos Profissional em Portugal, In Freire, J. (org), *Associações Profissionais em Portugal*, Oeiras: Celta, pp. 257-298

Saks, M. (1995). *Professions and the public interest*. Londres: Routledge

Santos, J.F.M. (1966) Evolução profissional dos técnicos Portugueses de radiologia. Separata do *Boletim Clínico dos Hospitais Cívicos de Lisboa*, Volume 30, nº1-2, pp. 343-357

Torstendahl, R. & Burrage, M. (1990). *The formation of professions: knowledge, state and strategy*. London: Sage

Nota:

[1] Doutor em Sociologia, Prof. Adjunto, Escola Superior de Saúde, Universidade do Algarve | Membro do CICS.NOVA.UÉvora.

[2] Patente registada por Gunter Schmidt em 7 Julho 1970 (<https://www.google.com/patents/US3934735>)

[3] A Escola Superior de Enfermagem de Artur Ravara, instituição com mais de um século a formar profissionais, encerra uma história, um património, uma cultura, memórias, conhecimento e um legado, indelével no tempo e no espaço. É época uma das melhores e mais prestigiadas escolas de enfermagem portuguesas. Situada em Lisboa.

[4] Até esta data a tutela era bipartida entre o Ministério da Educação e o Ministério da Saúde.

[5] Escola Superior de Saúde da Universidade de Aveiro e a Escola Superior de Saúde da Universidade do Algarve são as únicas escolas de saúde que, embora pertencendo ao subsistema de ensino politécnico, estão integradas em universidades.

[6] Escola Superior de Saúde da Cruz Vermelha Portuguesa; Escola Superior de Saúde Egas Moniz; Escola Superior de Saúde Jean Piaget de Vila Nova de Gaia; Escola Superior de Saúde Ribeiro Sanches; (CESPU) Instituto Politécnico de Saúde do Norte - Escola Superior de Saúde do Vale do Ave; Instituto Politécnico de Saúde do Norte - Escola Superior de Saúde do Vale do Ave e Universidade Atlântica - Escola Superior de Saúde Atlântica.

[7] No ano letivo de 2016/17 as instituições públicas disponibilizaram para ingresso no Curso de Licenciatura em Imagem Médica e Radioterapia 231 vagas.

[8] As ordens profissionais são Associações de Direito Público. São constituídas por um ato legislativo (uma lei ou um decreto lei). Partilham do poder de administrar, do Estado. Têm poderes para disciplinar a sua classe profissional, estabelecendo as regras deontológicas e aplicando coercivamente o poder disciplinar (Lei n.º 2/2013, de 10 de janeiro- Estabelece o regime jurídico de criação, organização e funcionamento das associações públicas profissionais).

[9] Embora haja desemprego nas 18 profissões das tecnologias da saúde, algumas delas, como por exemplo a radiologia, a radioterapia e a medicina nuclear, têm ótima (quase total) empregabilidade no espaço europeu, nomeadamente no Reino Unido.

[10] Relatório disponível em [http://www.a3es.pt/sites/default/files/1o_Relat%C3%B3rio_o_GT-TR-TDT_Dez_2013_FINAL_completo_0.pdf](http://www.a3es.pt/sites/default/files/1o_Relat%C3%B3rio_GT-TR-TDT_Dez_2013_FINAL_completo_0.pdf)

[11] Sendo este documento datado de Fevereiro de 2014, refira-se que a Associação Portuguesa dos Técnicos de Radiologia, Radioterapia e Medicina Nuclear entre 2004 e 2014 teve três presidentes eleitos, Graciano Paulo, Ana Terezinha Rodrigues e Victor Alegria (que assina o parecer).

[12] ATARP — Associação de Técnicos Auxiliares de Radiografia, designação com que foi fundada a agora Associação Portuguesa dos Técnicos de Radiologia, Radioterapia e Medicina Nuclear (ATARP)