

**GREI CELENE APARECI DA HESPANHOL BASSI NELLO**

**PROJETO LARGA ESCALA: análise histórica e compreensão dos resultados para a Enfermagem no Estado de São Paulo**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Educação para obtenção do título de Doutor em Educação, na Faculdade de Educação da Universidade Estadual de Campinas – UNICAMP, área de concentração: Ensino e Práticas Culturais.

**ORIENTADORA: Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> MARIA HELENA SALGADO BAGNATO**

Campinas, SP  
2007



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS  
FACULDADE DE EDUCAÇÃO**

TESE DE DOUTORADO

**PROJETO LARGA ESCALA: análise histórica e compreensão dos  
resultados para a Enfermagem no Estado de São Paulo**

Autor: GREICELENE APARECIDA HESPANHOL BASSINELLO

Orientador: PROF<sup>a</sup> DR<sup>a</sup> MARIA HELENA SALGADO BAGNATO

Este exemplar corresponde à redação final da Tese defendida por Greicelene Aparecida Hespanhol Bassinello e aprovada pela Comissão Julgadora.

Data: 29 de março de 2007

Assinatura:.....

**Orientador**

COMISSÃO JULGADORA:

---

---

---

---

---

2007

© by Greicelene Aparecida Hespanhol Bassinello, 2007.

**Ficha catalográfica elaborada pela biblioteca  
da Faculdade de Educação/UNICAMP**

B294p	Bassinello, Greicelene Aparecida Hespanhol. Projeto Larga Escala : análise histórica e compreensão dos resultados para a Enfermagem no Estado de São Paulo / Greicelene Aparecida Hespanhol Bassinello. -- Campinas, SP: [s.n.], 2007.  Orientador : Maria Helena Salgado Bagnato. Tese (doutorado) – Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Educação.  1.Enfermagem. 2. Ensino profissional. 3. Qualificação profissional. 4. Educação – História. I. Bagnato, Maria Helena Salgado. II. Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Educação. III. Título.
	07-074/BFE

**Título em inglês :** Project on large scale : historical analysis and comprehension of results on nursing in São Paulo State

**Keywords :** Nursing ; Professional teaching ; Professional qualification ; Education - History

**Área de concentração :** Ensino e Práticas Culturais

**Titulação :** Doutora em Educação

**Banca examinadora :** Profa. Dra. Maria Helena Salgado Bagnato (Orientadora)  
Profa. Dra. Sonia Maria Vilella Bueno  
Profa. Dra. Rosa Maria Rodrigues  
Profa. Dra. Vera Sabongi de Rossi  
Profa. Dra. Inês Maria Monteiro

**Data da defesa:** 29/03/2007

**Programa de Pós-Graduação :** Educação

**e-mail :** jlabas@terra.com.br



*Dedico este trabalho à minha avó Amélia, que partiu pouco antes do seu término. Mulher guerreira, que me ensinou a enfrentar a vida com fé, coragem e determinação. Sempre me amparou nas inquietações, ensinando-me a confiar no próximo e a respeitar as diferenças.*



## AGRADECIMENTOS

*À minha orientadora Maria Helena, enfermeira, pela sua luta solitária em defesa da enfermagem e condução meticulosa e crítica deste trabalho, levando-me, com sua segurança e conhecimento, a superar os contratempos e a remover os obstáculos.*

*À Profa. Dra. Vera Sabongi de Rossi, que me acompanha com doce e firme serenidade, desde o início deste trabalho, iluminando e colorindo o caminho.*

*À enfermeira Irene Cortina – baluarte desta pesquisa – por me possibilitar levantar o arco da história do PLE no estado de São Paulo: disponibilizou documentos e intermediou a interação com outras entrevistadas.*

*À Izabel dos Santos, Haidê Benetti de Paula e Maria Antonieta Benko, enfermeiras entrevistadas, que com suas experiências enriqueceram e fundamentaram este trabalho de pesquisa.*

*À Profa. Dra. Maria Inês Monteiro, pelas observações e sugestões por ocasião do exame de qualificação. Sua generosidade tem o poder de capacitar todos a progredirem.*

*A Profa. Dra. Sonia Maria Vilella Bueno, pelo acolhimento, disponibilidade, leitura e revisão cuidadosa do trabalho. Seu amor tem o poder de unir, orientar e liberar as pessoas.*

*Ao Prof. Dr. José Claudinei Lombardi, por transformar meus encontros com Marx e a intrincada pesquisa histórica em momentos agradáveis e apaixonantes.*

*À minha sempre amiga Dalvani Marques, companheira de jornada de mestrado e doutorado, pelo contato com Emiko Yoshikawa Egrý, professora da Universidade de São Paulo, que possibilitou a entrevista com Izabel dos Santos. Às duas o meu obrigado.*

*A meus amigos do PRAESA: Lourdes Missio, Rogério Renovato, Silvana Murbak, Lúcia Pedroso da Cruz, Cristiane Lacaz e Rosa Maria Rodrigues, pelo constante compartilhar de conhecimentos, dificuldades e também vitórias conquistadas ao longo deste período. Em especial a Lourdes, companheira de todas as horas, pela incansável assistência; ao Rogério pela atenta perspicácia na concretização de nossos trabalhos.*

*A professora Maria Inês B. Marini que, com sua cuidadosa revisão de escrita, possibilitou-me um texto linguisticamente correto.*

*A minhas amigas, Rita, Regiane, Claudete e Alzira e ao meu irmão Jefferson que acompanharam e torceram pelo meu trabalho.*



*À Dra Marizete Medeiros da Costa Ferreira, Diretora do Departamento Regional de Saúde de Piracicaba, pelo apoio e incentivo à pesquisa.*

*À minha pequena artista e ajudante, Luiza. Apesar de nossa luta diária nos bastidores domésticos, produziu com primor a arte final do trabalho. Sempre a amarei.*

*À Organização Brahma Kumaris, pela minha constante transformação.*

*Por fim, agradeço à minha família por serem a espinha dorsal de minha vida. Em especial ao Luiz, que me ensina, no monólogo do dia-a-dia o valor da conjugalidade.*



*“A história é a memória de uma cultura, e a memória jamais pode estar livre de paixões e comprometimentos. Não me sinto inibido de forma nenhuma pelo fato de que minhas paixões e comprometimentos sejam evidentes”.*

*Edward Palmer Thompson*



## LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

<b>ABEn</b>	Associação Brasileira de Enfermagem
<b>ACD</b>	Atendente de Consultório Dentário
<b>AI S</b>	Ações Integradas de Saúde
<b>BM</b>	Banco Mundial
<b>CAPES</b>	Coordenação de Aperfeiçoamento de Nível Superior
<b>CEBES</b>	Centro Brasileiro de Estudos de Saúde
<b>CD</b>	Classe Descentralizada
<b>CEDRHU</b>	Centro de Desenvolvimento de Recursos Humanos para a área de saúde
<b>CEE</b>	Conselho Estadual de Educação
<b>CF</b>	Constituição Federal
<b>CEFAB</b>	Centro Formador de Américo Brasiliense
<b>CEFAS</b>	Centro Formador de São Paulo
<b>CEFORH</b>	Centro de Formação de Recursos Humanos
<b>CEFOR</b>	Centro Formador
<b>CFE</b>	Conselho Federal de Educação
<b>CI PLAN</b>	Comissão Interministerial de Planejamento de Coordenação
<b>CIS</b>	Centro de Informações de Saúde
<b>CLT</b>	Consolidação das Leis Trabalhistas
<b>CNE</b>	Conselho Nacional de Educação
<b>COFEN</b>	Conselho Federal de Enfermagem
<b>CONASP</b>	Conselho Consultivo de Administração de Saúde Previdenciária
<b>COREN</b>	Conselho Regional de Enfermagem
<b>CRH</b>	Coordenadoria de Recursos Humanos
<b>CRUESP</b>	Conselho de Reitores das Universidades Estaduais Paulistas
<b>DE</b>	Delegacia de Ensino
<b>ERSA</b>	Escritório Regional de Saúde
<b>FEBEM</b>	Fundação Estadual do Bem Estar do Menor
<b>FI OCRUZ</b>	Fundação Oswaldo Cruz
<b>FUNDAP</b>	Fundação de Desenvolvimento Administrativo
<b>GS</b>	Gabinete do Secretário
<b>I AMSPE</b>	Instituto de Assistência Médica ao Servidor Público Estadual
<b>I DA</b>	Integração Docente Assistencial
<b>I NAMPS</b>	Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social
<b>I NPS</b>	Instituto Nacional de Previdência Social
<b>LDB</b>	Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional
<b>LEP</b>	Lei do Exercício Profissional
<b>LOS</b>	Lei Orgânica de Saúde
<b>MEC</b>	Ministério da Educação e Cultura
<b>MPAS</b>	Ministério da Previdência e Assistência Social
<b>MS</b>	Ministério da Saúde
<b>OMS</b>	Organização Mundial de Saúde
<b>ONU</b>	Organização das Nações Unidas
<b>OPAS</b>	Organização Pan-Americana de Saúde
<b>PEC</b>	Programas de Extensão de Cobertura
<b>PI ASS</b>	Programa de Interiorização de Ações de Saúde e Saneamento
<b>PI PMO</b>	Programa Intensivo de Preparação de Mão-de-obra



<b>PLE</b>	Projeto Larga Escala
<b>PND</b>	Plano Nacional de Desenvolvimento
<b>PPREPS</b>	Programa de Preparação Estratégica de Pessoal de Saúde
<b>PREV SAUDE</b>	Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde
<b>PROFAE</b>	Projeto de Profissionalização dos Trabalhadores da Área de Enfermagem
<b>PROFI C</b>	Programa de Formação Integral da Criança
<b>PUC</b>	Pontifícia Universidade Católica
<b>RHSUS</b>	Recursos Humanos para o SUS
<b>SES</b>	Secretaria de Estado da Saúde
<b>SESP</b>	Serviços Especiais de Saúde Pública
<b>SINPAS</b>	Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social
<b>SUDS</b>	Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde
<b>SUS</b>	Sistema Único de Saúde
<b>THD</b>	Técnico de Higiene Dental
<b>UERJ</b>	Universidade Estadual do Rio de Janeiro
<b>UF</b>	Unidade da Federação
<b>UFBA</b>	Universidade Federal da Bahia
<b>UFRJ</b>	Universidade Federal do Rio de Janeiro
<b>UNB</b>	Universidade de Brasília
<b>UNESP</b>	Universidade Estadual Paulista
<b>UNI CAMP</b>	Universidade Estadual de Campinas
<b>USP</b>	Universidade de São Paulo



## LISTA DE QUADROS

	<b>PÁG.</b>
1- Dissertações relativas ao Projeto Larga Escala, 1990 – 2004.	31
2- Empregos de Saúde por categoria profissional de nível médio e elementar por tipo de estabelecimento público. São Paulo, 1984.	90
3- Projetos de Formação de Pessoal em Nível Médio, São Paulo, 1995.	156
4- Movimento dos alunos no Curso de Auxiliar de Enfermagem. Projeto Classe Descentralizada. Outubro de 1988 a julho de 1996.	163



## LISTA DE TABELAS

	PÁG.
<b>Tabela 1:</b> Alunos por curso do PLE/São Paulo, 1988.	105
<b>Tabela 2:</b> Distribuição segundo número de enfermeiros que realizaram capacitação pedagógica. PLE/São Paulo, 1985 – 1988.	107
<b>Tabela 3:</b> Distribuição de alunos do curso de auxiliar de enfermagem nos ERSAs durante o ano de 1989.	110
<b>Tabela 4:</b> Movimento dos alunos no PLE. São Paulo, 1989.	112
<b>Tabela 5:</b> Movimento dos alunos no PLE. São Paulo, 1990.	113
<b>Tabela 6:</b> Distribuição de alunos do curso de auxiliar de enfermagem nos ERSAs durante o ano de 1990.	114
<b>Tabela 7:</b> Movimento dos alunos no PLE. São Paulo, 1991.	117
<b>Tabela 8:</b> Distribuição de alunos do curso de auxiliar de enfermagem nos ERSAs durante o ano de 1991	118
<b>Tabela 9:</b> Movimento dos alunos no PLE. São Paulo, 1992.	121
<b>Tabela 10:</b> Movimento dos alunos no PLE. São Paulo, 1993.	122
<b>Tabela 11:</b> Movimento dos alunos no PLE. São Paulo, 1994.	122
<b>Tabela 12:</b> Movimento dos alunos no PLE. São Paulo, 1995.	123
<b>Tabela 13:</b> Movimento dos alunos no PLE. São Paulo, 1997.	124
<b>Tabela 14:</b> Movimento dos alunos no PLE. São Paulo, 1987-1997.	125



## RESUMO

O objetivo deste estudo é reconstituir a história do Projeto de Formação de Trabalhadores para a Área de Saúde em Larga Escala – PLE no estado de São Paulo, no período de 1981 a 1996, procurando compreender este processo de formação profissional que se configurou como prática inovadora, mas não se consolidou como processo permanente de formação, apesar dos diferenciais propostos pelo mesmo: integração ensino-serviço, currículo integrado e metodologia problematizadora. Pretende-se explicitar o papel e o significado do PLE, bem como a contribuição deste programa para a profissionalização da categoria de enfermagem. A apresentação deste trabalho encontra-se dividida em cinco capítulos. Na introdução discutimos o Movimento da Reforma Sanitária Brasileira e as primeiras intervenções dos organismos internacionais na área da Saúde, o mercado de trabalho em Saúde no Brasil situando nossa problemática de estudo. No primeiro capítulo apresentamos, o caminho teórico-metodológico da pesquisa, partimos de uma concepção histórico cultural, na qual as estruturas do sistema de saúde, do sistema educacional e dos processos de qualificação são condicionadas historicamente e ao mesmo tempo condicionantes das relações sociais. Com base na trajetória do PLE e por meio das contribuições de Edward P. Thompson, valemo-nos das experiências dos sujeitos sociais que dele participaram, tentando recompor-lhes as ações e entender por que o processo tomou um rumo e não outro. No segundo capítulo, apresentamos questões ligadas à relação entre educação, trabalho e enfermagem, considerando-se os pressupostos do capitalismo, preconizadores da noção de qualificação profissional como sinônimo de preparação para o mercado de trabalho. No terceiro capítulo, apresentamos a concepção do PLE: a reconstituição de sua história em âmbito nacional, os seus embasamentos teórico-metodológicos, as conjunturas e perspectivas para a implantação do PLE nos Estados. Especial atenção é dada à questão da experiência pedagógica e inserção dos atores neste processo de formação. No quarto capítulo, descrevemos a implantação do PLE no Estado de São Paulo. Abordamos os reflexos das políticas de atenção à Saúde no Estado, bem como as mudanças estruturais na área de saúde. Analisamos o período de gestação do PLE, bem como os primórdios de sua implantação. A seguir, iniciamos a análise de seu desenvolvimento, objetivando entender os avanços e retrocessos deste processo de formação. Elencamos como unidades de análise: formação em serviço, experiência pedagógica e qualificação profissional. No quinto capítulo, retomamos o debate sobre o PLE na perspectiva de compreensão de seus resultados, trazendo elementos e reflexões que devem ser entendidos como um dos possíveis olhares que procuram conhecer os avanços e retrocessos deste processo de formação. Nas conseqüências e conclusões, apresentamos os limites e resultados do PLE – processo de lutas, avanços, recuos e resistências num campo de correlação de forças – pontos de encontros e desencontros para, dessa forma, conhecer o desenlace de sua história. Foi possível compreender que o PLE, experiência pedagógica comprometida com mudanças, buscou enfrentar um grande desafio – romper com os esquemas de formação dos trabalhadores de saúde. Neste processo, evidenciamos conflitos, lutas, sonhos e envolvimento intricados nas dificuldades em pensar algo novo e transformar a realidade do trabalho em saúde.

### **PALAVRAS-CHAVE:**

Ensino Profissionalizante em Enfermagem, Qualificação Profissional, Educação, História da Educação.



## ABSTRACT

This study was carried out in order to rebuild the history of the Graduation of workers Project to the health area on a Large Scale – PLS in Sao Paulo state, from 1981 to 1996. We try to comprehend this process of professional qualification, which has been set as some new practice, but hasn't become stronger as a permanent process of qualification despite all the different proposals presented by it: working-teaching integration, integrated curriculum and troublemaking methodology. We intend to explain the role and the meaning of PLS, as well as its contribution to the qualification of nurses. This study is divided in five chapters. The introduction contains a discussion on The Brazilian Sanitary Reform Movement and the early interventions from international organizations in health care and the job market in health in Brazil, which is our main point of study. It is presented, in the first chapter, the theoretical-methodological direction that the research followed. Our starting point was a historical-cultural conception in which the health and educational systems and qualification processes are historically conditioned as well as conditioning of social relations. Based on the PLS trajectory and Edward P. Thompson's contributions, we make use of the experiences of social individuals who took part in the project, trying to reestablish their actions and comprehend how come the project took a certain direction instead of another one. On the second chapter we present issues based on the relation among education, work and nursing, considering capitalism purposes, which first claimed professional qualification as a synonym for preparation for the job market. The PLS conception is presented on the third chapter: its history reconstitution nationwide, its theoretical-methodological background, the situations and perspectives for the PLS implantation in the United States. Special attention is given to the matter of pedagogical experience and the insertion of the protagonists in this formation process. On the fourth chapter we describe the PLS implantation in Sao Paulo state. We present the policies of attention to health care in the state, as well as the structural changes in this area. We analyzed the PLS period of elaboration, and the early times of its implantation. The next step was to start an analysis of its development in order to understand the advances and retreats of this formation process. We chose as analysis objects: studying when working, pedagogical experience and professional qualification. On the fifth chapter, we return to the discussion on PLS trying to comprehend its results, bringing about elements and reflections which must be faced as one of the many looks that seek to understand the advances and retreats of this formation process. At the conclusions and consequences, we present PLS limits and results – struggle process, advances, retreats and resistance in a field of strength correlation – matching and non-matching points in order to, in this way, get to know the ending of its history. It was possible to comprehend that PLS, a pedagogical experience committed with changes, faced a big challenge – to break free from the schemes of formation of workers in health care. In this process, we highlighted conflicts, fights, dreams and involvements intricated in difficulties thinking up something new and modifying the work in health care reality.

### KEYWORDS:

Nursing professional teaching, professional qualification, Education, History of Education.



# SUMÁRIO

<i>Dedicatória</i> .....	v
<i>Agradecimentos</i> .....	vii
<i>Epígrafe</i> .....	xi
<i>Lista de siglas</i> .....	xiii
<i>Lista de quadros</i> .....	xvii
<i>Lista de tabelas</i> .....	xix
<i>Resumo</i> .....	xxi
<i>Abstract</i> .....	xxiii

<b>INTRODUÇÃO</b> .....	01
-------------------------	----

<b>1 CAMINHO TEÓRICO-METODOLÓGICO</b>	22
---------------------------------------	----

<b>2 TRANSFORMAÇÕES HISTÓRICAS NO PROCESSO DE TRABALHO E EDUCAÇÃO PROFISSIONAL EM ENFERMAGEM.</b>	39
---	----

<b>3 A CONCEPÇÃO DO PROJETO LARGA ESCALA</b>	53
3.1 Aspectos históricos e estruturação da proposta	53
3.2 Inserção dos atores neste processo de formação	61
3.3 Estrutura curricular e pressupostos do PLE: interfaces com o contexto educacional	71
3.4 Conjunturas e perspectivas para a implementação do PLE nos Estados	77

<b>4 A IMPLANTAÇÃO DO PLE NO ESTADO DE SÃO PAULO</b>	80
4.1 Decorrências da Política de Atenção à Saúde no Estado de São Paulo	80
4.2 O percurso de um novo modelo assistencial: a política e os trabalhadores de saúde	87
4.3 O caminho no sentido de consolidação do SUS: a Constituição de 1988	99
4.4 Formação em serviço	104
4.5 Experiência pedagógica: um olhar a partir dos sujeitos	126
4.6 Qualificação Profissional: O Projeto Classe Descentralizada	155



<b>5 COMPREENSÃO DOS RESULTADOS</b>	165
<b>CONSEQUÊNCIAS E CONCLUSÕES</b>	185
<b>DOCUMENTOS ANALISADOS</b>	193
<b>DOCUMENTOS OFICIAIS</b>	198
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b>	200
<b>ANEXOS</b>	
I - Roteiro de entrevista com as coordenadoras do Projeto Larga Escala	214
II - Resolução CIPLAN n.º 15, de 11 de novembro de 1985	216
<b>III – Conteúdo do CD - ROM</b>	217
Parecer CEE n.º 1297/87 – Experiência Pedagógica – PLE	
Plano de Curso Supletivo de Qualificação Profissional III – Habilitação Parcial em Auxiliar de Enfermagem	
Plano de Curso Supletivo de Qualificação Profissional III – Habilitação Parcial em Visitador Sanitário	
Regimento dos Centros de Formação de Recursos Humanos para área de Saúde - CEFORH	



## INTRODUÇÃO

O interesse pelo desenvolvimento do processo educativo em Enfermagem, no Ensino Médio, levou-nos a definir os caminhos a serem percorridos ao longo de nossas pesquisas, dentro dos projetos para o mestrado e o doutorado.

Com uma formação inicial predominantemente tecnicista, permanecemos alheios às questões educacionais, centrados que éramos naquele conhecimento, até que o envolvimento primeiramente como professora e depois como coordenadora dos cursos, em um projeto que objetivava qualificar profissionais em nível médio de enfermagem. Este projeto, denominado Classe Descentralizada, foi desenvolvido até 1996, quando surgiu a atual Lei de Diretrizes e Bases, que excluiu os cursos supletivos profissionalizantes. A partir de 1996, como atividade secundária de trabalho, participamos da formação de técnicos e auxiliares de enfermagem em uma escola privada.

Nesses cursos, pudemos observar diretamente o despreparo dos docentes em relação ao processo ensino aprendizagem, o que gerou em nós inquietação e alguns questionamentos. Esta experiência fez-nos refletir sobre todo o processo de formação pedagógica oferecido pela Licenciatura em Enfermagem. Surgiu daí o interesse em nos aprofundarmos em pesquisas que nos oferecessem condições necessárias para compreender as origens do problema apresentado.

Deparamo-nos, então, com uma extensa gama de causas, entre as quais, questões ligadas à história do Ensino Profissionalizante em Enfermagem, tais como os projetos ou programas de profissionalização da categoria. Como já havíamos participado de um deles, trabalhar nessa área tornou-se viável para nós.

Ao término do mestrado, o interesse pelo Ensino Médio e o desejo de contribuir para o preenchimento das lacunas de produção de conhecimentos nele existentes foram nos enredando e dirigindo-nos a um novo tipo de desafio: uma parceria para esta nova pesquisa.

Parceria feita, o nosso interesse pela educação profissional em enfermagem nos mobilizou para esta atual jornada e nos impulsionou a refletir sobre a formação dos alunos e os problemas a ela relacionados, principalmente no que tange ao Ensino Médio. Nele persistem significantes lacunas, como a falta de articulação entre formação e sistemas de saúde, que, sem dúvida, perpassa pelas dimensões econômica, política e operacional.

Apesar da relevância da questão, os cursos de formação regular e os projetos de formação profissional em nível médio de enfermagem, objeto deste estudo, têm se caracterizado pela forma descontínua, por fatores ainda desconhecidos ou supostos, como o não alcance das metas propostas, seu custo demasiado alto ou até a perda de apoio político e as implicações das reformas administrativas desencadeadas a cada início de um novo governo.

Segundo Barreira (1999), uma melhor compreensão da trajetória da enfermagem é necessária para a formação de uma consciência crítica que ultrapasse o conhecimento da história da profissão no Brasil. Como agentes em todos os processos inerentes à profissão, entendemos que é do nosso empenho e da nossa consciência, que depende a valorização de nossos papéis no movimento da história.

Como nos lembra o historiador Jacques Le Goff (2003, p. 471) “a memória, na qual cresce a história, que por sua vez a alimenta, procura salvar o passado para servir o presente e ao futuro. Devemos trabalhar de forma que a memória coletiva sirva para a libertação e não para a servidão do homem”.

Assim, um mergulho na relação passado/presente possibilitará vislumbrar outros caminhos por meio dos quais a enfermagem alcance a relevância que lhe é devida como profissão fundamental no cenário da assistência à saúde.

A profissionalização do atendente de enfermagem, por exemplo, tornou-se um desafio histórico para o ensino dentro dessa categoria, pois a organização do trabalho de enfermagem sofreu perdas significativas com a introdução de um contingente numeroso de trabalhadores sem qualificação específica, causando desequilíbrio e desarmonia na composição da equipe, pois com o desenvolvimento profissional o atendente passou a ser um agente insuficiente para a prestação do cuidado cada vez mais complexo.

Acreditamos que este estudo trará contribuições - no sentido de clarificar alguns aspectos intrínsecos e extrínsecos à execução de políticas direcionadas - à formação dos profissionais de enfermagem de nível médio e aos novos projetos formulados com o mesmo objetivo, porém com rótulos diferentes.

Objetivamos reconstituir e compreender a história do Projeto de Formação de Trabalhadores para a Área de Saúde em Larga Escala – PLE, no Estado de São Paulo, no período

de 1981 a 1996; a escolha desse período deveu-se ao ano de 1981 ser o da concepção do projeto, atravessando os anos de sua implantação no Estado, até que, em 1996, a regulamentação da atual Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional – LDB, põe fim aos cursos supletivos e, dentre eles, o PLE.

Pretendemos responder em nossa pesquisa as seguintes questões: a) Por que o PLE considerado como uma proposta inovadora, que em sua essência admitia o trabalho como princípio educativo, não se consolidou como processo permanente de formação, apesar dos diferenciais propostos pelo mesmo: integração ensino-serviço, currículo integrado e metodologia problematizadora? b) Qual o papel, o significado e a contribuição deste programa para a profissionalização da categoria de enfermagem? Quais os desafios e as dificuldades que se fizeram presentes? c) Por que o PLE não expandiu ou melhorou a rede regular de escolas profissionalizantes no período? d) Até que ponto a questão da Lei do Exercício Profissional de Enfermagem – LEP foi determinante para se optar pelo auxiliar de enfermagem e não pela formação do visitador sanitário?

Estas questões situam-se na interseção das áreas de Educação Profissional, Saúde e Trabalho, considerando os pressupostos do capitalismo, que exigem permanente qualificação dos trabalhadores - problemas e desafios enfrentados pela formação profissional e transformações que vem sendo operadas no âmbito dos setores produtivos e dos serviços. O problema da pesquisa decorre desta necessidade de qualificação profissional, com a finalidade de habilitar tecnicamente o trabalhador, segundo as necessidades do mercado, tornando-o capaz de cumprir suas funções, que é também, um processo de condicionamento ao modo capitalista de produção.

Nosso objetivo neste trabalho não se limita a contar uma história, mas estudar o passado para compreender os acontecimentos, cenários, atores, relações sociais, relação de força e articulação entre estrutura e conjuntura e as mudanças em sua totalidade. Para tanto, optamos por uma abordagem histórico cultural.

Para justificar a escolha desta concepção entendemos que esta experiência apostou num sentido mais amplo de formação, constituído de pressupostos pedagógico-metodológicos e da qualificação de trabalhadores no ambiente de serviço (integração-ensino serviço), com o intuito de formar um profissional crítico. Pretendemos revisitar esses caminhos, auxiliados pelos sujeitos e documentos que dão significados a essas experiências.

Thompson (1981), historiador marxista britânico do século XX, acreditava que é tarefa do investigador explicar um evento pelo como e porquê de sua caminhada para uma determinada direção e, por conseguinte, pelos princípios e tendências fundamentais do processo. Portanto, para compreensão do processo histórico, o autor considerava que recuperar a totalidade é fazer com que o objeto de investigação apareça no emaranhado de suas mediações e contradições, revendo sua composição, na tentativa de reconstituir sua razão de ser ou aparecer.

Valer-nos-emos, para a recomposição das ações desenvolvidas e para a compreensão das decisões que determinaram a trajetória do PLE, dos sujeitos sociais que dele participaram efetivamente.

Para Thompson (1981, p. 200-201):

Dentro de um ser social podem ocorrer mudanças que dão origem a uma experiência transformadora: e essa experiência é determinante no sentido que exerce pressões sobre a consciência social existente, propõe novas questões e oferece grande parte do material com que lidam os exercícios intelectuais mais elaborados.

Neste sentido é de fundamental importância resgatar o movimento da Reforma Sanitária, para explicar, a “mudança histórica com racionalidade”, nos dizeres de Thompson. Concordamos com o autor, pois, por meio desta experiência, vamos recuperar as circunstâncias históricas daquele momento: a pressão dos movimentos populares sobre os serviços públicos de saúde na década de 80, as articulações entre as lideranças desses movimentos e as associações e sindicatos dos profissionais que possibilitaram, durante a transição democrática, na primeira metade dos anos 80, o processo de elaboração de Reforma, que propiciou a implantação de modelos alternativos de assistência à saúde.

Com esta compreensão, objetivando analisar o contexto em que ocorreu a implantação do PLE, o período de que nos ocupamos refere-se às décadas de 80 a 90, iniciando as nossas discussões no ano de 1974, em que foi lançado o II Plano Nacional de Desenvolvimento - PND (1974-1979). Este plano evidenciou a necessidade de reformas das estruturas organizacionais na área de saúde. O citado período tem como evidências a Reforma Sanitária, as políticas neoliberais e o início da interferência dos organismos internacionais na área da saúde. Buscamos, assim,

situar o tema, utilizando a revisão bibliográfica sobre as questões a ele relacionadas, estabelecendo uma inter-relação com os aspectos do mercado de trabalho na área da saúde nesse período.

Consideramos a Reforma Sanitária como ponto de partida para a compreensão do Projeto Larga Escala, pois esse movimento possibilitou ao campo da saúde novas composições para atender as necessidades de saúde da população, bem como modificar as práticas vigentes.

De seu desenvolvimento participaram organizações e associações com propostas transformadoras para o Sistema de Saúde. Nas palavras de Escorel (1998, p. 131) “essas pessoas e essas experiências, em contato com outras pessoas e experiências, no final da década haviam se articulado de forma a constituir um movimento de pessoas e idéias a que chamamos de Movimento Sanitário”.

Refletindo sobre mudanças históricas na área de saúde, trazemos à tona o contexto da gestação de várias propostas inovadoras para a área de saúde. Sem deixar de associá-las às questões políticas, visamos captar e exibir a presença de múltiplos atores com pensamentos transformadores, constituindo um jogo de forças em um momento de reorganização e mudança de política nos serviços de Saúde no Brasil.

Para compor este cenário, iniciamos pelo processo de industrialização acelerada ocorrida no Brasil a partir dos anos 50, provocador do deslocamento do pólo dinâmico da economia para os centros urbanos, gerando uma massa operária a ser atendida pelo sistema de saúde. Nesta base econômica ampliada pela industrialização a partir de 1964, no âmbito da ditadura militar, aumenta fortemente o poder do aparelho estatal:

essas reformas aumentam sobremaneira a capacidade da intervenção estatal no campo social. Entretanto, ao se deslocarem as relações entre o aparato estatal e as classes subalternas, de uma situação corporativa (e que permita sua inclusão na cena política através, entre outras, das organizações sindicais e previdenciárias) para outra de caráter tipicamente assistencial, passa a legitimar-se uma prática no campo das ações de governo, onde as classes subalternas são consideradas formalmente objeto passivo dos benefícios emanados de um estado que se auto-intitula moderno, tecnocrático e conhecedor das necessidades e interesses dessas classes (BARROS SILVA, 1983 a, p. 26).

Na metade dessa década, o crescimento da atenção médica voltada à manutenção e restauração da capacidade produtiva do trabalhador, levou à conformação do modelo médico-

assistencial, que culminou na criação do Instituto Nacional de Previdência Social – INPS, em 1966. A intervenção estatal no campo da saúde, denominada “médico-assistencial-privatista”, teve como resultado a exclusão da classe trabalhadora das decisões nesta área; a criação do INPS, que passou a gerir a assistência médico previdenciária, com centralização do processo decisório; e a orientação para compra de serviços ao setor privado, de caráter médico - hospitalar (BARROS SILVA, 1983a).

Luz (1991) caracterizou a política de saúde dos anos do “milagre brasileiro” como aquela que considerava a medicina como sinônimo de cura, fortalecida pela demanda crescente por consultas médicas, pelo financiamento da previdência social para a construção ou reformas de clínicas e hospitais privados e para a multiplicação das faculdades particulares de medicina por todo o país, em resposta aos poucos recursos públicos.

Este estudo adentrou o cenário efervescente do ano de 1974, momento em que ocorreu uma mudança na condução da política de Estado no Brasil, com Ernesto Geisel no poder e o início do processo de abertura política, diante do desgaste e da perda de legitimidade do governo militar. Cordeiro (1980) assinala o ano de 1974 como o marco para o início dos debates em torno das questões da saúde.

Mudanças econômicas e políticas registradas a partir do II Plano Nacional de Desenvolvimento – PND (1974) redefiniram o modelo de desenvolvimento social brasileiro e orientaram estratégias para o desenvolvimento do setor da saúde. Para Escorel (1998), o regime precisava lançar mão de políticas sociais para sua legitimação e, para tanto, investiu na canalização de recursos e projetos prioritários nessas áreas.

Cordeiro (1980, p.162) assinala como significativas nesse período, ou seja, entre 1966 e 1974: “as transformações dirigidas ao processo de capitalização da prática médica que articulava o conjunto das instituições prestadoras de assistência à saúde, de formação de recursos humanos e de produção de insumos materiais (medicamentos e equipamentos) para a constituição do complexo médico-industrial”.

Este mesmo autor, em relação à promulgação da lei n.º 6.229, de 17 de julho de 1975, que dispõe sobre o Sistema Nacional de Saúde, separando as ações de saúde pública das ditas de atenção à saúde das pessoas, afirma que, ao mesmo tempo em que se inicia o processo de

constituição e desenvolvimento do complexo médico-industrial, orientou-se a definição de projetos de extensão de cobertura a regiões carentes, por meio de atenção primária à saúde, utilizando trabalhadores não especializados e tecnologia simples. De acordo com Simões (1986, p. 554) “essa lei institucionaliza a dicotomia da assistência à saúde, quando atribui ao Ministério da Previdência e Assistência Social, os cuidados reabilitadores - individuais e ao Ministério da Saúde e às Secretarias de Saúde as ações preventivas - coletivas”.

Foi então criado, em 1977, o Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social - SINPAS, que fragmentou o Instituto Nacional de Previdência Social – INPS, o qual trataria da questão previdenciária e incorporou o símbolo do modelo médico: o INAMPS - Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social, responsável pelas atividades de atenção individual. As ações de caráter coletivo ficariam então sob a responsabilidade do Ministério da Saúde – MS (MENDES, 2005).

Há que se ressaltar que as políticas de saúde no Brasil, nessa época, possuíam estreito vínculo com a Previdência Social: o previdencialismo era típico da regulação taylorista de trabalho, em que a assistência médica era atribuição dos sistemas de previdência, organizados e financiados pelos trabalhadores, pelas empresas e pelo Estado.

Decorrente deste vínculo, visualizamos nesse período um processo de privatização da assistência médica, bem como uma estrutura hospitalar voltada para intervenções, a fim de restabelecer a saúde do indivíduo e devolvê-lo à sociedade (MEDICI, 1994).

Como conseqüência, empresas médicas controlavam mais de dois terços da capacidade instalada e da força de trabalho no setor, financiadas pela Previdência Social para atender os trabalhadores e seus beneficiários. A rede de hospitais, clínicas e outras unidades de diagnóstico eram a base para a produção de ações curativas, preocupando-se com a reprodução do capital, estimulando o consumo de serviços. A mesma tônica explicita-se também na recuperação da saúde dos trabalhadores; já os serviços estatais eram mantidos em segundo plano e objetivavam a prestação de serviços e a atenção primária a grupos marginalizados do sistema produtivo. Para atender à classe dominante, mencionamos a prática liberal, ou seja, a prestação de serviços por profissionais autônomos que captavam sua clientela e com ela estabeleciam condições para o exercício de sua atividade (SANTOS e BARROS VIEIRA, 1979).

A supremacia da empresa médica, decorrente da articulação do INAMPS com o complexo médico empresarial, focou sua atenção no atendimento médico-hospitalar, o qual corroborava para:

a transformação da forma de organização de prestação de serviços no sentido de tecnificação do ato médico; a constituição de empresas capitalistas no setor; o assalariamento em larga escala dos profissionais da medicina e sua maior especialização; a constituição de hospitais e serviços de apoio (especialidades complementares de diagnóstico e terapêutica), como base técnica do funcionamento dos serviços de saúde e dos preços de comercialização dos serviços prestados (BARROS SILVA, 1983b, p. 7).

A saúde pública mantida pelo Estado ficou, assim, relegada a segundo plano, colaborando para agravar as condições de saúde da população e a crise desse modelo assistencial, paralelamente à crise econômica e política, quando se desfez a ilusão do milagre econômico. Os trabalhadores ressurgem em cena, reivindicando maior participação nos benefícios produzidos por toda a sociedade (PIRES, 1998).

Assim, a política de atenção à saúde, na vigência do sistema capitalista de produção, em que existem condicionantes de ordem estrutural repercutindo neste campo de atenção, possuía três características básicas, como explicitado por Barros Silva (1983b):

1. Centralidade política da intervenção estatal em saúde, propiciando mecanismos de auto-sustentabilidade financeira, na qual os consumidores de serviço pagavam por aquilo que recebiam, penalizando a massa operária (o destino da política de saúde encontrava-se nas mãos do INAMPS e do complexo médico industrial prestador de serviço, decorrente da privatização da política social em saúde);
2. Ausência de participação popular e dicotomização da rede de atendimento;
3. Baixa efetividade social que se traduzia pela baixa capacidade de resolver os problemas de saúde que a população apresentava.

De 1974 a 1979, tem-se a consolidação de um novo posicionamento na área da saúde, que mobilizou atores interessados na investigação dos determinantes econômicos, políticos e sociais da conformação do Sistema de Saúde Brasileiro (OPAS, 2002). Nas palavras de Paim e Almeida Filho (2000, p. 36):

A área de Saúde, inevitavelmente referida no âmbito coletivo público-social, tem passado historicamente por sucessivos movimentos de recomposição das práticas sanitárias decorrentes das distintas articulações entre sociedade e Estado que definem, em cada conjuntura, as respostas sociais às necessidades e aos problemas de saúde.

Surge a possibilidade de reorganização das práticas e modelos assistenciais, influenciando a mudança de posições teóricas, ou seja, saberes e técnicas da organização dos serviços e políticas públicas de saúde. A prática sanitária, transformada em atenção médica, oferecendo à população maior quantidade de serviços prestados individualmente e destinados a tratar enfermidades, constituiu um dos pilares básicos de discussão e mobilização popular e intelectual, dando origem ao movimento da reforma sanitária. Barros Silva (1983 a, p. 40) assinala também a “revitalização das Conferências Nacionais de Saúde, como lócus privilegiado de debates a respeito das alternativas ao encaminhamento da política estatal para o setor de atenção à saúde como um todo”.

Nesse sentido, Gerschman (2004), em estudo dos movimentos sociais em saúde, ligados ao processo de formulação e de implantação de políticas de saúde, relata que, no fim dos anos 70 e início dos 80, os movimentos sociais tiveram um papel importante para minar as bases do regime autoritário. Dentre eles, citam-se os sindicatos operários, o sindicalismo de classe média e os movimentos populares, que se aglutinaram para exigir do regime militar eleições livres e diretas para a Presidência da República.

O Movimento Sanitário se constituiu com a participação de médicos, estudantes, grupos de interesses profissionais (sindicatos), movimentos populares, igreja, agregando também elementos da burocracia pública, membros de governos municipais e parlamentares.

O Movimento Sanitário não é um grupo de interesses e nem é formado por grupos de interesses. Embora dele possam fazer parte grupos de produtores (médicos, por exemplo) e de consumidores (usuários, potenciais ou reais, dos serviços de saúde), organizações de representação de interesses e partidos políticos, o que o caracteriza enquanto movimento é o fato de ele aglutinar além

de indivíduos, entidades de diferentes naturezas funcionais, organizacionais e políticas, com uma proposta ético-política visando interesses coletivos (VAITSMAN, 1989, p. 153).

A academia, representada na época por alguns departamentos de Medicina Preventiva, responsável pela formação e pesquisa, iniciou a construção de um novo saber e estabeleceu uma crítica à medicina preventiva e suas bases filosóficas positivistas, incorporando o desenvolvimento da abordagem marxista no campo da saúde. Escorel (1998, p. 109-110) aponta que a produção de conhecimento esteve localizada em São Paulo, até 1975,

nos departamentos de Medicina Preventiva da USP, UNICAMP, Santa Casa, Ribeirão Preto, Botucatu e Paulista de Medicina, durante os anos do Governo Geisel. Com o desmantelamento do Departamento de Medicina Preventiva da UNICAMP e deslocamento do seu quadro para o Rio de Janeiro, juntamente com o crescimento do mestrado no Instituto de Medicina Social da Universidade Estadual do Rio de Janeiro, a produção teórica da medicina social se concentrou no Rio de Janeiro.

Uma parte deste grupo permaneceu no Estado de São Paulo, no mestrado do Departamento de Medicina Preventiva da Universidade de São Paulo e na Secretaria de Estado da Saúde. Do grupo de São Paulo partiu a proposta da criação do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde – CEBES, que se tornaria a pedra fundamental do movimento sanitário. O CEBES foi criado como instituição para viabilizar a publicação da Revista Saúde em Debate, que seria um veículo para divulgar o pensamento sanitarista, tendo como pressuposto a saúde como componente do processo histórico estrutural. O Centro, além da publicação da revista, promovia encontros, debates e reuniões divulgando o pensamento sanitarista (ESCOREL, 1998).

Já o Movimento Sindical Médico incluiu a união do conjunto de entidades médicas brasileiras, destacando-se a atuação dos médicos residentes e o Movimento de Renovação Médica, que introduziram discussões e debates trazidos do mundo do trabalho, juntamente com os mecanismos de organização e reivindicação dos trabalhadores: os sindicatos, as greves e a luta salarial (GERSCHMAN, 2004).

Esses movimentos buscavam articulações com outros movimentos sociais cujas estratégias de questionamentos e mudanças das políticas sociais do regime fossem comuns; os estudantes de medicina promoveram várias greves, acusando a política de saúde da ditadura de

tentar repor com uma mão o que subtraía dos trabalhadores com a outra, ou seja, a oferta de atenção médica, como política de saúde, era subterfúgio para minimizar os efeitos da política econômica (LUZ, 1991).

Tem-se, por fim, a importante presença do movimento social em saúde, composto pelo movimento popular em saúde e movimento médico. O primeiro originou-se nos bairros pobres da periferia das grandes cidades. Os moradores agruparam-se, buscando melhores condições de vida, em torno de associações comunitárias, com médicos sanitaristas, estudantes, religiosos, militantes políticos, integrantes de partidos políticos e integrantes de experiências comunitárias católicas, que já atuavam em bairros similares e em favelas (MARSIGLIA, 1993).

Por outro lado, acompanhando o movimento econômico da história, Cohn e Elias (2001, p. 60) relatam que “a onda econômica neoliberal, originada em meados de 70 nos países centrais, dissemina-se pelo mundo capitalista, alcançando os países periféricos, entre os quais o Brasil e causa impactos na área de saúde”.

A ordem que se instaura na década de 80, inspirada pelo neoliberalismo, provoca uma marcante fragilização dos esforços para enfrentamento coletivo dos problemas de saúde, principalmente nos países de economia capitalista dependente; cortes nos gastos públicos; e opção pelo Estado mínimo, que comprometem a saúde pública (PAIM; ALMEIDA FILHO, 1998).

Nesse sentido, mencionamos os organismos internacionais e dentre eles, o Banco Mundial, que fortalece os debates sobre as prioridades na pesquisa sobre o desenvolvimento em saúde e a estratégia da atenção primária à saúde, que se difundem a partir da Conferência de Alma Ata em 1978, na URSS, tentando cumprir a receita do neoliberalismo: saúde para todos no ano 2000 (PAIM; ALMEIDA FILHO, 2000).

A Conferência de Alma Ata traz, em seu bojo, uma doutrina de cuidados primários ou atenção primária à saúde, com a preocupação de atender às pressões e demandas dos países periféricos, reconhecendo que a maioria das doenças do terceiro mundo era resultado da pobreza e das condições de vida ali reinantes. Não obstante, vinha de encontro à lógica liberal, pois as políticas de saúde não ficaram imunes a esse processo de mudança no cenário da economia: as

propostas de reformas sanitárias visavam diminuir os custos da atenção médica e racionalizar os gastos dos sistemas de saúde, apelando para a universalização (VIANA, 1997).

Neste mesmo período, verifica-se, conforme analisa Pessoto (2001), uma consonância dos discursos de organismos como a Organização Pan-Americana de Saúde – OPAS, com aqueles da Organização das Nações Unidas – ONU, da Organização Mundial de Saúde – OMS e dos organismos de cooperação multilateral, como o Banco Interamericano de Desenvolvimento - BID e o Banco Mundial - BM que, juntos, desenvolviam e formulavam iniciativas para o campo da saúde, que incluíam a meta da saúde para todos no ano 2000.

Segundo estudos e análises desse mesmo autor, a OPAS, primeira organização de cooperação técnica em saúde entre os países do mundo, foi criada em 1902, seguindo os paradigmas higienistas. De início, objetivava manter as condições mínimas de higiene e a circulação internacional de mercadorias e pessoas, ajustando-se mais à concepção de saúde preconizada pela Organização das Nações Unidas – ONU e pela OMS (após a criação desses dois organismos depois da segunda guerra mundial). No final da década de 70, as ações da OPAS consistiram em implantação de políticas e programas nacionais e regionais voltados para a saúde e em particular, para a formação e capacitação de recursos humanos.

O BM começou, nos anos 80, a lançar seus olhares - destinar recursos para a área de saúde, realizando operações de crédito para financiar projetos no setor. Os Bancos Internacionais operavam de forma significativa nos países do terceiro mundo, negociando e renegociando as dívidas externas da maioria dos países periféricos, bem como determinando as prioridades em investimentos.

Anteriormente a oferta de empréstimos, o Banco Mundial vinha oferecendo idéias sobre quais as políticas públicas mais adequadas para o setor. O primeiro documento com pressupostos e diretrizes para a Saúde foi publicado em 1975, denominado de “Salud: documento de política sectorial”, que propunha reformas dos sistemas de saúde nos países em desenvolvimento (RIZZOTTO, 2000).

Para Rubarth (1999, p. 126-128), a saúde foi assumida como um setor específico na pauta do financiamento em decorrência de estudos em que se constatou “que é preciso propiciar acesso

mais amplo das populações pobres aos serviços de saúde, educação e outros da área social para conseguir reduzir a pobreza e promover o crescimento”.

Assim, as áreas de saúde e educação tornaram-se prioridades para o BM porque emergiam vinculadas aos problemas sociais causados pela pobreza, que se articulava ao desenvolvimento econômico e social. Desta forma, a estratégia do BM era controlar os pobres por meio da satisfação das necessidades humanas básicas e manter o domínio de sua expansão (FIGUEIREDO, 2006).

Podemos inferir, dessa forma, duas leituras possíveis ou duas vertentes distintas: uma delas, a partir do Banco Mundial, sobre as estratégias para o financiamento, a organização e a provisão de serviços e atenção à saúde, que se diferenciavam bastante do movimento da Reforma; outra leitura, a partir do movimento da Reforma Sanitária que intentou convocar vontades - quer políticas ou sociais - para um propósito comum, compartilhando um projeto para a democratização da saúde no país, orientando propostas que implicavam transformações não apenas na saúde, mas no Estado, na sociedade e nas instituições em geral (FLEURY, 1997). Concomitantemente a estes modelos e contradizendo as novas interpretações expostas pela Conferência de Alma Ata, consolida-se também uma outra concepção: a do saber médico ou o fortalecimento das práticas médicas, com uma tendência medicalizante, sob enfoque mercantilista, pois a saúde passa a ser uma atividade lucrativa, uma mercadoria, estabelecendo-se uma nova relação de mercado entre o médico e o doente.

Apontando para a questão da saúde para todos como meta universal difundida pela Conferência Internacional de Alma Ata, buscou-se por meio de uma ação do Ministério da Saúde, construir um programa embasado na assistência primária à saúde, que possibilitasse atendimento das necessidades essenciais das populações, com cobertura universal e condições de acesso. Esta proposta foi discutida na 7ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1980, que recebeu como tema - título: “Extensão das Ações de Saúde dos Serviços Básicos”, objetivando desenvolver a assistência primária como estratégia para reorientar o sistema nacional de saúde e introduzir modificações na prestação dos serviços.

No momento em que a Reforma Sanitária surge como um acontecimento capaz de mudar os rumos da saúde do Brasil, embora permeada, em todos os seus momentos, pelas necessidades do capitalismo avançado e pelas constantes intervenções de organismos nacionais e

internacionais, que interagiram nos rumos desta nova política, estabeleceu-se um espaço fértil para o desenvolvimento da proposta de mudança de processo de trabalho e na formação de trabalhadores da saúde, para atender especialmente essa realidade. Portanto, a reorientação do modelo de atenção, por meio da construção social de um novo sistema de saúde, implicou formação profissional adequada à realidade socioeconômica e cultural de nossa população.

Ao analisarmos a política de saúde no Brasil, é imprescindível considerarmos a questão dos trabalhadores para a área de saúde, principalmente a conformação do seu trabalho ao sistema capitalista de produção. Santos e Barros Viera (1979) relataram que, além da insatisfação dos usuários com o atendimento recebido e a consciência crescente do direito à saúde, a crise no sistema de saúde originou-se também do descontentamento das condições de trabalho dos profissionais da saúde.

De acordo com Souza et al (1991, p. 32), na década de 80 existiam no Brasil cerca de 300 mil trabalhadores sem qualificação específica para o trabalho em saúde, aproximadamente 50% da força de trabalho desempenhando “as funções as mais diversas, desde administração de serviços gerais até os processos assistenciais nas áreas de enfermagem, nutrição, odontologia, meios diagnósticos, fisioterapia e vigilância sanitária”, assumiam tarefas específicas e complexas sem valorização social e institucional e sem identidade para incorporar-se às organizações profissionais e como resultado, não havia inserção em planos de cargos e os salários eram precários.

De fato, esta conjuntura foi marcada pelo ritmo acelerado de crescimento da área de saúde, principalmente no setor hospitalar. Houve vigorosa absorção de profissionais, com destaque para as categorias do médico e do atendente de enfermagem, este caracterizado pela baixa escolaridade e falta de qualificação, mas respondendo pela assistência direta ao paciente.

Os Programas de Extensão de Cobertura - PEC (1974 – 1979), preconizados pelos organismos internacionais (dentre eles o Programa de Interiorização de Ações de Saúde e Saneamento – PIASS) pretendiam oferecer à população um mínimo de serviços considerados básicos e simplificados. A mão-de-obra auxiliar era advinda da localidade, de forma que “a utilização ampla de pessoal de nível auxiliar recrutado nas próprias comunidades a serem beneficiadas visava diminuir os custos dos programas e estabelecer uma ponte de nível técnico entre a população e a unidade de saúde” (ESCOREL, 1998, p. 160).

Estudos do Núcleo de Estudos e Pesquisas em Desenvolvimento de Recursos Humanos em Saúde da Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz – FIOCRUZ (1993), apontavam que a área da saúde e sua equipe de trabalho não podiam mais ser pensados nos moldes das décadas de 60 e 70, em que a presença do médico juntamente com o auxílio do atendente de enfermagem, resolviam os problemas. Era intenção buscar um novo modelo de saúde universalizante, oferecendo assistência integral à população.

A hegemonia do trabalho médico pressupunha, de um lado, a existência de um intelectual detentor do saber e, de outro, uma grande massa, os atendentes de enfermagem, com competência para o fazer, o que resultou no que chamamos “polarização”.

Nesse período, em relação à formação de trabalhadores para a ação médico-sanitária, destacamos a elaboração e a implantação do Programa de Preparação Estratégica de Pessoal de Saúde – PPREPS, em convênio com o MEC e a OPAS. Constava, como primeiro objetivo do projeto, a preparação em massa de pessoal de nível médio (técnico e auxiliar) e elementar para cobrirem os déficits existentes, permitindo assim as ações de extensão de cobertura. A formação de nível técnico e auxiliar estabelecer-se-ia por meio de ensino profissionalizante, aproveitando os mecanismos de suplência profissionalizante para o reconhecimento formal. Para a enfermagem, havia a auspiciosa meta de habilitar 12 mil técnicos, qualificar 31.000 auxiliares, preparar 52.000 atendentes e 40.000 agentes comunitários de saúde (BRASIL, 1976).

O PPREPS foi criado para estudar a questão de “recursos humanos” em saúde, tinha como propósito adequar progressivamente a formação de Recursos Humanos - RH para a saúde com os requerimentos de um sistema de saúde com cobertura máxima possível e integral - modelo médico de baixo custo, complementar ao modelo médico hospitalar hegemônico, e que tem potencial de dar alguma resposta aos grupos populacionais marginalizados.

Embora a formação de pessoal para a saúde a ser absorvida pelo mercado de trabalho, que obedecia ao modelo de assistência hegemônica, houvesse continuado a ser desenvolvido pelas instituições educacionais e obedecendo ao modelo da medicina científica, as instituições de saúde pública (Ministério da Saúde – Secretarias Estaduais) passaram a se instrumentalizar para responder – com racionalidade – ao novo perfil de recursos humanos, requerido (SIMÕES, 1986, p. 555).

Entre 1980 e 1990, evidenciou-se um forte crescimento do emprego no setor da saúde, passando o total de empregos de 815,7 mil para 1.175,5 mil, representando um crescimento de 5,3% ao ano, salientando-se que nesse período, nos demais setores de atividade, o crescimento foi de apenas 1,3% ao ano (MEDICI, 1993).

Segundo o mesmo autor, neste período, em relação à dinâmica do mercado, o emprego público na área de saúde se expandiu mais rapidamente que o privado, passando de 44,8% para 48,3% do total de postos de trabalho. As categorias de profissionais de nível médio foram as que mais cresceram, tanto no setor público quanto no privado, indicando uma composição mais adequada para as equipes de saúde.

É importante compreendermos que o aumento da força de trabalho com pouca qualificação formal deveu-se à lógica do setor médico-hospitalar privado, em que a contratação dos atendentes de enfermagem colaborava para a prática de baixos salários. Acrescenta-se que, na política direcionada para o fortalecimento do setor público, verificava-se essa mesma tendência (AMÂNCIO FILHO; ALMEIDA, 1995).

Na condição de país em desenvolvimento, o Brasil enfrentou grave problema de falta de mão-de-obra qualificada, em todos os campos, inclusive no setor público, com características mais sérias. A necessidade de funcionários auxiliares nos países subdesenvolvidos precipitou, principalmente, o retardamento da formação de pessoal em nível superior, considerada onerosa para estes países. Nesse cenário, o Ministério da Saúde por meio de seus representantes aconselhava a contratação de pessoal auxiliar para substituir “em parte” os profissionais de nível superior (BRASIL, 1993).

Nos países em desenvolvimento o emprego de pessoal auxiliar é uma necessidade. A formação do pessoal profissional tende a tornar-se mais demorada e, por isso, mais dispendiosa. Agrava esta situação a necessidade de instituições e equipamentos cada vez mais custosos. As despesas com a formação de pessoal profissional podem ser mais onerosas do que os países subdesenvolvidos possam pagar.

As dificuldades na expansão rápida da formação de pessoal profissional, para os programas de saúde pública, resultarão no rebaixamento do nível de ensino. Esta perspectiva aconselha o emprego de pessoal auxiliar para substituir, em parte, os profissionais, além de desempenhar as valiosas funções que lhe são próprias.

É claro que pessoal profissional de alto nível somente pode ser formado em número adequado às necessidades, onde haja uma população educada. A

educação geral está intimamente relacionada com a qualidade dos serviços de saúde e do pessoal que necessitam.

Além disso, a experiência adquirida nos países adiantados comprova que o aumento do pessoal profissional não diminui o emprego de auxiliares; é o contrário que ocorre, havendo motivos para admitir que a necessidade de pessoal auxiliar tende a aumentar.

Outra razão aconselha o emprego de pessoal auxiliar: a resistência dos profissionais a trabalhar nas zonas rurais, sem comodidade, e atrativos (BRASIL, 1993, p. 41- 42).

Durante muitos anos, exigia-se da classe trabalhadora o aprimoramento do trabalho manual, das tarefas específicas que lhe eram atribuídas, com base na experiência, repetição e demonstração. É desta forma que os atendentes de enfermagem executavam as atividades que lhes competiam. Na maioria das vezes, ingressavam nas instituições para prestar serviços de apoio, nos setores de limpeza e lavanderia, mantendo contato com os pacientes. Obtinham assim autonomia na tarefa de cuidar, transferindo-se para assistência direta ao doente.

Segundo Bonamino, Mata e Dauster (1993) pode-se considerar que a mais estreita relação entre trabalho e educação é experimentada, no sistema educacional brasileiro, a partir da política instituída no período pós-64, na qual se adotou um modelo de desenvolvimento baseado na associação com o capital internacional. Difundiu-se no país a necessidade de vincular a educação aos planejamentos econômicos globais, como forma de contribuir para o seu desenvolvimento econômico, buscando uma adequação do ensino à demanda de mão-de-obra pelo mercado de trabalho.

As análises feitas na década de 70 - 80 sobre mercado de trabalho em saúde refletem o contexto das dificuldades estruturais das diversas políticas sociais brasileiras, incluindo as de saúde que, antes de tudo, precisavam levar em conta a evolução econômica, pois se tratava de um mercado com as mesmas regras que as dos outros setores da economia. Nos anos 70 presencia-se um panorama de expansão da economia, mas, em contrapartida, verificou-se que, a partir de 1974, com a ascensão do governo militar, há uma forte influência de um sistema financeiro internacional, bem como o advento, a partir do final de 1980, de uma política recessiva e de paralisação dos investimentos privados, com contenção dos gastos públicos.

Na década de setenta, ficou consolidado o mercado de trabalho para os profissionais de saúde, em termos de volume de demanda, oferta e variedade de categorias e diversidade de tipos

de estabelecimentos empregadores. Nessa época a iniciativa privada, subsidiada pelo setor público, definida pelos condicionantes socioculturais que, nas sociedades capitalistas, fazem do serviço de saúde um dos itens privilegiados dos chamados meios de consumo coletivo, integrantes das condições necessárias à reprodução da força de trabalho, procedeu à expansão de leitos hospitalares.

A força de trabalho em saúde constitui, atualmente, um expressivo contingente de 3% de todos os trabalhadores brasileiros. Projetada na base da taxa de crescimento de 100%, ocorrida no período de 1970-1980, deve abranger, hoje, no Brasil, cerca de um milhão e oitocentos mil trabalhadores. A metade desse número está composta por profissionais com uma qualificação específica em saúde, isto é, por profissionais de saúde (NOGUEIRA, 1987, p. 333).

Um estudo realizado na década de setenta por Santos e Barros Vieira (1979, p. 88), denominado “Análise crítica da prática atual de enfermagem no país”, constatou que “ao nível de mercado, a enfermagem não é identificada como uma profissão, mas sim como força de trabalho assalariada que executa parcela simples do processo produtivo; daí, a crescente absorção de atendentes, mão-de-obra não qualificada, de baixo custo e a visível perda de espaço do enfermeiro nos serviços”.

A lógica utilizada pelo mercado capitalista visava o barateamento dos custos da atenção à saúde, e para tanto usava um amplo contingente de pessoal de enfermagem de baixa qualificação. Em 1980, cerca de 82% dos profissionais ligados à área de saúde provinham do nível médio e até do elementar, hoje fundamental. O setor era, então, composto de 49,8% de profissionais específicos de saúde e 50,1% de outros profissionais, ocupando postos de trabalho na área, mas a ela não pertencentes. Assim, o mercado de trabalho em saúde trouxe uma tendência cada vez mais marcante de perda de autonomia do trabalhador e a conseqüente opção pelo trabalho assalariado, passando o setor a absorver uma extensa força de trabalho de baixa qualificação, utilizada em funções administrativas, auxiliares e de apoio (NOGUEIRA, 1986).

Diante dessa realidade, representantes do Ministério da Saúde e Educação planejaram uma agenda para reduzir a baixa qualificação dos profissionais de enfermagem, por meio da elevação do nível de escolaridade e dos cursos de qualificação para os atendentes, um dos imperativos para a política de trabalhadores em saúde. Nogueira (1986) destacou que, nesse

contexto, o perfil de escolaridade do pessoal atendente de enfermagem era de cerca de 47% de profissionais sem sequer o primeiro grau completo (ensino fundamental).

Nesse cenário, foi concebido um projeto comprometido com a transformação social, com uma proposta alternativa de formação e de qualificação profissional de trabalhadores sem formação específica. Tal programa visava se diferenciar em relação aos que vinham sendo desenvolvidos até então, cognominados “treinamentos em serviços”, por serem estes ineficazes em meio ao grande contingente de pessoas não qualificadas. Decorre disso a urgência do acordo firmado entre os Ministérios da Saúde, Previdência e Assistência Social, Ministério da Educação e Organização Pan Americana de Saúde (BRASIL, 1987).

Assim em 1981, surgiu o Programa de Formação de Pessoal de Nível Médio – Projeto Larga Escala, do Instituto Nacional de Previdência Social, cuja preocupação inicial era capacitar pessoal de nível médio “em larga escala” para satisfazer à demanda dos serviços públicos de saúde, em vista das propostas do Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde, o PREV-SAÚDE, com o objetivo de universalizar os cuidados primários de saúde. O PREV-SAÚDE, projeto ambicioso concebido durante a VII Conferência Nacional de Saúde (1980), objetivava dotar o país de uma rede de serviços básicos que oferecesse ao cidadão, em quantidade e qualidade, os cuidados primários de proteção, promoção e recuperação, tendo como meta a assistência à saúde de toda população até o ano 2000 (OPAS, 2002).

Como nos mostra Barros Silva (1983a, p. 43), o eixo central do PREV-SAÚDE seria constituído pelos serviços básicos de saúde. Como objetivo, aparecia no seu primeiro anteprojeto: “estender a cobertura de cuidados primários de saúde à quase totalidade da população brasileira, articulando-se simultaneamente às diversas organizações estatais e privadas, em uma rede única, hierarquizada e regionalizada”.

A atenção primária, por conseguinte, seria a estratégia para atendimento das necessidades básicas de saúde da população com cobertura universal, possibilitando condições de acesso, o que implicaria na solução de problemas de ordem geográfica e socioeconômica. Assim, o PREV-SAÚDE resolveria os dois interesses básicos em jogo: o dos organismos internacionais presentes nos fóruns internacionais de discussão sobre saúde e a necessidade de reformulação do setor da saúde.

Estas vertentes dos acontecimentos - a partir das situações conjuntural e estrutural e do ponto de vista dos sujeitos que participaram desta história - sempre estarão presentes no desenvolvimento do nosso estudo, porque, se por um lado, tais movimentos estavam ocorrendo por necessidade de ajustes solicitados pelo capital, por outro existiam movimentos de pessoas interessadas em modificar a situação vigente em relação aos trabalhadores da área. Portanto, a concepção, implantação e desenvolvimento do Projeto Larga Escala foram determinados por esse conjunto de forças e projetos que se contrapunham.

Situando nossa problemática de estudo, a apresentação deste trabalho encontra-se dividida em quatro capítulos. Na introdução discutimos o Movimento da Reforma Sanitária Brasileira e as primeiras intervenções dos organismos internacionais na área da Saúde, o mercado de trabalho em Saúde no Brasil. No primeiro capítulo apresentamos, o caminho teórico-metodológico da pesquisa, partimos de uma concepção histórico cultural, na qual as estruturas do sistema de saúde, do sistema educacional e dos processos de qualificação são determinadas historicamente e ao mesmo tempo determinantes das relações sociais. Com base na trajetória do PLE e por meio das contribuições de Edward P. Thompson, valemo-nos das experiências dos sujeitos sociais que dele participaram, tentando recompor-lhes as ações e entender por que o processo tomou um rumo e não outro.

No segundo capítulo, apresentamos questões ligadas à relação entre educação, trabalho e enfermagem, considerando-se os pressupostos do capitalismo, preconizadores da noção de qualificação profissional como sinônimo de preparação para o mercado de trabalho. Assim, buscamos compreender a organização do trabalho e os processos de formação profissional em enfermagem.

No terceiro capítulo, apresentamos a concepção do PLE: a reconstituição de sua história em âmbito nacional, os seus embasamentos teórico-metodológicos, as conjunturas e perspectivas para a implantação do PLE nos Estados. Especial atenção é dada à questão da experiência pedagógica e inserção dos atores neste processo de formação.

No quarto capítulo, descrevemos a implantação do PLE no Estado de São Paulo. Abordamos os reflexos das políticas de atenção à Saúde no Estado, bem como as mudanças estruturais na área de saúde. Analisamos o período de gestação do PLE (1985-1987) e os primórdios de sua implantação (1987 – 1988). A seguir, iniciamos a análise de seu desenvolvimento, objetivando entender os avanços e retrocessos deste processo de formação.

No quinto capítulo, retomamos o debate sobre o PLE na perspectiva de compreensão de seus resultados, trazendo elementos e reflexões que devem ser entendidos como um dos possíveis olhares que procuram conhecer os avanços e retrocessos deste processo de formação.

Nas conseqüências e conclusões, apresentamos os limites e resultados do PLE – processo de lutas, avanços, recuos e resistências num campo de correlação de forças – pontos de encontros e desencontros para, dessa forma, conhecer o desenlace de sua história.

Procuramos compreender o significado do PLE constituído pela força dos sujeitos que participaram desta experiência; seu papel e significado para o ensino médio de enfermagem e profissionalização dos atendentes de enfermagem no Estado de São Paulo; sua relação com a lei do exercício profissional de enfermagem - LEP e com o processo de trabalho em enfermagem.

## CAPÍTULO 1 - CAMINHO TEÓRICO-METODOLÓGICO

Nossos primeiros passos, ao adentrar o caminho da pesquisa histórica, foi o de olhar para além das restrições da nossa situação presente e focarmos-nos no objetivo de reconstituir a história do PLE, movendo-nos em direção a ele. Desta forma, uma primeira compreensão de que o estudo histórico, cuja finalidade é averiguar os fenômenos do passado - entender o passado, reconstruindo-os e explicando seu desenvolvimento – reinterpreta-los, procurando contribuir para o entendimento das estruturas atuais e proporcionar caminhos para a compreensão da sociedade, para assim compreender melhor o presente (CARDOSO, 1994) mobilizou-nos, já que, articulado ao interesse neste campo de estudo, vislumbrávamos a possibilidade de preencher algumas lacunas do conhecimento existentes na história da enfermagem brasileira, principalmente no que se refere ao PLE.

Barreira (1999, p. 90) interessada em um maior envolvimento da comunidade de enfermagem com o estudo de sua história e as implicações do conhecimento histórico nos mostra que

Os estudos históricos interessam sobremaneira à enfermagem, pois a construção de uma memória coletiva é o que possibilita a tomada de consciência daquilo que somos realmente, enquanto produto histórico, o desenvolvimento da auto-estima e a tarefa de (re) construção da identidade profissional. Assim, o desvelamento da realidade mediante o estudo da história da Enfermagem é libertador e permite um novo olhar sobre a profissão.

Lowy (1987, p. 63) também nos esclarece em relação ao conhecimento histórico:

Todo fenômeno cultural, social ou político é histórico e não pode ser compreendido senão através da e na sua historicidade. Existem diferenças fundamentais entre os fatos naturais e os fatos históricos e, conseqüentemente, entre as ciências que os estudam. Não somente o objeto da pesquisa está imerso no fluxo da história, mas também o sujeito, o próprio pesquisador, sua perspectiva, seu método, seu ponto de vista.

Schaff (1974, p. 185) contribui nessa compreensão: “concretizar o conhecimento dos processos históricos é tornar a trazer estes para as condições históricas nas quais eles se desenrolaram”, prosseguindo este mesmo autor na afirmação de que “se toda a realidade é um

processo infinito de mudanças e desenvolvimento, o conhecimento do mundo pelo homem é – o igualmente”.

Partimos, então, para o desenvolvimento deste estudo dentro de uma concepção histórico-cultural, na qual as estruturas do sistema de saúde, do sistema educacional e dos processos de qualificação são condicionados historicamente e, ao mesmo tempo, condicionantes das relações sociais, em constante processo de interação e mudanças.

Marx (1986, p. 17), por sua vez, nos lembra que: “Os homens fazem sua própria história, mas não a fazem como querem; não a fazem sob circunstâncias de sua escolha e sim sob aquelas com que se defrontam diretamente, legadas e transmitidas pelo passado”.

Na leitura e análise de diversos autores que trabalharam com o materialismo histórico - dialético, percebemos o ponto de partida para as análises: a necessidade de conhecer a realidade, para de alguma maneira transformá-la.

Schaff (1974, p. 183), ao apontar os traços característicos do historicismo marxista destaca que:

O primeiro consiste numa apreensão radicalmente historicista de toda a realidade – natural e social. A historicidade é essencial a própria realidade, à própria existência e não apenas às representações desta realidade no espírito: tudo o que existe é uma transformação, um processo. O historicismo marxista apreende todos os objectos, todos os fenômenos e todas as suas representações no espírito como processos, como uma transformação no sentido de uma continuação que, desde o nascimento de uma coisa, através de uma sucessão de mutações, leva ao seu desaparecimento sob a forma dada e à sua transformação numa forma nova.

O materialismo dialético tem duplo objetivo: como dialética, estuda as leis mais gerais do universo, leis comuns a todos os aspectos da realidade, desde a natureza física até o pensamento, passando pela natureza viva e pela sociedade; como materialismo, é uma concepção científica do mundo. O universo é uma realidade material e o homem não é estranho a ela: pode conhecê-la, sendo que seu conhecimento pode transformá-la, como provam os resultados práticos obtidos pelas diversas ciências.

O materialismo marxista não se identifica com as ciências, porque seu objeto não é o aspecto limitado do real (que é o objeto da ciência), mas a concepção do mundo em seu conjunto. O marxismo jamais separa a teoria da prática. O método dialético marxista é assim chamado porque sua maneira de considerar os fenômenos naturais e seu método de investigação é

dialética; sua interpretação e concepção dos fenômenos da natureza são materialistas (POLITZER; BESSE; CAVEING, 1995).

Buscamos as contribuições de Edward Palmer Thompson, historiador marxista britânico, com o intuito de incorporar ao materialismo histórico a dinâmica humana no interior do desenvolvimento histórico, porque entendemos que, em nossas análises do Projeto de Formação de Trabalhadores para a Área de Saúde em Larga Escala – PLE, no Estado de São Paulo, que compreende ações, discussões e objetivam colaborar para transformar pessoas e realidade profissional, existe um processo que ocorre no campo micropolítico e não somente no campo do Estado, gerando conflitos internos advindos:

da experiência de vida e trabalho desses profissionais, influência e intencionalidades dos seus atos, sua teoria e prática que refletem no tipo de programa de formação que irão desenvolver, na explicitação de sua finalidade, utilização dos recursos metodológicos, na postura assumida na relação com o educando e nas formas de avaliação (AMARAL, 1987, p. 34).

Munhoz (2005, p. 3), em sua análise sobre a produção thompsoniana, menciona que:

Thompson desenvolveu um percurso próprio, objetivando penetrar no que ele denominou o "fazer-se" da classe operária inglesa. Tanto seu objeto quanto suas fontes foram abordados de forma pouco convencionais. O estudo não se restringia a sindicatos e organizações socialistas, mas abrangia um vasto campo que compreendia a política popular, tradições religiosas, rituais, conspirações, baladas, pregações milenaristas, ameaças anônimas, cartas, hinos metodistas, festivais, danças, listas de subscrições, bandeiras, etc.

Assim, o operariado inglês e as fontes para bem situá-los são explorados de modo muito peculiar, com o autor adentrando o “modus vivendi” dessa classe, em todos os seus âmbitos: o político, o religioso, o comportamental (em manifestações das mais variadas, inclusive do tipo pitoresco, incluindo ameaças anônimas e listas de subscrições).

Thompson valorizava a importância da *práxis* envolvendo a cultura, as experiências, aspirações e os valores comunitários da classe trabalhadora. É a reflexão que se volta para o campo da ação - o homem operário é caracterizado pelo modo de existir, de estar nesse meio, subordinado ao tempo, ao espaço e contexto.

O autor postula uma compreensão da relação entre o ser social (a posição que ocupa nas relações de produção/ forças condicionantes da trama) e a consciência social (compreensão

cultural/ o sujeito exercendo sua própria vontade). É por meio dos valores culturais que o homem se integra ao seu meio, como indivíduo (ao se transformar em personalidade que se incorpora ao seu grupo de trabalho) criador, já que, exercendo sua vontade, utiliza os instrumentos que lhe permitirão a melhora de seu ambiente e de seu bem-estar (MUNHOZ, 2005).

Reafirma-se o processo histórico mediante o qual os seres humanos fazem sua história como determinação do campo cultural:

[...] os homens e as mulheres também retornam como sujeitos, dentro desse termo – não como sujeitos autônomos, indivíduos ‘livres’, mas como pessoas que experimentam suas situações e relações produtivas determinadas como necessidades e interesses e como antagonismos, e em seguida ‘tratam’ essa experiência em sua consciência e sua cultura, [...] das mais complexas maneiras [...] e em seguida [...] agem, por sua vez, sobre uma ação determinada (THOMPSON, 1981, p. 182).

O homem tem, então, uma posição central, com a responsabilidade de contribuir para a concretização de potencialidades que seu meio lhe permita desenvolver, na transformação histórica.

Para Thompson, homens e mulheres atuam e constroem suas vidas em condições determinadas, vivendo esta experiência no âmbito do pensamento e sentimento, conforme apreendemos da exposição abaixo:

Na cultura os sujeitos lidam com o sentimento como normas, obrigações familiares, parentesco e reciprocidades, como valores ou mediante formas mais elaboradas na arte ou nas convicções religiosas. Os valores não são apenas pensados nem ‘chamados’; são vividos e emergem no interior do mesmo vínculo com a vida material e as relações materiais em que surgem nossas idéias. São as normas, regras, expectativas, necessárias e aprendidas (e aprendidas no sentimento) no habitus de viver e aprendidas, em primeiro lugar, na família, no trabalho e na comunidade imediata. Sem esse aprendizado, a vida social não poderia ser mantida e cessaria toda produção (THOMPSON, 1981, p. 189).

Trata-se, assim, do comportamento social do grupo/modo de vida, em forma de idéias, dos valores advindos das relações de família e parentesco, das relações religiosas, com os sentimentos, ditando o aprendizado de regras necessárias para a evolução e continuidade da produção e da vida social propriamente dita; a família e a igreja situam-se entre as linhas de transmissão das concepções e adaptação do homem ao ambiente.

Thompson alerta que não podemos esquecer que cultura é um termo abrangente, reunindo atividades e atributos que, mesmo contidos num só feixe, têm de sofrer distinções necessárias,

exigindo um olhar cuidadoso para todos os seus componentes, como: “ritos, modos simbólicos, os atributos culturais da hegemonia, a transmissão do costume sob formas específicas das relações sociais e de trabalho” (THOMPSON, 1998, p. 22).

As práticas culturais são uma complementação do ser humano, portanto: a ação, a atividade, que constituem as relações sociais e de trabalho são também transmitidas simbolicamente, visto que, para o autor, “uma cultura é também um conjunto de diferentes recursos, em que há sempre uma troca entre o escrito e o oral, o dominante e o subordinado, a aldeia e a metrópole; é uma arena de elementos conflitivos. E na verdade o próprio termo cultura, com sua invocação confortável de um consenso, pode distrair nossa atenção das contradições sociais e culturais, das fraturas e oposições dentro do conjunto” (THOMPSON, 1998, p. 17).

Percebemos que há que ser ressaltada a diferenciação resultante de processos variados atuando diferentemente sobre o fenômeno cultural, pois os seres humanos são identidades diversas, independentes, contraditórias. A atividade interna do homem produz o sentido do real por meio das idéias que concebe e dos conceitos relativamente a tudo que o rodeia.

Quem domina e quem é dominado, os grupos pequenos e os grandes conglomerados estão sempre trocando saberes, assim como a passagem da cultura oral para a escrita significou grandes transformações e trocas na vida do homem.

Na cultura oral, interpretava-se o saber, já que uma mesma história dependia da percepção e interpretação de quem a narrava, o que resultava em variações muito significativas, embora envolvendo a preservação em relação à cultura reinante. Já na cultura escrita, o texto serve como memória da história de cada povo (THOMPSON, 1998).

A cultura escrita implica transformação do saber em novos conhecimentos e mais liberdade à criatividade humana.

Ressaltamos ainda a importância que Thompson confere aos mais variados elementos que compõem a cultura. Elementos complexos e inter-relacionados, envolvendo todo o padrão cultural propriamente dito: organização social, política, religiosa; as relações dos homens entre si e dentro do seio familiar, no contexto político e de trabalho, advindas de trocas e sentimentos, subjetividade e consciência cultural, comandando a evolução da produção e da vida em sociedade.

Thompson (1981, p. 38-39) aponta seis métodos de exame que poderiam ser adotados de forma a criar uma visão de totalidade do processo histórico e distinguir as condições do “agir humano” e da mudança. Ricardo Gaspar Muller (2002, p. 161-162) sistematiza a discussão de Thompson sobre o “método lógico de investigação adequado a materiais históricos: a lógica histórica”, que envolve os procedimentos de exame que devem ser adotados:

1. O historiador deve analisar as credenciais da evidência histórica como um fato a ser confirmado ou negado.
2. A evidência pode ser assumida no nível da própria aparência e em especial quando se relacionar a evidências portadoras de valor.
3. Pode, também, ser abordada a partir de evidências isentas de valor, neutras (sem valor), procedimentos estatísticos, demográficos, etc.
4. A evidência pode ser relacionada como elos “em séries lineares”, os acontecimentos reais, pelo uso da narrativa, “um elemento essencial da disciplina histórica”.
5. Os fatos históricos podem ser avaliados como elos em séries laterais de relações sociais, ideológicas, políticas que permitem restabelecer, ou inferir “a partir de muitos exemplos, pelo menos uma ‘seção’ provisória de uma dada sociedade do passado”.
6. Finalmente, os fatos podem ser examinados pelas evidências que sustentam as estruturas, os efeitos do sistema legal, penal, ou de propriedade, etc, e seus resultados.

Thompson (1981, p. 40) destaca também o empenho do historiador em transmitir os fatos em sua própria voz: “Não é a voz do historiador, e sim a sua (dos fatos) própria voz, mesmo que aquilo que podem ‘dizer’ e parte do vocabulário sejam determinados pelas perguntas feitas pelo historiador. Os fatos não podem ‘falar’ enquanto não tiverem sido ‘interrogados’”.

Em relação ao desenvolvimento deste estudo, o caminho percorrido caracterizou-se por uma pesquisa de campo executada no Centro de Desenvolvimento de Recursos Humanos para a Área de Saúde – CEDRHU, local em que estão os documentos oficiais da Coordenação Estadual do Projeto Larga Escala. Nesta primeira etapa, nossa intenção foi a de encontrar fontes e documentos necessários para a pesquisa. Não optamos por selecionar ou priorizar determinado tipo de documento, porque reunimos o que pudesse ser relacionado à produção referente ao PLE.

Lombardi (2004, p. 156) nos diz que não é possível o entendimento do objeto sem a investigação das fontes: “É preciso definir claramente o que se deseja estudar, recortando e delimitando o objeto de investigação; feita a (s) escolha(s), é necessário buscar todo tipo de fonte que ajude a reconstruir (em pensamento) o objeto de investigação delimitado”.

Nesta pesquisa, além da bibliografia disponível com o intuito de sedimentar nosso trabalho, utilizamos as seguintes fontes documentais disponíveis para construção do conhecimento:

- Relatórios do Projeto Larga Escala elaborados pela Coordenação Estadual e encaminhados anualmente ao Conselho Estadual de Educação, regulamentos, manuais e normas do projeto encontrados no acervo do Centro de Desenvolvimento de Recursos Humanos – CEDRHU, da Secretaria de Estado da Saúde, dos Centros Formadores e do Conselho Estadual de Educação que tratam do tema;
- Entrevistas com quatro agentes que ocupavam cargos nos órgãos centrais e Centros Formadores da Secretaria de Estado da Saúde - SES/SP, no período de desenvolvimento desses projetos.

Este trabalho resultou em 65 documentos em que foram considerados os sujeitos, as instituições envolvidas, os objetivos do programa (por quê e para quê) e de que forma foi implantado no Estado de São Paulo. Na análise da execução do PLE, procuramos elencar fundamentos teóricos, legislação, apoio recebido e financiamento da proposta pelo Estado.

Segundo Saviani (2004, p. 5), fontes históricas são produções humanas:

As fontes estão na origem, constituem o ponto de partida, a base, o ponto de apoio da construção historiográfica que é a reconstrução, no plano do conhecimento, do objeto histórico estudado. Assim, as fontes históricas não são as fontes da história, ou seja, não é delas que brota e flui a história. Elas, enquanto registros, enquanto testemunhos dos atos históricos, são a fonte de nosso conhecimento histórico, isto é, é delas que brota, é nelas que se apóia o conhecimento que produzimos a respeito da história.

Foram explorados os documentos referentes ao período de 1987 a 1997, período de execução do PLE no Estado. Além dos oito relatórios anuais que continham dados estatísticos do projeto, ocupamos-nos dos 22 Pareceres do CEE deste período que tomavam ciência das atividades desenvolvidas, bem como autorizavam a prorrogação, pois se tratava de uma experiência pedagógica.

Na primeira etapa do processo de pesquisa, a seleção das fontes foi o ponto de partida decorrente de nosso objetivo, do objeto de estudo e do recorte efetuado.

Em uma primeira organização do material, todos os documentos foram cronologicamente selecionados, arquivados e colocados em pastas. Junto a cada documento foi anexado um

apontamento sobre o conteúdo do material. Durante a leitura dos documentos, foi realizado um movimento simultâneo; para um levantamento quantitativo de termos recorrentes, foram grifadas, nos textos, palavras que expressavam um conceito ou idéia, o que nos direcionou e possibilitou a escolha de três termos recorrentes que apareceram com maior frequência no interior dos documentos e viriam a compor as nossas categorias históricas. Com isso, foram definidas as seguintes unidades de análise: formação em serviço, experiência pedagógica e qualificação profissional.

Para Ribeiro (2004, p. 94): “quanto mais provisória se revelar a versão inicial do investigador, mais tornará evidente não só o acerto da decisão de incluir o testemunho oral como recurso na investigação, como também será prova do próprio caráter inédito do tema”.

Dessa forma, nossas análises, além da documental, envolvem o ponto de vista dos coordenadores do projeto e expressaram apontamentos, posições e envolvimento destes sujeitos com o processo. Certamente trazem algumas implicações na produção deste conhecimento, porque nosso olhar se volta para a vivência desses atores que compartilharam da experiência que se constituiu o PLE.

Eles foram convidados a participar do estudo, assinando o termo de consentimento livre e esclarecido para pesquisa; os entrevistados foram profissionais que, durante o processo de concepção e implantação do PLE, contribuíram e participaram do projeto de formação em nível nacional e estadual. Desta maneira, realizamos quatro entrevistas. Um dos entrevistados fazia parte da Coordenação Nacional e três participaram como coordenadoras no período de desenvolvimento do Larga Escala em nível estadual. Para a realização das entrevistas utilizamos um roteiro a fim de explorar a experiência e seus aspectos relevantes, revisitando o caminho por meio dos sujeitos que dão significados a essas experiências (ANEXO I).

Organizamos as questões em dois blocos: o primeiro refere-se à reconstituição e compreensão da história do PLE, o segundo diz respeito às experiências dos sujeitos – seus valores, culturas, saberes e descobertas adquiridos a partir da leitura desta realidade.

Thompson (1981, p. 185) nos diz que “se voltarmos à experiência podemos passar, desse ponto, novamente para uma exploração aberta do mundo e de nós mesmos” e tratar como categoria a experiência não significa ausência de rigor, mas sim, buscar “rigor dentro do diálogo entre a conceitualização e a confrontação empírica”.

No âmbito central, foi entrevistada a enfermeira Izabel dos Santos, idealizadora do PLE. No âmbito estadual, foram realizadas três entrevistas com enfermeiras que participaram de sua execução: Haidê Benetti de Paula, Maria Antonieta Benko e Irene Cortina.

O acesso aos entrevistados, no âmbito estadual, foi feito via Secretaria de Estado da Saúde, instituição da qual fazemos parte. Ali buscamos as pessoas que seriam os elementos facilitadores no acesso às fontes documentais. Dessa forma, a enfermeira Irene Cortina ofereceu-nos informações sobre os documentos e possibilitou o acesso a eles, além de intermediar a interação e a localização das outras entrevistadas: as enfermeiras Haidê Benetti de Paula e Maria Antonieta Benko.

O contato com a enfermeira Izabel dos Santos foi feito pela enfermeira e professora Emiko Yoshikawa Egry, da Universidade de São Paulo: primeiramente, por correspondência, seguido de contato telefônico.

O agendamento das entrevistas com as quatro enfermeiras foi feito por telefone, as quais se realizaram no período de agosto de 2005 a março de 2006, em Brasília, Santos e duas em São Paulo.

Como fonte de informação, além das já mencionadas, procuramos mapear a discussão que se fez sobre o Projeto Larga Escala, apresentando seus pressupostos. Para tanto, foi necessário um levantamento do que se produziu sobre o tema: artigos, dissertações e teses a partir da década de 80, a que chamamos de revisão de literatura sobre a temática.

Assim, a tarefa deste trabalho consistiu em mapear e discutir a produção acadêmica referente ao PLE, por meio dos estudos produzidos sobre o tema e as formas e condições em que foram elaborados. Utilizaram-se estudos de natureza bibliográfica, a historiografia já disponível para a construção do capítulo referente à concepção do PLE.

Adotamos, como fonte de referência para o levantamento bibliográfico, bases de dados que permitiam acesso a teses, dissertações e periódicos. Nas bibliotecas das universidades, utilizamos o Portal CRUESP - Conselho de Reitores das Universidades Estaduais Paulistas, que reúne informações sobre os sistemas de Bibliotecas da USP, UNESP e UNICAMP, o banco de dados da Universidade Federal do Rio de Janeiro, o sítio de Bibliotecas Virtuais do Instituto Brasileiro de Ciência e Tecnologia, Bibliotecas Acadêmicas do Prossiga Brasil, Biblioteca Virtual de Saúde, banco de teses da CAPES - Coordenação de Aperfeiçoamento de Nível

Superior, Associação Brasileira de Enfermagem e o sitio da Biblioteca Virtual em Saúde - BIREME - centro especializado da OPAS, estabelecido no Brasil desde 1967, em colaboração com o Ministério da Saúde, Ministério da Educação, Secretaria da Saúde do Estado de São Paulo e Universidade Federal de São Paulo.

Entendemos que a construção da tese se deu a partir da apropriação do objeto de estudo. Este primeiro momento permitiu visualizar diferentes perspectivas e pluralidade de enfoques dos trabalhos publicados, verificando possíveis contradições e lacunas existentes, contribuindo para a originalidade do trabalho.

Segundo Ferreira (2002), o pesquisador tem dois momentos bastante distintos: no primeiro, ele interage com a produção acadêmica, através da quantificação e identificação dos dados; no segundo, ele se pergunta sobre a possibilidade de inventariar esta produção, presumindo tendências, ênfases, escolhas metodológicas e teóricas, aproximando ou diferenciando os trabalhos entre si na escrita da história.

Nossa pesquisa perpassou por esses dois momentos, indispensáveis diante da possibilidade de reconstruir uma história, rastreando as partes da história sobre o Larga Escala, como elas se relacionam entre si, quais histórias se assemelham, que outras histórias se diferenciam, permitindo a construção de uma plataforma para nossa investigação.

Como primeira tarefa, catalogamos e identificamos o conjunto de teses e dissertações, artigos, revistas e boletins informativos. Para a busca de trabalhos, utilizamos as palavras-chave: Projeto Larga Escala, Ensino Profissionalizante em Enfermagem, Educação Profissional, Qualificação Profissional, Atendentes e Auxiliares de Enfermagem.

Foram contempladas sete dissertações de mestrado, relativas ao Projeto Larga Escala, conforme demonstrado no quadro abaixo:

Quadro 1. Dissertações relativas ao Projeto Larga Escala, 1990-2004.

Instituição	ANO DE DEFESA						
	1992	1994	1996	1999	2000	2001	TOTAL
USP/SP			1		1	1	3
UFRJ/RJ	1	1					2
UERJ/RJ	1						1
UFBA/BA				1			1

TOTAL	2	1	1	1	1	1	7
-------	---	---	---	---	---	---	---

Fonte: Banco de teses da CAPES, Portal CRUESP.

O resultado do mapeamento da produção apresentado a seguir de forma descritiva classificou as obras segundo sua natureza e finalidade.

José Luiz Telles de Almeida (1992), em estudo teórico sobre a organização da categoria de enfermagem, do mercado de trabalho e das estratégias de regulação deste mercado, apropriou-se dos princípios da sociologia das profissões para discutir aspectos da profissionalização da enfermagem, apontando a qualificação do atendente de enfermagem como proposta para melhoria da qualidade da assistência. O autor caracterizou a participação majoritária do atendente na equipe de enfermagem como produto da divisão social do trabalho verificado na profissão e como consequência da lógica do rebaixamento de custo operacional dos serviços. Descreveu o Projeto Larga Escala como uma das opções de qualificação da categoria.

Maria Lucia Azevedo (1992), por meio de estudo fenomenológico, investigou até que ponto a metodologia de base problematizadora priorizada pelo PLE foi implementada pela Escola de Auxiliar de Enfermagem do INAMPS no Rio de Janeiro, em seu curso de qualificação profissional. Utilizou como referencial o manual de capacitação pedagógica para os enfermeiros que atuaram como supervisores no projeto, bem como aportes teóricos nas linhas de educação crítica, teoria cognitiva e fenomenologia. Como resultado, constatou que a prática pedagógica utilizada aproximou-se em parte dos pressupostos do Larga Escala, principalmente na relação professor-aluno e na questão da problematização.

Milta Neide Freire Barron Torrez (1994), como executora do Projeto no Estado do Rio de Janeiro, procedeu a um estudo exploratório sobre a construção do PLE nesse Estado, por meio da fala dos diversos atores envolvidos (egressos, docentes e diretores entrevistados). A autora propõe a possibilidade de uma qualificação que aposta nos pressupostos teóricos metodológicos (integração ensino-serviço e metodologia problematizadora).

Lavínia Santos S. Oliveira (1996), na sua dissertação sobre a profissionalização dos trabalhadores de enfermagem nos serviços de saúde, buscou compreender o processo de construção da modalidade de qualificação profissional – PLE - na formação de auxiliares de enfermagem dos serviços de saúde de São Paulo. Foram sujeitos de análise 60 atendentes de

enfermagem egressos de cinco cursos do PLE, sendo utilizada a perspectiva de compreensão da realidade de construção de um processo de formação no trabalho. Os resultados indicaram que o processo de qualificação propicia a formação global mediada pela percepção crítica da realidade. Contudo, conclui que a efetiva integração da dimensão formação profissional no espaço de trabalho em saúde requer uma aproximação maior das políticas, visando à formação de recursos humanos.

Já Araújo (1999) analisou o processo de formação de duas turmas de auxiliares de enfermagem no período de 1993 a 1996, na perspectiva de uma reflexão sobre o processo educativo, objetivando identificar os marcos do currículo adotado, conteúdos e metodologia utilizada pelos egressos no cotidiano de seu trabalho. Como parâmetro, recorreu ao objetivo preconizado pelo PLE, isto é, melhorar a relação do aluno-trabalhador com a realidade de seu ambiente. Investigou a prática dos auxiliares de enfermagem egressos de cursos do PLE, considerando o processo de formação a que foram submetidos, para verificar se ocorreram comportamentos distorcidos, inadequados ou equivocados nas suas práticas. Os resultados apontaram que as mudanças de atitudes foram pouco significativas, concluindo que não foi efetivada a assimilação esperada. As ações continuaram a ser executadas de maneira repetitiva e desarticulada.

Alva Helena de Almeida (2000), em seu estudo qualitativo, faz a análise de como os princípios políticos do Sistema Único de Saúde foram incorporados aos cursos do Programa de Formação de Pessoal em Larga Escala – PLE. Entrevistas com os Coordenadores do PLE da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo, no período de 1989 a 1992, constituíram essa análise documental. Os resultados evidenciaram que a gestão municipal estava comprometida com a proposta de qualificação dos trabalhadores, os coordenadores mostraram-se motivados para desenvolver o PLE, entretanto os coordenadores regionais mostraram uma compreensão limitada do processo de qualificação, separando segundo a autora a dimensão técnica da dimensão política do PLE.

Zenaide Aguiar Neto (2001) manifestou sua preocupação com o processo de qualificação como prática social e partiu da concepção materialista histórica para analisar os atendentes de enfermagem formados como auxiliares pelo PLE na cidade de São Paulo, no período de 1990 a 1992. Utilizou como método de abordagem histórias de vida. Foram coletadas cinco histórias, nas

quais buscou verificar se a qualificação promoveu mudanças na forma de pensar e agir no trabalho e na vida, perpassando pelo trabalho dos atendentes e pelas relações decorrentes da divisão social e técnica do trabalho. O resultado do trabalho permitiu reconhecer as possibilidades e os limites do PLE, entretanto, conforme conclusão da autora, não se constituiu em força capaz de suscitar transformações no modelo de atenção à saúde, o que denotou certa fragilidade na apreensão da dimensão política proposta pelo PLE para a qualificação de seus trabalhadores.

Nesta primeira aproximação com o que foi produzido acerca do PLE, observamos no quadro acima a distribuição dos estudos por instituição de ensino e data da defesa, que se configuraram como estudos loco-regionais nos Estados do Rio, São Paulo e Bahia, apesar do PLE existir em âmbito nacional. Os autores são pesquisadores universitários ligados à área de saúde e educação. Três das sete dissertações foram desenvolvidas em Faculdades de Educação, três em Faculdades de saúde pública e uma em Enfermagem. A análise mostra ainda que estes trabalhos correspondem ao período de execução do PLE nos Estados, ou seja, entre 1989 e 1996.

Na análise da produção mencionada, observamos tendências a estudos relacionados aos atendentes de enfermagem, particularmente aos egressos dessa modalidade de formação, baseando-se na proposta de desenvolver uma integração entre educação e trabalho. Quatro dissertações exploraram esta temática objetivando verificar se a qualificação neste modelo promoveu mudanças no trabalho e nas atitudes do atendente de enfermagem.

Enquanto o estudo de Almeida (1992) se configura como descritivo e se desenvolveu segundo uma perspectiva sociológica, o de Torrez (1994) é exploratório, enfocando o momento da implantação do projeto no Rio de Janeiro, adquirindo uma perspectiva mais abrangente, visto que estende seu quadro de análise aos outros atores envolvidos, como os diretores e docentes responsáveis pelo projeto.

Da produção de dez artigos científicos sobre o PLE, oito pertencem a periódicos da área de saúde, como a Revista Brasileira de Enfermagem, Revista Latino-Americana de Enfermagem e Revista da Escola de Enfermagem da USP, Cadernos de Saúde Pública e Educação Médica e Saúde; dois artigos publicados em livro sobre o Ensino Médio de Enfermagem e um artigo, mais recente, publicado em livro da Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio sobre Políticas de Saúde.

Em artigo de Santos, Souza e Galvão (1988) sobre a formulação de uma política de profissionalização para o pessoal de enfermagem sem qualificação específica, empregada no setor da saúde, os participantes da formulação do projeto sinalizam para uma política que valorize e garanta condições dignas de trabalho. Apresentam o PLE como uma política de profissionalização capaz de corrigir as distorções nos serviços de saúde e consideram o ambiente de trabalho como lócus da aprendizagem, visando o não afastamento do trabalhador do seu serviço.

Romano et al (1991) trazem o contexto da implantação do PLE na Escola de Formação Técnica em Saúde “Enfermeira Isabel dos Santos”. Introduziram o tema enfocando a ausência de investimentos na formação dos trabalhadores de saúde, contribuindo com dados do Inquérito Médico Sanitário e da pesquisa da força de trabalho em enfermagem. São descritos o histórico da escola, sua estrutura e recursos. No desenvolvimento do texto, apresentaram a concepção pedagógico-metodológica e a execução descentralizada dos cursos nos municípios.

Dal Poz et al (1992), como executores do projeto, abordam o tema trazendo o histórico, estrutura e recursos para a execução do Projeto Larga Escala, oficializados pelo Instituto Nacional de Previdência e Assistência Social (INAMPS), a partir de 1986. Dentre os objetivos propostos, selecionam prioritariamente cursos de qualificação profissional via supletiva de ensino à clientela já engajada na força de trabalho, integração ensino-serviço, execução descentralizada dos cursos e concepção pedagógica e metodológica.

Isabel dos Santos e Alina de Souza (1989) apresentam texto similar ao publicado em 1988, pontuando a construção da experiência do PLE, apontando para a legitimação da força de trabalho em enfermagem e a formulação desse projeto para resolver o problema da qualificação.

Gryschek et al (2000) discorrem sobre um projeto de formação dos atendentes de enfermagem, o PLE, seu histórico, a legislação que o ampara e a sua trajetória na Secretaria de Saúde do Município de São Paulo.

Zenaide Aguiar Neto e Cássia Baldini Soares (2004) reapresentam, como artigo, a síntese da dissertação de mestrado publicada em 2001, que buscava analisar as transformações ocorridas no trabalho, vida e maneira de pensar e agir dos atendentes de enfermagem que cursaram o PLE.

Amâncio Filho e Almeida (1995), em artigo sobre o ensino médio profissionalizante de enfermagem, discorrem sobre o ensino profissionalizante em saúde e comentam as possibilidades

de formação para os trabalhadores inseridos no mercado de trabalho. Dentre elas, a estratégia pedagógica denominada Projeto Larga Escala, resultado de acordo institucional entre o Ministério da Educação, da Previdência e Assistência Social e Organização Pan-Americana da Saúde. Explicitam a organização desse movimento em todo o território nacional, nos Centros Formadores ou Escolas Técnicas de Saúde e suas características, salientando-se que o aluno deve ser considerado como sujeito do processo ensino-aprendizagem, a adoção de um sistema permanente de avaliação e relacionando os docentes como os próprios profissionais em serviço.

Bento e Bueno (1998) tecem comentários sobre os propósitos, objetivos, funcionamento, grade curricular, carga horária e aspectos educacionais que envolvem os projetos Larga Escala e Classe Descentralizada. Estes projetos, embora ocorrendo concomitantemente, divergem da proposta de formação. O PLE apresenta, como proposta, o currículo integrado; os professores não são remunerados (são os próprios enfermeiros da unidade) e o curso de longa duração, com estágio e aulas nos serviços, é restrito à rede pública.

Guimarães (1998) relata sua experiência na participação no PLE no município de Campinas/ SP, no período entre dezembro de 1988 a dezembro de 1996. Descreve a experiência pedagógica e seus aspectos relevantes, como a utilização da pedagogia da problematização; o currículo integrado, com momentos de comunicação e dispersão; a organização do currículo, privilegiando, além das disciplinas profissionalizantes; tópicos referentes à cidadania, profissão e trabalho em saúde.

Pereira (2005) resgata as conferências nacionais de saúde, correlacionando a organização do sistema de saúde com os projetos voltados para a formação profissional dos trabalhadores inseridos neste sistema. Discute a Reforma Sanitária e o Projeto de Formação em Larga Escala, como concepção de uma prática educativa, voltada para os trabalhadores, que incorporava a reflexão e a percepção, construindo a capacidade de pensar e planejar ações de saúde.

Os artigos sobre o Projeto Larga Escala foram produzidos entre 1988 a 2005 e se debruçam sobre a descrição do projeto. Os quatro primeiros veiculam as propostas do PLE, cujos autores, Santos, Souza e Galvão são os responsáveis pela formulação e execução do PLE em nível federal. Já Romano e Dal Poz et al trazem a execução do PLE no Estado do Rio de Janeiro, bem como Gryscek e Guimarães, nos municípios de São Paulo e Campinas, respectivamente. Zenaide Aguiar Neto reapresenta, como artigo, a síntese de sua dissertação de mestrado. Isabel

Pereira procura resgatar o PLE inserido em um momento político que favorecia a sua institucionalização.

Outros materiais encontrados durante a revisão de literatura, de aspecto mais restrito, foram os boletins - formas de difusão de conhecimento para as diversas instituições de saúde pública. Os boletins informativos envolvem publicações de caráter oficial e informal e veiculavam informações sobre a concepção do projeto. Catalogamos quatro boletins, sendo que um deles é fonte oficial do Ministério da Saúde e três são documentos mimeografados e confeccionados pelas equipes das regionais de saúde.

O Boletim Informativo Recursos Humanos para o SUS - RH SUS (1992) discute a experiência da Escola de Formação Técnica em Saúde “Izabel dos Santos”, que pretendia qualificar nove mil atendentes de enfermagem. O documento divulga a experiência, assim como apresenta os princípios pedagógicos e metodológicos do projeto.

O Boletim Informativo ERSA 2 – Butantã (1992) registra a formação da primeira turma de auxiliares de enfermagem pelo PLE e as dificuldades e desafios postos neste tipo de inovação, como ausência de material didático, pouco envolvimento das unidades básicas de saúde no projeto, o tempo de duração do curso que foi alvo da maioria das críticas.

O Boletim do SUDS R – Ribeirão Preto (1988) discute a situação do projeto no Estado de São Paulo (Ribeirão Preto e região) informando que os sujeitos participantes das atividades do PLE tiveram o benefício da liberação de ponto. Em contrapartida houve sobrecarga de trabalho, falta de ajuda de custo, já que havia a necessidade de viajar, desconhecimento e incompreensão de colegas, o que exigiu um grande esforço para a viabilização do projeto.

O último documento catalogado como boletim é manuscrito e divulga o funcionamento do PLE no Estado de São Paulo.

Concluimos com o estudo realizado por Germano (1996) que objetivou delinear a História do Centro de Formação de Pessoal para os Serviços de Saúde – CEFOPE – Rio Grande do Norte, desde sua criação em 1984 até 1996. Neste período o CEFOPE utilizou para formação de pessoal de nível médio da área de saúde, a proposta de Formação em Larga Escala e colocou-se entre as experiências pioneiras nesta modalidade de formação. A autora registrou a experiência do PLE como modelo metodológico utilizado pela instituição.

Esta primeira tarefa concluída permitiu mapear e discorrer sobre o que foi publicado acerca do PLE. Faz-se necessário iniciar uma nova tarefa, que é o aprofundamento da leitura deste material, o que significa uma análise crítica do que foi produzido, com base em nosso referencial teórico.

Ressaltamos com Oliveira (1996) que apesar do PLE ter gerado discussões e polêmicas, foi pouco avaliado enquanto processo de qualificação profissional. Segundo a autora existiam muitos significados a serem explorados e desvendados, ao considerar os elementos culturais das instituições, enfatizou a necessidade de problematizar a realidade do processo de trabalho em saúde ao se construir algo novo.

Os estudos aqui apresentados contribuíram para apontar caminhos e revelar silêncios e lacunas existentes sobre este projeto de formação, como uma proposta mais abrangente que envolva a avaliação desse processo como um todo. Isso reforça a importância de desenvolver este trabalho, pois observamos um número significativo de estudos mobilizados pela concepção pedagógica e metodológica e não pela compreensão histórica desta experiência, que é uma das intenções deste estudo.

Atentando para os estudos desenvolvidos sobre o PLE, adotamos como diferencial a abordagem histórico cultural, que traz como proposta averiguar os condicionantes estruturais e conjunturais, a experiência dos sujeitos e os aspectos culturais.

Sendo assim, ao final da apresentação do percurso teórico-metodológico desta investigação, registramos as reflexões de Marc Bloch (2001, p. 50) e com respeito à suas palavras reafirmamos o desafio que se constitui para nós adentrar os caminhos de uma investigação histórica:

Em função dessa lacuna em minha formação inicial, o ensaio aqui apresentado sem dúvida perde muito: em precisão de linguagem como em amplitude de horizonte. Só posso apresentá-lo pelo que é: o memento de um artesão que sempre gostou de meditar sobre sua tarefa cotidiana, a caderneta de um colega que manejou por muito tempo a régua e o compasso, sem por isso se julgar matemático.

Sob este enfoque, “uma palavra, para resumir, domina resultados e ilumina nossos estudos: compreender” (BLOCH, 2001, p. 128).

## **CAPÍTULO 2 - TRANSFORMAÇÕES HISTÓRICAS NO PROCESSO DE TRABALHO E EDUCAÇÃO PROFISSIONAL EM ENFERMAGEM.**

No presente capítulo, procuramos apresentar aspectos da trajetória do ensino profissionalizante de enfermagem, espaço em que se insere o PLE. Buscamos reconstruir, no plano teórico, as relações entre os processos de educação, trabalho e enfermagem, buscando compreender a organização do trabalho e os processos de formação profissional em enfermagem.

A profissão de enfermagem foi institucionalizada em pleno desenvolvimento do capitalismo no século XIX e, como prática social, relaciona-se com a estrutura econômica, política e ideológica de um país e dela sofre as pressões.

As origens da formalização do “treinamento” de enfermagem remontam ao século XIX, na Inglaterra, sendo que, no decorrer do desenvolvimento da sociedade urbano-industrial, configurou-se como ocupação assalariada, trabalho que se apresenta sob a forma de serviço e é trocado por um salário (MELO, 1986).

Posteriormente na organização dos hospitais norte-americanos, assistiu-se a uma divisão progressiva do trabalho de enfermagem para possibilitar a utilização, em grande escala, de pessoal de enfermagem sem preparo formal, orientado pelos pressupostos da administração científica do mundo capitalista. Essa característica vai se aprimorando e os agentes vão reproduzindo a estrutura de classe da sociedade capitalista (MARTINS e LAFOZ, 1990).

Historicamente, como uma das características principais das sociedades capitalistas é uma progressiva divisão do trabalho, o atendente é o ocupacional de enfermagem que existiu há mais tempo na enfermagem, responsável pelo trabalho manual e cuidado com doentes. Desde o início da organização do trabalho em enfermagem, a profissão foi exercida por um número significativo destes trabalhadores.

O processo de trabalho na enfermagem encontra-se alicerçado, portanto, na divisão técnica: sua prática é parcelada em tarefas, procedimentos e responsabilidades divididas entre os membros da equipe que foram se constituindo a partir das transformações pelas quais passou a sociedade. Consolidou-se no decorrer do século XX, como uma categoria profissional, em decorrência da divisão social do trabalho e pelos pressupostos da

administração científica e da racionalidade econômica do mundo capitalista, bem como pela necessidade de aumentar a quantidade de trabalhadores, exigida pelas diferentes mudanças de interesses das políticas e pela organização do trabalho em saúde.

Diante disso, Vieira e Silva (1982, p. 70) registram que:

O mercado de trabalho, as condições que caracterizam a prática de saúde, o complexo industrial de material médico e farmacêutico vêm exercendo influência marcante no processo de formação e utilização de recursos humanos, sendo um fator determinante do perfil do profissional a ser formado.

A partir desta constatação, situamos o caminho para a preparação da categoria que se iniciou pelo “treinamento” de pessoal em serviço no país, em que a aprendizagem se dava pela experiência, pela repetição e pela demonstração, seguida pela criação de uma escola de ensino formal para enfermeiros de nível superior na década de 20, que aderiu ao modelo anglo-americano. Posteriormente, para suprir a deficiência do profissional enfermeiro nas unidades de saúde do país, ocorreu a criação de cursos regulares que pudessem preparar pessoal para assistência direta aos internados em hospitais.

Desde o início da década de 20, do século XX, o Brasil se inclui entre os países em que o Estado controlava o setor saúde. A partir dessa década, o governo aliado à Cruz Vermelha, cria um curso para preparar pessoal auxiliar – as Visitadoras Sanitárias, que executariam o serviço nas unidades públicas de saúde, sendo esta a primeira categoria de pessoal de enfermagem com algum preparo para atuar na saúde pública no Brasil, o que se configurou como uma “transposição clara do modelo de saúde pública americano” (MELO, 1986, p. 63-65).

Neste sentido, Navarro (1983, p.124) registrou que as características e conseqüências da intervenção do aparelho estatal no setor saúde atuavam como um instrumento direto do setor capitalista e influenciou, ao longo do período, as instituições médicas públicas e privadas, o setor acadêmico, as escolas e os meios de comunicação: “O setor Saúde é uma parte em expansão do Estado, porque a produção e a alocação de recursos são considerados, na maioria das sociedades capitalistas ocidentais, como uma responsabilidade pública, nas quais a provisão de recursos e serviços tem que ser aprovada pelo setor público”.

Os estudos de Navarro demonstraram que o próprio Estado reproduzia, dentro do setor saúde, a hierarquia de classes que caracterizava a sociedade capitalista, isto é, a distribuição de funções e responsabilidades, dentro da força de trabalho em saúde, acompanhava os limites de classe, sexo e raça. Para exemplificar suas investigações mencionava que “os médicos são fundamentalmente brancos, da classe média alta; as enfermeiras são mulheres da classe média baixa ou classe trabalhadora e os trabalhadores auxiliares de saúde são mulheres oriundas da classe trabalhadora”.

Navarro (1983) mencionou que o setor saúde já nasceu hierárquico e que as transformações ocorridas no modo de produção capitalista apenas o reforçou, possibilitando ao mercado atuar como definidor das habilitações necessárias à formação do profissional. Diante disso, o problema de formação de trabalhadores para a categoria de enfermagem, tanto em nível superior como em nível médio, bem como a profissionalização do atendente de enfermagem tornou-se um desafio. Decorrente da concepção de trabalho no mundo capitalista, a manutenção de categorias consolidadas estanques vinha ao encontro da preservação da hierarquia, garantindo o “status quo” e dificultando a ascensão dos trabalhadores de nível mais baixo.

Kuenzer (1997, p. 12) ao refletir sobre a relação entre educação e trabalho refere que:

Se a divisão social e técnica do trabalho é condição indispensável para a constituição do modo capitalista de produção, à medida em que, rompendo a unidade entre teoria e prática, prepara diferentemente os homens para que atuem em posição hierárquica e tecnicamente diferenciadas no sistema produtivo, deve-se admitir como decorrência natural desse princípio a constituição de sistemas de educação marcados pela dualidade estrutural.

No Brasil, a dualidade estrutural é representada pelas trajetórias educacionais diferenciadas, ou seja, para os filhos dos trabalhadores os cursos profissionalizantes, aos filhos da elite o ensino propedêutico voltado ao acesso ao ensino superior. Assim, a profissionalização da enfermagem ocorreu por meio de duas categorias sociais distintas, “cujas metas eram o preparo de classe social mais baixa para os exercícios usuais de enfermagem hospitalar e domiciliar e o preparo de pessoas de classes sociais mais altas para atividades de supervisão e ensino” (LUNARDI FILHO; MAZZILLI, 1996, p. 61).

Por sua vez, Bagnato (1999, p. 15) destacou que

A formação dos profissionais de saúde, historicamente, desenvolveu-se numa relação muito estreita com as políticas de saúde e econômica implementadas pelo Estado, acentuando uma formação voltada para a área hospitalar, diluindo os aspectos sociais e políticos das questões gerais de saúde predominantes na população, desfocando, em consequência, discussões sobre as formas de organização, prestação e distribuição dos serviços.

Sobre o assunto, são interessantes as observações de Santos et al (2002, p. 566) que analisaram as circunstâncias da institucionalização do curso de Auxiliar de enfermagem no país: a insuficiência de pessoal de enfermagem, especialmente o pequeno número de enfermeiras com formação superior, resultou do embate entre o desejo das enfermeiras - manter o alto nível de sua formação - e a necessidade de uma solução de emergência para o problema de falta de pessoal:

O fato é que havia uma premência em providenciar a preparação urgente de pessoal para trabalhar na enfermagem e as enfermeiras não abriam mão do espaço que já haviam ocupado. Isto porque não se podia negar a enorme quantidade de pessoas leigas que atuavam tanto nos hospitais como nos serviços de saúde pública locais e a variação de denominações que possuíam, mas que são todos conhecidos do público como enfermeiros.

Além das questões citadas anteriormente, a formação de trabalhadores de nível médio para atuar na saúde recebeu influência do campo da educação - da organização do ensino público no Brasil, entre as décadas de 30 e 40, que priorizou a destinação de recursos somente para o ensino superior, provocando uma lacuna no ensino médio e atraindo a iniciativa particular para suprir as deficiências causadas pela ausência da empresa pública nesse grau de ensino (CUNHA, 1977).

Segundo Aguiar Neto (2001, p. 32), o setor saúde é estruturado pela lógica do capital e requer, para seu processo de trabalho, uma equipe caracterizada pela hierarquização e posse desigual do saber, ou seja, “trabalhadores portadores de requisitos qualificacionais diferenciados e desprovidos de qualquer saber formal”.

A lógica da organização capitalista do trabalho penetra na organização da assistência de saúde, o que se verifica mais claramente no espaço institucional. A assistência de saúde resulta do trabalho coletivo, parcelado em diversas atividades e exercido por profissionais de saúde e outros profissionais ou trabalhadores treinados para atividades específicas.

Os profissionais de saúde desenvolvem o seu trabalho com relativa autonomia, mas sob o gerenciamento médico, e internamente às profissões de saúde, verifica-se mais claramente, a lógica do parcelamento de tarefas. Na enfermagem, o enfermeiro que é o profissional de nível superior, detém o controle do processo assistencial de enfermagem e delega atividades parcelares a profissionais de enfermagem de nível médio, ou a trabalhadores treinados para atividades específicas (PIRES, 1998, p. 87).

Os serviços de enfermagem durante a organização do seu trabalho, sofreram forte influência de teorias de pensamento que se incluem na Teoria Geral da Administração como demonstra Lemos (2004, p. 54):

No século XX, as técnicas de enfermagem desenvolveram-se plenamente iniciando um período denominado de enfermagem funcional, denotando uma forte influência da gerência científica, que privilegiava a divisão de tarefas, além dos aspectos relativos à hierarquia, autoridade e controle, preconizados por Taylor. Os serviços de enfermagem abarcaram os aspectos referentes a esta teoria no que diz respeito à confecção de manuais de normas, rotinas e técnicas de enfermagem, porém inexistem referências que indiquem a inclusão por parte do referido serviço, naquele momento, dos aspectos “mais positivos” do taylorismo, como a elaboração de rigorosos critérios para seleção, treinamento e aperfeiçoamento científico do trabalhador, valorização do incentivo salarial e o prêmio compatível à produção e adequação do ambiente físico ao trabalho.

Os aspectos concebidos na gerência científica e explicitamente adotados pelos serviços de enfermagem, como a divisão de tarefas por escala, o monopólio do saber e formação do caráter disciplinar, aliados à teoria clássica da administração, favoreceram o ‘ajustamento da enfermagem a um contexto hospitalar burocrático’.

Em resumo e como síntese destas constatações, a enfermagem encontrou nas teorias de Taylor e Fayol, base para organização de seu trabalho principalmente na questão da delegação de funções e atividades. Para alicerçar suas práticas foi se apropriando de diversas correntes de pensamento.

Muito dos princípios de Taylor serviram como base para a organização do trabalho da enfermagem no desenvolvimento moderno da profissão, a exemplo da separação, e mesmo do parcelamento das atividades de quem executa, com a existência de uma unidade de comando, tão característico da prática da enfermagem (MELO, 1986, p. 56).

Diante disso, atendo-se à política educacional brasileira vigente na época, oficializou-se o curso de Auxiliar de Enfermagem por meio da Lei n.º 775/49. Esta lei regulamentou todo o ensino de enfermagem no país: o de Enfermagem e o de Auxiliar de

Enfermagem. De acordo com esta legislação, o curso de auxiliar de enfermagem era essencialmente profissionalizante e dirigido à assistência curativa (BAGNATO, 1994).

Ao enfermeiro de formação superior (Lei n.º 775/49) cabia o planejamento, organização e controle de todas as ações, distribuídas de acordo com cada elemento ou componente subalterno da equipe. Ao auxiliar de enfermagem, cabia prestar cuidados de observação, higiene, conforto e tratamento simples e ao atendente de enfermagem, categoria não preparada pelo sistema formal de ensino, seriam delegadas as tarefas mais simples do rol de atividades de enfermagem, carecendo de um efetivo controle.

Até o ano anterior à promulgação dessa lei, existiam no Brasil seis cursos de auxiliar de enfermagem e no período posterior, de 1949 a 1956 somavam-se 43 cursos de auxiliar, sendo que 30 deles mantidos por entidades privadas (ABEn, 1980).

Os fatos conjunturais da década de 50, analisados por Cunha (1977), impediram a expansão das escolas particulares que começaram a sofrer, no caso da enfermagem, o problema de vagas ociosas. O autor menciona este acontecimento da seguinte maneira:

A clientela dessas escolas era formada principalmente pelas camadas médias assalariadas que passavam a auferir ganhos decrescentes em termos reais, já que se acentuava o processo inflacionário no país. Como estas camadas não tinham poder de barganha para corrigir o valor dos seus salários, diminuíram suas possibilidades de cobrir os gastos de escolarização nas escolas privadas que, por sua vez, tinham sua clientela diminuída (CUNHA, 1977, p. 19).

Pela Lei n.º 2.604/55 existiam dois grupos de profissionais: o de enfermeiros e o de auxiliares de enfermagem, enfermeiros práticos e práticos de enfermagem. Enfermeiros práticos eram aqueles que desde 1929 exerciam a profissão de enfermagem e que se registraram como tal no Departamento Nacional de Saúde Pública ou nos Serviços Estaduais de Saúde ou que foram submetidos a uma prova de habilitação perante comissão nomeada pelo Diretor do Departamento Nacional de Saúde ou pelos Diretores dos Serviços Sanitários de Saúde. O prático de enfermagem existiria após o ano de 1946, quando um decreto modifica a lei anterior e autoriza a realização de provas para esta categoria nas escolas de enfermagem ou hospitais regionais em que não houvesse escolas, desde que o candidato comprovasse dois anos de experiência em enfermagem (PINHEIRO, 1955).

Os atendentes de enfermagem faziam parte de um terceiro grupo não contemplado por esta lei. Permaneciam nos locais em que houvesse atendimento aos doentes e sem

acesso às escolas, devido a suas condições econômicas e a seu grau de instrução, que não lhes possibilitavam entrada no curso de Auxiliar de Enfermagem (que correspondia ao curso primário).

Almeida (1992, p. 39) afirma que o atendente de enfermagem nesse período continuou a ser absorvido pelo mercado, assumindo maiores responsabilidades na equipe de enfermagem:

A preocupação em suprir o mercado de trabalho de enfermagem com pessoal auxiliar, na verdade, parecia uma necessidade das enfermeiras em se distanciar das atividades de caráter manual, reservando-se aos cargos de chefias de serviço, na busca de prestígio profissional. A demanda, entretanto, por pessoal para a assistência superou a capacidade de formação de auxiliares e os atendentes foram, gradativamente, assumindo papel preponderante na assistência de enfermagem.

Com a implantação da Lei das Diretrizes e Bases da Educação – LDB n.º 4.024/1961, foram criadas as escolas técnicas de enfermagem, na esteira da criação dos cursos técnicos no país. Ao técnico caberia assistir o enfermeiro no planejamento, programação e prestação de cuidados de enfermagem. Dessa forma, ficou estabelecida uma nova categoria e uma maior divisão interna do trabalho da enfermagem.

Kuenzer (1997, p. 12-15) explicitou claramente que nesse período não existia a “articulação entre o mundo da educação, que deve desenvolver as capacidades intelectuais independentemente das necessidades do sistema produtivo, e o mundo do trabalho, que exige o domínio de funções operacionais que são ensinadas em cursos específicos, de formação profissional”. Para a autora, jovens e adultos eram preparados para “exercer funções diferenciadas – intelectuais ou manuais – na hierarquia do trabalhador coletivo”, reiterando a existência de dois caminhos diferenciados, sendo que “a distribuição dos alunos pelos diferentes ramos e modalidades de formação se faz a partir de sua origem de classe”, o que não alterava a situação existente, ou seja, os que aprenderiam a exercer sua função na escola – nível superior e médio e as classes menos favorecidas “seriam a clientela, por excelência, de cursos de qualificação profissional de duração e intensidade variáveis, que vão desde os cursos de aprendizagem aos cursos técnicos”.

Nesse aspecto, a escola para satisfazer os interesses do capitalismo era aquela que corroborava para a manutenção da sua lógica capitalista quando “reproduz sob múltiplas

formas a divisão do trabalho imperante na sociedade. A mais elementar destas formas, embora não a mais importante, é a sua própria divisão interna (ENGUITA, 1989, p. 199 - 200).

Souza (1997, p. 95), refletindo sobre a formação profissional em enfermagem e os problemas a ela relacionados, principalmente ao ensino, como a falta de articulação entre formação e os sistemas de saúde, fala-nos que:

Historicamente, a área de saúde vem preparando o pessoal auxiliar e técnico, sendo a experiência no setor educação, nesse campo, bastante limitada e de resultados pouco significativos, seja na quantidade, seja na qualidade. Pode-se afirmar, com segurança, que a maioria dos técnicos tem sido preparados, formal ou informalmente, pelo setor saúde.

O Setor Saúde, a partir da década de 70, devido à insuficiência de pessoal de enfermagem e emergência dos Programas de Extensão de Cobertura, que assumiam os princípios de medicina comunitária como ênfase na formação e utilização de pessoal de nível médio e elementar, vinha promovendo estudos e programas de fortalecimento dos sistemas de formação e capacitação de auxiliares de enfermagem necessários à demanda do país, na tentativa de superação dos problemas relacionados com a quantidade de formação. Todavia, continuava utilizando os atendentes como mão-de-obra na saúde pública, particularmente nos serviços de extensão de cobertura, que utilizavam pessoal técnico e auxiliar para prestarem serviço à população carente.

Destes programas, destacamos o projeto denominado Brasil 63 – Formação de Auxiliares de Enfermagem: no período de 1963 – 1973, executado pelo Ministério da Saúde, em convênio com o MEC e com a OPAS e o Fundo das Nações Unidas para a Infância. Ocorreu nos Estados da região Norte, Nordeste e Centro- Oeste e representou um aumento do número dos referidos profissionais, no entanto não foi significativo na composição da força de trabalho em enfermagem, devido à expansão das instituições de saúde, o que determinou um aumento da procura por auxiliares de enfermagem (LEOPARDI; GELBCKE, 1997).

O Programa Intensivo de Preparação de Mão de Obra – PIPMO, desenvolvido junto ao Ministério da Educação e Cultura – MEC, foi criado pelo Decreto n. ° 53.324, de 18 de dezembro de 1963. O PIPMO financiou vários cursos de atendentes de enfermagem, não

programados e nem ministrados necessariamente por enfermeiras e sim por estudantes de medicina e de profissionais de outras áreas, com carga horária total de 150 horas.

A Associação Brasileira de Enfermagem tomou contato com o curso e decidiu assumi-lo responsabilizando-se por sua execução. O convênio entre os dois órgãos foi firmado pela primeira vez em 1971 e, a partir desta data, prepararam atendentes de enfermagem junto a hospitais e entidades como centros sociais, abrigos, asilos (AMORIN, 1979).

Esta contradição, entre ações de qualificação de trabalhadores criadas pelo governo e cursos profissionalizantes voltados para o mesmo fim, avulta no decorrer do processo de estruturação da categoria de enfermagem no país, evidenciando uma constante desarticulação entre as legislações de ensino, os órgãos de legitimação da categoria e as necessidades do setor saúde. Ou seja, o Estado tinha necessidade de implementar programas de formação de pessoal para atender interesses políticos, as legislações de ensino por outro lado atendiam as necessidades do mercado de trabalho e conseqüentemente o processo de trabalho de enfermagem distinguia-se do estabelecido na legislação.

Mais uma vez, o processo de trabalho da enfermagem, na prática, distinguia-se do estabelecido na legislação, comprovando que as leis ou normas não transformam nem o processo de trabalho estabelecido por relações sociais de produção nem tampouco a divisão do trabalho existente na profissão (MELO, 1986, p. 70).

A nova concepção educacional materializou-se na década de 70, com a Lei n.º 5.692/71 que procurou transformar as escolas de 2º grau em escolas ditas profissionalizantes, inspiradas na Teoria do Capital Humano, fato este que no dito período, deixa mais perceptível a relação capital-trabalho, especialmente pela tendência tecnicista que caracterizou a reforma educacional. A teoria do Capital Humano iniciou-se na década de 60 e disseminou-se na América Latina por intermédio das políticas dos organismos internacionais. Dentre eles o Banco Mundial, Fundo Monetário Internacional e Organização Internacional do Trabalho.

Frigotto (2001, p. 40) enfatiza o pressuposto da teoria que se traduz como “a educação, então, é o principal capital humano, enquanto é concebida como produtora de

capacidade de trabalho, potenciadora do fator trabalho. Nesse sentido é um investimento como qualquer outro”.

Recorremos novamente a Frigotto para afirmar que esta teoria defendia uma articulação entre a economia e a educação, na medida em que a aquisição de conhecimento leva a um aumento de capacidade de trabalho, produtividade e renda:

O conceito de capital humano – ou, mais extensivamente, de recursos humanos – busca traduzir o montante de investimento que uma nação faz ou os indivíduos fazem, na expectativa de retornos adicionais futuros. Do ponto de vista macroeconômico, o investimento no fator humano passa a significar um dos determinantes para aumento da produtividade e elemento de superação do atraso econômico. Do ponto do vista microeconômico, constitui-se no fator explicativo das diferenças individuais de produtividade e de renda e, conseqüentemente, de mobilidade social (FRIGOTTO, 2001, p. 41).

A política educacional da época foi amplamente influenciada pela economia da educação. Seu processo de construção foi articulado com os interesses econômicos e políticos, em que se disseminou o discurso de que a profissionalização pela via da escolarização propiciava melhoria da qualidade de vida dos indivíduos, em função do aumento de renda que decorre da sua melhor qualificação para o desempenho no mercado de trabalho (OLIVEIRA, 2001).

Saviani (1994, p. 151) diz-nos que a educação, com o surgimento da Teoria do Capital Humano, passa a ser algo decisivo para o desenvolvimento econômico e esta perspectiva está presente também nos críticos da Teoria, “uma vez que consideram que a educação é funcional ao sistema capitalista, não apenas ideologicamente, mas também economicamente, enquanto qualificadora de mão-de-obra (força de trabalho)”.

Junto à teoria do Capital Humano desenvolveu-se a noção de qualificação profissional como sinônimo de preparação para o capital, sustentada sobre as bases do modelo taylorista/fordista de produção e ligada à posição que cada trabalhador ocupava no processo de trabalho:

Assim o que importa, do ponto de vista da formação para o trabalho, é garantir que os trabalhadores sejam preparados exclusivamente para desempenhar tarefas/funções específicas e operacionais. Esta concepção de formação profissional está alicerçada numa concepção comportamental

rígida, por meio da qual ensino/aprendizagem das tarefas/habilidades deve-se dar numa seqüência lógica, objetiva e operacional, enfatizando os aspectos técnico-operacionais em detrimento de sua fundamentação teórica mais abrangente (MANFREDI, 1998, p. 19).

A reforma promovida pela lei n.º 5.692 de 1971, destacou como um de seus pressupostos a flexibilidade e o caráter de terminalidade na organização e funcionamento do ensino em nível de 2º grau. Dentre suas repercussões, destacamos a aceleração do ensino de primeiro e segundo graus particularmente, para os jovens de classe social menos favorecida. Em relação à terminalidade, Kuenzer (1997, p.16) verificou uma nova forma de relação entre educação e trabalho em nível de 2º grau: “o compromisso da escola com a formação profissional, independentemente da classe social a que pertence o aluno”.

Com o advento desta lei, os cursos de Técnico e Auxiliar de Enfermagem passaram a integrar o sistema educacional do país em nível de 2º grau. No caso da enfermagem, a profissionalização do auxiliar assumiu inúmeras possibilidades: poderia ocorrer em sala de aula, por meio de cursos regulares; em cursos intensivos de onze meses, após conclusão do 1º grau, legalizado pelo parecer do Conselho Federal de Educação - CFE 75/70; em cursos supletivos ou da suplência profissionalizante (OGUISSO, 1977).

Os exames de suplência foram um dos recursos oferecidos pelas Secretarias de Estado da Educação para os trabalhadores inseridos nos serviços de saúde. Aconteciam anualmente e constavam de prova teórica de cada disciplina e prova prática. Sua finalidade principal era conferir o título ao profissional habilitado com comprovada prática do exercício profissional (BASSINELLO, 2002).

Entendemos que as ações propostas nesta lei buscaram, de modo mais racional, conferir diplomas para o maior número de profissões. Para a área de enfermagem, proporcionou uma oportunidade maior de reconhecimento legal devido às diversas opções integrantes da qualificação da mão-de-obra.

Cunha (1977, p. 21), ao estudar a profissionalização no ensino médio decorrente da promulgação da Lei n.º 5.692, de 11 de setembro de 1971, criticou um alvo não manifesto desta lei, “conter os crescentes contingentes de jovens de camadas médias que buscam, nos

cursos superiores, um requisito cada vez mais indispensável à ascensão social através das hierarquias ocupacionais”.

Para Machado (1989, p. 33) o ensino médio por suas relações com o trabalho apresentou uma série de problemas em relação aos seus objetivos:

O Ensino Médio fica como espécie de nó, no centro da contradição: é profissionalizante, mas não é; é propedêutico, mas não é. Constitui, portanto, o problema nevrálgico das reformas de ensino, o nível de ensino que revela em maior medida, o caráter de abertura ou de restrição do sistema educacional de cada nação. Não existe clareza a respeito dos seus objetivos e métodos e geralmente costuma ser o último nível de ensino a ser organizado. O conflito localiza-se no interior do ensino intermediário, cujo conceito está em plena evolução.

Nesta década, um novo paradigma para a área de saúde se delineava com os Cuidados Primários de Saúde, na Conferência de Alma Ata, na então União Soviética, em 1978. A Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde ressaltava a prioridade na assistência primária à saúde, tendo como objetivo a inserção de todos os povos do mundo, até o ano 2000, em um nível de saúde que lhes permitisse uma vida social economicamente produtiva, metas estas articuladas pelos governos e organizações internacionais - BM e OPAS (VIANA, 1994).

Um dos componentes fundamentais da estratégia de Cuidados Primários de Saúde ou Atenção Primária à Saúde referiu-se à ampla utilização de pessoal de nível auxiliar e médio para atuar nestes programas.

Christóforo (2006, p. 209), ao abordar as relações entre a organização do sistema educacional brasileiro e a formação na área de saúde deste período, constatou que

A área de saúde, que ao longo dos tempos se caracterizou como fonte de emprego para escolarizados ou não, é premiada com uma série de portarias, leis, decretos-leis e resoluções, onde, praticamente, todas as ocupações tornam-se objetos de normas educacionais, diferentemente do que ocorria antes. Assim é que tanto as profissões universitárias como as de nível médio tornam-se exercícios a serem praticados após a formação escolar. Isto, no entanto, não mudará o quadro, que ao longo do tempo, se construiu no âmbito das instituições prestadoras de serviço de saúde: a maior parte dos que ali trabalham não possuem o requisito formal da qualificação profissional escolar.

Prossegue dizendo que a escola desse grande grupo continua sendo o trabalho, mesmo porque:

As escolas criadas para formar profissionais de saúde de nível médio não se colocam na perspectiva de quem já trabalha. Os estabelecimentos de saúde não tomam a lei como forma de qualificar os serviços que produzem, através da qualificação dos seus trabalhadores, mas como algo que não lhes diz respeito.

Como nos mostra Saviani (1986, p. 14)

Na verdade, todo sistema educacional se estrutura a partir da questão do trabalho, pois o trabalho é a base da existência humana, e os homens se caracterizam como tais na medida em que produzem sua própria existência, a partir de suas necessidades. Trabalhar é agir sobre a natureza, agir sobre a realidade, transformando-a em função dos objetivos, das necessidades humanas. A sociedade se estrutura em função da maneira pela qual se organiza o processo de produção da existência humana, o processo de trabalho.

Contudo, somente na década de 80, com o processo político de redemocratização do Estado brasileiro, tem início o surgimento de referenciais do materialismo histórico e a utilização de concepções filosóficas mais abrangentes que no caso na enfermagem, buscaram interpretar as relações entre a área de saúde e a estrutura social e “compreender a crise por que passa a enfermagem brasileira e suas contradições no interior de seu trabalho e na saúde, articulada com outras práticas sociais” (ALMEIDA, 1985, p. 86).

Com a discussão de uma nova política de saúde, marcaram a Enfermagem, principalmente no que tange ao ensino e à prática profissional. Por um lado, realizaram-se vários congressos brasileiros de Enfermagem, principalmente após 85, enfocando temas mais reflexivos sobre a profissão, por outro, produziram-se novos conhecimentos (livros mais críticos) que foram publicados; estes são alguns aspectos que evidenciaram a tentativa de mudanças na Enfermagem, culminando com o processo de abertura (democracia) que se instalou no país (NIETSCHE, 1998, p. 156).

Recorremos novamente a Almeida, que na sua tese de doutorado examinou a constituição do saber de enfermagem, sua origem e transformação e afirmou que

O estudo histórico-social permitiu identificar a crise da enfermagem brasileira, crise caracterizada primeiramente pelo afastamento da enfermeira do seu pretensso objeto de trabalho, o cuidado de enfermagem.

Com esse distanciamento, que tem origem na divisão social e técnica do trabalho, na própria estrutura social, a enfermeira passou a gerenciar o processo de trabalho que foi subdividido e o pessoal auxiliar (principalmente os atendentes) passou a ser representado por trabalhadores parcelados, alienados do processo de trabalho (ALMEIDA, 1985, p. 86).

Neste momento, para contrapor ou até mesmo superar o que existia em relação ao processo de formação de trabalhadores na área de saúde, o PLE surge como proposta de qualificar e habilitar, pela via supletiva, pessoal de nível médio e elementar engajado na força de trabalho dos serviços públicos de saúde. Nesse sentido, a qualificação profissional é entendida como qualificação social do trabalho e do trabalhador, assumindo o trabalho como princípio educativo. Esta tarefa esbarraria nos seguintes pontos que caracterizavam o cenário:

- Baixo nível de escolaridade dos trabalhadores;
- Sistema de formação profissional pautado na manutenção da lógica capitalista;
- Necessidade de qualificar os trabalhadores para atender as necessidades dos postos de trabalho e modelo de produção vigente.

Diante disso, pretendemos situar o Projeto Larga Escala, reconstituindo sua história em âmbito nacional e os embasamentos teórico-metodológicos e suas características enquanto processo de formação.

## **CAPÍTULO 3 – A CONCEPÇÃO DO PROJETO LARGA ESCALA**

Neste capítulo procuramos reconstruir a história do Programa de Formação em Larga Escala de pessoal de Nível Médio e Elementar para os serviços básicos de saúde que não se configurou como política pública e sim como estratégia de formação, experiência pedagógica, movimento ou idéia que objetivou qualificar uma força de trabalho empregada no setor saúde em consonância com os ideais da Reforma Sanitária Brasileira, que propunha a democratização do sistema, bem como mudanças na prática profissional dos trabalhadores da saúde.

Mapeamos a discussão sobre o Projeto Larga Escala, apresentando seus pressupostos e a tramitação da proposta em âmbito nacional. Dividiremos o capítulo em três momentos: no primeiro, abordaremos a concepção do PLE que envolve os sujeitos, instituições, objetivos, fundamentos teóricos e o período que decorreu do processo de formulação até a implementação da proposta no Estado de São Paulo.

No segundo momento, discorreremos sobre a experiência pedagógica, processo de formação e experiências dos sujeitos. Posteriormente, um terceiro item sobre os princípios pedagógicos e metodológicos, como a modalidade de ensino, currículo integrado, avaliação, os instrutores e o processo de capacitação pedagógica. Lembramos sempre que esta estratégia de formação vinha permeada, de uma dimensão política que pretendia atender os trabalhadores excluídos que não tiveram acesso ao sistema formal de educação.

### **3.1 ASPECTOS HISTÓRICOS E ESTRUTURAÇÃO DA PROPOSTA.**

O Programa de Formação em Larga Escala de pessoal de Nível Médio e Elementar para os serviços básicos de saúde, também conhecido como Projeto Larga Escala – PLE, surgiu em 1981, como já vimos, fruto do processo de reformulação dos serviços de saúde que visavam à extensão de cobertura.

No entanto, na reorientação da estrutura de prestação de serviços de Saúde no Brasil houve mais intencionalidades do que fatos concretos. Esse novo enfoque de saúde e novo critério de serviço traziam conceitos como a universalização do direito à proteção e à recuperação da saúde, principalmente às populações desassistidas; garantia de acesso espacial e social aos serviços; adoção de tecnologias simplificadas e de baixo custo, instalados em unidades sanitárias e, sobretudo a utilização em massa de pessoal de nível médio e elementar atuando por delegação de funções, mediante treinamento e supervisão (BARROS VIEIRA, 1977).

Tal constatação é reafirmada por Carlyle Guerra de Macedo (1997) quando aponta os anos 80 como uma década de promessas e esperanças de saúde para todos, mas enfatiza também que a eclosão da crise nesse período, denominado “Década Perdida”, teve impacto na área de saúde, com necessidade de diminuição do gasto público, ajustes econômicos e mudanças na composição de serviços de atendimento à população.

Cordeiro (2001, p. 320) menciona que: “a transição das sociedades latino-americanas de um modelo de desenvolvimento para outro globalizado tem envolvido a reestruturação dos processos de produção e políticas de ajuste necessárias às novas condições de competitividade internacional”. Decorrente disso observou-se um aumento do desemprego, do endividamento interno e externo e agravamento da situação de pobreza. Segundo o autor, os artifícios utilizados para enfrentar as dificuldades do período foram as políticas de “focalização de gastos”, com “subsídios diretos aos pobres, como suplementação alimentar, programa de atenção primária à saúde, inspiradas nos postulados das tecnologias simplificadas e outros itens pontuais das recomendações de Alma-Ata”.

A necessidade de diminuição dos gastos com a saúde levou à racionalização na distribuição dos serviços, a ações de menor custo, preventivas em sua essência. O modelo operacional básico para as atividades de extensão de cobertura eram as unidades de saúde: centro de saúde (situado na base do município), postos de saúde (localizados nos distritos, vilas e povoados da zona rural), equipamentos simplificados e a utilização de atendentes polivalentes.

Neste sentido, o caráter inicial do PLE, quantitativo, com uma proposta de trabalho de “treinamento” em massa de profissionais, ou seja, capacitar em grande escala, para satisfazer as necessidades de demanda, mostrou-se ineficiente. Após um diagnóstico situacional da área de

saúde, a precariedade em todos os níveis de formação, propiciou propostas de um novo programa: o PREV-SAÚDE (BRASIL, 2004).

Enquanto ocorriam as adequações estruturais que legitimassem o processo, o Programa PREV-SAÚDE, que orientava para a criação de um sistema único de saúde, com hierarquização, regionalização, não é incorporado pelo governo e nem ao menos posto em prática:

O PREV-SAUDE era eminentemente um programa de serviços básicos de Saúde e estabelecimento de uma rede regionalizada e hierarquizada. Tinha um componente importante de investimentos no nível primário de atenção e preservava de forma significativa a rede hospitalar privada (RODRIGUEZ NETO, 2003, p. 37).

Segundo este mesmo autor nenhuma das versões elaboradas referentes a tal programa chegou a ser assumida oficialmente. Resistências burocráticas do INAMPS, bem como a oposição do sistema médico empresarial e pressões do campo da medicina liberal levaram ao engavetamento do projeto, contudo “muito se falou e escreveu sobre o PREV-SAÚDE, mas, neste caso, o importante é identificá-lo como o ideário do movimento sanitarista, uma proposta que incorporava suas principais diretrizes”.

Esse embate e contradições na macro política estatal é bastante evidente nesse período:

Os projetos dos anos 70 e as reformas dos anos 80 constituem experiências de organizações alternativas dos serviços de saúde, em que se experimentam algumas propostas, como descentralização da gestão; integração das ações preventivas e curativas; expansão de cobertura de uma perspectiva universalizante, ou seja, desvinculada da condição de segurado da Previdência; participação comunitária; ênfase na atenção primária; articulação das ações de diferentes instâncias públicas; e fortalecimento do setor público. Mesmo que de alcance reduzido e sem significar uma alteração do modelo de assistência prevalecente, essas experiências e reformas apontaram para um novo desenvolvimento institucional dos serviços de saúde, evidenciando a existência de uma articulação de atores em torno dessa mudança. Além disso, explicitaram o conflito entre as diferentes concepções de assistência à saúde, que, grosso modo, podem ser chamadas de publicista e privatista. Nesse momento, a democratização da saúde se confundia com a publicização, na medida em que se contrapunha ao modelo privatista de assistência médica que significava o status quo. Esse era defendido pelos portadores da concepção ou ideologia privatista, característica dos principais dirigentes da instituição previdenciária, que, por meio dos anéis burocráticos, defendiam os interesses empresariais do setor saúde (MENICUCCI e BRASIL, 2006, p. 13).

Nesse contexto, o documento do Ministério da Saúde/ Secretaria de Recursos Humanos, denominado Recursos Humanos para os Serviços Básicos de Saúde (BRASIL, 1982) sistematiza a proposta do Larga Escala e indica certos mecanismos que, de certa forma, viriam superar os processos de formação anteriores, como os mecanismos de legitimação desta capacitação por intermédio da cooperação entre Ministérios da Saúde e Educação, promoção profissional e intelectual dos trabalhadores, metodologia adequada à realidade dos serviços, compreendendo que estes profissionais de nível médio e elementar possuíam certa autonomia de trabalho em locais que, pela suas condições socioeconômicas, não dispunham de médicos ou outros profissionais de nível superior.

A cooperação do Ministério da Educação e Cultura - MEC traduzia-se pela participação de especialistas da área educacional (ensino supletivo) no auxílio de metodologias e estratégias pedagógicas para a formação profissionalizante dos adultos. A fase inicial do Projeto em cada Estado (capacitações pedagógicas) seria custeada pelo MEC mediante dotações especiais de suporte, uma vez implementada a proposta a continuidade de aporte financeiro deveria ser elaborada pela Secretaria de Estado.

As diretrizes gerais do programa compreendiam a execução de um trabalho articulado e permanente com o setor educacional, integração entre o ensino e a prestação dos serviços, utilização dos instrutores empregados nos serviços e validação da capacitação por meio do ensino supletivo. A proposta de formação em Larga Escala para os serviços de saúde compreendia as categorias de nível médio e elementar, assim definidas:

As categorias de nível médio exercem suas funções em áreas de serviços finais (enfermagem, saneamento, odontologia, etc), de serviços de apoio diagnóstico e terapêutico (laboratório, radiologia, hemoterapia, farmácia e etc) e de serviços de apoio administrativo (administração geral, documentação médica, contabilidade, etc). Por sua vez, o pessoal de nível elementar, do ponto de vista das necessidades de capacitação, está constituído, sobretudo, pelo atendente, distinguido por duas áreas principais de atuação: em unidades ambulatoriais, com extensão do trabalho à comunidade e em unidades hospitalares, prestando cuidados elementares de enfermagem (BRASIL, 1982, p. 17 - 18).

Em 1982, o reconhecimento da necessidade de conter os gastos com assistência médica previdenciária resultou na criação do Conselho Consultivo da Administração de Saúde Previdenciária – CONASP e o Plano do CONASP que objetivavam uma maior participação das

Secretarias Estaduais de Saúde e das prefeituras na organização e coordenação do sistema estadual/municipal de saúde e melhor utilização da rede pública de serviços básicos de saúde. Como instrumentos foram realizados os convênios com os órgãos estaduais e municipais – convênios das Ações Integradas de Saúde – AIS (KOCH, 1986).

Verifica-se nesta proposta uma das linhas de ação estratégica das AIS e um dos seus princípios norteadores: o Estado deve assumir o controle do sistema de saúde, ou seja, o papel de regulador como orientador de práticas e formas de organização da prestação de assistência, forçando a descentralização da execução das ações e dos serviços de saúde para os níveis estaduais e municipais.

Por meio da Resolução da Comissão Interministerial de Planejamento de Coordenação - CIPLAN nº 15, de 11 de novembro de 1985, o PLE passa a ser a estratégia prioritária na preparação de profissionais, no âmbito das AIS (ANEXO II).

O Projeto Larga Escala foi desenvolvido no interior do Ministério da Assistência e Previdência Social, em um de seus institutos: o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social – INAMPS, com avanços e retrocessos na proposta, inclusive por ser um órgão cujo foco central era a prática médica, priorizando a prática social privativa de um modo de produção específico no interior de uma sociedade capitalista. Como necessidade para operacionalização da proposta do PLE, ocorreu a necessidade da criação de um centro chamado de Formador Multiprofissional para atender a demanda do setor saúde, unidades estas reconhecidas pelo sistema educacional:

O INAMPS conta com seis escolas de auxiliares de enfermagem nas Sedes Regionais do Rio de Janeiro, São Paulo, Bahia, Pernambuco, Maranhão, Goiás, que estão em processo de transformação para Centro Formador de Pessoal de Nível Médio, em trânsito nos Conselhos Estaduais de Educação dos Estados referidos (BRASIL, 2004, p. 5).

No Brasil, a formação educacional de nível médio e elementar é de responsabilidade do sistema de educação, representado, em nível federal, pelo Ministério da Educação e Conselho Federal de Educação e, nos Estados, pela Secretarias de Estado de Educação e Conselhos Estaduais de Educação. Estruturou-se, portanto, uma instituição educacional específica para o

setor saúde, de caráter permanente, articulada ao sistema educacional: os Centros Formadores (SANTOS; SOUZA, 1989).

Torrez (1994, p. 19), em seu estudo *Qualificação e Trabalho em saúde: o desafio de “ir além”* na Formação dos “Trabalhadores” de Nível Médio relata que, em outubro de 1985, ao participar da apresentação do projeto pela Coordenadora de Recursos Humanos do INAMPS, mencionou a ousadia que o projeto representava, bem como os objetivos que almejava: “criar mecanismos de promoção profissional e educacional do pessoal, através de formação supletiva e contribuir na melhoria da qualidade dos serviços, através do processo de integração ensino-serviço”.

As condições para a realização do projeto que não afastasse o trabalhador do seu ambiente de trabalho vieram do Parecer do Conselho Federal de Educação nº 699/72, que definia a modalidade de ensino supletivo – educação de adultos, com uma das suas funções: a qualificação profissional. 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” (SANTOS; SOUZA, 1989, p. 62).

Desta forma, a etapa de expansão deste processo ocorreu no período de 1986 a 1988, com adequação nas estruturas físicas de acordo com o estudo acima mencionado.

As carreiras de nível médio a serem oferecidas pelo PLE no INAMPS deveriam estar de acordo com as carreiras profissionalizantes reconhecidas pelo Sistema de Ensino e compreendiam uma relação de habilitações necessárias à operacionalização da rede de serviços (BRASIL, 2004, p. 18):

I. Para atividades-fim:

1. Técnico em enfermagem

- Auxiliar de enfermagem

- Visitador sanitário

2. Técnico em Laboratório de Prótese Odontológica

- Auxiliar de Laboratório de Prótese Odontológica

3. Técnico em Óptica

4. Técnico em Radiologia Médica

- Auxiliar Técnico de Radiologia
- 5. Técnico de Nutrição e Dietética
- 6. Técnico em Higiene Dental
  - Atendente de Consultório Dentário
- 7. Técnico de Patologia Clínica e Técnico em Histologia
  - Auxiliar de Banco de Sangue
  - Auxiliar de Patologia
  - Auxiliar de Histologia
- 8. Técnico em Citologia
- 9. Técnico em Reabilitação
  - Fonoaudiologia
  - Terapia Ocupacional
  - Fisioterapia
  - Massagista
- 10. Auxiliar de Farmácia Hospitalar
- II. Para atividades-meio
  1. Assistente de administração
  2. Técnico em Contabilidade
    - Auxiliar de contabilidade

As unidades federadas da região norte, dentre elas, o Piauí, Alagoas e Rio Grande do Norte foram os primeiros a adotar a experiência pedagógica, inicialmente voltada à formação do visitador sanitário, preparados pelas próprias instituições de saúde. Estes realizavam “ações de atenção primária, incluindo o cuidado às pessoas, medidas simples de saneamento, trabalho com a comunidade, treinamento e supervisão de atendentes e agentes comunitários” (BRASIL, 1982, p.16).

A estratégia inicial de formação de visitantes sanitários era adequada à expansão da rede básica de serviços, 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, atenderiam a área hospitalar.

Ao mesmo tempo iniciou-se o esboço do que seriam os princípios teóricos do projeto: a elaboração de um currículo integrado que possibilitasse a formação em serviço, o que não afastaria o servidor de suas atividades e um Projeto de Educação Continuada, que adequaria os

profissionais já engajados nos serviços de saúde como instrutores, proporcionando a adequação destes sujeitos ao projeto (BRASIL, 2004).

Para concretizar esta proposta de trabalho - que contou com as lideranças de Izabel dos Santos (enfermeira), Ena de Araújo Galvão (pedagoga) e a assessoria técnica da OPAS: Maria Cristina Davini, Maria Thereza de Freitas Grandi (pedagoga), Regina Celi Nogueira, Roberto Passos Nogueira (médico com mestrado em Medicina Social e Coordenador da Cooperação Técnica em desenvolvimento de Recursos Humanos de Saúde), do Ministério da Saúde: Geraldo Lucchesi (farmacêutico – bioquímico, sanitarista com mestrado em Saúde Pública), Hortência Hurpia de Holanda (educadora) e Miriam Braga de Souza (socióloga) - foram criados grupos de trabalho e elaboradas propostas pedagógicas e estruturais a serem encaminhadas aos Conselhos Estaduais de Educação (BRASIL, 2004; BRASIL, 1994a).

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. Nos relatos de Germano (1996, p. 28) a pedagoga Ena de Araújo Galvão “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. Vale ressaltar que a pedagoga Maria Thereza de Freitas Grandi e a educadora Hortência Hurpia de Hollanda, contribuíram para a orientação e elaboração dos regimentos internos dos CEFOR e da elaboração do primeiro currículo que se destinava ao curso de visitador sanitário.

No intuito de agilizar esta estratégia de formação, buscou-se estender a operacionalização das atividades previstas pelo projeto em nível das Secretarias Estaduais de Saúde e de Educação, Conselhos Estaduais de Educação e na rede básica de prestação de serviços de saúde.

De acordo com Pereira (2005) a existência de um Centro Formador em cada Estado, reconhecido pelo sistema de ensino, teria duas funções básicas: administrativa (que forneceria as condições formais de validade, ou seja, seria responsável pelo registro de matrículas e emissão de certificados) e a pedagógica (preparação dos instrutores e supervisores da rede de serviços, elaboração e seleção de material educativo, acompanhamento e avaliação do aluno e do processo como um todo).

Em síntese, o PLE não nasceu pronto, foi-se construindo, envolvendo instituições e ferramentas teóricas a partir da inserção dos atores neste processo de formação.

### 3.2 INSERÇÃO DOS ATORES NESTE PROCESSO DE FORMAÇÃO

A necessidade de se construir um programa que fosse diferente dos costumeiros “treinamentos” em serviços desenvolvidos pelo INAMPS levou o projeto a adquirir um caráter diferenciado. A experiência e a liderança de Izabel dos Santos contribuíram para situar o PLE em um contexto que possibilitava a transformação dos serviços de saúde cuja base conceitual exigia a construção de uma alternativa metodológica:

Eu estava em Recife, me chamaram, eu constitui um grupo e comecei a trabalhar aqui em Brasília e a gente foi trabalhando e aí vem junto também o problema da Reforma Sanitária, vem tudo no bojo, este é um movimento muito amplo, da Reforma Sanitária, da tomada de posição dos ministros, da tomada de posição do país frente a um problema de recursos humanos na área da saúde e aí nós começamos a trabalhar e treinamos muito, a gente começou a trabalhar com os Estados e criaram este convênio com um pouquinho de dinheiro que dava apoio aos estados para fazer treinamento e aí fomos, fomos e fomos e num certo momento o pessoal que estava submetido ao processo de formação começou a achar que eles queriam um processo de formação que desse legitimidade que fosse legítimo, tivesse identidade, conferisse identidade porque treinar por treinar depois ficava do mesmo jeito, não tinha nenhum reconhecimento não é? (Entrevista com Izabel dos Santos).

Conta ela que foi chamada a Brasília e lá constituiu um grupo de estudo para a construção de um projeto de formação para trabalhadores na área de saúde. Durante o trabalho, todos perceberam que o projeto dependia muito da adesão política, pois sua essência estava ligada ao movimento da Reforma Sanitária, implícita que estava na democratização da saúde. Começaram então a difundir a idéia pelos estados. Avançaram paulatinamente, até que os participantes do processo de formação exigiram a legitimação do processo, por meio do reconhecimento legal.

A quantidade de atendentes sem formação era grande e dispersa pelo país, o que dificultava uma ação eficaz. E, sobretudo, a falta de pré-requisitos os excluía do processo regular de educação escolar:

Eu comecei a conversar com muitas pessoas, comecei a olhar para o processo que eu estava vivendo com mais cuidado e eu verifiquei o seguinte: que a

quantidade de pessoas de nível elementar que estavam no serviço de saúde era muito espantosa era quase 60%, as pessoas sem escolarização, e sem chance de ter porque era uma população muito dispersa, quer dizer estava dispersa nos municípios todos no Brasil, esta dimensão territorial nossa é uma coisa muito difícil de equacionarmos os problemas, então como é que ia fazer, eles queriam uma identidade, queriam um processo de qualificação que fosse formal e eu não via como fazer isto diante deste quadro brasileiro porque, grande extensão territorial, população dispersa, todas elas com uma escolarização e o serviço que não podia parar, é como se estivesse concertando um trem em movimento (Entrevista com Izabel dos Santos).

Pensando nesta proposta como processo de formação humana:

Vamos pensar em um processo e conversei com muita gente, e comecei primeiro estudando a parte de educação para eu ver como é que eu podia fazer um processo de educação que desse conta desta clientela sem fazer a exclusão porque se eu fosse fazer um processo de educação do jeito que ele era e é pensado até hoje nas escolas regulares esta turma não tinha a menor chance, esta turma seria toda eliminada, não sabia ler, era aquilo que você falava um mundo a parte (Entrevista com Izabel dos Santos).

Em geral os trabalhadores de nível médio eram adultos provenientes de camadas populares, marginalizados do sistema formal de educação. Entende-se que os mesmos têm uma inserção social determinada, com capacidades cognitivas, aptos a construir conhecimentos e desenvolver habilidades específicas na formação plena de sua cidadania (SOUZA et al, 1991). Fica visível, portanto, a dimensão política do projeto que era viabilizar a tais pessoas a formação para a cidadania plena, por meio de legitimação social de sua prática e de sua qualificação específica.

Assim, Izabel dos Santos, como mentora do projeto, relata a determinação e coragem que corroboraram para o enfrentamento deste tipo de estratégia de formação, sem, contudo esquecer que: “precisa acreditar, tem de acreditar”. Concede créditos à sua formação política, por ter feito parte da juventude comunista, que buscava uma razão maior para o bem da sociedade.

Este projeto não era um projeto estruturado e sim um movimento, uma idéia concebida, desenvolvida e implementada por partes. Em cada estado ou região foi se desenvolvendo conforme os limites e possibilidades de cada realidade loco-regional, que eram elementos determinantes dados ou pela situação nacional, das macro-regiões do país ou até mesmo pela realidade particular de uma experiência educacional de características inovadoras. Assim, as

ações foram realizadas conforme as possibilidades oferecidas pelos locais: desenvolvimento da metodologia, estruturação de escola não excludente e preparação de instrutores. Foi um processo muito fragmentado dependendo das adesões que cada estado teve e das implicações histórico-conjunturais do momento de sua implantação, **cada lugar foi tomando a sua forma, mas foi um movimento que foi agregando cada vez mais pessoas e virou um movimento nacional (grifo nosso).**

No que se refere à experiência dos sujeitos com responsabilidade para contribuir para a concretização de potencialidades que seu meio lhe possibilita desenvolver, na transformação histórica, Thompson postula uma compreensão entre o ser social (a posição que ocupa nas relações de produção/ forças condicionantes da trama) e a consciência social (compreensão cultural/ o sujeito exercendo sua própria vontade). É por meio dos valores culturais que o homem se integra ao meio, como indivíduo (ao se transformar em personalidade que se incorpora ao seu grupo de trabalho), e criador, pode-se dizer, já que, exercendo sua vontade, utiliza os instrumentos que lhe permitirão melhoria de seu ambiente, de seu bem estar (MUNHOZ, 2005).

Neste sentido é fundamental resgatar as idéias de Thompson, pois os atendentes de enfermagem, no processo histórico, estavam sujeitos ao trabalho alienado. Para Marx (1979), o trabalho é visto como a essência do homem e, ao mesmo tempo, como trabalho alienado.

Assim, no espaço singular dos serviços, no encontro de cada trabalhador com suas práticas, escolhas e condutas poderiam ser produzidas estratégias para legitimar um projeto reformador. Izabel dos Santos preocupa-se inteiramente na busca de soluções para dar-lhes autonomia, identidade e legalidade.

Um mundo à parte, eles não sabiam ler, nunca haviam lido um jornal na vida, outro mundo. Aí eu fiquei pensando como ligar este mundo deles ao nosso e da sociedade que legitima, quer dizer, era um problema de ligar os dois mundos. Aí eu pensei devem ter várias questões que passam por isto. Deve ter um tipo de escola que não seja excludente, o pessoal da educação nem pensava este negócio de exclusão, tem que ter um processo metodológico que estas pessoas que estão aí tenham chance diante deles e como ligar o mundo do trabalho ao mundo da academia ao mundo formal, era uma necessidade fazer esta ligação.

Martins e Lafoz (1990, p. 32) observaram, no processo de trabalho em saúde, que o atendente de enfermagem era o elo mais fraco, o que recebia menores salários com jornada de

trabalho mais longa. Seu trabalho, caracterizado como manual, cansativo e pesado, refletia a pouca capacidade reivindicativa e a pouca organicidade. Na visão dos autores, esta condição de pré-cidadania manifestava-se na ausência do direito civil, ou seja, o poder de “se empregar em qualquer lugar deste país, reconhecidos em sua profissão, isto é, o direito de disputar o mercado de trabalho da mesma forma que o enfermeiro, o bioquímico e o médico disputam: com um certificado que lhes confere identidade profissional”.

A metodologia alternativa consubstanciada pelo Larga Escala compreendia um processo pautado na compreensão da realidade. Buscava desenvolver um programa educativo vinculado a uma prática concreta, numa interação entre sujeito e objeto no ambiente de trabalho, a partir da observação dos problemas, identificação de seus determinantes e análise de soluções alternativas. Visava à aprendizagem no serviço, especialmente para trabalhadores sem qualificação ou formação específica (SOUZA et al, 1991).

Assim, oferecia acesso aos estudos para aqueles que foram impedidos de tê-los por circunstâncias sociais. Levava em consideração as formas de aprender do sujeito e o recorte do objeto, o sujeito tem voz e constrói ativamente o seu conhecimento. Partia da compreensão pelos trabalhadores do processo de trabalho e pela produção dos serviços de saúde, possibilitando um trabalho reflexivo.

Referindo-se a esta estratégia de formação, Izabel dos Santos verificou que teria que se estruturar uma escola inclusiva e, desenvolver uma metodologia com outros conhecimentos que proporcionassem à pessoa construir, ela própria, seu novo saber. Seria imprescindível que os profissionais de saúde, considerados de formação elitista, adequassem sua didática à nova clientela. Na impossibilidade de realizar as três necessidades apontadas, o projeto foi sendo realizado com as condições que apresentavam as localidades. Fracionado, fragmentando:

Tinha esta questão de estruturar uma escola que não fosse excludente, segundo, desenvolver uma metodologia que qualquer pessoa em qualquer nível pudesse construir um novo saber e terceira coisa seria trabalhar os profissionais de saúde que viessem de uma escola elitista para lidar com este povo. Tinha que resolver os problemas e eram estas três coisas e como falei para você não era um projeto estruturado, não era um projeto estruturado, era um pensamento, um movimento, então o que foi que aconteceu? Nós fomos fazendo por partes, onde tinha mais possibilidade de desenvolver metodologia a gente foi desenvolvendo, onde tinha

possibilidade de estruturar uma escola já pensando em não ser excludente, nós fomos estruturando, onde tinha possibilidade de preparar os instrutores para encarar esta escola e este método também nós fomos fazer, então já foi muito fragmentado dependendo das adesões cada estado teve um momento, teve um jeito, um movimento (Entrevista com Izabel dos Santos).

Um projeto comprometido com a transformação social, como a educação de adultos inseridos no processo produtivo de saúde, em que a conquista do saber contribuiria para a mudança da “velha divisão do trabalho” (MARX, 1982, p. 559) constituiu-se um paradoxo na concretude do capitalismo.

Ainda no depoimento de Izabel dos Santos, percebemos as dificuldades e os entraves do percurso na conquista da sedimentação do seu pensamento, principalmente a descontinuidade da proposta, motivada por mudanças de governo. Por outro lado, uma parcela da sociedade abraçou o movimento, dentro de suas possibilidades, dando-lhe condições de desenvolvimento.

Com a democratização do país, o espaço se abriu e começou a se desenvolver melhor, juntamente com a Reforma Sanitária.

A gente achava que aquelas pessoas eram normais, eram só excluídas socialmente, mas eram normais, não eram deficientes, não tinham acesso a escola aos livros então ela não deveria ser punida em um processo educacional e faz uma diferença muito grande de quem está trabalhando com esta visão e que está trabalhando com a visão excludente que passa que pode, que não pode, aquela coisa de mérito.

Outro mundo não é. Então isso foi tomando forma, tivemos muito revés, cada direita que entrava parava o projeto a turma continuava depois, houve uma resistência bonita nacional, eu achei, porque teve lugar que a turma fechou, ofereceu a sua casa para que os alunos não perdessem o ano, teve um movimento muito bonito de adesão social eu achei porque parece que a sociedade estava já sentindo isto uma coisa assim não muito longe dela quem não quer transformar se ele pode contribuir então foi uma coisa que ficou mais próxima das pessoas e ela sentiu essa coisa bonita que era a adesão ao movimento e aí vem o processo de democratização do país, então politicamente detinha espaço e mais ainda como reforma sanitária então casou o movimento com o outro o da reforma sanitária. Dizia que o recurso humano tinha que ser formado com outros valores, aquelas coisas todas até chegar na 8ª Conferência que foi aquela maravilha [...] (Entrevista com Izabel dos Santos).

Durante a construção deste movimento, uma das coisas que o grupo responsável por sua elaboração reconhecia era que ele não favoreceria a muitos trabalhadores se não desenvolvesse um outro processo metodológico.

Nesse sentido, o livro sobre a mentora do PLE é fundamental para a compreensão da concepção desse projeto enquanto experiência pedagógica. Como enfermeira, assessora da Organização Pan Americana de Saúde e idealizadora do movimento ou idéia (como gostava de se referir ao Larga Escala) relata que o projeto nasceu de uma reivindicação de uma atendente de enfermagem, constituindo-se num programa para o aluno/trabalhador que tinha sido excluído dos bancos escolares formais. Assim foi concebido o Larga Escala, com o princípio de inclusão, como uma nova escola, um novo docente, a partir de um novo aluno que, segundo a autora, era velho e que já existia havia anos no serviço de saúde (CASTRO; SANTANA; NOGUEIRA, 2002).

Como vimos, este processo, em que se misturava criatividade, experiência e a realidade dos serviços, trazia como pressupostos estruturar uma escola que não fosse excludente, desenvolver uma metodologia que qualquer pessoa, em qualquer nível, pudesse construir um novo saber e trabalhar os profissionais de saúde que viessem de uma escola elitista para lidar com estes trabalhadores.

Os alunos - trabalhadores eram os sujeitos e os instrutores-enfermeiros dos serviços eram os facilitadores dessa concepção pedagógica. Empregava-se a pedagogia da problematização como recurso metodológico. O currículo integrado com momentos de concentração e dispersão privilegiava, além das disciplinas profissionalizantes, tópicos referentes à profissão, à cidadania e ao trabalho em saúde.

Além da organização, a intencionalidade do projeto “implica sempre transformação do sujeito e do objeto, em realidades concretas, onde teoria e prática, em sua unidade dialética – práxis, conduz os sujeitos, além da compreensão do mundo, a intervirem na sua transformação” (SOUZA et al, 1991).

À construção do Movimento Larga Escala, agregavam-se outros atores que trouxeram novos valores e novos saberes. Os inúmeros encontros e trocas de saberes com Maria Cristina Davini <sup>1</sup> possibilitou a Izabel conhecer um método pedagógico desenvolvido por especialistas franceses, dentre eles Joffre Dumazedier e Paul Lengrand, fundadores do Movimento Povo e Cultura, que começou a ser elaborado na França no final da 2ª Guerra Mundial, método este que tentava responder às necessidades de formação integral do adulto de classe popular.

O compromisso político foi pensado a partir dos ideais deste grupo que militava por uma educação popular contra as injustiças e as desigualdades socioculturais. Dumazedier, considerado o primeiro investigador francês em sociologia do tempo livre e do lazer, questionava as injustiças no acesso ao conhecimento escolar que se dava em ambiente privilegiado. Procurava também o entendimento sobre a forma como as minorias resistiam a tal situação e como a sociedade poderia contribuir neste sentido (SAVANE, 2002).

O manifesto do movimento, datado de 1945, proclamava:

Queremos homens que tenham igualmente, tanto poder quanto sabedoria. Fazemos eco ao grito de alerta de Marx e Nietzsche contra uma cultura conservadora e sem ímpeto criador. Do primário ao superior, e apesar de sua imponência, nosso ensino é muito freqüentemente, orientado mais para o saber quanto para a ação. Não queremos homens submissos ao destino. Certamente, a ciência nos mostra a relevância das determinações biológicas, psicológicas, econômicas e sociológicas que pesam sobre nós. Mas nós lhes recusamos um destaque absoluto. Apoiando-se sobre a hereditariedade, o inconsciente e as pressões sociais, o homem pode redescobrir a liberdade e o domínio de si mesmo.

Queremos homens que saibam encontrar um equilíbrio na vida familiar, na vida profissional e uma vida social mais ampla. Nossa época é privilegiada: a cada dia ela nos convida a abrir mais e mais nossos corações. Homens que se disponham a exercer integralmente sua condição humana. Milhares de trabalhadores, liberados pela máquina de um trabalho opressivo, poderão conhecer uma vida mais plena. O lazer permitirá o advento de uma civilização em que a ação poderá ser 'a irmã do sonho'. É para ela que nos prepararemos. Enfim, homens que aliem as exigências da vida moderna às leis permanentes da natureza humana. Homens que, completamente engajados no presente, saibam se remeter às fontes do ideal e da espiritualidade. Queremos homens que façam frutificar todas as possibilidades humanas (MANIFESTE DE PEUPLE ET CULTURE, 2002, p.14).

Izabel dos Santos procurou fundamentar o seu projeto nestes pressupostos, conta que conheceu uma professora argentina<sup>2</sup> que conhecia um projeto francês nos moldes pensados por ela e conseguiu que todo o material usado na França chegasse às suas mãos.

Aí perguntei e saí perguntando, eu tenho uma mania quando tenho um problema eu converso, eu começo a falar com Deus e o mundo. Ah! Tô com este problema, como é que eu faço, aí me falaram ah! Tem uma moça Argentina que está trabalhando na UNB que tá fazendo um curso aí na UNB, acho que ela está fazendo uma coisa que você está querendo, ela tá fazendo análise de discurso e eu não sabia nem mesmo o que era isto, eu falei então me apresente ela, me

---

<sup>1</sup> Argentina, professora, na época trabalhando na Universidade de Brasília. Participou da elaboração da Capacitação Pedagógica para Instrutor / supervisor Área de Saúde. OPAS/OMS. Brasília. 1983.

<sup>2</sup> Trata-se de Maria Cristina Davini.

apresentaram, conversei com esta moça quase seis meses para ver se ela me entendia e eu a entendia. Eram dois mundos que não se ligavam. Aí começamos a conversar, conversar e conversar e aí ela falou eu não sei bem o que você quer, inclusive ela era professora de matemática, veja só, não tinha a ver nada com o que eu estava querendo, nada com o setor saúde, mas quando você quer acertar uma coisa você termina acertando aí fomos conversando, conversando e ela falou olha pelo que você está me falando eu to achando que nós estamos diante da mesma situação de uns educadores lá na França ao redor de Paris que estavam mexendo com pessoas excluídas e que eles estavam fazendo um esforço enorme, de encontrar um jeito de ligar estes dois mundos e estas pessoas de algum jeito fazer o curso que depois de alguma forma o legitimaram, ele mandou buscar este material para a gente ler, mandou buscar, eu vi o material gostei e pensei quem sabe é isto mesmo, eu não tinha idéia do que eu queria, mas tinha idéia do que eu não queria (Entrevista com Izabel dos Santos).

Brusilovscky (1994, p. 35) menciona que o método denominado de “treinamento mental” propunha cultivar metodicamente a inteligência e racionalizar a aprendizagem cotidiana, preparando o adulto para desenvolver-se em seu meio, de forma ativa, reflexiva e solidária. O ponto de partida seria a experiência adquirida pelo adulto em sua vida diária e se convertia em objeto de reflexão; “se são válidos, serão reafirmados e encaminhados para resolução através deste processo. Se não são, o mesmo sujeito chegava à conclusão de descartá-los”.

Este treinamento individual e coletivo abria uma compreensão maior, uma atitude mais crítica para o senso de análise, uma maior abertura do cidadão para a vida. Era um “treinamento” com conhecimento escolar e, ao mesmo tempo, para a habilidade do saber-ser, o mais freqüentemente desconhecido das escolas. O treinamento mental concebido por Dumazedier calcava-se na arte de aprender por si mesmo, em todas as idades da vida, com o intuito de fazer militantes culturais armados para a resistência às influencias de uma sociedade de domínio social, de infantilização de adultos pelo entretenimento comercial, de alienação de todos os tipos que privam os direitos das pessoas de se tornarem cidadãos ativos (DUMAZEDIER, 2002).

Este mesmo autor postulava que a profissão constitui um interesse dominante no homem, no sentido de aperfeiçoar sua formação profissional. O adulto segue estimulado por duas preocupações - compreender melhor o mundo e resolver os seus problemas cotidianos - base para uma pedagogia de educação popular: a educação de adultos deve ser adaptada às preocupações que lhe são próprias e levar em consideração o interesse demonstrado pela reflexão sobre as atividades da vida cotidiana. Para os adultos, a cultura popular é principalmente uma reflexão sobre as atividades cotidianas (DUMAZEDIER, 1973).

O método do treinamento mental consistia em desenvolver atitudes e capacidades para uma ação criativa, participante e autônoma, em que o trabalhador poderia desenvolver suas potencialidades culturais. Consistia em três grupos de operações: de representação, de relação e ligadas à ação. No primeiro momento, as ações seriam responder a perguntas do tipo o que é e como é, enumerar e descrever, comparar e distinguir, classificar e definir, identificar diferentes aspectos, pontos de vistas e contradições, localizar no tempo e espaço (onde e quando). No segundo momento, a busca de explicações, de causas e conseqüências e conhecimento de leis e teorias, contribuiria para avançar nas generalizações e abstrações e posteriormente analisar os fatos e compreender as transformações dos comportamentos. O terceiro momento contribuiria para que todo o “processo prévio de reflexão sirva para que as pessoas se convertam em protagonistas conscientes, concretizando mudanças de comportamentos racionalmente associados e coerentemente organizados” (BRUSILOVSKY, 1994, p. 37).

Deste ponto de vista optou-se por trabalhar uma experiência inovadora, assumindo a educação como prática transformadora e a indicação de um caminho para esta profissionalização. A primeira estratégia do PLE se daria então a partir de situações reais e cotidianas, vividas ou experimentadas pelos próprios trabalhadores no seu ambiente de trabalho, possibilitando o surgimento de um indivíduo ativo, produtor de conhecimentos e capaz de modificar o seu meio.

Nas palavras de Severino (1991, p. 31):

Com efeito, não basta declarar que a educação visa uma maior humanização, a plenificação da existência humana, para que se esclareça concretamente os caminhos a seguir na realidade histórica. É que a realidade humana não ocorre fora de uma sociedade, o existir social sendo uma condição prévia de qualquer forma de existência como o é também o existir histórico. Assim, os homens, as pessoas a quem concerne a educação estão sempre envolvidos num espaço social e num tempo histórico, sua existência se dando num tecido histórico-social. E ademais numa sociedade concreta, historicamente determinada. E é só nessa sociedade que se pode falar de um aprimoramento da existência do homem.

Assim, faz-se necessário a compreensão de vários outros aspectos legais, teóricos e metodológicos envolvidos na formação de trabalhadores pelo PLE, para que este projeto alcançasse a dimensão humanista, referindo-se às mediações que pudessem viabilizá-lo.

No primeiro momento do processo de criação do Larga Escala foram ensaiados os currículos integrados, que de acordo com Davini (1994a) era a iniciativa mais apropriada para atender as necessidades da integração ensino-serviço na formação de pessoal de nível médio e

elementar pelas instituições de saúde. O currículo integrado procurava articular trabalho e ensino, assim como prática e teoria, adaptado a cada realidade. Na visão de Izabel dos Santos, currículos integrados nada mais eram do que uma demonstração, na prática, da problematização, sem perder a qualidade de conhecimento, sem perder a seqüência, sem perder a finalidade do estudo.

Os currículos integrados utilizavam uma metodologia de trabalho condizente com os pressupostos do Larga Escala. Aplicou-se também os conceitos centrais da Psicologia Genética de Jean Piaget, embora muitos pensavam ser Paulo Freire sua base.

No fundo era baseado em Piaget, o pessoal fala muito que eu me baseei em Paulo Freire não foi, me baseei em Piaget, Paulo Freire também se baseou em Piaget, só que ele conduziu o processo dele para politização com alfabetização e no nosso caso não, nós pegamos o processo de trabalho baseando em Piaget e problematizamos para construir um mundo abstrato difícil de ser entendido só com as palavras (Entrevista com Izabel dos Santos).

Para ensinar, por exemplo, verminose, os professores levaram os alunos para o laboratório e eles próprios examinaram as fezes. Já haviam sido preparados para entender o que veriam: processo e período de incubação, caminho percorrido pelo verme no organismo, efeitos e sua cura. Assim foram aliando teoria à prática, sem muita literatura, mas na criatividade.

Eu me lembro que uma vez a gente estava tentando ensinar verminose e levamos o pessoal para o laboratório e a primeira coisa foi o exame de fezes, foi no laboratório todo mundo fazer seus exames. O pessoal ficou horrorizado, a gente queria que eles tivessem uma experiência por dentro dele, nossa estes bichos estão dentro de mim, tão. Como é que entra, como é que saí, assim tinha outro significado do que eu chegar e dar uma aula teórica. A doença transmissível tem período de incubação, eu ensinei antes assim período de incubação, a gente começou assim ensinando por onde o microorganismo entra, por onde ele passa como ele vai passando por determinados órgãos e o que ele vai produzindo e as pessoas quer dizer e a pessoa por que a gente espirra, por que a gente tosse, então ia acompanhando como é que eu chamava isto meu deus do céu, fisiopatologia, aprendendo e ensinando o funcionamento do órgão a função dele que ele servia para vida, quando ele era afetado por um microorganismo como é que ele ficava, ia sentindo os sintomas e podia avaliar os sintomas daquilo que estava acontecendo com ela. E fomos nós que desenvolvemos e as pessoas gostavam ficavam entusiasmadas, tinham interesse em aprender e esta coisa de verminose, por exemplo, foi um sucesso, campanha para eliminar as condições agressivas da casa, não pegar mais verminose, o pessoal pegou o mote e foi até o fim da intervenção no fundo não tinha muita coisa onde buscar era mais criativo mesmo, tanto dos docentes com os alunos diante de processos reais de vida deles, das doenças que eles enfrentavam, que os pacientes deles tinham e dos processos de resolução dos problemas que também a unidade sanitária, então foi

um processo assim, não teve muita literatura, foi mais criatividade (Entrevista com Izabel dos Santos).

Dessa maneira, o PLE não se constituía como um projeto e sim como um movimento que, por apresentar considerável debilidade financeira, não se desenvolvia satisfatoriamente. Quando o PLE começou a alçar vôo em nível estadual, ao grupo assessor cumpria negociar, com as Secretarias de Saúde de cada Estado, o tipo de investimento necessário para que outros atores sociais se comprometessem, política e ideologicamente, com a proposta.

### 3.3 ESTRUTURA CURRICULAR E PRESSUPOSTOS DO PLE: INTERFACES COM O CONTEXTO EDUCACIONAL.

A experiência pedagógica do PLE foi construída no decorrer da implantação do mesmo nos Estados, com a participação do grupo assessor para recursos humanos da OPAS/Brasil. O documento inicial datado de 1982, denominado “Recursos Humanos para Serviços Básicos de Saúde: Formação de Pessoal de Níveis Médio e Elementar pelas Instituições de Saúde”, continha os principais pressupostos do projeto, os quais serão tratados neste capítulo.

A construção desta experiência pedagógica foi firmada a partir de algumas possibilidades aventadas pelo Capítulo IV da Lei das Diretrizes e Bases da Educação Nacional – LDB n.º 5.692, de 11 de agosto de 1971 e pelo parecer do Conselho Federal de Educação – CFE nº 699/72. O Capítulo IV referia-se à constituição do ensino supletivo que tinha a seguinte finalidade: “suprir a escolarização regular para os adolescentes e adultos que não a tenham concluído na idade própria; proporcionar, mediante repetida volta à escola, estudos de aperfeiçoamento ou atualização seguido o ensino regular no todo ou em parte” (BRASIL, 1971, p. 7).

A preocupação desta lei era a preparação para o trabalho e a formação profissional, facilitando a oferta de educação profissional aos adultos já inseridos no mercado de trabalho.

Segundo Haddad e Di Pierro (2000, p. 116-117) foi, por meio da LDB nº 5.692/71, que o projeto educacional do regime militar se consolidou, já que a proposta do ensino supletivo era “recuperar o atraso, reciclar o presente, formando uma mão-de-obra que contribuísse para o desenvolvimento nacional através de um novo modelo de escola”.

Os princípios que conformavam o ensino supletivo eram a independência do ensino regular, integrando alfabetização, mão-de-obra marginalizada e força de trabalho, dispondo de doutrinas e metodologias apropriadas. O parecer CFE, nº 699/72, que definiu as modalidades de ensino supletivo, foi organizado para dar fundamentação à doutrina do ensino supletivo e viria a detalhar seus principais aspectos, facilitando sua compreensão e orientando sua execução. Para a organização do PLE, utilizou-se uma das quatro funções do ensino supletivo: a qualificação, função encarregada da profissionalização, sem se ocupar com a educação geral, que atenderia o objetivo prioritário de formação para o trabalho.

A sua utilização como ferramenta para construção do PLE deveu-se ao seguinte fator: o ensino regular profissionalizante de 2º grau universalizado pela mesma LDB vinha proporcionando profissionalização inadequada ao pessoal da área de saúde:

As instituições escolares que oferecem ensino regular profissionalizante não apresentam, em geral, condições de ensino adequadas; há insuficiência de docentes, de campo de prática e de material didático. A alternativa do ensino supletivo, via exame de suplência profissionalizante, tem demonstrado, na prática, dois problemas: o primeiro refere-se ao baixo índice de aprovação nos exames, em decorrência das características do exame e da falta de preparo científico e técnico dos postulantes; o segundo, aqueles que logram aprovação, mas que não apresentam, na prática, nenhuma alteração em seu desempenho, estando, portanto habilitados, mas não qualificados (SANTOS; SOUZA; GALVÃO, 1988, p. 206-207).

O caráter experimental do PLE ficou definido pelo artigo 64 da lei n.º 5.692/71: “Os Conselhos de Educação poderão autorizar experiências pedagógicas, com regimes diversos dos prescritos na Lei, assegurando a validade dos estudos assim realizados” (BRASIL, 1971, p. 13).

Já o artigo 27 respaldava a possibilidade do curso ser realizado sem o término do primeiro grau:

Desenvolver-se-ão, ao nível de uma ou mais das quatro últimas séries do ensino do 1º grau, cursos de aprendizagem, ministrados a alunos de 14 a 18 anos, em complementação da escolarização regular, e, a esse nível ou ao de 2º grau, cursos intensivos de qualificação profissional.

Parágrafo único: Os cursos de aprendizagem e os de qualificação darão direito a prosseguimento de estudos quando incluírem disciplinas, áreas de estudo e atividades que os tornem equivalente ao ensino regular, conforme estabeleçam as normas dos vários sistemas (BRASIL, 1971, p. 8).

A estrutura curricular estava fundamentada nas normatizações do Conselho Federal de Educação, particularmente no que se refere à habilitação de 2º grau em saúde, no seu componente

formação profissional. Para a área de enfermagem, a Resolução do CFE n.º 07/77 regulamentou a habilitação de enfermagem ao nível de 2º grau e dispôs sobre o currículo mínimo para o funcionamento do curso. A Resolução do CFE n.º 08/77 possibilitou “a formação do auxiliar de enfermagem a título transitório e emergencial, em face das condições socioeconômicas regionais ou locais e para atender às exigências do mercado de trabalho, ao nível de 1º grau” (MEYER; GASTALDO, 1989, p. 171-172).

A aplicação da legislação vigente, desde que delegada a instituições que se submetessem a suas normas, resultou na estruturação dos Centros Formadores, instituição de caráter permanente, específica para o setor saúde, articulada ao sistema educacional; além de sua função administrativa, realizaria a preparação dos instrutores/supervisores, bem como a elaboração de materiais instrucionais (SANTOS; SOUZA, 1989).

Estes aspectos legais necessitavam do incremento de outros aportes teóricos para que o processo de capacitação não atendesse somente às bases do capital, ou seja, formar para o mercado de trabalho, mas que possibilitassem a valorização social e institucional destes trabalhadores. Dessa forma, optou-se pelo ambiente de trabalho como local de aprendizagem e pela estratégia de currículo integrado com o intuito de privilegiar as experiências de ensino-aprendizagem nos serviços.

O currículo, segundo a metodologia proposta adiante deve ser executado com base num planejamento educacional que privilegie o desenvolvimento de experiências de ensino/aprendizagem condicionadas pela dinâmica dos serviços de saúde. Assim, a atividade didática deve ter relação permanente com a prestação de serviços, com influência mútua entre a prática e o conteúdo educacional, levando a uma discussão e aperfeiçoamento daquela e a maior pertinência deste (BRASIL, 1982, p. 11).

O currículo, conforme constava no documento original: “consiste num elenco de matérias e/ou disciplinas profissionalizantes, peculiar a cada categoria, apoiado por disciplinas instrumentais, como anatomia, etc, que forneçam o embasamento científico e de conhecimentos gerais necessários à compreensão e melhor aplicação dos elementos estritamente técnicos” (BRASIL, 1982, p.11).

O PLE – uma alternativa política para a resolução do problema de qualificação profissional de nível elementar e médio – apresentava entre sua origem e sua efetiva realização, características antagônicas:

Na construção da proposta pedagógica para o projeto LARGA ESCALA, buscamos atuar exatamente ao contrário, partimos do pressuposto básico da não neutralidade do conhecimento e da visão do processo educacional equidistante das concepções polares de redenção da humanidade ou reprodução do 'status quo', optamos pela noção do papel de mediação dos processos de aprendizagem com a realidade concreta na dinâmica da sociedade brasileira (SANTOS; SOUZA, 1989, p. 63).

Para superar a heterogeneidade e, em grande parte os diferentes níveis de escolaridade destes trabalhadores, optou-se por uma metodologia que resultou em uma forma de organizar o trabalho pedagógico nas instituições de saúde em que estão presentes um sujeito que aprende e um objeto que é aprendido e o contexto no qual se dá.

Aquele que aprende traz uma história de vida, portador de concepções, costumes e hábitos, que influem em sua forma de pensar e de aprender (DAVINI, 1994b).

Neste sentido, Thompson (1981, p. 111) dá especial relevância às experiências de vida, originadas pela consciência, sistemas de valores e costumes: “Estamos falando de homens e mulheres em sua vida material, em suas relações determinadas, em sua experiência dessas relações e em sua autoconsciência dessa experiência”.

Do objeto que é aprendido e do contexto, fazem parte as formas de organização física e administrativa das instituições de saúde e aquele que ensina e as teorias que fundamentam o seu trabalho e que influem na sua forma de aprender e ensinar:

Partindo do pressuposto de que a interação entre sujeito e objeto no processo de aprendizagem é intermediada por estruturas cognitivas (esquemas de assimilação desenvolvidos por Piaget), conceitos e estruturas mentais da inserção cultural e social do sujeito, tomamos as suas formas de aprender como um elemento fundamental (SANTOS; SOUZA, 1989, p. 64).

O ensaio de currículo integrado que, segundo os idealizadores do PLE, nada mais era do que uma demonstração na prática da problematização possibilitaria um currículo para uma formação profissional com sentido mais democrático. Serviria de novas bases para a reflexão sem que se perdessem a qualidade do conhecimento, a seqüência e a finalidade do estudo que você constrói e vai ampliando. Contudo, a organização curricular presente nos cursos assumiu o modelo disciplinar, apesar dos muitos trabalhos no sentido de integrar teoria e prática que permaneceu em fase de elaboração pelo grupo de assessoria de Recursos Humanos da OPAS/ Brasil (DAL POZ et al, 1992; ROMANO et al, 1991).

A opção pedagógica adotada foi adaptada da experiência de Bordenave junto à educação de adultos, das classes menos favorecidas e com escolarização precária. Compreende a utilização do trabalho como princípio educativo e ressaltou a importância da observação da realidade-problema. Assim, a partir da observação da realidade, os alunos separam o que é relevante e teorizam acerca destes pontos-chave ou problemas, comparando a realidade com a sua explicação e, por fim, empregando o que assimilou à sua realidade (BORDENAVE, 1994).

Para Grandi (1994) a contribuição de Bordenave, paraguaio, especialista em Comunicação e Educação, viria de sua vasta experiência em uma educação voltada para o trabalho, mas nem por isto mecanicista, pois procurava durante todo tempo ressaltar a importância do aprendizado pela descoberta e, portanto, o crescimento do indivíduo como um todo, acrescentando ao PLE a pedagogia da problematização.

Tais considerações sobre a opção pedagógica do PLE nos remetem as reflexões de Thompson (1981, p. 15) que valorizou a importância do agir humano, particularmente das experiências da classe trabalhadora que são frutos oriundos da prática dos homens reais. O autor afirmava que a experiência é fruto “de muitos acontecimentos inter-relacionados ou de muitas repetições do mesmo tipo de acontecimento” (THOMPSON, 1981, p. 15).

Também, a proposta de avaliação no currículo integrado “se fundamenta no princípio de que a aprendizagem não é alcançada de forma instantânea nem por domínios de informações técnicas; pelo contrário, requer um processo de aproximações sucessivas e cada vez mais amplas e integradas”, de modo que o educando, a partir da reflexão sobre suas experiências e percepções iniciais, observe, reelabore e sistematize seus conhecimentos acerca de seu objeto de estudo (DAVINI, 1994a, p. 49).

Assim, cada unidade de saúde definiria o número de alunos a serem matriculados em cada turma, pois os cursos seriam desenvolvidos em horário de serviço. As turmas seriam pequenas de dez a 20 alunos cada, evitando desta forma o prejuízo dos serviços. Reconhecendo que, na prática, ocorreriam modificações na rotina dos serviços, introduzidas pelo processo educativo.

Dessa forma ocorreriam períodos de concentração e dispersão, com os educandos reunindo-se em um local para desenvolver as atividades planejadas, sob a orientação do supervisor e retornando a seu local específico de trabalho com algumas atividades de fixação que compõem as tarefas para o período de dispersão.

Na concentração, parte teórica dos cursos, os alunos discutem uma determinada atividade ou assunto, seguindo uma seqüência de itens pré-estabelecidos, onde se procura identificar a experiência de cada aluno e o porquê de cada desempenho. Depois das conclusões do grupo, é feita a leitura de um texto específico e de outras bibliografias, se necessário, bem como são desenvolvidas outras atividades pertinentes ao assunto, tais como: exibição de filmes, slides, vídeos, visitas a instituições, levantamento de dados da comunidade ou do serviço, ou mesmo, palestras e outras atividades afins.

A dispersão, parte prática do curso, é desenvolvida, preferencialmente, no próprio local de trabalho do aluno, sob a supervisão e orientação do técnico da unidade de trabalho (Doc PLE, 1989, p. 5).

Para as atividades deste período de dispersão foram utilizados seis instrumentos de avaliação

- a) Ficha de registro de fato: utilizada quando aconteciam situações significativas nos serviços que estavam relacionadas à prática profissional dos treinandos. Elas deveriam ser registradas sem juízo de valor, bem como serviam para observar o comportamento do aluno durante a supervisão e detectar o grau de avanço ou dificuldade.
- b) Avaliação mediante atividade de papel e lápis: consistia de tarefas optativas como, por exemplo, desenho do aparelho digestivo, cadeia de transmissão de doenças, testes de múltiplas escolhas. Seria um instrumento de avaliação permanente do supervisor com relação aos progressos e dificuldades dos alunos.
- c) Ficha de atividade (Check-list): tinha o intuito de acompanhar a evolução de tarefas ou processos: consistia em uma lista de passos, onde o supervisor anota o desempenho satisfatório ou não do aluno, por meio de observação direta.
- d) Ficha de avaliação: apreciação global do rendimento do aluno, analisando todo o material acumulado após o término da área ou módulo.
- e) Relatório da unidade: preenchido pelo instrutor que coordena a unidade (Doc PLE, 1988).

As fichas de avaliação no processo atenderiam a três objetivos simultaneamente: estabelecer um julgamento sobre os progressos realizados pelos alunos, criar uma base de registro para fins legais e orientar a organização das atividades de prestação de serviços.

E ainda, o aluno no término do módulo, passaria por uma avaliação de desempenho e receberia o conceito apto na unidade. Caso contrário, se não atingisse o desempenho satisfatório – não apto - cumpriria um período de recuperação paralela, ou poderia refazer a unidade, em

outra turma. A exclusão só seria efetuada caso fosse comprovada a absoluta falta de condição do aluno.

Por outro lado, ao longo do curso, os assuntos vão sendo retomados, o que propicia as sucessivas aproximações, as quais favorecem o aprendizado. Assim, a metodologia preceitua o aperfeiçoamento sistemático do desempenho do treinando em serviço e a integração de dois setores tradicionalmente separados: educação e trabalho (Doc PLE, 1989, p. 6).

Para que o PLE obtivesse alcance coletivo, investiu-se na capacitação dos instrutores/supervisores, profissionais de nível superior inseridos nos serviços, preparando-os de acordo com a proposta pedagógica, que seria uma das ferramentas para o sucesso deste programa. Os objetivos do trabalho pedagógico do instrutor/supervisor seriam:

1. Refletir sobre a correlação entre os problemas de desempenho do pessoal auxiliar em saúde e as ações pedagógicas mais utilizadas, tornando como objeto de reflexão um tema relativo à prática específica de sua categoria ou do pessoal correspondente.
2. Procurar, com base em suas experiências, respostas pedagógicas aos problemas identificados.
3. Refletir sobre o processo de aprendizagem e sua dinâmica, com ênfase nas formas de conhecimento próprias do pessoal auxiliar da sua área e no papel do instrutor supervisor como orientador desse processo (BRASIL, 1994a, p. 9).

Para subsidiar o processo metodológico, foram desenvolvidos materiais instrucionais – os guias curriculares, no sentido de possibilitar que os alunos/trabalhadores tivessem acesso ao material didático necessário ao aproveitamento de seus estudos.

Tais aspectos apresentados nos permitem situar uma parte deste projeto, o que não implica abarcar a totalidade do processo, complexo e contraditório, com as condições que permearam o desenvolvimento do Larga Escala em âmbito nacional, particularmente as condições concretas dos serviços de saúde em que o mesmo foi desenvolvido.

#### 3.4 CONJUNTURAS E PERSPECTIVAS PARA A IMPLEMENTAÇÃO DO PLE NOS ESTADOS

Para subsidiar as discussões e o contexto de nosso objeto de investigação, trouxemos alguns aspectos do cenário em que este programa foi desenvolvido.

Situamos que a transformação do sistema de saúde, reafirmada desde a década de 80, consistiu em um amplo processo de mudança que se fundamentou em dois fatores: a conjuntura

do sistema de saúde, reconhecido pela sua ineficácia e ineficiência no enfrentamento dos problemas de saúde da população no contexto da crise econômica estrutural e o processo de luta travada pelo movimento da Reforma Sanitária Brasileira (SILVA; LIMA, 2005).

Dando continuidade a estas discussões para aprofundamento e prosseguimento da temática, os anos subsequentes a 1985 e 1986 foram marcados por um processo de intensas negociações entre os grupos e os setores envolvidos no projeto de reforma na saúde.

Cabe aqui ressaltar que as condições políticas e as perspectivas de governo na Nova República, em 1985, eram extremamente favoráveis à Reforma Sanitária Brasileira, o que deu início a um processo acelerado de mudanças na área da saúde.

Durante a Nova República, assumiu o Ministério da Saúde o médico Carlos Sant'anna e algumas direções da administração pública foram preenchidas por integrantes do Movimento Sanitário, como Sergio Arouca (Fundação Oswaldo Cruz – FIOCRUZ), Hesio Cordeiro (INAMPS), Eleutério Rodrigues Neto (Secretário Geral – MS).

Marsiglia (1993, p. 75) defende a idéia de que durante este período, as decisões mais importantes na área da política social continuaram a se efetivar na esfera do Executivo. Portanto, justificava a estratégia da ocupação do aparelho do Estado por integrantes do Movimento Sanitário, pois, “poderia ser um reflexo da importância que o aparelho estatal tem na definição das políticas públicas em um país como o Brasil, e a menor significação da clássica participação política para a definição dessas políticas”.

Neste percurso, dois eventos destacaram-se como espaço estratégico de luta pela democracia em 1986: o I Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva e a VIII Conferência Nacional de Saúde, que propunha a reformulação do Sistema Nacional de Saúde, com a constituição de um comando único, em que a estratégia das AIS foi retomada com este objetivo: o de unificar o sistema. As principais discussões tratadas na VIII Conferência foram a ampliação do conceito de saúde, preocupação com a implementação do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde – SUDS, que serviria como ponte estratégica para a construção do Sistema Único de Saúde – SUS (BRASIL, 1987a).

Duas questões centrais relacionadas à saúde fizeram parte deste contexto: o conceito ampliado de Saúde - entendida como resultado das formas de organização social de produção e o

direito à Saúde. Deste conceito amplo de saúde e desta noção de direito como conquista social, emerge a idéia de que o pleno exercício do direito à saúde implica garantir:

- trabalho com condições dignas, com amplo conhecimento e controle dos trabalhadores sobre o processo e o ambiente de trabalho;
- alimentação para todos, segundo as suas necessidades;
- moradia higiênica e digna;
- educação e informação plenas;
- qualidade adequada do meio ambiente;
- transporte seguro e acessível;
- repouso, lazer e segurança;
- participação da população na organização, gestão e controle dos serviços e ações de saúde;
- direito à liberdade; à livre organização e expressão;
- acesso universal e igualitário aos serviços setoriais em todos os níveis (BRASIL, 1987a).

O direito à Saúde implicava garantia pelo estado de “condições dignas de vida e de acesso universal e igualitário às ações e serviços de promoção, proteção e recuperação da saúde em todos os níveis” (BAPTISTA, 2005, p. 30).

Pereira (2005) assinalou a ênfase que a VIII Conferência deu a questões sobre a força de trabalho em saúde, na necessidade de formação profissional dos trabalhadores, na relação com o mercado de trabalho e nas questões jurídicas, o que possibilitou seu desdobramento nas Conferências Nacionais de Recursos Humanos para a Saúde.

A I Conferência Nacional de Recursos Humanos em Saúde foi realizada de 13 a 17 de outubro de 1986, em que reuniu profissionais das áreas de saúde, educação, administração e usuários dos serviços, norteando seus trabalhos pelo tema “A Política de Recursos Humanos rumo à Reforma Sanitária”.

Destacamos na VIII Conferência o incentivo para a formação de trabalhadores de nível médio e elementar, estimulando o sistema formal de ensino, e “dando efetiva prioridade política ao programa Larga Escala enquanto formação em serviço” (BRASIL, 1987, p. 293).

Cabe desenvolvermos, ainda, outras reflexões articuladas a este movimento que serão discutidas no próximo capítulo quando aprofundarmos a abordagem de implantação do PLE no Estado de São Paulo.

## **CAPÍTULO 4. A IMPLANTAÇÃO DO PLE NO ESTADO DE SÃO PAULO.**

Na primeira parte deste capítulo, abordaremos as conseqüências das Políticas de Atenção à Saúde no Estado de São Paulo, situando historicamente o processo e contextualizando a rede de serviços do Estado, bem como as mudanças estruturais na área de saúde.

Em um segundo momento discutiremos o período de gestação do PLE (1985-1987), bem como os primórdios de sua implantação (1987-1988), situando os sujeitos envolvidos e os suportes para o desenvolvimento da proposta para o Estado de São Paulo.

Na terceira parte, traçaremos o caminho para a consolidação do SUS: a Constituição de 1988, bem como os avanços e retrocessos para instalação de uma nova política de saúde e a correlação deste momento histórico com o PLE.

Após a reconstituição deste cenário, partimos para a análise dos documentos, objetivando entender os avanços e retrocessos deste processo de formação. Elencamos como unidades de análise desta etapa: formação em serviço, experiência pedagógica e qualificação profissional.

### **4.1 DECORRÊNCIAS DA POLÍTICA DE ATENÇÃO À SAÚDE NO ESTADO DE SÃO PAULO**

O percurso de nossa investigação levou-nos em busca da compreensão das conseqüências da política de saúde praticada em nível federal no Estado de São Paulo. Esse processo pode fornecer alguns dos condicionantes de ordem política, econômica e burocrática, além de outros aspectos de nosso estudo.

Na década de 80, no Estado de São Paulo, observou-se a vigência de um modelo médico assistencial privatista de intervenção estatal, equivalente ao praticado ao nível nacional, decorrentes das reformas administrativas realizadas na modernização capitalista:

Grande parcela do atendimento médico realizado neste Estado é prestada pela Superintendência Regional do INAMPS, através de seus serviços próprios ou, preferencialmente, através da compra de serviços do setor privado nas áreas de atenção hospitalar, para-hospitalar e de serviços de apoio (BARROS SILVA, 1983b, p. 9).

Outro aspecto apontado por Barros Silva (1993b) era que a Secretaria de Saúde contava com uma rede de serviços, de Centros de Saúde e postos de atenção médico-sanitário, “sem a existência de mecanismos efetivos de integração, hierarquização e regionalização dos serviços prestados”, indicativo de uma rede distinta e não integrada de atenção.

Neste sentido, destacam-se as organizações públicas que atuavam no setor saúde de São Paulo e que compunham sua estrutura. Como administração centralizada, fazia parte a Secretaria de Estado da Saúde, de grande complexidade e abrangência, que envolvia as mais diversas formas de intervenção no setor, distribuídas em quatro coordenadorias: Saúde da Comunidade, Assistência Hospitalar, Serviços Técnicos e Especializados e Saúde Mental. As atividades de saúde prestadas à comunidade foram distribuídas em três níveis hierárquicos: central (coordenação, planejamento e supervisão administrativa, bem como a transmissão de normas técnicas), regional (coordenação, planejamento e supervisão de programas) e local (prestação de serviços e execução de programas de saúde pública). A coordenadoria de Saúde da Comunidade contava para operacionalizar suas atividades com 10 divisões regionais de saúde, 51 distritos sanitários e unidades locais de prestação de serviços à população (SAUVEUR, 1983).

Os órgãos da administração descentralizada compreendiam as autarquias, fundações e empresas públicas de economia mista. O destaque na época foi para os Hospitais das Clínicas de Ribeirão Preto e São Paulo e o Instituto de Assistência Médica ao Servidor Público Estadual - IAMSPE, o qual atendia os servidores públicos estaduais e dependentes, constituindo clientela própria.

Além da Secretaria de Saúde, nestes órgãos se concentravam também a assistência médica e as atividades assistenciais, sem contar as organizações cuja ênfase de atuação situava-se em outra área social, porém desenvolviam as ações de saúde remanescentes como o Departamento de Assistência ao Escolar, da Secretaria da Educação; a Fundação Estadual do Bem-Estar do Menor - FEBEM; os diversos institutos de ensino superior, integrantes das três universidades estaduais – USP, UNESP E UNICAMP, dentre outros (JUNQUEIRA, 1983a).

Observou-se, como característica do setor, ações de saúde que se multiplicavam ou que se fragmentavam, em nível estadual e federal. Apesar disso, Junqueira (1983a) admite que a

multiplicidade foi relevante para a composição de interesses burocráticos e até mesmo para a articulação com outros grupos externos à própria administração.

Neste sentido presenciou-se uma dicotomia entre ações preventivas e curativas, entre atendimento hospitalar e ambulatorial, entre ações de saúde pública e assistência médica, entre assistência e os previdenciários com direito à saúde (porque contribuem compulsoriamente para o sistema e assistência e os não previdenciários, população à margem do mercado de trabalho).

Nos centros de saúde estaduais, exigia-se matrícula prévia para atendimento, com agendamento de consultas e procedimentos determinados pelas programações de saúde, nos horários de expedientes da repartição. Por outro lado, o atendimento da população previdenciária: serviços ambulatoriais e as internações contratadas pelo INAMPS caracterizavam-se pela rapidez e despreocupação pelo atendimento dos clientes (FUNDAP, 1987).

A Secretaria de Estado da Saúde recebeu atribuições (neste processo de reorganização institucional pelo qual vinha passando) de exercer a função de órgão normativo do Governo do Estado no setor saúde, bem como

estudar, planejar, orientar, coordenar, supervisionar e executar em todo o território do Estado, medidas visando à melhoria das condições sanitárias da população, promovendo a saúde e prevenindo a doença, bem como participar de medidas de recuperação de saúde; estudar problemas de saúde pública, promovendo pesquisas científicas necessárias à sua solução; promover a articulação com outras entidades estatais, paraestatais e privadas, cuja atuação possa contribuir para a consecução de suas finalidades (SAUVEUR, 1983, p. 62).

Com este intuito, foi criado em 1981 um grupo especial de estudos para organizar o Projeto de expansão da rede de serviços básicos de saúde da grande São Paulo – Projeto Rede Básica que previa a integração de instituições de níveis federal, estadual, municipal e do setor privado (medicina liberal, rede de hospitais privados, medicina de grupo, seguro-saúde privado, serviços de saúde de entidades patronais, de trabalhadores e serviços próprios das empresas).

O Projeto da Rede Básica seguia politicamente acoplado ao PREV-SAÚDE, que vinha sendo pleiteado ao nível nacional e similarmente deixou de gozar das condições prioritárias de que necessitava para sua implementação. Não ultrapassou o nível das intenções, permeado pelos limites e obstáculos que interferem na ação estatal, pois este projeto, desvinculado do PREV-SAÚDE, exigiria mudanças institucionais que levassem ao seu financiamento regional, criando autonomia para sua implantação e custeio do seu financiamento (COSTA; GRANZIERA, 1983).

As eleições estaduais de 1982 trouxeram indícios de um novo cenário para os governos estaduais: a reabertura democrática. Segundo as análises de Bitar (2003, p. 3), inicia-se um período de transição “de uma postura fortemente centralizada na mão do Estado para uma postura mais aberta (descentralizada)”, em que São Paulo teve um papel importantíssimo na execução desta nova tendência e iniciou um rearranjo nas suas responsabilidades de gestor das políticas públicas, com tendências fortemente descentralizadoras, na tentativa de diminuir o máximo possível as obrigações do Estado.

Em 1983, assumiu o governo André Franco Montoro e como Secretário de Estado de Saúde, o Prof. Dr. João Yunes, que criou os Escritórios Regionais de Saúde (ERSAs), cuja responsabilidade era coordenar o Programa das Ações Integradas de Saúde - AIS na esfera estadual e municipal, contribuindo desta forma para a descentralização dos serviços de saúde, reformulando a Secretaria de Saúde de São Paulo. No citado período implementou e implantou ações programáticas de saúde, criou o Centro de Vigilância Epidemiológica, o Departamento de Recursos Humanos no Estado e iniciou o Programa Metropolitano de Saúde, em parceria com o Banco Mundial (ABRASCO, 2006).

O que deve ser destacado em relação à eleição de Franco Montoro foi a criação de uma agenda para o setor público, caracterizada por uma política de descentralização das ações e serviços e São Paulo foi o primeiro estado brasileiro a solicitar auxílio financeiro ao Banco Mundial, por meio do encaminhamento de uma proposta e do Projeto de Expansão da Rede de Serviços Básicos de Saúde para a Região Metropolitana de São Paulo.

Particularmente em São Paulo, a eleição de Franco Montoro, propondo uma nova agenda de atuação para o setor público e impulsionando a renovação dos quadros dirigentes da Secretaria de Saúde, iria se somar à política de descentralização do nível federal e aos auxílios financeiros do Banco Mundial, reforçando um novo tipo de atuação do setor público. O resultado foi um rápido processo de mudança na política de saúde em São Paulo a partir de 1983, desembocando na reforma administrativa da Secretaria e a criação dos ERSAs, em 1986 (VIANA, 1994, p. 66).

Acreditamos ser importante explicitar a situação da área educacional no Estado neste período que também direcionava suas ações para as políticas de descentralização iniciadas pelo governo federal. Desta forma, a política de André Franco Montoro mostrou-se altamente descentralizadora.

No governo de Franco Montoro, as ações da Secretaria da Educação foram divididas em três períodos: no primeiro, com o Secretário Paulo de Tarso Santos, o caminho foi o de levar autonomia para as escolas, esforço direcionado para a democratização do ensino, buscando a participação dos professores e sociedade civil; num segundo período, o Secretário Paulo Renato da Costa Souza, buscou um modelo de escola formadora de cidadania e as discussões perpassaram pelo intuito de se estruturar um novo estatuto do magistério. Estas ações foram permeadas e concatenadas com as idéias de se iniciar gradualmente a descentralização a partir da municipalização da merenda escolar e da educação infantil (BITAR, 2003).

Vale citar, segundo dados de Bitar (2003), que neste período os municípios paulistas se encontravam economicamente deficitários, a receita permanecia inalterada, enquanto suas despesas cresciam, gerando déficits orçamentários, sendo que as transferências de responsabilidades nem sempre eram iguais às transferências de recursos, o que, sem dúvida, interferia neste processo de municipalização. Mencionaremos, posteriormente durante a exposição de nossas análises, as ações do terceiro período.

No que tange à Secretaria de Saúde, em outubro de 1983, com a assinatura do Convênio 7/83, a Estratégia das Ações Integradas de Saúde – AIS tiveram início com adesão do município de São Paulo. Com as AIS surge uma proposta de gestão colegiada no Estado, instância deliberativa denominada Comissão Interinstitucional de Saúde, que predominou no período de 1983 – 1985. Sua constituição foi primordial para a condução dos serviços de saúde no Estado, do qual fazia parte o INAMPS, por meio do seu Superintendente Regional, da Secretaria de Saúde, pelo seu Secretário, também estavam previstas a participação dos Ministérios da Saúde e Educação, por meio de seus representantes (TANAKA et al, 1992).

O Programa Metropolitano de Saúde originou-se de um documento encaminhado ao Banco Mundial denominado Projeto de Expansão da Rede de Serviços Básicos de Saúde para a região metropolitana. A partir deste documento, iniciaram-se as negociações com o Banco, que resultaram em dois outros documentos produzidos pela SES (Versão Sintética em 1983, Documento Técnico 01/84) em que se construíram os princípios, as metas e as estratégias de implantação do programa. Dois requisitos foram impostos pelo Banco: a inclusão do componente assistência médica em suas ações e a criação de instrumentos que viabilizassem o modelo

integrado de ações e a definição do financiamento. Decorre daí a assinatura do convênio AIS como pré-condição para o empréstimo (VIANA, 1994).

Este mesmo autor, em relação ao financiamento do projeto, relatou que a contribuição do Banco Mundial ao Estado de São Paulo seria de 55 milhões de dólares, correspondendo a 50% do custo total, e que deveria ser pago em 15 anos, incluindo um período de carência de três anos. O governo federal receberia o empréstimo e efetuaria o repasse para São Paulo. Cabe ressaltar as pretensões do Banco em relação ao empréstimo: “o ajustamento entre as políticas de saúde dos três níveis (federal, estadual e municipal); e implantá-lo em São Paulo possibilita um efeito de demonstração para o restante do país, contribuindo, desse modo, na formação de um novo sistema nacional de saúde” (VIANA, 1994, p. 75).

O documento básico, assinado em 1984, com o Banco Mundial, apresentava os princípios de universalidade, integralidade e descentralização e propunha um novo modelo gerencial e assistencial: o financiamento para construção de unidades hospitalares e unidades básicas de saúde para a criação de módulos de saúde, concebidos num sistema de unidades básica, hospital geral, pronto socorro, laboratório e ambulatório especializado sob uma gerência unificada (FUNDAP, 1987; IBANEZ et al, 2001).

Os resultados desse programa deram origem, no segundo semestre de 1985, a uma reforma administrativa, ou processo de reestruturação, que objetivava a integralização, hierarquização e regionalização dos serviços de saúde e que se estendeu até o ano de 1987, com o advento do Programa: Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde – SUDS.

Em 1986, a assinatura do convênio AIS se expande, atingindo toda a rede estadual, totalizando 501 municípios, correspondendo a 98% da população do Estado. Em 17 de julho de 1986, o Decreto n.º 25.519 do governador Franco Montoro altera a estrutura dos departamentos regionais de saúde e cria os Escritórios Regionais de Saúde – ERSAs; define e organiza, em nível regional, 57 Escritórios Regionais de Saúde, unidades de departamento técnico, que seriam instâncias descentralizadas de decisão da SES-SP. O Decreto n.º 25.609 de 30 de julho de 1986 altera o decreto anterior criando 47 ERSAs no interior do Estado e 15 na Região Metropolitana de São Paulo (FUNDAP, 1987).

De acordo com o documento da FUNDAP (1987), os ERSAs teriam como objetivo: realizar e acompanhar o planejamento das ações de saúde, a integralização dos recursos, definir

objetivos e metas de saúde por meio da identificação e avaliação das necessidades de saúde da população, bem como definir sistemas de referência e contra-referência (mecanismos que permitiam o acesso do usuário ao serviço de saúde, determinando área de abrangência para as ações de saúde) dos equipamentos de saúde da área (hospitais, centros de saúde, unidades básicas de saúde, laboratórios e os ambulatórios). Seriam estruturas reduzidas ao nível regional para reproduzir em tamanho menor o nível central.

O Decreto Federal do Presidente José Sarney, n.º 94.657 de 20 de julho de 1987, criou o Programa de Desenvolvimento de Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde nos Estados – SUDS, para contribuir com a consolidação e o desenvolvimento qualitativo das AIS.

A implantação do SUDS realizou-se mediante convênios com os governos estaduais, que assumiram variadas formas. São Paulo foi o primeiro Estado a assinar o convênio. Rodriguez Neto (2003, p.94), a esse respeito menciona que o objetivo do convênio era somar as ações e serviços de saúde do Estado e dos municípios que aderissem ao convênio, aos serviços de Saúde da União, executados pelo INAMPS. Registra também que:

O Secretário de Saúde do Estado, naquele momento, passou a acumular as funções de Superintendente do INAMPS, com as de Secretário, e os hospitais do INAMPS passaram a ser geridos pela Secretaria, e seus serviços foram universalizados, ou seja, não seriam atendidos apenas os trabalhadores beneficiários da previdência social, mas sim todos os cidadãos.

Dentre estas circunstâncias, as AIS foram paulatinamente substituídas pelos convênios SUDS. Isso implicou, segundo Tanaka et al (1992, p. 13-17), mudanças nas bases institucionais, pois o SUDS, ao estabelecer a estadualização e a municipalização, a passagem das responsabilidades de prestação de serviços de saúde, dos serviços próprios e do setor privado para o Estado, “definía claramente novos papéis” a Secretaria de Saúde passou a ser órgão pagador do setor público e privado e o Inamps ficou como fonte financiadora, arrecadadora, “delegando o controle e a operacionalização da rede privada ao nível estadual e municipal”.

Segundo Pereira (1996, p. 19-20), o SUDS foi reconhecido como avanço, mas não deve ser confundido com a Reforma Sanitária. Foi estabelecido como última tentativa política do Inamps e do Ministério da Previdência e Assistência Social - MPAS e o grande derrotado nesta questão foi o setor privado contratado, que teria que renegociar no plano estadual. Estando acostumado às negociações centralizadas que ocorriam no Inamps, posicionou-se contrário à

implementação do SUDS, defendendo a manutenção das AIS. Este mesmo autor explicitou os embates travados até mesmo com os interesses da própria Presidência da República, pois o “repasso de recursos começou progressivamente a fugir do controle do governo Sarney, passando diretamente para alguns governos estaduais, que já se posicionavam contra o seu governo, colocando em risco sua estratégia clientelista de ‘é dando que se recebe’, de cooptação de políticos para a sustentação de mais um ano de mandato presidencial”.

Nesse período, o movimento básico da Secretaria de Estado de Saúde durante o processo de implantação do SUDS foi a transferência dos serviços de saúde para os municípios: recebeu servidores da área federal, de outras áreas da Secretaria de Estado e da Universidade de São Paulo; incorporou cinco grandes hospitais, 100 unidades ambulatoriais e 16 mil servidores federais. Após o repasse das unidades, foi reduzida a transferência de recursos financeiros. De outras áreas reuniu o Departamento de Assistência Escolar, o IAMSPE, Hospital das Clínicas de São Paulo e de Ribeirão Preto e o Departamento Médico do Serviço do Estado (CASTRO SÁ; DIMITROV, 1993, p. 12-13).

Na observação destes autores:

A Secretaria de Estado da Saúde, ao absorver órgãos da esfera Federal, órgãos da esfera Estadual e criar novos órgãos ao nível central, transforma-se em uma instituição com uma estrutura central inadministrável, não parecendo ter estabelecido previamente, um objetivo; foram sendo criados e ou transformados órgãos destinados ao atendimento de problemas emergenciais, aparentemente sem um plano coerente.

#### 4.2 O PERCURSO DE UM NOVO MODELO ASSISTENCIAL: A POLÍTICA E OS TRABALHADORES DE SAÚDE.

Junqueira (1983b, p. 92) apontou a questão dos trabalhadores para a área como um dos principais problemas para o setor no Estado de São Paulo. Em seu estudo sobre “A gestão de Recursos humanos na Secretaria de Saúde”, o autor analisou a trajetória da administração de pessoal para a saúde e assinalou a centralidade acentuada das atividades administrativas e a utilização de instrumentos precários e transitórios, sem dispor de unidades capazes de agilizar e solucionar as questões no seu conjunto. Afirmava que “a situação pouco mudou, apesar do discurso sobre formação de equipes interdisciplinares, como uma necessidade para a prática de

saúde pública. Pouco se tem feito, em termos concretos para a integração de outros profissionais que devem compor a equipe”. Com relação a área de formação:

Outros convênios são firmados com a Faculdade de Saúde Pública, visando à realização de cursos de curta duração, para formar, por exemplo, inspetores sanitários e mesmo outros profissionais necessários aos programas da Secretaria. É interessante ressaltar que tanto os programas de formação como os de treinamento, embora limitados, estão presentes na agenda da Secretaria.

A Secretaria de Estado de Saúde, desde 1973, estabelecia para a área de enfermagem, programa para “treinamento” intensivo de Visitador Sanitário em serviço (Norma Técnica SS/73). Este trabalhador específico da área de saúde pública exercia atividade em nível local sob supervisão do enfermeiro, executando tarefas de enfermagem em todas as áreas referentes às atividades dos programas de saúde desenvolvidos, nos vários setores da unidade sanitária ou na comunidade. Nesse período ocorreu um movimento de valorização da atenção básica e essa política de Saúde adotada pelo Estado não previa o agente ou o auxiliar de saúde, “porém incorporou o visitador sanitário, com algumas atribuições similares” (SILVA, 2001, p. 29).

O modelo de programação de saúde desenvolvido pela SES atuava em dois grandes grupos: assistência à saúde da criança (subprogramas de pediatria, puericultura e adolescente) e na saúde do adulto (subprogramas de assistência à gestante, tisiopneumologia, dermatologia sanitária, saúde mental e doença crônico degenerativa). O “treinamento” de pessoal auxiliar (visitador) se fazia em curto espaço de tempo, de baixo custo, e orientado especificamente ao desempenho de tarefas, prévia e claramente definida pelo profissional de cada área, se não houvesse enfermeiro, ficaria vinculado ao médico-chefe (SÃO PAULO, 1973).

Viana (1994), em sua tese de doutorado intitulada “Sistema e descentralização de políticas de saúde no Estado de São Paulo nos anos 80: formação e tensão”, mostra a impossibilidade de mudança do atendimento sem a introdução de modificações na rede física e na política de recursos humanos. Tece ainda comentários sobre os fatores que limitaram a expansão do Programa Metropolitano de Saúde em São Paulo - PMS, exemplificando que os trabalhadores de saúde da Secretaria de Estado não estavam capacitados, nem preparados culturalmente para a transformação.

Entretanto, este mesmo autor, ao nos apresentar as avaliações do PMS feitas pelo Banco Mundial, em uma primeira avaliação (1981), o Banco analisou que o sucesso do projeto mantém

íntimas relações com as condições de trabalho e a formação de profissionais – os médicos. Na quarta e quinta avaliações (1983 e 1984), apontou para a necessidade de criação de um Centro de Recursos Humanos na SES. “Tal Centro, em conformidade com a proposta do projeto, deve buscar a alteração da situação existente. Para isso, propõe-se a realização de 30 seminários para atendentes e auxiliares hospitalares e 50 para o pessoal técnico e profissional das áreas”.

Na avaliação de 1984, preconiza um programa de treinamento, a cargo do Centro de Recursos Humanos da SES, que deveria englobar:

- 67 cursos locais, para 1.200 pessoas;
- 428 treinamentos em serviços, para 6.000 pessoas;
- realização de 398 módulos de 2 dias de educação continuada para 5.000 participantes;
- 395 bolsas de estudos para visitantes domiciliares, inspetores e agentes de saneamento;
- 1.380 bolsas de estudos para atendentes e auxiliares hospitalares;
- 425 bolsas de estudos locais para seminários de área e módulo, para o pessoal técnico e profissionais;
- 11 bolsas de estudo no exterior, para membros da equipe (VIANA, 1994, p. 81).

Diante disso, durante a gestão de João Yunes - Secretário Estadual de Saúde (1983-1986) foi criado o Departamento de Recursos Humanos – DRHU na Secretaria de Estado da Saúde seguindo os preceitos do Banco Mundial.

Para operacionalização dos outros preceitos seria necessária a realização de alterações na Política de desenvolvimento de Recursos Humanos do Setor Público de Saúde (compreendido como INAMPS, órgãos municipais de saúde e a própria Secretaria de Saúde), particularmente para o pessoal de nível médio e elementar que formava o grande contingente de sua força de trabalho.

Os servidores de nível médio e elementar ingressam no serviço, na sua grande maioria, sem formação alguma, recebendo treinamentos aleatórios, sem padronização de conteúdos mínimos necessários para desenvolverem suas atividades profissionais, resultando disso uma qualidade, na prestação de assistência, que não atende às reais necessidades da população (SES, 1988, p. 3)

Pereira (2005, p. 122) nos esclarece que “ao mesmo tempo que são constituídos novos projetos voltados para a organização do sistema de saúde, surgem iniciativas voltadas para a formação profissional dos trabalhadores inseridos neste Sistema”.

Assim, no quadro abaixo verificamos os empregos de Saúde por categoria profissional e tipo de estabelecimento público, no Estado de São Paulo, em 1984, apresentada como justificativa para a introdução de um projeto de formação de pessoal.

**Quadro 2.** Empregos de Saúde por categoria profissional de nível médio e elementar por tipo de estabelecimento público. São Paulo, 1984.

Categoria	Instituição	Federal	Estadual	Municipal	Total
Téc. Aux. Análise Clínicas		248	1.582	325	2.155
Técnico Auxiliar Raio X		200	541	265	1.006
Técnico de Enfermagem		78	99	124	301
Auxiliar de Enfermagem		2.344	3.500	3.707	9.556
Téc. Insp.Aux. Saneamento		0	939	1	940
Visitador Sanitário		4	2.104	5	2.113
Atendente		2.345	10.805	4.907	18.057
Parteira prática		6	5	6	17
Agente de Saúde Pública		5	150	222	377
<b>Total</b>		<b>5.235</b>	<b>19.725</b>	<b>9.562</b>	<b>34.522</b>

Fonte: IBGE, Inquérito de Assistência Médico Sanitária, 1984 In: Doc SES, 1988, p. 1.

Diante desse quadro surge no Estado, em um primeiro momento, o funcionamento do Curso de Qualificação Profissional III – Habilitação Parcial – Visitador Sanitário, junto à Escola de Auxiliar de Enfermagem do INAMPS, autorizado pelo Conselho Estadual de Educação, abrindo caminho para uma experiência pedagógica para a formação de profissionais de nível médio e elementar para os serviços de saúde – Projeto Larga Escala.

Como justificativa para sua instalação no Estado aparece a questão do perfil dos profissionais egressos dos órgãos do Sistema Formador que não corresponde às necessidades do serviço (pela persistente desarticulação entre as unidades de formação e as de prestação de serviço); a oferta de pessoal profissionalizado não era suficiente para suprir as demandas do

serviço, como prova o crescente número de vagas oferecidas em processo seletivo nos ERSAs e a decrescente procura para a inscrição nos mesmos (PLE, 1988).

O PLE teve seu início em dezembro de 1985, na Secretaria de Estado da Saúde, tendo sido gestado entre 1985 e 1987 e oficialmente implantado a partir do Parecer do Conselho Estadual de Educação - CEE n.º 1.297, aprovado em dois de setembro de 1987 (Doc PLE, s.d.).

O Projeto seria implantado, na rede estadual, como experiência pedagógica, que comportava determinadas características que o distinguiu de outros projetos e treinamentos em serviço até então praticados para a qualificação dos trabalhadores em saúde, excluídos que estavam do processo formal de escolarização, visto que pleiteava a promoção profissional deste trabalhador.

Sua oficialização se deu por meio do ofício do Gabinete do Secretário - GS n.º 301/87, encaminhado pelo Secretário de Estado da Saúde, Dr. João Yunes, para a presidente do Conselho Estadual de Educação Conselheira Maria Aparecida Tamasso Garcia. Através dele o Secretário solicitava a implantação do Programa de Formação em Larga Escala de pessoal de nível médio e elementar para os serviços de saúde, surgindo como principal elemento de formação de pessoal auxiliar (Doc SES, 1987a, sn).

De acordo com este documento a implantação do PLE objetivava uma melhoria na prestação de serviços de saúde, promovendo maior integração ensino/serviço, promoção profissional e integração entre as instituições, pois teria execução descentralizada junto às secretarias municipais de saúde.

Vale mencionar neste documento o apoio da Secretaria de Estado da Educação que por meio de seu secretário, manifestou o interesse em participar do projeto, disponibilizando pessoal técnico para cooperar no programa inovador.

Neste momento, a Secretaria de Educação era ocupada pelo Professor José Aristodemo Pinotti, terceiro secretário de educação neste governo, que assumiu em maio de 1986, após a saída de Paulo Renato Costa Souza. Pinotti, até então reitor da UNICAMP, médico especialista na área de saúde da mulher, segundo observações de Cunha (2001) foi quem tentou mais visivelmente desenvolver políticas de efeito eleitoral no governo.

Cunha (2001) destaca que Pinotti criou, ainda na UNICAMP, uma equipe multidisciplinar para o desenvolvimento dessas políticas e transferiu essa mesma equipe para a administração

estadual, sendo que um dos primeiros diagnósticos realizados no início do governo denotou uma insuficiência do ensino profissionalizante no Estado o que poderia sugerir o interesse de sua participação que vai se desvelando no decorrer das nossas análises.

Aristodemo Pinotti concebeu uma administração mais centralizada, de cunho assistencialista; implementou um projeto de alfabetização de jovens e adultos e o Programa de Formação Integral da Criança – PROFIC, que pretendia dar assistência, de forma complementar, à criança no período em que estivesse fora da escola. Este programa envolvia a Secretaria de Educação, da Promoção Social, de Saúde, de Relações de Trabalho, Cultura, Esportes e Turismo (BITAR, 2003, p. 34-35).

Outro ator de destaque era o Secretário da Saúde, João Yunes, médico sanitário, professor da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo. Atuou no Ministério da Saúde e conheceu a idealizadora do PLE, a enfermeira Izabel dos Santos, em Pernambuco. Convidou-a para trabalhar em Brasília, integrando um grupo especial que estava sendo organizado para cumprir o acordo da OPAS com o governo brasileiro, o Programa de Preparação Estratégica de Pessoal da Saúde - PPREPS, acordo entre o Ministério da Saúde, Educação e OPAS, em 1975. Sua experiência chamou a atenção de Yunes e contribuiu posteriormente para esta nova parceria de projeto em 1987 (CASTRO; SANTANA; NOGUEIRA, 2002).

A proposta de implantação do PLE foi apresentada pelo Dr. Otávio Mercadante, secretário adjunto da Secretaria de Estado da Saúde, a um grupo composto por profissionais da saúde, do qual fizeram parte Haide Bennetti de Paula, que seria a primeira coordenadora estadual do PLE.

A justificativa apresentada para o seu desenvolvimento foi a seguinte:

A Secretaria do Estado da Saúde possui um contingente de cerca de 7.500 atendentes, 2.000 visitantes sanitários, 1.000 auxiliares e técnicos de laboratório, 200 operadores de Raio X, os quais, na sua maioria, ingressaram no serviço de Saúde, sem formação alguma na sua área de atuação, tendo recebido treinamentos precários, nem sempre suficientes para o desempenho das funções que lhe são exigidas, resultando disso uma qualidade na prestação de serviços que não atende às reais necessidades da população.

Esta situação se repete na grande maioria das Secretarias Municipais de Higiene e Saúde, as quais também contam com pessoal auxiliar especializado na área de saúde (Doc CEE, 1987b, p. 1).

Este Projeto de formação provocou o desenvolvimento dos Centros de Formação de Recursos Humanos para a área de Saúde, subordinados à regulamentação e supervisão do CEE, porém desvinculado desta secretaria.

No decorrer de 1986, foi constituída a Equipe de Coordenação do Projeto e elaborado o Regimento dos Centros de Formação de Recursos Humanos para a área de Saúde, que funcionariam junto às Escolas de Auxiliar de Enfermagem da Secretaria e do INAMPS. Foram também elaborados os planos de curso do Visitador Sanitário e do Técnico de Higiene Dental (Doc PLE, 1987a e b).

No artigo 1º do Regimento Escolar dos Centros de Formação de Recursos Humanos para a área da saúde – CEFORH encontram-se relacionadas as sedes destes respectivos centros no Estado: Franco da Rocha, Assis e Pariquera-Açu. Ficou estabelecido neste documento que os centros seriam mantidos pelo Departamento de Recursos Humanos da Secretaria de Estado da Saúde (Doc SES, 1987b).

Enquanto estruturas administrativas teriam por finalidade:

- I – qualificar e habilitar pessoal de 1º e 2º graus para desempenho de ocupações na área de saúde, utilizando a via supletiva de ensino;
- II – colaborar para a realização do Plano Nacional de Saúde, preparando, a curto e médio prazos, pessoal qualificado para a prestação de serviços à comunidade e no atendimento das necessidades da população, visando à promoção, conservação, preservação e recuperação da saúde;
- III – instituir um sistema de vida escolar em que haja interação e participação democrática de todos os seus componentes;
- IV – efetivar a ação educacional, valorizando a ética, a formação de atitudes, a solidariedade, o sentido de liberdade com responsabilidade;
- V – desenvolver um processo educativo com uma visão crítica e científica da realidade de saúde na comunidade, situando os problemas no todo de sua estrutura social, compreendendo suas causas e atuando como agentes de mudança;
- VI – atender à clientela já engajada nos serviços das Instituições Públicas de Saúde, através de metodologia apropriada e adequada às suas características;
- VII – funcionar como laboratório para a aplicação de metodologias inovadoras que atendam às necessidades de formação para a área de saúde;
- VIII – mobilizar recursos para aperfeiçoamento e atualização de seu pessoal técnico, docente e administrativo (DOC SES, 1987 b, p. 2-3).

No que dizia respeito à constituição e competências, fazia parte da sua estrutura o Conselho Técnico Administrativo por ter caráter consultivo e deliberador. Cabia a ele para cada período letivo, estabelecer o funcionamento do CEFORH, planejar suas ações e metas para o alcance de objetivos, bem como emitir pareceres e normas complementares.

Em cada CEFORH haveria uma diretoria, formada por um diretor e seu assistente. Além da direção propriamente dita, era de competência do diretor a supervisão e a coordenação das atividades do Centro e ao assistente compete assessorar o diretor nas atividades pedagógicas e administrativas. Quanto ao diretor do CEFORH, cuja indicação viria do Secretário de Estado da Saúde, exigia-se, como requisito, ter ele formação superior na área de saúde.

No caso da coordenação cada curso teria um coordenador de acordo com a área profissional que acompanharia as atividades do corpo docente “nas questões de currículo, métodos, técnicas e conteúdos específicos” (Doc SES, 1987b, p. 6-7).

Como responsabilidade da Coordenação Estadual, estariam a produção e a reprodução do material pedagógico dos cursos, acompanhamento e orientações sobre as atividades do projeto, em nível de CEFORH e ERSA, assessoria para a implantação e o desenvolvimento dos cursos, supervisão por meio de visitas periódicas aos locais de funcionamento dos cursos e reuniões periódicas com os coordenadores dos cursos.

A respeito do corpo docente, o artigo 17 do Regimento do CEFORH afirma que atuariam como instrutores/supervisores preferencialmente os profissionais que pertenciam ao quadro de funcionários das instituições de saúde integradores do processo. Deveriam possuir nível de escolaridade superior, ser profissional específico para a categoria profissional a ser formada, bem como os especialmente contratados pelo CEFORH. A capacitação pedagógica específica para educação de adultos, com carga horária de 80 horas, seria requisito específico para atuação no curso.

Esse documento expõe, no seu artigo 22 a 26 (Doc SES, 1987b, p. 10), a questão curricular e programática que abrangeria a parte de formação especial, visando a qualificação profissional. Os currículos seriam elaborados de forma integrada, incluindo componentes curriculares mínimos, “acrescentados de peculiaridades locais e regionais”.

O regime escolar próprio, observada a legislação em vigor, atenderia ao ritmo desempenhado pelo aluno e à dinâmica do serviço, visto que “o processo de ensino-aprendizagem desenvolver-se-à com base na integração ensino - serviço, mediante interação entre prática - reflexão - prática, levando à sistematização do conhecimento” (Doc SES, 1987b, p. 10).

No período de concentração, os alunos seriam reunidos na sede do ERSA, onde o projeto estaria acontecendo ou em dependências como escolas, prefeituras municipais, sob supervisão e

orientação do professor. Retornando às suas unidades de serviço, desenvolviam as atividades práticas referentes ao período de concentração, acompanhados diretamente por um instrutor (Doc PLE, 1987b).

No caso dos requisitos para a matrícula, a clientela que não atendesse aos requisitos de escolaridade previstos para os cursos, seria incentivada a freqüentar os cursos supletivos que garantissem o término de sua escolaridade, para que, desta forma, pudesse receber, após o término do curso, o certificado de qualificação profissional.

A Secretaria de Estado da Educação acompanharia regularmente a experiência pedagógica por meio de suas delegacias regionais de ensino, que seriam responsáveis pela supervisão dos CEFORH e do relatório das atividades desenvolvidas, o qual deveria ser encaminhado ao CEE anualmente.

No período de gestação do PLE foram postos em prática os cursos de Capacitação Técnica e Pedagógica para os profissionais de nível universitário, condição necessária para o profissional ser instrutor/supervisor nos cursos de formação de pessoal de nível médio.

Deve se ressaltar o fato de que, a partir de setembro de 1987, teve início, na área do ERSA 12 – Itapeverica da Serra, o curso de formação de Técnico de Higiene Dental, desenvolvido pela equipe de odontologia do município de Embu. Contava com 18 alunos, trabalhadores da Prefeitura da Estância Turística do município de Embu e do Estado, lotados no Embu, Cotia e em Vargem Grande Paulista. Em novembro, foi a vez do Visitador Sanitário, com uma primeira turma de 15 alunos e com uma duração prevista para dois anos (Doc PLE, 1987 b).

Os cursos funcionariam de acordo com a Lei Federal n.º 5.692/71 e a Deliberação do Conselho Estadual de Educação (Del. CEE 25/ 77, 29/82 e 23/83), que definiam normas para o Ensino Supletivo no Sistema de ensino do Estado de São Paulo, os níveis de habilitação profissional em parcial e plena e a modalidade dos cursos em nível de segundo grau e os currículos (parte comum e diversificada). Os cursos receberiam, assim, denominações de acordo com seu tipo de habilitação e modalidade. O curso em nível de habilitação parcial, na modalidade supletivo, seria composto somente de matérias profissionalizantes e teria a denominação de Qualificação Profissional III. Seria o caso do visitador sanitário; o curso de habilitação plena, Curso Supletivo de Qualificação Profissional IV, também organizado com currículo composto de matérias profissionalizantes, formando o Técnico de Higiene Dental.

O Visitador Sanitário, uma habilitação parcial do Técnico de Enfermagem, foi aprovado pelo CFE, habilitado em nível de primeiro grau com seu currículo mínimo aprovado pelo Parecer n.º 3.814/76. Exercia o profissional suas atividades em centros e postos de saúde e na comunidade, desenvolvendo ações simplificadas de saúde e saneamento, com base na identificação dos problemas sanitários. Uma de suas funções, destacada no curso de formação, foi a responsabilidade na preparação da comunidade para a recepção dos serviços de saúde, sendo a mais importante a de desenvolver ações para elevar o nível de consciência sanitária da população:

Conhecer os problemas de saúde mais comuns, buscando a relação existente com os modos de viver da população local;

Levar à discussão, em associações, entidades de classe e religiosas as situações identificadas, recolhendo informações e impressões adicionais, a fim de elaborar coletivamente propostas de encaminhamento para os problemas considerados prementes;

Com base nos problemas discutidos, programar atividades de informação de debate sobre temas de saúde específicos, tais como: medidas simplificadas de saneamento, valor e preparo dos alimentos locais, farmácia caseira, uso de medicamentos, etc (Doc PLE, 1987 b, p. 2-3).

Sob esse enfoque, a duração do curso obedeceria ao ritmo dos alunos, aproximadamente dois a três anos mediante a integração ensino-serviço. Cada unidade de ensino abrangeria as etapas de apresentação, desenvolvimento e integração, significando um movimento pedagógico de formação de sujeitos sociais, cuja base é o próprio sujeito: desenvolve uma ação (atividade de ensino), tendo como princípio educativo o trabalho; integraliza a matéria nova estudada com suas experiências anteriores, “estruturando mentalmente um todo novo” (Doc PLE, 1987 b, p. 13).

Uma contradição se fez presente com o advento da Lei do Exercício Profissional para a categoria de Enfermagem, Lei n.º 7.498 de junho de 1986, regulamentada pelo Decreto n.º 94.406 de 08 de junho de 1987 (BRASIL, 1987b) e o desenvolvimento dos cursos de visitador sanitário pelo PLE: a lei não incluiu a categoria de visitador sanitário como pertencente ao quadro da enfermagem.

A ocupação de Visitador Sanitário tinha sido regulamentada até então apenas nos aspectos do chamado “credencialismo educacional, ou seja, apenas os currículos mínimos e as correspondentes formas de habilitação (certificados e diploma)”, decorrência da intensa

regulamentação das ocupações de nível médio no âmbito educacional ocorridas na década de 70 (GIRARDI; FERNANDES JR; CARVALHO, 2006, p. 8-9).

Diante deste impasse e de sua não inclusão pelos conselhos reguladores do exercício profissional, o relato de Izabel dos Santos chama a atenção para os caminhos sinuosos da regulação das profissões no Brasil.

Isto é um problema mesmo, porque são processos sociais. Eu acho que a regulação do trabalho é um processo social só que os burocratas não entendem assim a categoria profissional. Por exemplo, ela pega os processos sociais por regulação burocrática, COFEN, COREN. Este povo todo, que é um pessoal duro, tem os desejos deles, não é uma adequação social. Este processo de regulação das profissões, eu acho ainda que nós estamos numa fase atrasada, porque, por exemplo, o Canadá já está muito mais avançado que nós. Eles, por exemplo, lá regulam as profissões por um processo coletivo de regulação de profissões e que você não tem estas grandes separações do que fazer, como é aqui no Brasil. Eles têm um núcleo mínimo, que é específico de cada categoria e zona cinzenta, em que todos podem atuar. Aqui se vê técnico derrubando enfermeira, aqui é duro o negócio. Eles usam ainda o processo de regulação como uma ação autoritária das profissões mais fortes sobre as outras. Aqui nós somos muito primários ainda na questão da regulação. Então esta questão, por exemplo, do visitador sanitário, era um tipo de profissional já legitimado pela sociedade. O COFEN não quis, não quis, então tem estas aberrações, estas contradições todas; isto tudo é negociado, foi tudo negociado. Quem está no Ministério da Saúde ou num órgão de coordenação, tem que discutir estas questões, porque passa por lá os pareceres. Eu dei muito parecer, mas é um negócio negociável, não tem, sai aberração que Deus duvida ainda, porque não é um processo coletivo, é muito autoritário ainda, de grupos fortes (Entrevista com Izabel dos Santos).

O primeiro relatório anual de atividades do PLE, no período de setembro de 1987 a dezembro de 1988, refere-se ao fato como:

No caso particular da enfermagem, a partir da Lei n.º 7.498/86, que regulamentou o exercício da enfermagem no Brasil, os atendentes, auxiliares de saúde, visitadores sanitários e outros profissionais que exercem atividades elementares de enfermagem, têm um prazo de 10 anos, que expira em 1996, para regularizarem sua situação, ou seja, fazerem o curso de auxiliar de enfermagem. Em São Paulo, prevê-se que o número de funcionários de saúde, nessa situação, chega a 30.000 (Doc PLE, 1988, p. 2-3).

Assim, em 31 de maio de 1988, a Secretaria de Estado da Saúde solicita a autorização para a instalação e funcionamento do Curso de Qualificação Profissional III – Habilitação Parcial de Auxiliar de Enfermagem, por meio da experiência pedagógica do PLE, encaminhando ao CEE o plano de ensino para desenvolvimento do curso.

Para a construção do plano de curso, tomaram parte os enfermeiros da Secretaria de Estado da Saúde, como também de outras entidades, como o Hospital das Clínicas da Universidade de São Paulo – USP e de Ribeirão Preto, Escola de Enfermagem da USP São Paulo e Ribeirão Preto, Hospital Heliópolis do INAMPS, Hospital das Clínicas da UNICAMP e PUC – Campinas.

As razões para a inclusão do curso de auxiliar de enfermagem na experiência pedagógica do PLE, durante a etapa de apresentação ao CEE foram:

1. A Lei n. ° 7.498/86, que regulamentou o exercício de enfermagem e propôs a extinção do atendente de enfermagem, que deveria ser substituído pelo auxiliar, num prazo de 10 anos, além do auxílio na formação desse grande contingente de mão-de-obra, que nos serviços públicos de São Paulo, chegava a cerca de 30.000 trabalhadores;
2. A possibilidade oferecida pela Resolução COFEN n.º 91, publicada no D.O.U. do dia 25/08/1987, artigo 4º, alínea C, a qual estipulava que a renovação da autorização para execução das atividades elementares de enfermagem por pessoal sem formação (atendentes, agentes de saúde, etc) só seria efetuada se o requerente comprovasse estar matriculado no Projeto Larga Escala (Doc CEE, 1988).

Pela sua importância, reproduzimos aqui os objetivos do curso, que não diferem das outras propostas apresentadas durante a execução do PLE: formar, em serviço, o pessoal de enfermagem sem formação específica engajado nos serviços públicos de saúde.

Para a qualificação do Auxiliar de enfermagem, o currículo integrado seria composto de cinco áreas em formato de módulos, sendo que a duração do curso deveria considerar o ritmo do aluno e dos serviços. A carga horária mínima seria de 1500 horas, sendo 950 horas de prática de aprendizagem.

Já se observa no currículo uma mudança de enfoque na área de atuação, se o correlacionarmos com o de visitador sanitário. Enquanto o de visitador priorizava a atenção primária, o de auxiliar de enfermagem, construído para o Estado de São Paulo tendia para a área hospitalar, conforme veremos nos módulos abaixo:

Área I – Saúde e Sociedade.

Área II – Fundamentos de Enfermagem.

Área III – Assistência de Enfermagem Médico – Cirúrgica.

Área IV – Assistência de Enfermagem Materno – Infantil.

Área V – Organização dos Serviços de Enfermagem.

Para freqüentar o curso de Auxiliar de enfermagem ou de Visitador Sanitário, o aluno deveria estar trabalhando na área de enfermagem. Não havia exigência de escolaridade mínima, bastando apenas saber ler e escrever.

Durante o ano de 1988, foram abertas mais três turmas de Técnico de Higiene Dental – THD, envolvendo, basicamente, funcionários da Prefeitura Municipal de São Paulo e da prefeitura de Itu e mais três turmas de visitador sanitário em Itapecerica da Serra. Em dezembro do mesmo ano, teve início a primeira turma de Auxiliar de Enfermagem no ERSA – 27 Campinas.

Os cursos desenvolvidos no Estado de São Paulo até o final de 1988 ficaram restritos às áreas de odontologia e enfermagem.

O ano de 1988 trouxe para a área de Saúde, a gestão do Prof. Dr. José Aristodemo Pinotti, outrora secretário da educação do Estado, a introdução de uma nova postura e de uma política divergente de trabalho. Em relação ao PLE, registramos o término das matrículas para os cursos de visitador sanitário, devido à vigência da Lei do Exercício Profissional; a inclusão dos cursos de qualificação de auxiliar de enfermagem e a autorização, pelo Parecer CEE n.º 831/88 de 14/09/1988, o funcionamento de um novo curso: o de Atendente de Consultório Dentário – ACD e a autorização para, “instalação e funcionamento”, em caráter de experiência pedagógica, até 31/12/1991, dos cursos de auxiliar de enfermagem, visitador sanitário e Técnico de Higiene Dental.

Em nível nacional, o referido ano torna-se mais alvissareiro que os anteriores em decorrência da promulgação da Constituição (1988) que forneceu as bases para a implementação de um novo modelo de prestação de serviços de saúde: o Sistema Único de Saúde - SUS.

#### 4.3 O CAMINHO NO SENTIDO DE CONSOLIDAÇÃO DO SUS: A CONSTITUIÇÃO DE 1988.

Em 1988, vislumbraram-se novos caminhos quando os pressupostos básicos para a institucionalização de um Sistema Único de Saúde foram descritos na Constituição Federal - CF como parte integrante do capítulo da Seguridade Social. A Seguridade Social, definida pelo artigo

194 (CF 88, artigo 194, parágrafo único) do texto constitucional, visava assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social. Reforçou, desta forma, a idéia de um sistema de cobertura destinado a todos, contribuintes ou não, garantindo o acesso igualitário a toda a população (BRASIL, 2006).

Merecem destaque quatro questões que se fizeram presentes: a universalização do atendimento, a descentralização, o financiamento e os trabalhadores do SUS. A universalidade da cobertura apareceu no texto constitucional (CF 88, art. 196). como “A Saúde é um direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doenças e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação” (BRASIL, 2006).

Em relação à descentralização, Silva e Lima (2005, p. 51) destacaram que a partir da CF/88: “ O Sistema de Saúde brasileiro vai iniciar a passagem de um modelo extremamente centralizado para um quadro de descentralização política, administrativa e financeira”, iniciando a definição de uma rede integrada, descentralizada, regionalizada e hierarquizada, onde haveria uma maior participação dos municípios, atores fundamentais na implantação destes sistemas, ou seja, os responsáveis pela prestação de serviços de saúde à população.

Duas situações se justapõem como pano de fundo no projeto final do texto Constitucional. A primeira seria as investidas do ajuste estrutural da economia que se pode observar no primeiro documento do Banco Mundial, datado do ano anterior à promulgação da Constituição, intitulado ‘Financing Health Service in Developing Countries: na Agend for Reform (Financing)’ que trazia “precauções para países em desenvolvimento acerca do formato institucional de sistemas de saúde, o grau de participação do Estado e a abrangência dos serviços”.

Este documento introduziria uma discussão sobre a questão da universalização do atendimento e quais serviços deveriam ser financiados pelo Estado; sua abordagem estava centrada no capital humano que serviria para justificar a importância da saúde e a participação dos consumidores no custeio de alguns serviços (VATER, 2003).

Neste sentido, reportamo-nos ao artigo 199 que, ao nosso ver, trazia essas sugestões de modo implícito, pois declarava que a assistência à Saúde é livre à iniciativa privada, abrindo espaço para a proposta liberal de sistema privado, com base no mercado.

Situamos, a segunda situação, no contexto político de redemocratização do Estado, no governo da Nova República, a Aliança Democrática, que dava sustentabilidade ao governo, mobilizando interesses e articulações dos grupos envolvidos, fundamentada num pacto entre progressistas e conservadores que, segundo as análises de Baptista (2003, p. 150) viriam a comprometer o encaminhamento das questões específicas da área social na constituinte, sendo que a área conservadora dividia as responsabilidades sobre a questão econômica e a progressista sobre a área social. Desta forma, ocorreu, durante a construção final do texto constitucional o fortalecimento da área conservadora, que implicaria na construção de políticas ampliadas de saúde que dependiam de recursos e investimentos públicos, bem como na definição de regras de financiamento para o SUS.

Por outro lado, nesta série de desdobramentos da Constituição Federal - CF de 1988, que culminou na aprovação do SUS, uma das questões fundamentais foi a de desenvolvimento de trabalhadores para atuar neste sistema, o que implicaria na responsabilidade para com a formação de pessoal de saúde e a estruturação de mecanismos de atuação educacional. A Constituição determinou que a competência para ordenar a formação de recursos humanos na área de saúde é do SUS (CF 88, art. 200, inciso III), conferindo autoridade ao sistema sobre a formação de trabalhadores da saúde (RODRIGUES NETO, 2003).

Na Lei Orgânica de Saúde – LOS a responsabilidade para com o desenvolvimento e a formação de pessoal para a área de Saúde é reafirmado:

Artigo 6: Estão incluídas no campo de atuação do SUS:

III - a ordenação da formação de recursos humanos na área de saúde.

X - o incremento, em sua área de atuação, do desenvolvimento científico e tecnológico.

Artigo 27: A política de recursos humanos na área da saúde será formalizada e executada articuladamente pelas diferentes esferas de governo, em cumprimento dos seguintes objetivos:

I - organização de um sistema de formação de recursos humanos em todos os níveis de ensino, inclusive de pós-graduação, além da elaboração de programas de permanente aperfeiçoamento de pessoal.

Parágrafo único: Os serviços públicos que integram o SUS constituem campo de prática para o ensino e pesquisa, mediante normas específicas elaboradas conjuntamente com o sistema educacional.

Ceccim, Armani e Rocha (2002, p. 375) destacam que estes artigos da LOS:

Além de reafirmar que os órgãos gestores devem formalizar e executar uma política de recursos humanos em que um de seus objetivos seja a organização de um sistema de formação (todos os níveis, inclusive pós-graduação, além de programas de aperfeiçoamento permanente), o Artigo coloca os serviços de saúde como campos para o ensino e a pesquisa, logo, locais de ensino-aprendizagem que expressam a indissociabilidade dos papéis de gestão e formação no âmbito direto do SUS.

Campos (1992, p. 87) reconhecendo a necessidade do desenvolvimento de trabalhadores para o SUS, postulou a adesão destes trabalhadores a um novo projeto de sociedade (ou de saúde) de forma a: “partir da pressuposição de que a vigência de novas relações dependeria da existência de milhares de sujeitos capazes de autogerirem seu dia-a-dia, explorando ao máximo as potencialidades de mudança e respeitando os limites, os constrangimentos e as determinações histórico-estruturais de cada contexto”.

Esclarece o autor, contudo, que um processo transformador em saúde possibilitaria: “Instaurar uma série de alterações dos mecanismos de gestão e processos de trabalho em saúde (alterações estruturais) que atendessem às necessidades de saúde da população e às possibilidades de realização profissional e pessoal dos trabalhadores de Saúde”.

No interior destas discussões e coerente com a proposta da formação de trabalhadores para atuar no SUS, o PLE ganha espaço na preparação destes profissionais, pois propõe em sua gênese: “Desenvolver um programa educativo vinculado a prática concreta a partir da observação dos problemas, identificação de seus determinantes e análises de soluções alternativas” e “Compreensão pelos trabalhadores do processo de trabalho e a produção dos serviços de saúde, efetuando um trabalho reflexivo” (SOUZA et al, 1991, p. 16 -22).

Por outro lado, a Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo lança mão de uma segunda alternativa para a formação de pessoal de nível médio para área de saúde, implantada em 17/10/1988, com o curso supletivo de Qualificação Profissional III – Auxiliar de Enfermagem: o Projeto Classe Descentralizada.

O Projeto Classe Descentralizada ofereceu curso de auxiliar de enfermagem e surgiu como alternativa ao Larga Escala e com os mesmos objetivos: uma proposta de formação em serviço, que visava qualificar profissionais em nível médio para a área de saúde, através de cursos supletivos. Sua implantação se deu em 17 de outubro de 1988, sendo autorizado pelo Parecer do

Conselho Estadual de Educação 427 de 11/05/1989, da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, através do Centro de Desenvolvimento de Recursos Humanos, juntamente com o Centro Técnico Paula Souza, da Secretaria de Estado da Educação (BASSINELLO, 2002).

Essa iniciativa visava uma organização escolar flexível e descentralizada (Classes Descentralizadas - CD) sendo que cada classe era vinculada a um centro formador de nível médio para a área de saúde, instaladas nas localidades onde havia necessidade de formação de pessoal. Objetivava qualificar e certificar profissionais de nível médio para a área da Saúde, atendendo às exigências legais, formando, em serviço, o pessoal atendente de enfermagem, engajado nos serviços públicos de saúde, sem formação específica. A carga horária do curso era de 1100 horas, e o currículo de organização formal, com aulas teóricas e estágios. Os recursos viriam, a princípio, de convênios com o Centro de Desenvolvimento de Recursos Humanos da Secretaria de Estado da Saúde e do Centro Técnico Paula Souza, e, posteriormente de instituições interessadas na formação de mão-de-obra (SÃO PAULO, 1994b).

A definição pela Constituição Federal do direito à Saúde e a aprovação dos princípios do Sistema Único de Saúde, vieram fornecer subsídios para a implementação desse programa no Estado. Contudo, reconhecemos que surgiram alguns percalços como, por exemplo, os primeiros indícios da intervenção do Banco - BM na área da saúde, a nova administração estadual e uma segunda proposta de formação em serviço para o pessoal engajado nos serviços públicos de saúde, particularmente para a área de enfermagem.

Para Figueiredo (2006), as questões de saúde e educação estão subordinadas a política de crescimento econômico e são utilizadas pelo Banco Mundial como mecanismos de mediação do processo de desenvolvimento para justificar a concessão de empréstimos, bem como para interferir, a partir da redefinição das ações do Estado, na oferta desses serviços e reorganização dos sistemas de saúde nos países em desenvolvimento. Dessa forma, essas questões têm repercussões nos processos de formação de pessoal, particularmente no PLE.

A seguir, apresentamos as unidades de análise que foram definidas durante a leitura dos documentos do Projeto Larga Escala – SP e dos documentos decorrentes das entrevistas. Foram grifadas, palavras que expressavam conceitos ou idéias, o que nos direcionou e possibilitou a escolha de três termos recorrentes: formação em serviço, experiência pedagógica e qualificação profissional que viriam a compor as categorias históricas.



#### 4.4 FORMAÇÃO EM SERVIÇO

Nesta unidade de análise, procuramos apresentar e discutir os relatórios e os resultados concretos deste Projeto de Formação de Trabalhadores de Saúde. Começamos o percurso no final de 1987, início da execução do PLE nos municípios.

Esta análise foi construída a partir dos Documentos - Relatórios do Projeto Larga Escala, elaborados pela Coordenação Estadual e encaminhados anualmente ao Conselho Estadual de Educação, conforme solicitação contida no item 2 da Conclusão do Parecer do CEE n.º 1297/87, que autorizou a execução da experiência pedagógica no Estado de São Paulo: “A Secretaria de Estado da Saúde deverá encaminhar, anualmente, a este Colegiado, através dos órgãos próprios da Secretaria de Estado da Educação, o relatório das atividades desenvolvidas” (Doc CEE, 1987, p. 08).

Os relatórios anuais constavam de uma apresentação preliminar sobre o projeto, objetivos, metodologia, estrutura física, recursos humanos e instrucionais, organização pedagógica e dos conteúdos e avaliação, operacionalização do PLE/SP (perfil dos alunos, resultados, acompanhamento, propostas e perspectivas de trabalho para o ano subsequente).

Foram explorados os 65 documentos referentes ao período de 1987 a 1997, período de execução do PLE no Estado. Além dos oito relatórios anuais que continham dados estatísticos do projeto, ocupamos-nos dos 22 Pareceres do CEE deste período que tomavam ciência das atividades desenvolvidas, bem como autorizavam a prorrogação, pois se tratava de uma experiência pedagógica.

Thompson (1981, p. 38) nos diz que os fatos isolados podem ser interrogados pelo menos de seis maneiras diferentes, sendo que uma delas pode ser abordagem como “evidências isentas de valor”, “neutras”,

Que são então submetidas a indagação, à luz de questões particulares (demográficas, econômicas, agrárias) propostas: tendo essas indagações seus procedimentos próprios e adequados (por exemplo, estatísticos) destinados a limitar (embora nem sempre tenha êxito) a intromissão de atribuições ideológicas.

Assim, procuramos nessa unidade responder algumas questões anteriormente colocadas identificando seus resultados, as dificuldades de sua implantação e sua evolução. Diante disso, “o caráter e possíveis limitações deste estudo só podem ser entendidos à luz das fontes utilizadas e das curiosas ausências nelas encontradas” (THOMPSON, 1997, p. 395).

Assim, a primeira turma que contava com 15 alunos inscritos do curso de Visitador Sanitário foi desenvolvida junto ao ERSA de Itapecerica da Serra. No ano de 1988, a segunda turma pertencente ao mesmo ERSA teve início em fevereiro, com 17 alunos; a terceira turma em março, com 12 alunos, pertencentes ao município de Taboão da Serra, Itapecerica da Serra, Embu e Embu-Guaçu; a quarta turma contava com 10 alunos do município de Itapecerica da Serra.

O primeiro curso de Auxiliar de Enfermagem iniciou-se em Campinas, em 1988, com 23 alunos, funcionários dos Centros de Saúde do Estado, Prefeitura e PUC-Campinas.

O movimento da clientela matriculada no PLE no ano de 1988 encontra-se na tabela abaixo.

**Tabela 1** . Alunos por curso do PLE/ São Paulo, 1988.

Curso	Matriculado	Desligado	Existente em 31.12.88
Visitador Sanitário	54	09	45
Auxiliar de Enfermagem	23	0	23
<b>Total</b>	<b>77</b>	<b>09</b>	<b>68</b>

Fonte: Relatório do PLE no período de setembro de 87 a dezembro de 88.

Verificamos no primeiro ano de funcionamento do PLE, a existência de 77 alunos matriculados nos cursos da área de enfermagem, sendo que a taxa de abandono dos cursos neste período esteve em torno de 11,6%. O Relatório do PLE no período de setembro de 87 a dezembro de 1988 trouxe as seguintes considerações sobre o primeiro ano de funcionamento do projeto

Nesse primeiro ano de Experiência Pedagógica do Projeto Larga Escala em São Paulo, aliado ao início da municipalização dos serviços públicos de saúde, algumas dificuldades foram encontradas, muitas delas, talvez, devido à inexperiência da rede e das Coordenações Estadual e Regionais, tais como o fluxo de documentos e outros papéis, a desorganização do serviço, que aos poucos vai se organizando, ou mesmo, devido a problemas mais complexos, como a exclusão de todos os alunos do Município de Jujutiba, do curso de Visitador Sanitário, impedidos de continuarem o curso, por falta de pessoal no local de trabalho (Doc PLE, 1988, p. 13).

Assim, o ritmo particular do curso, que respeitava as possibilidades do serviço e dos alunos, fazia com que os cursos do PLE tivessem um período de duração maior do que os tradicionais, cerca de 18 meses a dois anos de duração. Por outro lado, o projeto executado em serviço e respeitando suas particularidades trazia outras dificuldades que começavam a surgir,

como os trabalhadores conciliarem o trabalho com o estudo, uma vez que este curso era ministrado junto ao serviço, o que no caso do município de Jucituba gerou falta de pessoal para a continuidade dos serviços prestados à população e o desligamento destes trabalhadores do curso.

Cada município administrava a abertura de classes e a adesão ao projeto de acordo com a sua realidade: o município indicava os seus atendentes, abria um processo de inscrição, tentando contemplar toda a rede de serviços como hospitais e unidades básicas de saúde. Cada unidade estabelecia o número de alunos a serem matriculados por turma, sendo que as turmas eram pequenas (10 a 20 alunos), respeitando, no período de concentração, dez alunos para um instrutor e no período de dispersão, cinco alunos por instrutor/supervisor, nos cursos relacionados à área de enfermagem (Doc PLE, 1988).

Simultaneamente ao período de gestação do PLE e durante o primeiro ano de sua execução, foram realizados cursos de capacitação pedagógica para os profissionais de nível universitário. Estas capacitações pedagógicas, com carga horária prevista de 80 horas, seriam pré-requisitos para o professor/supervisor que ministrasse cursos de formação no Larga Escala. O objetivo das capacitações seria o de introduzir o profissional na metodologia problematizadora utilizada no projeto (Doc PLE, 1989).

Além disso, eram realizados cursos de capacitação técnica para instrutores que ministrariam os cursos de capacitação pedagógica, pois o conjunto de aspectos teóricos e técnico-pedagógicos, de acordo com a proposta, compreendia:

síntese das experiências de sua equipe técnica, interagindo com as equipes estaduais e com as realidades locais; com o aporte teórico de diversas correntes especializadas, destacando-se a psicologia genética de Piaget, diversos estudos sociológicos e antropológicos, a metodologia de formação de adultos de Joffre Dumazedier e as propostas do estruturalismo<sup>3</sup> curricular (Doc PLE, sd, p. 2).

---

<sup>3</sup> A grande contribuição que o estruturalismo deixou no ensino refere-se à pedagogia da língua materna e consistiu, em mostrar a precariedade da doutrina gramatical que vinha sendo tradicionalmente ensinada pela escola: hoje, qualquer pessoa medianamente informada sabe que essa doutrina recomenda uma linguagem que não é nem a do povo, nem a dos grandes veículos de comunicação, nem a dos escritores. Além disso, numa fase em que a escola passou a receber um número cada vez maior de alunos cujo vernáculo não é a variedade prestigiada do português brasileiro, o estruturalismo criou condições para que se possa aceitar como um fato que esses alunos falem *outra* língua (que tem sua estrutura, sua história e suas condições de usos), e que isso não tem nada a ver com limitações ou déficits intelectuais (falar português não-padrão é uma questão de história social do aluno, não uma questão de burrice). ILAN, R. O estruturalismo lingüístico: alguns caminhos. In: MUSSALIM, F.; BENTES, A. C. (org). **Introdução à lingüística: fundamentos epistemológicos**. São Paulo: Cortez, 2004. v. 3, p. 89.

Dáí a necessidade da aproximação e sensibilização dos profissionais universitários para a compreensão da metodologia abordada, que dentre outros aspectos, tomava por base a observação da experiência cotidiana, propondo o cultivo da reflexão conjunta sobre uma realidade próxima, o que os levava a assumir, progressivamente, a transformação de sua prática e de seu meio. Além disso, trabalhava-se pedagogicamente por meio de um processo dialético, com espirais sucessivas de conhecimento, em cujo processo de idas e vindas ao conhecimento, fazia o adulto passar a ser ele mesmo o produtor – transformador de seus conhecimentos e de sua ação (Doc PLE, sd).

Em relação à capacitação pedagógica, a entrevistada Izabel dos Santos considera que em São Paulo o PLE tomou forma mais pela proposta da metodologia pedagógica do que pelo processo de estruturação de uma escola não excludente, já que “foi um dos locais em que o pessoal apreciou mais a metodologia”.

Na tabela abaixo, apresentamos o número de enfermeiros que realizaram capacitação pedagógica organizada pela Coordenação Estadual do Larga Escala que funcionava junto a Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo.

**Tabela 2.** Distribuição do número de enfermeiros que realizaram capacitação pedagógica. PLE/SP, 1985 - 1988.

ANO	Nº ENFERMEIROS
1985	19
1986	48
1987	138
1988	310
<b>TOTAL</b>	<b>510</b>

Fonte: Coordenação Estadual do PLE (manuscrito).

Não encontramos, durante a análise dos documentos, outros relatórios que nos mostrassem o desenvolvimento das capacitações pedagógicas postas em prática nos municípios, a não ser alguns apontamentos expondo que elas continuavam a se realizar nos locais onde foram desenvolvidos os cursos.

Uma das dificuldades enfrentadas pelas enfermeiras que realizaram a capacitação pedagógica e envolveram-se na estruturação do PLE foi mencionado no Boletim Informativo do ERSA -50 de Ribeirão Preto:

Os elementos que participaram das atividades do Projeto Larga Escala, tem esbarrado em uma série de dificuldades quanto à sua participação (liberação de ponto, sobrecarga de trabalho, falta de ajuda de custo, a necessidade de viajar, o desconhecimento e a incompreensão de colegas), exigindo um grande esforço pessoal na tentativa de superá-las (Boletim Informativo, 1988, p. 6).

Entretanto se compararmos os dados do movimento dos alunos do PLE no ano de 1988 apresentados na tabela 1 com o número de enfermeiros que realizaram capacitação pedagógica observamos que ocorreram mais capacitações pedagógicas do que a implantação efetiva de cursos do PLE na área de enfermagem no Estado, o que confirma a correlação de forças existentes entre os sujeitos posicionados em relações de poder na implementação de um processo inovador.

Em 1988, outra forma alternativa de qualificação o Projeto Classe Descentralizada, entrou em cena para oferecer curso de auxiliar de enfermagem, com os mesmos objetivos do Projeto Larga Escala. Visava qualificar profissionais em nível médio para a área de saúde, por meio de cursos supletivos conforme já fora citado anteriormente.

Apresentava uma organização escolar descentralizada, além da integração serviço/ensino. Cada classe era vinculada a um Centro Formador de nível médio para a área de saúde e deveria ser instalada em locais em que houvesse necessidade de formação de pessoal.

No ano de 1989, todas as atividades e cursos ligados ao PLE foram centralizados em um único Centro Formador: o de Franco da Rocha. Segundo o Relatório do PLE de 1989 (Doc PLE, 1990):

Apesar de os cursos terem sido autorizados a funcionar junto aos CEFORH de Franco da Rocha, Assis e Pariquera-Açu, racionalmente optou-se por concentrar toda a documentação no de Franco da Rocha, o qual cumpre basicamente a função de cunho administrativo, que consiste no registro de matrículas, elaboração do histórico escolar, emissão de certificados e diplomas e outras atividades, de forma a conferir as condições formais de validação das diversas experiências de ensino-aprendizagem.

Neste sentido, podemos inferir a influência do Projeto Classe Descentralizada, segunda alternativa de formação de pessoal que também utilizaria os Centros Formadores como estruturas para o desenvolvimento das classes descentralizadas. No nosso entendimento, a centralização das atividades administrativas do PLE no CEFOR de Franco da Rocha possibilitou a ampliação das atividades do CD pelo Estado, conforme veremos no desenvolvimento de nosso estudo.

Estes dois projetos de qualificação funcionavam vinculados ao Gabinete do Secretário da Saúde, até 27/07/1989, quando foi criada pelo Decreto n.º 30.072, uma estrutura regulamentadora da política de Desenvolvimento e Formação de Recursos Humanos. Sua finalidade era realizar acompanhamento e avaliação dos resultados dos programas implantados, o Centro de Desenvolvimento de Recursos Humanos – CEDRHU, posteriormente regulamentado pela Deliberação do Centro de Informações de Saúde - CIS/SP nº 82/89, publicado no Diário Oficial do Estado de 06/12/1989 (SÃO PAULO, 1989).

É interessante observar que no artigo 8º item VI, da Deliberação CIS/SP que organizou o CEDRHU, esta estrutura tinha entre outras a seguinte atribuição: “promover a execução, em nível local e regional, de programas de qualificação de pessoal de nível médio, para atender às necessidades do SUS/SP no que se refere à agilização da formação de profissionais de nível médio”. Neste sentido, todas as escolas, os Centros Formadores e os Projetos de Formação de nível médio ficaram vinculados administrativa e funcionalmente ao ERSA do seu local de origem, cabendo à referida estrutura a solicitação para a abertura de cursos.

Enquanto as atividades do PLE ficaram centralizadas na Coordenação Estadual e CEFOR - Franco da Rocha, seguindo o fluxograma nível local – ERSA – Coordenação Estadual e CEFOR Franco da Rocha, as do Projeto Classe Descentralizada ficaram descentralizadas nos níveis regionais - ERSAs e seus respectivos Centros Formadores. De acordo com Pastorelli e Bueno (1998) a instalação de turmas de Auxiliar de Enfermagem ligadas ao Projeto Classe Descentralizada estava vinculada aos Centros Formadores distribuídos, regionalmente de acordo com os Escritórios Regionais de Saúde onde funcionavam.

Da mesma forma que o PLE, a responsabilidade da classe descentralizada cabia ao coordenador do curso, contando com um auxiliar para a escrituração. Entretanto, as Classes Descentralizadas, desde o início, foram mantidas financeiramente pelo convênio firmado entre a Secretaria de Estado da Saúde com o Centro Estadual de Educação Tecnológica Paula Souza. Nesse período, os dois projetos de qualificação começaram a ocorrer paralelamente, com o início

das primeiras turmas do curso de auxiliar de enfermagem vinculados ao CEFOR do município de São Paulo – CEFAS. A Secretaria de Estado da Saúde-SES/SP passa a custear o pagamento dos professores que ministravam aula no PLE, no mesmo formato do Classe Descentralizada.

Durante o ano de 1989, houve um aumento das atividades do PLE. Os cursos foram implantados em mais oito ERSAs, totalizando 48 municípios que tinham aderido à proposta. Nos Cursos de Auxiliar de Enfermagem foram matriculados 281 alunos, conforme verificamos pela tabela abaixo.

**Tabela 3.** Distribuição de alunos do curso de auxiliar de enfermagem nos ERSAs durante o ano de 1989.

ERSA	Nº ALUNOS
27 - Campinas	113
53 – São Carlos	53
50 – Ribeirão Preto	41
12 – Itapecerica da Serra	25
55 – Casa Branca	24
2 - Butantã	15
17 - Andradina	10
<b>TOTAL</b>	<b>281</b>

Fonte: Relatório do PLE no período de 1989.

Este relatório aponta que os cursos de auxiliar de enfermagem foram desenvolvidos em sete ERSAs, os alunos de diferentes municípios são, geralmente, agrupados no seu respectivo ERSA, onde acontece a parte teórica do Curso.

Na tabela 3, com exceção do ERSA de Itapecerica da Serra que compôs suas turmas com trabalhadores de outros municípios como Taboão da Serra, Embu e Embu-Guaçu, os cursos foram realizados nos municípios sedes dos ERSAs. O ERSA de São Carlos envolvia alunos dos municípios de São Carlos, Descalvado, Porto Ferreira e Santa Rita do Passa Quatro; o ERSA de Casa Branca, envolvia alunos do município sede, Caconde, Itobi, Mococa, Santa Cruz das Palmas, São José do Rio Pardo, Tambaú e Tapiratiba.

Para a Coordenação Estadual, responsável pelo desenvolvimento do Projeto, os resultados foram

altamente positivos, com um envolvimento cada vez maior do pessoal ligado ao projeto, tanto instrutores, como alunos e também autoridades municipais que cada vez mais, reconhecem a importância desse trabalho no aprimoramento de seus funcionários, dando maior apoio à formação integrada ao serviço (Doc PLE, 1990, p. 27).

Outras medidas foram tomadas pelo Conselho Estadual de Educação nesse ano, como a descentralização das atividades de supervisão do PLE, que ficava a cargo da Delegacia de Ensino - DE de Caieiras, próximo ao CEFOR de Franco da Rocha, passando direto para as Delegacias de Ensino onde estão localizadas as turmas, ficando a DE de Caieiras com a supervisão da documentação escolar do CEFOR de Franco da Rocha.

Em 1989, devido ao envolvimento de vários municípios, além das atividades de descentralização da supervisão escolar, ocorreu a necessidade da implantação de alguns instrumentos para o acompanhamento dos alunos e instrutores do PLE, para que pudessem colaborar com as atividades do projeto:

- Requerimento de matrícula: preenchido pelo aluno, acrescido dos documentos exigidos e abertura de um prontuário individual.
- Relação de alunos matriculados: dados condensados da turma que está sendo matriculada.
- Ficha de desligamento do aluno: dados de identificação, motivo e data do desligamento.
- Ficha de desligamento do instrutor: data e motivo do desligamento.

Estes instrumentos de acompanhamento direto dos cursos, foram introduzidos face a necessidade da implantação de um banco de dados do curso, os quais seriam considerados para reajustes dos cursos, no caso de desligamentos de alunos e instrutores. Assim, o relatório do PLE do ano de 1989 elencou alguns fatores que sinalizavam para a utilização destes instrumentos:

Dificuldades continuam existindo, como a flutuação de técnicos em algumas regiões, geralmente por motivos salariais, os quais, em muitos casos, são englobados pelo Projeto no seu novo local de trabalho.

Uma conseqüência dessa flutuação de instrutores é a diminuição do ritmo do curso, para o preparo de novos instrutores, o que retarda seu término.

Outra dificuldade que aos poucos vai sendo superada é a reorganização dos serviços, que, em alguns casos, também provoca uma diminuição do ritmo do curso, sem prejuízo de sua continuidade (PLE, 1990, p. 29).

Prosseguindo, por meio da tabela 4, verificamos o desenvolvimento do projeto no ano de 1989.

**Tabela 4.** Movimento dos alunos no PLE. São Paulo, 1989.

Curso	Em curso (dez. 88)	Matriculado	Desligado	Em curso (dez. 89)
Auxiliar de Enfermagem	23	281	02	302
Visitador Sanitário	45	-	04	41
<b>Total</b>	<b>68</b>	<b>281</b>	<b>06</b>	<b>343</b>

Fonte: Relatório do PLE no período de 1989.

Durante o ano de 1989, observamos o aumento do número de matrículas no PLE, cerca de 4,5 vezes maior que no período anterior, de setembro de 1987 a dezembro de 1988. A presença de 281 matrículas neste ano foi decorrente do interesse dos trabalhadores e dos serviços na implantação dos cursos de Auxiliar de Enfermagem, para legalizar a situação do pessoal da área de saúde sem formação específica atuando nos serviços públicos de saúde (Doc PLE, 1989).

As determinações da Lei n.º 7498, de 25 de junho de 1986 e seu Decreto Regulamentador n.º 94.406, de 08 de junho de 1987, segundo a qual só poderiam exercer a profissão o enfermeiro, o técnico e o auxiliar de enfermagem, impulsionou o pessoal da categoria empregados nos serviços de saúde a procurar cursos de qualificação profissional, pois estipulava o prazo de dez anos para que fosse regularizada a situação dos profissionais sem formação específica para exercer as atividades de enfermagem

No entanto, em 1989, o Projeto Classe Descentralizada começa a ampliar seus pólos de atuação para os CEFOR de Assis, Pariquera-Açu e Franco da Rocha, sendo os dois primeiros antigos centros de atuação do PLE. Em 1990, foi criado o Centro Formador de Américo Brasiliense – CEFAB para desenvolver atividades de formação de Classes Descentralizadas na região norte do Estado.

O Parecer do Conselho Estadual de Educação n.º 674/90, que trata da autorização para instalação de classes descentralizadas para auxiliar de enfermagem, explicita que

a Secretaria de Saúde, visando equacionar e encaminhar solução para o problema de formação de auxiliar de enfermagem, trabalha atualmente com dois modelos de formação: o Projeto Larga Escala e a organização de Classes

Descentralizadas vinculadas aos Centros Formadores de Pessoal mantidos por ela. Os dois modelos, aprovados pelo CEE. Essas duas vias de formação são implementadas sem prejuízo dos demais existentes no sistema escolar.

Analisando as partes deste Parecer, percebemos que ali estava presente a aprovação do CEE, bem como da Secretaria de Estado de Saúde sobre esta modalidade de formação:

Essa autorização do CEE viabilizou uma organização bastante flexível que, sistematizada e acompanhada pelos órgãos próprios da Secretaria da Educação, tem-se mostrado bastante adequada às necessidades de formação de auxiliar de enfermagem, segundo depoimento da Secretaria de Saúde [...] Por este motivo tem sido crescente a demanda pela instalação dessas classes por parte dos diversos serviços que compõem o Sistema Unificado de Saúde do Estado de São Paulo, segundo ainda informa a Secretaria de Saúde (CEE, 1990, p. 2)

No decorrer do ano de 1990, o relatório anual de atividades do PLE apontava um crescimento do curso de Auxiliar de Enfermagem em 17%: foram matriculados 328 alunos nos cursos, o que significou 62,7% do total de matrículas do PLE.

Na tabela abaixo apresentamos o movimento dos alunos no ano de 1990.

Tabela 5. Movimento dos alunos no PLE. São Paulo, 1990.

Curso	Em curso (dez. 89)	Matriculado	Desligado	Em curso (dez. 90)
Auxiliar de Enfermagem	302	328	24	606
Visitador Sanitário	41	-	3	38
<b>Total</b>	<b>343</b>	<b>328</b>	<b>27</b>	<b>644</b>

Fonte: Relatório do PLE no período 1990.

Os cursos de Auxiliar de Enfermagem foram os únicos que tiveram incremento de matrículas. Vale mencionar que nos outros cursos desenvolvidos pelo PLE, as matrículas diminuíram 45%. A taxa de abandono do curso (desligamentos) nos cursos da área de enfermagem esteve em torno de 7,81%.

No mesmo ano, 1990, a Prefeitura Municipal de São Paulo obteve autorização do Conselho Estadual de Educação para a implantação do PLE no âmbito da Secretaria Municipal de Saúde, por meio do Parecer nº 777/90. Para desenvolver tais atividades em nível municipal, em 30 de março de 1990, por meio do Decreto Municipal nº 28.625, foi criado o Centro de Formação

dos Trabalhadores de Saúde, vinculado ao Centro de Recursos Humanos da Secretaria Municipal de Saúde. Para Almeida (2000, p. 73), esta iniciativa, que ocorreu durante a gestão da prefeita Luiza Erundina, confirma que ela estava em sintonia “com as aspirações dos movimentos sociais e de saúde”. Reconheceu a profissionalização dos trabalhadores de saúde como uma de suas tarefas prioritárias.

Na tabela abaixo, observamos a distribuição do número de matrículas por ERSA.

Tabela 6. Distribuição de alunos do curso de Auxiliar de Enfermagem nos ERSAs durante o ano de 1990.

ERSA	Nº ALUNOS
27 – Campinas	93
17 – Andradina	54
50 – Ribeirão Preto	37
55 – Casa Branca	33
9 – Santo André	30
12 – Itapeçerica da Serra	30
58 – São José dos Campos	24
35 – Guaratinguetá	18
62 – Votuporanga	09
<b>TOTAL</b>	<b>328</b>

Fonte: Relatório do PLE no período de 1990.

Em relação à distribuição de alunos observamos que o PLE expandiu suas atividades para outros quatro ERSAs – Santo André, São José dos Campos, Guaratinguetá e Votuporanga. Outro aspecto relevante é a presença do ERSA 27 de Campinas – pioneiro na instalação dos cursos de auxiliar e de acordo com a tabela acima possui a maior concentração de matrículas. Quanto à presença de municípios por ERSA, os alunos do ERSA de Ribeirão Preto pertenciam aos municípios de Ribeirão Preto, Guariba, Jaboticabal e Monte Alto. Todos os alunos do ERSA de Guaratinguetá pertenciam ao município de Piquete.

Importante destacar, neste momento as mudanças que configuravam no cenário nacional, certas alterações na trama social, econômica e política influenciariam o desenvolvimento das

ações de saúde em nível regional. Assim, no último ano de governo Sarney, ocorreu um período de deterioração política e de retrocesso na área de saúde, o que ocasionou a saída dos membros da Reforma Sanitária da Previdência Social e uma demora no processo de implementação do SUS. Contudo, os participantes do movimento da Reforma Sanitária, embora pouco atuantes, desarticulados e pouco implicados no processo de mudança institucional, contribuíram para o projeto de formulação da Lei Orgânica de Saúde - LOS.

Nesse ano, durante o Governo Collor, foi promulgada a Lei Orgânica de Saúde – LOS 8080, de 19 de setembro de 1990, que dispunha sobre as condições para a promoção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes. Cabe ressaltar que a Constituição Federal de 1988 já tinha garantido as bases mínimas para a reforma do Sistema de Saúde, faltando, não obstante, a sua operacionalização:

foi então que se percebeu que a reforma discutida não significava a reforma feita. Os pactos da reforma deveriam ser retomados e muitos não foram, sendo a política de financiamento do setor e a proposta de Seguridade Social bons exemplos de pactos não retomados (OPAS, 2002, p. 42).

Durante o governo Collor, podemos relacionar dois aspectos relevantes citados por Gerschman (2004, p.180): “as tentativas neoliberais para desmontar políticas sociais – dentre elas, particularmente, a mais estruturada, ou seja, a Reforma Sanitária – e os escândalos relacionados à corrupção generalizada em todos os escalões do governo”.

Neste ínterim, a LOS tramitou 390 dias no Congresso e resultou numa aprovação parcial, sofrendo vetos do presidente Collor nos aspectos relacionados ao financiamento, participação popular, organização estrutural e política de cargos e salários (BAPTISTA, 2005, p. 36).

A Lei n. ° 8.142, de 28 de dezembro de 1990, complementar a LOS, surgiu para redefinir alguns vetos presidenciais à participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde - SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área de saúde.

Médici (1994, p. 48) relata que dois grandes problemas atravessaram as soluções do SUS: “a crise econômica que se instala a partir de 1990” e a “gestão desastrosa do sistema de saúde ao longo do Governo Collor”. Demonstra também que foram criadas regras rígidas para o repasse de recursos, impedindo que muitas esferas locais os recebessem, favorecendo Estados e municípios com maior poder de barganha, dando margem a repasses clientelistas entre governo

federal e municípios. Diante disso, a transformação dos recursos da saúde em moeda de troca política gerou o enfraquecimento do papel das Secretarias de Estado da Saúde e abriu portas para o sucateamento do sistema.

Vater (2003, p. 12) analisa que no ano de 1989 o gasto público federal em saúde foi da ordem de US\$ 11, 3 bilhões. Contudo em 1990, período da implantação do SUS, esses gastos caíram para US\$ 9,4 bilhões, reduzindo-se, portanto, em 4,8 bilhões de dólares, acompanhado da incorporação ao SUS de milhões de brasileiros, resultado da universalização do sistema.

Para o Projeto Larga Escala, dois fatores contribuiriam para diminuição de suas atividades: o tópico referente à formulação de um plano de Carreiras, Cargos e Salários para os trabalhadores da saúde e o veto da transferência automática de recursos, o que se desdobraria em recursos financeiros insuficientes para estados e municípios desenvolverem a proposta de construção de um sistema único e formação de profissionais. Recordemos que o processo de descentralização exigiu maior responsabilidade e maior participação dos municípios no financiamento das ações e serviços de saúde, bem como na responsabilidade de formação de seus trabalhadores, sendo que a base do PLE foi a formação dos profissionais no serviço.

Viana (1994, p. 114), em relação ao Estado de São Paulo, demonstra que nesse período de execução do PLE, o quadro de pessoal da Secretaria Estadual de Saúde expande-se para 50%, devido a inúmeras contratações realizadas via Consolidação das Leis Trabalhistas – CLT e não pela realização de concurso público, sustentada pela descentralização dos recursos federais que se iniciam com as AIS e se expande com o SUDS. Isso permitiu uma “politização excessiva” do sistema: “a saúde foi descoberta por políticos como fonte de legitimidade de voto”, fator que introduziria outro ator no sistema político: os prefeitos. Em oposição ao que veremos a partir de 1990, que foi o período de execução do SUS, a saúde sofreu um processo de politização, pois foi a única política setorial em que ocorreu a descentralização e que contou, no período de sua implementação, com o maior incremento financeiro de recursos provenientes dos convênios AIS e SUDS.

A coexistência de dois projetos de formação voltados para a mesma área começou a se delinear como uma contradição presente na formação de trabalhadores de saúde no Estado de São Paulo, reproduzindo duas visões distintas, instaladas no mesmo governo. Enquanto no Projeto Classe Descentralizada, ocorria o financiamento do MS, o envolvimento e a visibilidade política em nível local, o PLE propunha mudanças no serviço e na formação de um trabalhador crítico

que, segundo uma de suas coordenadoras, “não dava visibilidade, nem números, porque se o curso do Classe durava exatamente doze meses, o do Larga Escala demorava dezoito” (Entrevista com Irene Cortina).

Durante o ano de 1991, observamos um declínio nas atividades do PLE. A tabela 7, a seguir, permite detalhar melhor o fato.

**Tabela 7.** Movimento dos alunos no PLE. São Paulo, 1991.

Curso	Em curso (dez 90)	Matriculado	Desligado	Em curso (dez. 91)
Auxiliar de Enfermagem	606	156*	137	625
Visitador Sanitário	38	-	38*	0
<b>Total</b>	<b>644</b>	<b>156</b>	<b>175</b>	<b>625</b>

Fonte: Relatório do PLE no período 1991.

\* 37 alunos do curso de Visitador Sanitário foram transferidos para o Curso de Auxiliar de enfermagem.

Foram matriculados 156 alunos no curso de Auxiliar de Enfermagem, representando 51,5% do total de registros. Dos 156, 37 foram matriculados por transferência do curso de Visitador Sanitário encerrado em 1990. Comparativamente a 1990, houve um decréscimo de 52% no número de matrículas em 1991 no curso de Auxiliar de Enfermagem.

O curso de Visitador Sanitário não estava sendo oferecido aos trabalhadores da saúde desde novembro de 1988 e provocou, na clientela que freqüentava o curso em andamento, desmotivação pela continuidade do mesmo, o que repercutiu no desenvolvimento do curso.

Desta forma, o Conselho Estadual de Educação, por intermédio do Parecer nº 331/91, solicitou “extinção do Curso QP III – Visitador Sanitário” tendo em vista o não reconhecimento da profissão, de modo que a clientela “mostrou-se desmotivada”, não tendo incentivo para a formação de novas turmas.

O curso de Visitador Sanitário foi encerrado no Estado de São Paulo sem promover a formação profissional de um único trabalhador desta categoria profissional.

Na tabela 8 apresentamos a distribuição do número de matrículas por ERSA.

**Tabela 8.** Distribuição de alunos do curso de auxiliar de enfermagem nos ERSAs durante o ano de 1991.

ERSA	Nº ALUNOS
27 – Campinas	30
38 – Itapeva	30
58 – São José dos Campos	19
29 - Caraguatatuba	17
Instituto Dante Pazzanese /SP	10
31 – Cruzeiro	09
17 - Andradina	04
<b>TOTAL</b>	<b>119</b>

Fonte: Relatório do PLE no período de 1991.

Nesse período, observou-se uma diminuição do número de matrículas. Percebemos, pela tabela, a adesão de outros ERSAs como Itapeva, Caraguatatuba e Cruzeiro e a presença de dez alunos do Instituto Dante Pazzanese/SP. Entretanto, verificamos que não houve matrículas de outros ERSAs como o de Ribeirão Preto, Casa Branca, Santo André, Itapeçerica da Serra, Guaratinguetá, Votuporanga e São Carlos que em anos anteriores haviam aderido a proposta.

O aumento do número de desligamentos de alunos que, segundo o relatório do período, girava em torno de 240%, causados principalmente por:

- extinção do curso devido a mudanças da política de saúde e recursos humanos da instituição;
- demissão do serviço de saúde;
- duração do curso e problemas particulares: problemas de saúde com familiares e com o próprio aluno, gravidez e transferência para outra área.

Outro motivo apontado pela diminuição das atividades do PLE foi:

A crescente recessão por que passa o país tem dificultado a implantação de novas turmas e provocado um aumento no número de desligamentos de alunos dos cursos de PLE no Estado. A retração da economia tem levado a uma contenção de gastos que se reflete geralmente, num primeiro momento, na diminuição das verbas para recursos humanos, tanto no que tange a desenvolvimento, como a salários (Doc PLE, 1992, p. 20).

A rotatividade de mão-de-obra foi apontada como motivo recorde de desligamentos: muitas demissões, grande parte a pedido do funcionário, muitas vezes atraídos por melhores salários oferecidos por serviços privados e mesmo públicos:

Grande rotatividade de mão-de-obra, gerada pelos baixos salários e busca de melhor mercado, o que provocou um índice recorde de desligamento dos alunos dos cursos; remanejamento de mão-de-obra para cobrir as lacunas dos colegas demissionários, o que também resultou em abandono do curso (Doc PLE, 1992, p. 20).

Anselmi, Angerami e Gomes (1997, p. 44), em estudo desenvolvido em 1990 sobre a Rotatividade de trabalhadores de enfermagem, apontam este movimento como um fato importante e pouco estudado na dinâmica do mercado de trabalho em saúde. Descrevem que esta rotatividade “pode ser explicada por todo processo de reorganização do setor público”. Segundo as autoras, nesses últimos anos, com o processo de municipalização, os municípios vêm se reorganizando e melhorando a capacidade de atendimento. Por outro lado, comentam que o crescimento da Força de Trabalho em Enfermagem no setor hospitalar é determinado pelo Estado que cria demanda efetiva para o setor privado: “através de subsídios médicos, incentivos tributários, contratos e convênios com as empresas e grupos médicos, indústrias farmacêuticas e de equipamentos e estimula o emprego de trabalhadores fora do âmbito estatal”.

O processo de municipalização, que se implementou após a regulamentação do SUS no governo Collor, estabeleceu o repasse de recursos por meio do pagamento da produção de serviços de saúde, transformando todos os prestadores, inclusive os públicos, em vendedores de serviços, repercutindo na diminuição da atuação e na perda de espaço das Secretarias de Estado da Saúde. O governo federal, nesse período, buscou ligação direta com os municípios, o que resultou na indefinição do papel da Secretaria de Estado da Saúde, ocasionando uma dicotomia do sistema de saúde paulista, configurando-se duas secretarias: uma das ações de saúde coletiva e outra mais voltada à assistência médica (FUNDAP, 1994).

Em 1991, assumiu a gestão estadual Luiz Antonio Fleury Filho e na pasta da Saúde, o médico hematologista Cármino Antonio de Souza, da Universidade Estadual de Campinas. Esta nova gestão não repercutiu nas atividades do PLE, visto que o projeto estava vinculado ao CEDRHU, separados das atividades do gabinete do secretário. Não existem referências nos documentos pesquisados sobre qualquer intervenção nos projetos por parte da Secretaria.

Contudo, a SES, no citado período, vivencia alguns conflitos, sendo que o primeiro deles está relacionado ao custeio e redução de investimentos para o setor, seguido de problemas estruturais e organizacionais.

Pedroso (1994) menciona como um problema estrutural na instalação do SUS em São Paulo a dicotomia presente entre o processo de estadualização do INAMPS - que incorporou ações de assistência médica - e o da municipalização das ações e serviços de saúde, que pressuponha o desenvolvimento de ações de saúde coletiva, conforme já mencionamos, suscitando uma dissociação no processo de evolução da Reforma Sanitária, bem como a potencialização de um problema relacionado à cultura organizacional no Estado. E complementa ele:

ainda com relação à Cultura organizacional, entendemos que o Estado de São Paulo pouco investiu na formação e desenvolvimento de seus recursos humanos, frente aos objetivos e propostas do SUS, para que o sistema se viabilizasse de forma concreta e eficaz, a partir do envolvimento e crença dos seus agentes de mudança (PEDROSO, 1994, p. 1).

No ano de 1992, formaram-se as primeiras turmas do PLE, sendo que a execução dos cursos em algumas localidades perdurou por quatro anos. Acreditamos que este fato se deva à possibilidade do aluno concluir a sua escolaridade durante o curso de auxiliar, pois o requisito para a matrícula no curso não exigia formação de primeiro grau. Os alunos que não tivessem concluído a escolaridade exigida, recebiam, ao término do curso, apenas uma declaração, sem direito à continuidade dos estudos. Outra situação existente: alunos considerados não aptos em determinado módulo poderiam retornar e cursar com outra turma.

Para exemplificar a questão do tempo de duração do curso trazemos no Boletim Informativo do ERSA 2 – Butantã a experiência de uma das primeiras turmas de formandos:

O tempo de duração do curso foi o alvo da maioria das críticas. Entretanto, esse tempo foi necessário devido a grande quantidade de temas e a forma como foram desenvolvidos. As reflexões nas discussões de grupo exigiram tempo para que a análise de atitudes, hábitos, valores e crenças de cada um se fizesse dentro de um processo. Assim, novos conhecimentos e atitudes favoráveis à prática adequada de Enfermagem foram sendo aprendidos e incorporados nas ações de saúde (ERSA 2, 1992, p. 1).

A caracterização do perfil dos alunos matriculados no PLE no período de 1988 a 1991 evidenciou uma predominância de trabalhadores, da faixa etária dos 26-35 anos, variando de 43,06 a 34,78%.

Em relação à escolaridade, um terço dos matriculados no curso de Auxiliar de Enfermagem não possuía o primeiro grau completo, bem como um terço deles completou o primeiro grau. Entendemos que a demora no término das classes venha da questão da escolaridade dos alunos.

No ano de 1992, verificamos de acordo com a tabela abaixo, que ocorreu um decréscimo de 30% da demanda para o curso.

**Tabela 9.** Movimento dos alunos no PLE. São Paulo, 1992.

Curso	Em curso (dez 91)	Matriculado	Desligado	Concluintes	Em curso (dez. 92)
Auxiliar de Enfermagem	625	135	134	115	511
<b>Total</b>	<b>625</b>	<b>135</b>	<b>134</b>	<b>115</b>	<b>511</b>

Fonte: Relatório do PLE no período de 1992.

Verificamos que a taxa de abandono do curso ficou em torno de 21, 44%. As tabelas referentes ao movimento dos alunos no PLE nos mostram que este número aumentou nos dois últimos anos. A Coordenação Estadual do PLE avalia que esta diminuição pela procura dos cursos seja conseqüência da mudança de comando das prefeituras, “tendo os responsáveis adiado o início de novas turmas para depois da posse dos novos prefeitos e secretários municipais de saúde”. A expectativa de mudança nos governos municipais, com a eleição para Prefeito, provocou o adiamento do início de várias turmas até uma melhor definição das diretrizes da Política de Recursos Humanos (Doc PLE, 1992, p. 6).

As causas anteriores como a recessão do país, contenção de gastos e rotatividade de pessoal ainda figuram como pontos importantes para o aumento do número de desligamentos do curso.

O relatório da Coordenação Estadual considerou que os resultados destes cinco anos demonstraram que a experiência pedagógica foi uma alternativa viável e sugere que ela pode ser incrementada:

Bastando para isso decisão política dos vários níveis, principalmente do municipal e estadual, alocando mais verbas para a formação dos funcionários e melhorando as condições de trabalho e os níveis salariais, para que o mesmo permaneça motivado no serviço (Doc CEE, 1993, p. 6).

O Parecer CEE nº 1.025/93 prorrogou o prazo da experiência pedagógica para até 31/12/1996, ano em que expiraria o prazo concedido pela Lei Federal nº 7.498/86 para regularização da situação profissional da área de enfermagem (Doc CEE, 1993).

Pela Tabela 10, observamos a manutenção do número de matrículas do ano anterior e uma diminuição no número de desligamentos.

**Tabela 10.** Movimento dos alunos no PLE. São Paulo, 1993.

Curso	Em curso (dez. 92)	Matriculado	Desligado	Concluintes	Em curso (dez. 93)
Auxiliar de Enfermagem	511	125	76	128	432
<b>Total</b>	<b>511</b>	<b>125</b>	<b>76</b>	<b>128</b>	<b>432</b>

Fonte: Relatório do PLE no período de 1993.

Nesse período, a taxa de abandono do curso girou em torno de 14, 87% e o índice de concluintes era de 25% do total de alunos em curso. Alguns municípios permaneciam envolvidos com a proposta de formação. Dentre eles destacamos os pertencentes ao ERSA de Itapeverica da Serra, Campinas, Caraguatatuba (Ubatuba), Cruzeiro, Jundiaí (Itupeva), São João da Boa Vista, São José dos Campos, Itapeva e Instituto Dante Pazanese – São Paulo.

A tabela 11, a seguir, apresenta o movimento dos alunos em 1994.

**Tabela 11.** Movimento dos alunos no PLE. São Paulo, 1994.

Curso	Em curso (dez. 93)	Matriculado	Desligado	Concluintes	Em curso (dez.94)
Auxiliar de Enfermagem	432	146	26	124	428
<b>Total</b>	<b>432</b>	<b>146</b>	<b>26</b>	<b>124</b>	<b>428</b>

Fonte: Relatório do PLE no período de 1994.

Em relação às matrículas durante o ano de 1994 observamos um aumento de 16,8%. A taxa de desligamentos do curso diminuiu e o número de concluintes girou em torno de 28,9%. Neste ano, a Coordenação Estadual passa a contar com apenas duas profissionais: uma cirurgiã-dentista e uma enfermeira, o que denota uma diminuição do projeto e a perda de interesse na manutenção do mesmo.

Neste sentido, atribuímos como uma das possíveis causas o advento da Lei n.º 8.967, de 28 de dezembro de 1994, que modificou a redação do artigo 23 da Lei n.º 7.498/86 e assegurou aos atendentes de enfermagem, admitidos antes da vigência da Lei, o exercício das atividades elementares de enfermagem – que não envolvem o cuidado direto ao paciente (BRASIL, 1994d).

No ano de 1995, iniciou-se um novo governo no Estado de São Paulo. Com a posse de Mario Covas, a Secretaria de Estado da Saúde, sofreu um novo processo de reestruturação. Os 64 ERSAs foram extintos e reorganizados em 24 Direções Regionais de Saúde – DIR, com nova área de abrangência, estrutura física e administrativa.

O CEDRHU, que era o órgão responsável pelo desenvolvimento dos projetos de formação profissional em nível médio, teve mudanças em sua diretoria, desvinculou-se do Gabinete do Secretário da Saúde e foi integrado à Coordenadoria de Recursos Humanos – CRH.

Neste mesmo ano (1995), em dezembro, por ordem do Secretário da Saúde, foi suspensa a abertura de novas turmas para o projeto, garantindo a manutenção das que já estavam instaladas. O motivo da suspensão dos trabalhos foi a redefinição das diretrizes para formação de nível médio e a reestruturação dos Centros Formadores (Doc PLE, 1995).

No mesmo ano foram realizados cursos de capacitação pedagógica de 80 horas para novos instrutores/supervisores na área de enfermagem e odontologia nos municípios de Campinas, São José dos Campos e São Paulo, que continuaram aderindo à proposta do PLE.

Na tabela abaixo apresentamos o movimento dos alunos relativo ao ano de 1995.

**Tabela 12.** Movimento dos alunos no PLE. São Paulo, 1995.

Curso	Em curso (dez.94)	Matriculado	Desligado	Concluintes	Em curso (dez.95)
Auxiliar de Enfermagem	428	116	23	83	438
<b>Total</b>	<b>428</b>	<b>116</b>	<b>23</b>	<b>83</b>	<b>438</b>

Fonte: Relatório do PLE no período de 1995.

Os desligamentos ocorridos no curso de auxiliar de enfermagem deveram-se, segundo o relatório do Projeto Larga Escala (Doc PLE, 1995), à extinção do curso no município de Itapeva, decorrente da falta de instrutor/supervisor, pois o único enfermeiro do município, mudou-se para outra localidade. Também observamos a manutenção do panorama do ano anterior com sinais de enfraquecimento da proposta.

Com a suspensão da abertura de novas turmas, não foi elaborado o Relatório de atividades do PLE encaminhado anualmente ao CEE referente ao ano de 1996. O único dado que temos deste período foi apresentado no Relatório de 1997. Em dezembro de 1996 estavam em curso 182 alunos, com acréscimo de 58 matrículas o que pressupõe que neste ano ocorreu um aumento do número de concluintes do curso, se compararmos com dados do ano anterior, sem contar os desligamentos.

No ano de 1996, o projeto encontrava-se praticamente em extinção. Perduravam algumas atividades em municípios de grande porte como Campinas e São José dos Campos que, além de realizarem toda a formação de pessoal pelo PLE, foram fiéis à proposta de formação.

Na tabela 13 apresentamos o último movimento dos alunos do PLE.

**Tabela 13.** Movimento dos alunos no PLE . São Paulo, 1997.

Curso	Em curso (dez.96)	Matriculado	Desligado	Concluintes	Em curso (dez.97)
Auxiliar de Enfermagem	182	88	07	115	148
<b>Total</b>	<b>182</b>	<b>88</b>	<b>07</b>	<b>115</b>	<b>148</b>

Fonte: Relatório do PLE no período de 1997.

Os cursos ainda ocorriam nos municípios de Campinas, Jacareí, Ribeirão Preto, São José dos Campos, Taboão da Serra, Itupeva e São Paulo.

Em 07 de fevereiro de 1997, a responsável pelo CEDRHU constituiu um grupo de trabalho - do qual fez parte um grupo de enfermeiros e cirurgiões-dentistas - para efetuar uma revisão curricular do PLE.

Em 22 de agosto de 1997, o CEE, por meio do Parecer 387/97, recomenda à Secretaria que proceda “à verificação e execução das providências que sejam inerentes à adaptação dos respectivos cursos à Lei 9.394/96, de 24/12/1996”.

O curso, portanto, por força dessa lei, realizar-se-ia de forma modular, não existia mais a separação, no ensino profissionalizante, para a qualificação profissional do auxiliar de enfermagem, entre cursos regulares e supletivos.

Em 1998, o PLE sofreu modificações para adequar-se ao novo formato modular e passou a chamar-se Currículo Integrado, prosseguindo devido a baixa qualificação do pessoal da enfermagem com este título até a formatura dos últimos alunos, quando, no ano 2000, inicia-se o Projeto de Profissionalização dos Trabalhadores de Enfermagem – PROFAE, política de qualificação implementada no período pelo Ministério da Saúde financiada pelo Banco Mundial.

A tabela 14 apresentada a seguir refere-se ao movimento dos alunos nos dez anos de atividade do PLE no Estado de São Paulo.

**Tabela 14.** Movimento dos alunos no PLE. São Paulo, 1987-1997.

Ano/ Movimento	1988	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996*	1997	Total
Matrícula	23	281	328	156	135	125	146	116	58	88	1456
Desligamentos	0	02	24	137	134	76	26	23	02	07	431
Concluintes	0	0	0	0	115	128	124	83	312	115	877
Em curso	23	302	606	625	511	432	428	438	182	148	148

Fonte: Relatório do PLE no período de 1988 – 1995, 1997.

\* dados obtidos junto ao CEFOR – Franco da Rocha.

Os dados mostraram que o PLE no Estado de São Paulo recebeu 1456 matrículas para o curso de Auxiliar de Enfermagem, o que resultou em uma taxa de abandono de 29,46%. O total de concluintes dentro da metodologia do Larga Escala foi de 877 alunos, ou seja, 60,23%.

#### 4.5 EXPERIÊNCIA PEDAGÓGICA: UM OLHAR A PARTIR DOS SUJEITOS

Em um estudo de natureza histórica, não é tarefa fácil reconstruir as experiências dos sujeitos; contudo a necessidade de registrarmos as experiências da equipe de Enfermagem da Coordenação do PLE mobilizou-nos para a construção do que será apresentado, embasados no sentido daquilo que Thompson caracterizou como o “diálogo entre o ser e a consciência social”, que se processa em ambas as direções, pois assim como o ser é pensado, também o pensamento é vivido, misturado ao ser em um espaço único, entrelaçado de motivações econômicas e culturais (1981, p. 17). Diante disso procuramos construir a experiência pedagógica a partir das experiências dos sujeitos que as construíram no Estado.

Thompson (1984, p. 315) abandona a idéia dos rígidos esquemas formais do passado em nome de uma concepção de história entendida como fruto de conflitos humanos:

Esta preocupación has estado presente siempre em mi trabajo. Me ha hecho rechazar explicitamente la metáfora <base/superestructura> y buscar otras metáforas. Em mi trabajo me han interesado especialmente los valores, la cultura, el derecho, y esa zona donde la elección que se llama generalmente elección moral, se hace manifiesta.

Entendemos que as experiências dos sujeitos perpassam pelo acesso que eles tiveram a partir de determinados valores que lhe são incorporados no seu trabalho, valores vividos que surgem - dentro do mesmo vínculo - com a vida material e as relações materiais, sustentados pela prática cotidiana, norteadora de seus interesses manifestos e de visões do dia-a-dia, terreno de contradição e luta (THOMPSON, 1981).

Dessa forma, para a compreensão do seu *modus operandi*, era necessário ouvir os protagonistas sobre a construção desta proposta de formação em serviço, suas características, interesses e quais os desafios e as dificuldades surgidas durante a execução do PLE no Estado, considerando-se que o projeto acompanhou as políticas públicas de saúde de cada gestão e de cada período de governo.

Pretendemos compreender de que forma as pessoas se inseriram na proposta e qual a leitura e análise que elas faziam da mesma.

Com o intuito de situar os sujeitos que dão significados a esta experiência, elaboramos um instrumento: entrevista semi - estruturada, articulando os conhecimentos e descobertas, a partir de sua vivência no PLE. Como uma forma de se aproximar de suas experiências, optamos pela transcrição na íntegra dos depoimentos, nenhuma palavra foi substituída e não se minimizaram deficiências ou frases truncadas.

Três entrevistas foram realizadas com as enfermeiras que participaram de sua execução no Estado. Por meio das declarações das enfermeiras, foi possível notar o envolvimento e o compromisso que elas mantinham com o PLE, considerando que se inseriram, como opção pessoal, nessa proposta inovadora de formação de trabalhadores. Explicitamos a origem da equipe de coordenadores entrevistados, principalmente no que se refere à participação política e ao compromisso com a transformação e mudanças no processo de formação de trabalhadores desta área.

Assim, a proposta foi trazida para São Paulo por uma equipe composta por técnicos do MS e OPAS, em dezembro de 1985. A partir dessa reunião, foi constituída a Equipe de Coordenação Estadual do Projeto Larga Escala, por meio da Resolução do Secretário da Saúde n.º 49, de 20 de maio de 1986. Neste sentido, a primeira coordenadora narra sua vinda para o projeto:

Eu estava em Registro, eu saí de Registro em 1980, fui para Itapecerica, não fiquei quase em Itapecerica e fui trabalhar no Gabinete do Secretário da Saúde, [...] eu fui assim pinçada e de fato eu não conhecia a proposta, não conhecia o projeto e achei muito interessante e resolvi trabalhar nisto e a partir daí a gente começou com muita dificuldade, porque a gente nunca teve estrutura na Secretaria e também tendo um trabalho contra do pessoal das escolas, porque eu não sei se você sabe, o Estado tem as escolas de auxiliar de enfermagem, uma época era a de Assis e de Pariquera e as diretoras eram totalmente contra, porque, não só elas, mas o pessoal da USP, que a gente acabou chamando o pessoal para discutir esta proposta e, mas aí acho que com o tempo, a coisa foi tomando outras conotações, inclusive a gente teve outros, formação de outros profissionais, não só da enfermagem (Entrevista com Haidê Benetti de Paula).

O depoimento acima, da primeira coordenadora, refere-se ao período em que emergem as primeiras discussões sobre a implantação do PLE por parte da Secretaria de Estado da Saúde. Observamos as dificuldades apontadas por ela ao iniciar um trabalho que foge ao usual, a falta de estrutura para iniciar um trabalho inovador ou uma escola não

excludente, a oposição das estruturas vigentes na ocasião, a divergência entre os profissionais de saúde, o confronto com as práticas tradicionais no desenvolvimento de trabalhadores para a enfermagem, opostas aos objetivos do projeto.

Ainda sobre a vinda para o projeto, continua Haidê Benetti de Paula:

No início, nos primeiros tempos, era eu sozinha; aí arrumaram uma secretária. Tinha uma outra enfermeira também, mas eu acho que ela, porque eu era sozinha, em termos, porque eu fui reunindo as pessoas para a gente estar discutindo. Eu ficava ali, eu acho que era a única que era permanente, mas depois teve a W. Ela era de Perus, não deu muito certo lá e mais um pouco mais adiante, a gente começou a incorporar os dentistas. Mas nos primeiros momentos, era eu que estava participando.

No depoimento da Coordenadora do curso, percebemos que, para embasar a proposta, foi realizado um levantamento preliminar para diagnóstico da situação dos trabalhadores nos serviços de saúde:

A gente tinha um levantamento, eu não tenho nem idéia do número de atendentes que a gente tinha, porque no início era só para ser auxiliar de enfermagem mesmo, não tinha esta proposta de ter outros profissionais; aliás veio com uma proposta de Visitador Sanitário e se transformou em Auxiliar de Enfermagem e mais nada. Depois com o pessoal progressista que a gente também tinha lá, principalmente o pessoal de São Paulo e resolvemos entrar na área de odontologia, mas em princípio eram os atendentes e a gente tinha um número, eu não me lembro, se era por região que a gente tinha e era a massa, a grande massa trabalhadora da saúde, porque você não tinha praticamente enfermeiro naquela época. Começaram a contratar quando eu fui trabalhar em Registro. Eu não fui como concursada, eu fui contratada, com uma verba do Ministério da Saúde. Tinha, nos últimos anos, tido um concurso, não sei em quantos anos, com uma vaga para o cargo efetivo para uma enfermeira. Depois quando começou a lei 500, contrataram mais gente, mas tinha muito pouco enfermeiro na rede. O grosso era o atendente mesmo e então esse povo era a nossa massa ali para ser mexida (Entrevista com Haidê Benetti de Paula).

Thompson (1981, p.194) nos diz que os nossos valores são apreendidos no “habitus de viver” e apreendidos, em primeiro lugar, na família, no trabalho e na comunidade imediata. Essa assertiva nos mobiliza a enaltecer o companheiro de Haidê Benetti de Paula, David Capistrano Filho, que foi um dos grandes ativistas políticos, tendo se engajado em lutas nacionais e democráticas e, dentre elas, a Reforma Sanitária. Foi um dos grandes políticos e intelectuais da época no campo da saúde pública, “para quem a política não era

um jogo frívolo e calculista dedicado ao poder, mas paixão, entrega, imaginação, combate por princípios, esforço de renovação e agregação” (NOGUEIRA, 2001, p. 57).

Prosseguindo, em 13 de agosto de 1986, o Conselho Técnico Administrativo da Secretaria de Estado da Saúde reconheceu o PLE como principal elemento da estratégia de formação de pessoal de nível médio e elementar no âmbito desta Secretaria. Durante esse ano, trabalhou-se na criação dos Centros Formadores, com a elaboração dos regimentos escolares e planos de cursos de Visitador e de Técnico de Higiene Dental. Foram também realizadas várias capacitações pedagógicas e técnicas, que inseria os profissionais na metodologia do PLE. Em 2 de setembro de 1987, o Projeto foi aprovado pelo Conselho Estadual de Educação; em setembro de 1988, aprovou-se o curso de auxiliar de enfermagem; em dezembro, o curso de Atendente de Consultório Dentário (PLE, 1995).

Os parceiros dessa proposta eram os alunos, trabalhadores de saúde dos serviços do município e do Estado, as prefeituras, a Secretaria de Estado, que entraram com a estrutura das escolas (certificavam o aluno). No caso especial do PLE, era o Centro Formador de Franco da Rocha.

Toda a dinâmica do curso estava centralizada na Coordenação Estadual, descrita por Irene Cortina: “era município – nível central que funcionava na Secretaria de Estado – Dr Arnaldo e de lá Franco da Rocha. O caminho de volta, também Franco da Rocha, mandava histórico escolar, certificados, orientações em nível geral e nós comunicávamos com o município” (Entrevista com Irene Cortina).

Em 1988, a Coordenação do Projeto Larga Escala seguia com a seguinte estruturação: três enfermeiras, um dentista e uma escriturária, em jornada completa de trabalho. A escriturária era responsável pelos serviços burocráticos, como redação de ofícios e, principalmente, confecção de material apostilado para o curso.

O relatório do PLE (1988) desse período apontou para uma primeira dificuldade: instalações físicas insuficientes para a equipe da Coordenação: havia uma sala com quatro escrivaninhas para cinco pessoas e não havia sala de reuniões. Para que estas se viabilizassem, teriam de ocorrer em outros locais disponíveis no prédio da Secretaria de Saúde. Quando não se encontravam salas, as reuniões eram realizadas na sala da coordenação, com interrupção dos trabalhos de datilografia.

Não podemos esquecer a questão dos recursos financeiros que, por terem sido um entrave, forçaram a articulação de diferentes grupos, com objetivos comuns, conquistando consequentemente, reconhecimento:

Quem financiou? Eu acho que a gente não conseguiu por falta de experiência, ou sei lá, era só o Estado mesmo, o Estado que bancava com material, era todo o pessoal da rede, a gente conseguia diária, quando tinha um deslocamento ou alguma coisa assim, mas não tinha um financiamento específico para isto, não tinha. Algumas vezes, nas primeiras capacitações para os enfermeiros que iam dar aula, por exemplo, as pessoas de Brasília vieram. Então eles se financiavam, ninguém pagava nada para eles. Alguma coisa naquela época tinha e como era o nome, no início da Metropolização da Saúde <sup>1</sup>em SP, como era o nome daquilo? Eu não me lembro. Eu sei que tinha lá (Entrevista com Haidê Benetti de Paula).

Como o projeto não tinha financiamento, o material de consumo, era fornecido pelo setor de suprimento da SES/SP. Contudo, o relatório de 1988 apontava que “material permanente, tais como máquina de escrever, grampeador, etc, não é fornecido, tendo já sido solicitado, por exemplo, máquina de escrever mais moderna, várias vezes e nunca fomos atendidos” (Doc PLE, 1988, p. 18).

Em 1988, conforme vimos, outra enfermeira vinda do Hospital Universitário da Universidade de São Paulo - USP toma parte das atividades do PLE, como colaboradora, conforme o depoimento abaixo:

Eu saí do Hospital Universitário, eu saí não, fui comissionada pelo Hospital Universitário eu fui para lá comissionada e para ficar na parte de recursos humanos e a H. já estava lá desenvolvendo o Projeto Larga Escala. Existia o programa dos visitantes sanitários e então já estava em atividade e eu fui encostando no sentido de entender, de saber, e começou a se falar na possibilidade de se fazer o auxiliar, porque em Brasília já estava desenvolvendo o auxiliar com o currículo e porque o Visitador Sanitário não teria mais abrangência, por conta de não ser reconhecido por lei. Então os cursos que estavam acontecendo eram em Itapeverica da Serra e não tinha mais demanda. Nesta época, a gente discutiu bastante, a H. e eu, e a gente discutiu a possibilidade de começar o Auxiliar porque seria necessário para a rede e a gente iria começando aguardando o currículo de Brasília e a gente iria começando. Então foi por conta deste aspecto mais legal de se possibilitar o reconhecimento da formação dentro de uma instituição e nenhuma instituição estava mais aceitando o Visitador, até na saúde pública tinha esta; este reconhecimento dentro do próprio serviço, que estava formando, era complicado (Entrevista com Maria Antonieta Benko).

---

<sup>1</sup> Trata-se do Programa Metropolitano de Saúde, discutido neste capítulo.

Para estruturar a proposta no Estado de São Paulo a Coordenação Estadual contou com a participação das Diretoras da Faculdade de Enfermagem do Estado, dos professores da Escola de Enfermagem da USP, da Escola Paulista de Enfermagem e os profissionais pertencentes à Secretaria Estadual de Saúde, atuando em algumas prefeituras. Uma das justificativas para o projeto no Estado era possibilitar a formação dos trabalhadores no serviço público de saúde. O Estado já tinha algumas prefeituras trabalhando no atendimento à população, muito embora não tenha ocorrido, nesse período, o processo de municipalização da saúde:

E assim foi muito interessante, porque a gente discutia bastante na montagem, apesar de que, no fim, era a coordenação que dava a direção, você ficava com tanta opinião e era difícil montar reunião com São Paulo, o pessoal para se deslocar. Então na época, acho que a gente fez umas três oficinas de trabalho para desenvolver o conteúdo e aí a gente contou com o pessoal, com as enfermeiras, docentes da escola de enfermagem da USP, da Paulista também, não tenho bem certeza, mas acho que a Paulista também estava tinha alguns representantes, mas principalmente a USP, porque a gente tinha mais contato, era perto e pelo fato de eu ter trabalhado no Hospital Universitário, a relação era muito fácil e então o que participou mesmo com a gente foi a USP no sentido de estar nos ajudando com relação à bibliografia, com relação ao conteúdo que era mais atualizado, então eram docentes das especialidades que a gente convidava (Entrevista com Haidê Benetti de Paula).

No que se refere à operacionalização dos cursos, que ocorria de forma descentralizada (pois sua execução era atribuição da rede básica), a equipe da Coordenação procurava o lugar que teria condições de realizar o curso e quais eram as pessoas e os municípios interessados.

Essas pessoas reuniam-se periodicamente, tais encontros objetivavam modificar a prática cristalizada, oferecendo embasamento teórico de apostilas, discussão em grupo e a problematização do processo educativo. Pretendia-se promover, por meio de uma reflexão crítica da prática profissional uma nova forma de atuar e conceber os serviços de saúde. Contudo, estava sujeita às condições e as especificidades dos locais em que os cursos eram desenvolvidos.

Como a execução dos cursos acontecia nos serviços de saúde, os instrutores eram todos profissionais vinculados à rede pública. Os instrutores trabalhavam no horário de serviço, acumulando tarefas assistenciais e docentes, recebendo salário do Estado ou da prefeitura.

Devido à opção pelo currículo integrado os docentes participavam das capacitações técnicas e pedagógicas e discussões com a equipe central. Para tanto o conteúdo programático do curso foi composto das seguintes áreas de estudo e unidades de ensino: a) apresentação - etapa introdutória de exploração e orientação; b) desenvolvimento - atividades de ensino na qual o aluno se põe em ação para alcançar os objetivos; c) integração - final da unidade na qual o aluno integraliza a matéria estudada com as experiências anteriores (Doc PLE, 1988).

Fazer opção pela formação em serviço pelo PLE tinha suas implicações: consistia em questionar a realidade local, situando os profissionais no seu contexto, estabelecendo uma conscientização sobre o processo de trabalho em saúde, bem como um compromisso com a melhoria do atendimento à população. Muito embora a necessidade de formação pedagógica por meio da Licenciatura em Enfermagem já existisse desde 1968, através do Parecer do Conselho Federal de Educação n.º 837/68 como pré-requisito para a docência na educação profissional em enfermagem (BAGNATO, 1994), a visão de uma das entrevistadas salienta um dos primeiros desdobramentos deste processo de formação:

Foi a oportunidade de se vivenciar esta experiência pedagógica, principalmente para nós, enfermeiros, porque nós não temos esta formação para ser educador, nós somos técnicos, nossas habilidades ainda dentro do modelo hospitalocêntrico, porque hoje está mudado, mas a nossa formação naquela época, de 80, os enfermeiros formados na década de 70, 80 e 90 eram habilidades puramente técnicas. Então ser educador, desenvolver atividades de educação, era muito difícil e a proposta veio de encontro, porque as capacitações pedagógicas nos formavam, chamava aquele enfermeiro do serviço a refletir sobre educação, sobre aquele material humano que ele trabalhava, liderava, que era o atendente e o auxiliar de enfermagem, então eu acho que isto não tem preço (Entrevista com Irene Cortina).

Em relação ao primeiro ano de experiência pedagógica do PLE, em São Paulo, “aliado ao início da municipalização dos serviços públicos de saúde”, a conclusão do Relatório aponta que:

Algumas dificuldades foram encontradas, muitas delas, talvez, devido à inexperiência da rede e das Coordenações Estadual e Regional, tais como o fluxo de documentos e outros papéis, a desorganização do serviço, que aos poucos vai se organizando, ou mesmo, devido a problemas mais complexos, com a exclusão de todos os alunos do município de Jucitaba, do curso de Visitador Sanitário, impedidos de continuarem por falta de pessoal no local de trabalho (Doc PLE, 1988, p. 12).

No final do ano de 1988, foi efetuado o primeiro contato com o Conselho Regional de Enfermagem, para discutir a problemática dos alunos matriculados que não dispunham de escolaridade em nível de primeiro grau do curso de Auxiliar de Enfermagem. A Coordenadora do Projeto, no relatório do período, diz que “a Presidente ficou de levar o problema numa reunião do COFEN com todos os CORENs” e finaliza “Não obtivemos retorno”. Segundo relato de Haidê Benetti de Paula “uma das coisas que eu acho que teve a ver com o COREN, a não aceitação do pessoal que não tinha escolaridade em estar fazendo o curso”.

Do nosso ponto de vista, essa inflexão na forma de atuação dos CORENs, denota que o órgão age apenas no controle e regulação da vida profissional dos trabalhadores de enfermagem e de suas circunstâncias como a obrigatoriedade de habilitação legal e registro nos respectivos conselhos para o exercício da profissão. Portanto, ao regulamentar a definição do prazo de 10 anos para a profissionalização de todo o pessoal de enfermagem, não forneceu os recursos e procedimentos necessários à adequada qualificação da categoria do atendente de enfermagem.

No ano de 1989, Maria Antonieta Benko, que foi a responsável pela organização e operacionalização do material didático (apostilas e textos de apoio) ressalta um aspecto importante para a continuidade da execução do PLE: a elaboração do currículo para o curso de auxiliar de enfermagem. Neste sentido, a Coordenação expressou a necessidade de estruturação de conteúdo para o curso. Para tal, contou com o auxílio de várias enfermeiras que estavam querendo implantar o PLE em suas cidades. Um dos pontos a considerar seria que este “currículo deveria ser interessante para todas as regiões, então foi feito um levantamento de conteúdo, que seria o perfil do Auxiliar de Enfermagem, foi feito junto com os interessados no curso na época” (Entrevista com Maria Antonieta Benko).

Essa mesma enfermeira relata um fato que pode indicar porque ocorreu a necessidade de se estruturar um conteúdo educativo:

Eu nunca vi o (currículo) de Brasília, porque, no fim, a gente acabou fazendo o curso até o fim, porque a gente não recebeu nada, mesmo a gente tendo pedido orientação de como que estaria podendo começar a fazer para estar ganhando espaço, o PLE ganhou o espaço na enfermagem por conta do auxiliar de enfermagem; ele teve a dimensão que ele teve por conta do auxiliar. Então a gente não conseguiu nenhuma orientação, a gente foi fazendo tudo do Visitador Sanitário. Então a gente pegou a estrutura, a gente imaginou o auxiliar de enfermagem partindo do Visitador ou adaptando do Visitador Sanitário. Então tinha a primeira parte, que era uma parte mais conceitual e a segunda, a gente entrou para fundamentos de enfermagem; terceira era, eu não lembro mais, terceira era médico-cirúrgica; quarta era especialidade e a quinta seria você retomar. Então você retomava a questão do amadurecimento profissional que tinha atingido durante o curso. Então tinha a discussão sobre o SUS, já em outro nível, já era o fecho do círculo do conhecimento deles, então a primeira e a quinta eram muito interessantes porque ele inseria um patamar diferente você avaliava já o amadurecimento deles, você discutia sistema de saúde e ele já ia se colocando mais com conhecimento profissional (Entrevista com Maria Antonieta Benko).

Percebemos, neste ponto, mudanças que foram efetuadas a partir da proposta original na estruturação do material didático, como afirma Haidê Benetti de Paula: “Nós elaboramos todo o nosso material, obviamente segundo toda a estrutura do material de Brasília [...] porque o que a gente queria era formar o auxiliar de enfermagem e não o visitador sanitário, que não era enquadrado na lei do exercício profissional”.

O nosso material era outro, porque a gente estava querendo formar o Auxiliar de Enfermagem e não o Visitador Sanitário e era uma das brigas, porque a Izabel achava que tinha que ser uma pessoa específica para Saúde Pública e a gente achava que não; que o profissional não precisava, não deveria ser o Visitador Sanitário, mas também por conta da lei do exercício profissional que o visitador não contava (Entrevista com Haidê Benetti de Paula).

Esse seria um ponto de divergência entre a Coordenação Nacional e a Estadual, uma realidade diferente:

Esta era a grande discussão e eu acho que a Izabel até concordou com isto, porque é outra realidade. Eu fiz várias reuniões, cursos que reunia pessoal do país inteiro, principalmente do Piauí. Eu me lembro muito bem de uma enfermeira do Piauí que ela, para chegar numa localidade tal, ela ficava dois dias andando de barco, não tinha como você querer fazer alguma outra coisa era mesmo, ia dar um estágio para esta pessoa? Ou que ela pudesse praticar coisas específicas de um hospital? Para esse pessoal não daria. A gente até sabe que tem lugares mais recônditos aí, mas eu tinha trabalhado em Registro, no Vale da Ribeira, que diz que é

um dos lugares mais pobres do Estado de São Paulo, mas mesmo assim você consegue. A distância não é grande, a estrada dá muito bem para você se locomover, é totalmente diferente. Então a gente optou pelo Auxiliar de Enfermagem por conta disto. A gente teve que elaborar todo o material, mas certamente, com toda a estrutura que o pessoal de Brasília tinha montado, se você ver o material, ele é todinho baseado naquele só que com o conteúdo mais voltado para o Auxiliar mesmo (Entrevista com Haidê Benetti de Paula).

O depoimento de Irene Cortina corrobora para o entendimento deste processo:

Acho que este foi o grande impasse com São Paulo. Estou te contando o que me contaram e acho que foi o que eu vivi também. Ela achava que o Auxiliar de Enfermagem, ao ser qualificado, tinha que ter duas vertentes: uma daqueles que trabalhavam na atenção básica e saúde pública, tanto que tem um material para saúde pública, que é um caderno verde e um azul, que era para o auxiliar de enfermagem qualificado para o hospital para a rede hospitalar. Um não tinha nada a ver com o outro.

Quando discutimos que aqui em São Paulo o mesmo auxiliar que trabalhava de manhã na rede básica, à tarde ele estava numa UTI da rede privada, ela não aceitava.

E aí SP se acomodou dentro da sua realidade que não é igual à do resto do Brasil e o nosso Auxiliar de Enfermagem ele foi qualificado para atender todas as áreas, desde a área hospitalar, ambulatorial e unidade básica de saúde e tal. O conteúdo teórico que eram os momentos de concentração, ele cobria todas as áreas possíveis de atuação do Auxiliar de Enfermagem. Assim como as atividades de dispersão que eram a prática. Tanto que o aluno vivenciava a realidade do hospital, como em unidades básicas, fazer imunização, visitas domiciliares. Então nós fundimos as duas propostas para fazer um Auxiliar de Enfermagem com as competências que a lei do exercício profissional pedia e não formá-lo só para a unidade básica, como era a proposta, segundo o que diziam. Aí a Coordenação Central se indispôs muitas vezes em reuniões coletivas de que São Paulo tinha feito coisa diferente, que o nosso jeito de trabalhar e o que nós estávamos fazendo era um aborto do Projeto. Na sua essência não era isso. Não sei, eu não peguei o começo, quando entrei, já estava funcionando deste jeito (Entrevista com Irene Cortina).

O conteúdo curricular do Curso de Auxiliar de Enfermagem do PLE para o Estado de São Paulo foi composto de matérias profissionalizantes: Introdução à Enfermagem, Enfermagem Médico-Cirúrgica, Enfermagem Materno-Infantil, Enfermagem em Saúde Pública e Ética Profissional; e por disciplinas instrumentais como Anatomia e Fisiologia Humana, Microbiologia e Parasitologia e Nutrição e Dietética. Contudo, o programa do curso encontra-se dividido em cinco áreas: Saúde e Sociedade, Fundamentos de

Enfermagem, Assistência de Enfermagem Médico-Cirúrgica, Assistência de Enfermagem Materno-Infantil e Organização dos Serviços de Enfermagem (Doc PLE, 1988).

Desta forma, a proposta pedagógica foi mantida e os conteúdos organizados em áreas curriculares compostas por unidades didáticas, sem obrigatoriedade. No Estado de São Paulo, cada local tinha a possibilidade de fazer uma discussão diferente, de acordo com suas especificidades:

É com relação assim a temas. O que chamava muito a atenção era a questão de medicamento que a gente tentava embasar muito. E a questão da matemática era uma questão complicadíssima. Tinha locais que precisava de quarenta horas para sentir que o funcionário estava mais amadurecido, o mais complicado que tinha era a questão da matemática, uma discussão que era meio pecado, mas tinha local que fazia e sentiu necessidade e tudo bem. Era a prova e era geralmente em cima de matemática. Eles davam prova para ver se a pessoa conseguiu aprender, ter raciocínio, então, e as estratégias, se as pessoas se sentissem bem. Teve local que pegou professor de matemática para estudar. Diferente, assim como o conteúdo era muito diferente. Por fim, ficou muito diferente. Tinha tema que a gente considerava que eram temas básicos para todos os profissionais de saúde, tanto é que a gente pegou vários textos que estavam no THD e ACD. Eles não colocaram autoria, mas a gente viu, então é a parte de relacionamento. A gente valorizava demais que era uma coisa mais dispersa na Saúde Pública, tinha temas mais focados assim, foi um tema também que a gente colocou com o nome de Ecologia e eles usavam como Meio Ambiente, mas acho como mudança de terminologia para eles associarem as informações relacionadas com a ecologia que tinha a ver com a saúde (Entrevista com Maria Antonieta Benko).

Retomando o contexto e lembrando que esse processo teve início na área de enfermagem com a formação do Visitador Sanitário, verificamos que neste período, com as repercussões da Lei do Exercício Profissional de Enfermagem (Lei 7.498/86), o curso de Visitador Sanitário já não tinha mais demanda e não se realizava mais concurso para esta ocupação. Assim, a continuidade do PLE estaria vinculada ao curso de auxiliar de enfermagem.

Os funcionários e também os serviços demonstravam grande interesse e solicitavam a implantação dos cursos, principalmente do Auxiliar de Enfermagem, “que é o grande contingente de pessoal da área de saúde, sem formação específica e que tem prazo até 1996 para legalizar sua situação através de um curso profissionalizante” (Doc PLE, 1988, p. 12).

O atendente de enfermagem teve permissão para continuar exercendo suas atividades pelas Resoluções 91 e 96 em 1987, baseada na legislação do exercício da enfermagem, mas como podemos perceber pelo depoimento de Haidê Benetti de Paula:

O atendente ainda continuou, mas porque o atendente, bem ou mal, estava enquadrado porque só depois de não sei quantos anos que não ia mais contratar. Eu até hoje eu tenho atendente aqui que ainda faz trabalho de auxiliar de enfermagem, se bem que ela tem formação, só tem uma, que, aliás, era a grande pedra no sapato de nosso projeto: é, você, depois que o sujeito se formasse, fazê-lo exercer a profissão, recebendo pelo que ele é.

Girardi (2006, p. 146) nos mostra que precisamos levar em conta os incentivos para o sub-registro de atendentes de enfermagem depois da proibição legal de sua contratação:

Na prática, observamos que os motivos que levam a gerência dos estabelecimentos de saúde a burlarem a lei da enfermagem variam da necessidade de contornar problemas de escassez efetiva deste tipo de profissional em alguns mercados à disposição proposital da contratação alternativa de mão-de-obra mais barata.

Este mesmo autor prossegue dizendo que o aumento dos custos do trabalho de enfermagem, decorrente da proibição de profissionais não regulamentados para o exercício de atividades de enfermagem e a necessidade de qualificação repercutiu em “concentrar, na medida das possibilidades de cada serviço, o trabalho de auxiliares e técnicos de enfermagem nas atividades de cuidado ao paciente” e “deslocar os atendentes e demais categorias que exerciam concomitantemente atividades de cuidados de enfermagem e atividades de apoio administrativo e de serviços para estas últimas”, no caso a hotelaria (arrumação de quartos, cama, copa), escrituração dos prontuários, recepção de pacientes, transporte de pacientes, dispensação de medicamentos e limpeza ficariam a cargo dos atendentes de enfermagem (GIRARDI, 2006, p. 144).

Cumpramos ressaltar que a transposição ou ascensão de cargos era o ato pelo qual o funcionário ou servidor passava de um cargo a outro de conteúdo ocupacional diverso, - que deixou de existir a partir da Constituição Federal de 1988, art.37, II (BRASIL, 2006) - só iria ocorrer a partir de concurso público de provas e títulos:

Não tem e não pode, mas você sabe que já existiu. Eu mesma fiz uma transposição de cargo, eu e um bocado de gente, que foi de enfermeira para enfermeira distrital de Saúde Pública e foi um concurso interno de transposição. Tinha que ter um ano de trabalho, pelo menos, como enfermeiro, então com isso tinha lá os pontos, então existia isto, mas

depois acabou e era uma das propostas da gente fazer alguma coisa interna que você pudesse aproveitar aquele sujeito. Aproveitar, você aproveitava de qualquer jeito, você deu formação para ele, está formado, só que ele não ia usufruir, porque ele jamais ia ganhar como auxiliar. São coisas que a gente não conseguiu, porque nem concurso público se abria, raramente abria (se abria), aliás, como hoje (Entrevista com Haidê Benetti de Paula).

Ao que tudo indica, apesar de uma soma de acontecimentos e interferências tão diversas, foi possível apreender um conjunto de posturas, procedimentos orientados por uma diretriz comum, o que deu origem a um trabalho em grupo e, de acordo com as palavras das coordenadoras, coerente. A execução do trabalho nos possibilitou este entendimento, conforme explica Haidê Benetti de Paula:

Mas era um trabalho muito gratificante: a relação com o pessoal do Estado inteiro, você vivenciar com o grupo de enfermeiras a oportunidade de estar aprendendo, sabe, o Estado nunca foi fácil, ele nunca propiciou um conhecimento técnico bom, que a gente se sentisse aprendendo, que a gente se sentisse atualizada e então tinha grupo que amava estas coisas, se apaixonava por estas coisas. A Faculdade de Ribeirão Preto (USP) participou bastante, participava muito também.

Ao mesmo tempo em que se negociavam as formas de desenvolver o currículo, os coordenadores trabalhavam com o desenvolvimento da experiência. O envolvimento de pessoas, certamente, repercutiu para alavancar o PLE no Estado e obter apoio da Secretaria da Saúde para realizar as oficinas de trabalho e capacitações técnicas e pedagógicas.

Segundo Haidê houve um momento na proposta em que o curso estava indo mais rápido do que a preparação das apostilas, já que o tempo gasto na preparação do material era grande, “Então o pessoal que estava em campo tinha que vir para cá ajudar a elaborar a coisa porque senão parava”. Imprescindível ressaltar a participação e o empenho da Coordenadora do pólo do município de Campinas na elaboração do material, acrescido de várias novidades e de “se agregar coisas que não se tinha pensado antes”.

Nesse momento, convém também mencionar resistências por parte de alguns grupos, pois optar pela metodologia do Larga Escala, na visão de Maria Antonieta, significava estar disposta a “rever o seu serviço, não é fácil, para o grupo de enfermeiras e para a instituição, que, aliás, era uma coisa assumida mais pela enfermeira”.

Era um dedinho na ferida. Aconteciam coisas assim que a gente não tinha noção que poderiam acontecer, mas todos entendiam que fazia parte do

processo de estar se reorganizando estar se entendendo como uma profissional diferente no sentido de supervisão. A supervisão que nós fazemos é mais coercitiva do que educativa e então era isto batia de frente com o projeto, porque o funcionário, ele estava em uma discussão de tema, entrava nesta discussão de tema, onde ele fazia, se expunha, tinha gente que se expunha e depois era punida. Tinha coisa que entristecia muito a gente, mas não foi a maioria dos casos assim, sabe, não foi não. Nós tivemos momentos muito interessantes, tivemos uma senhora em Ubatuba que foi no projeto que eles perceberam que ela tinha dificuldade em ler e escrever e a turma ficou surpresa, porque os relatórios que ela mandava era uma letra muito linda, muito isto, muito aquilo e foi descoberto que não era ela que fazia as tarefas, porque ela não sabia escrever e daí dela poder estar se abrindo para o processo de aprender a escrever com as dificuldades dela e o pessoal estar ajudando com as dificuldades dela, sabe estar assumindo e do serviço estar investindo. Então tem história muito interessante, mas tem que ser corajosa, tem que ser, acho, que assim o ganho muito grande foi a questão do conteúdo técnico. Deve levar bibliografia recente para estas regiões, você entende. E de uma enfermagem que se fala de necessidades humanas básicas que a gente estava lidando, mais de uma terminologia que ainda era muito desconhecida para elas. Então eu acredito que estas coisas foram ganhos assim: que eu tinha muita consciência do que eu estava fazendo e tinha intenção. Não era só consciência de estar levando de uma forma não antipática, porque a gente também se deparava com outras coisas também e a gente tem que pensar, mas elas ficavam curiosas (Entrevista com Maria Antonieta Benko).

A metodologia do projeto era apropriada ao trabalhador adulto com “um acúmulo de vivências inacreditável, porque ele sabia tudo da enfermagem na questão da habilidade, mas faltava a eles o conhecimento teórico, análise deste trabalho, eles tinham o espírito crítico, mas que não era voltado para a transformação do trabalho”. Para Irene Cortina, o processo educativo do PLE vinha ao encontro do saber dos trabalhadores de saúde: o que diferencia o estudante adulto é a experiência que ele traz para a relação. Esta experiência algumas vezes modifica todo o processo educativo e nos conduz a atender da melhor forma possível suas necessidades.

Estratégia na hora que se pensou em formar um adulto trabalhador na enfermagem com uma vivência já antiga. A estratégia foi esta: não vamos subestimar, não vamos perder nada do que ele sabe. Pelo contrário, em cima do que ele sabe, nós vamos desenvolver um pouquinho mais de conhecimento teórico para que ele tivesse uma fundamentação melhor e essa ele estava pronto. É esta a beleza, por isto é que o Auxiliar de Enfermagem, que tem como histórico ter sido Atendente de Enfermagem, é um profissional de um valor inacreditável, era uma gente também que já estava na dura e a grande maioria eles já tinham uma idade de 40 – 50

anos de idade cronológica, em vias de se aposentar (Entrevista com Irene Cortina).

Para um grupo de alunos do Escritório Regional de Saúde de Butantã – ERSA 2 que participaram do PLE a metodologia do projeto possibilitava aos trabalhadores se constituírem como “agentes de mudança” em seus locais de trabalho, graças às informações que receberam e, principalmente, à “formação” durante todo o processo.

Com esta metodologia partiu-se das vivências de cada funcionário no seu trabalho cotidiano junto à Unidades Básicas de Saúde, de suas experiências enquanto membro de uma família e da comunidade. Suas vivências, discutidas no grupo eram levadas à prática, após a elaboração de conceitos e aprendizagem das técnicas de enfermagem a serem utilizadas. Além da atuação no próprio serviço, essa prática concretizou-se através de entrevistas, demonstrações, visitas, estágios de observação, execução de técnicas de enfermagem em outras agências de saúde [...] A marca, sem dúvida, dessa formação observa-se no desenvolvimento do “senso crítico” em relação à realidade. Portanto, exercerão juntamente com suas atribuições específicas de enfermagem uma função educativa (BOLETIM INFORMATIVO ERSA 2, 1992, p. 1).

Entretanto, enquanto proposta oficial, perguntamo-nos se, além do interesse em formar/qualificar os trabalhadores, existia a possibilidade de ter outros interesses envolvidos? O depoimento da Haidê traz uma importante contribuição para esta questão:

Não sei. Eu acho que basicamente visava à formação do pessoal. A gente tinha no Estado de São Paulo muito atendente, nós não tínhamos auxiliar, só tinha atendente. Eu não vejo assim interesse político. Eu acho que nunca teve assim um interesse de ganhos políticos do Estado. Eu acho que, inclusive, uma das coisas que eu acho que foi um erro, mas as apostilas não têm nome. Eu acho que foi um erro, mas eu era meio radical naquela época, eu não ia botar o nome do governador nisto aqui, não vou, acho que isto aqui não tinha, pelo menos na parte da secretaria, o interesse era mesmo estar dando formação para o pessoal. Agora que não foi para frente, porque não adiantava dar só a formação: você tinha que estar propiciando, ter um meio deste povo ser englobado dentro de uma carreira; inclusive depois, durante esta época, eu participei de, até um pouco antes das discussões de planos de carreira mirabolantes, que punha dentro da gaveta, gastava um dinheiro danado. As duas vezes que eu participei foi no Centro Nacional de Aperfeiçoamento de Pessoal para a Formação Profissional - CENAFOR, que era um órgão do Ministério do Trabalho e a Secretaria gastou uma nota só para ficar elocubrando, porque nunca saiu nada. Eu acho que o interesse aí foi no início do Mercadante. O Mercadante viu a experiência em algum outro lugar, ele pediu para o pessoal vir para SP para estar discutindo o projeto, ele achou interessante.

Eu gosto muito do Mercadante, uma pessoa interessada, deu uma reformulada na Secretaria da Saúde (Entrevista com Haidê Benetti de Paula).

Já para a Maria Antonieta fica evidente que o PLE não atendia a interesses de grupos hegemônicos: “Bom, por isso que nós conseguimos caminhar, porque ninguém olhava para a gente, não tinha financiamento”.

Chamou-nos a atenção as questões metodológicas, de integração ensino-serviço e outros aportes que foram acrescentados ao processo de desenvolvimento da estratégia no Estado

Uma das técnicas que a gente usava era a problematização: pegar o assunto, como você faz como fazer para melhorar isto e jogar teoria em cima da prática. Agora o que era isso não sei, tinha Piaget, tinha Paulo Freire tinha outras coisinhas aí. Eu não sou estudiosa da área de educação agora a minha amiga Antonieta pode te dar mais detalhes a respeito. É eu sei que o pessoal gostava muito, os alunos quanto os professores que não eram professores, eram os instrutores. A capacitação pedagógica que todos faziam era muito interessante (Entrevista com Haidê Benetti de Paula).

Assim, a opção metodológica foi mantida com as mesmas características do nível central, com os mesmos aportes teóricos do campo da educação. Conforme o relato de Maria Antonieta Benko:

É Piaget, com certeza, mas assim, falar que eu entendia de Piaget, isto não. Era realmente da gente estar fazendo. Mas assim, a referência que a gente pegava era a estrutura do Visitador adaptado para o Auxiliar de Enfermagem e também adaptado segundo os conceitos de enfermagem que a gente tinha que era mais biológico; eu não acho que era biológico, porque o Visitador Sanitário ficou muito, uma visão onde o biológico não estava enfocado como o sistema pede. Então a gente tinha um foco bem maior relacionado.

Embora na enfermagem houvesse a dificuldade em articular, sistematizar e integrar o ensino/aprendizagem, a questão do currículo integrado aqui no Estado desenvolveu-se da seguinte forma:

Olha, o negócio é o seguinte: a gente não tinha nenhuma preocupação de fazer currículo integrado, nada disto, nós fazíamos pelo Visitador e era integrado e ele estava procurando o perfil e nós já tínhamos o perfil. Com base no perfil, é que nos fomos organizando o conteúdo e mexendo com

todo o conteúdo que a gente tinha experiência. Eu tinha saído de uma experiência hospitalar de quase seis anos, eu tinha passado por saúde pública durante seis anos também. Então eu não vim assim, sem experiência em saúde pública. Eu era enfermeira de saúde pública (era não eu sou), eu vinha com esta experiência e eu percebia dentro do Centro de Saúde, a dificuldade das visitadoras terem uma compreensão um pouco mais profunda sobre determinada interferência ou ação que elas faziam com o paciente. Elas ficavam mais em entrevistas, estas coisas, do que no “vamos ver.” Eu achava que o conteúdo do Auxiliar de Enfermagem era interessante também para o Visitador assim, como o do Visitador era interessante para o do auxiliar. Dentro do hospital é muito restrito, é uma visão muito imediatista, não fica elocubrando muito. Então eu acho que foi mais ou menos isto (Entrevista com Maria Antonieta Benko).

Na prática pedagógica da enfermagem, esteve predominante a pedagogia tecnicista que regem o sistema escolar brasileiro desde meados dos anos 60, articulada com a pedagogia tradicional. Portanto, a profissão manteve-se presa aos rigores da disciplina, ao conservadorismo e ao autoritarismo. O currículo de enfermagem predominantemente tecnicista ressaltava a necessidade de o enfermeiro “dominar, cada vez mais, as técnicas avançadas em saúde, tendo em vista a evolução científica, consolidando assim, o modelo biomédico” (SILVA; RUFFINO; DIAS, 2002, p. 194).

Podemos inferir, por meio dos depoimentos, o esforço das enfermeiras em romperem esta concepção tecnicista de ensino e se apropriarem de outros referenciais que dessem suporte a este processo, buscando sua própria superação.

Na opinião de Maria Antonieta Benko, o que deu identidade ao projeto foi o relacionamento de instituições de ensino/ serviço: o trabalho do município de Campinas integrado com a Faculdade – UNICAMP; o de Ribeirão Preto com a Escola de Enfermagem da USP; a Coordenação Estadual do PLE, em contato com a Enfermagem da USP. Havia outras participações de valor, porém esses três pólos, onde estavam as maiores cidades envolvidas, possibilitaram uma articulação nos campos da educação, saúde e trabalho.

Considerando que a opção era qualificar o atendente de enfermagem dentro do ambiente de trabalho, os antagonismos surgidos na execução levaram os gestores da época a lutarem contra o desenvolvimento do projeto.

Para que? Não há necessidade, até hoje. Ele presta bons trabalhos. São eles que carregam a enfermagem. Um outro desdobramento disto é o seguinte: eu vou qualificar alguém que está me servindo muito bem (que

era a categoria médica, os gestores). A hora que eu qualificar, ele vai ficar um pouco mais exigente, ele vai começar a questionar a questão da submissão, da passividade no trabalho, etc.

Então houve uma relutância, mesmo de que ele fosse qualificado. Então foi uma estratégia também ah; ele não pode sair para ter aulas fora do horário de trabalho; dentro do horário de trabalho, quero ver quem vai impedir e foi aí que saiu a proposta das enfermeiras idealistas que elas ficavam com seu atendente de enfermagem trabalhador. E além das atividades que ele desenvolvia, do seu cotidiano, ele desenvolvia atividades voltadas para o curso. Ele tinha concentração, que era a teoria que dava o conhecimento. Aí ele trazia isto para a sua prática, e então ele começou a ter uma prática modificada, transformadora, dentro do seu horário, da sua realidade (Entrevista com Irene Cortina).

O processo de avaliação discente neste contexto era processual podendo durar um ano, um ano e meio, dois anos. No dia-a-dia a avaliação era acumulativa, dentro das atividades do serviço, com feedback direto do aluno com seu professor; seu crescimento era registrado em um documento denominado “registro de fato” (Doc PLE, 1989).

Pode-se, assim, distinguir dois momentos complementares na avaliação: de processo, que proporciona informações para acompanhar e corrigir a ação pedagógica, durante cada passo da seqüência e de produtos parciais ou desempenho que procura determinar o resultado do processo cumulativamente, verificando o desempenho profissional alcançado naquela área ou módulo. A avaliação de produtos é essencialmente legitimadora e consiste na somatória das avaliações de processo (Doc PLE, 1989, p. 8).

O aluno era avaliado inúmeras vezes dentro de uma atividade, até o momento em que se tornasse apto. Este processo, que não se constituía uma avaliação do conhecimento, mas em reflexão de sua prática, diferenciava-se assim de uma abordagem tecnicista, em que a aprendizagem é realizada com a perspectiva de metas e objetivos a serem alcançados:

Então sabe, mas se discutia como que não, se estava certo, se não estava. Chegava uma hora o mínimo a gente tinha que ter para comprovar que o aluno passou, se ela tinha liberado este aluno deste conteúdo teórico, porque se não, você nem daria a certificação para este aluno. Então não acho que a gente chegou numa avaliação assim, que a gente engrenasse o currículo. Eu acredito que seria uma avaliação legal. Acho que é estudando na prática, quando você faz um currículo de tudo isto. Não é que você está descolada da realidade, você está colado com a realidade em termos de informação do que precisa, do que não precisa, de como você pode ensinar. Agora você ter o retorno é uma coisa que depende de uma gama de coisa que não tem serviço ainda implantado. E aconteciam coisas assim muito delicadas, porque o pessoal de enfermagem era avaliado e às

vezes ele era punido por esta avaliação. Eles usavam esta avaliação como registro de acontecimento (Entrevista com Maria Antonieta Benko).

Prossegue Maria Antonieta relatando, as contradições de se criar um instrumento como o registro de fato utilizado pelo PLE, cujo propósito não era de avaliação.

Dentro da instituição, não tinha outro funcionando que tivesse isto. Deu para entender como é injusto. Então era uma coisa delicada. Eu ficava pensando se era justo você registrar uma coisa que a instituição poderia usar. Porque você não tem dentro do serviço de saúde processo de avaliação. Você só tem a hora que o rapaz tem que ser observado ou a pessoa tem que ser observada no sentido de se vai ficar ou não. Porque daí você faz cinco chamadas e uma coisa assim, vamos pegar aquele. Não estou nem falando que é injusto, mas quando chega neste ponto deve ter alguma coisa, mas é muito delicado este aspecto de avaliação, muito delicado. Então, eu acho que avaliação ela transcende a questão da formação, quando você faz pensando numa estrutura como o Projeto Larga Escala, ele transcende e a gente tem que ter muito claro isto, porque você pode estar penalizando pessoal que está se esforçando para conseguir (Entrevista com Maria Antonieta Benko).

Ainda em relação ao processo de avaliação docente e discente, encontramos a seguinte consideração:

Eles eram avaliados entre si. Havia as capacitações pedagógicas, que eram muito interessantes. Era uma exposição de facilidades e dificuldades encontradas e com a parte pedagógica onde se faziam estudos, leituras, dinâmicas. Toda dinâmica que se usava com o aluno era feita entre os professores para ver qual o objetivo daquela dinâmica, que momento poderia ser usado, que desdobramentos a dinâmica teria. Os textos também eram todos discutidos. Naquele relatório que o enfermeiro mandava, ao termino da cada atividade de concentração que era o conteúdo de ensino, lá ele colocava as facilidades e as dificuldades que ele encontrou. E havia uma troca, de um município para o outro. Estes encontros eram bem freqüentes; quase que semestralmente, os docentes se encontravam, não só no município, como em encontros estaduais (Entrevista com Irene Cortina).

Diante desta síntese de experiências e relações especiais, engajamentos e embates reais, fortalecia-se o PLE

Eu acho que este processo tão grande que Deus deu, com certeza, era uma aula que não era expositiva. Foi até tão interessante, porque dentro da pedagogia do projeto ficou um lance de que a aula expositiva era um pecado mortal. E foi muito interessante quando uma enfermeira veio e falou: não tive jeito, tive que dar uma aula expositiva e todo mundo aplaudiu, porque era isto mesmo. Você entende, então era tanta novidade.

Elas se queixavam tanto! Elas tinham tanta dificuldade que era mais discutir o que uma fazia como que tinha se virado assim, como tinha se virado assado e então eu acho que ficava assim com relação à enfermeira. Olha não dá nem para pensar vamos ver como é que dá para avaliar aluno. Acho que nós não chegamos em uma avaliação que fosse assim, que a gente acreditasse que tivesse, porque quando você engrena, daí o currículo anda, tudo anda, não chegou a isto. Eu acho que elas levavam a sério a questão da avaliação. A gente fazia supervisão em cima da avaliação, a gente discutia, mas a gente sabia que era difícil, porque a quantidade de funcionário era muito pequena, enfermeiro, então! O que a gente tinha de funcionário naquela época e o que a gente tem hoje (Entrevista com Maria Antonieta Benko).

Quando se tratava de avaliação do processo, a Coordenadora Nacional do PLE, a enfermeira Izabel dos Santos esclarece que foi uma das coisas pouco trabalhadas no projeto:

Não tem, porque a gente, eu tenho certeza disto, foi uma das coisas que eu não trabalhei. Porque eu achava que eu queria, a idéia minha é que eu queria fermentação sobre o processo social. Eu achava que não devia perder tempo com avaliação, mas eu queria mais adesão social de pessoas, para formar um grupo que tivesse força política para mudar as coisas. Aí eu falei, a avaliação depois, algum dia, alguém faz e é coisa séria.

Embora o PLE estivesse em sintonia com os preceitos requeridos pela experiência pedagógica, começava-se a delinear externamente o dilema da formação de qualidade versus o dilema de formação em quantidade, impulsionados pela criação do SUS, por meio da Constituição de 1988 e pelas prescrições das agências internacionais em 1990. Assim, na presença de interesses divergentes, surgiu o Projeto Classe Descentralizada, “mas não tinha conteúdo, não tinha assim enfermeira que desse uma direção técnica, você entende e então elas lidavam com a gente como se fossem inimigas mesmo” (Entrevista com Maria Antonieta Benko). Estabeleceu-se, dentro da Secretaria de Saúde, uma justaposição de projetos, um “meio de campo de competição”.

Porque escondeu o tipo de financiamento que tinha e aí fica evidente que o sistema que a Secretaria de Saúde está tendo dois pesos e duas medidas e então as coisas eram feitas de forma bem subterfugas com relação a gente, você entende. A gente quando aparecia, a gente percebia o mal estar. Elas eram muito competitivas. Estou falando isto assim de sensação. Talvez o que elas tivessem eram uma insegurança por não terem formação como enfermeiras e serem só pedagogas (Entrevista com Maria Antonieta Benko).

Já a Haidê revela que a Classe Descentralizada foi implantada por um dos braços direitos do Secretário da Saúde, José Aristodemo Pinotti:

Eu acho que a gente não entendeu direito, eu sei lá. Na época foi uma briga, foi uma questão que a gente entendeu como está querendo acabar com o Larga Escala para implantar as Classes Descentralizadas. Mas eu, depois de algum tempo já fora disto, eu acho que todas as propostas para qualificar o pessoal eram válidas, as duas. Não acho que tenha sido ruim, tenha sido um golpe (Entrevista com Haidê Benetti de Paula).

Apesar dos conflitos e da justaposição dos dois projetos, um deles motivado pela idéia de qualificar o profissional de maneira que este profissional não fosse excluído e o outro, pela execução de um processo (em que houve investimento político e econômico), que formasse e titulasse o atendente de enfermagem da SES, decorrente da implantação do Classe Descentralizada no ano de 1990, os dois projetos começaram a receber financiamento do Estado: os profissionais atuantes nos projetos começaram a ser pagos por hora/aula.

O depoimento seguinte aborda essa questão.

Era um dinheiro vindo, era uma verba do Ministério da Saúde e ele repassava para a Secretaria Estadual. E a Secretaria Estadual de Saúde fez convênio com a Paula Souza para administrar o dinheiro. Então, a Fundação Paula Souza é que administrou esta verba, inclusive criou as diretrizes: pagamento de hora-aula, as planilhas como funcionavam, a prestação de contas. A Paula Souza é que repassava o dinheiro (Entrevista com Irene Cortina).

Nesse período, o PLE começa a apresentar dificuldades de evolução, articuladas com as dificuldades da rede pública de saúde, sem dispor de ferramentas facilitadoras do cotidiano do processo de trabalho no cotidiano:

Eu acho que foi o próprio Larga Escala que não conseguia deslanchar e o Classe Descentralizada conseguiu. Era muito mais fácil você juntar lá um monte de gente, trabalha com ensino formal, fica muito mais fácil. Agora o problema é que no PLE a gente não conseguiu fazer isto. Se a gente tivesse atingido o Estado inteiro rapidamente, mas eu acho que foi incapacidade nossa mesmo do grupo. Esta proposta nossa que era diferente lá do Ministério, porque o Ministério queria o Visitador e nós queríamos o Auxiliar. Eu acho que isto tudo não deixou, proporcionou, propiciou que o PLE deslanchasse tanto quanto ele deveria ter deslanchado para não precisar estar entrando o Classe Descentralizada. Não acho que fosse uma proposta de direita as classes descentralizadas. Eu acho que a minha proposta que a gente implantou era muito mais democrática, muito mais interessante e tudo o mais. Não acho que não

fosse válida também a Classe Descentralizada. Na época a gente achou que era um golpe ou alguma coisa assim. Foi um erro (Entrevista com Haidê Benetti de Paula).

Num campo de correlação de forças, Maria Antonieta traz à tona alguns desafios e possibilidades de atuação encontradas na execução deste projeto:

Neste sentido, a gente era muito beneficiada. Não existia interesse político na gente. Então, em nível de liberdade, era total. Então eu acho que você, eu ficava pensando realmente porque eu estou vivenciando esta situação, porque foi um presente, mas foi muito sofrido. Ao fim do processo, eu fiz uma hepatite B, mas assim impressionante do laboratório ligar para mim e falar: você nem venha para cá, você fique em repouso, só volta no retorno. Também baixou em pouco tempo, em termos de saber que tipo de contato eu só tive uma cirurgia de boca que tinha sido uns quatro meses um negócio assim que dava até para achar, mas com certeza foi uma baixa de resistência do excesso de preocupação, cansaço. Tinha gente que telefonava pedindo a unidade que vinha depois porque já estava entrando e a unidade não estava pronta, porque já estava todo mundo, todos os enfermeiros do processo, a elaborar o currículo, já estava com aluno, então era uma loucura. Assim Butantã, foi Butantã e Ribeirão Preto, aqueles que estavam assim empurrando, né, eu falei: vocês façam aí e me mandem, não tenho condição, mas é isso, vocês sempre souberam: Vai em frente, depois conta pra gente e aí a gente começou receber material que elas tinham usado nas unidades, mas já não conseguimos mais definir e fazer o consenso e amarrar no que queria. Esse caderno eu acho que foi o terceiro (Entrevista com Maria Antonieta Benko).

Tanto o Projeto Larga Escala, quanto o Classe Descentralizada, foram vinculados, a partir de 1989, ao Centro de Desenvolvimento de Recursos Humanos - CEDRHU da Secretaria de Estado da Saúde:

Era o CEDRHU, a gente pertencia ao CEDRHU. Tinha esta professora que era o braço direito do braço direito do Pinotti e a gente tinha reuniões lá. E era colocado que a classe descentralizada formou muito mais gente que o PLE. Em seis meses, um ano, se formava lá aquela bruta turma e o Larga Escala não. Era tudo mais penoso, muito mais devagar, por isso que eu te falo: não sei qual que se tinha alguma qualidade. A CD devia ter, senão não teria formado tanta gente. Mas era muito mais rápido, o Estado estava precisando de formar pessoas, então era interessante. Era esta uma das críticas de I., por conta de que é uma escola normal, tradicional, ensino formal a CD e o Projeto não era uma coisa bem mais ...Sim, mais eu não sei se o Estado teria todo este tempo, não teve. Mas para ficar fazendo este tipo de formação, eu acho que o que aconteceu, tanto para o Classe Descentralizada como para o PLE valeu. Gostaria que tivesse

continuado, conseguido formar mais gente porque o projeto era muito mais interessante, uma coisa mais de abrir a cabeça das pessoas, ter visão política maior. Mas para as pessoas foi válido também ter as classes descentralizadas, porque elas se formaram. O PLE ia demorar muitos anos, se é que conseguiria formar todo aquele contingente que estava ali (Entrevista com Haidê Benetti de Paula).

Até 1991, destacamos a fase áurea do Projeto no Estado. Apesar das dificuldades de execução, do pouco envolvimento político, da polarização de projetos, o PLE foi sustentado pela sua equipe em termos de presença e ação. Com a criação do CEDRHU e a desvinculação dos projetos do nível central e o início de uma nova gestão no governo estadual, os projetos de formação foram mantidos, contudo o PLE tinha dificuldades próprias, oriundas da proposta. A necessidade de formação, por conta da Lei do Exercício Profissional, fez com que os gestores dessem prioridade ao projeto que formasse um quantitativo maior, que não era a conotação do Projeto Larga Escala.

Apesar do grande esforço da equipe do PLE para consolidar o processo de formação, os acontecimentos conjunturais do período e a presença de um outro cenário político fizeram com que a proposta de formação do PLE se mostrasse ineficaz para a realidade que se fazia presente.

No final de 1992, a enfermeira Haidê Benetti de Paula deixou as atividades de coordenadora do PLE para assumir atividades na Secretaria Municipal de Saúde de Santos. Comentou que deixou o projeto “por falta de opção”. Sua gestão ocorreu no período de 1985 a 1992. No decorrer desses sete anos, foi permeada por acontecimentos, desafios e dificuldades, dos quais podemos apontar o aspecto político, como um fato que merece ser destacado e que cercou este projeto desde o início.

Foi o político, sabe, eu acho que o maior desafio foi o político, acho apesar de que eu acho que a Haidê<sup>2</sup> tinha uma penetração. Ela era muito respeitada e acredito que só andou porque ela era que estava lá. Eu tenho muita admiração por ela, pelo que ela fazia de uma forma muito tranqüila. Quando a gente estava aflita, ela falava ah! Ela é de uma competência que é uma coisa muito natural nela. Ela faz o que os outros não conseguem. Eu acho que tinha este lado. Em termos de desafios, foi realmente fazer o currículo; em termos de saúde, não foi a minha só não, assim de você chegar num nível de estresse e percebe que uma ‘pifou’, ‘pifou’ assim no sentido de espanar mesmo, mas retoma, mas acho que foi fazer mesmo o currículo (Entrevista com Maria Antonieta Benko).

Já as dificuldades elencadas por Haidê se relacionam a questão do material didático e a adesão dos profissionais: “o próprio material que a gente tinha na mão humano: os enfermeiros”:

Mas como se você trabalha com enfermeiros, você vai ver qual é a nossa mão-de-obra. Acho que nisto até a gente teve bastante receptividade. Não é em todo lugar, nós não conseguimos implantar em um bocadinho de lugares. Uma das coisas que eu acho que teve a ver com o COREN, a não aceitação do pessoal que não tinha escolaridade em estar fazendo o curso. Ele dava a certificação na parte da qualificação profissional e quando, eu acho que era a grande diferença da proposta da classe descentralizada para o projeto, você muitas vezes começava a fazer a qualificação no PLE e aí ele ia procurar terminar os seus estudos formais. Aí você juntava as duas coisas e aconteceu muito disto nestes poucos anos que a gente formou, vira e mexe, aparecia alguém que já tinha passado por nós. Estes documentos pela coordenação, vira e mexe, alguém mandava o certificado de término de conclusão de primeiro grau, as pessoas se incentivavam e procuravam ir estudar, coisa que não acontecia na Classe Descentralizada, porque eles já tinham terminado o primeiro grau. Estes embates teve realmente com enfermeiros. Outros profissionais foi uma coisa muito interessante, a gente conseguia apoio de todos os profissionais médicos de irem falar sobre o tema, nutricionista, você pegava o pessoal da rede e acho que a gente conseguia envolver bastante. Foi muito interessante, mas eu não me lembro de nada assim (Entrevista com Haidê Benetti de Paula).

O período é também marcado pela saída do projeto, em 01 de abril de 1994, da enfermeira responsável pela operacionalização da experiência pedagógica em termos de proposta metodológica: planos de ensino, currículo e metodologia. Ela retornou, a pedido, às suas atividades no Hospital Universitário da USP, devido ao reduzido número de funcionários com os quais contava o órgão de lotação e da política de contratação de pessoal adotada pela USP.

Procuramos, a partir da análise de seu relato sobre suas intervenções no PLE, verificar qual a leitura feita desse acontecimento.

Engraçado, você sabe, que eu acho que pra mim foi uma coisa tão importante, eu falo que eu fiz uma segunda faculdade lá, porque eu reorganizei todo o meu conhecimento de enfermagem lá. Todo. E foi graças a elaboração do currículo, no qual você reorganiza seu conhecimento e vai acrescentando, eu vejo assim como uma coisa que se, até hoje, alguém chegar no material e fala, olha, que coisa interessante, é até bom, apesar de que o material da Secretaria sempre foi bom. Acho que foi uma coisa assim que quem se envolveu percebeu qual o impacto de

---

<sup>2</sup> Coordenadora Estadual do PLE, no período de 1985 a 1992.

você fazer uma formação em serviço, e formação em serviço é treinamento em serviço, é aperfeiçoamento, é um impacto que você mexe com os brios de todo mundo; quando você mexe com isto [...] Eu vinha de educação continuada, eu trabalhei seis anos no Hospital Universitário com educação continuada. Eu tenho livro em cima de educação continuada e eu já sabia disto. Eu vinha com um amadurecimento interessante que mexe com a instituição. Eu acho que isto é bom. Com todos os pepinos que você tem, começa assim para o bem e para o mal, mal no sentido de trazer um disque-disque ou um desconforto; sabe acho que é bom, quando é para acrescentar, melhor ainda, eu vejo que foi uma oportunidade valiosa. Às vezes eu fico assim surpresa, porque os outros falam, mas olha, você fez o projeto larga escala, como se tivesse feito uma coisa importante, uma coisa que não foi só eu que dei importância,. Teve, você vê, que a gente não vê muito isto, eu tive este feedback, já não precisa nem ser muito.

Nossa, não fui só eu que pensei isto. É interessante, eu fico muito triste pelo andar das coisas. De uma forma geral, não é saúde, não é enfermagem, mas parece que as instituições estão com uma falta de indefinição da gente ficar muito mais perdida na indefinição do que você é. Você dar o caminho, não faz mal pegar o caminho errado, depois retoma, você só descobre isto, porque andou. Então eu fico imaginando assim que impacto que teve frente à situação que nós estamos vendo hoje. Eu acho que, com certeza, as pessoas que estão perdidas, elas tiveram oportunidade de vivenciar o projeto de uma forma mais reflexiva. Com certeza tem uma capacidade de estar refletindo do que está acontecendo hoje, você entende? De ponderar e não considerar isto como uma coisa perdida, a gente está refletindo, uma hora engata não é possível ninguém fica indefinido pelo resto da vida. Eu acho que se a gente fez alguma coisa, talvez seja mais alguma coisa de refletir em cima de uma situação com mais consistência, talvez seja isto (Entrevista com Maria Antonieta Benko).

Nesse mesmo ano, outra enfermeira assume as atividades na Coordenação do PLE, emprestada do Hospital Emílio Ribas

Bom eu entrei em um momento crítico. Eu cheguei em 94, quando o projeto para todos os efeitos já estava morrendo, porque outro projeto já estava tomando o seu lugar, que era o Classe Descentralizada. Politicamente ele era um projeto condenado, mas, como eu disse para você, algumas pessoas acreditavam nesta proposta formadora. Estas pessoas não deixaram o projeto morrer. A grande dificuldade que eu encontrava era o descaso de autoridades com relação ao projeto. Ele acontecia, abríamos novas turmas, algumas autoridades até iam na aula inaugural, desapareciam e quando tinha formatura, até compareciam. Mas no processo de formação, que durava normalmente neste período 18 meses, a gente conseguiu ajustar o curso para terminar em 18 meses para que as autoridades não dissessem que o curso não tinha um tempo para terminar. Este período do desenvolvimento do curso ele era um trabalho solitário, profundamente solitário. Então sobrava a minha pessoa aqui no

nível central, a coordenadora e os professores em nível local. A ninguém mais interessava. Ele não tinha mais repercussão nenhuma. Ele não dizia mais nada, ele não saciava desejos de autoridade etc, porque havia um projeto que formava um quantitativo maior, que tinha uma visibilidade política maior. Então nós ficamos assim que nem os filhos pródigos [...], mas, a formação, a gente acreditava nesta formação (Entrevista com Irene Cortina).

Deste processo de formação, que buscou ampliar o horizonte da enfermagem, podemos destacar alguns avanços e retrocessos, dos quais uma das entrevistadas faz uma análise bastante consistente dos principais acontecimentos.

Quando Campinas acabou de formar o pessoal, acho que foi, deve ter sido um impacto para quem vivenciou o processo e mesmo para a instituição foi muito interessante. Porque lá elas davam o projeto e amarravam com o primeiro grau. É uma cidade que você pode acompanhar, tem como fazer. Acho que também assim uma coisa que foi muito interessante foi a questão da elaboração do currículo junto com os docentes. Foi uma coisa assim que eu me sentia paga por poder presenciar certa aproximação técnica onde você via o pessoal do campo ser respeitado e eles ouvindo o docente também. Se já saia ganhando, não precisa fazer mais nada. Estava com o dia ganho; eu acho que para mim foi uma experiência impar, e mais, eu acho assim que o impacto dentro da secretaria da saúde eu percebia que o conteúdo do projeto de um jeito ou de outro era pedido por mais gente, era utilizado. Tinha um que usava como alguma referencia, eu percebia isto sabe. Eu acho que era um conteúdo que eu acho isto interessante. Eu acho que este é um dos impactos mais oficiais que nós tivemos. Chegou uma hora eles falaram que estavam gastando tanto com xerox e eles queriam que a gente fizesse pela imprensa oficial. Então nós temos dois cadernos feitos pela imprensa oficial. Eu acho isto um impacto, sabe, assim. Não teve jeito. Eles tiveram que reconhecer que tinha algum material que a demanda é favoreceu a oficialização, sabe? Eu acho que isto foi interessante. O que eu vivenciei de oficial foi interessante. Acho que todas as formaturas tiveram impacto para o projeto, todas as formaturas (Entrevista com Maria Antonieta Benko).

Haidê compartilha da mesma opinião da parceira:

O município que eu acho que atuou mais foram dois: São Paulo e Campinas. O pessoal de Campinas, realmente, elas tiravam leite de pedra, elas conseguiam, elas vinham ajudar fazer o material e levavam. Eu não lembro, mas teve um número razoável de alunos e trabalhavam integradas com o Estado, que eu acho muito importante. E na Prefeitura também de São Paulo também teve uma época que teve um ‘pessoalzinho’ mais envolvido. Realmente não lembro, a gente tinha, mas que não era na área de enfermagem. Tinha pessoal em Sorocaba, Itu. Trabalhou com a gente um tempo que era um pessoal que começou a implantar o Auxiliar trabalhando com o dentista; tinha o pessoal de Casa Branca. Era Estado

só. Não me lembro se tinha prefeitura. E o mais pessoal mesmo era Campinas e São Paulo, que teve uma maior integração (Entrevista com Haidê Benetti de Paula).

Para Irene Cortina, o PLE foi palco de resistências no sentido de se configurar a possibilidade de representar uma nova prática social: “Se a gente não acreditasse no projeto, ele teria terminado em meados de 90”. Explicita assim seu engajamento político e as tensões vividas no processo: “o projeto não morreu, porque havia a questão ideológica que esta ninguém tira, pode mudar: política, os políticos, os gestores. Se você acredita em alguma coisa, isto ninguém tira de você, a coisa ideológica; nós acreditávamos nesta formação”.

Segundo havia um compromisso com uma demanda muito grande de atendentes de enfermagem que, à medida que eles não eram contemplados naquela turma que abria, eles estavam aguardando ansiosamente a próxima. E a gente sabia que, se eles não fizessem por meio de nós este projeto, dificilmente ele teria um outro caminho, porque recursos próprios eles não tinham. As escolas particulares estavam começando naquela época a oferecer cursos de auxiliares de enfermagem, mas eram cursos caros. Inclusive o SENAC, a Cruz Vermelha, escolas antigas aqui em SP, a própria fundação Paula Souza, mas não eram acessíveis à grande maioria. Então os enfermeiros, que lideravam o movimento do Projeto Larga Escala nas grandes cidades, não desistiram e há de se fazer uma grande ressalva que foi o movimento de Campinas, através da Alóide Ladeia Guimarães e a Jeannete, e de São José dos Campos, onde havia uma equipe muito coesa de enfermagem e odontologia, que apesar do município trocar inúmeras vezes as enfermeiras que coordenavam o projeto, não morreu. Eles zeraram a formação de atendente de enfermagem em S.J. dos Campos. Então são dois municípios que a gente [...] o último suspiro foi deles em 1997, se não me engano (Entrevista com Irene Cortina).

Em relação a uma análise e reflexão sobre o término do PLE, mencionamos uma citação bastante indicativa.

Eu acho que se fizer uma análise bem retilínea, ele acabou porque não tinha como objetivo formar em três tempos, acabar com a falta de título. Se fosse este o objetivo, ele não tinha acabado, você entende? Não que não tivesse em consequência de uma formação de uma inclusão profissional adequada, [...], é se forma, ele ganha direito de ter o título, sim. Não que ele não tivesse este objetivo, tem, mas não era só isso não. Agora eu acho que é bem o seguinte: você pega, entra na Secretaria leva os projetos, os meus projetos. Você não vai olhar do mesmo jeito. Acho que é até humano. É uma pena, mas eu acho que a política é assim, por isto que ela patina, sabe? Se a gente vai à Secretaria de Estado da Saúde

hoje, você vai ver discussões que eu vi há 20 anos atrás. É triste isto. Então eu acho que a gente ainda não aprendeu a somar mesmo. Você deixou de bom? Vamos somar este e é daqui para frente. Parece que não tem este daqui para frente (Entrevista com Maria Antonieta Benko).

A esse respeito, Haidê Benetti de Paula diz que:

Ele terminou, eu acho que, a gente não é querer jogar a culpa em cima de outro, mas um dos fatores de ter terminado foi este número pequeno de pessoas envolvidas, de alunos, profissionais envolvidos comparativamente com a Classe Descentralizada e eu já coloquei que eu não sou totalmente contra. Era muito mais interessante arrumaram algum dinheiro em algum canto e era o braço esquerdo e direito de Pinotti e conseguiram deslanchar com ele. Aí eu imagino que se a CD consegue englobar um monte de gente, apesar de que a CD depois desvirtuou, era a formação do pessoal já no serviço; tanto do Estado como das prefeituras, mas que trabalhavam na formação. Isto é limitado chega uma hora vai acabar, este pessoal, este contingente vai acabar. E com a CD vai mais rápido. Então vamos incentivar a CD, eu imagino é um dos fatores do projeto ter involuído.

Sobre as contribuições que o PLE trouxe à categoria de enfermagem, a primeira diz respeito a uma filosofia de inclusão dos atendentes de enfermagem:

O projeto? Com certeza, de inclusão, com certeza, de valorização, de reconhecimento, de você ir atrás de seu conhecimento, de você ter uma prática crítica criativa, de você ter conceitos éticos mais claros com certeza. É, eu acho que é mais bonito, mas não está dentro do esquema. Então, a lição que ficou para mim do Projeto é que você tem que ter uma forma mais ágil de fazer isto; você tem que ter uma realidade que absorva mais isto então, decorrente do processo que você está inserido. No fim, você sempre entra em conflito com isto (Entrevista com Maria Antonieta Benko).

O trabalho coletivo desencadeado pelo Larga Escala, apesar dos desafios, trouxe conquistas para os que dele participaram, mas se transformou em um trabalho solitário “ eu fiquei sozinha no projeto e absolutamente abandonada; não havia mais interesse da secretaria, de ninguém, nem da secretaria, nem do coordenador do CEDRHU, de ninguém. Por que ele já estava acabando e novos projetos já estavam surgindo, não o PROFAE que veio depois. Era o Classe Descentralizada que corria naquela época paralelo” (Entrevista com Irene Cortina).

Em 1997, a Secretaria da Saúde, por meio da Coordenação Estadual e das Diretoras dos Centros Formadores: Franco da Rocha, São Paulo, Itapeccerica da Serra, Araraquara, Assis e Pariquera-Açu, mobilizadas pela nova LDB construiu um novo plano de curso,

adequando o PLE à nova legislação educacional, optando pela nomenclatura Currículo Integrado.

Concluimos com o depoimento da última coordenadora do PLE no Estado de São Paulo, que nos abriu as portas para o projeto, anteriormente fechadas por ela mesma, em relação aos acontecimentos históricos

Bom, eu leio assim: primeiro eu vejo o meu lado, minha pessoa como profissional, eu acho que eu fui privilegiada nesta minha encarnação por um monte de fatos históricos que eu vivi, o período do meu curso de enfermagem na USP que foi um período da instalação da ditadura, do Ato Institucional 5, da minha participação no retorno das liberdades democráticas através da minha profissão, coisa rara na enfermagem, porque a enfermagem não tinha esta bandeira. Eu fiz parte disto através da minha participação na UNE, EEE, depois na ABEn, em todas as instâncias de organização social que eu pude participar, porque o Larga Escala é um desdobramento disto, ele tem esta cara de formação democrática, libertadora, transformadora do serviço e transformar o serviço para quê? Por uma única coisa que é a proposta do SUS hoje, que é atender bem a população na sua integralidade, de uma forma equitativa, mudar os termos. Era isto que a gente queria lá atrás: formar profissional de saúde que atendesse bem a população, de uma maneira justa, digna, com qualidade, com profissionais competentes envolvidos. Então é isto eu acho que eu vivi décadas lindíssimas e eu ainda estou com energia para muita coisa (Entrevista com Irene Cortina).

#### 4.6 QUALIFICAÇÃO PROFISSIONAL: O PROJETO CLASSE DESCENTRALIZADA

A estruturação desta unidade temática surgiu da necessidade de se buscarem explicações sobre a diminuição das atividades do PLE no Estado de São Paulo, ocorrida pelo enfraquecimento desta proposta inovadora de formação, devido ao surgimento do projeto Classe Descentralizada - CD. Reconhecendo que se empreendeu um grande esforço, desde o ano de 1985, para implementar o PLE no Estado, objetivamos discutir o processo de execução do CD, enquanto projeto alternativo de qualificação de profissionais de nível médio, em particular de auxiliares de enfermagem,

A justificativa da Secretaria de Estado da Saúde – SP para a instalação do CD baseia-se no fato de que, em 1989, o quadro de pessoal da SES empregava apenas 23% dos servidores com formação em nível médio, tornando a enfermagem um setor crítico.

Mesmo com a implantação do Projeto Larga Escala, iniciando efetivamente suas ações em 1987, cresciam cada vez mais na Secretaria pressões por parte dos serviços e dos próprios servidores no sentido de atender à formação de um número maior de profissionais na área de enfermagem (SÃO PAULO, 1996, p. 4).

Os estudos para a implantação do CD foram iniciados em 1988, no CEFOR de São Paulo (antiga escola do INAMPS) tendo como responsáveis pela organização as pedagogas Iacy Vieira da Motta Borg e Lucia Maria da Silva Ferreira, que faziam parte da equipe do Secretário de Estado da Saúde - Prof. Dr. José Aristodemo Pinotti, conforme já mencionado neste estudo.

O CD teve o município de São Paulo como pólo para a implantação das primeiras turmas de auxiliar de enfermagem do projeto. Após sua autorização, por meio do parecer do CEE n.º 427/89, começou a se expandir pelo Estado, pois trazia no seu bojo a política de descentralização exigida pela implantação do SUDS.

Este projeto envolvia a Secretaria de Estado da Saúde e Secretaria de Estado da Educação, prefeituras municipais, hospitais, sindicatos e o Centro de Educação Tecnológica “Paula Souza” – CEETPS - cujo convênio foi viabilizado em dezembro de 1989 - e outras instituições. A SEE, por meio do Conselho Estadual de Educação, aprovava novos cursos, alterações no regimento e assuntos relacionados ao projeto (SÃO PAULO, 1996).

Neste mesmo ano da celebração do convênio ocorreu a formação de 118 auxiliares de enfermagem e prosseguia com 36 classes em funcionamento.

Dessa forma, enquanto as atividades do PLE foram restritas ao CEFOR de Franco da Rocha, em 1989 ampliou-se o CD para os Centros Formadores de Assis, Pariquera-Açu e também para Franco da Rocha. Definido pela SES como um “novo tipo de organização escolar compatível com as necessidades dos serviços de saúde e de sua demanda”, continua seu processo de expansão:

Em 1990, a SES criou e instalou o CEFOR de Américo Brasiliense – CEFAB; em 1993, firmou parceria de trabalho com a Escola de Enfermagem de Campos do Jordão e com o núcleo Formador da UNESP – Campus de Botucatu e em 1995, foi instalado o CEFOR de Itapeverica da Serra (SÃO PAULO, 1996, p. 5-6).

No quadro abaixo, verificamos um comparativo entre o PLE que oferecia cursos de Auxiliar de Enfermagem, Atendente de Consultório Dentário e Técnico em Higiene Dental e o CD, que desenvolvia os cursos de Auxiliar de Enfermagem, Técnico em Patologia Clínica, Técnico em Citologia e Técnico em Histologia. O CEDRHU definia os projetos como formas alternativas de qualificação profissional, em nível médio, dos servidores do SUS/SP (SÃO PAULO, 1995).

QUADRO 3. Projetos de Formação de Pessoal em Nível Médio. São Paulo, 1995.

PROJETOS	LARGA ESCALA	CLASSE DESCENTRALIZADA
Autorização	Parecer CEE n.º 1.297/87	Parecer CEE n.º 427/89
Implantação	Out/87	Out/88
Objetivos	Aprimorar o atendimento à saúde da população por meio de investimento na formação e desenvolvimento de seus servidores.	
Princípios	Descentralização/ flexibilidade / integração serviço ensino.	
Modalidade de Ensino	Supletivo de qualificação profissional III e IV.	
Início do Curso	Qualquer época do ano, após autorização.	
Clientela	Servidores do SUS.	Servidores do SUS e candidatos a emprego na Saúde.
Escolaridade mínima para ingresso ao curso	Auxiliar -4ª série do 1º grau. Técnico – 1º grau completo.	Auxiliar – 1º grau completo. Técnico – 2º grau completo.
Escolaridade exigida para a certificação após conclusão do curso	Auxiliar – Ensino de 1º grau completo (certificado). Técnico – Ensino de 2º grau completo (diploma).  Observação: concluintes não portadores de escolaridade exigida para certificação recebem declaração de conclusão de curso e histórico escolar.	
Duração média do curso	ACD – 10 meses. THD – 12 meses. AE – 18 meses	12 meses.
Currículo	Integrado. Períodos de concentração / dispersão.	Por disciplina. Aulas teóricas/ teórico – práticas e estágios.
Avaliação	Conceitos APTO / NÃO APTO	CONCEITO ou NOTA, de acordo com o regimento escolar do Centro Formador
Capacitação pedagógica	É pré-requisito para coordenação e docência. 80 horas para introduzir o coordenador/ instrutor na metodologia do Projeto	No decorrer do processo

Fonte: SES, CEDRHU. Ações e Propostas, 1995.

Observamos no quadro algumas similaridades entre os projetos: os mesmos objetivos, princípios e modalidade de ensino.

Assim como o PLE, o CD estava vinculado a um Centro Formador, funcionava em um local em que houvesse necessidade de formação de pessoal e tinha à sua frente, além do coordenador da classe, um auxiliar para escrituração. Diferenciava-se do PLE, pois não se referia a uma experiência pedagógica e sim a uma proposta de ensino formal:

É importante esclarecer, de início, que a proposta do Projeto Classe Descentralizada, como se apresenta hoje, não se refere a uma ‘experiência pedagógica’ – pode até dar origem a algumas experiências pedagógicas – mas, nas condições atuais, ela não propõe nenhuma metodologia de ensino inovadora e não oferece especificamente e propositadamente aos alunos condições para experiências de aprendizagem que as classes comuns não ofereçam (SÃO PAULO, 1994b, p. 2).

Contudo, das fontes primárias do CD, retiramos alguns trechos acerca da elaboração e resultados da proposta, evidenciando a necessidade de formação de profissionais legalmente habilitados para o exercício de suas funções, da necessidade de qualificar e certificar profissionais de nível médio para a área da saúde, atendendo às exigências legais (Lei n.º 7.498/86) e de alcançar uma profissionalização adequada às necessidades dos serviços, denunciando uma nova forma de atuação que se opunha à proposta do PLE, oferecendo um modelo que difere das classes comuns apenas na organização escolar.

Diante disso, a demanda era organizada mediante solicitação aos ERSAs, municípios e hospitais públicos. Cada classe estava vinculada a um CEFOR, de acordo com a sua localização geográfica e distribuídos regionalmente de acordo com os ERSAs. O curso, gratuito aos alunos servidores do SUS, com turmas de 30 a 35 alunos e duração de 12 meses realizava-se fora do horário de trabalho do servidor.

Como “um dos princípios do projeto Classe Descentralizada era oferecer curso de auxiliar de enfermagem a todos atendentes de enfermagem” e havia a necessidade de se conhecer a real demanda para o curso, a Coordenação do Projeto introduziu, nos municípios interessados, um livro de cadastro:

Para este cadastro será utilizado um livro único, usando a folha em toda a sua extensão. Os registros serão feitos por um funcionário, previamente treinado para esta atividade, anotando os dados, conforme folha anexa, de todas as pessoas interessadas no curso. Este cadastro não se encerra, enquanto na unidade não houver possibilidade de se instalar novas turmas (SÃO PAULO, sd. ,p. 1).

Nesse caso, podemos inferir que as facilidades oferecidas pelo CD, diante de se fazer opção pelas duas propostas alternativas de formação no Estado, levava o interessado a optar por ele. Um outro fator torna-se relevante: os profissionais envolvidos nas CDs prestariam serviços, sem vínculo empregatício, mas receberiam por hora-aula:

Os profissionais envolvidos nas Classes prestarão serviços, sem vínculo empregatício, qualquer que seja o tempo de dedicação ao Projeto. Receberão por hora-aula, conforme a distribuição da carga horária no Plano Escolar de cada turma e registrada na planilha orçamentária. O total de horas-aula para pagamento são as efetivamente dadas, dividido por 4 e multiplicado por 5 semanas. Nos estágios, este número será multiplicado pelo número de supervisores. O valor da hora-aula será comunicado pelo CEDRHU, após a aprovação do Gabinete (SÃO PAULO, 1994a, p. 2).

O Diretor de cada Centro Formador - CEFOR faria jus a uma gratificação, assim como o secretário e o escriturário do CEFOR, bem como todos os envolvidos na supervisão do projeto. A gratificação recebida seria alterada a partir da 10ª Classe e dobrada a partir da 15ª Classe, em funcionamento :

Os profissionais da equipe central, Diretores e Coordenadores Regionais terão as despesas decorrentes da supervisão pagas com recursos do convênio SUDS-SP/CEETPS, cobrindo os gastos com passagens, táxi, alimentação, hospedagem e combustível, mediante comprovação. Excluem-se as despesas cobertas com recursos dos ERSAs (SÃO PAULO, 1994 a, p. 17).

O documento referente ao Relatório do Projeto Classe Descentralizada (SÃO PAULO, 1996, p.12) pôde elucidar a fonte de financiamento do CD:

Por ocasião da celebração do citado convênio, houve repasse de recursos financeiros oriundos do financiamento com o Banco Mundial (Termo Aditivo n.º 01/89), publicado em 08/12/1989. Esses recursos, no período de 1990 a janeiro de 1994, foram destinados à manutenção dos Centros Formadores, Classes Descentralizadas, parte da equipe central, aquisição e impressão de material e à capacitação pedagógica.

Rizotto (2000, p. 114), ao referir-se aos financiamentos do Banco Mundial ao setor saúde, afirma que foi na década de 80 que o setor começa a aparecer como área de interesse para o Banco, incorporada como um setor específico para a pauta de financiamento e que, “ao financiar projetos para a área de saúde, esta instituição tinha clareza de que poderia interferir de forma mais sistemática e direta nas políticas de setor público”.

Mediante essa constatação, as ações do Projeto foram se ampliando e estabeleceu-se a meta de qualificar 15000 profissionais em nível médio, ou seja, qualificar e certificar o Auxiliar de Enfermagem (início em 17/10/1988), o Técnico em Citologia e Patologia Clínica (15/09/1992) e o Técnico em Histologia (01/03/1993), incluindo outros apontados como necessários aos serviços de saúde.

O objetivo do curso, que visava preparar os Atendentes de Enfermagem, fica claro no documento:

O Atendente de Enfermagem, por exemplo, é um profissional de saúde, vivo, presente, que sofre inúmeras determinações, mas que realiza interferências na realidade. Através do curso de Auxiliar de Enfermagem, o servidor pôde vivenciar um processo que o ajudou a ser mais competente em sua prática, a partir de suas experiências (SÃO PAULO, 1996, p. 15).

Dessa forma, os princípios assumidos na formação desse profissional mais competente, partia dos seguintes pressupostos:

O Projeto propôs desenvolver a **COMPETÊNCIA** dos profissionais envolvidos na formação, de forma que cada um ‘SAIBA FAZER BEM O SEU DEVER’. Para tanto, teve como princípio formar um profissional que:  
=> Apresente percepção crítica da situação da saúde pública no Brasil e no Estado de São Paulo, compreendendo os determinantes econômicos e políticos que constroem esta realidade na sua região/município;  
=> Compreenda e assuma, com profissionalismo, o papel e as atribuições inerentes a sua função, na estrutura e no funcionamento dos serviços de saúde;  
**SABER** => Domine, competentemente, o conjunto de informações científicas (conhecimentos) que orientam sua prática profissional;  
**SABER FAZER** => Domine e pratique (vivencie) um conjunto de habilidades inerentes ao bom desempenho de suas funções;  
**SABER SER** => Domine e pratique (vivencie) um conjunto de atitudes ético-profissionais inerentes ao bom desempenho da função nos serviços de saúde (SÃO PAULO, 1996, p. 17).

A orientação pedagógica, centrada nos conceitos de competência e habilidades, nos leva a crer ser ela proveniente das prescrições do Banco Mundial para a área de saúde. Parece-nos, também, que o convênio foi firmado mediante aceite das orientações e premissas do Banco.

Rodrigues (2005), em sua tese de doutorado, em que sistematiza uma discussão sobre a Pedagogia de Competências – capacidade que a pessoa desenvolve de articular, mobilizar e colocar em ação conhecimentos, habilidades e valores necessários para responder, de maneira nova e criativa, o desafio da sua vida profissional – diz-nos que este novo modelo sugere a

adaptação do trabalhador nos planos físico, psíquico, intelectual e emocional às novas bases de produção exigidas pelo mercado de trabalho:

Como registramos ao abordarmos as mudanças no mundo do trabalho em relação à formação, com a mudança do padrão rígido de produção para o flexível, passou-se a solicitar alterações também na formação, introduzindo-se, para tanto, a noção de competências, que seria adequada para a formação deste novo trabalhador (RODRIGUES, 2005, p. 139).

No entanto, a organização curricular, disposta por disciplinas privilegiava o tecnicismo, característica do ensino formal ministrado e dividia-se em disciplinas instrumentais (Anatomia e Fisiologia Humanas, Microbiologia e Parasitologia, Nutrição e Dietética e Farmacologia) e profissionalizantes (Ética Profissional, Enfermagem em Saúde Pública, Fundamentos de Enfermagem, Enfermagem Médica, Enfermagem Cirúrgica e Materno-Infantil), com carga horária mínima de 1.100 horas, incluindo 600 horas de estágio supervisionado. As aulas, ministradas por enfermeiros, trabalhavam os mínimos profissionalizantes (SÃO PAULO, 1994b).

Na análise do currículo do curso, não percebemos, em nenhum momento, o mesmo estar centrado no desenvolvimento por competências.

O processo de avaliação do aluno também seguia a mesma linha proposta:

A avaliação é um instrumento que deve ser utilizado para verificar aquilo que o aluno ainda não aprendeu e necessita mais da competência docente. E não para reprovar o funcionário. A avaliação deve ser uma aliada da aprendizagem e não algo que oprime, elimina, desestimula e deseduca o aluno (SÃO PAULO, 1992, p. 2).

Objetivando “transformar - formar o atendente no auxiliar que precisamos ter” (SÃO PAULO, 1994c, p. 4), o projeto implicaria a formação de um profissional mais competente, dentro dos limites e possibilidades do CD:

Nessa perspectiva, a reprovação do aluno (funcionário) será desnecessária e inútil, pois ele percebeu aquilo que ele já sabe e aquilo que ele ainda não aprendeu e necessita aprender para desempenhar, de maneira mais competente, a sua função técnico-política de auxiliar de enfermagem (SÃO PAULO, 1992, p. 3).

Interessante foi perceber que, apesar do caráter formal do curso, o Relatório do Projeto Classe Descentralizada preconizava o uso de uma metodologia mais flexível:

Quanto à metodologia utilizada no Projeto Classe Descentralizada, convém ressaltar que esta não caminhou na direção tradicional e sim numa perspectiva dialética, fazendo do ensino e da aprendizagem um processo ativo, dinâmico e crítico, no qual aluno e professor, cada um com o seu papel, cresceram formando, no trajeto do trabalho, profissionais mais competentes para a Saúde e também um profissional mais preparado para os desafios da sala de aula. A competência do processo de ensino e aprendizado pressupunha um compromisso com o desenvolvimento de uma proposta curricular pensada para um aluno e adulto trabalhador, isto é, vinculado ao mercado de trabalho da Saúde. Trabalhamos com ele, de forma dinâmica e interdependente, todos os elementos curriculares básicos, tendo como finalidade qualificar e certificar profissionais para a Saúde mais competentes, tanto do ponto de vista técnico como político. Isto significou que o aluno que frequentou os cursos oferecidos pelo Projeto era um cidadão brasileiro, trabalhador e que necessitava de formação profissional que não o reduzia a uma simples mão-de-obra barata a ser explorada no mercado de trabalho, fruto de um adestramento profissional. O que pretendemos foi articular, no processo de transformar o atendente que temos no auxiliar que queremos, o mesmo valendo para os cursos técnicos: CIDADANIA E TRABALHO (SÃO PAULO, 1996, p. 33).

Observamos que o CD se apropriou de vários elementos contidos nos pressupostos do PLE, embora a sua estruturação curricular apontasse para uma outra realidade, pois o CD propunha um único diferencial na organização escolar (horário de estágio e carga horária); no restante, seguia as especificidades de um ensino supletivo formal.

Em nossa dissertação de mestrado, pudemos apontar, em relação ao Projeto Classe Descentralizada, que “não encontramos nas vivências como professor do curso e também nos informes, relatos e trabalhos, ter havido preparo para estes docentes ministrarem aulas; apenas um curso ou reunião inicial rápida”. Observamos inclusive que nem todos os enfermeiros-professores possuíam Licenciatura em Enfermagem, e sim autorização provisória das Delegacias de Ensino continuando a lecionar apenas com ela (BASSINELLO, 2002, p. 65).

Nas fontes primárias do projeto, percebemos que a capacitação em serviço dos profissionais que atuaram no CD, a qual se referia a equipe central do projeto, consistia em reuniões da equipe central com os diretores do CEFOR, reuniões-oficina, encontros regionais e encontros estaduais, “capacitações” que ocorreram durante os anos de 1990 a 1995 e contavam, de acordo com os documentos com um número pequeno de participantes, considerando esta proposta ter envolvido cerca de 300 municípios no Estado de São Paulo. Para exemplificar, nos encontros estaduais, participavam cerca de 50 pessoas. Nos encontros regionais, observamos de 20 (mínimo) a 70 (máximo) participantes e perto de 15 participantes nas reuniões-oficina.

No ano de 1993, a equipe central decidiu adotar a cooperação técnica indireta como uma alternativa que, a distancia, juntamente com as chamadas capacitações técnicas, significariam “um avanço no aperfeiçoamento do trabalho docente”, o qual compreenderia “a possibilidade de levar, via correio (indiretamente), aos professores e coordenadoras, de forma sistemática, um instrumento para reflexão, facilitando a atuação docente no processo de ensino-aprendizagem” (SÃO PAULO, 1993, p. 2).

Esta cooperação técnica nada mais seria do que material didático auxiliar do trabalho docente – textos, artigos, sugestões de atividades, recomendações – que objetivava ampliar a consciência dos enfermeiros-professores em relação aos limites e possibilidades de atuação. Foram publicadas cinco edições: textos para reflexão sobre a Formação do profissional da Enfermagem; Código de Ética dos profissionais da Enfermagem; Cálculo de dosagem de medicamento; uso de técnicas no processo ensino-aprendizagem; importância para a saúde da nutrição e hidratação. Como referência bibliográfica para confecção do material didático, ressaltamos a apostila do Curso de Enfermagem do Projeto Larga Escala como suporte para o CD.

Em 1994, o projeto tinha formado 7624 auxiliares de enfermagem, 49 técnicos em Patologia Clínica, 13 em Citologia e 9 em Histologia, mantendo outros 3.246 alunos em curso e 87 classes descentralizadas em funcionamento (SÃO PAULO, 1994c).

Contudo, com o esgotamento de recursos oriundos do BM, no final de 1994, a equipe central passou a enfrentar os problemas de manutenção financeira das classes. Desempenhou, então, um novo papel: o de articulador e negociador no processo de instalação e manutenção dos cursos necessários à comunidade. Nesse período, a SES assumiu o repasse de recursos. Outras fontes, como prefeituras, hospitais, Santas Casas e os sindicatos dos profissionais de saúde se encarregaram da manutenção dos cursos. Com o término dos recursos, finaliza o CEETPS sua participação, na parte administrativa e na assessoria pedagógica (SÃO PAULO, 1996).

Nos documentos analisados, foram apresentados os entraves do projeto. Apesar do envolvimento político do pessoal da SES e das condições oferecidas pela administração da época, a equipe central evidenciou a falta de:

- uma política que considere desenvolvimento de recursos humanos como investimento e elemento estratégico para a implementação do SUS;
- integração com órgão de Recursos Humanos responsável por concursos, plano de cargos e carreira;

definição do perfil dos servidores necessários ao novo modelo previsto pelo SUS, baseado no levantamento epidemiológico, seguindo as necessidades das regiões;  
 definição, nos níveis estadual e municipal, da situação funcional dos servidores formados pelo Projeto;  
 condições para implantação de novos cursos, a partir da reestruturação dos Centros Formadores;  
 recursos financeiros que garantissem a manutenção dos Centros Formadores, de novas turmas, da capacitação pedagógica em serviço e a supervisão ao trabalho;  
 manutenção de uma equipe central responsável pela unidade da proposta, consecução de seus objetivos e garantia da linha mestra, em consonância com as diretrizes da Secretaria (SÃO PAULO, 1996, p. 39).

Em 1996, os números do projeto correspondiam aos seus objetivos: qualificar e certificar os profissionais de nível médio, investindo na sua formação, aumentando o contingente de auxiliares de enfermagem no Estado, conforme podemos visualizar no quadro abaixo:

**Quadro 4 .** Movimento dos alunos no Curso de Auxiliar de Enfermagem. Projeto Classe Descentralizada/ SP. Outubro de 1988 a Julho de 1996.

Vinculação	ALUNOS		
	Matriculados	Em curso	Formados
CENTRO FORMADOR			
CEFAS	4321	388	3171
Assis	2854	256	2159
Franco da Rocha	4635	141	3488
Pariquera-Açu	1091	84	771
CEFARA	2656	265	1971
Campos do Jordão	416	30	278
Botucatu	233	76	120
Itapecerica da Serra	35	35	---
<b>TOTAL</b>	<b>16241</b>	<b>1.284</b>	<b>11958</b>

Fonte: Relatório do Projeto Classe Descentralizada.

No final de 1996, o CD formou 11.958 auxiliares de enfermagem, matriculou 16241 alunos e contava com 1284 alunos em curso, formados até o final de 1997, pela modalidade Currículo por Disciplina, instituído pela LDB de 1996. Envolveu oito centros formadores, instalou 176 classes descentralizadas e 476 turmas, englobando 300 municípios.

Certificou, além dos auxiliares, 31 técnicos de Citologia, 182 em Patologia Clínica e 9 em Histologia. A taxa de evasão dos cursos girou em torno de 17%, relacionadas a problemas de saúde (alunos e familiares), aprovação em exames de suplência profissionalizantes mantidos pela

SEE, documentação escolar imprópria/incorreta, dificuldade em conciliar trabalho, curso e família e dificuldade de aprendizagem (SÃO PAULO, 1996, p. 10).

Finalizou suas atividades em 1996, no atendimento quantitativo das necessidades da rede de Saúde do Estado e o relatório final do projeto conclui que:

Pela estrutura, expansão e pelos resultados apresentados, o Projeto constitui-se num verdadeiro sistema de ensino supletivo, articulado com a Educação. Foi uma experiência altamente significativa, organizada de acordo com as condições oferecidas pela Administração da época, instituindo na Secretaria de forma inédita, a cultura da formação de nível médio até então não existente, com reflexos na melhoria dos serviços (SÃO PAULO, 1996, p. 42).

Assim, concluímos a apresentação e análise dos dados e no próximo capítulo exploramos uma maior compreensão de seus resultados, trazendo elementos e reflexões deste processo de formação.

## CAPÍTULO 5 - COMPREENSÃO DOS RESULTADOS

Pretendemos com a exposição aqui desenvolvida, retomar o debate sobre o PLE na perspectiva de compreensão dos resultados deste projeto de formação, bem como possibilitar um momento de síntese na apreensão de nosso objeto de pesquisa, por meio de reflexões que devem ser entendidas como um dos possíveis olhares para se entenderem os avanços e retrocessos deste processo de formação.

Ao que tudo indica, o PLE foi um projeto decorrente do desdobramento das propostas que pretendiam viabilizar e operacionalizar o modelo de atenção básica à saúde no país, os quais preconizavam a máxima extensão de cobertura dos serviços, contribuindo para mudanças no campo de formação de trabalhadores em saúde, como nos mostra Pessoa (2005, p. 91):

Pode-se dizer que o Movimento Larga Escala nasce no início da década de 70, tendo-se estruturado com base na experiência e na disposição de duas incansáveis lideranças, as de Izabel dos Santos e de Ena Galvão, e no acordo realizado em 1975, entre o Ministério da Saúde, o Ministério da Educação e a Organização Pan-Americana de Saúde, que é concretizado no Programa de Preparação Estratégica de Pessoal de Saúde – PPREPS.

O documento denominado “Acordo para um Programa Geral de Desenvolvimento de Recursos Humanos para a Saúde no Brasil”, em 1973<sup>1</sup> e o termo aditivo complementar assinado entre o governo brasileiro e a OPAS, no ano de 1975<sup>2</sup>, tiveram um significado importante no campo de mudanças teóricas, conceituais e práticas na gestão de recursos humanos e políticas de saúde no Brasil (PAIVA, 2006, p. 1).

---

<sup>1</sup> OPAS/OMS. Acordo complementar celebrado a 14 de novembro de 1973, entre o governo do Brasil, através do Ministério da Saúde e o Ministério da Educação e Cultura, com a Organização Pan-Americana da Saúde para o desenvolvimento de um programa de recursos humanos para a saúde no Brasil. Brasília, agosto de 1975.

<sup>2</sup> OPAS/OMS. Termo aditivo ao acordo complementar celebrado a 8 de agosto de 1975 entre o Governo Brasileiro através dos Ministérios da Saúde e da Educação e Cultura com a Organização Pan-Americana da Saúde para a implementação da terceira área prevista no Plano de Recursos Humanos para a Saúde, elaborado pelo Grupo de Trabalho instituído pela portaria nº 271 de 5 de junho de 1974 do Ministro da Saúde. Brasília, dezembro de 1975.

Segundo o mesmo autor, este acordo preocupa-se em minimizar os efeitos das políticas excludentes por meio de uma expansão na cobertura dos serviços, política que se implantou em toda a América Latina, com a participação da OPAS, seguindo as peculiaridades de cada país, intensificada pelas pressões dos organismos internacionais, em perfeita sintonia com as resoluções tomadas em escala mundial, sendo a formação de recursos humanos a questão chave em todo o processo:

Primordial tanto sob uma perspectiva quantitativa, pois se considera reduzido o número de profissionais de saúde, especialmente os quadros auxiliares, como também do ponto de vista qualitativo, pois se procura redesenhar um novo perfil de profissional de saúde, mais atento, como se disse, às circunstâncias epidemiológicas nacionais ou regionais (PAIVA, 2006, p. 5).

A OPAS colaboraria com estudos de recursos humanos que permitissem conhecer o grau da necessidade de formação de pessoal de saúde e com a melhoria dos métodos de ensino. Assim, o grupo de assessoria técnica da OPAS foi constituído, no nosso país, em 1976, por meio do acordo Interministerial do MS, MEC, MPAS e OPAS, com a contratação de seus primeiros integrantes permanentes. A efetivação desse acordo resultou na articulação e na cooperação entre dois programas: o PIASS - extensão de cobertura de serviços e o PPREPS - formação de recursos humanos (NUNES, 2004).

O PPREPS atuava junto às Secretarias Estaduais de Saúde, com o objetivo de reformular as práticas de gestão e a capacitação de recursos humanos e junto aos Departamentos de Medicina Preventiva das Universidades, para a integração docente assistencial – IDA – exposição precoce e oportuna dos estudantes a realidade sanitária (articulação formação – serviço). O objetivo do PPREPS, segundo documento datado de junho de 1976, era “seguir as orientações do governo para as atividades de expansão de cobertura, a serem incorporadas no II Plano Nacional de Desenvolvimento” durante o governo Geisel e promover adequação qualitativa e quantitativa de pessoal de saúde para responder às necessidades do setor saúde.

A formação do pessoal de saúde, particularmente de nível técnico e auxiliar, deve realizar-se em regime de intercomplementaridade entre os serviços de educação e saúde (ensino profissionalizante) e aproveitar os mecanismos de suplência para o reconhecimento formal e o acesso no processo de ensino regular da força de trabalho qualificada na prática ou em cursos “ad hoc”, bem como o desenvolvimento de modelos

instrucionais apropriados ao treinamento em massa de pessoal com custos decrescentes (BRASIL, 1976, p. 13).

O PPREPS conseguiu capacitar cerca de 40 mil trabalhadores, cuja maioria era de nível elementar, atingindo também profissionais de nível médio e superior, contudo, tal formação não era legitimada pelo sistema formal de ensino e não garantia identidade profissional e nem ascensão por parte da instituição empregadora (GERMANO, 1996).

Para Nunes (2004, p. 175), este contexto de reformas no setor público, “que avançava por meio das atividades do PIASS e do PPREPS, junto às secretarias estaduais, gerou demandas de reorganização do Sistema de Saúde, requerendo a ampliação e qualificação das equipes”. Após a realização da 7ª Conferência Nacional de Saúde, em 1980, buscou-se, segundo a autora, a formulação de políticas mais atualizadas em relação ao quadro de referência existente naquele momento. O PIASS, destinado inicialmente ao Nordeste, foi estendido para todo o território nacional em 1979 e orientou uma série de iniciativas, como, por exemplo, o PREV-SAÚDE.

Todo este cenário nos revela que o PPREPS, possivelmente, possibilitou a construção de uma nova experiência para a formação de pessoal de nível médio e elementar para a área de saúde: o PLE, conforme podemos observar em Germano (1996, p. 20):

A proposta, como discussão, teve início ainda em 1975, quando se estrutura um grupo de trabalho no Ministério da saúde, contando com a assessoria da professora e consultora da OPAS, a enfermeira Izabel dos Santos, para pensarem juntos uma alternativa de capacitação de pessoal em exercício (ou em processo de admissão), na rede básica dos serviços de saúde. Tal proposta foi concebida como um projeto pedagógico que tivesse força de preparar para a qualidade, integrando teoria e prática e contribuindo, ao mesmo tempo, com a organização dos serviços.

Neste sentido, Roberto Passos Nogueira, um dos consultores da OPAS na década de 80, mostrou-nos que ainda era maciça a presença do atendente na composição interna da força de trabalho em saúde, cujos baixos níveis de qualificação constituíam o “calcanhar de Aquiles” do processo de desenvolvimento de recursos humanos das instituições públicas:

A política de promoção de atendente a visitador sanitário ou a auxiliar de enfermagem carece, ainda, de apoio e mecanismos de ensino supletivos, suficientemente ágeis, embora seja a única alternativa correta, visto que não se pode tolerar a idéia da simples eliminação desses profissionais (NOGUEIRA, 1987, p. 337).

Esse processo de preparação inicial (PPREPS) tornou-se a mola propulsora do PLE. Ao PREPS foi acrescentada uma metodologia que assumiu grande relevância dentro do processo, o que contribuiu para uma concepção democrática da educação “que permitisse aos trabalhadores de saúde: a crítica e o conhecimento indispensáveis à reformulação de sua prática profissional” (GERMANO, 1996, p. 51).

Thompson (1981, p. 58) fundamenta-se na compreensão de que “qualquer momento histórico é, ao mesmo tempo, resultado de processos anteriores e um índice da direção de seu fluxo futuro”. Diante disso, para entendermos a trajetória do PLE, muito embora desde seu início demonstremos a presença de ligações e elementos vinculados às experiências anteriores, destacamos suas particularidades e singularidades, como o trabalho como princípio educativo, a integração ensino-serviço, o currículo integrado e a metodologia problematizadora, que foram marcados pelo universo, princípios e visões de mundo das pessoas que participaram desse processo histórico, impulsionadas por ações pessoais e abertas à possibilidade de gerar o novo.

O que resta fazer é interrogar os silêncios reais, através do diálogo do conhecimento. E, à medida que esses velhos silêncios são penetrados, não cosermos apenas um conceito novo ao pano velho, mas vemos ser necessário reordenar todo o conjunto de conceitos (THOMPSON, 1981, p. 185).

Para Thompson (1984, p. 37), “os conflitos – os estranhamentos, os inconformismos diante da dor e do incômodo da exploração experimentados – abrem a possibilidade de cada um conhecer melhor sua condição de vida e desenvolver uma consciência”.

Izabel dos Santos (1986, p. 464), ao refletir sobre o processo de preparação de pessoal auxiliar, em diferentes instituições prestadoras de serviço, dos quais ela vinha fazendo parte como líder e consultora da OPAS, chama a atenção para o trabalhador da área de saúde:

Foi então que se subverteram os termos do mito da criação: o homem se cria a si mesmo, a partir do contato com um mundo que se lhe apresenta e que ele ‘trabalha’ para subsistir.

Circunstancialmente, pode ser também valioso remontar-se a um tal pensamento e buscar-se seu efeito sobre a educação [...] O homem é um ser histórico, isto é, gerado na história que, por sua vez, ele próprio gera.

O que mudaria com respeito ao setor saúde?

Primeiramente, não poderia continuar prevalecendo a polaridade prestador de serviços/usuários, que concerne à tecnologia dos atos humanos. Vimos

que, concretamente, em saúde, os fins não são os mesmos para aqueles dois pólos. Em seu lugar, emergiria a preocupação com o estado das relações de trabalho na produção dos serviços e de suas correlações de produção da economia de mercado como um todo, mesmo que as categorias capital e trabalho não estivessem claramente postas. Quando o interesse do capital pode encontrar satisfação no setor, ele se faz presente. Quando não, seja qual for o ‘proprietário’ dos meios de trabalho – Estado, filantrópicas, cooperativa médica- a tendência é, ainda assim, o assalariamento do trabalhador. Este, não o usuário, passaria a ser objeto preferencial das preocupações educacionais, não se podendo relegá-lo a uma preparação limitada ao mínimo de habilidades que sua tarefa específica vai exigir, com o que se tem reforçado sua alienação política e social. Se trata de avançar, a participação aleatória do usuário é sempre menos operativa do que a do trabalhador que participa, inevitavelmente, no mínimo, para reivindicar salário. E se conscientizado de todo o processo de trabalho em que está metido, não é impossível que sua participação vá além, exigindo condições dignas de trabalho, incluindo aí equipes, meios, conhecimentos, produtividade, resolutividade, humanização do atendimento e assim por diante.

Nessa conjuntura que combinava interesses privados, interesses do Estado e interesses progressistas, a idealizadora do projeto apresenta a metodologia diferenciada do PLE.

Conteúdo curricular e metodologia carregam consigo pesados conceitos teóricos. Os que propomos hoje, após tantos anos de atividade, estão marcados pelo que acabamos de expor e compõem um processo educacional que se coloca na intimidade do próprio processo de trabalho, assim como do próprio processo existencial de um homem em transformação. Buscamos assim participar da criação de um ser consciente de seu papel técnico – profissional específico, ao mesmo tempo que do seu papel social e histórico (SANTOS, 1986, p. 365).

Assim, o PLE foi sendo implementado na década de 80 em um momento de mudanças do contexto social, político, econômico e cultural do país, que exigia toda uma redefinição do sistema de saúde, nos princípios e na organização da política de saúde que

Foram resultados da produção de significados em espaços públicos, da difusão de idéias e da constituição de redes de atores que, partindo da sociedade e por meio de ações e estratégias organizativas, foram relativamente bem sucedidos nos seus propósitos, sabendo se apropriar das oportunidades oferecidas pelo contexto político mais amplo de democratização do país, favorável a desequilíbrios institucionais e ao alargamento de direitos, entre os quais se incluíram as demandas pelo direito à saúde e pelo direito à cidade (MENICUCCI e BRASIL, 2006 p. 24).

Conseqüentemente, intermediados pelo contexto de mudanças, sustentados por práticas democráticas e comprometidos com transformações estruturais da sociedade, diferentes sujeitos lançam-se à luta em torno daquilo que representava seus interesses manifestos, aderindo à alternativa metodológica proposta pelo PLE. Assim, foi construído o primeiro currículo do curso de Visitador Sanitário na forma de currículo integrado, visando à emancipação dos trabalhadores da saúde. Para Ciavatta (2005, p. 2),

A formação integrada sugere tornar íntegro, inteiro, o ser humano dividido pela divisão social do trabalho entre a ação de executar e a ação de pensar, dirigir ou planejar. Trata-se de superar a redução da preparação para o trabalho ao seu aspecto operacional, simplificado, escoimado dos conhecimentos que estão na sua gênese científico-tecnológica e na sua apropriação histórico –social.

Diante de tal assertiva, Lopes (2004, p. 111) lembra-nos de que toda proposta curricular é um “processo de seleção e de produção de saberes, de visões de mundo, de habilidades, de valores, de símbolos e significados” e toda política curricular é uma política cultural, pois “o currículo é fruto de uma seleção de cultura, de embate entre sujeitos, de concepções de conhecimento, de formas de entender e de construir o mundo”.

De um certo modo, o PLE teve outras orientações para sua prática curricular:

Em relação ao currículo, pode-se afirmar que a proposta de desenvolvê-lo de forma integrada, ocorreu desde o início dos cursos de Visitador Sanitário; no entanto, não representou, e até hoje não representa, a característica única do seu fazer pedagógico. Assim, algumas áreas de profissionalização ainda utilizam a metodologia por disciplina, coexistindo, portanto, as duas modalidades de currículo. Por outro lado, a idéia de não desenvolvê-lo de forma integrada, em algumas áreas, prende-se à falta de preparo do corpo docente no que diz respeito ao domínio da metodologia. Nessas circunstâncias, trabalha-se o currículo de forma tradicional, temendo comprometer, mais ainda, a qualidade da formação (GERMANO, 1996, p. 56).

Outro recuo para o projeto foi a publicação, em 1986, da Lei do Exercício Profissional de Enfermagem. Desse modo, como explicita Nogueira (1987, p. 337):

A recente Lei do Exercício de Enfermagem, prevendo a promoção de todos os atendentes de enfermagem, em dez anos, é indicativo do caminho a ser seguido, mas tem falhas, porque prevê, somente, a ascensão do auxiliar de enfermagem, enquanto outras alternativas devem ser contempladas.

A idéia de formar o auxiliar de enfermagem, ao invés do visitador sanitário, foi defendida pelas entidades de enfermagem – ABEn e COFEN, a partir da implantação do Projeto Larga Escala, quando se intensificou a criação de cursos de visitador sanitário, pelas Secretárias de Saúde. Para essas entidades, seria mais uma categoria a integrar a equipe de enfermagem, já bastante diversificada, o que ocasionaria duplicidade de funções.

Essa discussão se prolongou por toda a década de 80, quando, finalmente, no ano de 1988, realizou-se um grande seminário, em Brasília, contando com a participação de representantes de todos esses ministérios, OPAS, ABEn, através de sua comissão de educação, COFEn e, ainda, representantes das Secretarias de Saúde e Escolas de Enfermagem. Na ocasião, ficou acordado, após longo debate, que o curso de visitador sanitário, já em andamento em várias secretarias de saúde, seria adaptado para o auxiliar de enfermagem (GERMANO, 1996, p. 38).

A Lei do Exercício Profissional de Enfermagem – LEP comporta conflitos de interesses de grupos, classes, que emanam basicamente duas lógicas distintas: a reguladora (medidas de controle) e a emancipadora (reconhecimento da profissão). Thompson (1997, p. 349 - 350) explicita seu ponto de vista sobre a questão da lei:

Desse ponto de vista, a lei é, por definição, e talvez de modo mais claro do que qualquer outro artefato cultural ou institucional, uma parcela da ‘superestrutura’ que se adapta por si às necessidades de uma infra-estrutura de forças produtivas e relações de produção. A lei é nitidamente um instrumento da classe dominante de facto: ela define e defende as pretensões desses dominantes aos recursos e à força de trabalho – ela diz o que será propriedade e o que será crime – e opera como mediação das relações de classe com um conjunto de regras e sanções adequadas, as quais, em última instância, confirmam e consolidam o poder da classe existente. Portanto, o domínio da lei é apenas uma outra máscara do domínio de uma classe.

Portanto para Thompson, mesmo os dominantes têm necessidade de legitimar seu poder, moralizar suas funções e sentir-se úteis e justos:

Assim, a lei pode ser vista instrumentalmente como mediação e reforço das relações de classes existentes e, ideologicamente, como sendo sua legitimadora. Mas devemos avançar um pouco mais em nossas definições. Pois, se dizemos, que as relações de classe existentes eram mediadas pela lei, não é o mesmo que dizer que a lei não passava da tradução dessas mesmas relações, em termos que mascaravam ou mistificavam a realidade. Pois as relações de classe eram expressas, não de qualquer maneira que se quisesse, mas através das formas da lei, e a lei, como outras instituições que, de tempos em tempos, podem ser vistas como

mediação (e mascaramento) das relações de classe existentes (como a Igreja e os meios de comunicação), tem suas características próprias, sua própria história e lógica de desenvolvimento independentes (THOMPSON, 1997, p. 353).

Como forma de superar os obstáculos e para a continuidade do PLE, os cursos de visitador foram adaptados para a modalidade de auxiliar de enfermagem, sendo que o único curso de visitador sanitário foi realizado pela Fundação SESP – Fundação de Serviços Especiais de Saúde Pública, no ano de 1988, mas foi reconhecido como auxiliar de enfermagem, devido à compatibilidade de currículos. Assim, para o exercício da lei, o curso de auxiliar de enfermagem foi estruturado em duas unidades, uma para a rede hospitalar e outra, para a rede básica de saúde (GERMANO, 1986).

Vale ressaltar que a Fundação SESP, criada em 1942, no Rio de Janeiro, por iniciativa dos Estados Unidos da América, promovia, nas regiões Amazônica e do Vale do Rio Doce, o saneamento de áreas afetadas por agentes da febre amarela, malária e filariose e prestava assistência à população que se deslocava para a Amazônia com o intuito de explorar a borracha. Nessa assistência, desempenhavam importante papel as visitas domiciliárias executadas pelas visitadoras sanitárias.

De um certo modo, esteve presente a dinâmica entre a biografia desses atores que constituíam o universo de seus valores, princípios e visão de mundo, somando-se a outros eventos e movimentos mais progressistas que vinham acontecendo em torno da democratização do sistema de saúde, ou seja, o projeto também foi influenciado pelas dimensões de tempo e espaço social.

Assim, como foi demonstrado por Thompson (1981, p. 61):

A explicação histórica não revela como a história deveria ter se processado, mas por que se processou dessa maneira e não de outra; que o processo não é arbitrário, mas tem sua própria regularidade e racionalidade; que certos tipos de acontecimentos (políticos, econômicos, culturais) relacionaram-se, não de qualquer maneira que nos fosse agradável, mas de maneiras particulares e dentro de determinados campos de possibilidades.

O PLE trouxe consigo a marca de ser um processo de formação diferenciado dos demais e começou a atuar em diferentes espaços e em diferentes direções, segundo seu poder de mobilização e organização. Ao se ampliar pelas diversas regiões do Brasil,

vivenciado e reconstituído-se em múltiplos espaços e por múltiplos sujeitos - considerando os Estados como sujeitos, que segundo Moraes (2004, p. 324) “são arenas em que conflitam outros sujeitos – grupos e classes, partidos e movimentos, novos atores e novas relações”, outro leque de interesses e reivindicações começou a fazer parte desta correlação de forças.

Podemos inferir que ao ser implantado no Estado de São Paulo, o PLE passa por um processo de renovação. A experiência do PLE, que se deu inicialmente no Nordeste, não poderia vigorar como modelo para o restante do país, considerando-se os diferentes espaços e tempos de implementação. As próprias modificações do momento histórico nos conduzem a um repensar desta prática de formação.

Assim, procurando compreender os resultados do PLE no Estado de São Paulo, exploramos as experiências dos sujeitos, entremeadas com o conjunto de fontes documentais, pois, para Thompson, os processos e acontecimentos do passado apenas podem ser explicados pela experiência social dos agentes históricos.

No estudo desses documentos, adotamos a posição de Thompson que

Em seus textos históricos, sempre desenvolveu argumentos em que havia equilíbrio entre a estrutura e a capacidade de intervenção humana, a necessidade e o desejo, a determinação e a liberdade. Esse equilíbrio acenava em direção ao possível, salientando as formas pelas quais a consciência humana se abria para alternativas e para resistência (PALMER, 1996, p. 215-216).

Com essa compreensão, a partir de 1986, para a implantação do Projeto no Estado de São Paulo, foi necessária a criação dos Centros de Formação de Recursos Humanos para a saúde – CEFORH, junto às Escolas de Enfermagem do Estado.

No advento do PLE a Secretaria de Estado da Saúde já atuava há mais de 27 anos, por meio de suas três escolas de auxiliar de enfermagem - Franco da Rocha (1959), Assis (1962) e Pariquera-Açu (1971) oferecendo o curso de aprendizagem de auxiliar de enfermagem, com a duração de dois anos. A partir de 1978, iniciou o curso supletivo de qualificação profissional – auxiliar de enfermagem em nível de 2º grau. Durante esse período, formou aproximadamente 1500 auxiliares de enfermagem, dos quais menos da metade pertencia ao quadro da SES, pois os cursos eram abertos à comunidade (Doc PLE, sd).

Os CEFORH diferenciavam –se estruturalmente de uma escola convencional, “ uma vez que seu campo de ensino não é a sala de aula, mas as unidades da rede básica, onde ensino e serviço acontecem de modo integrado” (BRASIL, 1983, p. 6).

Os depoimentos das coordenadoras do PLE ganham força ao mostrarem que o novo provoca a primeira resistência frente ao tradicional, resistência essa encontrada nas Diretoras das Escolas de Enfermagem do Estado, que assumiram posição contrária à instalação de centros que funcionariam como escolas abertas as quais se estenderiam até o local onde ocorria o aprendizado (extramuros) e objetivavam formar trabalhadores engajados nos serviços de saúde.

Isso denota que as estruturas vigentes na ocasião opunham-se a iniciar um trabalho inovador, bem como a acolher sujeitos portadores de um leque de interesses diversificados e não raro contraditórios, pois suas concepções de ensino de enfermagem permaneciam arraigadas nos padrões tradicional e tecnicista.

Além disso, deve-se ainda destacar que a escola tem-se constituído, ao longo dos séculos, numa das principais instâncias reguladoras das relações sociais e da manutenção do status quo e de fornecimento de mão-de-obra preparada e dócil para as diversas funções que devem ser preenchidas dentro da indústria, do comércio e do serviço público (MUNGIOLI, 2004, p. 4) .

Portanto, a escola – mesmo as pertencentes ao serviço público, que atuavam no aperfeiçoamento da ordem social vigente, o sistema capitalista – tinha, como interesse imediato, produzir indivíduos competentes (no âmbito da técnica) para o mercado de trabalho. Dessa maneira, assumiu ela um papel de modeladora do comportamento humano, produzindo indivíduos competitivos para o mercado de trabalho, transmitindo, de maneira eficiente, informações precisas, objetivas e rápidas.

As instituições escolares, hierarquizadas com organograma, cargos e funções, como diretor, supervisor, professores e alunos, mantêm uma similaridade proposital com a fábrica.

A fábrica e a escola, na sua forma de constituir-se, ser em suas finalidades, mantêm especificidades. No entanto, a existência destas instituições, bem como das outras que compõem a sociedade, justifica-se, do ponto de vista da classe hegemônica, enquanto corroboram para mantê-la e reforçá-la. É dessa perspectiva que se compreende o fato de

determinados métodos e técnicas serem aceitos, enquanto outros são rejeitados (BIANCHETTI e PALANGANA, 2000, p. 2).

Por outro lado, a presença de pessoas progressistas, que ocupavam cargos na administração da Secretaria de Saúde e no PLE, sustentaram esse projeto de formação. Entendemos que esses sujeitos partiram da crítica das realidades sociais para conservarem as finalidades sócio-políticas da saúde, buscando a transformação, visto que a educação e a saúde são processos sociais e políticos, uma das justificativas para o PLE era possibilitar a formação dos trabalhadores no serviço público de saúde, utilizando uma metodologia que contribuísse para uma concepção democrática da educação e permitisse aos trabalhadores da saúde a reformulação de sua prática profissional.

Apesar da existência de pessoas progressistas fazendo parte do PLE, evidenciamos a falta de estrutura para iniciar um trabalho inovador, como a inexperiência dos planejadores e executores do projeto; a falta de entendimento entre a Coordenação do PLE e o Conselho Regional de Enfermagem; as dificuldades com a própria SES, com os municípios dependendo da capacidade organizativa do nível local; a inexistência de recursos financeiros; a longa duração dos cursos e a escassez de material didático.

Outra questão importante, o preparo do corpo docente por meio dos cursos de capacitação pedagógica, assumiu relevância dentro do projeto, pois os enfermeiros dos serviços assumiram a função docente. No resultado das discussões regionais, surgiram outros desafios, a falta de compreensão dos enfermeiros sobre a experiência inovadora. O documento da 1ª Reunião de Rediscussão do Curso de Capacitação Pedagógica, realizado em 16 de março de 1990, mostrou-nos que

Quando aconteceram os 1º cursos de Capacitação Pedagógica, foi uma novidade, um impacto. Era usado para motivar as pessoas para o PLE, o que revelou ser um equívoco, porque o processo começa muito antes e continua bem depois. À medida que os cursos do PLE foram se abrindo, surgiram outras necessidades. O curso hoje está inadequado e o material insuficiente, porque os treinandos dos cursos estão engajados no PLE. Falta aprofundamento e complementação do conteúdo pedagógico (Doc 1990, p. 1).

Em relação ao desenvolvimento do currículo integrado no nível local, o mesmo documento destaca que:

A 2ª semana tem sido deficiente, manuseia um currículo que não se aplica, depois o enfermeiro encontra um currículo que não está integrado e os dentistas encontram textos muito complexos, que não respeitam os esquemas de assimilação dos Atendentes de Consultório Dentário e os cursos de formação acabam ocorrendo pelo condicionamento e transmissão. O 'Currículo Integrado' passa 'batido', os profissionais saem do curso sensibilizados, mas não capacitados a fazer 'o Currículo Integrado'. Na prática a elaboração do currículo integrado tem encontrado barreiras e problemas, por exemplo, não disponibilidades das pessoas, falta de material, etc. No curso de formação, o profissional encontra um monte de papel para preencher e o instrutor/ supervisor se vê diante de um quadro que não reflete aquela 'anarquia saudável' que o curso de Capacitação pedagógica mostrou (Doc 1ª Reunião de Rediscussão do Curso de Capacitação Pedagógica, 1990, p. 1).

A falta de material didático remete-nos às diferenças entre o currículo desenvolvido para o auxiliar de enfermagem nas diversas regiões do Brasil e no Estado de São Paulo. Foram elaboradas duas estruturas curriculares pela coordenação central do PLE para o curso de auxiliar de enfermagem: uma para a rede básica de saúde e outra para a rede hospitalar.

O guia curricular para formação de auxiliar de enfermagem para atuar na rede básica do SUS compunha-se de quatro áreas curriculares, a saber: Área I – Rompendo a Cadeia de Transmissão de Doenças; Área II – Prevenindo Riscos para a Mulher, Criança e Adolescente; Área III – Participando do Processo de Recuperação da Saúde e Área IV – Organizando e Desenvolvendo seu Processo de Trabalho (BRASIL, 1994b, p. 5).

Para a formação do auxiliar de enfermagem, em nível hospitalar, o currículo estava estruturado em: Área I - Rompendo a Cadeia de Transmissão de Doenças em nível hospitalar; Área II – Prestação de cuidados de enfermagem a pacientes internados em clínica médica, cirúrgica e emergência; Área III – Prestação da Assistência de enfermagem à gestante, parturiente, puérpera e ao recém-nascido; Área IV – Organização, execução e avaliação do processo de trabalho de enfermagem no coletivo dos trabalhadores de saúde na unidade. Existia uma unidade introdutória que também fazia parte do conjunto de atividades pedagógicas.

Esta unidade introdutória contém uma série de atividades organizadas em forma seqüenciada, levando os alunos a integralizar os conhecimentos referentes aos determinantes sociais do processo saúde/doença, saúde como direito do cidadão e dever do Estado, as bases de estruturação dos serviços de saúde e o papel do hospital nesse contexto. Promove, ainda, o desenvolvimento de habilidades e destrezas para admitir e referir pacientes a outras unidades da rede de saúde, assim como prepará-los para o retorno ao seu meio (BRASIL, 1988, p. 3).

No Estado de São Paulo, as duas propostas foram fundidas para formar um profissional com habilidades para atuar nas duas áreas, dentro da realidade do mercado de trabalho do Estado: a Área I – Saúde e Sociedade, a Área II – Fundamentos de Enfermagem; a Área III – Assistência de Enfermagem Médico – Cirúrgica; a Área IV – Assistência de Enfermagem Materno – Infantil e a Área V – Organização dos Serviços de Enfermagem.

Nesse contexto em particular, as unidades foram sendo elaboradas conforme os cursos iam se desenvolvendo em nível local. Outra dificuldade consistia na liberação dos profissionais que contribuíssem para estruturar o curso e o currículo integrado. Existiam locais que iniciavam a unidade, sem a mesma estar pronta. Portanto, a qualidade do curso ficava na dependência de quem o conduzia.

Lemos (2004, p. 101) explicitou que o PLE “pressupunha um grande envolvimento das enfermeiras no ensino e supervisão dos auxiliares de saúde em formação, para os habilitar como auxiliares de enfermagem”.

A indefinição do papel do enfermeiro e suas atribuições e a dificuldade nos relacionamentos profissionais entre os membros da equipe de enfermagem também repercutia no ensino, que não formava adequadamente os profissionais para atuação nos programas de extensão de cobertura (LEMOS, 2004, p. 112).

Como foi demonstrado, o ensino de enfermagem esteve mais voltado para o ensino tradicional e tecnicista do que para a modernização do processo educativo, utilizando-se de outras tendências pedagógicas e tendo seu currículo construído de acordo com o modelo de assistência à saúde vigente. Diante disso, os enfermeiros encontraram dificuldade em se constituir como agentes de mudanças. Participar do PLE implicava adesão à proposta pedagógica.

Justifica-se, portanto, a necessidade do enfermeiro ter em sua formação conhecimentos pedagógicos que o habilitem a atuar como agente de mudanças numa equipe de saúde ou em situações formais de ensino, pois necessita estar preparado para planejar, executar e avaliar situações de ensino de enfermagem (BAGNATO, 1994, p. 138).

Apesar das tentativas de criação de cursos de Licenciatura em Enfermagem, bem como sua incorporação como parte da formação do enfermeiro, “não se conseguiu incluir a licenciatura como obrigatória, haja vista que a atribuição que mais confere autonomia ao enfermeiro é a prática pedagógica exercida não somente na docência, mas em todas as atividades desse profissional” (LEMOS, 2004, p. 115).

Acerca desse aspecto, Bagnato (1994, p. 145) vislumbrou indícios de expansão dos cursos de auxiliar de enfermagem, bem como apontou a formação de auxiliares de enfermagem por outras vias de qualificação, como o PLE e as Classes Descentralizadas e esclareceu que

Estes fatos permitem supor um incremento de empregos na área de ensino médio de enfermagem na atualidade, mas não necessariamente do licenciado em Enfermagem, pois em muitas situações, são enfermeiros sem titulação, com a permissão das delegacias de ensino, que assumem este mercado de trabalho (BAGNATO, 1994, p. 145).

Muito embora se preconizassem as condições facilitadoras para realização do curso que, segundo Almeida (2000, p. 133), se constituíam na “realização no próprio horário de trabalho do aluno, na utilização das próprias unidades de serviço como locais de prática, evitando-se, dessa forma, o deslocamento do aluno para locais diferentes”, em alguns locais os enfermeiros encontravam uma estrutura que não permitia seu desenvolvimento.

Os profissionais colocam restrições ao PLE, alegando que o serviço está andando muito depressa e que tem outras atribuições. Também norteiam o processo: a organização do serviço, a questão salarial e política. O PLE é uma alternativa pedagógica para formar em serviço, mas, se este não funciona, vai refletir no curso. O pressuposto é que amamos o método, mas como não tem currículo integrado e o serviço não está bem, o curso de formação do PLE se torna pior do que o formal (2ª Reunião Pedagógica do Curso de Capacitação Pedagógica, s.d., p. 1).

O movimento sofreu um súbito retrocesso quando o Projeto Classe Descentralizada iniciou suas atividades no Estado. Neste sentido, o ensino da enfermagem desenvolvido pelo CD tinha como característica a pedagogia tradicional e tecnicista. Seu

desenvolvimento ocorria fora do trabalho dos participantes, o que viabilizou ainda mais a sua implantação no Estado.

Os sistemas educativos vêm conservando o essencial: uma metodologia genérica do ensino que se fundamenta na passagem de informações de professores para alunos, e um plano de ensino que se organiza em disciplinas isoladas e divididas simultaneamente (estrutura horizontal) e correlativamente (estrutura vertical) (DAVINI, 1994b, p. 43).

Com esta compreensão, o enfermeiro que assumia o papel de professor no CD adotaria os pressupostos da tendência tradicional que, segundo Nietzsche (1998), caracterizava o professor como sendo a autoridade responsável pela transmissão oral dos conhecimentos, seguindo uma ordem predeterminada e fixa, totalmente deslocada da realidade social e do contexto do aluno. A relação professor-aluno é verticalizada, predominando a autoridade do professor, que privilegia a memorização e a repetição dos exercícios. O processo avaliativo se faz a partir da reprodução exata do conteúdo comunicado em sala. As principais repercussões da adoção dessa corrente seriam a passividade do aluno e a falta de atitude crítica, distância entre teoria e prática, falta de problematização, de questionamento e de conhecimento da realidade.

A tendência tecnicista também centra a concepção de aprendizagem no professor transmissor de conteúdo e o aluno em fixador. Assim, o professor controla e dirige toda a prática educativa, por meio de atividades mecânicas inseridas e uma proposta rígida e passível de ser controlada em detalhes. O aluno considerado educado é aquele eficiente, produtivo e que lida cientificamente com os problemas da realidade. A avaliação enfatiza a produtividade do aluno, detectando se houve ou não aprendizagem, isto é, até que ponto os objetivos educacionais previamente estabelecidos foram ou não alcançados.

A consequência dessa tendência, também denominada de Pedagogia do Condicionamento, leva à valorização não do professor, mas da tecnologia. O professor é um especialista na aplicação da tecnologia, dos manuais, ficando restrita a sua criatividade aos limites possíveis e estreitos da técnica utilizada; falta-lhe desenvolvimento de uma consciência crítica e de cooperação, o aluno não questiona os objetivos nem o método (NIETSCHE, 1998).

Já, ao se pensar no desenvolvimento do PLE, buscou-se uma nova forma de organizar o trabalho pedagógico nas instituições de saúde: priorização de uma concepção

pedagógica centrada na problematização, ou seja, envolvimento dos alunos nas discussões de suas realidades, expressando suas idéias, crenças e conhecimentos sobre o problema em questão. Este conhecimento dialogava com os conhecimentos que os sujeitos traziam, dando-lhes possibilidade de outros entendimentos, de os recriarem, incorporando-os, transformando-os em instrumento de construção pessoal, profissional e social. Neste sentido, é preciso que os alunos se defrontem com situações que os obriguem a confrontar ponto de vistas, rever suas hipóteses, colocar-se novas questões. As novas aprendizagens passavam a fazer parte dos esquemas de conhecimento dos alunos e serviriam de conhecimento prévio para outras situações de aprendizagem.

O Projeto Larga Escala visa a uma integral formação profissionalizante dos adultos engajados na força de trabalho do setor saúde, não se caracterizando como um mero processo de treinamento. Entende-se por “FORMAÇÃO” ou educação profissionalizante a apropriação e pleno domínio de conhecimentos e habilidades através da associação entre teoria/reflexão/ prática como um processo que se propõe a: 1) cultivar metodicamente a inteligência; 2) promover a reflexão coletiva sobre a comunidade; 3) estimular generalizações apoiadas em diferentes fontes de informação; 4) propiciar aos educandos a reformulação de suas representações iniciais para assumirem a transformação metódica de sua prática e de seu meio (BRASIL, 1983, p. 1).

Sendo assim, o enfermeiro - instrutor do PLE deveria apropriar-se do conteúdo da metodologia da problematização, psicologia genética de Piaget e a metodologia de formação de adultos de Joffre Dumazedier. Diante disso, a 1ª Reunião de Rediscussão do Curso de Capacitação Pedagógica do PLE mostrou a necessidade do preparo do instrutor para encaminhar entendimento correto da metodologia:

O instrutor que tem reproduzido os cursos de capacitação pedagógica está sem embasamento para encaminhar as discussões. Não lê, quando muito “bica” a bibliografia, falta aprofundamento do conteúdo. É preciso ler mais Piaget, para saber o básico para trabalhar em alguns conceitos (Doc PLE, 1990, p. 2).

O processo educativo do PLE, segundo o documento acima, é de descoberta: o instrutor está construindo o conhecimento junto com o treinando, continua mostrando que “o período do curso é longo, daí a dificuldade de retirar profissionais do atendimento para

participarem, o que acentua a importância da seleção criteriosa do treinando e de instrutores que possam dar retorno ao serviço (Doc PLE, 1990, p. 3).

Do ponto de vista pedagógico, torna-se indispensável analisar as formas de pensar e conhecer dos educandos para desenvolver uma estratégia de ensino, que parta das condições reais dos mesmos, estimulando-os a aplicarem seus esquemas de assimilação e a refletirem sobre suas próprias percepções dos processos, de modo que avancem em seus próprios conhecimentos e em suas formas próprias de pensar e conhecer a realidade (DAVINI, 1994b, p. 30).

Diante disso, evidenciamos que o rápido crescimento do CD no Estado de São Paulo pode estar ligado principalmente ao conflito de interesses existentes entre os dois projetos, às condições locais de desenvolvimento dos cursos (algumas estratégias só funcionam bem em determinados locais) à opção de alguns sujeitos, motivados pela resistência à mudança ou pela desmotivação, ao retorno à tendência hegemônica do ensino de enfermagem, denominada escola tradicional e tecnicista que continuou e permaneceu arraigada nas práticas dos enfermeiros que geravam diferentes modelos de domínio e controle. Tem sido ela marcada pela transmissão de conhecimentos, pela valorização excessiva dos aportes técnicos da profissão e verticalização na relação professor - aluno.

Como foi demonstrado, o PLE levava professores e alunos a atingirem um nível de consciência da realidade, por meio da adoção do trabalho como eixo e exigia preparo do corpo docente. No caso, o curso de capacitação pedagógica, primeira aproximação ao assunto, requeria do instrutor um envolvimento e vínculo com o projeto: o instrutor estaria desconstruindo/construindo conhecimento junto com os alunos, tendo possibilidade de gerar o novo. Vale ressaltar a dificuldade na incorporação dessa nova metodologia no cotidiano do trabalho, tanto na prática educativa, quanto no interior dos serviços e, portanto, a escassez de instrutores para o desenvolvimento da experiência.

Para o exercício coerente da função docente, de acordo com a proposta metodológica, fazia-se necessário prepará-lo segundo os princípios desta proposta, o que, em última análise, implicava romper padrões e concepções educacionais bastante arraigadas nestes profissionais, não apenas pelas suas histórias de processo educacional, mas também pela própria formação sobre educação que a função de 3º grau lhe conferia (SANTOS; SOUZA, 1989, p. 62).

Ademais, considerando-se as bases técnicas do trabalho, podemos identificar que para cada organização do trabalho correspondem projetos de escolarização e propostas no campo da educação que evidenciamos no trabalho pedagógico, na formação de professores, na produção de conhecimento e nas políticas públicas. Portanto, na década de 90, já se anunciava, com as transformações ocorridas no mundo do trabalho, uma nova questão da formação profissional. De um modo geral, pode-se dizer que o ensino de enfermagem, ao nosso ver, vem aderindo a essas transformações.

Um aspecto importante é a mudança no modelo econômico e, conseqüentemente, a alteração do foco de atuação em educação e saúde. Assim, a utilização de preceitos neoliberais para a educação, na década de 90, traria à tona a necessidade de uma nova didática baseada nos princípios da pedagogia das competências.

Luiz Carlos de Freitas (1995, p. 127), ao considerar o interesse que então se evidenciava com a preparação desse novo trabalhador, já apresentava como hipótese as seguintes conseqüências, que, certamente, adviriam das políticas educacionais em estruturação:

O ensino básico e técnico vai estar na mira do capital pela sua importância na preparação de um novo trabalhador;

A didática e as metodologias de ensino específicas (em especial alfabetização e matemática) vão ser objeto de avaliação sistemática com base nos seus resultados (aprovação que geram);

A “nova escola” que necessitará de uma “nova didática” será cobrada também por “um novo professor” - todos alinhados com as necessidades de um “novo trabalhador”;

Tanto na didática como na formação do professor haverá uma ênfase muito grande no “operacional”, nos “resultados” - a didática poderá restringir-se cada vez mais ao estudo de métodos específicos para ensinar determinados conteúdos considerados prioritários, e a formação do professor poderá ser aligeirada do ponto de vista teórico, cedendo lugar à formação de um “prático”.

Os determinantes sociais da educação e o debate ideológico poderão vir a ser considerados secundários – uma perda de tempo motivada por um excesso de politização da área educacional.

Os princípios da pedagogia das competências já apareciam, de maneira tênue, direcionando o Projeto Classe Descentralizada e, mais tarde, seriam redirecionados ao projeto que daria prosseguimento à profissionalização dos trabalhadores da área de enfermagem - PROFAE, de forma a permitir a preparação de um novo trabalhador, pois se

anunciava um momento de transição – mudanças na administração pública, tanto na redução de quadro de pessoal como nas novas maneiras flexíveis de empregos públicos (formas de vinculação e remuneração do trabalho em saúde).

Para Roncalli (2002), o projeto de reforma do Estado “está em consonância com o processo de globalização da economia, o qual pode ser considerado como um novo ciclo de acumulação do capital”. Segundo o autor, com esse processo, agravaram-se as dificuldades dos Estados e municípios na contratação de profissionais de saúde, com pressões para a redução de gastos com pessoal e distorções na formação de profissionais de saúde.

Diante disso, concordamos com Thompson (2001, p. 260) quando nos diz que: “o que muda, assim que o modo de produção e as relações produtivas mudam, é a experiência de homens e mulheres existentes”.

Enfim, apontamos como aspecto debilitante do PLE a ausência da avaliação deste projeto de formação, tanto das capacitações pedagógicas como do desenvolvimento dos cursos nos municípios e das atividades educativas dos enfermeiros que poderiam reorientar o processo de formação, no qual se mostraria a necessidade de mudança, o aproveitamento dos pontos positivos e negativos do projeto além de seus aspectos qualitativos como opiniões, atitudes, valores e motivações dos sujeitos, interesses e conflitos dos que participaram do projeto nos municípios.

Não podemos deixar de perceber as limitações impostas pelos respectivos contextos institucionais que mobilizaram campos de interesses e provocaram afunilamento das idéias originais do PLE, produzindo ajustamentos decorrentes do embate destes interesses.

A sociedade fomenta uma multiplicidade de motivações, produzindo a necessidade de projetos, inclusive contraditórias ou conflitantes. O projeto seria um meio de comunicação, expressão, articulação de interesses, objetivos, sentimentos, aspirações. O projeto é dinâmico e está sendo elaborado permanentemente, reorganizando a memória do indivíduo, dando-lhes novos sentidos e significados, o que repercute em sua identidade (CIAVATTA, 2005, p. 13).

Neste sentido, os relatórios parciais do projeto demonstraram a formação de 877 alunos dentro da metodologia do PLE, projeto de formação que tinha como finalidade enfocar o trabalho como princípio educativo.

Assim, o PLE foi entremeado por esse contexto de mudanças políticas organizacionais e sustentou-se por sua prática democrática, ou seja, uma alternativa metodológica que ampliou o olhar para os sujeitos que necessitavam de formação, compreendendo-os como sujeitos socioculturais que possuíam conceitos cotidianos, experiências pessoais, diferentes necessidades, interesses, maneiras de se expressarem, desejos, sonhos. Nele rompeu-se com a homogeneização, envolveram-se educandos e educadores – sujeitos histórico-sócio-culturais que manifestaram e movimentaram experiências.

Muito embora o quantitativo de trabalhadores de enfermagem nos pareça pequeno, as investigações de Thompson (1987c, p. 37) nos ajudaram a entender que: “é perfeitamente possível que médias estatísticas e experiências humanas conduzam a direções opostas”.

## CONSEQUÊNCIAS E CONCLUSÕES

Neste estudo, procuramos reconstituir e compreender a história do Projeto de Formação de Trabalhadores para a Área de Saúde em Larga Escala – PLE, no Estado de São Paulo, no período de 1981 a 1996. O PLE foi um movimento alicerçado por diversos outros processos que buscavam operar profundas transformações no sistema de saúde brasileiro. Resgatamos o processo de elaboração de Reforma Sanitária, que propiciou a implantação de modelos alternativos de assistência à saúde.

Examinamos a construção do PLE no Estado de São Paulo, auxiliados pelas fontes documentais e revisitamos esses caminhos, por meio dos sujeitos que deram significados a essas experiências. Nas palavras de Thompson, o historiador precisa ouvir o tempo todo: “se ele ouve, o próprio material começa a falar através dele”. E isso realmente aconteceu [...] “O material tomou conta de mim, muito mais do que podia esperar” (PALMER, 1996, p. 123).

Enfim, concluiremos nossas investigações apropriando-nos como em todo percurso deste nosso estudo, das interlocuções com Edward Palmer Thompson. Em sua obra *Senhores e Caçadores* (1998) estudando as implicações da Lei Negra para a sociedade inglesa que vivia nas fronteiras das grandes florestas e parques oficiais em 1723, trouxe um exercício de interpretação sobre um conjunto de evidências e uma reflexão sobre a experiência dos conflitos florestanos. O autor finalizou sua obra com um capítulo denominado *Conseqüências e Conclusões*, no qual elencou um conjunto diverso de compreensões (para as pessoas, para as florestas, para o exercício da lei e para o domínio da lei) das conseqüências da Lei Negra.

Assim, de forma estratégica, utilizamo-nos dos meios de expressão de Thompson, de onde extraímos a inspiração para o título e o formato final do nosso trabalho, preenchendo-o com nossas conclusões sobre as repercussões do PLE. Como Thompson (1987a, p. 10), que se preocupava com uma análise “sempre encarnada, em pessoas e contextos reais”, procuramos compreender o significado do PLE constituído pela força dos sujeitos que participaram desta experiência (pessoas), seu papel e significado para o ensino médio de enfermagem e profissionalização dos atendentes de enfermagem no Estado de São Paulo (Ensino Médio de Enfermagem), sua relação com a lei do exercício profissional de enfermagem - LEP (Exercício da Lei), e com o processo de trabalho em enfermagem e Saúde (Domínio da Lei).

Germano (1996) alertou-nos sobre o compromisso dos enfermeiros em documentar a história e a experiência de formação de trabalhadores em saúde, dentro da proposta de formação em Larga Escala, como forma de contribuir com a história e com a avaliação de um projeto de profissionalização construído e ampliado para todo território nacional.

Como foi discutido ao longo do texto, apresentamos os limites e resultados do PLE – processo de lutas, avanços, recuos e resistências num campo de correlação de forças – do movimento sanitário, das necessidades do capitalismo avançado e das constantes intervenções de organismos nacionais e internacionais, pontos de encontros e desencontros para, dessa forma, conhecer o desenlace de sua história que deu origem ao que Thompson (1981, p. 16) chamou de experiência histórica que “surge espontaneamente no ser social, mas não surge sem pensamento. Surge porque homens e mulheres (e não apenas filósofos) são racionais, e refletem sobre o que acontece a eles e a seu mundo”.

AS PESSOAS: a força de seus sujeitos.

O PLE trouxe para as pessoas que participaram deste projeto de formação a possibilidade de reconstruir e reorganizar seu conhecimento, pois foram as responsáveis pela construção das unidades e do material pedagógico, quase ao mesmo tempo em que ministravam os cursos, junto aos alunos. Ainda que sob influência do mesmo tempo histórico, os atores engajados nesse processo de formação construíram e reconstruíram o PLE.

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.

Oliveira (1996), em suas investigações sobre a percepção dos sujeitos enquanto trabalhadores educandos observou que o PLE não adquiriu a dimensão de transformação da prática, mas mexeu com cabeças: promoveu o consenso para a construção coletiva do conhecimento e para a participação e mobilização de trabalhadores de nível médio de enfermagem, os quais puderam renovar as suas práticas.

Do ponto de vista dos nossos entrevistados, que construíram a proposta no Estado de São Paulo, uma das impressões mais fortes do PLE foi a possibilidade de “abrir a cabeça” das pessoas para ter uma maior visão política. Falamos, então, do objetivo de formar profissional de saúde

que atendesse à população e de 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. Enfim, da formação de sujeitos críticos.

Nas entrevistas com as coordenadoras do projeto, pudemos apreender-lhes o aspecto humano e o dinamismo, a competência e a capacidade de lidar com os conflitos, aliados aos ideais de transformação da coordenação do PLE, o que indica que, neste projeto de formação, a experiência dos sujeitos - pela força, pela postura e pela riqueza de sua metodologia - falou mais alto.

No diálogo com as fontes documentais, observamos que os sujeitos que participaram da proposta foram capazes de desconstruir seu conhecimento, permitindo um novo compromisso com a educação e a reflexão sobre sua prática, sobre novas teorias ou concepções, fazendo uma escolha consciente da teoria que adotariam para que ocorra o processo de ensino-aprendizagem, tendo em mente que tipo de cidadão iriam formar, pois o PLE estava vinculado a uma educação transformadora, que foi possível por sua opção metodológica.

Thompson sempre argumentou nos seus estudos históricos sobre o equilíbrio entre a estrutura e a capacidade de intervenção humana, salientando as formas pelas quais a consciência humana se abria para as alternativas e para a resistência (PALMER, 1996).

Nessa prática, predominou a relação de convivência, de inter-relação e de trocas, buscando a socialização do saber e do poder. Neste sentido, propiciaram condições para os indivíduos adquirirem uma linguagem que os capacitou a refletir sobre suas experiências e delineá-las, em certas instâncias, transformá-las para o interesse de um projeto mais amplo de responsabilidade social.

ENSINO MEDIO DE ENFERMAGEM: o papel, significado e contribuição para a profissionalização dos atendentes.

Quanto ao Ensino Médio de Enfermagem, o PLE contribuiu com a implantação do CEFORs – estruturas administrativas e de apoio pedagógico e das Escolas Técnicas de Saúde para o SUS – ETSUS, instituições que têm como objetivo promover a profissionalização dos trabalhadores inseridos nos serviços de saúde.

Contudo, apesar dos diferenciais propostos, não se permitiram a expansão ou melhoria da rede regular de escolas profissionalizantes. Inferimos que a profissionalização dos trabalhadores

inseridos no sistema de saúde tem se configurado como uma necessidade isolada – projetos especiais do próprio Estado ou como consequência de regulamentações burocráticas de órgãos da educação e saúde ou legitimadores da profissão.

Como o próprio Thompson (1998, p. 312) nos diz, esta questão ultrapassaria nossa atual investigação e “o exame deste e outros casos provavelmente levaria a novos caminhos de pesquisa”.

Entendemos que o PLE era um processo global que procurava romper, apesar de se configurar como ensino supletivo, com a desarticulação entre os conhecimentos escolares e a vida real, com a fragmentação dos conteúdos em disciplinas, e com o ensino individualizado e com a avaliação exclusivamente final. Isso implicava considerar os conhecimentos que os sujeitos traziam nas relações que estabelecem com outros sujeitos, com outras culturas, sem pretender a homogeneização dos alunos, mas, sim, respeitando as pluralidades, as diversidades, considerando suas histórias de vida, seu modo de viver e suas experiências culturais. Essa riqueza possibilita encontros dialógicos e dialéticos, configurando-se numa proposta profícua de educação, vinculada ao contexto sócio-histórico, visando à autonomia e à intervenção na realidade.

Este princípio de envolvimento de educandos e educadores valoriza-os como sujeitos histórico-sócio-culturais, que manifestam e movimentam experiências, vivências, representações, concepções, visões, subjetividades, maneiras singulares de ser e estar no mundo.

Torrez (1994) acreditava que a contribuição das pessoas que conheceram o programa e a forma como ele operacionalizava a relação entre qualificação e trabalho em saúde e enfrentava o desafio de “ir além”, podia ser relevante, para que a qualificação profissional dos trabalhadores de Nível Médio em Saúde superasse a condição de “profissionalização estreita”, tradicionalmente vivenciada.

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. Naquele momento, o que era tradicional e o novo - PLE - passaram a conviver, sendo o novo dominante em um dado momento.

Entendemos que 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. Por outro lado, evidenciamos falta de conscientização dos gestores sobre a importância desta formação de qualidade e não somente de quantidade para os serviços de saúde, portanto, uma proposta de formação de trabalhadores, ao invés de formação para o trabalho.

O EXERCÍCIO DA LEI: o PLE e sua relação com a Lei do Exercício Profissional de Enfermagem.

A Lei do Exercício Profissional de Enfermagem – LEP, sancionada em 1986, foi determinante para se optar pelo auxiliar de enfermagem e não pelo visitador sanitário. A estratégia inicial de formação de visitadores sanitários cedeu lugar à formação dos auxiliares de enfermagem. Assim, entendemos que as restrições impostas pela LEP prejudicaram a identidade do projeto que intencionava preparar trabalhadores para os Programas de Extensão de Cobertura.

Na época da promulgação da lei, o processo de trabalho de enfermagem propunha às Secretarias Estaduais de Saúde que prestassem assistência para o indivíduo, família e a comunidade, constituindo-se no maior grupo de trabalho da rede de serviços da SES: 6292 pessoas, dos quais 94% eram elementos auxiliares integrados pelos visitadores sanitários (31,0%), atendentes (63,0%); os enfermeiros representavam 5,5% do total (STEAGALL-GOMES, 1990).

Neste contexto, o grupo responsável pela LEP não se preocupou com um estudo das funções do pessoal e com a compreensão do processo de trabalho em enfermagem dos trabalhadores atuantes na SES, o que poderia contribuir para caracterizar o tipo de preparo que se deve oferecer aos alunos dos cursos profissionalizantes e de graduação em enfermagem. Podemos constatar, nesse ponto, a resistência dos órgãos de legitimação profissional.

Com o advento da Lei a SES passou por um processo de redefinição das funções de pessoal da enfermagem para readequar as suas necessidades. Os anos 80 e 90 foram marcados por mudanças profundas nas formas de organização, estrutura e funcionamento do trabalho.

Reconhecemos que, apesar dos avanços que a LEP representou para a enfermagem, outros interesses se faziam presentes na formação profissional, tais como os de uma regulação de profissões de saúde. Esta acompanhou o mercado de trabalho, em que se privilegiou a prática

hospitalar em detrimento da visita domiciliária, instrumento mais indicado pra se trabalhar o indivíduo, família e a comunidade.

O DOMÍNIO DA LEI: processo de trabalho em enfermagem e saúde e formação do trabalhador.

O PLE estava ligado a toda uma redefinição do sistema de saúde brasileiro, por meio da construção social de um novo sistema de saúde. Sua função era romper com os esquemas existentes, promover a reorganização do processo de trabalho e assegurar condições institucionais que viabilizassem a alteração desse processo, o que acabou não acontecendo.

O Larga Escala não estava preocupado com a formação massiva dos trabalhadores. Sua proposta era desenvolver a capacidade do trabalhador de observar a realidade, detectar os recursos disponíveis e identificar os problemas dos serviços, isto é, constituir profissionais para repensar e transformar o sistema de saúde. A nosso ver, isso gerou dificuldades no desenvolvimento e evolução do projeto, acarretando conflito com a cultura presente nas instituições de saúde, que nos remetem aos espaços dos serviços de saúde em que predominava durante longo período histórico, a prática curativa.

Enfim, foi possível identificar na fala dos entrevistados o desinteresse político dos governantes em relação ao PLE como parte fundamental do problema, o que associamos à própria natureza do Estado, que é constituído por um número de atores com interesses próprios, nem sempre coincidentes com o da sociedade, em detrimento das conquistas sociais. Concordamos com De Rossi (2005, p. 951) quando nos diz que “os projetos, conflitos, protestos e movimentos sociais que se abrem para a emancipação pressupõem um intercâmbio (que certamente não existe no país) entre as fontes da política e os seus resultados”.

Além disso, as reformas ocorridas na década de 90, a submissão às políticas dos organismos internacionais e o posterior redirecionamento do mercado de trabalho afetaram o desempenho do pessoal nos serviços de saúde e nas condições e relações de trabalho, gerando a inexistência de uma política de recursos humanos na maioria dos municípios brasileiros, bem como a falta nas instituições de um Plano de Carreira, Cargos e Salários - fatores que já faziam parte da conformação do sistema de saúde nacional - um dos motivos que podem ter contribuído para desestimular o processo de qualificação profissional. Assim, a capacitação de pessoal não correspondia à ascensão dos trabalhadores da categoria de atendente para a categoria de auxiliar

de enfermagem; portanto, esses trabalhadores conviviam, no mesmo local de trabalho e com as mesmas funções, com salários profundamente desiguais (BRASIL, 1994c).

Os atendentes nas instituições públicas para ocuparem cargos de auxiliar de enfermagem deveriam prestar novo concurso público e serem readmitidos, isto implicava conforme o tempo de serviço do trabalhador um decréscimo de sua remuneração.

As novas maneiras flexíveis de emprego público e as tendências ao trabalho informal começaram a repercutir na administração pública, trazendo a admissão, no quadro dos servidores públicos, de uma nova categoria de trabalhador: o agente comunitário de saúde. Assim, apesar da LEP buscar impedir que os serviços admitissem, para as funções de enfermagem, trabalhadores sem habilitação, verificamos, como problemas emergentes: a incorporação do agente comunitário de saúde nos programas de saúde governamentais e a indefinição sobre o enquadramento deste ocupacional de nível elementar. Pertence ele ou não ao grupo de enfermagem, visto que realiza cuidados de saúde para com as pessoas e tem relacionamento estreito e permanente com a comunidade.

Fica demonstrada a presença de outros interesses dos gestores da saúde sobre a importância de uma formação de qualidade para os serviços de saúde e a necessidade de se repensar a atuação desses profissionais de saúde, sobretudo dos trabalhadores de nível médio e de suas próprias especificidades, tempos, espaços e saberes.

Por tudo isso, foi possível compreender que o PLE, experiência pedagógica comprometida com mudanças a partir da realidade do trabalho, buscou enfrentar um grande desafio – romper com os esquemas tradicionais de formação dos trabalhadores de saúde. Neste processo, evidenciamos conflitos, lutas, sonhos e envolvimento intricados nas dificuldades em pensar algo novo e transformar a realidade do trabalho.

O retorno ao tradicional nada contribuiu para a mudança social; pelo contrário, impediu o processo de mudança, presente atualmente como um conjunto de procedimentos limitados e limitantes, subsidiados pelas atuais leis e pareceres educacionais que regulam as atividades de formação dos trabalhadores de nível médio para a enfermagem, em termos das propostas curriculares e político-pedagógicas. Como diria Thompson (1987b, p. 440): “no fracasso em se chegar a um ponto entre as duas tradições, algo se perdeu. O quanto foi, não podemos saber com certeza, pois estamos entre os perdedores”.

Para finalizar, fica o registro dos sujeitos, que aprenderam, vivenciaram e elaboraram essa experiência singular nas suas consciências durante o processo educativo do Projeto Larga Escala.

*No início, a expectativa do grupo era ser treinado para executar técnicas: aplicar injeção, verificar pressão, fazer curativos. Mas, a metodologia utilizada, que previa discussões, pesquisas, e entrevistas para descobrir coisas a respeito do indivíduo, da família e da sociedade nos irritava muito. Hoje, percebemos como essas abordagens foram importantes, pois contribuíram para nossa formação, enquanto cidadãos e profissionais de saúde.*

*O curso nos mudou como um todo, nos ajudou a falar, saber entender, saber respeitar o outro e a nós mesmas. Conseguiu melhorar nossa comunicação com os outros. Ajudou a pensar, reclamar, debater. O grupo teve um crescimento, enquanto grupo e, cada uma de nós, enquanto pessoa e profissional.*

*Hoje vemos o paciente de modo global: com seus problemas, como ser humano que deve ser, antes de tudo, respeitado. Hoje, conseguimos nos colocar no lugar dele e avaliar suas necessidades.*

*Temos mais segurança quando realizamos nosso trabalho profissional diante do paciente. Infelizmente, durante o percurso, algumas colegas não puderam continuar, pois os obstáculos apareciam e não eram poucos. No entanto, esses obstáculos serviram de estímulos que nos levaram para frente. A PERSEVERANÇA foi o ponto comum deste grupo. O curso foi bom, foi longo sim, teve críticas, cobranças. Valeu a pena o esforço, porque nos realizamos. Se houvesse oportunidade de mais cursos nesse "estilo" para pessoas interessadas, estariam sendo formados ótimos profissionais!*

*Depoimento dos Formandos do PLE, ERSA - 2 Butantã.*

*Dia 16 de maio de 1992.*

## **DOCUMENTOS ANALISADOS**

Algumas Reflexões sobre a Secretaria de Estado da Saúde. São Paulo: FUNDAP, maio de 1994.

Avaliação de reação ao curso de capacitação pedagógica. ERSA 27 – Campinas.

Capacitação Técnica para enfermeiros, elaboradas pelo ERSA 27 – Campinas, 10/05/1990.

CEDRHU. Regimento dos Centros Formadores ligados a SES. São Paulo, 1998.

CEE. Parecer n. ° 1.297/87. Experiência Pedagógica Projeto Larga Escala. Aprovado em 02/09/1987 b.

CEE. Alteração dos planos de curso de técnico de higiene dental e de atendente de consultório dentário. DOE; Seção I, São Paulo, 26/03/1992, p.7.

CEE. Conselho Estadual de Educação aprova o funcionamento do PLE e autoriza a experiência pedagógica até 31/12/1993. DOE; Seção I, São Paulo, 18/02/1992, p. 11.

CEE. Convalidação de atos escolares dos alunos dos cursos de atendente de consultório dentário. DOE; Seção I, São Paulo, 26/03/1992, p.7.

CEE. Documento do Conselho Estadual de Educação que toma conhecimento sobre as atividades do Larga Escala – Parecer n° 1.285/89, DOE; Seção I, 20/12/1989, p.14.

CEE. Encaminha ao Secretário de Estado da Saúde cópia do Parecer CEE n. ° 831/91 aprovado por este Colegiado e publicado no DOE de 18/07/1991. São Paulo, 24 de julho de 1991.

CEE. Parecer n. ° 387/97. Vincula turmas do PLE aos CEFOR de Franco da Rocha, Assis e Pariquera-Açu. Recomenda a SES que proceda à verificação e execução de providências que sejam inerentes à adaptação dos cursos respectivos à Lei 9.394/96 (LDB). DOE; Seção I, São Paulo, 22/08/1997, p.9.

CEE. Parecer n. ° 1297/87. Deliberação CEE. Autoriza o funcionamento e aprova o Regimento Escolar e os Planos de Curso. DOE; Seção I, São Paulo, 04/09/1987, p. 6.

CEE. Parecer n. ° 831/88. Autorização para instalação e funcionamento em caráter de experiência Pedagógica, do Curso de Qualificação Profissional III – Habilitação Parcial de Auxiliar de Enfermagem, nos Centros de Formação de Recursos Humanos para a Saúde – CEFORH, da Secretaria de Estado da Saúde, no âmbito do “Projeto Larga Escala”. São Paulo, 14/09/1988.

CEE. Parecer n. ° 831/88. Autoriza-se a instalação e funcionamento em caráter de experiência pedagógica até 31/12/91 do Curso de Qualificação Profissional III – Habilitação Parcial de Auxiliar de Enfermagem, no âmbito do PLE. DOE; Seção I, São Paulo, 21/09/88, p.7.

CEE. Parecer n.º 410/96. Relatório das atividades de 1995 e prorrogação do PLE por mais três anos. DOE; Seção I, São Paulo, 13/09/1996, p. 11.

CEE. Parecer n.º 1.025/ 93. Relatório Projeto Larga Escala e prorroga o prazo da experiência pedagógica até 31/12/1996. São Paulo, 18 de dezembro de 1993.

CEE. Parecer n.º 1.154/88. Autoriza o funcionamento da Habilitação parcial de atendente de consultório dentário – modalidade qualificação profissional III – em caráter de experiência pedagógica no âmbito do projeto Larga Escala. São Paulo, n.º 30/11/1988.

CEE. Parecer n.º 1297/87. Parecer do Conselho Estadual de Educação que autoriza no Estado o funcionamento do PLE como experiência pedagógica. São Paulo, 02/09/1987.

CEE. Parecer n.º 68/92. Relatório Projeto Larga Escala. São Paulo, 5 de fevereiro de 1992.

CEE. Parecer n.º 831/91. Toma ciência do relatório das atividades desenvolvidas pelo PLE relativo ao ano de 1989. DOE; Seção I, São Paulo, 18/07/1991.

CEE. Parecer nº 1.162/90. Autorização para instalação e funcionamento de cursos de QP III e IV – Projeto Larga Escala e Classes Descentralizadas (apreciação de relatório e resposta à consulta). São Paulo, 19/12/1990.

CEE. Parecer nº 1.285/89. Relatório Projeto Larga Escala. São Paulo, 13 de dezembro de 1989.

CEE. Parecer nº 264/90. Autoriza os CEFOR sediados no Vale do Ribeira, em Franco da Rocha e em Assis a instalarem Classes Descentralizadas nos locais que indicam. DOE, São Paulo, 31/03/1990. p. 10.

CEE. Parecer nº 427/89. Autoriza a instalação de classes do Curso Supletivo QPIII – modalidade qualificação profissional no município de São Paulo e grande SP. DOE; Seção I, São Paulo, 11 de maio de 1989.

CEE. Parecer nº 674/90. Autoriza a instalação de Classes Descentralizadas nos municípios vinculados ao CEFOR de Assis. DOE; Seção I, São Paulo, 04 de agosto de 1990, p.7.

CEE. Parecer nº 794/90. Autoriza mudança do CEFORH e aprova alterações no regimento escolar. DOE; Seção I, São Paulo, 29/09/1990, p.8.

Histórico Nacional do Projeto Larga Escala. Programa de Formação em Larga Escala de pessoal de níveis médio e elementar para os serviços de saúde. Acordo MEC/MPAS/OPS. s.d.

O Projeto Larga Escala como alternativa para a formação de pessoal auxiliar da área da saúde. São Paulo, s.d.

Projeto Larga Escala.s.d. 12 p

- PLE. Justificativa para as escolas de Auxiliar de Enfermagem virarem CEFORH. São Paulo, s.d.
- PLE. Coordenação Estadual do PLE. Projeto Larga Escala como alternativa para a formação da mão de obra de nível médio e elementar não qualificada. São Paulo, s.d.
- PLE. Coordenação Estadual do PLE. Projeto Larga Escala. (mimeografado). São Paulo, 1990.
- PLE. Coordenação Estadual do Projeto Larga Escala. Plano de curso supletivo de Qualificação Profissional IV – Técnico em Higiene Dental. São Paulo, 10 de março de 1987a.
- PLE. Coordenação Estadual do Projeto Larga Escala. Plano de curso supletivo de Qualificação Profissional III – Habilitação parcial em Visitador Sanitário. São Paulo, 10 de março de 1987b.
- PLE. Coordenação Estadual do Projeto Larga Escala. Plano de curso supletivo de Qualificação Profissional III – Habilitação parcial em Auxiliar de Enfermagem. São Paulo, 31 de maio de 1988.
- PLE. Coordenação Estadual do Projeto Larga Escala. Plano de curso supletivo de Qualificação Profissional III – Habilitação parcial em Atendente de Consultório Dentário. São Paulo, 31 de maio de 1988.
- PLE. Coordenação Estadual do Projeto Larga Escala. Relatório do Projeto Larga Escala do período de setembro de 1987 a dezembro de 1988. São Paulo, março de 1989.
- PLE. Coordenação Estadual do Projeto Larga Escala. Relatório do Projeto Larga Escala de 1989. São Paulo, maio de 1990.
- PLE. Coordenação Estadual do Projeto Larga Escala. Relatório do Projeto Larga Escala de 1990. São Paulo, maio de 1991.
- PLE. Coordenação Estadual do Projeto Larga Escala. Relatório do Projeto Larga Escala de 1991. São Paulo, agosto de 1992.
- PLE. Coordenação Estadual do Projeto Larga Escala. Relatório do Projeto Larga Escala de 1992. São Paulo, maio de 1993.
- PLE. Coordenação Estadual do Projeto Larga Escala. Relatório do Projeto Larga Escala de 1993. São Paulo, junho de 1994.
- PLE. Coordenação Estadual do Projeto Larga Escala. Relatório do Projeto Larga Escala de 1987 - 1994. São Paulo, 1995.
- PLE. Coordenação Estadual do Projeto Larga Escala. Relatório do Projeto Larga Escala de 1995. São Paulo, 1996. (manuscrito).

PLE. Coordenação Estadual do Projeto Larga Escala. Relatório do Projeto Larga Escala de 1997. São Paulo, 1998.

PLE. Documento manuscrito da coordenadora Haidê Benetti de Paula sobre número de formados. São Paulo, 1988.

PLE. Instruções relativas ao pagamento das turmas do Projeto Larga Escala.(mimeografado). São Paulo, s.d.

Programa de Formação em Larga Escala de Pessoal de 1º e 2º graus. Projeto Ensino Supletivo. Desenvolvimento de Recursos Humanos (mimeografado). São Paulo, s.d.

Programa de Formação em Larga Escala de pessoal de níveis médio e elementar para os serviços básicos de saúde. São Paulo, sd.

São Paulo. SES. Ações e Propostas: Levantamento das ações e propostas de trabalho do CEDRHU. 1995.

Relatório referente a Reunião de Coordenadores de Capacitação Pedagógica - Resumo da 1ª Reunião de Rediscussão do Curso de Capacitação Pedagógica (16 de março de 1990) e Resumo da 2ª Reunião de Rediscussão dos cursos de capacitação pedagógica (s.d).

Reunião Pedagógica. São Paulo, 1993 (manuscrito).

SEE. Delegacia de Ensino de Caieiras. Documento manuscrito da supervisão de ensino sobre os certificados de conclusão dos cursos. São Paulo, 24/05/1995.

SES. Ofício Gabinete do Secretário n. ° 301/87. 10 de março de 1987 a.

SES. Regimento Escolar dos Centros de Formação de Recursos Humanos para área da Saúde. CEFORH. 1987 b.

Secretaria de Estado da Saúde. Regimento Escolar dos Centros de Formação de Recursos Humanos para área da Saúde. CEFORH. 1987 b.

SES. Ofício CEDRHU n. ° 035/97. Solicita revisão curricular dos cursos oferecidos pelo PLE. São Paulo, 07 de fevereiro de 1997.

SES. Ofício CEDRHU n. ° 235/90. Encaminha relatórios das classes descentralizadas sediadas no Vale do Ribeira e Assis para a convalidação dos atos escolares. São Paulo, 14/11/1990.

SES. Ofício CEDRHU n. ° 266/90. Comunica encerramento do curso de visitador sanitário devido ao fato de que esse profissional não foi contemplado pela lei do exercício profissional. São Paulo, 11/12/1990.

SES. Ofício G.S. n. ° 1.459/90 Encaminha o relatório das atividades desenvolvidas pelo PLE ao Conselho Estadual de Educação. São Paulo, 01/06/1990.

SES. Ofício GS n. ° 1.716/91. Proposta reformulada para funcionamento do Técnico em Higiene Dental e Atendente de Consultório Dentário vinculado ao PLE. São Paulo, 17/06/1991.

SES. Ofício GS n. ° 1.717/91. Encaminha relatório do PLE do ano de 1990. São Paulo, 17/06/1991.

SES. Ofício GS n. ° 1436/88. Encaminha Plano de Curso QPIII – Habilitação Parcial em Auxiliar de Enfermagem a ser realizado pela SES, através da experiência pedagógica “Projeto Larga Escala”. São Paulo, 31 de maio de 1988.

SES. Ofício n. ° 301/87. Encaminha ao Conselho Estadual de Educação o Projeto de Experiência pedagógica para a implantação do PLE em São Paulo. São Paulo, 10/03/1987.

SES. Projeto Larga Escala. Justificativa. Elaborado para o Projeto de Profissionalização de pessoal de nível médio. São Paulo, s.d.

SES. Resolução SS – 386. Integra a SES o Centro Formador de Nível Médio para a área de Saúde CEFAS - INAMPS. São Paulo, 24/06/1994.

## DOCUMENTOS OFICIAIS

BRASIL. Diretrizes e Bases para o Ensino de 1º e 2º para o Ensino n.º 5.692 de 11 de agosto de 1971. São Paulo: Brasil, 1971.

\_\_\_\_\_. Programa de Preparação Estratégica de Pessoal de Saúde. PPREPS. Programa de Trabalho. Brasília: Ministério da Saúde, Ministério da Educação e Cultura, Organização Pan-Americana de Saúde, junho de 1976.

\_\_\_\_\_. Recursos Humanos para Serviços Básicos de Saúde: Formação de Pessoal de Níveis Médio e Elementar pelas Instituições de Saúde. Brasília, Ministério da Saúde, 1982.

\_\_\_\_\_. Responsabilidades Institucionais no Desenvolvimento do Projeto “Larga Escala”. Brasília: Ministério da Saúde/ Grupo Assessor Principal, 1983.

\_\_\_\_\_. VIII Conferência Nacional de Saúde, 1986. Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1987 a.

\_\_\_\_\_. Decreto n.º 94.406, de 08 de junho de 1987. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**. Ano 125, n 106, 9 de junho de 1987. Seção I. p.1.

\_\_\_\_\_. Ministério da Previdência e Assistência Social. Guia Curricular para formação de Auxiliar de Enfermagem – enfoque hospitalar. Brasília: Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social, 1988.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Boletim Informativo Recursos Humanos para o SUS nº 1. Agosto de 1992. p.12.

\_\_\_\_\_. A questão dos Recursos Humanos nas Conferências Nacionais de Saúde: 1941-1992. Cadernos RH Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, v.1, n.1, novembro, 1993.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Capacitação pedagógica para Instrutor/Supervisor Área de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 1994a.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Guia Curricular para a Formação de Auxiliar de Enfermagem para atuar na Rede Básica do SUS. Área Curricular II: Prevenindo Riscos para a Mulher, Criança e Adolescente. 1. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 1994b.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde.Coordenação Geral de Desenvolvimento de RH para o SUS. II Conferência Nacional de Recursos Humanos para a Saúde: Relatório final. **Cadernos RH Saúde**, Brasília, v. 2, n. 1, julho de 1994c.

\_\_\_\_\_. Lei n.º 8.967, de 28 de dezembro de 1994. Altera a redação do art. 23 da Lei n.º 7.498/86. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília, Seção 1, n. 247, 29 de dezembro de 1994d, p. 20829.

\_\_\_\_\_. Senado Federal. Constituição Federal do Brasil. Disponível em: <http://www.senado.gov.br/sf/legislação/const/> Acesso em: 18 mar.2006.

\_\_\_\_\_. Programa de Formação de Pessoal de Nível Médio. Brasília: Ministério da Previdência e Assistência Social-MPAS, Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social/ INAMPS. Disponível em: <http://www.opas.org.br>. Acesso em: 18 jul. 2004.

SÃO PAULO. SES. Norma Técnica SS/73. Estabelece Programa para treinamento intensivo de visitador sanitário no âmbito da Secretaria da Saúde. Diário Oficial do Estado de São Paulo. 26 de junho de 1973.

\_\_\_\_\_. SES. Deliberação CIS/SP 82/89. Organiza no âmbito do SUS/SP o Centro Estadual de Desenvolvimento e Formação de Recursos Humanos – (CEDRHU). **Diário Oficial do Estado de São Paulo**. Publicado em 06/12/1989, p. 23.

\_\_\_\_\_. CD. Livro – Cadastro da demanda das Classes Descentralizadas, s.d. mimeografado.

\_\_\_\_\_. SES Centro Estadual de Desenvolvimento e Formação de Recursos Humanos. Projeto Classe Descentralizada. Avaliação do Rendimento Escolar nas Classes Descentralizadas: pontos para reflexão. São Paulo, maio de 1992.

\_\_\_\_\_. SES. Centro Estadual de Desenvolvimento e Formação de Recursos Humanos. Projeto Classe Descentralizada. Cooperação Técnica Indireta às equipes que atuam nos cursos de Auxiliar de Enfermagem. São Paulo, 1993.

\_\_\_\_\_. SES. Ações e Propostas: Levantamento das ações e propostas de trabalho do CEDRHU. 1995.

\_\_\_\_\_. SES. Centro Estadual de Desenvolvimento e Formação de Recursos Humanos. Projeto Classe Descentralizada. Relatório 1988 a 1996. São Paulo, agosto de 1996.

\_\_\_\_\_. SES. Centro Estadual de Desenvolvimento e Formação de Recursos Humanos. Projeto Classe Descentralizada. Orientação n.º 2. Parte orçamentária. São Paulo, março de 1994a.

\_\_\_\_\_. SES. Centro Estadual de Desenvolvimento e Formação de Recursos Humanos. Classe Descentralizada: uma nova organização escolar na formação de profissionais em nível médio para a área de saúde. 2ª ed. São Paulo, agosto de 1994b.

\_\_\_\_\_. SES. Centro Estadual de Desenvolvimento e Formação de Recursos Humanos. Rediscutindo o processo de Ensino-Aprendizagem nas Classes Descentralizadas. São Paulo, 1994c.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABRASCO. Boletim ABRASCO n.º 86. Especial OPAS 100 anos. Disponível em: <http://www.abrasco.org.br/Boletins/bol86/Yunes.htm>. Acesso em: 27 jan. 2006.

AGUIAR NETO, Z. **A qualificação dos atendentes de enfermagem**: transformação no trabalho e na vida. 2001. 202 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Universidade de São Paulo, São Paulo, 2001.

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

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. 2000. 188f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública). Universidade de São Paulo, São Paulo, 2000.

ALMEIDA, J. L. T. **A qualificação do atendente no processo de profissionalização de Enfermagem**. 1992. 130 f. Dissertação (Mestrado em Medicina Social). Universidade Estadual do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1992.

ALMEIDA, M. C. P. O materialismo histórico na pesquisa em enfermagem. In: 4º Seminário Nacional de Pesquisa em Enfermagem. Brasília. **Anais... BRASIL**. Associação Brasileira de Enfermagem, p. 83-89, 1985.

AMÂNCIO FILHO, A; ALMEIDA, J. L. T. Ensino profissionalizante em saúde. **Boletim Técnico do SENAC**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 1, jan./abr., 1995. Disponível em: [www.senac.br/boltec](http://www.senac.br/boltec). Acesso em: 06 ago.2005.

AMARAL, A. E. E. H. B. Uma experiência pedagógica em construção na formação de pessoal. **Cadernos FUNDAP**, São Paulo, v. 7, n. 13, p. 34-43, abr. 1987.

AMORIN, M. J. A. B. A ABEn e o PIPMO no preparo do atendente de enfermagem: relato de uma experiência. **Rev. Bras. Enfermagem**, Brasília, v. 32, n. 2, p. 183 -212, 1979.

ANSEMI, M. L.; ANGERAMI, E. L. S.; GOMES, E. L. R. Rotatividade dos trabalhadores de enfermagem nos hospitais do Município de Ribeirão Preto. **Rev. Panam. Salud Púb.**, OPAS, v. 2, n. 1, p. 44-50, 1997.

ARAÚJO, M. C. F. **Educação e Profissionalização do auxiliar de enfermagem**: uma prática em discussão. 1999. 118f. Dissertação (Mestrado em Educação). Universidade Federal da Bahia, Bahia, 1999.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ENFERMAGEM. Relatório Final do Levantamento de Recursos e Necessidades de Enfermagem no Brasil – 1956/1958. Brasília, 1980.

AZEVEDO, M. L. **Educação de trabalhadores da enfermagem com enfoque na pedagogia da problematização**: avaliação de uma experiência no Rio de Janeiro. 1992. 199 f. Dissertação (Mestrado em Educação). Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1992.

BAGNATO, M. H. S. Licenciatura em enfermagem: Para que? 1993. 222f. Tese (Doutorado em Educação). Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 1994.

\_\_\_\_\_. Fazendo uma travessia: em pauta a formação dos profissionais da área de saúde. In: BAGNATO, M. H. S.; COCCO, M. I. M.; DE SORDI, M. R. L. **Educação, Saúde e Trabalho**: antigos problemas, novos contextos, outros olhares. Campinas, SP: Alínea, 1999.

BAPTISTA, T. W. F. O Direito à Saúde no Brasil: sobre como chegamos ao Sistema Único de Saúde e o que esperamos dele. In: Escola Politécnica Joaquim Venâncio (org.) **Textos de apoio em políticas de saúde**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2005.

\_\_\_\_\_. **Políticas de Saúde no Pós-Constituinte**: um estudo da política implementada a partir da produção normativa dos poderes executivos e legislativos no Brasil. 2003. 364 f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva). Instituto de Medicina Social da Universidade Estadual do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2003.

BARREIRA, I. A. Memória e História para uma nova visão da enfermagem no Brasil. **Rev. Latino – Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 7, n. 3, p. 87-93, jul. 1999.

BARROS SILVA, P. L. O perfil médico-assistencial privatista e suas contradições: a análise política da intervenção estatal em atenção à saúde no Brasil na década dos 70. **Cadernos FUNDAP**, São Paulo, v. 3, n. 6, p. 26-50, jul. 1983a.

\_\_\_\_\_. A política de saúde no Brasil e suas repercussões no Estado de São Paulo nos anos 70: uma tentativa de síntese. **Cadernos FUNDAP**, São Paulo, v. 3, n. 7, p. 4-11, nov. 1983 b.

BARROS VIEIRA, C. A. Extensão de cobertura no Brasil: crise e reforma do sistema de saúde. XXIX Congresso Brasileiro de Enfermagem. **Anais...** Camboriú, 1977.

BASSINELLO, G. A. H. **Perfil dos professores de ensino médio profissionalizante de enfermagem na região de Piracicaba**. Campinas, 2002. 153f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2002.

BENTO, I. C. B.; BUENO, S. M. V. Contribuição para o estudo da aplicabilidade técnica dos projetos Larga Escala e Classe Descentralizada destinados à formação de auxiliares de enfermagem. In: BUENO et al (org). **Enfermeiro Professor e o Ensino Médio em Enfermagem**. 1998. 224f. **Anais do II encontro de Formação de Professores de Ensino Médio em Enfermagem**, Ribeirão Preto: Fundação Instituto de Enfermagem de Ribeirão Preto, 1998.

BIANCHETTI, L.; PALANGANA, I. C. Sobre a Relação Histórica entre Escola e Sistema Produtivo: Desafios Qualificacionais. In: **Boletim Técnico do SENAC**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 2. mai./ago. 2000. Disponível em: <http://www.senac.br/informativo/BTS/boltec262d>. Acesso em: 21 maio 2006.

BITAR, M. S. **A Política Educacional Paulista nos doze anos de governança do PMDB: 1983 a 1994**. 2003. 88 f. Dissertação (Mestrado em Economia). Faculdade de Economia da Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2003.

BLOCH, M. **Apologia da História ou o Ofício do Historiador**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2001.

BORDENAVE, J. E. D. Alguns fatores pedagógicos. In: BRASIL. **Capacitação pedagógica para Instrutor/Supervisor Área de Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 1994.

Boletim Informativo ERSA 2 Butantã. Projeto Larga Escala. v. 3, n. 5, 1992.

Boletim Informativo Recursos Humanos para o SUS - RH SUS, v. 1, n. 1, ago. de 1992.

Boletim Informativo SUDS – R Ribeirão Preto. Projeto Larga Escala. 1 ed. Ribeirão Preto, n. 1, set. 1988 (manuscrito).

BONAMINO, A; MATA, M. L.; DAUSTER, T. Educação-Trabalho: uma revisão da Literatura Brasileira das últimas décadas. **Cadernos de Pesquisa**, São Paulo, n. 34, p. 50-62, fev. 1993.

BRUSILOVSKY, S. Treinamento mental: um método para um enfoque da educação de adultos. In: BRASIL. **Capacitação pedagógica para Instrutor/Supervisor Área de Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 1994.

CAMPOS, G.W. de S. Sobre a peleja dos sujeitos da reforma, ou da reforma dos sujeitos em peleja. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 1, n. 2, p. 79-95, 1992.

CARDOSO, C.F. **Uma Introdução à História**. 10 ed. São Paulo: Brasiliense, 1994.

CASTRO SÁ, E.N. de; DIMITROV, P. Funções da Secretaria de Estado da Saúde no Sistema Único de Saúde (SUS) de São Paulo. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 2, n. 2, p. 3-20, 1993.

CASTRO, J. L.; SANTANA, J. P. ; NOGUEIRA, R. P. **Izabel dos Santos**: a arte e a paixão de aprender fazendo. Natal (RN): Observatório RH NESC/UFRN, 2002.

CECCIM, R. B.; ARMANI, T. B.; ROCHA, C. F. O que dizem a legislação e controle social em saúde sobre a formação de recursos humanos e o papel dos gestores públicos, no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 2, p. 373-383, 2002.

COHN, A. ELIAS, P.E. **Saúde no Brasil**. Políticas e organização de serviços. São Paulo: Cortez, 2001.

CIAVATTA, M. A formação integrada: a escola e o trabalho como lugares de memória e de identidade. Trabalho Necessário, Rio de Janeiro, v. 3, n. 3, 2005. Disponível em: [www.uff.br/trabalhonecessario/MariaTN3.htm](http://www.uff.br/trabalhonecessario/MariaTN3.htm). Acesso em: 29 ago. 2006.

CORDEIRO, H. **A indústria da Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Graal, 1980.

\_\_\_\_\_. Descentralização, universalidade e equidade nas reformas de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 2, p. 319-328, 2001.

COSTA, A.M.F.; GRANZIEIRA, R. G. Padrão de política de saúde examinado pela ótica econômico-financeira do Estado. **Cadernos FUNDAP**, São Paulo, v. 3, n. 8, p. 51-58, jul. 1983.

CRISTOFARO, M. A. A organização do sistema educacional brasileiro e a formação na área da saúde. Disponível em: [http://www.opas.org.br/rh/publicacoes/texto\\_apoio/pub.04U2T1.pdf](http://www.opas.org.br/rh/publicacoes/texto_apoio/pub.04U2T1.pdf). Acesso em: 05 mar. 2006.

CUNHA, L. A. C. R. **Política Educacional no Brasil**: a profissionalização no Ensino Médio. 2. ed. São Paulo: Eldorado, 1977.

\_\_\_\_\_. **Educação, Estado e Democracia no Brasil**. 4. ed. São Paulo: Cortez, 2001.

DAL POZ, M. R.; ROMANO, R. A. T.; TORREZ, M. N. F. B.; CORTEZ, M. V. Formação de Recursos Humanos de Nível Médio em Saúde no Rio de Janeiro: A experiência da Escola Técnica em Saúde Enfermeira Izabel dos Santos. **Cadernos de Saúde Pública**, São Paulo, v. 8, n. 1, p. 57 – 61, jan. – mar., 1992.

DAVINI, M. C. Currículo Integrado. In: BRASIL. **Capacitação pedagógica para Instrutor/Supervisor**. Área de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 1994a.

\_\_\_\_\_. Do processo de aprender ao de Ensinar. In: BRASIL. **Capacitação pedagógica para Instrutor/Supervisor**. Área de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 1994b.

DE ROSSI, V. L. S. Mudança com máscaras de inovação. **Educ. Sociedade**, Campinas, v. 26, n. 92, p. 935 – 957, Especial, out. 2005.

DUMAZEDIER, J. **Lazer e Cultura Popular**. São Paulo: Perspectiva, 1973.

\_\_\_\_\_. Ouvriers de l'entraînement mental. **La Lettre de Peuple et Culture**, Paris, n. 27, p. 22, déc. 2002. Disponível em: [www.peuple-et-culture.org/IME/pdf/doc.97.pdf](http://www.peuple-et-culture.org/IME/pdf/doc.97.pdf). Acesso em: 06 dez. 2005.

ENGUIITA, M. F. **A face oculta da escola: educação e trabalho no capitalismo**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1989.

ESCOREL, S. **Reviravolta na Saúde: origem e articulação do Movimento Sanitário**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1998.

FERREIRA, N. S. A. As pesquisas denominadas “estado da arte”. **Educ. Sociedade**, Campinas, v. 23, n. 79, p. 257-272, ago. 2002.

FIGUEIREDO, I. M. Z. **Desenvolvimento, globalização e políticas sociais: um exame das determinações contextuais dos projetos de reforma da educação e da saúde brasileiras da última década**. 292f. Tese (Doutorado em Educação). Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2006.

FIOCRUZ. Escola Nacional de Saúde Pública. Núcleo de Estudos e Pesquisas em Desenvolvimento de Recursos Humanos em Saúde do Departamento de Administração e Planejamento da Escola Nacional de Saúde Pública Saúde: Quem são os vilões da história. **Cadernos RH Saúde**, Brasília, v. 1, n. 1, p. 47 – 49, nov. 1993.

FLEURY, S. A questão democrática na saúde. In: FLEURY, S. (org). **Saúde e Democracia: a luta do CEBES**. São Paulo: Lemos Editorial, 1997.

FREITAS, L.C. **Críticas da Organização do Trabalho Pedagógico e da Didática**. Campinas: Papirus, 1995.

FRIGOTTO, G. **A Produtividade da Escola Improdutiva: um (re) exame das relações entre educação e estrutura econômico-social e capitalista**. São Paulo: Cortez, 2001.

FUNDAP. Secretaria de Estado da Saúde: concepção, organização funcionamento. São Paulo, fev. 1987.

\_\_\_\_\_. Reestruturação da Secretaria de Estado da Saúde para gestão do SUS. Algumas reflexões sobre a Secretaria de Estado da Saúde. São Paulo, maio 1994. (mimeografado)

GERMANO, R. M. CEFOPE/RN: Uma experiência de formação de recursos humanos em saúde 1984-1996. Natal: SSAP/RN, 1996.

GERSCHMAN, S. **A democracia inconclusa**. Um estudo da reforma sanitária brasileira. 2. ed. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2004.

GIRARDI, S. N.; FERNANDES JR, H.; CARVALHO; C. L. A Regulamentação das Profissões de Saúde no Brasil. Disponível em: <http://www.ccs.uel.br/espacoparasaude/v2n1/Doc/RPSB.doc>. Acesso em: 05 fev. 2006.

GIRARDI, S. N. Aspectos do(s) mercado (s) de trabalho em saúde no Brasil: estrutura, dinâmica, conexões. Disponível em: [http://www.opas.org.br/rh/publicações/textos\\_apoio/pub04U1T6.pdf](http://www.opas.org.br/rh/publicações/textos_apoio/pub04U1T6.pdf). Acesso em: 20 abr. 2006.

GRANDI, M. T. Notas Preliminares. In: BRASIL. Capacitação pedagógica para Instrutor/Supervisor Área de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 1994.

GRYSCHKEK, A. L. F. P.; ALMEIDA, A. H.; ANTUNES, M. N.; MIYASHIRO, S. Y. Projeto larga escala: uma proposta pedagógica atual. **Revista Escola Enfermagem USP**, São Paulo, v. 34, n. 2, p. 196-201, jun. 2000.

GUIMARÃES, A. L. Formação de auxiliar de enfermagem através do PLE: a experiência do município de Campinas/ SP. In: Bueno et al (org). Enfermeiro Professor e o Ensino Médio em Enfermagem. **Anais do II encontro de Formação de Professores de Ensino Médio em Enfermagem**. Ribeirão Preto: Fundação Instituto de Enfermagem de Ribeirão Preto, 1998. 224 p.

HADDAD, S.; DI PIERRO, M. C. Escolarização de jovens e adultos. **Revista Brasileira de Educação**, São Paulo, n.14, p.108-118, maio/ago. 2000.

IBANEZ, N.; BITTAR, O. J. N. V.; CASTRO SÁ, E. N de; KAMAMOTO, E. K.; ALMEIDA, M. F.; CASTRO, C. G. J. de. Organizações sociais de saúde: o modelo do Estado de São Paulo. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 2, p. 391-404, 2001.

JUNQUEIRA, L. A. P. Organizações públicas que atuam no setor saúde em São Paulo. **Cadernos FUNDAP**, São Paulo, v. 3, n. 7, p. 12-24, nov. 1983a.

\_\_\_\_\_. A gestão de recursos humanos na Secretaria de Saúde. **Cadernos FUNDAP**, São Paulo, v. 3, n. 7, p. 87-95, nov. 1983b.

KOCH, R. M. **Ações Integradas de Saúde**. Coletânea. 1986. Mimeografado.

KUENZER, A. Z. **Ensino de 2º grau**: o trabalho como princípio educativo. 3. ed. São Paulo: Cortez, 1997.

LA LETTRE DE PEUPLE ET CULTURE. Manifeste de Peuple et Culture 1945. Paris, n. 27, p. 4-8, déc. 2002. Disponível em <http://www.peuple-et-culture.org/IME/pdf/doc.97.pdf>. Acesso em: 06 dez. 2005.

LE GOFF, J. **História e memória**. 5. ed. Campinas, SP: UNICAMP, 2003.

LE MOS, M. B. **A lógica da produtividade capitalista e suas manifestações na formação do enfermeiro**. 2004. 179 f. Dissertação (Mestrado em Educação). Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2004.

LEOPARDI, M. T.; GELBCKE, F. L. Significados e perspectivas da profissionalização dos atendentes de enfermagem. **Revista Texto e Contexto**, Florianópolis, n. 6, p. 123 - 136, 1997.

LOMBARDI, J. C. História e historiografia da educação: atentando para as fontes. In: LOMBARDI, J. C.; NASCIMENTO, M. I. M. **Fontes, História e Historiografia da Educação**. Campinas, SP: Autores Associados, 2004.

LOPES, A. C. Políticas Curriculares: continuidade ou mudanças de rumos? **Revista Brasileira de Educação**, Rio de Janeiro, n. 26, p. 109 – 118, mai./ago. 2004.

LOWY, M. **As aventuras de Karl Marx contra o Barão de Munchhausen**: marxismo e positivismo na sociologia do conhecimento. São Paulo: Busca vida, 1987.

LUNARDI FILHO, W. D.; MAZZILLI, C. Contribuição ao estudo qualitativo do trabalho na área da enfermagem. **RAP**, Rio de Janeiro, v. 30, n. 4, p. 57-73, jul./ago. 1996.

LUZ, M. Notas sobre as políticas de saúde no Brasil de “Transição democrática”- anos 80. **Physis: Revista de saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 1, n. 1, p. 138 –154, 1991.

MACEDO, C. G. **Notas para uma história recente da Saúde Pública na América Latina**. Brasília: OPAS, 1997.

MACHADO, L. R. S. **Politecnia, escola unitária e trabalho**. São Paulo: Cortez, 1989.

MANFREDI, S. M. Trabalho, qualificação e competência profissional – das dimensões conceituais e políticas. **Educação & Sociedade**, Campinas, v. 19, n. 64, p. 13 – 49, set. 1998.

MARSIGLIA, R. G. Funcionários públicos de saúde e organizações de interesse. **Cadernos RH Saúde**, Brasília, v. 1, n. 3, p. 73-77, nov.1993.

MARTINS, V. L.; LAFOZ, S. E. Profissionalização dos atendentes de enfermagem (auxiliares de saúde): a quem interessa? **Espaço para a Saúde**, Curitiba, v. 2 , n. 2, p. 31-35, abr. 1990.

MARX, K. Manuscritos econômicos e filosóficos. In FROMM, E. **Conceito marxista de homem**. 7. ed. Rio de Janeiro: Zahar Editores, 1979.

\_\_\_\_\_. **O Capital**: crítica da economia política. 8. ed. São Paulo:Difel, 1982. Livro 1.

\_\_\_\_\_. **O Dezoito Brumário e Cartas a Kugelmann**. 5. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1986.

MEDICI, A. C. Mercado de Trabalho em Saúde no Brasil: Desafios para os anos noventa. **Cadernos RH Saúde**, Brasília, v. 1,n. 1, p. 41-46, 1993.

\_\_\_\_\_. A regulação do Trabalho no âmbito da Saúde.In: SANTANA, J. P. **Regulação do Trabalho em Saúde**. Brasília: OPAS, 1994.

MELO, C. M. M. **Divisão Social do trabalho e enfermagem**. São Paulo: Cortez, 1986.

MENDES, E.V. O Sistema único de saúde: um processo social em construção. Disponível em: [http://www.opas.org.br/rh/publicações/textos\\_apoio](http://www.opas.org.br/rh/publicações/textos_apoio). Acesso em: 06 jul.2005.

MENICUCCI, T. M. G.; BRASIL, F. P. Construção de agendas e inovações institucionais: análise comparativa da Reforma Sanitária e da Reforma Urbana. Disponível em [http://www.eg.fjp.mg.gov.br/publicações/ material/textos/353.pdf](http://www.eg.fjp.mg.gov.br/publicações/material/textos/353.pdf). Acesso em: 16 ago. 2006.

MEYER, D. E.; GASTALDO, D. Qualificação profissional do auxiliar de enfermagem: um conflito entre a formação e a realidade profissional. **Ciência e Cultura** (Revista da Sociedade Brasileira para o Progresso da Ciência), Campinas, v. 41, n. 2, p. 171-176, fevereiro, 1989.

MORAES, R. C. C. Globalização e políticas públicas: vida, paixão e morte do Estado Nacional. **Educação & Sociedade**, Campinas, v. 25, n. 87, p. 303-333, mai./ago. 2004.

MUNGIOLI, M. C. P. Modernidade, Educação e Globalização: algumas reflexões. **Revista Sinergia**, São Paulo, v. 5, n. 2. jul./dez. 2004. Disponível em: <http://www.cefetsp.br/ed/sinergia/9indice.html>. Acesso em: 10 fev. 2006.

MULLER, R. G. **Razão e Utopia**: Thompson e a História. 2002. 282 f. Tese (Doutorado em História) . Universidade de São Paulo, São Paulo, 2002.

MUNHOZ, S. Fragmentos de um Possível Diálogo com Edward Palmer Thompson e com Alguns de seus Críticos. In: **Revista de Historia Regional**, Ponta Grossa, v. 2, n. 2, p. 153-185. Disponível em: <http://www.rhr.uepg.br/v2n2/sidnei.htm>. Acesso em: 01 set. 2005.

NAVARRO, V. Classe Social, poder político e o estado e suas implicações na medicina. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, 1983.

NIETSCHE, E. A. As Teorias da Educação e o Ensino da Enfermagem no Brasil. In: SAUPE, R. (org). **Educação em Enfermagem**. Florianópolis: UFSC, 1998.

NOGUEIRA, R. P. **Dinâmica do Mercado de Trabalho em saúde no Brasil: 1970-1983**. Brasília, OPS – Acordo MS/MPAS/MEC/MCT, 1986.

\_\_\_\_\_. A força de trabalho em saúde no contexto da Reforma Sanitária. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 3, n. 3, p. 332-342, jul./set. 1987.

NOGUEIRA, M. A. David Capristano da Costa Filho. Novos rumos, São Paulo, v. 16, n. 34, p. 56-57, 2001. Disponível em: <http://www.bibvirt.futuro.usp.br/textos/hemeroteca/nor/nor0134>. Acesso em: 01 set. 2005.

NUNES, T. C. M. A valorização do “Instituinte” na Construção do Modelo de Escola Nacional: a ENSP de 1970 a 1989. In: LIMA, N. T. (org.) **Uma escola para a saúde**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2004.

OGUISSO, T. Considerações sobre a legislação do ensino e do exercício do técnico de enfermagem e do auxiliar de enfermagem. **Rev. Bras. Enf.**, Brasília, v. 30, p. 168-175, 1977.

OLIVEIRA, L. S. S. **A profissionalização dos trabalhadores de enfermagem nos serviços de saúde: uma experiência de construção do projeto larga escala na cidade de São Paulo**. 1996. 84 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública). Universidade de São Paulo, São Paulo, 1996.

OLIVEIRA, R. A teoria do Capital Humano e a Educação Profissional Brasileira. **Boletim Técnico do SENAC**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 1, jan./abr. 2001. Disponível em: [www/senac.br/informativo/BTS/271/boltec271c.htm](http://www/senac.br/informativo/BTS/271/boltec271c.htm). Acesso em: 05 mar. 2006.

OPAS. Organização Pan-Americana da Saúde. **Produção de conhecimento em política, planejamento e gestão em saúde e políticas de Saúde no Brasil: 1974 – 2000**. Eduardo Levcovitz (et al). Brasília: OPAS, 2002.

PAIM, J. S.; ALMEIDA FILHO, N. **A crise da Saúde Pública e a utopia da Saúde Coletiva**. Salvador: Casa da Qualidade, 2000.

\_\_\_\_\_. Saúde Coletiva: uma “nova saúde pública” ou campo aberto a novos paradigmas? **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 32, n. 4, p. 299-316, 1998.

PALMER, B. D. **Edward Palmer Thompson** – Objeções e Oposições. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1996.

PAIVA, C. H. A. A Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) e a Reforma de Recursos Humanos na Saúde na América Latina (1960 – 70), 2004. Disponível em: <http://www.coc.fiocruz.br/observatoriohistoria/opas/producao/arquivos/OPAS.pdf>. Acesso em: 01 jun. 2006.

PEDROSO, V. G. Subsídios para discussão da Questão de Recursos Humanos na viabilização do SUS. São Paulo, 1994. (mimeografado).

PEREIRA, C. A. Política Pública como Caixa de Pandora: Organização de Interesses, Processo Decisório e Efeitos perversos na Reforma Sanitária Brasileira: 1985-1989. Dados, Rio de Janeiro, v.39, n. 3, 1996. Disponível em: <http://www.scielo.br>. Acesso em: 27 jan. 2006.

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

PESSOA, L. R. **Mergulho em Montes Claros: Desafios da Alocação de Recursos na Rede SUS**. 2005. 193f Tese (Doutorado em Saúde Pública). Escola Nacional de Saúde Pública - FIOCRUZ, Rio de Janeiro, 2005.

PESSOTO, U. C. **As políticas de Saúde para América Latina e Caribe da Organização Pan-Americana de Saúde e do Banco Mundial: uma análise de documentos e discursos**. 2001. 81f Dissertação (Mestrado em Integração da América Latina). USP, São Paulo, 2001.

PINHEIRO, M. R. “Educação em Serviço” do pessoal de enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Rio de Janeiro, n. 3, p. 257- 272, set. 1955.

PIRES, D. **Reestruturação produtiva e trabalho em saúde no Brasil**. São Paulo: Confederação Nacional dos trabalhadores em Seguridade Social – CUT; Annablume, 1998.

POLITZER, G.; BESSE, G.; CAVEING; M. **Princípios fundamentais de filosofia**. Tradução João Cunha Andrade. São Paulo: Hemus, 1995.

RIBEIRO, M. L. S. História das políticas educacionais: a questão das fontes. In: LOMBARDI, J. C.; NASCIMENTO, M. I. M. **Fontes, História e Historiografia da Educação**. Campinas, SP: Autores Associados, 2004.

RIZZOTTO, M. L. F. **O Banco Mundial e as políticas de saúde no Brasil nos anos 90:** um projeto de desmonte do SUS. 2000. 267f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva). Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2000.

RODRIGUES, R. M. **Diretrizes Curriculares para a graduação em enfermagem no Brasil:** contexto, conteúdo e possibilidades para a formação. 2005. 253 f. Tese (Doutorado em Educação). Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2005.

RODRIGUEZ NETO, E. **Saúde:** promessas e limites da Constituição. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003.

ROMANO, R. A. T.; TORREZ, M. N. F. B.; CORTEZ, M. V.; MENDES, R. N. A experiência de Implantação da Escola de Formação Técnica em Saúde “Enfª Izabel dos Santos” pela Secretaria de Estado de Saúde no Rio de Janeiro. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 44, n. 4, p. 7-10, out./dez. 1991.

RONCALLI, A. G. O desenvolvimento das Políticas Públicas de Saúde no Brasil e a Construção do Sistema Único de Saúde. In: PEREIRA, A. C. (org.) *Odontologia em Saúde Coletiva: Planejando Ações e Promovendo Saúde*. Porto Alegre: ARTMED, 2002.

RUBARTH, G. O. **A diplomacia brasileira e os temas sociais:** o caso da saúde. Brasília: Instituto Rio Branco, Fundação Alexandre Gusmão, Centro de Estudos Estratégicos, 1999.

SANTOS, I.; BARROS VIEIRA, C. A. Análise crítica da prática atual de enfermagem no país. In: XXXI Congresso Brasileiro de Enfermagem, 1979, Fortaleza, **Anais...Fortaleza**, 1979.

SANTOS, I. Ensino de Nível Médio – Perspectiva dos Serviços. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 2, n. 4, p. 449-495, out./dez. 1986.

SANTOS, I.; SOUZA, A. A. ; GALVÃO, E. A. Subsídios para a formulação de uma política de profissionalização para o pessoal de enfermagem, sem qualificação específica, empregada no setor saúde – Brasil. *Educ. Med. Salud, OPAS*, v. 22, n. 2, p. 200 – 210, 1988.

SANTOS, I.; SOUZA, A. A. Formação de pessoal de nível médio pelas instituições de Saúde: Projeto Larga Escala, uma experiência em construção. *Saúde em Debate*, Londrina, v. 24, p. 61- 64, mar. 1989.

SANTOS, R. M.; TREZZA, M. C. S. F.; CANDIOTTI, Z. M. C.; LEITE, J. L. Circunstâncias de oficialização do Curso de Auxiliar de Enfermagem no Brasil: estudando as entrelinhas da Lei 775/49. *Rev Latino-Am. Enfermagem*, Ribeirão Preto, v. 10, n. 4, p. 561-570, jul./ago., 2002.

SAUVEUR, G. B. G. A. O projeto de expansão da rede de serviços básicos de saúde em SP: um novo modelo ou os desdobramentos da reforma administrativa de 1969? **Cadernos FUNDAP**, São Paulo, v. 3, n. 5, p. 59-70, jul. 1983.

SAVANE, P. Itineraire de Joffre Dumazedier. **La Lettre de Peuple et Culture**. Paris, n. 27, p. 4-8, déc. 2002. Disponível em: <http://www.peuple-et-culture.org/IME/pdf/doc.97.pdf>. Acesso em: 06 dez. 2005.

SAVIANI, D. **Escola e Democracia**. 12. ed. São Paulo: Cortez/ Autores Associados, 1986.

\_\_\_\_\_. O trabalho como princípio educativo frente às novas tecnologias. In: FERRETTI, C. J. et al (orgs). **Novas tecnologias, trabalho e educação: um debate multidisciplinar**. Petrópolis: Vozes, 1994.

\_\_\_\_\_. Breves considerações sobre fontes para a História da Educação. In: LOMBARDI, J. C.; NASCIMENTO, M. I. M. **Fontes, História e Historiografia da Educação**. Campinas, SP: Autores Associados, 2004.

SCHAFF, A. **História e Verdade**. Lisboa, PT: Estampa, 1974.

SEVERINO, A. J. A formação profissional do educador: pressupostos filosóficos e implicações curriculares. **Revista ANDE**, São Paulo, v. 10, n. 17, p. 29 – 40, 1991.

SILVA, J. A. **O agente comunitário de saúde do Projeto Qualis: agente institucional ou agente da comunidade?** 2001. 231 f. Tese (Doutorado em Saúde Pública). Universidade de São Paulo, São Paulo, 2001.

SILVA, J. P. V.; LIMA, J. C. Sistema Único de Saúde: reafirmando seus princípios e diretrizes para fazer avançar a Reforma Sanitária Brasileira. In: Escola Politécnica Joaquim Venâncio (org.) **Textos de apoio em políticas de saúde**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2005.

SILVA, M. I. T.; RUFFINO, M. C.; DIAS, M. R. Posicionamento das enfermeiras sobre o ensino problematizador. **Rev. Latino-am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 10, n. 2, p. 192-198, mar./abr. 2002.

SIMÕES, A. P. Os Núcleos de Desenvolvimento de Recursos Humanos para a Saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, São Paulo, v. 2, n. 4, p. 553-560, out./dez. 1986.

SOUZA, A. M. A.; GALVÃO, E. A.; SANTOS, I.; ROSCKE, M. A. **Processo Educativo nos Serviços de Saúde**. Brasília: OPAS, 1991.

SOUZA, A. M. A. Profissionalização de trabalhadores de saúde de nível médio: problemas e desafios. In: AMÂNCIO FILHO, A.; MOREIRA, M. C. G. **Saúde, Trabalho e Formação Profissional**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1997.

STEAGALL-GOMES, D. L. Identificação do Enfermeiro de Saúde Pública na força de trabalho de enfermagem de saúde pública no Departamento Regional de Saúde – 6 de Ribeirão Preto, SP (Brasil). **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 24, n. 3, p. 224 – 231, 1990.

TANAKA, O. Y.; ESCOBAR, E. M. A.; GIMENEZ, A. S. M.; CAMARGO, K. G.; LELLI, C. L. S.; YOSHIDA, T. M. Gerenciamento do setor saúde na década de 80, no Estado de São Paulo, Brasil. *Rev Saúde Publica*, São Paulo, v. 26, n. 3, jun. 1992. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-89101992000300010&1](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89101992000300010&1) Acesso em: 27 jan. 2006.

THOMPSON, E. P. **A miséria da teoria ou um planetário de erros**. Uma crítica ao pensamento de Althusser. Rio de Janeiro: ZAHAR, 1981.

\_\_\_\_\_. **Tradición, Revuelta y Consciência de Clase**. Estúdios sobre la crisis de la sociedad preindustrial. 2. ed. Barcelona: Crítica, 1984.

\_\_\_\_\_. **A formação da Classe Operária Inglesa**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1987a. VI.

\_\_\_\_\_. **A formação da Classe Operária Inglesa**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1987b V II.

\_\_\_\_\_. **A formação da Classe Operária Inglesa**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1987c VIII.

\_\_\_\_\_. **Senhores e Caçadores**. A origem da lei negra. 2. ed. Coleção Oficinas da História. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1997.

\_\_\_\_\_. **Costumes em Comum**. Estudos sobre a cultura popular tradicional. São Paulo: Companhia das Letras, 1998.

\_\_\_\_\_. **As Peculiaridades dos Ingleses e outros artigos**. Campinas: UNICAMP, 2001.

TORREZ, M. N. F. B. **Qualificação e trabalho em saúde**: o desafio de “ir além” na formação dos trabalhadores de nível médio. 1994. 323 f. Dissertação (Mestrado em Educação). Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1994.

VAITSMAN, J. Corporativismo: notas para sua aplicação no campo da saúde. In: TEIXEIRA, S. F. (org). **Reforma Sanitária** – em busca de uma teoria. São Paulo: Cortez, Rio de Janeiro: ABRASCO, 1989.

VATER, M. C. Contribuição para uma reflexão sobre a provisão de serviços de saúde: por um sistema nacional e único. Rio de Janeiro, RJ, 2003. 164 f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) Instituto de Medicina Social da Universidade Estadual do Rio de Janeiro – UERJ, Rio de Janeiro, 2003.

VIANA, A. L. Sistema e descentralização de políticas de saúde no estado de São Paulo nos anos 80: formação e tensão. Campinas, SP, 1994.188 f. Tese (Doutorado em Economia). Instituto de Economia da Universidade Estadual de Campinas – UNICAMP, Campinas, 1994.

\_\_\_\_\_. As políticas sociais e as políticas de saúde no contexto do processo de globalização. In: GERSCHMAN, S.; VIANNA, M. L. W. **A miragem da pós-modernidade**: democracia e políticas sociais no contexto do processo de globalização. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1997.

VIEIRA, T.; SILVA, A. L. C. Recursos Humanos na área de enfermagem - adequação da formação à utilização. In: Congresso Brasileiro de Enfermagem, Porto Alegre, 1982. **Anais...** Porto Alegre: Associação Brasileira de Enfermagem, 1982.

## **ANEXO I - ROTEIRO DE ENTREVISTA COM AS COORDENADORAS DO PROJETO LARGA ESCALA - PLE NO ESTADO DE SÃO PAULO**

A experiência pedagógica implantada em 1981, em âmbito nacional, resultante de um acordo entre o Ministério da Saúde, o da Educação e o da Assistência e Previdência Social com a Organização Pan-americana de Saúde, o Projeto Larga Escala, cujo intuito era qualificar os profissionais não habilitados na área de saúde, foi autorizada pelo parecer do Conselho Estadual de Educação nº 02/09/1987 no estado de São Paulo. Como ator social participante deste projeto, gostaria que você fornecesse as seguintes informações:

1. Como surgiu a idéia de desenvolver o Projeto Larga Escala no Estado de São Paulo? Quando (ano).
2. Qual eram os sujeitos e as instituições participantes desta proposta no estado e como se deu a interação entre os diversos atores?
3. Quais instituições que financiaram o Projeto e de que forma ocorria este financiamento? Como era distribuído e quanto foi investido?
4. Comente sobre os interesses envolvidos.
5. A que público se destinou e qual era a metodologia utilizada na formação destes profissionais.
6. Comente sobre as estratégias de formação desta experiência pedagógica (currículo, integração ensino-serviço, material didático).
7. Fale sobre a proposta de avaliação docente e discente e do projeto como um todo.
8. Em relação aos docentes qual era a condição de trabalho destes profissionais, incluindo contrato, capacitação e carga horária.
9. Especificamente em relação à enfermagem, qual era a situação da qualificação dos trabalhadores nos serviços de saúde? Foi realizado algum diagnóstico com vistas a identificar a real situação? Quando?
10. Como o Projeto Larga Escala foi desenvolvido na prática, quais foram as mudanças ou adaptações efetuadas em relação a proposta original?

Nosso objetivo neste trabalho não se limita apenas a contar uma história, mas estudar o passado no sentido de compreender as relações sociais, os sujeitos, as estruturas, conjunturas e mudanças em sua totalidade; para tanto, optamos pelo materialismo histórico. Pretendemos revisitar esses caminhos através dos sujeitos que dão significados a essas experiências. Assim, a partir de suas experiências pessoais e por meio de seus conhecimentos e descobertas adquiridos a partir da leitura desta realidade:

1. Como você se inseriu neste processo?
2. Identifique os principais acontecimentos que caracterizaram o Projeto no Estado de São Paulo.
3. Quais os principais desafios e dificuldades que se fizeram presentes na organização implantação do projeto?
4. Como você analisaria o Projeto Larga Escala? Por que ele terminou e qual a sua contribuição para o estado?
5. Qual a leitura que você faz hoje deste acontecimento?

## **ANEXO II – Resolução CIPLAN n.º 15, de 11 de novembro de 1985.**

Considerando que o Projeto “Larga Escala” é caracterizado por sua proposta de formação de recursos humanos de nível médio;

Considerando que tornou-se viável a partir do Acordo de Recursos Humanos firmado entre os Ministérios da Saúde, da Previdência e Assistência Social, de Educação e da Organização Pan-Americana de Saúde;

Considerando que vem trazendo resultados relevantes na integração ensino-serviço, na reorganização dos mesmos, no resgate do real papel do sistema de supervisão, na qualificação e promoção de pessoal e na considerável melhoria do atendimento;

Considerando que tem sua execução a nível de cada Estado, respeitando as características regionais e decisões de autoridades estaduais nos setores de educação e saúde (Secretarias);

Considerando que se encontra implantado em vários Estados e encontra-se em expansão nos estados de Alagoas, Minas Gerais, Piauí e Rio Grande do Norte, com resultados relevantes, mencionados pelas autoridades de saúde e sentidos pelos usuários dos serviços;

Considerando que foi apontado, no Seminário Interministerial das Ações Integradas de Saúde como modelo de capacitação que responderia às necessidades de preparo de recursos humanos de níveis médio e elementar inerentes à proposta de integração na prestação de serviços;

Considerando que, com seus princípios norteadores já mencionados, encontra-se em consonância com a política de recursos humanos adotada pelo INAMPS (Ministério da Previdência e Assistência Social) – trabalho conjunto com o Ministério da Saúde, Educação, OPAS, Secretarias Estaduais de Saúde e Educação e Superintendências Regionais – tornando viável o trabalho com o enorme contingente de pessoal de níveis médio e elementar e concretizando a diretriz geral da integração interministerial;

Considerando que teria seus benefícios ampliados, se considerada a inclusão de novos estados – no caso as UFs do Paraná, Goiás e Mato Grosso do Sul, cujas realidades já estudadas e autoridades já contactadas, favorecia sua pronta implantação e consolidação.

Resolvem:

1. Aprovar o Projeto de Formação em “Larga Escala de Pessoal de Nível Médio” como estratégia prioritária na preparação de recursos humanos no âmbito das Ações Integradas de Saúde.
2. Ratificar a participação do Ministério da Saúde, do Ministério da Educação, das Secretarias Estaduais de Saúde, das Secretarias Estaduais de Educação e da Organização Pan-Americana de Saúde no desenvolvimento e consolidação do Projeto.
3. Incorporar o Ministério da Previdência e Assistência Social, através do INAMPS, ao Sistema de formação proposto pelo Projeto “Larga Escala” (BRASIL, 2004, p. 10-11).

### **ANEXO III – Conteúdo do CD - ROM**

Como todo o trabalho é feito a partir de escolhas, fizemos a seleção dos seguintes documentos analisados para a construção do CD – ROM anexo a este estudo:

Parecer CEE n.º 1297/87 – Experiência Pedagógica – PLE

Plano de Curso Supletivo de Qualificação Profissional III – Habilitação Parcial em Auxiliar de Enfermagem

Plano de Curso Supletivo de Qualificação Profissional III – Habilitação Parcial em Visitador Sanitário

Regimento dos Centros de Formação de Recursos Humanos para área de Saúde - CEFORH