



**MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE/DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO MESTRADO EM ENFERMAGEM**

GIRZIA SAMMYA TAJRA ROCHA

HISTÓRIA E MEMÓRIA DO PROJETO LARGA ESCALA NO ESTADO DO PIAUÍ

TERESINA (PI), 2016

GIRZIA SAMMYA TAJRA ROCHA

HISTÓRIA E MEMÓRIA DO PROJETO LARGA ESCALA NO ESTADO DO PIAUÍ

Relatório final de Dissertação apresentado à banca do Programa de Pós-Graduação do Mestrado em Enfermagem da Universidade Federal do Piauí como parte dos requisitos necessários para obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Orientadora: Prof^a Dr^a Benevina Maria Vilar Teixeira Nunes.

Área de Concentração: Enfermagem no Contexto Social Brasileiro.

Linha de pesquisa: Políticas e Práticas Socioeducativas em Enfermagem.

TERESINA (PI), 2016

GIRZIA SAMMYA TAJRA ROCHA
HISTÓRIA E MEMÓRIA DO PROJETO LARGA ESCALA NO ESTADO DO PIAUÍ

Relatório final de Dissertação apresentado à banca do Programa de Pós-Graduação do Mestrado em Enfermagem da Universidade Federal do Piauí, como parte dos requisitos necessários para obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Aprovada em: _____ de _____ de 2016

Profª Drª. Benevina Maria Vilar Teixeira Nunes – Presidente
Universidade Federal do Piauí – UFPI

Profª Drª Pós-Dr. Ana Angélica Ribeiro de Meneses e Rocha – 1ª Examinadora
Programa Integrado de Pesquisa e Cooperação Técnica Família, Saúde e
Comunidade - FASA/ISC/UFBA

Profª Drª Telma Maria Evangelista de Araújo – 2ª Examinadora
Universidade Federal do Piauí - UFPI

Profª Drª Maria do Livramento Fortes Figueiredo – Suplente
Universidade Federal do Piauí – UFPI

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho a minha mãe, Rosa Tajra, pela fortaleza dos laços imensuráveis da maternidade, pela sabedoria infinita no traçar de caminhos que são envoltórios de proteção, dedicação, exemplo de vida e alma humana. Pela docilidade ao acompanhar o crescimento e desenvolvimento de um ser que precisará ultrapassar os portais da irrefutável presença das conquistas, das lágrimas e sorrisos e da persistência constante no acreditar.

Aos verdadeiros amigos, entrelaçados à minha alma com sinceridade, por laços consangüíneos ou não, com os quais participam de etapas divinas e essenciais de crescimento e aperfeiçoamento existencial, por acreditarem e dividirem comigo a felicidade desta conquista.

A todos os que contribuíram para a existência desta história.

AGRADECIMENTOS

À Deus por me proteger, guiar, iluminar e dar força.

À Universidade Federal do Piauí pela oportunidade de crescimento profissional pelo ingresso no Programa de Pós – Graduação Mestrado em Enfermagem.

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) pela bolsa de formação de pesquisador que permitiu realizar esse estudo.

A minha orientadora Dr^a Benevina Maria Vilar Teixeira Nunes, por todos os ensinamentos, apoio, compreensão, empenho e dedicação, presente desde o meu primeiro momento como pesquisadora, obrigado pela paciência e confiança, principalmente nos momentos em que tateava como um cego em terrenos áridos, pelo exemplo de dedicação à carreira e a profissão e pela valiosa contribuição para minha formação profissional.

Aos meus professores pela disponibilidade e competência para ensinar, grandes exemplos na minha caminhada na enfermagem e como pesquisadora.

Aos funcionários do Departamento de Enfermagem pela atenção e serviços prestados.

Às colaboradoras do estudo, tão pacientes e prestativas, o meu sincero agradecimento pela participação, sem a qual não seria possível a realização desse estudo.

Aos meus amigos, da vida e companheiros de turma, com os quais dividi vitórias e derrotas ao longo desse caminho, agradeço por terem me ajudado a construir essa linda e árdua história.

Aos meus familiares, irmã, sobrinhos, tios e primos muito obrigada.

RESUMO

O presente estudo é de natureza histórico-social, cujo objeto constitui-se da trajetória histórica do Projeto Larga Escala no Estado do Piauí no período de 1982 a 1996. Tem como objetivos contextualizar as circunstâncias que antecederam a criação do Projeto Larga Escala; descrever a história do Projeto Larga Escala no Piauí no período de 1982 a 1996; discutir a criação do Centro Formador de Recursos Humanos no Piauí como escola de desenvolvimento da proposta pedagógica do Projeto Larga Escala; analisar a proposta pedagógica do Projeto Larga Escala para formação de recursos humanos de nível médio em enfermagem no Piauí. Para dar sustentação teórica, foram utilizados os conceitos de história e memória na perspectiva de Le Goff (2003) e Delgado (2010), como também nos conceitos e métodos da história oral sob o ponto de vista de Merhy e Holanda (2010) e Meihy e Ribeiro (2011). A obtenção de dados foi baseada no método de pesquisa da história oral e os dados foram provenientes de fontes primárias e secundárias. A coleta dos dados foi realizada no período de janeiro a março de 2015 e teve como fontes primárias os depoimentos orais de sete colaboradoras enfermeiras que participaram do Projeto Larga Escala, na condição de professores e alunos, nos cursos de formação pedagógica e formação profissional e que aceitaram participar da pesquisa. As fontes secundárias foram constituídas por livros e artigos referentes à temática, pertinentes ao contexto histórico, político e social da época. Os resultados apontam que o Projeto Larga Escala foi desenvolvido no Estado do Piauí sob influência de determinantes políticos, sociais, econômicos e históricos que possibilitaram reflexões acerca dessa experiência na área de formação de recursos humanos em enfermagem. Esta experiência resultou em um legado histórico de integração, ensino e trabalho com perspectivas inclusivas e cidadãs com utilização de métodos ativos nesse tipo de ensino, que serve de exemplo para a atual discussão de formação de recursos humanos, principalmente em enfermagem, mas também em outras áreas. Conclui-se que os avanços e retrocessos foram características no processo de ensino de Enfermagem no Piauí, pois a implantação do ensino formal ocorreu tardiamente tendo que enfrentar desafios que impediam seu progresso e muitas vezes ocasionando o seu declínio. Tornou possível a identificação e a contribuição de Enfermeiras Piauienses pioneiras na evolução deste processo de ensino e aprendizagem da profissão, assim como a análise histórica da instalação, estruturação e aperfeiçoamento do ensino médio e superior de Enfermagem no Estado do Piauí.

Palavras chave: História da Enfermagem, Educação Profissionalizante, Educação em enfermagem.

ABSTRACT

This historical and social nature study has as object the historical development of “*Larga Escala*” Project in Piauí State – Brazil carried out between 1982 and 1996. It aims to contextualize the circumstances leading up to the creation of “*Larga Escala*” Project; to describe the “*Larga Escala*” Project history in Piauí in the period between 1982 and 1996; to discuss the Human Resources Training Center creation in Piauí as educational school development proposal of “*Larga Escala*” Project; to analyze the “*Larga Escala*” Project pedagogical proposal for training mid-level human resources in nursing in Piauí. The history and memory concepts have been used in the perspective of Le Goff (2003) and Delgado (2010), as well as the concepts and methods of oral history from the point of view of Merhy and Holland (2010) and Meihy and Ribeiro (2011), to provide theoretical support. Data collection was based on oral history research method and it came from primary and secondary sources. Data collection was performed from January to March 2015 and it had as primary sources oral testimonies from seven cooperating nurses who participated in “*Larga Escala*” Project, on teachers or students condition in teacher training courses and professional training who agreed to participate in the research. Secondary sources were constituted by books and articles concerning to the topic and appropriate to political, social and historical context. The results indicate that “*Larga Escala*” Project was developed under the influence of political, social, economic and historical determinants of Piauí State that allowed considerations about this human resources training in nursing experience. This experience became a historical legacy of integration, education and work with inclusive and citizen perspectives with the use of active methods in this kind of education, which represents an example to the current discussion on human resource training, not only in nursing, but also in other areas. It is concluded that advances and backwards were characteristics in the nursing teaching process in Piauí, because the formal education implementation occurred later having to face challenges that hindered their progress and often causing their decline. It has made possible the identification and contribution of Piauí’s pioneer nurses on the evolution of teaching and learning profession process, as well as historical analysis of installation, structuring and improvement of nursing high school and university in Piauí State.

Keywords: Nursing history, College education and Nursing education.

RESUMEN

El presente estudio de naturaleza histórico-social, posee como objeto la trayectoria histórica del Proyecto Larga Escala en el Estado de Piauí en el período de 1982 a 1996. Tiene como objetivos contextualizar las circunstancias que antecedieron la creación del Proyecto Larga Escala; describir la historia del Proyecto Larga Escala en Piauí en el período de 1982 hasta 1996; discutir la creación del Centro Formador de Recursos Humanos en Piauí como escuela de desarrollo de la propuesta pedagógica del Proyecto Larga Escala; analizar la propuesta pedagógica del Proyecto Larga Escala para la formación de recursos humanos de nivel medio de enfermería en Piauí. Para sustentación teórica, fueron utilizados los conceptos de historia y memoria en la perspectiva de Le Goff (2003) y Delgado (2010), así como también en los conceptos y métodos de la historia bajo el punto de vista de Merhy y Holanda (201) y Meihy y Ribeiro (2011). La obtención de datos se basó en el método de pesquisa de la historia oral y fueron provenientes de fuentes primarias y secundarias. Los datos se registraron en el período de enero a marzo de 2015 y tuvo como fuentes primarias las declaraciones verbales de siete colaboradoras enfermeras que participaron del Proyecto Larga Escala, en la condición de profesores y alumnos en los cursos de formación pedagógica y formación profesional que aceptaron participar en la pesquisa. Las fuentes secundarias estuvieron constituidas por libros y artículos referentes a la temática, pertinentes con el contexto histórico, político y social de la época. Los resultados apuntan que el Proyecto Larga Escala se desarrolló en el Estado de Piauí bajo influencia de determinantes políticos, sociales, económicos e históricos que posibilitaron reflexiones acerca de esa experiencia en el área de formación de recursos en enfermería. Esta experiencia resultó en un legado histórico de integración, educación y trabajo con perspectivas inclusivas y ciudadanas con utilización de métodos activos en ese tipo de enseñanza, que sirve de ejemplo para la actual discusión de formación de recursos humanos, principalmente en enfermería y también en otras áreas. Se concluyó que los avances y retrocesos fueron características del procesos de enseñanza de enfermería en Piauí, pues la implementación de la enseñanza formal ocurrió tardíamente debiendo enfrentar desafíos que impedían su progreso y muchas veces ocasionando su declino. Se tornó posible la identificación e contribución de Enfermeras Piauienses pioneras en la evolución de este proceso de enseñanza y aprendizaje de la profesión, así como el análisis histórico de la instalación, estructuración y perfeccionamiento de la enseñanza media y superior de Enfermería en el Estado de Piauí.

Palabras claves: Historia de la enfermería, Formación profesional, Educación especializada, Educación en enfermería.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	1
1.1 Contextualização do objeto de estudo	1
1.2 Objetivos	3
1.3 Justificativa e relevância do estudo.....	4
2. ABORDAGEM TEÓRICO- METODOLOGICA	6
2.1 Delineamento Teórico do Estudo.....	6
2.2 História e Memória	6
2.3 História Oral	9
2.4 Tipo de Pesquisa	10
2.5 Colaboradores do Estudo	10
2.6 Fonte e Coleta dos Dados	10
2.7 Organização e Análise de Dados.....	12
2.8 Aspectos Éticos e Legais	12
3 CAPÍTULO I: CIRCUNSTÂNCIAS QUE ANTECEDERAM A ESTRUTURAÇÃO E IMPLANTAÇÃO DO PROJETO LARGA ESCALA.....	14
3.1 Aspectos políticos, sociais e históricos relacionadas a formação de pessoal em nível médio e elementar em saúde, anteriores a criação do Projeto Larga Escala	14
3.2 O contexto de formação de nível médio em enfermagem no Estado do Piauí	20
4 CAPÍTULO II: ASPECTOS HISTÓRICOS DA CRIAÇÃO DO PROJETO LARGA ESCALA NO ESTADO DO PIAUÍ	25
5 CAPÍTULO III: O CENTRO FORMADOR DE RECURSOS HUMANOS COMO ESCOLA DE DESENVOLVIMENTO DA PROPOSTA PEDAGÓGICA DO PROJETO LARGA ESCALA.....	34
5.1 A criação do centro formador de recursos humanos e a formação de nível médio de enfermagem	34
5.2 O desenvolvimento da proposta pedagógica do projeto larga escala no Estado do Piauí.....	39
6 CONCLUSÕES	50
REFERÊNCIAS	53
APÊNDICES	
ANEXOS	

1 INTRODUÇÃO

1.1 Contextualização do objeto de estudo

A educação profissional de nível médio de enfermagem, seus aspectos históricos e os desafios a ela relacionados foi o que mobilizou a construção dos primeiros contornos do Programa de Formação em Larga Escala, na década de 1980, pois persistiam lacunas nessa faixa de formação no Brasil e pouca produção de estudos, o que dificultava a socialização e a avaliação desses projetos, bem como seu impacto na prática.

Nesta perspectiva, o Projeto de Formação de Trabalhadores para a Área de Saúde em Larga Escala, também conhecido como Projeto Larga Escala (PLE), teve início no Brasil em 1981, fruto do processo de reformulação dos serviços de saúde que visavam à extensão de cobertura para a população (GRYSCHEK; ALMEIDA; ANTUNES; MIYASHIRO, 2000).

Esse Projeto, embora não tenha se configurado como política pública e sim como estratégia de formação, promove uma experiência pedagógica que visa qualificar uma força de trabalho empregada no setor saúde sem qualificação profissional específica e excluídos do sistema formal de educação (BASSINELLO; BAGNATO, 2009).

O PLE foi construído a partir de sua implantação nos estados e o documento de sua criação inicial foi datado de 1982, denominado Recursos Humanos para Serviços Básicos de Saúde. A Formação de Pessoal de Nível Médio e Elementar pelas instituições de Saúde sistematiza a proposta do Larga Escala e indica certas estratégias que poderiam superar os processos de formação de pessoal de nível médio, anteriores a esse projeto (BASSINELLO; BAGNATO, 2009).

Nesse sentido, a proposta do projeto foi entre os setores da saúde e da educação. Desenvolvida por meio de uma modalidade de educação do sistema formal do ensino nacional, a via supletiva, estabeleceu-se como uma experiência pedagógica amparada pela Lei Federal nº 5.692/71 das Diretrizes e Bases da Educação Nacional, e teve como objetivo principal qualificar profissionalmente pessoal de nível médio e elementar que estivesse atuando nos serviços públicos de

saúde e que não tiveram oportunidade de escolarização anterior (GRYSCHEK; ALMEIDA; ANTUNES; MIYASHIRO, 2000).

A formação de pessoal de nível médio e elementar no Brasil na década de 1980 era de responsabilidade do sistema de educação representado na época da implantação do PLE; em nível federal, pelo Ministério da Educação e Conselho Federal de Educação; nos Estados, pelas Secretarias de Estado de Educação e Conselhos Estaduais de Educação com estrutura em instituição educacional específica para o setor saúde, de caráter permanente, articulada ao sistema educacional e denominada de Centros Formadores (BASSINELLO; BAGNATO, 2009).

Dessa forma, a etapa de expansão desse processo ocorreu no período de 1986 a 1988, nas unidades federadas da região nordeste. Entre elas, Piauí, Alagoas e Rio Grande do Norte foram os primeiros a adotar a experiência pedagógica do Larga Escala, inicialmente voltada à formação do visitador sanitário nas instituições onde trabalhavam (BASSINELLO; BAGNATO, 2009).

O PLE foi uma alternativa aos tradicionais cursos profissionalizantes como uma proposta de integração entre educação e trabalho a partir da metodologia problematizadora, propondo a educação como prática transformadora e o trabalho como a forma do homem produzir sua história e suas condições de existência (AGUIAR NETO; SOARES, 2004).

No Estado do Piauí, até a década de 1980, existia um contingente de trabalhadores da área da saúde sem nenhuma formação profissional e esse fato era prejudicial tanto para o setor, como também para aqueles que se inseriram no mercado de trabalho de maneira informal sem direitos trabalhistas assegurados. Eles assumiram tarefas essenciais e complexas sem valorização social e institucional e tampouco identidade para incorporar-se às organizações profissionais, além de baixíssima inserção nos planos de carreira, cargos e salários de suas organizações. O PLE teve como proposta profissionalizar esses trabalhadores e garantir-lhes a cidadania.

Destaca-se que o Piauí foi um dos Estados da Federação pioneiro na implantação do PLE. Em setembro de 1982, criou-se um grupo técnico no Departamento de Recursos Humanos na Secretaria do Estado de Saúde do Piauí

(SESAPI), o qual iniciou as articulações desta com a Secretaria de Educação, com o Conselho Estadual de Educação (CEE) e com o Departamento de Ensino Supletivo (DESU). Esta medida visou à elaboração e legitimação das propostas curriculares dos cursos de visitador sanitário, auxiliar de enfermagem, nutrição e dietética, atendente de consultório dentário e técnico em higiene dental, conforme previsto no PLE (ARAUJO, 1999).

A Enfermagem foi uma das áreas escolhidas para iniciar a profissionalização devido ao fato de existir na época um contingente de trabalhadores sem qualificação específica para o trabalho em saúde que desempenhavam. Neste sentido, o PLE teve uma importância tanto no cenário local, como no nacional e os componentes do projeto tiveram uma posição de vanguarda em implantá-lo no Estado do Piauí e dar uma contribuição na formação de recursos humanos para a área da enfermagem e da saúde.

Definiu-se como objeto do estudo **a trajetória histórica do Projeto Larga Escala no Estado do Piauí no período de 1982 - 1996 e como questões norteadoras de estudo:** Como se desenvolveu o Projeto Larga Escala no Estado do Piauí? Quais os resultados alcançados na formação de recursos humanos?

1.2 Objetivos:

- Contextualizar as circunstâncias que antecederam a criação do Projeto Larga Escala.
- Descrever a história do Projeto Larga Escala no Piauí no período de 1982 a 1996.
- Discutir a criação do Centro Formador de Recursos Humanos no Piauí como escola de desenvolvimento da proposta pedagógica do Projeto Larga Escala.
- Analisar a proposta pedagógica do Projeto Larga Escala para formação de recursos humanos de nível médio e elementar em enfermagem no Piauí.

1.3 Justificativa e relevância do estudo

O desenvolvimento deste estudo justifica-se pela necessidade de reconstruir a história do Projeto Larga Escala (PLE) no Estado do Piauí, que teve uma proposta inovadora na área de formação de recursos humanos incluídos na força de trabalho em saúde.

Ao iniciar a realização do Curso de Mestrado na Universidade Federal do Piauí, conhecia-se pouco da história do PLE e da importância das suas ideias pedagógicas. Por essa razão, surgiu a curiosidade de registrar a história dessa proposta de ensino no Estado do Piauí, principalmente porque se percebeu que na literatura existem registros sobre como o projeto ocorreu em outras realidades. Aqui no Piauí foi encontrada uma dissertação de mestrado que fez uma análise da abordagem pedagógica adotada no PLE para o desenvolvimento do processo de ensino-aprendizagem nos cursos de auxiliar de enfermagem. A partir daí percebeu-se a necessidade e a importância de também ser realizado um regaste histórico da memória desse projeto.

A motivação para realização desse estudo adveio da reflexão relacionada ao conhecimento sobre a história da enfermagem no Estado do Piauí, onde a maioria dos profissionais terminam a graduação e seguem a vida profissional desconhecendo as histórias de lutas e conquistas do passado.

Assim sendo, ressalta-se que o conhecimento sobre o passado clarifica a compreensão do presente, modifica o futuro e é prioritário que os valores históricos referentes ao PLE sejam repassados (PADILHA; BORENSTEIN, 2005).

O conhecimento histórico, além de elucidar e esclarecer os aspectos evolutivos, fornece condições para a compreensão do significado da sua cultura. A elucidação de fatos históricos ilumina e oportuniza o entendimento de lacunas e pontos obscuros que são evidenciados ao longo do tempo, possibilitando análises e reflexões acerca da memória do PLE (LE GOFF, 2003).

Por conseguinte, o PLE deixou um legado de integração entre ensino e trabalho, com perspectivas inclusivas e cidadãs por meio da utilização de métodos ativos no processo de ensino, que podem servir de exemplo para a atual discussão da formação de recursos humanos para o Sistema Único de Saúde. Apesar do

projeto ter ocorrido na década de 1980 e início de 1990 esta discussão, dada as proporções do momento, ainda é atual.

O PLE foi desenvolvido no Estado do Piauí utilizando-se para isso de determinantes políticos, sociais, econômicos e históricos vivenciados na época, que possibilitaram o emergir de novas reflexões acerca dessa proposta pedagógica na área de formação de recursos humanos, principalmente em enfermagem, mas também em outras áreas.

2. ABORDAGEM TEÓRICO- METODOLOGICA

2.1 Delineamento Teórico do Estudo

O presente estudo tem como referência teórica os conceitos de história e memória na perspectiva de Le Goff (2003) e Delgado (2010), como também nos conceitos e métodos da história oral sob o ponto de vista de Merhy e Holanda (2010) e Meihy e Ribeiro (2011).

As pesquisas históricas se desenvolveram sob o modelo da rememoração e da memorização dos grandes historiadores, que no passado davam a fórmula das mitologias, ia-se da história à memória coletiva. Já a história nova se interessa por toda atividade humana. Isto é, tudo tem uma história, ou seja, tudo tem um passado que pode ser em princípio reconstruído e relacionado ao restante desse passado (PADILHA; BORENSTEIN, 2005).

Assim, o conhecimento histórico contribui para consolidação da memória, o que torna possível questionar, intervir, analisar e interpretar as trajetórias, caminhos e fatos, indispensáveis para o progresso do conhecimento e serve para elucidar o contexto vivido e fornecer os significados, para assim resgatar esse passado.

2.2 História e Memória

A história é uma palavra de origem grega, cujo significado é procurar e investigar e nesse aspecto deve ser entendida como uma ciência em transformação, que está ligada a diferentes concepções de tempo que existem numa sociedade. Por essa razão, se constitui em elemento essencial para aqueles que pretendem compreendê-la (LE GOFF, 2003).

Com a evolução das ciências, a História também se desenvolveu, renovando-se e originando a chamada História Nova ampliando seus conceitos e sua aplicabilidade a partir do momento em que permitiu às pesquisas históricas considerar os estudos de experiências humanas, contrariando o método tradicional, excessivamente focado em documentos (LE GOFF, 1988).

A Nova História surge no sentido de construir a história a partir do olhar abrangente, preocupando-se com a memória das classes populares, sem descartar as expressões culturais das classes sociais elevadas, fazendo uma interação entre

os diversos olhares sobre um mesmo acontecimento. Essa nova forma de se discutir a história teve origem na França em 1929. Um grupo de historiadores, liderados por Marc Bloch e Lucien Febvre, criaram a Escola de Annales que ampliou o universo de fontes passíveis de serem analisadas pelo historiador da educação (LE GOFF, 1988).

Esta apresenta uma pluralidade de caminhos para se alcançar o conhecimento histórico. É difícil responder a pergunta. O que é a Nova História? Sendo um movimento que se utiliza de diversas novas abordagens para reconstruir o passado, uma verdadeira reação à história tradicional, normalmente centrada no aspecto político.

A Nova História utiliza-se principalmente da antropologia e da sociologia, assim como da história da arte e da literatura para a realização das pesquisas históricas. Passando a demonstrar o contraste entre a antiga e a nova história, em seis pontos: primeiro a história tradicional diz respeito essencialmente à política, trazendo a narração de fatos que definiam poder e organização dos grupos, enquanto que a nova história começou a se interessar por toda a atividade humana (LE GOFF, 1988).

Em segundo lugar os historiadores tradicionais pensam a história como uma narrativa de acontecimentos, enquanto que a nova história se preocupa mais com a análise das estruturas. Em terceiro, a história tradicional oferece uma história vista de cima, concentrada nos grandes feitos, nos grandes homens, já a nova história se preocupa com a história vista de baixo, com a visão de pessoas comuns integrantes da sociedade. Em quarto, a história tradicional se baseia essencialmente em documentos, a história nova baseia-se em fontes diversas, não apenas a prova documental. Em quinto lugar no paradigma tradicional o historiador quer encontrar um motivo para os acontecimentos passados, enquanto que atualmente se deve realizar diversos questionamentos e obter diversos motivos desencadeadores desses fatos (LE GOFF, 1988).

Uma sexta distinção lembra que tradicionalmente a história é vista de forma objetiva, considerando o seu conteúdo como o que realmente aconteceu, como se o historiador fosse o descobridor da verdade ocorrida no passado, trabalhando profissionalmente nesta intenção. Na História Nova o historiador apresenta-se interdisciplinar, no sentido de utilizar conhecimentos antropológicos, econômicos,

literários, psicológicos, sociológicos, dentre outros, para analisar os fatos ocorridos no passado, numa diversidade social de tipos de linguagem (LE GOFF, 1988).

Assim a pesquisa histórica, baseada na História Nova tem o propósito de demonstrar os sucessos, fracassos, ocorrências em geral ou eventos no âmbito de interesse do historiador em que são enfocados os problemas e se buscam as respostas (PADILHA; BORENSTEIN, 2005).

O conhecimento que se procura por meio da investigação histórica depende inteiramente da informação que tenha sido transmitida ao longo do tempo por aqueles que viveram o evento ou assunto que se investiga em lugar e tempo apropriado. As diversas formas de transmissão dessa informação constituem o que se conhece como fonte de informação. Os assuntos que se estuda não são parte da experiência do historiador, mas sim daqueles que testemunharam a história dos documentos escritos, filmes, fotos, gravações, obras de arte, mapas, dentre outros (PADILHA; BORENSTEIN, 2005).

Então, a concepção de história nesse estudo é compreendida na perspectiva de Le Goff (2003) como aquela que valoriza o aspecto global do processo histórico, econômico, social, político, cultural e mental e apresenta um fazer interdisciplinar que pesquisa e problematiza as relações entre o passado e o presente, valorizando o social e o cotidiano.

O conceito de memória nesse estudo baseou-se nas idéias de Delgado (2010) em que a mesma a descreve como uma construção sobre o passado apresentando-se de forma atualizada e renovada no tempo presente, como nos depoimentos orais, em que “as lembranças individuais e coletivas dialogam entre si”, ora explícitas ora veladas ou mesmo ocultadas (DELGADO, 2010. p16).

A busca da reconstituição e preservação da história e memória desse projeto é determinante para a análise de informações sobre a proposta pedagógica do PLE. Torna-se fundamental a sua contribuição para o ensino de Enfermagem, assim como os direcionamentos e as condições de desenvoltura deste projeto, que fomentou reflexão dos fatos que ocorreram no passado.

2.3 História Oral

A história oral foi produtora de conhecimento a partir do século XIX e é considerada um procedimento metodológico que busca, pela construção de fontes e documentos, registrar a partir de narrativas induzidas e estimuladas, testemunhos, versões e interpretações sobre a história em suas múltiplas dimensões: factuais, temporais, espaciais, conflituosas e consensuais. Tornando-se o registro de depoimentos sobre uma história vivida. É um procedimento, um meio um caminho para produção do conhecimento histórico (DELGADO, 2010).

A História Oral surgiu como uma possibilidade para a obtenção e o desenvolvimento de conhecimentos. A partir da criação de fontes inéditas ou novas, tem sido discutida e valorizada no meio acadêmico e vem sendo aplicada às mais diversas áreas, como a das ciências humanas e biológicas com sucesso (LUCHESE; LOPES, 2011).

A História oral temática, já não se preocupa com todas as experiências vividas pelo entrevistado. Portanto. Esse estudo tem fundamentação metodológica na história oral temática, pois os fatos relativos ao objeto desse estudo foram elucidados por personagens ainda presente em nosso convívio social.

É um recurso atual usado para a elaboração de registros, documentos, arquivamento e estudos referentes à experiência social de pessoas e de grupos. É sempre uma história do tempo presente, reconhecida como história viva. É uma prática complexa que articula a memória viva com os documentos existentes (MEIHY; HOLANDA, 2010).

A entrevista em historia oral é pautada em um determinado tema central, vivido ou sabido pelo entrevistado, por partir de um assunto específico e preestabelecido, se compromete com o esclarecimento ou opinião do entrevistado sobre algum evento definido. Assim alguns fatos relativamente contemporâneos puderam ser elucidados por personagens ainda presentes em nosso convívio (MEIHY; HOLANDA, 2010).

2.4 Tipo de Pesquisa

O presente estudo é de natureza qualitativa, com abordagem histórico-social. Estudos desta natureza permitem compreender o movimento de contradições da realidade e problematizar as relações entre o passado e o presente.

2.5 Colaboradores do Estudo

Os colaboradores do estudo foram sete enfermeiras que participaram do PLE, na condição de professores e alunos, nos cursos de formação pedagógica e formação profissional. Foram localizados por uma variante da técnica de bola de neve (snowballtechnique), na qual a amostra é definida por meio de referências feitas por pessoas que compartilham ou conhecem outras que possuem as características de interesse da pesquisa.

Foram realizadas também pré-entrevistas por meio de contatos com os colaboradores do estudo por telefone, pessoalmente e/ou e-mail, oportunidade em que se explicou o projeto, convidando-as a participar do estudo. Em seguida, foram marcados os encontros para as entrevistas, respeitando-se a disponibilidade de cada um quanto ao dia, horário e local.

2.6 Fonte e Coleta dos Dados

Este estudo utilizou fontes primárias que se constituíram de fontes orais, produzidas a partir de depoimentos das colaboradoras do estudo. A coleta dos dados ocorreu nos meses de janeiro, fevereiro e março de 2015. Aquelas receberam a denominação de colaboradoras, por ser essa a recomendação feita nos estudos na perspectiva da história oral.

Os depoimentos foram gravados em MP3 digital, transferidos em seguida para o computador para que não se perdessem, por tratarem-se de relatos importantes. Foram utilizadas também fontes escritas, que são as publicações sobre o tema. Neste contexto, na história oral, a entrevista se desenvolve em um processo de conversação entre o pesquisador e o narrador e é a maneira mais difundida e utilizada para a coleta de dados.

A história oral tem cinco momentos principais para sua realização: 1- elaboração do projeto; 2- gravação; 3- estabelecimento do documento escrito e sua

seriação; 4- sua eventual análise; 5- arquivamento e devolução social. (MEIHY; RIBEIRO, 2011).

A gravação define-se como o instante da materialização do documento inicial, o momento de contato real com as fontes orais e os entrevistados. Esse momento inclui a pré-entrevista, que é o período que antecede a entrevista. Nessa ocasião ocorreu um entendimento preparatório, para que as pessoas entrevistadas tivessem conhecimento do projeto e do âmbito de sua participação. Meihy e Ribeiro (2011) enfatizam que deve ser informado ao depoente a pessoa que o indicou.

As entrevistas foram realizadas utilizando-se uma ficha contendo dados de identificação e um roteiro (APÊNDICE A) semiestruturado para que cada entrevistado se organizasse em relação ao seu depoimento, cujo foco foi a trajetória histórica do Projeto Larga Escala no Piauí.

A pós-entrevista é a etapa posterior à realização da entrevista, caracterizada por agradecimento, com o propósito de estabelecer a continuidade dos procedimentos metodológicos. Passada esta primeira etapa, seguiu-se para a confecção do documento escrito, que compreendeu a textualização, transcrição, validação e autorização para uso e publicação (MEIHY; RIBEIRO, 2011).

A transcrição, etapa subsequente à entrevista, se caracteriza pela passagem da gravação oral para o texto escrito digitado. As entrevistas devem ser transcritas na íntegra e retiradas certas expressões, como vícios de linguagem, sem prejudicar o sentido da frase. É considerada uma etapa demorada, que requer, para cada hora de gravação, pelo menos cinco horas para a sua realização integral. Esta compreende a textualização, que consiste em suprimir as perguntas existentes e construir o texto na perspectiva do entrevistador (MEIHY; RIBEIRO, 2011).

A textualização ocorreu a partir da definição de palavras-chave que demonstraram a frequência das situações vivenciadas numa sequência lógica das ideias dos entrevistados. O momento em que o aprimoramento da textualização ocorre é através da interferência do autor do texto, a qual é refeita várias vezes e deve obedecer aos acertos combinados com o entrevistado que vai legitimar o texto no momento da conferência (MEIHY; RIBEIRO, 2011).

Por fim, tem-se a etapa de validação. Autorização para uso e publicação, que compreende a fase final da confecção do documento na qual o entrevistador

valida o texto após os ajustes, a conferência e a substituição de termos, de modo a resultar numa melhor clareza e precisão no texto.

Após a realização de cada entrevista, elas foram ouvidas pela colaboradora, que confirmou o seu discurso. Posteriormente, cada entrevista foi transcrita na íntegra e o texto final foi devolvido ao entrevistado para ser validado e, então, assinado o termo de cessão de direitos autorais (APÊNDICE B) para que possa ser publicado.

A conferência dos depoimentos foi realizada por meio eletrônico e com uma das colaboradoras foi realizada por meio de um novo encontro, estabelecendo prazo para devolução. A construção e a narração da memória do passado, tanto coletiva quanto individual, constituem um processo social ativo que exige ao mesmo tempo empenho e arte, aprendizado com os outros e vigor imaginário (MEIHY; HOLANDA, 2010).

Após a apresentação do estudo, as entrevistas gravadas em DVD, juntamente com a transcrição textual devidamente autorizada pelas colaboradoras, serão entregues ao Grupo de Estudos em Educação e História da Enfermagem e Saúde, vinculado ao Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Piauí.

2.7 Organização e Análise de Dados

Nesta fase articulam-se todas as informações coletadas nas entrevistas, visto que a análise na história oral deve revelar toda a extensão que a narrativa percorre para consolidar-se.

A análise foi realizada levando em consideração as falas, ideias, sentimentos, pensamentos e ações vivenciados pelos entrevistados. Inicialmente, foram extraídas as evidências dos depoimentos de acordo com o tema proposto, agrupando-as em dois lados e comparando-as em uma sequência cronológica de acontecimentos para a análise temática sobre a criação, implantação e a proposta pedagógica desenvolvida pelo PLE no Piauí.

2.8 Aspectos Éticos e Legais

O estudo obedeceu aos preceitos éticos estabelecidos pela Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) do Ministério da Saúde, que dispõe

sobre a pesquisa envolvendo seres humanos (BRASIL, 2012). Os colaboradores assinaram o termo de consentimento livre esclarecido (TCLE) (APÊNDICE C), após serem esclarecidos sobre os objetivos e procedimentos utilizados.

O projeto foi submetido ao Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal do Piauí – UFPI, que apresentou parecer favorável por meio CAAE nº 39544514.90000.5214 em 14/12/14 (ANEXO A).

A dissertação encontra-se dividida em Introdução; Abordagem Teórico- Metodológica; mais três capítulos e a Conclusão. Na introdução do trabalho, apresentamos a importância da realização do estudo e a relevância de sua escolha e os objetivos. Na abordagem teórico-metodológica, o sustentáculo metodológico utilizado. No primeiro capítulo realizamos uma retrospectiva histórica sobre a literatura pertinente aos aspectos políticos, sociais e históricos que antecederam a criação e implantação do PLE, o contexto da formação dos trabalhadores de nível médio de enfermagem e a contribuição de Enfermeiras Piauienses pioneiras na evolução do processo de ensino, assim como no âmbito histórico e profissional do ensino de Enfermagem no Estado do Piauí.

No segundo capítulo relatamos e discutimos a instalação e estruturação do PLE no Piauí bem como seus aspectos históricos, sociais e políticos.

No terceiro capítulo apresentamos alguns marcos importantes relacionados a formação da força de trabalho em nível médio de enfermagem e os aspectos que favoreceram a criação, instalação e estruturação do Centro Formador de Recursos Humanos do Piauí, bem como os seus avanços e retrocessos, discutimos e apresentamos a proposta pedagógica do PLE e como se deu o seu desenvolvimento a nível local.

Por último, apresentamos a conclusão, que revela as contribuições para implantação e consolidação do PLE, o alcance das lutas empreendidas e a configuração desse projeto em âmbito local.

3 CAPÍTULO I: CIRCUNSTÂNCIAS QUE ANTECEDERAM A ESTRUTURAÇÃO E IMPLANTAÇÃO DO PROJETO LARGA ESCALA

Nesta parte do texto discorreremos sobre a literatura pertinente aos aspectos políticos, históricos e sociais da formação de recursos humanos para área da saúde que antecederam a estruturação e implantação do PLE e a contribuição de Enfermeiras Piauienses pioneiras na evolução do processo de ensino, assim como no âmbito histórico e profissional do ensino de Enfermagem no Estado do Piauí, tendo em vista que estas circunstâncias contribuíram para situar o objeto desta pesquisa neste contexto histórico.

3.1 Aspectos políticos, sociais e históricos relacionadas a formação de pessoal em nível médio e elementar em saúde, anteriores a criação do Projeto Larga Escala

As questões referentes à formação do pessoal de nível médio em saúde, que estão relacionadas à realização desse estudo e sua pertinência, advêm do fato histórico e cultural de frequentemente na saúde os trabalhadores de nível técnico serem considerados atores coadjuvantes no processo de trabalho; particularmente, os da área de enfermagem.

Dessa forma, em 1950, a Lei nº 2604/55, sobre o exercício da enfermagem, estabeleceu que exerceriam a enfermagem no país os profissionais auxiliares de enfermagem, os práticos de enfermagem ou enfermeiros práticos, sob a supervisão de enfermeiros ou médicos. Assim, as atribuições desses profissionais de nível médio eram todas as atividades da profissão, exceto as de competência exclusiva dos enfermeiros, que eram as seguintes: direção de serviços de enfermagem nos estabelecimentos hospitalares e de saúde pública; participação no ensino e direção de escolas de enfermagem e de auxiliares de enfermagem; participação em bancas examinadoras de práticos de enfermagem (KLETEMBERG et al , 2010).

Historicamente, na prática de enfermagem, a realidade era de ingresso de trabalhadores não qualificados, sem ensino formal, os quais dependiam de treinamentos em serviços por parte dos médicos e enfermeiros, quando estes estavam presentes. Assim sendo, em 1958, a ABEN publicou o “Levantamento dos Recursos e Necessidades de Enfermagem no Brasil” mostrando que a composição

da força de trabalho em enfermagem, nos anos de 1956 e 1957, era de 4831 enfermeiros, 1982 auxiliares e 36118 atendentes de enfermagem, caracterizando um quantitativo de recursos humanos insuficientes e desproporcionais em relação às categorias de enfermagem (BRASIL, 2006).

Enquanto isso, as pressões corporativas dos setores empresariais privados ligados à produção de bens e serviços no campo da saúde aumentavam, voltando-se para ampliação da produção médico-hospitalar, particularmente aquelas voltadas para atender a nova estrutura da previdência social, necessitando-se cada vez mais de mão de obra no setor saúde (MATTA; FERREIRA; SILVA, 2014).

As principais tendências evidenciadas pelo comportamento da força de trabalho em saúde no Brasil ao longo dos anos de 1970 tiveram a expressão das necessidades e dos interesses sócio-políticos e econômicos desse período, quando o Brasil enfrentou o momento político de ditadura militar. Estava em curso o “milagre econômico”, no qual a estrutura de atenção à saúde era excludente e destinada a quem tinha carteira de trabalho assinada ou podia pagar pelos serviços (BARONE; BASTOS; MATOS, 2015).

Desse modo, nos anos de 1966 a 1974, ocorreu o período conhecido como “milagre econômico”, em que os postos de trabalho em saúde voltaram-se para as atividades hospitalares e evoluíram de 150.123 vagas para 303.908, significativamente maior que o crescimento do emprego na economia como um todo. Aumentou, assim, o peso de empregos desqualificados nas atividades hospitalares, particularmente de atendentes de enfermagem que passaram de 32.137 vagas para 85.541, com um incremento anual de 13,02% (MÉDICI, 1986).

Paralelamente, desenvolveu-se uma proliferação da rede hospitalar privada, que abriu um novo espaço para a atuação da enfermagem, ao mesmo tempo em que surge a necessidade de um maior número de trabalhadores com preparo específico para o exercício da profissão. Este modelo de saúde passou a demandar uma quantidade de profissionais de nível superior, técnico e auxiliar indo de encontro à ineficácia do aparelho formador de técnicos de nível médio em saúde; pelo menos até meados dos anos 1970, em que existia a hegemonia dos profissionais universitários, particularmente dos médicos, e dos profissionais desqualificados, em especial atendentes, na dinâmica empregatícia do setor (MEDICI, 1986).

A ampliação dos profissionais de nível médio e elementar cumpriu, em parte, a lógica de desenvolvimento do setor terciário da economia brasileira, absorvendo, com baixos salários, seus trabalhadores relativamente desqualificados.

Neste contexto, ocorreu ainda uma deterioração das ações de prevenção, com dificuldades de acesso ao saneamento básico, trabalho, renda, entre outros. Ainda, um crescimento desordenado do setor privado, num movimento de expansão do modelo capitalista com introdução de novas tecnologias e absorção de mão de obra barata e desqualificada para prestação de serviços de saúde (PEREIRA; FORTUNA; MISHIMA; ALMEIDA; MATUMOTO, 2009).

As políticas sociais das décadas de 1970 a 1980, além de servirem de suporte à queda dos níveis de vida urbanos, foram importantes canais de legitimidade ideológica do Governo, na medida em que buscavam satisfazer demandas reprimidas da população por melhores níveis de educação, saúde e habitação (MEDICI, 1986).

Tais medidas contribuíram para absorção de novos empregos e criação de demanda efetiva por novos capitais que se deslocavam para esses setores. Nesse sentido, no final da década de 1970, surgiram incentivos para a criação de cursos técnicos em várias áreas da economia nacional, com a inserção do país na divisão internacional do trabalho e a necessidade de desenvolvimento acelerado (DANTAS; AGUILLAR, 1999).

Nesse contexto, a enfermagem se desenvolveu sob a influência da reforma do ensino médio e da reforma universitária, as quais propiciaram a revisão do currículo mínimo dos cursos, paralelamente à expansão dos cursos técnicos de enfermagem e a fixação dos currículos de enfermagem de primeiro e segundo graus (DANTAS; AGUILLAR, 1999).

A Lei nº 5.692/71 fixou as diretrizes e bases para o ensino de primeiro e segundo graus, possibilitando a reforma do ensino secundário, que estabeleceu como objetivo geral proporcionar ao educando a formação necessária ao desenvolvimento de suas potencialidades, como elemento de autorealização, qualificação para o trabalho e preparo para o exercício constante da cidadania. Ao dispor sobre o ensino supletivo, estabeleceu como finalidade suprir a escolarização regular de adolescentes e adultos, proporcionando estudos de aperfeiçoamento ou

atualização para aqueles que tinham seguido o ensino regular no todo ou em parte (DANTAS, 2015).

Por conseguinte esta lei surge como forma de solução educacional, cujo os fundamentos e características são mais desenvolvidos e explicitados em dois outros documentos: o Parecer do Conselho Federal de Educação nº 699, publicado em 28 de julho de 1972, de autoria de Valnir Chagas, que tratou especificamente do Ensino Supletivo; e o documento “Política para o Ensino Supletivo”. O Parecer nº 699 foi considerado como o maior desafio proposto aos educadores brasileiros na Lei 5.692, em que o Ensino Supletivo visou se constituir em “uma nova concepção de escola”, em uma nova linha de escolarização não-formal, pela primeira vez assim entendida no Brasil (HADDAD; DI PIERRO, 2000).

Dessa forma surgiram as condições para realização do PLE no qual seu regimento, aprovado pelo sistema educacional, garantiu: ensino multiprofissional, centralização dos processos de administração escolar, descentralização da execução curricular, utilização de profissionais de nível superior da rede de serviços como instrutores e acesso de pessoal empregado e ou em vias de admissão, como alunos (BASSINELLO; BAGNATO, 2009).

As políticas de emprego e recursos humanos em saúde passaram a privilegiar, a partir de 1976, a formação e capacitação de pessoal de nível técnico e auxiliar sem qualificação superior voltado para atender às necessidades da rede ambulatorial e não mais dos hospitais públicos e privados que haviam absorvido grande parte dos recursos humanos em saúde nos anos anteriores (MEDICI, 1986).

As principais discussões e propostas políticas desenhadas na década dos anos de 1970 foram: Plano de Pronta Ação (PPA), em 1974, como uma iniciativa que viabilizou a expansão da cobertura em saúde e desenhou uma clara tendência de fortalecimento da proposta de universalização da atenção à saúde. Nesse ponto, vale ressaltar que a política de saúde brasileira ainda estava conformada com padrões meritocráticos de direito à saúde. Tinha o direito à assistência médica no Instituto Nacional da Previdência Social (INPS) apenas o trabalhador vinculado ao instituto e seus dependentes. Os serviços do INPS não eram os únicos a prestarem assistência médica, mas certamente eram os que obtinham maior investimento e recursos. Além disso, havia, nessa lógica, uma concentração dos serviços de assistência próxima aos centros urbanos de produção, deixando uma parcela

significativa da população sem opção de acesso. A proposta de universalização da saúde significava a extensão desse direito a toda a população, independente de contribuição previdenciária. Assim, era garantido a todo cidadão o direito à assistência integral de saúde, sem qualquer tipo de discriminação (SOUTO; OLIVEIRA, 2016).

Cabe ressaltar que a instituição do Sistema Nacional de Saúde (SNS), em 1975, foi constituída como primeira proposta nacional de configuração de um sistema de saúde, enfrentando a questão de se ter uma política única para a saúde que tomasse o território nacional e definisse as diretrizes de uma política. Outra proposta que obteve bons resultados, principalmente para a região nordeste, foi o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (PIASS), definido em 1976, com o propósito de estender serviços de atenção básica à saúde no nordeste do país, reconhecendo a necessidade de definir propostas para além dos centros urbanos e de ampliar o acesso à saúde em todo o território nacional (SOUTO; OLIVEIRA, 2016).

O PIASS foi instituído inicialmente para a Região Nordeste do país, no período 1980 a 1985, objetivando a estruturação de unidades de saúde pública em comunidades de até 20 mil habitantes, com utilização ampla de pessoal de nível auxiliar recrutado nas próprias comunidades a serem beneficiadas, para a execução de um conjunto de práticas sanitárias relacionadas ao meio ambiente e domiciliar e à atenção individual. Surge num contexto de regime de exceção, como expressão de uma proposta de cobertura de extensão e de interiorização das ações de saúde e de saneamento, projetando na figura do auxiliar de saúde um conjunto de atividades que englobavam a prevenção de doenças transmissíveis, a educação para a saúde, ações de saneamento básico e o atendimento de doenças mais frequentes (BRASIL, 1979).

Previa também o desenvolvimento da regionalização dos serviços de saúde e sua articulação com unidades de maior hierarquia para atendimento mais especializado, utilização de tecnologia adequada às necessidades de saúde e saneamento prevalentes nas populações a serem beneficiadas a partir de métodos operacionais de baixo custo. Conseqüentemente, eles possibilitariam maior cobertura, desenvolvimento de mecanismos que viabilizassem ampla participação da população em todas as fases do Programa e desativação gradual de unidades

itinerantes de saúde a serem substituídas por serviços básicos de caráter permanente (BRASIL, 1979).

Dessa maneira, para que houvesse uma mudança efetiva no modelo de atenção, existia a necessidade de profissionais comprometidos com as novas práticas; não se tratava da adaptação de padrões de excelência, mas de profissionais que pudessem superar o paradigma dominante no campo da saúde, atendendo ao novo “chamamento” do setor (ROSA; LABATE, 2005).

Convém enfatizar que verbas do próprio programa PIASS estavam destinadas para serem utilizadas na formação de recursos humanos de auxiliares e técnicos de enfermagem na Capital de cada Estado do Nordeste, inclusive com preparo para assistência ao parto normal e à saúde da criança. O Programa previa aproveitar o pessoal que já estivesse inserido nos setores de trabalho, porém, podiam evoluir, empregando no futuro pessoal com formação regular.

Enquanto isto ocorria no contexto internacional em setembro de 1978, aconteceu uma Conferência em Alma-Ata sobre Cuidados Primários de Saúde, com a proposta de atenção primária em saúde, como estratégia para ampliar o acesso, de forma a atender com igualdade de condições todos os membros ou segmentos da sociedade até o ano 2000. Priorizava-se a promoção e a prevenção da saúde, com profissionais cuja formação e desempenho fossem, não somente clínicos, mas com percepção epidemiológica e social para se relacionar com o indivíduo, a família e a sociedade (BRASIL, 2001).

Como consequência das ideias difundidas, ocorreu um aumento no número de escolas de enfermagem de nível superior e o crescimento dos empregos em saúde permaneceu elevado, no período de 1976 a 1980. Assim, no Brasil, em 1983, 74,1% dos técnicos de enfermagem haviam completado o curso regular e 24,3% tinham sido submetidos a exame de suplência; quanto aos auxiliares, 78% tinham concluído o curso regular e 15,9% fizeram o exame de suplência (DANTAS; AGUILLAR, 1999).

Mas, em ambos os casos, esses programas geraram condições necessárias para que a força de trabalho em saúde passasse a se inserir, cada vez mais, em estabelecimentos cuja atividade principal era a prestação de serviços de saúde. A composição dos profissionais de saúde apresentou alterações substanciais, os

profissionais de nível médio e elementar apresentaram crescimento do pessoal de enfermagem (MEDICI, 1986).

Assim, ainda na década de 1970, especificamente em 1975, um grupo de trabalho do Ministério da Saúde (MS), com a assessoria da Organização Pan - americana de Saúde (OPAS) e com apoio e destaque das ideias de Izabel Santos, enfermeira Sanitarista, ex-consultora nacional da OPAS e precursora do Projeto Larga Escala, iniciou uma discussão em torno de alternativas para o enfrentamento da desqualificação desses trabalhadores que já faziam parte dos serviços de saúde (ARAÚJO, 1999).

Destaca-se que as discussões e a implantação do Projeto Larga Escala antecederam o processo Constituinte da década de 1980, que nasceu como uma alternativa política-pedagógica para formação dos trabalhadores da área da saúde trazendo transformações para prática.

3.2 O contexto de formação de nível médio em enfermagem no Estado do Piauí

No início da década de 1940, no Estado do Piauí, foi inaugurado o Hospital Getúlio Vargas (HGV), considerado uma instituição de grande porte para os padrões da época. Nesse momento, identificou-se que faltavam recursos humanos de enfermagem qualificados para atuar nessa instituição, desencadeando a necessidade da criação de uma escola de enfermagem para atender não só ao HGV, mas também aos demais serviços de saúde tanto na capital Teresina, como no interior (VILAR; BORGES; SANTOS, 2008).

Dessa maneira, os serviços de saúde do Piauí, ao contrário do que ocorria nos Estados economicamente mais desenvolvidos, não conheciam o trabalho da enfermeira. Nessas instituições existiam apenas atendentes de enfermagem, que eram capacitadas no próprio serviço. Com a instituição do HGV, tornou-se visível a necessidade dos serviços de enfermagem, já que o regimento do hospital previa a contratação de profissionais de enfermagem no quadro de pessoal (NOGUEIRA, 1996).

Semelhante ao HGV, outras instituições de saúde passavam pelo mesmo problema, como aconteceu ainda na mesma década de 1940, quando as ações de

combate à tuberculose no Piauí foram implantadas e também não havia profissionais de enfermagem para assumir o serviço (OLIVEIRA; NUNES; FARIAS 2011).

Ainda em meados de 1940, parte das profissionais de enfermagem que existiam na capital eram da congregação religiosa Irmãs de Caridade de São Vicente de Paulo, o que demonstrava a influência religiosa da Igreja católica na área de saúde, que contava com o apoio dos governantes. Essa congregação mostrava seu engajamento no projeto de expansão do ensino de enfermagem, especialmente na Região Nordeste e o Piauí foi incluído entre esses Estados (NOGUEIRA, 1996).

O trabalho inicial das irmãs vicentinas no HGV consistiu em diagnosticar a situação existente no hospital, por meio do qual se pôde confirmar que as necessidades do serviço de enfermagem estavam centradas na capacitação de pessoal. A chegada da Irmã Abrahide Alvarenga, enfermeira formada pela Escola de Enfermagem Anna Nery, na turma de 1942, representou um momento importante na enfermagem piauiense. No ano de 1956, foi superiora de enfermagem no HGV e introduziu diversas mudanças no hospital, estimulando as profissionais a trabalharem para o desenvolvimento da Enfermagem (SANTOS *et al.*, 2005).

Além de promover a qualificação da assistência de Enfermagem no referido hospital, ciente da necessidade de auxiliares de enfermagem em todo o Estado, Irmã Abrahide impulsionou a criação, em 1958, da Escola de Auxiliares de Enfermagem Maria Antoinette Blanchot, fato que representou um marco na formação dos trabalhadores de enfermagem do Piauí e também influenciou a criação da Associação Brasileira de Enfermagem – Seção Piauí (ABEn – PI) (NUNES; SANTOS, 2009).

Nesse sentido, com o apoio recebido, a Irmã Abrahide apresentou o plano de criação da escola à diretoria do HGV e à Presidência da Associação São Vicente de Paulo e, no dia 28 de junho de 1958, foi fundada a primeira escola de auxiliar de enfermagem no Piauí, autorizada a funcionar pela Portaria Ministerial nº. 94/1959, inaugurando um novo ciclo da enfermagem no Piauí (VILAR; BORGES; SANTOS, 2008).

Na primeira turma foram matriculados 32 alunos, os quais concluíram o curso em sete de janeiro de 1962. Após a conclusão desse primeiro grupo de auxiliares de enfermagem, a escola cresceu e se consolidou no cenário piauiense,

formando um contingente de atendentes de enfermagem que trabalhavam no HGV, como também de outras pessoas que desejavam se tornar profissionais da enfermagem (VILAR; BORGES; SANTOS, 2008).

Cabe ressaltar que o curso de auxiliar de enfermagem impulsionou a qualificação de um contingente de pessoal despreparado, que atuava na rede de serviços de saúde e, com isso, coadjuvou o processo de institucionalização da Enfermagem moderna no Piauí.

O curso de Auxiliar de Enfermagem tinha uma duração de 11 meses e funcionava nos turnos da manhã e da tarde, em caráter intensivo, com o objetivo de qualificar rapidamente o maior número de pessoas, sendo inclusive chamado de curso intensivo de auxiliar de enfermagem a escola não era gratuita. Assim, os alunos pagavam uma mensalidade para custear parte das despesas, havendo várias formas de pagamento, a saber: parte dos alunos inseridos no mercado de trabalho pagava com o fruto do seu trabalho, enquanto outra parte conseguia bolsas por meio de hospitais particulares e da própria escola (VILAR; BORGES; SANTOS, 2008).

Aqueles alunos que não podiam arcar com a mensalidade a escola oferecia um auxílio em forma de bolsa, com o comprometimento de reembolsar essa quantia para a escola quando estivessem trabalhando. A Secretaria de Saúde do Estado colaborava com a escola anualmente investindo uma quantia, sendo que, para receber esta subvenção do governo, a escola preparava todos os anos, um plano de aplicação contendo as despesas básicas da escola (VILAR; BORGES; SANTOS, 2008).

Desse modo, foi possível disponibilizar para alunas carentes bolsas integrais em parte custeadas pela escola e pelos recursos do Estado, que forneciam também os campos de estágio para as estudantes, facilitando-lhes a entrada nos hospitais públicos.

Outra parte dos recursos advinha periodicamente da Congregação São Vicente de Paulo, cuja quantia servia para a manutenção da casa e da alimentação. Essa Congregação dispunha de religiosas enfermeiras, com formação profissional em outros centros, as quais ministravam aulas na escola Maria Antoinette Blanchot, sendo, por muito tempo, as principais professoras da instituição (VILAR; BORGES; SANTOS, 2008).

Assim, em 12 de maio de 1978, por meio da resolução 19/78, foi aprovada a transformação dessas em Escola Técnica em Saúde Maria Antoinette Blanchot. Dessa forma, tornou possível uma parceria com o Programa Intensivo de Preparação de mão de obra (PIPIMO), que apresentou um pacote com normas e verbas destinadas aos cursos, contribuindo para a melhoria do funcionamento da instituição, o pagamento de professores e a aquisição de materiais e equipamentos (NUNES; BAPTISTA, 2004).

Ao refletir sobre esse tempo e esse momento histórico, ressalta-se a importância da Escola Auxiliar de Enfermagem Maria Antoinette Blanchot para a enfermagem piauiense. Cabe reconhecer também o esforço e o trabalho das irmãs de caridade e das primeiras enfermeiras nesse processo de formação, que contribuiu para a melhoria e visibilidade da enfermagem.

Até 1979 a escola matriculou 954 alunos, sendo que 178 deles evadiram-se, 649 concluíram o curso e 127 estavam em formação. A capacidade de formação de alunos foi aumentando e, de 1958 a 1963 concluíram 58 alunos; de 1964 a 1968, formaram-se 118; de 1959 a 1973, foram 178 e, de 1974 a 1978, 295 alunos. Desses, a maioria, cerca de 81,6%, eram piauienses; 10,1% maranhenses; 4,9% cearenses e 3,4% pertenciam a outros estados (VILAR; BORGES; SANTOS, 2008).

As lutas das enfermeiras pioneiras para viabilizarem seus projetos políticos, cujos méritos hoje estamos usufruindo, além de permitirem o repensar da profissão na interface do contexto social em que atuamos, também revelam-nos quais as forças sociais que nos diferentes contextos históricos possibilitaram a enfermagem avançar ou recuar, tornar-se ou não sujeito das transformações da profissão (NUNES; SANTOS, 2009).

Pode-se observar que a formação dessa categoria, em termos numéricos, ainda não era considerada suficiente para atender a demanda do setor saúde do estado. Considerando a polaridade da força de trabalho em saúde nessa década de 1970, representada pela concentração na categoria do médico, profissional qualificado; e por outro lado o atendente de enfermagem, trabalhador que não possuía qualificação para a função que exercia, surgiu uma preocupação em âmbito nacional para tentar superar este problema.

Assim, a proposta de Formação em Larga Escala que plantou sementes em vários Estados Brasileiros, teve início no Piauí em 1982 com dois objetivos básicos: promover mecanismos de promoção profissional do pessoal auxiliar através da formação por via supletiva e contribuir para melhoria da qualidade dos serviços, através do processo de integração ensino e serviço.(ARAÚJO,1999).

Por meio desse projeto ocorreu um arranjo na formação de recursos humanos para a saúde no estado do Piauí, particularmente na área de enfermagem, que teve avanço significativo em relação aos outros períodos da história.

4 CAPÍTULO II: ASPECTOS HISTÓRICOS DA CRIAÇÃO DO PROJETO LARGA ESCALA NO ESTADO DO PIAUÍ

Para situar o objeto deste estudo, é necessário esclarecer o contexto histórico brasileiro e piauiense que envolve o movimento de inserção do PLE no Estado do Piauí, uma vez que os acontecimentos não se dão de forma isolada no espaço e sim permanecem ladeados e influenciados pelo contexto político, econômico, social e de saúde, o que facilita o entendimento do objeto deste estudo.

No que se refere ao campo de recursos humanos em saúde, as ações de cooperação foram, prioritariamente, desenvolvidas pelo Programa de Cooperação Técnica em Desenvolvimento de Recursos Humanos, formalmente constituídos na segunda metade da década de 1970, na esteira de outro programa denominado Programa de Preparação Estratégica de Pessoal em Saúde (PPREPS), realizado em parceria entre a OPAS e o governo brasileiro (CASTRO, 2008).

As ações desses programas situam-se no âmbito da gestão e da educação para o trabalho e foram desenvolvidas sob a forma de consultoria, desenvolvimento de tecnologia e apoio na execução de cursos, dentre outras ações. O leque de atividades desses Programas foram extenso, múltiplos e as ações desenvolvidas por este setor têm dimensões técnicas e políticas que envolvem, muitas vezes, diversos interesses institucionais (CASTRO, 2008).

A contratação de uma equipe de consultores nacionais para compor o grupo assessor principal do PPREPS, constituiu um marco na história do Programa de Desenvolvimento de Recursos Humanos da OPAS. Assinale-se que desde meados dos anos 1960, a sede da Organização Panamericana de saúde em Washington havia designado um consultor internacional de recursos humanos para o Brasil. Contudo, o que se destacou neste momento foi a composição de um grupo de brasileiros contratados para desenvolver um projeto do Governo brasileiro sediado no escritório da OPAS. Esta seria a primeira equipe do hoje conhecido como Programa de Desenvolvimento de Recursos Humanos Representação da OPAS no Brasil e romperia com a tradição da Organização em não contratar funcionários nacionais para atuar no próprio país (CASTRO, 2008).

Entre os frutos do PPREPS, destaca-se o surgimento dos Núcleos de Desenvolvimento de Recursos Humanos nas secretarias estaduais de saúde de todo o país. Estes núcleos vieram a se tornar os embriões das atualmente chamadas coordenações de recursos humanos das secretarias municipais e estaduais. Todavia, essas nomenclaturas mudaram para departamento, diretoria ou superintendência de recursos humanos, nas distintas secretarias estaduais e municipais de saúde.

Pode-se dizer que o Projeto Larga Escala foi fruto do PPREPS, se entendido que o surgimento do PLE tem base em dois problemas diagnosticados e dimensionados por ocasião do PPREPS: a insuficiente capacitação da força de trabalho em nível médio e elementar e a sua relação com os riscos que a população corria ao serem submetidos a um atendimento realizado por pessoas sem a devida qualificação para a função (CASTRO, 2008).

Portanto, em 1981, numa parceria entre os Ministérios da Saúde, Educação e OPAS, foi criada a proposta de formação em larga escala de pessoal de nível médio em saúde, com uma estratégia que visava “qualificar e habilitar”, por via supletiva, com avaliação do processo pessoal de nível médio e elementar ligado na força de trabalho ou em processo de admissão (ARAÚJO, 1999).

Tal proposta passou a responder pela denominação de “Projeto Larga Escala” e foi implantada em alguns estados do Brasil em um processo que por um lado permitiu seu aperfeiçoamento ideológico e metodológico e de outro demonstrou pertinência como solução para problemas de formação de pessoal de nível médio para o setor da saúde.

O Projeto Larga Escala não foi elaborado de forma isolada, porém, foi fruto de movimentos ocorridos no sistema de saúde cujas transformações passaram a exigir a construção e recriação contínuas das práticas e dos conteúdos dos cursos destinados à preparação da força de trabalho do setor da saúde.

Nesse aspecto, o contexto de saúde no Brasil, no início dos anos 1980, foi caracterizado pela política de extensão da cobertura de serviços de saúde, pela organização dominante da assistência médica privatista financiada pelo setor público da área e pelo enorme contingente de pessoal leigo prestando assistência à saúde da população. Em 1981 foi assinado um acordo interministerial comprometido com a

qualificação profissional dos trabalhadores já incorporados pelos serviços de saúde e também com a capacitação pedagógica de técnicos de nível superior da área, denominado Programa de Formação em Larga Escala (ALMEIDA, 2000).

Ressalta-se que a OPAS Representação do Brasil, apesar de não ser uma instituição de ensino, teve, por meio do seu Programa de Cooperação em Desenvolvimento de Recursos Humanos, um relevante papel na formulação e execução de projetos de educação que contribuíram para a construção do campo de Recursos Humanos nas instituições públicas de saúde do Brasil.

Para concretizar essa proposta de trabalho que contou com as lideranças de Izabel Santos (enfermeira), Ena de Araújo Galvão (pedagoga) e assessoria técnica da OPAS: Maria Cristina Davini (educadora), Maria Thereza de Freitas Grandi (pedagoga), Roberto Passos Nogueira (médico), do Ministério da Saúde: Geraldo Lucchesi (farmacêutico e bioquímico), Hortência Hurpia de Holanda (educadora) e Miriam Braga de Sousa (socióloga), foram criados grupos de trabalhos e elaboradas propostas pedagógicas e estruturais a serem encaminhadas aos Conselhos Estaduais de Educação (BASSINELLO; BAGNATO, 2009).

Izabel dos Santos, precursora e criadora do PLE, foi docente de Enfermagem em Saúde Pública, na Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Pernambuco, de 1965 a 1974 e após este período consultora da OPAS. Nesse sentido, o Projeto Larga Escala nasceu a partir da luta, do trabalho incansável e do sonho de profissionalização dessa enfermeira que incorporou o desafio de criar uma escola útil para o aluno trabalhador que foi excluído dos bancos escolares formais, uma escola que tem como princípio primordial a inclusão (CASTRO; SANTANA; NOGUEIRA, 2002).

Ressalta-se que a pedagoga Ena de Araújo Galvão também muito trabalhou em prol desse empreendimento, sobretudo no tocante à fundamentação pedagógica e institucionalização dos cursos e junto com Izabel dos Santos assessorou o grupo responsável pelo desenvolvimento do projeto (BASSINELLO; BAGNATO, 2009).

A pedagoga Maria Thereza de Freitas Grandi e a educadora Hortência Hurpia de Hollanda, também contribuíram para a orientação e elaboração dos regimentos internos dos Centros Formadores de Recursos Humanos e da

elaboração do primeiro currículo que se destinava ao curso de visitador sanitário (BASSINELLO; BAGNATO, 2009).

Nesse contexto, o estado do Piauí foi um dos primeiros a implantar essa experiência pedagógica, as depoentes do estudo reportam-se a essa época:

(...) naquela época o Dr Carlaly Guerra de Macedo que é Piauiense ele era Presidente da OPAS, então quando se tinha um projeto pronto se perguntava, começa por onde? Não tinha dúvida pelo Piauí, então o projeto realmente começou pelo Piauí, Rio Grande do Norte e Alagoas, ele avançou bastante aqui no Piauí, deu o ensaio também pelo Ceará, então naquela época o que aconteceu, eu estava na Secretaria Estadual de Saúde e por ser do Ministério da Saúde, eu fui inserida não só na execução do projeto aqui, mas desde a confecção dele lá em Brasília juntamente com o grupo da OPAS e um grupo de enfermeiros que foram unidos naquela época para isso(...) (Maria Vieira, 2015).

(...) O projeto Larga Escala era um projeto de formação de pessoal de nível médio e elementar em enfermagem. Ele surgiu da necessidade de se qualificar a força de trabalho de enfermagem e mais que isso profissionalizar, porque a época era grande o contingente de atendentes de enfermagem no país e aqui no nosso estado seguia exatamente o panorama do país e existia o maior número de atendentes de enfermagem do que de auxiliares e técnicos, então era necessário profissionalizar todos, porque o atendente não existia como profissão, então daí surgiu essa necessidade de formação em Larga Escala por isso que o nome do projeto era Projeto de Formação de nível médio e elementar em Larga Escala (...) (Telma Evangelista, 2015).

(...) Larga Escala surgiu como proposta de qualificação da, digamos assim mão de obra de enfermagem, que na época tinha um percentual muito grande de atendentes de enfermagem e que a proposta do Ministério era qualificar essa mão de obra já contratada, já presente nos serviços de saúde através de um programa de profissionalização a princípio era uma qualificação, é formação do atendente para auxiliar de enfermagem e posteriormente com uma complementação de carga horária (...) (Zulmira Lúcia Oliveira Monte, 2015).

Diante do exposto, cabe ressaltar a contribuição das enfermeiras do estudo no tocante à ênfase na necessidade de formação local da força de trabalho de enfermagem. Também se destaca a força da articulação política em ter um membro do estado, como cita a depoente, referindo-se ao então presidente da OPAS, Dr Carlaly Guerra de Macêdo, facilitando, assim, as articulações para a inserção do

projeto no Estado do Piauí. Logo, essa foi um das maneiras encontradas para superar a dívida do sistema educacional com seus profissionais, como também uma tentativa de melhorar a qualidade da assistência prestada à população.

Assim, a proposta pedagógica do PLE pressupunha primeiramente uma capacitação de instrutores, supervisores, condição básica para o desempenho da função docente no projeto. Essa capacitação pedagógica concretizou-se num curso organizado por profissionais do Ministério da Saúde e pela OPAS, destinado aos técnicos da equipe de saúde envolvidos no projeto de formação do pessoal auxiliar, com conteúdo constituído por textos e exercícios a respeito das características das propostas pedagógicas utilizadas no ensino formal e nos serviços, esquemas de assimilação, características do processo de aprender, dentre outros aspectos abordados (ALMEIDA,2000).

Os discursos que seguem, expressam como ocorreu essa capacitação nesse primeiro momento, como ilustram os depoimentos:

(...) As primeiras capacitações pedagógicas foram para o grupo da Secretaria de Saúde, que coordenava ia supervisionar e acompanhar a nível das diretorias essa capacitação, nós fomos fazer uma capacitação em Brasília que foi a princípio o grupo da Secretaria de Saúde e uma enfermeira de cada uma das quatro Diretorias Regionais que foram selecionadas para iniciar, se não me falha a memória foi a diretoria Regional de Barras, Campo Maior, Piripiri e Corrente, me parece que foi, então fomos nós a equipe da secretaria de saúde umas quatro pessoas, foi uma enfermeira de cada uma dessas secretarias, sei que foi um grupo grande(...)(Zulmira Lúcia Oliveira Monte, 2015).

(...) quando surgiu o projeto, ai nós passamos a desenvolver, então a princípio fomos fazer todo o levantamento, dos atendentes de enfermagem que existiam contratados pela secretaria de saúde e que atuavam em todo estado, não me lembro agora quantitativamente, mas eram muitos, tanto em nível de unidade de saúde, de unidade básica, dos chamados postos de saúde, unidade mista de saúde, até nos hospitais, de pequeno, de médio e de grande porte, tanto da capital como do interior, mas a princípio os ligados a secretaria de saúde, porque tinham outros ligados as secretarias municipais que foram capacitados, ou seja, o Piauí elegeu quatro diretorias regionais das doze, quatorze diretorias regionais que existiam na época para iniciar com este processo(...)(Zulmira Lúcia Oliveira Monte,2015).

(...) foram capacitados enfermeiros do nível central que era aqui secretaria de saúde, nesse tempo não existia a figura do Centro

Formador, era só secretaria de saúde, então foram capacitados profissionais da secretaria de saúde e de algumas unidades de saúde aqui de Teresina (...) (Zulmira Lúcia Oliveira Monte, 2015).

A depoente reporta-se aos primeiros passos de desenvolvimento do projeto, que foi a participação nas primeiras capacitações realizadas em Brasília, na qual fizeram parte o grupo de enfermeiras que já trabalhavam na Secretaria de Saúde do Estado e que faziam parte do setor de Recursos Humanos e iriam coordenar o processo de implantação do projeto no estado. Elas ficaram com a missão de participar para repassar aos demais instrutores/supervisores escolhidos e convidados para o PLE posteriormente.

Nesse primeiro momento de articulação do projeto só existia a Secretaria de Saúde do Estado do Piauí (SESAPI), com a presença da Diretoria de Recursos Humanos, a qual era responsável por todas as atividades que envolvessem recursos humanos. Essa experiência da SESAPI permaneceu por dois anos, inicialmente com o curso de visitador sanitário, nos moldes preconizados pelo PLE (ARAÚJO, 1999).

Diferentemente das experiências anteriores desenvolvidas pelas instituições de saúde com vistas à qualificação dos trabalhadores recém-admitidos, o PLE não se caracterizou como um mero processo de treinamento. Ele constituiu efetivamente na formação de um grande número de trabalhadores que não necessitariam de afastamento do serviço, e que utilizaram como corpo docente os próprios profissionais dos serviços na qualidade de instrutores e supervisores (ALMEIDA, 2000).

O PLE propunha-se a contemplar, no mesmo espaço educativo, os três elementos essenciais: o ensino supletivo, o treinamento em serviço e o reconhecimento da habilitação profissional pelo sistema educacional. A seguir, pode-se observar o depoimento ressaltando o compromisso do projeto e a sua proposta pedagógica sob perspectivas progressistas:

(...) ele não foi um projeto feito de qualquer jeito a toque de caixa, ele foi muito bem pensado desde o final da década de 1970 que ele estava sendo mentalizado, elaborado por uma grande enfermeira que esse país já teve, ela trabalhava no Ministério da Saúde, ela foi consultora da OPAS, essa enfermeira se chamava Izabel Santos e ela trouxe para trabalhar junto com ela também uma grande pedagoga, uma pessoa da área de Didática que era professora Ena

Galvão além da Ena Galvão ela trouxe profissionais de outras áreas de infectologia de Saúde Pública para também assessorar na produção desse curso na formatação desse curso, mas ela realmente foi uma grande mentora (...) (Telma Evangelista, 2015).

Assim, a construção do Projeto Larga Escala no Piauí agregou-se a atores que trouxeram novos valores e novos saberes, encontros e trocas. O compromisso político foi pensado a partir da formação desse grupo que militava por uma educação contra as injustiças e as desigualdades socioculturais.

A sua realização implicou responsabilidades multi-institucionais e multisetoriais, mediante a articulação de programas e atividades desenvolvidas pelo Ministério da Educação, através das Secretarias Estaduais de Educação, pelo Ministério da Saúde e Secretarias Estaduais de Saúde, que participaram ativamente da implantação do PLE em seus aspectos pedagógicos, técnicos e administrativos, além de promoverem a supervisão e avaliação de todo o processo (BRASIL, 1983).

O PLE não era um projeto estruturado e sim um movimento, como considerava Izabel Santos, uma ideia concebida, desenvolvida e implementada por partes. Em cada estado ou região foi se desenvolvendo conforme os limites e possibilidades de cada realidade loco-regional ou pela situação nacional, das macrorregiões do país ou até mesmo pela realidade particular de uma experiência educacional de características inovadoras (BASSINELLO; BAGNATO, 2009).

A parceria com o Ministério da Educação e Cultura (MEC) ocorria pela participação de especialistas da educação, em especial em ensino supletivo, no auxílio/elaboração de metodologias e estratégias pedagógicas para a profissionalização de adultos. A etapa inicial (capacitação pedagógica) do PLE, em cada unidade federativa da União, seria custeada pelo MEC. Uma vez implantada a proposta, a garantia de financiamento caberia ao estado através das secretarias de saúde, sendo que o Piauí não fugiu a essa regra (BITTAR, 2009).

Após as primeiras discussões e articulações para consolidação do PLE no estado, o grupo de enfermeiras que fazia parte da Diretoria de Recursos Humanos da SESAPI, que recebeu as primeiras capacitações pedagógicas em Brasília ficou com a missão de reproduzir essa capacitação no estado. Assim, teve início o que seriam os princípios teóricos do projeto que possibilitariam a formação em serviço,

dos profissionais já engajados nos serviços de saúde para serem os instrutores/supervisores, proporcionando a capacitação desses sujeitos para o desenvolvimento do projeto, como podemos observar nos relatos:

(...) a primeira atividade foi com a capacitação pedagógica para todos os profissionais que iam se engajar nessas primeiras turmas de formação nessa etapa inicial, então nós fizemos uma capacitação pedagógica de duas semanas que foi conduzida pela enfermeira Izabel Santos, mas havia também outras pessoas que eram voltadas para área didática e aí todos os profissionais que realmente iam iniciar o trabalho e se engajar no Larga Escala tiveram que fazer essa capacitação(...)(Telma Evangelista,2015).

(...) nós aqui em Teresina fomos reproduzir essa capacitação, nessa oportunidade que a gente fez aqui em Teresina, o pessoal do Ministério veio para cá e nos ajudou a desenvolver essa capacitação porque ela foi feita assim duas três vezes, mas na primeira vez vieram esses técnicos do Ministério que nos auxiliaram aqui nessa reprodução dessa capacitação (...) (Zulmira Lúcia Oliveira Monte, 2015).

(...) Izabel veio para fazer as primeiras capacitações, veio Izabel e veio outro rapaz também, muito bom defendia tranquilamente, e eles foram para Barras treinar, os primeiros treinamentos em Barras foram com a presença da Izabel, chamamos o pessoal que trabalhava que já era da rede e participou do treinamento, o treinamento era programado em várias etapas e eles estavam nos primeiros momentos, nas primeiras turmas (...) (Marideia, 2015).

(...) Bom, aí nós fizemos à primeira capacitação pedagógica em 82, junho de 82, eu estava nessa capacitação pedagógica, aonde vieram pessoas, já havia tido capacitação pedagógica em Brasília, antes de mim, quando eu me agrupei essas pessoas já tinham sido formadas, eram treinadas para vir ajudar na capacitação aqui no estado, e aí nós fomos um grupo grande de enfermeiros que foi submetido, daqueles municípios que foram escolhidos para serem contemplados no larga escala (Enoia Dantas, 2015).

Os depoimentos reportam que nessas primeiras reproduções das capacitações houve a participação da mentora do projeto Izabel dos Santos e mais alguns participantes desse grupo. Fica clara a preocupação em acompanhar de perto o seu desenvolvimento, configurando-se como uma proposta comprometida com a capacitação das equipes de trabalho.

Outro destaque que as depoentes foram enfáticas é o tempo dessas capacitações, destacando que levavam algumas semanas para a realização:

(...) Então a capacitação pedagógica ela aconteceu em duas semanas, depois é que a gente reduziu para uma semana, mas no primeiro momento foram duas semanas (...) (Enoia Dantas, 2015).

A prática inicial do Projeto Larga Escala percebeu a necessidade de buscar alternativas que permitissem a utilização plena, como instrutor, dos profissionais de nível superior empregados na rede. Para o exercício coerente da função docente, de acordo com a proposta metodológica, fazia-se necessário prepará-los segundo os princípios desta proposta.

Desse modo, foi concebido um programa de capacitação pedagógica inicial, que através da reflexão crítica da prática pedagógica, buscou construir uma forma de atuar na formação desses trabalhadores. A partir desta capacitação, a própria prática como instrutor se encarregou de consolidar uma nova forma de ensinar e assim os membros da equipe estavam instrumentalizados para desenvolver a proposta.

5 CAPÍTULO III: O CENTRO FORMADOR DE RECURSOS HUMANOS COMO ESCOLA DE DESENVOLVIMENTO DA PROPOSTA PEDAGÓGICA DO PROJETO LARGA ESCALA

Nesse capítulo discutiremos sobre a escola de formação de nível médio e elementar, (Centro Formador de Recursos Humanos) criada a partir do Projeto Larga Escala, onde foi possível sistematizar as funções do processo de ensino e a proposta pedagógica do PLE, a qual foi inovadora no âmbito da educação formal, instituída por aqueles que enfrentaram a tarefa de elaborar e aplicar um currículo para a formação profissional que integra trabalho e ensino.

5.1 A criação do centro formador de recursos humanos e a formação de pessoal nível médio de enfermagem

As articulações de criação do PLE no Piauí foram realizadas pela Secretaria de Saúde do Estado do Piauí representada pela Diretoria de Recursos Humanos e somente em 1984 foi criado o Centro Formador de Recursos Humanos Carlyle Guerra de Macêdo. Para fundação deste centro no Piauí existiu um projeto político de âmbito nacional voltado para a área de desenvolvimento de recursos humanos e a indiscutível atuação de alguns profissionais do MS e da OPAS, bem como a junção de condições políticas articuladas por um piauiense que ocupava posição de Diretor da OPAS na época, o médico Carlyle Guerra de Macêdo, unindo a vontade política das autoridades gestoras da saúde na esfera estadual com os esforços de profissionais engajados na reconstrução da rede (ARAÚJO, 1999).

Dessa forma, o Centro Formador de Recursos Humanos no Piauí foi estruturado no local onde funcionava a antiga Escola de Auxiliar de Enfermagem Maria Antoniette Blanchot. O terreno foi cedido legalmente do estado para as irmãs de caridade na época da construção da escola de auxiliar de enfermagem na década de 1950 e com o fechamento da mesma o prédio foi devolvido ao governo do estado para que fosse instalado esse Centro (ARAÚJO, 1999). Uma das depoentes reporta esse episódio:

(...) então começamos a fazer a reforma do Centro Formador para ser escola, nós fizemos um auditório, organizamos o centro formador com salas de aula. Mas na verdade as salas de aula aqui elas funcionavam muito mais para os cursos de qualificação dos instrutores supervisores, para área da enfermagem. Os cursos de

auxiliar de enfermagem eram descentralizados, a formação acontecia nos municípios como: Oeiras, Picos, Valença (...) (Enoia Dantas, 2015).

(...) criamos o centro formador em 1984, daí ele recebeu o nome de Carlyle Guerra de Macêdo, Centro Formador Calyle Guerra de Macêdo, porque ele era na época o presidente da OPAS, ele é Piauiense, e a OPAS financiava o projeto, principalmente a parte de consultoria toda era da OPAS e quem bancava a ida da gente para lá, tudo era o Ministério da Educação, tinha dinheiro, quem sustentava tudo isso era um grande projeto que a gente tinha, que era um projeto no BNDS (...) (Enoia Dantas, 2015).

O Centro Formador funcionava de forma descentralizada, pois os cursos se desenvolviam nos demais municípios do estado obedecendo aos princípios do PLE em que o ensino profissionalizante não devia restringir-se à sala de aula, mas estender-se ao local de trabalho do aluno, diferenciando-se estruturalmente de uma escola convencional; somente a coordenação e escrituração escolar eram centralizadas (ARAÚJO, 1999).

Tendo em vista essa modalidade de ensino proposta pelo PLE era difícil o entendimento com o Conselho Estadual de Educação para aprovação da proposta pedagógica que se queria implantar, porque havia uma incompreensão dessa forma de ensinar, que era totalmente inovadora. O depoimento da colaboradora ilustra o momento em que o Departamento de Ensino Supletivo (DESU) expressava dificuldades para entender à condução do processo metodológico do PLE:

(...) o centro formador surge a partir da necessidade de se ter uma escola que desse conta de legitimar o processo de formação e o processo de qualificação dos enfermeiros ou outros profissionais que seriam os professores, e o Departamento de Ensino Supletivo (DESU) não compreendia, era uma loucura(...) (Enoia Dantas, 2015).

Somente após dois anos de sua criação o Centro Formador foi autorizado a funcionar pelo Conselho Estadual de Educação por meio do Parecer nº 140/86. Nesse espaço de tempo foi realizado entendimento com o Conselho para a compreensão da proposta pedagógica do PLE, principalmente pelo Departamento de Ensino Supletivo (DESU). A experiência do PLE foi iniciada com os cursos de visitador sanitário apesar de terem sido extintos antes de serem concluídos, em

1988, sendo posteriormente adaptados para auxiliar de enfermagem (ARAÚJO, 1999).

Os cursos de visitador sanitário eram preparados pelas instituições de saúde. Estes realizavam ações de atenção primária, incluindo o cuidado às pessoas, medidas simples de saneamento básico, trabalhos com a comunidade. A estratégia inicial de formação de visitadores sanitários era adequada à realidade que se vivia de expansão da rede de atenção primária a saúde, visto que tal profissional, como parte integrante da equipe de enfermagem, era legitimado e reconhecido pela sociedade, atuante na área de saúde pública. As categorias de técnico e auxiliar de enfermagem, no período citado atendiam a área hospitalar (BASSINELLO; BAGNATO, 2009).

Desse modo, a construção do Centro Formador serviu para a realização de um ambiente de legitimação e formação do conhecimento com o significado de democratizar o ato de aprender e ensinar previsto nos pressupostos do PLE. Este efetivou-se entre as décadas de 1980 e 1990, embora as políticas públicas no âmbito da formação profissional não tenham colaborado para incentivar a ampliação do projeto, pois foi justamente nessa época que as políticas neoliberais se ampliaram no país, por meio de medidas implantadas no governo de Fernando Collor de Mello.(BITTAR, 2009).

A fase inicial do PLE em cada estado foi toda custeada pelo MEC mediante dotações especiais de suporte financeiro. Depois de implementada a proposta, a continuidade de aporte financeiro deveria ser fornecida pelas secretarias de estado e é nesse momento que surge os desafios para estruturação e adequação da proposta do PLE no centro formador como destaca a depoente:

(...) E aí foi quando acabou o dinheiro do Ministério da Educação. As lutas para estruturar o espaço do processo de formação, que foi a partir da desapropriação aqui em Teresina da Escola Maria Antoniette Blanchot, que era das irmãs Vicentinas, elas fecharam a escola em 1982, e aí o terreno como tinha sido feito uma doação do Estado, volta para o mesmo (...) (Enoia Dantas, 2015).

O PLE dependia muito da adesão política dos estados. Seus avanços foram alcançados paulatinamente, os entraves e as dificuldades no percurso foram muitas

vezes inevitáveis e culminaram na descontinuidade da proposta motivada por mudanças de governo:

(...). Foi exatamente isso, porque ele mexia com toda uma estrutura de organização política vigente e todo um sistema de economia vigente. E o Ministério da Saúde não deu essa condição, porque o primeiro dinheiro, o primeiro montante era muito dinheiro, vinha do Ministério da Educação e não do Ministério da Saúde, e aí quando o dinheiro foi esgotando não se teve como bancar, porque era caríssimo, desde a história das concentrações descentralizadas, como do processo de dispersão que era sustentado por supervisores da capital, a gente era quem descia, tinha que ter carro (...) (Enoia Dantas, 2015).

(...) Depois que o dinheiro acabou, é que então ficaram apenas os cursos aqui da capital que foi quando então a capital acordou e começou a formar pessoal auxiliar de enfermagem, por conta da lei que forçava a história da profissionalização, mas no interior esbarrou mesmo, quando o governo do Mão Santa entrou, que foi o primeiro governo do Mão Santa, que aí foi em 1990(...) (Enoia Dantas, 2015).

A implantação e desenvolvimento do PLE no estado foi uma proposta inovadora, porém, com uma lentidão processual dependendo totalmente das possibilidades e condições de desenvolvimento que lhes eram dadas.

Desse modo, o desenvolvimento do trabalho do Centro Formador no Piauí ocorreu em um clima de dificuldades, junto com as mudanças políticas ocorridas no Estado após os períodos eleitorais; quando mudavam os governadores, os secretários e os profissionais que ocupavam cargos administrativos ou técnicos nas instituições, alterando a dinâmica da Secretaria Estadual de Saúde (SESAPI) e em particular a do Centro Formador, que sofreu algumas alterações, sobretudo, no que se refere ao seu corpo administrativo e de instrutores, que ficou completamente desfalcado, culminando com o seu fechamento em 1999 (ARAÚJO, 1999).

(...) O fim do projeto partiu da secretaria, na época que as coisas foram se acabando, foram esfriando e o projeto foi deixado de lado, eu fui transferida em 1989, então assim na época que a gente já estava nesse período de transição de transferência, e teve algumas confusões, teve umas perseguições políticas (...) (Solange Pimentel).

(...) Quando foi na gestão seguinte do Mão Santa, que ele ganhou dois períodos, ele resolveu acabar com a escola para criar a faculdade de medicina, tudo que a gente tinha enquanto escola foi jogado de qualquer forma, aquelas turmas que estavam tentando se

formar, tiveram grande dificuldades porque o que era de secretaria escolar foi tudo dispensado, foi jogado em lugares que ninguém encontrava mais(...) (Enoia Dantas, 2015).

A partir de fevereiro de 1999, toda a estrutura do Centro Formador foi colocada à disposição da Universidade Estadual do Piauí (UESPI), passando a funcionar como Faculdade de Ciências Médicas do estado, iniciando com os cursos de medicina e fisioterapia não só a estrutura física, mas também todos os equipamentos e demais recursos materiais pertencentes ao Centro formador que foram tombados pela UESPI (ARAÚJO, 1999).

Com a desativação, os funcionários do Centro Formador foram remanejados para os diversos departamentos da SESAPI, onde receberam nova portaria de lotação. Muitos trabalhadores de enfermagem ainda se encontravam no meio do processo de formação, as instrutoras continuaram a desenvolver os cursos, porém, sem nenhuma garantia dos alunos receberem a certificação.

(...) a escola ficou sem nenhum tostão, a gente começou a trabalhar sendo pago pelos próprios municípios, nesse tempo a Enoia já era até coordenadora da escola, por exemplo: os municípios que queriam uma turma de auxiliar de enfermagem, o próprio município pagava a escola, pagava os professores, ficou mais caro, mais raro e sem ajuda, aporte financeiro do estado, o próprio estado resolveu tomar a escola, transformou a escola em faculdade de medicina (...) (Conceição de Maria Rodrigues Santos, 2015).

Apesar das dificuldades e das limitações enfrentadas pelo Centro Formador de Recursos Humanos no desenvolvimento dos seus cursos de auxiliar de enfermagem, ele representou um marco importante para a enfermagem piauiense e contribuiu sobremaneira para a redução do número de trabalhadores de saúde sem qualificação específica, em especial os trabalhadores da enfermagem dos serviços de saúde do Piauí.

A influência das idéias pedagógicas desenvolvidas no PLE deixaram um legado na formação de Recursos Humanos para a saúde, que continuam até os dias atuais nas propostas de formação em serviço e educação permanente, no âmbito do Sistema Único de Saúde.

5.2 O desenvolvimento da proposta pedagógica do projeto larga escala no Estado do Piauí

A proposta pedagógica do PLE foi viabilizada por meio do currículo integrado, que funcionava como um plano pedagógico que “articulava dinamicamente o trabalho e ensino, a prática, teoria, ensino e a comunidade” e adaptava-se aos padrões culturais das estruturas sociais (BRASIL, 1989).

Para desenvolver os módulos do currículo integrado inicialmente instrutores e alunos se reuniam em algum local cedido pelas Regionais de Saúde, para realizarem o momento denominado de concentração, onde passavam uma ou mais semanas, dependendo do módulo, para realizar as discussões teóricas e teórico-práticas e posteriormente aconteciam as dispersões, momento em que os alunos retornavam aos seus locais de trabalho para desenvolver o que aprenderam e ao mesmo tempo os supervisores eram distribuídos para os municípios com objetivo de acompanhá-los, avaliá-los e na mesma oportunidade organizar os serviços de saúde em que se encontrava aquele aluno trabalhador, como podemos observar nos depoimentos:

(...) era uns três meses que a gente passava indo semana sim e semana não para lá, para o interior, não era intensivo, ele era modulado, então eu fui tutora isso foi pela década de 1982, por aí assim exatamente 1982 para 1983, na época em que eu fiquei mais envolvida e nos trabalhávamos em lugares cedidos pelas próprias regionais de saúde, às vezes era sala de aula no colégio, num centro social ou dentro do próprio hospital. Em Campo Maior tinha um Centro de Treinamento muito bom (...) (Conceição de Maria Rodrigues Santos, 2015).

(...) os cursos já estavam acontecendo de forma descentralizada, porque essa era a lógica, o curso foi modulado onde a gente passava, duas semanas em concentração na sede da Diretoria Regional, que também culminou com a questão da Regionalização e depois a gente dispersava, a dispersão era aquele momento em que a equipe de supervisores da capital descia para supervisionar os locais por exemplo: Barras tinha gente que vinha de Luzilândia, gente que vinha de Esperantina, gente que vinha de Batalha e a supervisão era feita com Enoia indo para Luzilândia, ver como o aluno estava cumprindo as tarefas da dispersão(...) (Enoia Dantas, 2015).

O currículo integrado foi a iniciativa mais apropriada para atender às necessidades da integração ensino-serviço na formação de pessoal de nível médio e

elementar pelas instituições de saúde. Este procurava articular trabalho e ensino, assim como a prática e teoria, adaptado a cada realidade (BASSINELLO; BAGNATO, 2009).

O Projeto Larga Escala tinha como principal finalidade promover a formação profissional de trabalhadores de saúde de nível médio e elementar em serviço. Funcionou também como estratégia de reformulação dos serviços de saúde, visando à implantação de uma rede básica de unidades de saúde, que priorizava as populações rurais e periféricas das grandes cidades (ALMEIDA, 2000).

Dessa forma, assumiu-se o compromisso de profissionalizar trabalhadores adultos no ambiente de trabalho, utilizando uma metodologia condizente com os pressupostos do PLE, como menciona as colaboradoras do estudo:

(...) nós não podíamos trazer os atendentes para a capital, porque não podia parar o serviço, porque ou bem ou mal já funcionava: curativo, injeção, vacina, algumas vacinas, já aconteciam no interior essa metodologia se previa não só o ensino do aluno, mas, sobretudo a organização do serviço, o serviço se organizava na medida em que o auxiliar ou o visitador sanitário ia sendo formado (...) (Enoia Dantas, 2015).

(...). Por exemplo: num módulo que a gente descobria que para romper a cadeia precisava se esterilizar, mas o município de Batalha não tem autoclave, não tem estufa, não tem nada. Então qual é o meio mais simples de se esterilizar? Painel de pressão, então nós vamos montar todos os serviços menores com painel de pressão. Painel de pressão de cinco litros, todas tinham que ter um tripé, e nós descíamos para ensinar como montar pacotes de curativo para esterilizar nessa painel e etc (...) (Enoia Dantas, 2015).

Cabe mencionar que existia uma lentidão nos processos de formação em razão dos cursos serem desenvolvidos em concomitância com a implantação dos serviços de saúde, como uma estratégia para fortalecer o princípio de integração ensino-serviço, considerando que implantar serviços demanda infraestrutura adequada, recursos humanos, financeiros, materiais, tempo e assim os processos de formação tornaram-se demorados (ARAÚJO, 1999).

A proposta de currículo do PLE era organizada por áreas compostas por unidades didáticas que possuíam características próprias, articulando, de forma ativa, ensino e serviço, prática e teoria, ação-reflexão-ação, processo de trabalho

como princípio educativo; respeitavam as características do educando e do serviço, refletia sobre o trabalho e elaborava propostas de mudanças. Esses processos foram viabilizados, implícita ou explicitamente, com a finalidade de aperfeiçoar o trabalho e dar um retorno às necessidades inerentes de qualificação dos trabalhadores (BITTAR, 2009).

Nesse aspecto, o currículo foi organizado em módulos expressos no Guia Curricular para a Formação de Auxiliar de Enfermagem para Atuar na Rede Básica de Saúde. Foi criado para qualificar profissionalmente o pessoal auxiliar de enfermagem que trabalhava nos centros e postos de saúde, ambulatórios e comunidade. No período de 1980 a 1990 de forma gradativa, segundo as necessidades da Rede Básica de Saúde e teve por eixo do conhecimento o método epidemiológico, privilegiando a prevenção das doenças e a promoção da saúde. As quatro áreas que compuseram o Guia Curricular foram denominadas: Área I: Rompendo a Cadeia de Transmissão de Doenças. ; Área II: Prevenindo Risco para a Mulher, Criança e Adolescente; Área III: Participando do Processo de Recuperação da Saúde; Área IV: Organizando e Desenvolvendo o Processo de Trabalho (BITTAR, 2009).

Dessa forma para operacionalizar essa proposta curricular de forma descentralizada o Centro Formador de Recursos Humanos passou a fazer convênios de cooperação técnica com os municípios a partir de 1982 (ARAÚJO, 1999).

A descentralização foi uma proposta que surgiu no final dos anos 1970, na agenda de reformas do estado construída em um contexto de crise econômica mundial e redemocratização e se expressa de maneira diversa nos sistemas de saúde, como forma para melhorar a eficiência e a efetividade (LIMA et al, 2012).

Os cursos eram realizados em parceria com os municípios, por meio de suas secretarias municipais de saúde ou dos seus hospitais, sendo diretamente influenciado pelas políticas administrativas, econômicas, sociais e culturais e em destaque na época a regionalização dos municípios.

O PLE foi um movimento associado a diversos outros processos que buscavam operar transformações no sistema de saúde brasileiro. Dentre eles, o processo de elaboração de Reforma Sanitária, que propiciou a implantação de

modelos alternativos de assistência à saúde. Um dos princípios do projeto foi considerar fundamental a prática profissional das experiências vivenciadas pelos sujeitos em seus processos, possibilitando uma visão crítica sobre o trabalho e o mundo e uma contínua reflexão a respeito das possibilidades de reorganização de seu próprio trabalho, abrindo a cabeça das pessoas para ter uma maior visão política com o intuito de formar um profissional crítico (BASSINELLO; BAGNATO, 2009).

O Centro formador diferenciou seu ensino das demais instituições que trabalham com a formação de pessoal de nível médio para a saúde, por ter sido a primeira escola de nível médio no Piauí a adotar não só um currículo diferente do tradicional, mas também uma pedagogia crítico-reflexiva, que visa formar um auxiliar de enfermagem pensante, criativo, comprometido com a realidade em que vive, trabalhar e de adaptar-se às situações diversas (ARAÚJO, 1999).

Com essa proposta, ocorreu uma ruptura com as concepções tradicionais de ensino e com as formas escolares e academicistas desvinculadas da prática real e cotidiana das profissões, causando um desligamento entre teoria e prática. Ao mesmo tempo em que se propunha o abandono da concepção de aluno receptor de informações em benefício da concepção de aluno-construtor de seu conhecimento, a partir da reflexão e indagação sobre sua prática (BRASIL, 1989).

O trabalho pedagógico desenvolvido no PLE se baseava com as ideias de Paulo Freire, como também com a de outros educadores, estudiosos que possuíam os mesmos princípios, valores e ideologias acerca de uma sociedade igualitária e uma educação transformadora. Esse posicionamento é reforçado pelo fato de que a proposta pedagógica do PLE partiu do pressuposto da não indiferença do conhecimento, buscando planejar o processo pedagógico em sua totalidade e na articulação de suas dimensões políticas, metodológicas e de conteúdo, como podemos observar nos discursos a seguir:

(...) o que a gente levava em consideração era como as pessoas aprendiam, não só como ensinar, é mais importante do que estar buscando o modo de ensinar é estar compreendendo como é que as pessoas aprendem, quais são os esquemas de assimilação delas e eram esses esquemas que a gente realmente obedecia e respeitava (...) (Telma Evangelista, 2015).

(...) No início todo mundo era acostumado a chegar na sala de aula e receber aula, então quando nos começávamos a questionar todo mundo reclamava, os alunos, eles não tinham essa vivencia eles queriam só escutar e no PLE eles tinham que participar da aprendizagem, tinham que mostrar o que sabiam, o que eles faziam , isso no começo foi meio difícil depois eles acostumaram e passaram a aceitar melhor, quando a gente começava a questionar eles já lembravam de alguma coisa e quando voltavam para o seu serviço seria feito diferente, melhorava(...) (Marideia, 2015).

(...) essa proposta tinha um caráter político muito forte, porque orientava as pessoas a pensar, elas eram criativas, e com isso as pessoas os visitantes sanitários na época ainda alunos, eles começaram a incomodar as autoridades. Me lembro demais do médico de Batalha, ele veio falar com a gente na Secretaria de Saúde: Que historia é essa, vocês estão ensinando as pessoas a enfrentarem as autoridades? Atendente é para aplicar injeção e fazer curativo. O que elas estão fazendo em beira de lagoa, em curral? Procurando o que não é nada da ouçada delas. Porque elas eram levadas a pensar além do que elas faziam, além do procedimento (...) (Enoia Dantas, 2015).

A proposta pedagógica desenvolvida no PLE tinha fundamentos teóricos com as ideias de Charles Maguerez, que é apresentada por Juan Diaz Bordenave no seu livro *Estratégias de Ensino-Aprendizagem*, que possibilitaram o desenvolvimento de uma metodologia que incorpora conhecimentos gerais e específicos, em infinito movimento de ação-reflexão-ação, partindo sempre de algo real/concreto/prático para o abstrato/teórico. O conhecimento na proposta pedagógica do PLE era construído em conjunto pelos educandos e instrutores/supervisores, sendo o processo de ensino-aprendizagem crítico e reflexivo cujas ações conscientes e lógicas são despertadas em todos os atores envolvidos (BITTAR, 2009).

A aplicação das etapas do “Arco de Charles Maguerez” resulta em conhecimentos dos pressupostos teóricos de Paulo Freire, fazendo com que aquele que aprende não se limite apenas a interpretar o mundo, mas a desenvolver consciência crítica e criativa, saindo da inatividade, tornando-se agente de sua própria história, transformando-se e transformando o contexto. A seguir, o

diagrama representa esta pedagogia problematizadora conhecida como “método do arco”, representado na **Figura 1**.



Fonte: TSUZUKI S.; PASTORELO E.F. e AZEVEDO DA SILVA J. Capacitação pedagógica para instrutor/supervisor área da saúde. Ministério da Saúde. Secretaria Geral. Secretaria de Modernização Administrativa e Recursos Humanos. Brasília, 1989. pp.24.

Figura 1. Diagrama do Método Arco de Margueret.

O processo de ensino-aprendizagem representado no diagrama inicialmente levava os alunos a observarem a realidade em si, com seus próprios olhos. Quando isso não era possível, os instrutores apropriavam-se de outros recursos que permitam trazer a realidade até os alunos, resultando em perdas de representação real. Essa observação expressa a percepção real e pessoal dos alunos, registrando a primeira leitura da realidade (BRASIL, 1989), como destaca as depoentes a seguir:

(...) Nós não fazíamos exposição, hora nenhuma chegávamos expondo assuntos para os alunos, eles relatavam as situações cotidianas e introduzíamos o assunto colocando perguntas importantes e eles davam respostas, ao final, é claro que nos consolidávamos tudo que eles falavam nos íamos conduzindo de modo que o barco não saia do rumo, mas o fato é que a gente fazia com que eles refletissem e isso era muito importante, eles no comecinho diziam: Não são vocês que vão dar aula não? Somos nós é que temos que falar as coisas? Não são vocês que sabem? E dizíamos: Não, vocês todos tem conhecimento aqui não tem ninguém como uma caixa vazia como uma folha de papel em branco, todos vocês já acumularam conhecimento, todos tem uma prática que a gente precisa respeitar esse conhecimento que vocês têm. A partir dele nós vamos só tentar aqui reelaborar, reconstruir, ressignificar isso que vocês já sabem (...) (Telma Evangelista, 2015).

(...) O PLE era pautado em textos de Paulo Freire, Piaget e Bordenave, com a proposta que fazia a pessoa pensar, não era mera cabeça aberta que você despejava conteúdo, se levava em conta os padrões curriculares, era revolucionário, dava empoderamento (...) (Enoia Dantas, 2015).

Nesse primeiro momento de observação da realidade o aluno realizava um levantamento dos aspectos a serem estudados. A atividade geralmente era realizada levando o aluno a refletir sobre aspectos que envolvessem o seu serviço, o educador/instrutor buscava alternativas que se aproximassem da realidade. A não observação do real poderia reduzir a percepção de conhecer dados/informações que propiciariam o despertar da consciência crítica. Este momento com questionamentos sobre o contexto fazia com que o aluno demonstrasse o conhecimento que ele tinha sobre o assunto, a realidade, além de destacar os aspectos a serem estudados e discutidos, ou seja, teorizava sobre o assunto (BRASIL, 1989).

Na execução do currículo do Curso de Auxiliar de Enfermagem do PLE, os conteúdos eram apresentados com relação entre si e organizados hierarquicamente como uma rede ou árvore de conhecimentos, desde os mais abrangentes até os mais específicos, de modo que o aluno compreendesse seus fundamentos, evitando que as técnicas se tornassem rotineiras com o acúmulo de informações soltas e propiciando autonomia de ação em cada nova circunstância (ARAÚJO, 1999).

No segundo momento, os alunos identificavam os pontos-chaves dos problemas. O terceiro é o da teorização do problema, com os questionamentos dos porquês das coisas observadas. Nesta fase, o papel de contribuição do professor era fundamental, pois a tarefa de teorizar é sempre difícil, trata-se de utilizar conhecimentos científicos contidos no dia a dia e outros de maneira simplificada e de fácil comprovação. (BRASIL, 1989).

É nesse momento que, se o aluno compreende bem, passa a entender o problema em suas manifestações empíricas ou situacionais como também os princípios teóricos que o explicam, como relatam as depoentes:

(...) Teve uma repercussão grande inclusive de mudança de comportamento, mudança de atitude de paradigma, os alunos eles questionavam, eles passaram a questionar as coisas. Porque é mesmo que adocece? Porque muitas vezes você só tem uma formula já elaborada, mas não sabe o porquê, eles começaram, a saber, porque, eles mesmo chegavam a solução, a resposta de como eles poderiam intervir. Nesse período de dispersão eles vinham para sala de aula falavam apresentavam tudo direitinho e a gente fechava aquele módulo fundamentando conceitos, com a teoria e checando com o que eles disseram, então era uma coisa realmente que partia deles e que a gente apenas reforçava com a teoria (...) (Solange Pimentel, 2016).

(...) era um projeto vamos assim dizer que incomodava o gestor, a gente não queira enfrentamento com o gestor, o que a gente queria era fazer com que aquele funcionário fosse mais proativo, ele pudesse criar, pudesse formar, então isso eu lembro até que um ginecologista que trabalhou com a gente um dia ela falou assim: Que a gente tava botando caraminhola na cabeça dos alunos, porque ela ensinava que eles não precisavam calçar luvas para fazer a coleta do material. Então como é que o médico calça, o enfermeiro calça e o técnico não vai calçar? Eu disse: não, não tem nada de caraminhola, é a coisa certa (Maria Vieira, 2015).

O instrutor/supervisor não era detentor do saber, nem o transmissor de informações, mas sim o problematizador e o dinamizador do diálogo, responsável por estimular o crescimento individual e grupal, numa perspectiva de construção coletiva do conhecimento. Sua função primordial era organizar sistematicamente uma série gradual e encadeada de situações para que este processo fosse produzido. Desse modo, toda discussão parte da percepção inicial que cada aluno têm do assunto e de sua própria prática. À medida que as discussões iam se sistematizando, os alunos eram submetidos ao teste da prática, numa sequência de reflexão e ação, de prática-teoria-prática (ARAÚJO,1999).

Assim, o aluno se via movido a uma quarta fase, que é a formulação de Hipóteses de Solução para o problema em estudo, em que deve ser cultivada a originalidade e a criatividade para que eles deixem a imaginação livre e se acostumem a pensar de maneira inovadora. Na última fase o aluno pratica e fixa as

soluções que o grupo encontrou como sendo mais viáveis e aplicáveis (BRASIL, 1989).

Desse modo, percebe-se que a tarefa de quem ensina, ou seja, quem orienta a aprendizagem, é um trabalho quase artesanal de criação e recriação de alternativas pedagógicas que encaminhem esse processo e ajustem cada vez mais a sua realidade específica, corrigindo desvios. Nesse processo, o instrutor/supervisor é também envolvido num processo de aprendizagem permanente.

Outro ponto importante dessa proposta é o momento da avaliação que não era separado ou independente do processo de ensino. Tratava-se de uma atividade permanente e inseparável da dinâmica de ensino-aprendizagem, que permitia acompanhar passo a passo o avanço dos alunos; detectar em tempo as suas dificuldades e ajustar e reajustar o ensino e suas características aos diferentes contextos. Não se tratava de avaliar para eliminar, mas sim para acompanhar e recuperar (BRASIL, 1989).

Durante a realização das tarefas, o aluno consolidava a sua aprendizagem, aprofundava a sua observação do contexto e aplicava os conceitos elaborados. O supervisor ou instrutor, por sua vez, acompanhava este processo, discutindo com o educando, corrigindo e oferecendo informações adicionais com estímulo à reflexão e observação das dificuldades específicas para soluções imediatas ou retomadas em outros momentos de concentração, denominando-se de recuperação paralela (BRASIL, 1989). Podemos observar essa ocorrência no relato:

(...) Os alunos saíam da prática teorizavam e voltavam para prática modificados. Nós não reprovávamos ninguém, porque era todo mundo inserido no processo, pois eram trabalhadores, então não podiam ser reprovado, e era feito o que nós chamávamos de recuperação paralela acompanhando individualmente cada aluno, para que ele alcançasse as etapas seguintes do processo de aprendizado. Foi uma coisa maravilhosa, que deslanchou na época, foi fantástico perceber os resultados (...) (Enoia Dantas, 2015).

Nessa perspectiva, a avaliação é considerada como parte integrante do processo de planejamento curricular, estando presente em todos os estágios de seu

desenvolvimento e não apenas no resultado final, como ressalta a depoente a seguir:

(...) A avaliação era bem feita, os instrumentos como os check list avaliavam a capacidade técnica, quer dizer, você trabalhava nas diferentes áreas de aprendizagem (...)(Enoia Dantas, 2015).

Para acompanhar e documentar a avaliação dessa proposta existia vários instrumentos, com diferentes características adequadas às diferentes situações, que exigiam observação dirigida e atenta por parte do instrutor/supervisor. O instrumento de Registro de Fato (ANEXO B) era utilizado tanto para o registro de situações e comportamentos adequados quanto inadequados com imediato diálogo- reflexão que reforçava e fixava a conduta positiva. A lista de observações (check list) (ANEXO C) era utilizada para acompanhar a evolução de tarefas ou processos que poderiam ser desdobrados em ações e passos específicos geralmente atividades consideradas técnicas como: esterilização, aplicação de vacinas, verificação de temperatura corporal, dentre outras. O SIM ou NÃO utilizados no instrumento não deviam ser interpretados como qualificação, mas como informação descritiva do desempenho do educando em determinadas operações (BRASIL, 1989).

Em alguns momentos o educando realizava atividades de papel e lápis (ANEXO D), realizando desenhos, croquis, preenchendo listas, completando quadros, anotando dados de enfermos que chegavam a seu posto, o diálogo do instrutor com o aluno sobre as dificuldades ou progressos oportunizavam uma avaliação permanente. Posteriormente o supervisor anotava no verso da folha (no campo destinado para as observações) registrando sua avaliação referente ao rendimento do aluno. E o instrumento de Desempenho Final (ANEXO E) de cada área constituíam o instrumento básico que legitimava o rendimento do educando (BRASIL, 1989).

Tratou-se de uma proposta pedagógica que produziu impactos pela sua concepção educacional, na qual buscou resgatar para os trabalhadores da saúde o conceito e a prática de cidadania, permitindo a reflexão e o conhecimento para reformulação das atividades profissionais, deixando seu legado até os dias atuais, como destaca a depoente a seguir:

(...) a concepção pedagógica era de construir o próprio aprendizado, essa proposta ela foi plantada e está aí, hoje todo mundo tenta fazer isso, todo mundo está fazendo isso, embora uns com mais realismo, mas todo mundo tá fazendo isso hoje. Estão tentando mudar a concepção pedagógica do ensino, que não é fácil (...) (Maria Vieira, 2015).

A interação entre o passado e o presente representa a função social da história. Isso implica recolher sistematicamente fatos referentes aos acontecimentos, numa determinada temporalidade e espacialidade, comparando-os com outras evidências para agrupá-los, tendo em vista as necessidades atuais, permitindo compreender sociedades, grupos específicos, instituições, programas, projetos ou mesmo a vida de uma pessoa (CAMPOS; MONTANARI, 2011).

A partir dessa reflexão, acredita-se que o estudo da trajetória histórica do PLE apresenta-se não só como uma análise de fatos passados, mas como um exame de nossa situação presente, pois o passado dessa proposta pedagógica ressoa no ensino dos dias atuais.

6 CONCLUSÕES

Mediante a análise e discussão das circunstâncias históricas em que foi criado o Projeto Larga Escala, o estudo retrata o processo em que foi possível a sua viabilização, em um momento de expansão de cobertura da atenção a saúde, aliado ao desenvolvimento de várias políticas de saúde e desenvolvimento para grupos específicos.

As principais tendências evidenciadas pelo comportamento da força de trabalho em saúde no Brasil ao longo dos anos de 1970 tiveram a expressão das necessidades e dos interesses sócio-políticos e econômicos desse período, no qual a estrutura de atenção à saúde era excludente e destinada a quem tinha carteira de trabalho assinada ou podia pagar pelos serviços, desenvolveu-se também a rede hospitalar privada que passou a demandar uma quantidade de profissionais de nível superior, técnico e auxiliar indo de encontro à ineficiência do aparelho formador e a hegemonia de profissionais universitários e de profissionais desqualificados, em especial atendentes na dinâmica do setor.

Desse modo devido ao grande contingente de trabalhadores empregados nos serviços de saúde sem qualificação adequada, visando de um lado à prestação de assistência sem risco para a população e do outro a valorização profissional dos trabalhadores formou-se um grupo de trabalho e iniciou-se especificamente em 1975 uma discussão em torno de alternativas para o enfrentamento da desqualificação dos trabalhadores que já faziam parte dos serviços de saúde, apoiando os estados e municípios para conseguir profissionalizá-los.

Assim esse Projeto baseou-se em uma proposta pedagógica, cujos pressupostos teórico-metodológicos eram sustentados pela Lei de Diretrizes e Bases da Educação vigente na época, foi uma alternativa adequada para qualificação dessa força de trabalho existente na década de 1970 no qual foi absorvida pela economia brasileira, com baixos salários e trabalhadores desqualificados.

Examinamos os primórdios do PLE, auxiliados pelas fontes documentais e revisitamos esses caminhos, por meio da memória das colaboradoras do estudo que preencheram de significados essa experiência. A contribuição das pessoas que conheceram o projeto e a forma como ele operacionalizava a relação entre

qualificação e trabalho em saúde e enfrentava o desafio de ir além, foi relevante, para que a qualificação profissional dos trabalhadores de Nível Médio em Saúde superasse a condição de profissionalização sem garantias, tradicionalmente vivenciada.

A criação de infra-estrutura adequada para profissionalização foi o principal objetivo do PLE, estruturando uma escola com execução curricular descentralizada, que atendesse as características desses trabalhadores já inseridos no mercado de trabalho sem o grau de escolaridade exigido como condição de entrada pelo ensino regular e a impossibilidade de retirar esses trabalhadores dos serviços durante o período de formação devido ao prejuízo causado aos usuários pela interrupção do funcionamento dos serviços.

Destacando que não foi tarefa fácil como pode ser percebido nos depoimentos, tanto os relacionados à resistência técnica e burocrática, dificuldade de adesão ao projeto por fragilidade no entendimento dos propósitos, como no âmbito corporativo. Mas merece destaque a figura de Carlyle Guerra de Macêdo que representou papel fundamental na militância pela execução do PLE no Piauí por ser na época de sua implantação no Piauí o diretor da OPAS.

Assim, por meio das narrativas das colaboradoras do estudo evidenciou-se o desenvolvimento das etapas realizadas no projeto, destacando-se o desenrolar do desenvolvimento das capacitações técnicas e pedagógicas para os instrutores/supervisores.

Um dos princípios do projeto foi considerar fundamental a prática profissional as experiências vivenciadas pelos sujeitos em seus processos de trabalho, possibilitando uma visão crítica sobre o trabalho e sobre o mundo e uma contínua reflexão sobre as possibilidades de reorganização de seu próprio trabalho.

Assim, o PLE foi resultante de um contexto democrático de reabertura político-social de espaços e, portanto, uma experiência pedagógica que se conformou satisfatoriamente a essas condições e para atender especialmente a essa realidade. Esta experiência buscou um sentido mais amplo de qualificação a centralidade do trabalho, enquanto condição para a formulação de um processo de formação de trabalhadores, constituído de pressupostos pedagógico-metodológicos e a qualificação de trabalhadores no ambiente de serviço, integração ensino-serviço,

com o intuito de formar um profissional crítico, formá-lo para a cidadania, por meio da apropriação das diferentes linguagens que viabilizariam a aproximação com os sujeitos educativos, os alunos e conseqüentemente a obtenção dos resultados desejados.

Conhecer esses fatos torna-se relevante em função da necessidade de uma maior compreensão do que somos hoje como profissão e como profissionais de enfermagem. Pode-se concluir deste trabalho que os avanços e retrocessos foram características básicas no processo de ensino de Enfermagem no Piauí. Foi possível a identificação e a contribuição de Enfermeiras Piauienses pioneiras na evolução deste processo de ensino e aprendizagem da profissão, assim como a análise histórica da instalação, estruturação e aperfeiçoamento do ensino médio de Enfermagem no Estado do Piauí.

Convém ressaltar que desde o início do estudo ocorreram limitações até o seu desfecho, porque tínhamos alguns personagens vivos, mas não tiveram condições de participar da pesquisa por diversas razões apontadas. Outra limitação foi à escassez de materiais e registros históricos, que oferecessem provas documentais e embasamento teórico à pesquisa.

Dessa forma, esta dissertação chega ao final sem chegar ao fim, posto que a história é infinita, não tem ponto final. Descreve rebusca no baú das memórias, mas nunca será o todo, haverá sempre algum detalhe que ainda não foi dito, ou ouvido por alguém. Toda pesquisa histórica retoma do fim, para ser um novo começo.

REFERÊNCIAS

AGUIAR NETO, Z; SOARES, C.B. A qualificação dos atendentes de enfermagem: transformações no trabalho e na vida. **Rev Latino-am Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.12, n.4, p.614-622, 2004.

ALBERTI, V. **História oral**: a experiência do CPDOC. Rio de Janeiro: Centro de Pesquisa e Documentação de História Contemporânea do Brasil, 1989.

ALMEIDA, A. H. **A incorporação dos princípios e das diretrizes do Sistema Único de Saúde aos cursos de formação do auxiliar de enfermagem**: o Projeto Larga Escala no período de 1989 a 1992. 112f. Dissertação (Mestrado em Serviços de Saúde Pública). Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2000.

ARAÚJO, T.M.E. **A formação do auxiliar de enfermagem na perspectiva de uma educação crítica**: a experiência do Centro Formador no Piauí. 92 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, 1999.

BARONE, R.S.; BASTOS, P.P.Z.; MATTOS, F.A.M. A distribuição de renda durante o “milagre econômico” brasileiro: um balanço da controvérsia. **Texto para Discussão**. n. 251, p. 1-25, 2015.

BASSINELLO, G.A.H; BAGNATO, M.H.S. Projeto larga escala: uma análise a partir da bibliografia existente. **Esc Anna Nery Rev Enferm**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 1, p.194 -200, 2009.

BORGES, F.T *et al.* Escolas Técnicas do SUS (ETSUS) no Brasil: regulação da integração ensino serviço e sustentabilidade administrativa. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.17,n.4, p 977-987, 2012.

BASSINELLO, G.A.H.; BAGNATO, M.H.S. Os primórdios do Projeto Larga Escala: tempo de rememorar. **Rev Bras Enferm**, Brasília, v. 62, n. 4, p.620-626, 2009.

BRASIL. Decreto nº 84.219, de 14 de novembro de 1979. Dispõe sobre a intensificação e expansão de serviços básicos de saúde e saneamento, aprova o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (PIASS) para o período 1980-1985 e dá outras providências. **Diário Oficial [da República Federativa do Brasil]**, Brasília, DF, 16. Nov.1979. Seção1, p.17047.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Declaração de Alma-Ata**. Conferência Internacional sobre Cuidados Primários em Saúde. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Projeto

Promoção da Saúde: Declaração de Alma-Ata, Carta de Ottawa, Declaração de Adelaide, Declaração de Sundsvall, Declaração de Santafé de Bogotá, Declaração de Jocarta, Rede de Megapaíses, Declaração do México. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

BRASIL. INSTITUTO DE MEDICINA SOCIAL. **Empregabilidade e Trabalho dos Enfermeiros no Brasil**. Relatório. Rio de Janeiro, 2006.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde (Brasil). Resolução no 466, de 12 de dezembro de 2012. **Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos**. Brasília (DF), 2012.

BRETAS, A. C. P. Pesquisa qualitativa e o método da historia oral: aspectos conceituais. **Acta Paul Enf**, São Paulo, v.13, n.3, p.81-91, 2000.

CAMPOS, P.F.S; MONTANARI,P.M. **História social da enfermagem**. In: Pesquisa em História da Enfermagem. (org). TakaOguisso, Paulo Fernando de Souza Campos, Genival Fernandes de Freitas. 2 ed. Barueri, SP: Manole, 2011.

CARVALHO. R.B; SANTOS; T. O direito à saúde no Brasil: uma análise dos impactos do golpe militar no debate sobre universalização da saúde. **Revista do Programa de Pós-Graduação em Direito da UFBA**. V.25, n.27, 2015.

CASTRO, J. L. **Protagonismo Silencioso**: A presença da OPAS na formação de recursos humanos em saúde no Brasil. Natal: Ministério da Saúde; OPAS/OMS, 2008.

CASTRO J. L.; PARANAGUÁ, J. S.; NOGUEIRA, R. P. 2003. Izabel dos Santos: a arte e a paixão de aprender fazendo. Natal: Editora Observatório RH-Nesc/UFRN.

DANTAS, R. A. S.; AGUILLAR, O. M. O ensino Médio e o Exercício Profissional no Contexto da Enfermagem Brasileira. **Rev latino-am Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.7, n.2, p.25-32, 1999.

DANTAS,J. S. O modelo curricular da lei 5.692/1971 durante a ditadura militar para o curso de magistério e suas implicações na formação docente no Brasil e em Santa Catarina. **Rev Reflexão Ação**, Santa Cruz do Sul,v.23, n.2, p.97-121, 2015.

DELGADO, L.A.N. **História oral**: memória, tempo, identidades.2 ed.Belo Horizonte: Autêntica, 2010.

FERNANDES, A.Q.; NARCHI, N.Z. **Enfermagem e saúde da mulher**. 2 ed. Barueri, SP: Manole, 2013.

GRYSCHEK, A.L.F.P; et al. Projeto Larga escala: uma proposta pedagógica atual. **Rev Esc Enferm USP**, São Paulo, v.34,n.2, p.196-201,2000.

HADDAD, S; DI PIERRO, M.C. Escolarização de jovens e adultos. **Revista Brasileira de Educação**, São Paulo, n.14, maio-ago 2000,p108-130.

KLETEMBERG, D. F. et al. O processo de enfermagem e a lei do exercício profissional. **Rev bras enferm**, Brasília, v.63, n.1, p. 26-32, 2010.

LE GOFF, J.**História Nova**. São Paulo: Martins Fonte,1998.

———, J. **História e Memória**. 5°. Campinas, SP: UNICAMP, 2003.

LIMA, L. D et al. Regionalização e acesso à saúde nos estados brasileiros: condicionantes históricos e político-institucionais. **Ciênc Saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v.17, n.11, p. 2881-2892, 2012.

LUCHESI, L.B.; LOPES, G.T. **História Oral**. In: Pesquisa em História da Enfermagem, Taka Oguisso, P. F. S. C. 2. ed. Barueri-SP: Manole, 2011.

MATTA, I. B.; FERREIRA, M. A. M.; SILVA, E. A. Políticas públicas no setor de saúde: mudanças, tendências e desafios sob a perspectiva da administração pública. **Rev Adm Hospitalar**, v.11, n.1, p. 12-27, 2014.

MEDICI, A.C. A força de trabalho em saúde no Brasil nos anos 70: percalços e tendências. **Rev Adm Públ**, Rio de Janeiro, v.20, n.3, p.54-69, 1986.

MEIHY, J. C. S. B.; HOLANDA, F. **História Oral: como fazer, como pensar**. 2 ed. São Paulo: Contexto, 2010.

MEIHY, J. C. S. B.; RIBEIRO, S.L.S. **Guia prático de história oral: para empresas, universidades, comunidades, famílias**. 1 ed. São Paulo: Contexto, 2011.

NOGUEIRA, L. T. **A Trajetória da Enfermagem Moderna no Piauí: 1937-1977**. Tese. Rio de Janeiro (RJ): Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, 1996.

NUNES, B. M. V.T.; BAPTISTA, S. S. **Os primórdios do ensino da enfermagem moderna no Piauí: lutas e conquistas na Universidade 1973 a 1977**. 1 ed. Teresina: EDUFPI; 2004.

NUNES, B.M.V.L; SANTOS, A.M.R. **História da Associação Brasileira de Enfermagem Seção Piauí: 50 anos de responsabilidade ético-social**. 1 ed. Teresina: Aben, 2009.

OLIVEIRA, A. C.; NUNES, B. M. V. T.; FARIAS, D. C. História e memória da tuberculose em Teresina-Piauí. **Rev Inter**, Teresina, v.4, n.1, p.37-44, 2011.

PADILHA M.I.C.S, BORENSTEIN M.S. O método de pesquisa histórica na enfermagem. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, Out-Dez; 14(4):575-84, 2005.

PELZER, M.T.; SANDRI, J.V.A. O viver e ser saudável no envelhecimento

Humano contextualizado através da historia oral. **Rev Gaúcha Enf**, Porto Alegre, v. 23, n.2, p. 108-122, 2002.

PEREIRA, I.B. **Políticas de saúde e formação do trabalhador**. In: Escola Politécnica Joaquim Venâncio. Textos de apoio em políticas de saúde. 1 ed. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2005.

PEREIRA, M.J. B; FORTUNA, C.M; MISHIMA, S.M; ALMEIDA, M.C.P; MATUMOTO,S. A enfermagem no Brasil no contexto da força de trabalho em saúde: perfil e legislação. **Rev Bras Enferm**, Brasília, v.62, n.5, p 771-777, 2009.

ROSA, W.A.G.; LABATE, R.C. Programa Saúde da Família: a construção de um novo modelo de assistência. **Rev Latino-am Enfermagem**.Ribeirão Preto, v. 13, n.6, p. 1027-1034, nov-dez. 2005. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v13n6/v13n6a16.pdf>>.

SANTOS, A. M. R. *et al*. A atuação da irmã de caridade Abrahíde Alvarenga no Piauí: uma história a ser contada. **Texto contexto - enferm**, Florianópolis, v. 14, n. 4, 2005. p. 551-556

SOUTO, L. R. F; OLIVEIRA, M.H. B. Movimento da Reforma Sanitária Brasileira: um projeto civilizatório de globalização alternativa e construção de um pensamento pós-abissal. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 40, n. 108, p. 204-218, Mar. 2016.

THOMPSON, P. **A voz do passado**: história oral. 1 ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1992.

UGÁ, M. A.; PIOLA, S.F; PORTO, S.M; VIANNA, S.M. Descentralização e alocação de recursos no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Ciênc Saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v.8, n.2, p. 417-437, 2003.

APÊNDICES



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE/DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
COORDENAÇÃO DO PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO DE MESTRADO E
DOUTORADO ACADÊMICO

APÊNDICE A - ROTEIRO DE ENTREVISTA

HISTÓRIA E MEMÓRIA DO PROJETO LARGA ESCALA NO ESTADO DO PIAUÍ

O objeto de estudo desta pesquisa constitui-se da trajetória histórica do Projeto Larga Escala no estado do Piauí no período de 1982 – 1996

Nome do Entrevistado: _____

Local da Entrevista: _____

Hora: _____ Data _____

Nome do Entrevistador: _____

- 1) Como surgiu o Projeto Larga Escala no Piauí?
- 2) Como foi desenvolvido e organizado o trabalho para consolidação do Projeto Larga Escala no Estado do Piauí?
- 3) Quem fazia parte da expansão desse Projeto (PLE) no Estado do Piauí?
- 4) Como e onde funcionou o (PLE) no Estado do Piauí?
- 5) Quais os principais envolvidos para realização desse projeto?
- 6) Quais as primeiras ações realizadas pelo grupo?
- 7) Quais foram às lutas empreendidas por essa equipe para estruturar o espaço físico e as rotinas institucionais?
- 8) Como foi adquirido o local onde funcionou a realização desse projeto?
- 9) Quais foram os protagonistas nesta fase?
- 10) Quais as principais normatizações impostas pelo PLE para a sua organização?
- 11) Quais as principais ações desenvolvidas para o fortalecimento do ensino técnico-profissionalizante da enfermagem no Estado a partir desse projeto?

APÊNDICE B- TERMOS DE CESSÃO DE DIREITOS AUTORAIS

24

ANEXO B - TERMO DE CESSÃO DE DIREITOS AUTORAIS



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE/DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
COORDENAÇÃO DO PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO DE MESTRADO

TERMO DE CESSÃO DE DIREITOS AUTORAIS

Pelo presente documento, eu SOLANGE MARIA MOJAN RIBEIRO
_____, estado civil _____,

RG nº 194709-Pf, declaro para os devidos fins que cedo os direitos de
minha entrevista, gravada no dia 30/03/15, para a **Universidade Federal
do Piauí - UFPI** e para as pesquisadoras **Girzia Sammya Tajra Rocha e Benevina
Maria Vilar Teixeira Nunes**, para usá-la integralmente ou em partes, sem restrições
de prazos e limites de citações, desde a presente data. Da mesma forma, autorizo o
uso de terceiros ouvi-la e usar citações, ficando vinculado o controle à instituição
Universidade Federal do Piauí, que tem a guarda da mesma.

Abdicando direitos meus e de meus descendentes, subscrevo o presente, que terá
minha firma reconhecida em cartório.

Teresina, 30 de março de 2015

Solange Maria Mojan Ribeiro
Assinatura

194709-Pf
Nº identidade

Pesquisador responsável

ANEXO B - TERMO DE CESSÃO DE DIREITOS AUTORAIS



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE/DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
COORDENAÇÃO DO PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO DE MESTRADO

TERMO DE CESSÃO DE DIREITOS AUTORAIS

Pelo presente documento, eu MARIA VILAR TEIXEIRA NUNES
estado civil SOLTEIRA
RG nº 37.204-PI declaro para os devidos fins que cedo os direitos de
minha entrevista, gravada no dia 26 / 03 / 2015, para a **Universidade Federal
do Piauí - UFPI** e para as pesquisadoras **Girzia Sammya Tajra Rocha e Benevina
Maria Vilar Teixeira Nunes**, para usá-la integralmente ou em partes, sem restrições
de prazos e limites de citações, desde a presente data. Da mesma forma, autorizo o
uso de terceiros ouvi-la e usar citações, ficando vinculado o controle à instituição
Universidade Federal do Piauí, que tem a guarda da mesma.
Abdicando direitos meus e de meus descendentes, subscrevo o presente, que terá
minha firma reconhecida em cartório.

Teresina, 26 de março de 2015.

Assinatura

37.204-PI

Nº identidade

Pesquisador responsável

ANEXO B - TERMO DE CESSÃO DE DIREITOS AUTORAIS



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
 UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ
 PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
 CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE/DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
 COORDENAÇÃO DO PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO DE MESTRADO

TERMO DE CESSÃO DE DIREITOS AUTORAIS

Pelo presente documento, eu Maridéia Nunes da Costa
 estado civil divorciada,
 RG nº 62.260-9i, declaro para os devidos fins que cedo os direitos de
 minha entrevista, gravada no dia 20/03/15, para a **Universidade Federal
 do Piauí - UFPI** e para as pesquisadoras **Girzia Sammya Tajra Rocha e Benevina
 Maria Vilar Teixeira Nunes**, para usá-la integralmente ou em partes, sem restrições
 de prazos e limites de citações, desde a presente data. Da mesma forma, autorizo o
 uso de terceiros ouvi-la e usar citações, ficando vinculado o controle à Instituição
 Universidade Federal do Piauí, que tem a guarda da mesma.
 Abdicando direitos meus e de meus descendentes, subscrevo o presente, que terá
 minha firma reconhecida em cartório.

Teresina, _____ de março de 2015.

Maridéia Nunes da Costa
 Assinatura

62.260-9i
 Nº identidade

 Pesquisador responsável

ANEXO B - TERMO DE CESSÃO DE DIREITOS AUTORAIS



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
 UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ
 PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
 CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE/DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
 COORDENAÇÃO DO PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO DE MESTRADO

TERMO DE CESSÃO DE DIREITOS AUTORAIS

Pelo presente documento, eu Edma Maria Casanquista de Araújo, estado civil Casada, RG nº 230491-PI, declaro para os devidos fins que cedo os direitos de minha entrevista, gravada no dia 29/03/15, para a **Universidade Federal do Piauí - UFPI** e para as pesquisadoras **Girzia Sammya Tajra Rocha e Benevina Maria Vilar Teixeira Nunes**, para usá-la integralmente ou em partes, sem restrições de prazos e limites de citações, desde a presente data. Da mesma forma, autorizo o uso de terceiros ouvi-la e usar citações, ficando vinculado o controle à instituição Universidade Federal do Piauí, que tem a guarda da mesma. Abdicando direitos meus e de meus descendentes, subscrevo o presente, que terá minha firma reconhecida em cartório.

Teresina, 29 de março de 2015

Edma Maria Casanquista de Araújo
 Assinatura

230491-PI
 Nº identidade

 Pesquisador responsável

ANEXO B - TERMO DE CESSÃO DE DIREITOS AUTORAIS



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE/DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
COORDENAÇÃO DO PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO DE MESTRADO

TERMO DE CESSÃO DE DIREITOS AUTORAIS

Pelo presente documento, eu Conceição de Paula Rodrigues Brito
estado civil viúva
RG nº 143.785-71, declaro para os devidos fins que cedo os direitos de
minha entrevista, gravada no dia 16/03/15, para a **Universidade Federal
do Piauí - UFPI** e para as pesquisadoras **Girzia Sammya Tajra Rocha e Benevina
Maria Vilar Teixeira Nunes**, para usá-la integralmente ou em partes, sem restrições
de prazos e limites de citações, desde a presente data. Da mesma forma, autorizo o
uso de terceiros ouvi-la e usar citações, ficando vinculado o controle à instituição
Universidade Federal do Piauí, que tem a guarda da mesma.
Abdicando direitos meus e de meus descendentes, subscrevo o presente, que terá
minha firma reconhecida em cartório.

Teresina, 16 de março de 2013.

Conceição de Paula Rodrigues Brito
Assinatura

143.785-71
Nº identidade

Pesquisador responsável

APÊNDICE C- TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO



**MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE/DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO MESTRADO EM ENFERMAGEM**

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Título do projeto: História e Memória do Projeto Larga Escala no Piauí

Pesquisador responsável: Dra. Benevina Maria Vilar Teixeira Nunes

Instituição/Departamento: Universidade Federal do Piauí/ Departamento de Enfermagem

Telefone para contato (inclusive a cobrar): (86)99888425

Pesquisadores participantes: Girzia Sammya Tajra Rocha

Telefones para contato: (86)99166869

Prezado (a) Senhor (a):

Você está sendo convidado (a) para participar, como voluntário, em uma pesquisa intitulada: “História e Memória do Projeto Larga Escala no Piauí”. Você precisa decidir se quer participar ou não. Por favor, não se apresse em tomar a decisão. Leia cuidadosamente o que se segue e pergunte ao responsável pelo estudo qualquer dúvida que você tiver. Após ser esclarecido (a) sobre as informações a seguir, no caso de aceitar fazer parte do estudo, assine ao final deste documento, que está em duas vias. Uma delas é sua e a outra é do pesquisador responsável. Em caso de recusa, você não será penalizado (a) de forma alguma.

Objetivo do estudo: A trajetória histórica do Projeto Larga Escala no estado do Piauí no período de 1982 - 1999

Justificativa: O desenvolvimento deste estudo é justificado pela necessidade de reconstruir e compreender a história desta experiência pedagógica do Projeto Larga Escala (PLE) no Estado do Piauí, que foi inovadora na área de formação de recursos humanos já incluídos na força de trabalho em saúde.

Procedimentos: Sua participação consistirá no preenchimento do formulário, respondendo às perguntas formuladas que abordam.

Benefícios: a possibilidade de resgatar parte desse passado a partir da reconstrução dessa trajetória histórica, através de sua memória.

Riscos: Você poderá experimentar constrangimento ao responder algumas perguntas de ordem pessoal, que trarão certo desconforto, mas elas serão utilizadas apenas no âmbito da pesquisa. Informamos também que em qualquer etapa do estudo, se necessitar esclarecer dúvidas, ou receber qualquer outra informação, haverá garantias de acesso ao profissional responsável pelo estudo: Dra Benevina Maria Vilar Teixeira Nunes, a qual trabalha no Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Piauí. Telefones para contato: (86)99888425. Endereço para correspondência: Av. Petrônio Portela, S/N – Campos Ininga. Departamento de Enfermagem. Teresina/PI CEP 64049-550

Consentimento da participação da pessoa como sujeito

Eu, _____, RG: _____
CPF n.º _____, abaixo assinado, concordo em participar do estudo, como sujeito. Fui suficientemente informado a respeito das informações que li ou que foram lidas para mim, descrevendo o estudo “**História e Memória do Projeto Larga Escala no Piauí**”. Eu discuti com a Mestranda Girzia Sammya Tajra Rocha sobre a minha decisão em participar deste estudo. Ficaram claros para mim quais são os propósitos do estudo, os procedimentos a serem realizados, seus desconfortos e riscos, as garantias de confidencialidade e de esclarecimentos permanentes, como também que a minha participação é isenta de despesas. Concordo voluntariamente em participar deste estudo e poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante o mesmo, sem penalidades ou prejuízo.

Local e data:

_____, _____

Nome e Assinatura do sujeito ou responsável:

Presenciamos a solicitação de consentimento, esclarecimentos sobre a pesquisa e aceite do sujeito em participar.

Testemunhas (não ligadas à equipe de pesquisadores):

Nome: _____ RG: _____

Assinatura: _____

Nome: _____ RG: _____

Assinatura: _____

Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária o Consentimento Livre e Esclarecido deste sujeito de pesquisa ou representante legal para a participação neste estudo.

Teresina, ____ de _____ de _____.

Assinatura do pesquisador responsável

Observações complementares

Se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato: Comitê de Ética em Pesquisa - UFPI - Campus Universitário Ministro Petrônio Portella. Bairro Ininga Centro de Convivência L09 e 10 - CEP: 64.049-550 - Teresina - PI.

Telefone: (86) 3215-5734.

E-mail: cep.ufpi@ufpi.br

Web site: www.ufpi.br/cep

ANEXOS

ANEXO A

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: HISTÓRIA E MEMÓRIA DO PROJETO LARGA ESCALA NO ESTADO DO PIAUÍ

Pesquisador: Benevina Maria Vilar Teixeira Nunes

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 39544514.9.0000.5214

Instituição Proponente: Universidade Federal do Piauí - UFPI

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 912.192

Data da Relatoria: 14/12/2014

Apresentação do Projeto:

A educação profissional em nível médio de Enfermagem, seus aspectos históricos e os desafios a ela relacionados é o que mobiliza a reconstituir os primeiros contornos do Programa de Formação em Larga Escala, pois persistem significantes lacunas e pouca produção de trabalhos, o que dificulta a socialização e a avaliação desses programas e projetos, bem como seu impacto na prática..Nesta perspectiva, cumpre referir que o Projeto de Formação de Trabalhadores para a Área de Saúde em Larga Escala, também conhecido como Projeto Larga Escala (PLE), surgiu em 1981, fruto do processo de reformulação dos serviços de saúde que visavam à extensão de cobertura, este não se configurou como política pública e sim como estratégia de formação, experiência pedagógica, visando qualificar uma força de trabalho empregada no setor saúde sem qualificação profissional específica onde os mesmos eram considerados excluídos por não terem acesso ao sistema formal de educação, tudo isso aconteceu em consonância com ideais da Reforma Sanitária Brasileira. Assim, considera-se a relevância deste projeto para o conhecimento da trajetória histórica do Projeto Larga Escala no Piauí, sob a ótica dos gestores, enfermeiros e atendentes de enfermagem envolvidos. Trata-se de um estudo de abordagem qualitativa sob uma perspectiva histórica, utilizando-se como método de pesquisa a história oral. A pesquisa será desenvolvida em um local conveniente à entrevistada, podendo ser em seu domicílio ou qualquer outro local de escolha. Certamente trará algumas implicações na produção deste conhecimento, porque nosso

Endereço: Campus Universitário Ministro Petronio Portella - Pró-Reitoria de Pesquisa
Bairro: Ininga **CEP:** 64.049-550
UF: PI **Município:** TERESINA
Telefone: (86)3237-2332 **Fax:** (86)3237-2332 **E-mail:** cep.ufpi@ufpi.edu.br



Continuação do Parecer: 912.192

olhar se volta para a vivência desse ator que partilhou da experiência que se constituiu o PLE. A coleta dos dados será realizada no período de abril e maio de 2015. A análise será realizada após o mapeamento das entrevistas e das fontes documentais.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Descrever a trajetória Histórica do Projeto Larga Escala no Piauí.

Objetivo Secundário:

Analisar quais as implicações desse projeto para a formação de pessoal de enfermagem no estado.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

O protocolo de pesquisa apresenta os riscos como mínimos e descreve como contorna-los, além de garantir o sigilo dos participantes. Descreve também os benefícios indiretos da pesquisa Tendo-se em vista que se propõe a reconstruir e compreender a história da experiência pedagógica do Projeto Larga Escala (PLE).

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A pesquisa tem fundamentação na literatura vigente e é relevante tendo em vista a importância do PLE para educação profissional em nível médio de Enfermagem. Este Plano, foi escolhido como alternativa aos tradicionais cursos profissionalizantes, buscando desenvolver uma proposta de integração entre educação e trabalho a partir de metodologia problematizadora, assumindo a educação como prática transformadora e o trabalho.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

O presente protocolo de pesquisa atende as exigências e recomendações da Resolução CNS 466/2012, apresentando todos os documentos obrigatórios para análise ética do mesmo.

Recomendações:

não se aplica.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

O presente projeto de pesquisa está aprovado, pois encontra-se em conformidade com as exigências éticas da Resolução 466/2012.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Endereço: Campus Universitário Ministro Petronio Portella - Pró-Reitoria de Pesquisa
Bairro: Ininga **CEP:** 64.049-550
UF: PI **Município:** TERESINA
Telefone: (86)3237-2332 **Fax:** (86)3237-2332 **E-mail:** cep.ufpi@ufpi.edu.br



UNIVERSIDADE FEDERAL DO
PIAUÍ - UFPI



Continuação do Parecer: 912.192

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

Sr.(a) Pesquisador(a),

em cumprimento ao previsto na Resolução 466/12, o CEP-UFPI aguarda o envio dos relatórios parciais e final da pesquisa, elaborados pelo pesquisador, bem como informações sobre sua eventual interrupção e sobre ocorrência de eventos adversos.

Ainda, para assegurar o direito do participante e preservar o pesquisador, revela-se importante alertar que o TCLE e o Termo de Assentimento deverão ser rubricados em todas as suas folhas, tanto pelo participante quanto pelo(s) pesquisador(es), devendo ser assinados na última folha.

TERESINA, 12 de Dezembro de 2014

Assinado por:
Adrianna de Alencar Setubal Santos
(Coordenador)

Endereço: Campus Universitário Ministro Petronio Portella - Pró-Reitoria de Pesquisa
Bairro: Ininga **CEP:** 64.049-550
UF: PI **Município:** TERESINA
Telefone: (86)3237-2332 **Fax:** (86)3237-2332 **E-mail:** cep.ufpi@ufpi.edu.br

ANEXO B
FICHA DE AVALIAÇÃO DE PROCESSO

Estrutura do Registro de Fatos:

NOME:

UNIDADE:

DATA	DESCRIÇÃO DO FATO	ENTREVISTA

ANEXO C

FICHA DE AVALIAÇÃO DE PROCESSO

Lista de Observações:

NOME:

UNIDADE:

ATIVIDADE	DESEMPENHO	DATAS			
		3/5	24/5	8/6	20/06
TERMOMETRIA	• Segura o termômetro pela extremidade oposta ao bulbo.	SIM	SIM	SIM	SIM
	• Limpa bem o instrumento	NÃO	SIM	SIM	SIM
	• Faz baixar a coluna de mercúrio a menos de 36°C antes de usá-lo	NÃO	NÃO	SIM	SIM
	• Enxuga as axilas do paciente				
	• Coloca o termômetro nas axilas por tempo suficiente (3 a 5 minutos)	SIM	NÃO	SIM	SIM
	• Procede corretamente a leitura	NÃO	SIM	NÃO	SIM
	• Anota o resultado	SIM	SIM	SIM	SIM

ANEXO D

FICHA DE AVALIAÇÃO DE PROCESSO

Avaliação Mediante Atividades de Papel e Lápis:

ATENDIMENTO DE DOENÇAS INFECCIOSAS

AGENTE INFECCIOSO	SINAIS/SINTOMAS	DOENÇA PROVÁVEL	TRANSMISSÃO			ACOMPANHAMENTO
			PORTA DE ENTRADA	LOCALIZAÇÃO	PORTA DE SAÍDA	

OBSERVAÇÕES: (apreciação global do instrutor)

ANEXO E

FICHA DE AVALIAÇÃO DE PROCESSO

Avaliação de Produtos Parciais ou Desempenhos:

NOME:

DESEMPENHO FINAL – ÁREA

	SIM	NÃO
<ul style="list-style-type: none">• Lava, prepara, esteriliza, guarda e manuseia os materiais segundo os procedimentos estabelecidos.• Em casos de doenças transmissíveis, identifica, notifica, descobre fontes de infecção, identifica comunicantes, indica imunização e outras formas de controle.• etc.		