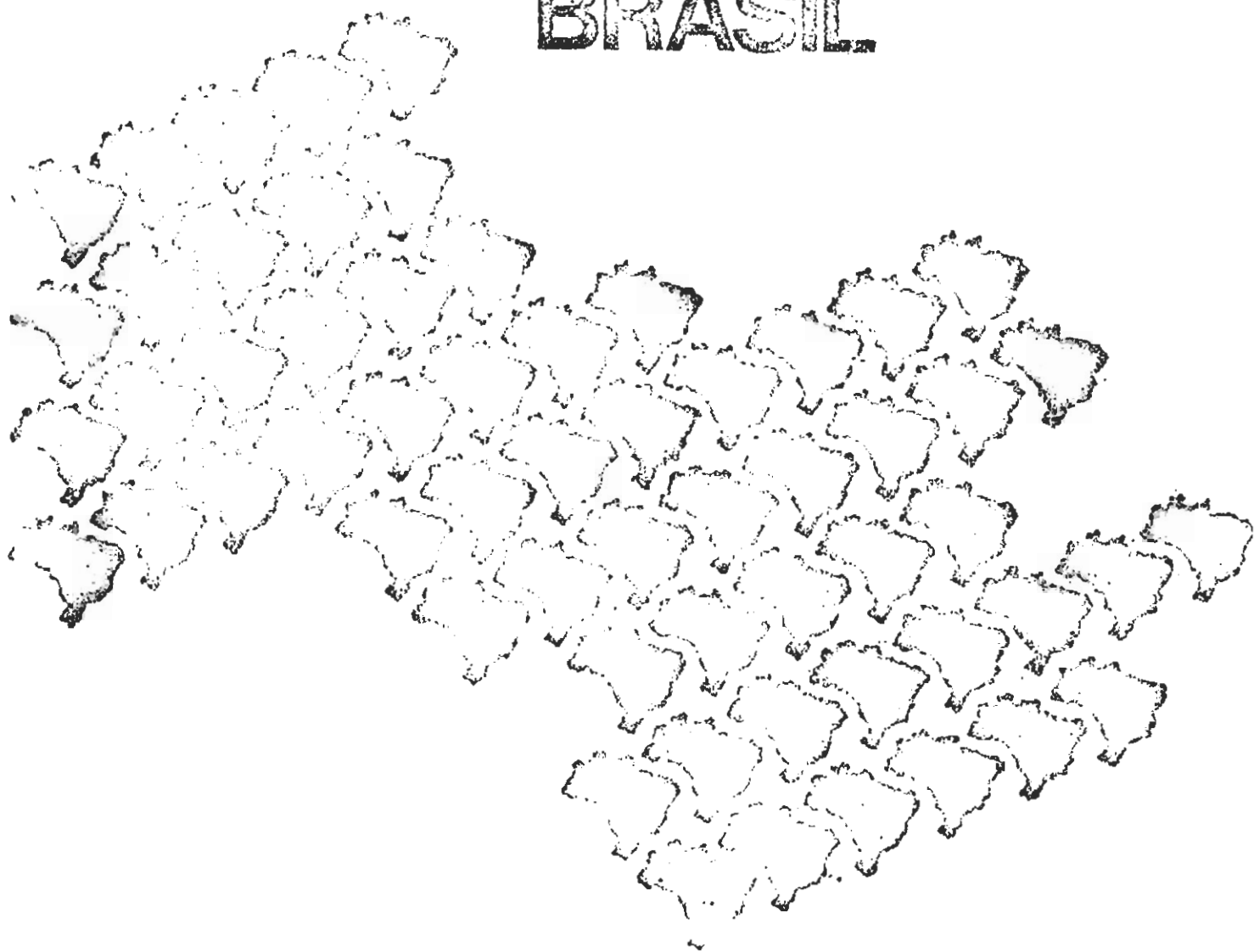


PROJETO LARGA ESCALA

RELATORIO 1982 - 1984



# OPS / OMS BRASIL



ACORDO MS/MEC/MPAS/OPS

PROGRAMA DE DESENVOLVIMENTO DE RECURSOS HUMANOS PARA A SAÚDE NO BRASIL

PROJETO LARGA ESCALA

RELATÓRIO 1982 - 1984

ALAGOAS, PIAUÍ,  
RIO GRANDE DO NORTE,  
MINAS GERAIS E  
RONDÔNIA.

Brasília, Janeiro de 1985

## INTRODUÇÃO

O Projeto de Formação em Larga Escala de Pessoal de Nível Médio e Elementar de Saúde foi concebido em 1981, na esteira da grande proposta de reformulação dos serviços básicos representada pelo PREVSAÚDE. Com efeito, nasceu como uma resposta às ambiciosas metas de desenvolvimento de recursos humanos fixadas naquele programa, que previa a necessidade de preparar nada menos que 200 mil profissionais de nível médio e elementar. Daí a idéia de uma capacitação em larga escala, expressão que viria a se tornar uma espécie de apelido, pouco expressivo, no entanto, em relação aos princípios que atualmente o orientam.

O aspecto quantitativo logo deixou de ser o mais saliente, na medida em que se precisou que a capacitação objetivada não teria cunho de treinamento, mas de efetiva formação, beneficiando tanto os que já vêm exercendo funções de pessoal auxiliar, quanto aqueles que se encontram em vias de incorporação.

Enunciados em forma bastante concisa, são dois os propósitos fundamentais a que serve o Projeto Larga Escala, a saber:

a) Criar mecanismos de promoção profissional e educacional do pessoal auxiliar, através da formação por via supletiva;

b) Contribuir na melhoria da qualidade dos serviços através do processo de integração ensino/serviço;

Se estes dois objetivos constituem cada um deles isoladamente algo difícil de ser alcançado, é compreensível que surja um desafio ainda maior quando se procura combiná-los num único projeto, o que pressupõe, antes de mais nada, uma consonância de ação entre dois tipos de instituição tradicionalmente apartados: a de serviços de saúde e a de educação.

Este Relatório responde a uma deliberação da Comissão de Coordenação do Acordo, no sentido da preparação de subsídios para a avaliação do Projeto.

O que segue é uma tentativa de expor os fundamentos contextuais do Projeto Larga Escala e apontar as dificuldades surgidas ao longo de seus três anos de implementação. O estilo do relato é eminentemente didático, já que muitas são as dúvidas e equívocos que se acumularam acerca da natureza e estratégia do projeto. No entanto, certamente se presta a subsidiar sua avaliação deflagrada através de esforços desenvolvidos em conjunto pelo Ministério da Educação e Cultura, Ministério da Saúde e OPS.

Brasília, Janeiro de 1985.

Grupo Assessor Principal do PDRHS

## 1. ASPECTOS CONCEITUAIS E METODOLOGICOS DO LARGA ESCALA

Existem, como todos sabem, diferenças substanciais entre um processo de formação e um de treinamento, que podem ser referidas nos planos filosóficos, pedagógico e legal.

Do ponto de vista filosófico, a formação define-se por requerer um desenvolvimento integral das potencialidades cognitivas e afetivas do indivíduo. Ela estimula a aquisição de habilidades intelectuais e psico-motoras que englobam, mas também vão além das particularidades de determinado campo de atuação científica ou profissional. Neste sentido, a formação sempre transcende o objeto e as metas mais imediatas da ação humana, pois remete a consciência às bases gnosiológicas desta ação, aos princípios e às leis que regulam certos fenômenos, promovendo a interligação de noções derivadas de diversas disciplinas. Ser "formado" significa ser capaz de analisar uma dada situação, identificar seus determinantes e obter a solução correta, envolvendo aplicação de conhecimentos gerais a cada caso.

Sendo assim, os conteúdos (conhecimentos mais habilidades) a serem corporificados no programa curricular cobrem uma ampla gama e sua vastidão faz com que o processo pedagógico seja relativamente lento, alongando-se o tempo exigido para percorrer todas as etapas na formação do indivíduo.

Por outro lado, tais conteúdos obedecem a especificações mínimas fixadas pelas instâncias educacionais. Em princípio, a integralidade da formação é resguardada através dos padrões e requisitos da legislação educacional. No ensino profissionalizante de 2º grau, a integralidade de conteúdos da formação está consagrada mediante as chamadas habilitações, que têm como exigência o haver

completado duas partes curriculares: a educação geral de 2º grau e a profissionalizante. Legalmente, não há "formação" sem o domínio de conteúdos de educação geral, obtido quer por via regular quer por via supletiva.

O Projeto Larga Escala foi concebido, desde o início, no sentido de estar ajustado a todas as características filosóficas e educacionais peculiares a um processo de formação.

Optou-se pela via supletiva, que é a mais compatível com uma clientela já incorporada como força de trabalho permanente das secretarias estaduais de saúde. O processo de formação foi dividido nos dois componentes previstos pela legislação vigente. O primeiro, de tipo profissionalizante, é coordenado por profissionais universitários pertencentes ao quadro de suas Secretarias, atuando na qualidade de instrutores/supervisores. O processo de ensino-aprendizagem dá-se, por consequência, nas diretorias regionais unidades locais, fazendo da prática quotidiana dos serviços um campo de reflexão e aperfeiçoamento de habilidades. O projeto tomou como alvo inicial a imensa clientela dos atendentes a quem está sendo oferecida a parte profissionalizante da habilitação de visitador sanitário. Mas o leque de profissionais deverá ser aberto gradualmente, estendendo-se a outras categorias estratégicas como o auxiliar de enfermagem, o técnico de laboratório e o auxiliar de odontologia. O outro componente, a educação geral, é conduzido pelos departamentos de ensino supletivo das secretarias de educação, atendendo a essa clientela específica através dos seus programas habituais.

Quanto à parte de profissionalização, o Projeto Larga Escala funda-se num planejamento curricular meticoloso e detalhado, que prevê todos os conteúdos e todos os passos do ensino-aprendizagem, obedecendo a diretrizes emanadas de correntes pedagógicas cientificamente reconhecidas. O que se quer com este planejamento educacio-

nal é facilitar ao instrutor a tarefa de desenvolver sistematicamente as competências intelectuais e as habilidades psico-motoras dos alunos, com base nas experiências e conhecimentos prévios do grupo. Partindo de elementos empíricos, inclusive das crenças e práticas populares, procura-se caminhar com os alunos para desvendar os fundamentos científicos das ações de saúde e exercitá-las com plena consciência de seus determinantes e conseqüências.

Dessa maneira, a metodologia pedagógica do Larga Escala estabelece pontes entre conhecimentos gerais (ou científicos) e conhecimentos específicos (ou técnicos), o que faz inserir a parte profissionalizante dentro de um verdadeiro processo de formação. Portanto, não se trata de um simples treinamento destinado a criar proficiência numa área limitada de atuação. O Larga Escala se propõe a formar o indivíduo para exercício de uma profissão ou habilitação e não adestrá-lo para domínio de tarefas típicas de um único cargo ou função, e isto gera um contraste com as metodologias de treinamento. Por exemplo, a um instrutor do Larga Escala interessa não apenas que os alunos saibam seguir toda a série de normas técnicas fixadas para medir a temperatura de um paciente, mas que, ademais, distingam o porquê de cada uma delas com base nos princípios de propagação de calor, efeito do calor sobre os metais, etc. O que caracteriza, contudo, a metodologia adotada no Larga Escala é o fato de que tais princípios não são estudados no vazio, como conhecimentos que devem ser "ministrados" previamente à discussão dos temas específicos e à própria prática. De fato, as noções gerais são alcançadas em grupo, através do caminho de uma abstração crescente, mas que tem como ponto de início uma situação concreta vivenciada, exercitada ou observada pelos alunos. É o método de "tateio", de sucessivas aproximações, em que a aprendizagem não é obrigada a seguir uma suposta linha reta que vai do abstrato ao concreto. A assimilação do objeto dá-se por um espiralamento, em que as noções teóricas e o material empírico são sucessivamente retomados, permitindo generalizações maiores e promovendo uma retroalimentação, que corrige e aperfeiçoa

as formas de prática e os conhecimentos anteriores.

É natural que haja uma incompreensão quanto às verdadeiras características pedagógicas do Larga Escala. Isto pode ser explicado pela experiência pregressa de capacitação de pessoal nas instituições de saúde, que era tipicamente utilitarista, isto é, vinha em função de necessidades e metas imediatas, ligadas, primeiramente, à implementação dos programas verticais (controle de endemias, tuberculose, hanseníase, etc) e, posteriormente, aos programas de extensão de cobertura, mormente o PIASS. Como treinamentos, mais ou menos emergenciais, essa capacitação era feita em pouco tempo, com currículos voltados para tarefas devidamente normatizadas e forneciam certificados válidos apenas no âmbito da instituição promotora. A capacitação era entendida como atividade do programa e não como parte de uma atribuição educacional da instituição.

Ora, não se pode equiparar as finalidades de processos tão distintos quanto o Larga Escala e um treinamento, pois, embora os dois tenham aplicações muito úteis do ponto de vista dos interesses da instituição, um não é substitutivo do outro. Os treinamentos continuam a ser necessários e importantes, mesmo quando já se iniciou um processo de tipo formativo dentro de determinada instituição. Mas há de se partir do pressuposto que o Larga Escala é algo qualitativa e quantitativamente diferente de um treinamento: tendo outro objetivo, ou seja, a promoção profissional e educacional do pessoal auxiliar através de uma formação sistemática e legitimada, evidentemente exige maiores investimentos e toma mais tempo no desenrolar de suas etapas de planejamento, execução e avaliação.

Vale repetir - o tempo e os custos de uma formação não podem ser os mesmos de um treinamento. Quanto a dimensão de tempo, cumpre lembrar que é sempre respeitado o ritmo dos serviços: e o do aluno, Este sai em períodos curtos de sua sede de exercício profissio



nal e os momentos de "concentração"\* são previstos de tal modo a evitar que coincidam com os picos de intensificação do trabalho que ocorrem durante as campanhas de vacinação, planejamento do PAT e assim por diante.

De um modo geral, o Projeto Larga Escala obedece a princípios de poupança de recursos que estão em harmonia com seus princípios pedagógicos: utiliza instrutores que já estão contratados pela própria instituição de serviço; a capacitação ocorre, em maior parte, em ambientes de serviço e com deslocamento apenas periódico dos alunos; a supervisão do processo de ensino/aprendizagem, no local de trabalho dos alunos, dá-se dentro do fluxo da supervisão de rotina aos serviços, etc. Tudo isto é possibilitado pelo caráter de "escola aberta" em que se convertem as unidades de uma secretaria de saúde quando esta **adota a formação de alto teor de supletividade\***, peculiar ao Larga Escala. A capacitação é relativamente demorada, mas tem um efeito pedagógico profundo, não prejudica o andamento dos serviços e respeita o ritmo de aprendizagem próprio de adultos.

Neste ponto, pode ser levantada a objeção cediça de que a formação não é algo de competência das instituições prestadoras de serviços de saúde, mas sim do setor educacional. Quem lança mão deste argumento, está ignorando toda a história recente da capacitação profissional de 2º grau promovida pelo ensino regular, mais particularmente o seu fiasco em se constituir numa resposta efetiva às demandas de força de trabalho com a qualificação necessária à operação dos serviços básicos de saúde no nível de resolutividade requerido. Este fracasso está associado à impossibilidade de as escolas estabelecerem um sistema adequado de integração ensino-serviço, problema que o ensino supletivo tradicional baseado em exames de suplência profissionalizante ou em cursos de baixo teor de supletividade, não consegue resolver a contento. Ademais, não se pode passar por cima de dois fatos contundentes: a esmagadora maioria dos trabalhadores que já exercem funções auxiliares em saúde

(\*) Ver o Glosário

#### 4.4 Direção do Centro de Formação.

A diretora do Centro é designada oficialmente através de Portaria. Não consta do relatório pessoa indicada para ocupar a vice-direção.

#### 4.5 Biblioteca.

A biblioteca conta com responsável, porém sem formação específica para a área. Foram adquiridos, através do Larga Escala, 939 (novecentos e trinta e nove) volumes, no valor de Cr\$. 20.600.000 (vinte milhões e seiscentos mil cruzeiros). Há montado um sistema de apoio às regionais de saúde.

O sistema de reprodução de documentos é feito através do serviço de mecanografia da ESMIG e o Centro conta também com outros recursos instrucionais para o desenvolvimento da parte audio-visual dos cursos.

## II - CAPACITAÇÃO DE PESSOAL DE NÍVEL SUPERIOR

### 1. Capacitação Pedagógica

#### 1.1 ALAGOAS

O Estado de Alagoas fez sua primeira capacitação pedagógica no período de 08 a 15/09/82. Apresenta ainda como "capacitação pedagógica" um encontro realizado no período de 06 a 08/02/84 por iniciativa do Centro de Formação.

Os dados apresentados em relatório estão incorretos pois o número de instrutores/supervisores de nível central estão contidos no número de nível regional, que são contados de maneira cumulativa no número local. Pelo relatório teríamos um total de 182 (cento e oitenta e dois) instrutores/supervisores capacitados, dado esse que não expressa a realidade.

Em verdade, Alagoas fez apenas uma capacitação pedagógica para 76 (setenta e seis) técnicos dos quais por motivos de transferência e outras razões de ordem interna do Estado, permaneceram no processo apenas 68 (sessenta e oito) instrutores/supervisores. É uma clientela bastante diversificada e é interessante notar que foram oferecidos dois cursos de Patologia Clínica, com baixo teor de supletividade e não há farmacêutico-bioquímico no grupo de instrutores/supervisores capacitados.

## 2. PRESSUPOSTOS DA IMPLANTAÇÃO DO PROJETO LARGA ESCALA

### 2.1. Promoção Profissional e Educacional do Pessoal Auxiliar

1. A capacitação proporcionada pelo Larga Escala deve visar a uma formação completa do pessoal auxiliar e não pode ser entendida como treinamento ou "adestramento", sendo esta a condição de envolvimento do sistema educacional - (MEC e SEE) - no Projeto.
2. Para proporcionar uma formação profissional efetiva, o currículo deve abranger todos os conteúdos específicos técnicos e instrumentais requeridos nas habilitações regulamentadas pelo C.F.E., ou seja, deve-se formar o indivíduo para a vida profissional e não para exercício de um cargo.
3. Para proporcionar uma formação completa, o sistema educacional deve viabilizar, paralelamente, alternativas de educação geral por via supletiva, de 1º ou 2º grau, conforme requerido pela escolaridade prévia do aluno, ou seja, deve-se estimular o aluno a prosseguir em seus estudos, alcançando até, se possível, o 3º grau.
4. O certificado de profissionalização e o diploma de habilitação devem ser encarados como meios que possibilitam a um grupo alcançar um grau mínimo de identidade e reconhecimento legal, tornando mais definida sua inserção no mercado de trabalho.

5. A constituição, regulamentação e reconhecimento do Centro Formador\* são requisitos para que o processo de formação profissional tenha estabilidade e enfrente menos entraves administrativos.
6. O outro requisito, no **aspecto de formação**, é a cooperação permanente dos órgãos do sistema educacional, nos âmbitos estadual e federal.
7. Do ponto de vista político-administrativo, requer-se das SES que estabeleçam a médio prazo planos de cargos e salários, nos quais sejam contempladas as categorias formadas pelo Larga Escala, prevendo claramente mecanismos de ascensão funcional.
8. O Larga Escala deve ser visto como um instrumento de modernização, tanto do processo de capacitação quanto do mercado de trabalho do pessoal auxiliar de saúde e, como tal, faz parte de um processo de modernização institucional das SES, com múltiplas implicações no plano político e técnico.

(\*) Ver o Glossário.

## 2.2. Processo de Integração Ensino/Trabalho

1. A capacitação deve ser sempre teórico-prática e as atividades curriculares, tanto no período de concentração quanto no de dispersão, definem-se pelo esforço de unir conhecimento e prática (não há uma fase "teórica" e outra "prática").
2. Os alunos devem adquirir consciência dos fundamentos científicos e sociais de cada ação de saúde, concomitantemente ao exercício das habilidades psico-motoras correspondentes.
3. As atividades pedagógicas, nos seus objetivos e seqüência, devem ser planejadas em dois níveis: plano curricular e plano de execução. O plano de execução é instrumento concebido pelos instrutores, de acordo com as condições e recursos existentes em cada local, considerando as orientações contidas no plano curricular, que é de caráter geral. O plano de execução deve abranger o período de concentração e o período de dispersão, incluindo a forma de aplicação dos instrumentos de avaliação no processo.
4. O processo de ensino-aprendizagem deve ser conduzido de uma forma flexível, tanto em relação ao plano curricular, quanto ao plano de execução (habilidade do instrutor).
5. O período de dispersão só se torna efetivamente teórico-prático se houver supervisão que estimule a integração ensino/trabalho no ambiente de exercício profissional definitivo do aluno.

(\*) Ver o Glosário.

6. A supervisão especificamente voltada para as atividades do período de dispersão não deve ser separada da supervisão de rotina às unidades de saúde: são parte de um mesmo processo de reforço aos serviços.
  
7. As fichas de avaliação no processo devem atender a três objetivos simultaneamente:
  - a) estabelecer um julgamento sobre os progressos realizados pelos alunos;
  - b) criar uma base de registro para fins legais;
  - c) orientar a organização das atividades de prestação de serviços.
  
8. As modificações na rotina dos serviços introduzidas no período de dispersão devem constituir o critério principal para avaliação da eficácia da integração ensino/serviço.

### 3. DIFICULDADES ENCONTRADAS NA IMPLANTAÇÃO DO PROJETO

#### 3.1 - Aspectos Gerais

O Projeto Larga Escala foi concebido inicialmente como parte integrante de uma política governamental, consubstanciada na proposta de serviços básicos de saúde, para a qual se alvitrou necessário estimular o processo de qualificação e promoção dos profissionais vinculados às secretarias estaduais de saúde. Conseqüentemente, seus objetivos e sua condução não podem ser avaliados em forma isolada dos múltiplos componentes dessa política, sua trajetória e percalços, nos planos federal, estadual e local.

No início dos anos 80, esperava-se de um programa como o PREVSAÚDE que viesse a revigorar e consolidar a atuação da ampla rede de serviços básicos instalada no país ao longo da segunda metade da década passada. A extensão de cobertura proporcionada por esta rede revestia-se de características de precariedade: inumeráveis deficiências, tais como a falta de pessoal adequadamente capacitado, irregularidade do suprimento e incapacidade da supervisão para lidar com questões técnicas da assistência, comprometiam grandemente o seu poder de resolução face aos problemas de saúde mais comuns. Com a promessa de carrear recursos vultosos para investimento e custeio, o PREVSAÚDE foi logo identificado a um poderoso influxo que iria gerar as condições financeiras e políticas indispensáveis ao definitivo deslanche da rede. Tal não aconteceu, todavia, e não cabe aqui analisar todos os determinantes envolvidos, mas é claro que a crise do sistema previdenciário e o contexto sócio-econômico da recessão em muito contribuíram para que essas expectativas se frustrassem.

É preciso que se diga enfaticamente que o abortamento do PREVSAÚDE deixou de trazer o élan que o movimento de extensão de cobertura por serviços básicos tanto precisava e relegou a rotina das



unidades de saúde periféricas a um simbolismo ritualístico, com pouca ou nenhuma eficácia no combate aos problemas de saúde prioritários. Existem sérios indícios que a rede, em seus segmentos mais interiorizados, apresenta crescentes deficiências - não há material de trabalho, a supervisão rareou-se, o pessoal aumentou o grau de ociosidade, normas assistenciais são ignoradas ou inexitem, os níveis de atenção não se articulam entre si e assim por diante. Há, por conseguinte, uma grave crise afetando o processo de cobertura por serviços primários, crise que se expressa na baixa capacidade resolutiva desses serviços e não resulta tão simplesmente de erros ou omissões dos administradores. Qualquer tentativa de "recuperar" essa rede deve ter por fundamento certos investimentos essenciais que ainda não foram feitos bem como a elevação do teto de custeio dos recursos humanos e materiais. Não se pode fiar, portanto, numa estratégia volta da apenas para a contenção de gastos e otimização de recursos existentes, e esta é uma diferença notável em relação aos sistemas de tipo mais urbano: os recursos encontram-se num patamar tão baixo que a racionalidade administrativa não se aplica por si mesma, mas apenas quando acompanhada de aportes financeiros adicionais.

A clientela que se está abrangendo inicialmente com o Projeto Larga Escala é a dos atendentes de saúde, elementos-chave na extensão de cobertura às populações rurais e de pequenas localidades, conforme consagrado através do modelo PIASS. É justamente esta clientela (a que se pretende proporcionar uma valorização intelectual e profissional através do curso de visitador sanitário) que sofre mais intimamente os problemas hoje identificáveis na rede de serviços básicos. Bastante dispersos geograficamente, carentes de reforço educativo via supervisão devido a sua qualificação precária, imobilizados em sua ação quando faltam vacinas, medicamentos e outros recursos, os atendentes de saúde, talvez mais do que outros profissionais, têm seu desempenho drasticamente restringido pela situação crítica da rede.

Assim, a forma de capacitação dos atendentes empregada pelo Larga Escala não poderia deixar de receber os reflexos negativos desta situação, sobretudo porque toma como campo de experiências pedagógicas a própria realidade dos serviços e seu contexto social. O Larga Escala, em seus pilares metodológicos, de modo nenhum faz da operação perfeita da rede um pressuposto na sustentação desse processo educacional; pelo contrário, a capacitação é entendida como oportunidade especial a ser aproveitada no sentido de melhor organizar e dar eficácia aos serviços. Contudo, há um mínimo de condições prévias, ou a ser providas simultaneamente, sem as quais a capacitação não desenvolve as habilidades psico-motoras necessárias e a integração ensino/serviço se torna um slogan vazio de conteúdo. Tais condições dizem respeito à supervisão e ao suprimento de material, por exemplo, para citar apenas aquelas que afetam mais diretamente o processo pedagógico em seu momento de "dispersão". Na ausência desses componentes, inerentes à lógica de funcionamento dos serviços básicos, a capacitação deixa de se constituir num vetor para o aprimoramento dos serviços e passa a ser algo que ocorre paralelo à rotina das unidades de saúde, sem com ela interagir. Em consequência, a metodologia preconizada de integração ensino/serviço se descaracteriza.

Portanto; parte dos problemas com que se defronta o Projeto Larga Escala deita raízes nas dificuldades mais gerais em que se envolve atualmente a rede de serviços básicos, ou seja, o impasse vivido à espera de um substancial reforço de tipo político e financeiro, indispensável a fazer que ela entre definitivamente numa fase de "operação plena".

Deste modo, o destino do projeto Larga Escala, especialmente em relação ao curso de visitador sanitário\*, está intimamente ligado aos rumos que venha a tomar o movimento de extensão de cobertura, no próximo governo. No momento, o único investimento significativo que se prevê em saúde nas áreas rurais e pequenas localidades, é o do Projeto Nordeste, com financiamento do Banco Mundial.

(\*) Ver o Glosário.

Independente desse e de outros investimentos maciços que venham a ser feitos (pois de fato são imprescindíveis) na linha de serviços básicos e extensão de cobertura, todo esforço desenvolvido no sentido de aperfeiçoar os mecanismos de supervisão e de suprimento de material, tudo que venha a redundar num melhor nível de organização e em condições mais favoráveis de operacionalização dos serviços, terá, a curto prazo, um efeito benéfico no deslanche do Projeto Larga Escala e este por sua vez, poderá contribuir na efetiva elevação da capacidade resolutiva da rede.

A seguir são analisados os pontos de entrave específicos que o GAP atualmente identifica na execução do Larga Escala, alguns dos quais resultam da apreciação encaminhada pelas coordenações estaduais através dos relatórios de acompanhamento.

### 3.2 - Problemas de Coordenação

Os problemas de coordenação do Projeto situam-se tanto no nível federal quanto no estadual. Em primeiro lugar, cumpre mencionar a inexistência, entre as instituições federais e a OPS, de uma clara definição das responsabilidades na condução geral do Projeto. Não se estabeleceu formalmente uma instância de coordenação à qual pudessem os Estados se dirigir, embora através do GAP, houvesse pessoas responsáveis pela cooperação técnica e acompanhamento, as quais acabaram por assumir um papel de coordenação.

Mas a falta de oficialização desse papel fez com que frequentemente intervissem várias fontes de informação e orientação, provocando respostas segundo critérios diversificados e gerando certa confusão no nível operacional do Projeto.

Por seu caráter inovador e pelo volume de trabalho envolvido, o Projeto certamente requer um esquema de coordenação complexo que se apoie nas instituições federais patrocinadoras (MS, MEC, OPS), mas tenha um núcleo gerencial em dedicação exclusiva a esta função, portanto, sem outras obrigações de rotina administrativa. Neste sentido, parece aconselhável que a coordenação central do Projeto esteja constituída por: 1- um núcleo de gerência no âmbito do GAP; 2- um grupo de técnicos do MEC, MS e OPS que se reúna com bastante frequência e acompanhe a evolução do Projeto nos Estados, promovendo uma articulação permanente com os órgãos pertinentes dos dois Ministérios. Este grupo participaria igualmente da cooperação técnica prestada às instituições estaduais.

Uma vez oficializado tal esquema de coordenação, e comunicado aos Estados participantes, toda uma série de entraves seria evitada, o que agilizaria sobremodo os trâmites burocráticos e imprimiria uma orientação única ao processo.

Quanto às coordenações estaduais, vêm-se observando diversas deficiências, inclusive porque também não foi formalizada a sua constituição, com o adequado envolvimento das secretarias de educação. E, seria também importante a redefinição de papéis de tais coordenações que, quando existentes, vêm confundindo os princípios de "coordenar" com as ações de gerenciar e executar. Deste modo, o perfil técnico exigido para um grupo coordenador, explicitando sua capacidade de planejar, acompanhar e avaliar, fica comprometido com o excesso de atribuições que deveriam estar a cargo de um outro grupo executor vinculado, responsável por ações práticas e administrativas do projeto.

As falhas de coordenação (destacando-se o planejamento) refletem-se em toda a extensão do Larga Escala, prejudicando seu desenvolvimento desejado: a intercomunicação com o nível central (MEC-MS-OPS), o controle da gerência financeira (apropriação e utilização dos recursos), a questão da infra-estrutura e seu papel (centros formadores e rede de serviços), a relação com o sistema formal de ensino (MEC-SEE-Conselhos), a integração ensino/serviço (acompanhamento e avaliação da clientela e sistema de supervisão), a expansão do projeto (capacitação de instrutores/supervisores, cobertura de toda a rede de serviços).

### 3.3 - Problemas relacionados a recursos financeiros

Tratando-se de um projeto interministerial, o Larga Escala conta com recursos de distintas procedências. Com relação ao MEC (SEPS), considera-se oportuno sublinhar alguns aspectos, interrogando-se sobre critérios, montantes e controle, informando, concomitante, das conseqüências evidenciadas nestes anos iniciais.

A nível central observa-se que: a divisão de recursos se faz sem considerar as características e peculiaridades de cada Estado; são constantes os cortes desses mesmos recursos já negociados, garantidos e empenhados; não há critério para determinação quanto a aplicação em despesas correntes ou de capital; existe atraso excessivo no repasse de verbas aos estados, minimizando o investimento previsto; o repasse feito em conta única, via Secretarias de Educação, dificulta e compromete a utilização dos recursos para a formação profissional, pulverizando-os em ações de educação geral dos departamentos estaduais de ensino supletivo; o modelo de prestação de contas adotado pelo MEC é confuso e inoperante principalmente pelo excesso de detalhamento e periodicidade.

A nível estadual, entre outros fatores, por mal gerenciamento do projeto, o trânsito de informações e medidas relativas a recursos financeiros é deficiente. Observa-se então: como um primeiro problema, a elaboração do projeto unilateralmente pelo setor educação ou setor saúde, tendo como resultado final o desacordo quanto a critérios e prioridades de investimentos. Em consequência deste primeiro problema e por incapacidade da gerência financeira, encontram-se retidos no setor educação saldos de anos anteriores que embora empenhados não foram liberados para aplicação; os convênios que deveriam ser celebrados entre saúde e educação, buscando facilitar os trâmites financeiros ou não foram efetivados ou não atendem, em suas cláusulas, aos objetivos pretendidos; os reflexos deste feixe de entraves recaem diretamente na clientela do Larga Escala por ocasião dos períodos de concentração diante da eminente falta de recursos de manutenção, comprometendo os resultados da proposta pedagógica devido a espaçamentos impróprios entre as unidades curriculares.

Finalizando este item, o GAP achou oportuno repensar a questão financeira do Larga Escala, considerando a possibilidade de centralizar recursos em uma instituição vinculada e/ou conveniada, visando possibilitar uma gerência mais adequada. Quanto aos estados, as indicações de técnicos para comporem grupos de coordenação deveriam respeitar alguns critérios básicos de formação e perfil profissional.

### 3.4 - Problemas das interações com o Sistema Formal de Ensino

Deve ser lembrado, mais uma vez, o caráter interministerial do Larga Escala evitando assim avaliações precipitadas quanto a validade dos investimentos do setor educação no setor saúde. Ademais, quando se fala em "FORMAÇÃO" fica óbvia a responsabilidade do MEC. Contudo, nota-se que o desconhecimento da proposta em seus aspectos filosóficos, metodológicos e políticos, e de seus produtos, vem dando margem a uma interpretação errônea de resultados (qualidade x quantidade). Vale a pena sublinhar que este GAP muito se empenhou em dar conhecimento e esclarecer ao grupo técnico do MEC-SEPS quanto às peculiaridades deste projeto. Lamentavelmente, a falta de um interlocutor definido fez com que tais investimentos não tivessem ressonância. Consequentemente, a desejada interação Saúde/Educação, a nível central, ficou reduzida de certo modo a uma desagradável "prestação de contas", incômoda e contraproducente para o setor saúde. Nesta instância, considera-se de caráter urgente redefinir em que bases se dará a continuação das ações interministeriais inerentes ao projeto ora em discussão.

Já nos estados, seja por excesso de "setorização" ou por prática limitada em trabalhos interinstitucionais, os problemas acima mencionados se repetem, acrescidos de outros. Embora sejam firmados compromissos políticos entre os Secretários de Saúde e de Educação, devidamente informados sobre o Larga Escala, o nível técnico continua trabalhando em dissonância, comprometendo a operacionalização do Projeto.

Com respeito às coordenações registra-se dificuldades de compreensão de pontos elementares. No setor saúde observam-se vícios

da velha prática de treinar para situações emergenciais. Deste modo todo e qualquer aspecto voltado para o caráter legal e contínuo de uma formação é desconhecido. Na educação, a tradição do ensino regular inibe a flexibilidade do ensino supletivo, tendo como causa imediata a estranheza a uma proposta de ensino em serviço reconhecida como formação. E por este descompasso, temos evidências tais como:

- dificuldades em estruturar Centros Formadores que atendam às exigências da legislação de ensino no papel de seus regimentos e cursos capazes de aprovação junto aos CEEs;
- inspeções feitas pela educação baseadas nos quesitos de uma escola regular (instalações físicas, carga horária, provas, frequências, etc) instância esta que, uma vez desabonada, freia todo o processo junto aos CEEs;

exigências de titulação para docentes contrariando o princípio que rege o ensino supletivo ( o setor saúde tem seus quadros de instrutores/supervisores compostos por elementos do 3º grau ) etc., etc. Finalmente, somando aos pontos referidos, surgem outras dificuldades por parte de ambos setores envolvidos de compreensão e aceitação do projeto, geradas pelas constantes divergências ao interpretar conceitos como "formação", "habilitação", "suplência", "suprimento", "titulação", "diplomação", etc.

Pode-se inferir que as alternativas de solução para os problemas apontados surgirão a partir da prática de trabalho conjunto, estimulada e assessorada pelo nível central, que fará com que as características de uma escola aberta sejam tecnicamente compreendidas e aceitas, já que as leis o permitem, como um modelo ideal para a formação de adultos engajados na força de trabalho do setor saúde.



### 3.5 - Integração ensino-serviço

Um sistema de ensino é composto basicamente de local, material instrucional e recursos humanos para que a aprendizagem se efetive. No caso de formação em serviço de pessoal auxiliar para a saúde, precisa-se de supervisão técnica com fluxo regular, qualificada e por categoria profissional e de rede básica em funcionamento, equipada e suprida.

Ao longo da implantação do Projeto Larga Escala, vêm sendo registrados problemas que envolvem diretamente a questão da supervisão e da rede básica. Com relação ao primeiro, a queixa principal vinda dos estados é que a mesma torna-se "excessivamente onerosa", uma vez instalado o Projeto. É fundamental, portanto, alguns esclarecimentos: — o Larga Escala parte da premissa básica de que a supervisão existe de direito, já que recursos específicos são alocados para esta função nas Secretarias de Saúde. E, por sua dinâmica de trabalho, supervisor como docente, acaba por exigir uma supervisão de fato. Assim sendo, cabe ao Projeto, também como um de seus objetivos, resgatar a proposta inicial da supervisão, caracterizada fundamentalmente por sua função técnico-didática e negar a sua realidade atual onde a atuação de seus membros é reduzida a um acompanhamento e fiscalização meramente administrativos dentro da rede onde estão situados.

Uma vez esclarecida a questão supervisão X Larga Escala, ou seja, o fato de passar a existir em função do projeto, a mesma deve ser vista e incorporada às Secretarias de Saúde como parte de sua rotina técnico-administrativa.

Além do fluxo regular, que deveria ser estabelecido pelas Secretarias, outro ponto nevrálgico vem a ser a formação original dos supervisores. Como é patente, este grupo abarca toda uma gama de pessoal da área da saúde e está situado na rede sem especificidade por categoria profissional. Interroga-se então: - se a função em questão

não tem por objetivo apenas quesitos administrativos, como um bioquímico acompanhar, avaliar e instruir o trabalho desenvolvido por visitantes sanitários? Seria viável um laboratório, que tivesse dentro de suas atribuições preparar pessoal auxiliar na área, ter como supervisor uma enfermeira? Estas questões têm tido resposta na prática quando a capacitação de pessoal vem sendo feita através do Larga Escala: - inoperância da supervisão diante daquilo a que ela se propõe.

O segundo momento da integração ensino-serviço diz respeito ao "locus" de aprendizagem, ou seja, os serviços. A política de regionalização dos serviços de saúde remeteu à construção de toda uma rede de postos de atendimento, prevendo-se também o equipamento e manutenção. Contudo, no decorrer da prática, esta rede tem deixado muito a desejar. Conseqüentemente, a formação de pessoal auxiliar fica comprometida uma vez que se dá no atendimento direto à população. Como o Projeto vem sendo descoberto em alguns casos a inoperância da rede, fato natural, pois se propõe como um de seus objetivos organizar os serviços, é comum o argumento de que o Larga Escala onera os serviços da Secretaria.

Semelhante ao caso da supervisão, a manutenção da rede está incluída nos orçamentos das Secretarias. Fica evidenciado, deste modo, que em ambos os casos as falhas decorrem de planejamentos inadequados e de prioridades políticas nem sempre em acordo com as necessidades fundamentais da população.

Finalizando, apela-se para a redundância ao dizer que sem rede e sem supervisão de fato torna-se impossível a formação de pessoal auxiliar para os serviços básicos de saúde, uma vez que ela está calcada essencialmente nas relações de integração ensino-serviço.

### 3.6 Desenvolvimento de Metodologia e Currículos

Para a implantação do Projeto Larga Escala foi desenvolvida uma metodologia pedagógica que serve de base comum nas modalidades de capacitação dirigida tanto aos instrutores/supervisores como ao pessoal auxiliar em formação. Tal metodologia segue princípios de integração entre conhecimento e prática profissional em contraposição à abordagem escolar tradicional que impõe temas organizados por disciplina.

Neste sentido, tornou-se necessário conceber um tipo de treinamento em que os instrutores/supervisores começam a se apropriar do método preconizado. Este treinamento pedagógico tem a duração de duas semanas, em regime de tempo integral, e se estende, posteriormente, na própria prática docente exercida pelos instrutores e nas avaliações periódicas que se fazem em conjunto. Cerca de 600 pessoas passaram, nos diferentes estados, pelo seminário de capacitação pedagógica.

Entretanto, devido ao fato de os instrutores apresentarem deficiências no domínio de habilidades e conhecimentos ligados à prestação de serviços, formulou-se uma proposta de capacitação técnica nas áreas de controle de doenças transmissíveis e assistência à mulher e à criança, com a duração de 30-40 dias, fundada na integração ensino/serviços, e voltada especialmente para a clientela de enfermeiros-superiores.

Esses dois processos de capacitação, complementares entre si, não dispensam a elaboração de um plano curricular minucioso para cada categoria de pessoal auxiliar, bem como a preparação de textos de fácil assimilação por esta clientela. É assim que estão sendo concebidos currículos para o visitador sanitário, para o técnico de patologia clínica e se pretende, em breve, iniciar o de auxiliar de enfermagem.

Essa atividade de criação de currículos está se realizando totalmente ao nível da coordenação do projeto, no que diz respeito ao visitador sanitário e em conjunto com uma equipe da Secretaria de Saúde de Minas Gerais, no caso do técnico de patologia clínica. A centralização das atividades de planejamento curricular era inevitável na primeira fase do projeto, mas, visto que toma um tempo exaustivo da coordenação, torna-se agora imperioso o repasse da metodologia a outras instâncias, que poderão realizá-las sob supervisão de um grupo central de técnicos. Deve-se, deste modo, envidar esforços para identificar instituições capazes de assumir a tarefa de preparar esses currículos e os textos correspondentes.

No que tange à capacitação pedagógica, uma avaliação recente demonstrou ser oportuna a inclusão de um módulo específico sobre administração escolar e estrutura/funcionamento do ensino de 1º e 2º graus, particularmente direcionado para as características do ensino supletivo. Propõe-se que o treinamento pedagógico, assim ampliado, seja a base de uma futura licenciatura em pedagogia que venha a legitimar todo o pessoal que exerce funções docentes através do projeto.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente relatório tomou por base a situação real do Projeto Larga Escala em Alagoas, Piauí, Rio Grande do Norte e Minas Gerais, desde seu início em 1982 até dezembro de 1984. É importante a ressalva de que em sua primeira parte adotou-se uma apreciação global sem especificações por estado. Consequentemente, são válidas as inferências de que distintas realidades foram encontradas. Destacou-se, então, pontos comuns de dificuldades para a continuidade do citado Projeto.

Os dados para análise foram tirados dos relatórios de técnicos que assessoraram até então o Larga Escala e de relatórios de controle e acompanhamento recebido dos estados. Foram identificadas algumas incoerências por ocasião do cruzamento das duas fontes de informação e serão tomadas medidas especiais para os devidos esclarecimentos quanto ao fato.

Informa-se que os dados sobre Rondônia encontram-se em separado uma vez que este estado não seguiu as rotinas do Projeto. A situação foi peculiar desde os critérios de inclusão até financiamentos e relações com o nível central. E por ocasião da elaboração deste relatório, Rondônia, através da Divisão de Planejamento da Secretaria Estadual de Saúde, manifestou o desejo de ser excluído do Larga Escala comprometendo-se a fazer tal solicitação de maneira formal. Aguardam-se decisões entre as partes envolvidas - Saúde e Educação - para se ter regularizada a presente situação.

Encontra-se pendente a questão da Licenciatura para os "docentes": informa-se que a proposta deverá ser encaminhada ao Conselho Federal de Educação e, uma vez aprovada, desenvolvida junto às Faculdades de Educação previamente convenadas, autorizadas e da pertinência dos estados. Adianta-se que esta medida agilizará de modo significativo os processos de reconhecimento de centros e cursos li

gados ao Larga Escala.

Com relação a proposta de AVALIAÇÃO para o Projeto, feita pela SEPS/MEC em 1984 e já discutida em parte dos estados, seria válido chamar a atenção para: - tal avaliação deveria ser mais abrangente considerando os aspectos pedagógicos, metodológicos, curriculares, assim como também a observação paralela e contínua da melhoria obtida na prestação de serviços de saúde.

Finalizando estas considerações seria oportuno levar à discussão a seguinte questão: - por ocasião da apresentação do Larga Escala nos estados, o conhecimento sobre as peculiaridades deste Projeto tem sido levado aos técnicos através da "Capacitação Pedagógica". Esta capacitação consiste num ciclo de estudos pedagógicos com duração de duas semanas consecutivas em regime integral, cujo objetivo é levar à reflexão questões sobre o "aprender" e o "ensinar". E, nem sempre os participantes deste ciclo estão ligados a função de docência na supervisão (Instrutores/Supervisores). Com isso, perde-se parte do investimento feito e satura-se com conteúdos específicos àqueles que ocupam outras funções no setor saúde/educação. Sugere-se então: - em caso de expansão para outros estados, os esclarecimentos e pré-requisitos quanto ao Projeto deveriam ser objeto de um seminário específico com o objetivo de dar conhecimento sobre o que vem a ser o Larga Escala em seu sentido mais amplo, sem conexão direta com a atividade de capacitação pedagógica.

PS. Encontram-se em anexo os dados contidos nos relatórios dos Estados do Piauí, Rio Grande do Norte, Alagoas e Minas Gerais. As informações sobre Rondônia seguiram os princípios anteriormente citados.

SISTEMATIZAÇÃO DOS DADOS DOS RELATÓRIOS INFORMATIVOS DOS ESTADOS

1982 - 1984

ALAGOAS, PIAUÍ,  
RIO GRANDE DO NORTE,  
MINAS GERAIS E  
RONDÔNIA\*

(\* ) Dados de Rondônia excluídos das tabelas.  
Até a presente data o Estado não havia  
respondido ao Relatório Informativo.

## I - INFRA-ESTRUTURA BÁSICA

### 1. ALAGOAS

#### 1.1 Grupo de Coordenação Estadual.

O grupo de coordenação estadual do Projeto Larga Escala no Estado de Alagoas foi designado oficialmente em março de 84, sã pela área de saúde. O grupo é composto de 10 (dez) elementos sendo 09 (nove) da área de saúde e 01 (um) da área de educação, sem indicação oficial, que responde pelo projeto junto à SEC. O coordenador do grupo é o mesmo elemento que responde pela direção do Centro de Formação.

As funções do grupo são basicamente coordenar, acompanhar, controlar e avaliar as atividades do Larga Escala.

#### 1.2 Centro de Formação de Recursos Humanos.

O CFRH foi criado através do Regimento SSSS/FUSAL nº 20, de 21.12.83.

Seu regimento foi encaminhado ao Conselho Estadual de Educação em julho/83 e até dezembro/84 ainda não havia sido aprovado.

O Centro oferece 03(três) cursos de caráter supletivo;



apenas o de Auxiliar de Enfermagem parece estar aprovado, por se tratar de curso anterior à implantação do Larga Escala.

### 1.3 Secretaria Escolar.

A Secretaria Escolar já conta com responsável e seu registro junto ao órgão competente do setor educação, estava sendo providenciado.

### 1.4 Direção do Centro de Formação.

Os cargos de direção e vice-direção do CFRH estão oficialmente preenchidos através de Portarias do Secretário de Saúde.

### 1.5 Biblioteca.

A biblioteca conta com elemento capacitado em nível superior, além de ter participado de treinamento específico para a área de saúde.

Depois da implantação do projeto já foram adquiridos 17(dezessete) novos títulos no valor de Cr\$ 100.000 (cem mil cruzeiros).

Essa biblioteca possui extensão nas regionais de saúde e a responsabilidade desse trabalho é da própria bibliotecária do Centro.

Além da biblioteca, para apoio técnico-administrativo, o Centro conta com equipamentos para reprodução de documentos, e com outros meios instrucionais, tais como projetor de slides, gravadores, filmadora, etc.

## 2. PIAUI

### 2.1 Grupo de Coordenação Estadual.

Até o final de 1984, o Piauí ainda não tinha constituído oficialmente o Grupo de Coordenação Estadual do Larga Escala.

### 2.2 Centro de Formação de Recursos Humanos.

O CFRH foi criado através do Decreto nº 6.111, de 28.11.1984. Até o final do ano p.p., o regimento ainda não havia sido encaminhado ao Conselho Estadual de Educação para fins de aprovação. O Centro vem oferecendo quatro cursos de baixo teor de supletividade, todos aprovados pelo CEE e um de alto teor, cuja proposta também não tinha sido enviada ao Conselho, até a data do presente relatório.

(Em viagem de cooperação técnica, realizada pelo GAP/OPS, em janeiro/85, foram montados e encaminhados ao CEE os processos de reconhecimento do CFRH e cursos administrados.)

### 2.3 Secretaria Escolar.

A Secretaria Escolar encontra-se em fase de estrutur  
ção. A responsável possui registro específico reconhecido pelo  
sistema educacional.

### 2.4 Direção do Centro de Formação

A responsável pela direção do Centro foi designada por  
portaria do Secretário de Saúde e a vice-direção está apenas indi  
cada sem ato oficial que a designe.

### 2.5 Biblioteca.

A biblioteca do CFRH conta com titular de nível supe  
rior. Após a implantação do Larga Escala, foram adquiridos 36  
(trinta e seis) novos títulos no valor de Cr\$ 594.000 (quinhentos e  
noventa e quatro mil cruzeiros). Não está em funcionamento a ex  
tensão dessa biblioteca nas regionais de saúde.

Como apoio técnico administrativo, o Centro conta com  
equipamentos para reprodução de material e outros meios instrucio  
nais, tais como: projetor de slides, gravador, etc.

### 3. RIO GRANDE DO NORTE

#### 3.1 Grupo de Coordenação Estadual.

O Grupo de Coordenação Estadual do Larga Escala foi constituído em julho/82, mas só foi oficialmente designado em junho/84.

É composto de 05(cinco) elementos, sendo 04(quatro) da área de saúde e um da educação. O coordenador do grupo é também o responsável por recursos humanos da SES. As funções principais são acompanhar e avaliar as atividades do projeto, zelar pelos aspectos legais do currículo e definir critérios para a expansão do projeto.

#### 3.2. Centro de formação de recursos humanos.

O Centro de Formação foi criado por decreto em fevereiro/84. O regimento foi encaminhado ao CEE mas ainda não se encontra aprovado. Foram encaminhados pedidos de autorização de 05(cinco) cursos, sendo 03(três) a nível de 2º grau e 02(dois) a nível de 1º grau, que ainda não estão autorizados.

#### 3.3 Secretaria Escolar.

A Secretaria Escolar, em fase final de estruturação, tem como responsável uma técnica do setor educacional cedida ao CFRH. Está devidamente autorizada pela Secretaria de Educação.

### 3.4 Direção do Centro de Formação.

Responde pela Direção do Centro um técnico da área da saúde. Sua designação foi feita através de declaração do Secretário, em fevereiro/84. A vice-direção é também da área da saúde mas não está oficialmente designada.

### 3.5 Biblioteca.

A biblioteca conta com responsável de nível superior. Após a implantação do projeto foram adquiridos 75 (setenta e cinco) novos volumes no valor de Cr\$ 3.440.700 (três milhões, quatrocentos e quarenta mil e setecentos cruzeiros).

A biblioteca já funciona como apoio às regionais de saúde.

O Centro conta também com equipamentos para reprodução de documentos e outros meios instrucionais como projeto de slides, retroprojeter, etc.

#### 4. MINAS GERAIS

##### 4.1 Grupo de Coordenação Estadual.

O Grupo de Coordenação Estadual do Larga Escala foi constituído em julho/83, tanto pela área de saúde como pela da educação. São 07(sete) técnicos, sendo 05(cinco) do SOSF e 02(dois) da SEE. A coordenação do grupo está sob a responsabilidade de técnico da saúde, cujas funções principais são coordenar, executar, acompanhar e avaliar as atividades do projeto.

(Ressalta-se que é o único estado cujo grupo está oficialmente constituído nas duas áreas.)

##### 4.2 Centro de Formação de Recursos Humanos.

O Centro de Formação foi criado através de decreto; tem seu regimento e os cursos em vigência aprovados pelo CEE. (São esse Centro, dos demais criados em outros Estados, tem amparo legal para desenvolver cursos de formação.)

##### 4.3 Secretaria Escolar.

A Secretaria Escolar encontra-se organizada e em funcionamento. A responsável é credenciada pelo setor educação.

#### 4.4 Direção do Centro de Formação.

A diretora do Centro é designada oficialmente através de Portaria. Não consta do relatório pessoa indicada para ocupar a vice-direção.

#### 4.5 Biblioteca.

A biblioteca conta com responsável, porém sem formação específica para a área. Foram adquiridos, através do Larga Escala, 939 (novecentos e trinta e nove) volumes, no valor de Cr\$. 20.600.000 (vinte milhões e seiscentos mil cruzeiros). Há montado um sistema de apoio às regionais de saúde.

O sistema de reprodução de documentos é feito através do serviço de mecanografia da ESMIG e o Centro conta também com outros recursos instrucionais para o desenvolvimento da parte audio-visual dos cursos.

## II - CAPACITAÇÃO DE PESSOAL DE NÍVEL SUPERIOR

### 1. Capacitação Pedagógica

#### 1.1 ALAGOAS

O Estado de Alagoas fez sua primeira capacitação pedagógica no período de 08 a 15/09/82. Apresenta ainda como "capacitação pedagógica" um encontro realizado no período de 06 a 08/02/84 por iniciativa do Centro de Formação.

Os dados apresentados em relatório estão incorretos pois o número de instrutores/supervisores de nível central estão contidos no número de nível regional, que são contados de maneira cumulativa no número local. Pelo relatório teríamos um total de 182 (cento e oitenta e dois) instrutores/supervisores capacitados, dado esse que não expressa a realidade.

Em verdade, Alagoas fez apenas uma capacitação pedagógica para 76 (setenta e seis) técnicos dos quais por motivos de transferência e outras razões de ordem interna do Estado, permaneceram no processo apenas 68 (sessenta e oito) instrutores/supervisores. É uma clientela bastante diversificada e é interessante notar que foram oferecidos dois cursos de Patologia Clínica, com baixo teor de supletividade e não há farmacêutico-bioquímico no grupo de instrutores/supervisores capacitados.



## 1.2 PIAUI

O Piauí já realizou 02(dois)ciclos de capacitação pedagógica. O primeiro, o relatório não expressa a data corretamente: de 29/06 a 08/04/82; acreditamos haver erro de datilografia e a data certa de início seria provavelmente 29/03. Neste primeiro período foram capacitados:

Nível Central:	21	instrutores/supervisores
Nível Regional:	27	instrutores/supervisores
Nível Local:	01	instrutor/supervisor

A segunda capacitação ocorreu no período de 04 a 15 de julho/83 abrangendo:

Nível Central:	14	instrutores/supervisores
Nível Regional:	16	instrutores/supervisores
Nível Local:	10	instrutores/supervisores.

O estado conta hoje com 89 (oitenta e nove)instrutores capacitados nos três níveis, sendo apenas 03(três) representantes da Secretaria de Educação, na categoria "Outros".

Dos instrutores/supervisores capacitados, 39,3% estão no nível central, 48,4% no regional e 12,3% no local. Desses, 12,4% são médicos, 68,6% enfermeiros, 2,2% odontólogos, 1,1% nutricionistas, 3,4% assistente social, 1,1% engenheiro sanitário e 11,2% na categoria outros. Nesta categoria estão incluídos pedagogos, biólogo, técnico em saneamento e matemático.

### 1.3 RIO GRANDE DO NORTE

Em que pese o projeto tenha sido implantado em 1982, a primeira capacitação só veio a ocorrer em outubro de 1983, abrangendo:

Nível central : 09 (nove) instrutores/supervisores  
 Nível regional: 17 (dezessete) " "  
 Nível local : 24 (vinte e quatro)instr/supervisores

A segunda capacitação ocorreu em setembro de 1984, abrangendo:

Nível central : 05(cinco) instrutores/supervisores  
 Nível regional: 08(oito) " "  
 Nível local : 19(dezenove) " "

O Estado tem hoje 82 (oitenta e dois) instrutores/supervisores capacitados, sendo 3(três) técnicos do setor educação: 1 da Secretaria e 2 (dois) de núcleos regionais de educação.

Dos instrutores/supervisores capacitados, 17,0% estão no nível central, 30,5% no regional e 52,5% no local. Desses, 8,6% são médicos, 63,4% enfermeiros, 12,3% assistentes sociais, 1,2% nutricionistas, 2,4% sociólogos, 4,8% técnicos em educação, 1,2% farmacêuticos-bioquímicos, 3,7% odontólogos e 2,4% na categoria "Outros".

### 1.4 MINAS GERAIS

O Estado de Minas Gerais foi o último a ingressar no Projeto Larga Escala.

Sua primeira capacitação pedagógica ocorreu de 09 a 20/05/83, abrangendo 79 (setenta e nove) profissionais, sendo:

Nível central: 50(cinquenta)instrutores/supervisores  
 Nível regional: 12(doze) " "  
 Nível local : 17(dezessete) " "

É interessante observar que essa primeira equipe capacitada desencadeou um processo multiplicador da capacitação em 14 (quatorze) regionais de saúde, abrangendo um total de 186 (cento e oitenta e seis) novos instrutores/supervisores capacitados. Não temos os dados dos 186 distribuídos por categorias profissionais, mas apenas por áreas, assim especificadas:

Área de saúde	:	68,2%
Área de educação:		11,9%
Outros	:	19,9%

Dos integrantes do primeiro grupo 63,3% estão no nível central, 15,1% no regional e 21,6% no local. Desses, 5,0% são médicos, 59,4% enfermeiros, 6,3% farmacêuticos-bioquímicos, 2,6% assistentes sociais, 3,8% sociólogos, 12,7% técnicos em educação, 2,6% odontólogos e 7,6% na categoria outros.

## 2. Capacitação Técnica

### 2.1 ALAGOAS

Alagoas participou com 05 (cinco) enfermeiros no Curso "Assistência à Mulher e à Criança", promovido pelo GAP/OPS, em Teresina-PI, num total de 240 (duzentos e quarenta) horas.

Apresenta ainda uma "Capacitação do Instrutor/Supervisor", sem especificar número de participantes, tipo de conteúdo, etc., num total de 40 (quarenta) horas.

Se fora a capacitação pedagógica realizada de 06 a 08/02/84, os dados indicam 15 (quinze) participantes e o total de horas está possivelmente errado.

## 2.2 PIAUI

O Piauí apresenta para a categoria de enfermeiros, um "Treinamento em BCG e PPD, para 06 (seis) participantes, num total de 40 (quarenta) horas.

Em que pese o Estado tenha sido sede do curso "Assistência à Mulher e à Criança", não há registro sobre o mesmo, pois foi considerado promoção do PAISMC\* e não iniciativa do Estado.

## 2.3 RIO GRANDE DO NORTE

O Rio Grande do Norte apresenta um Curso Básico de Vigilância Epidemiológica, promovido pela Secretaria de Saúde, para 05 (cinco) Instrutores/Supervisores e com carga de 80(oitenta)horas.

## 2.4 MINAS GERAIS

Minas Gerais registra o curso "Assistência à Mulher e à Criança", realizado no Piauí. Não expressa o número de participantes. O SOSP, apoiado pelo GAP/OPS, promoveu o curso "Doenças Transmissíveis", realizado em Montes Claros-MG, para 29 (vinte e nove) participantes, num total de 160 (cento e sessenta)horas todos eles enfermeiros, instrutores/supervisores do Larga Escala.

(\*) Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher e da Criança - Ministério da Saúde.

### III CURSOS DE NÍVEIS MÉDIO E ELEMENTAR

#### 1. Baixo teor de supletividade

##### 1.1. ALAGOAS

Promoveu 2 (dois) cursos de Patologia Clínica, para clientela com 2º grau completo.

O primeiro, realizado de 21/03/83 a 29/05/84, matriculou 29 (vinte e nove) alunos e só 25 (vinte e cinco) concluíram. Não há registro de evasão, transferência, etc., dos 4 (quatro) que não concluíram o curso.

O segundo teve seu início em 19/9/83, com 27 (vinte e sete) alunos matriculados, sem data fixada para seu término.

##### 1.2 PIAUI

O Piauí promoveu 9 (nove) cursos com baixo teor de supletividade: 1 (um) de auxiliar de saneamento, 1 (um) de auxiliar de nutrição e dietética, 4 (quatro) de auxiliares de enfermagem, e 3 (três) de visitador sanitário, todos a nível de 2º grau. Esses cursos tiveram uma duração de aproximadamente 4 (quatro) meses.

Foram matriculados 129 (cento e vinte e nove) cursistas: 89 (oitenta e nove) já concluíram e 39 (trinta e nove) estão para concluir. Deve ter havido 1 (uma) desistência, que não foi registrada.

Dessa clientela, 48,9% têm o 1º grau completo ,

34,9% o 2º grau completo, 3,8% estão cursando o 2º grau e 12,4% não concluíram o 1º grau.

1.3 RIO GRANDE DO NORTE

Não promoveu cursos com baixo teor de supletividade.

1.4 MINAS GERAIS

Não promoveu esse tipo de curso.

2. Cursos com alto teor de supletividade

2.1. ALAGOAS

O Estado de Alagoas iniciou a Área Introdutória e Área I do curso de Visitador Sanitário- 1º grau, em agosto/83. Até o final de janeiro do corrente ano, apenas a 1ª regional tinha concluído essa parte. Entretanto, o relatório registra que todos os cursistas já concluíram a Área I, o que não deve ser verdade pelos dados que adiante veremos.

A 2ª regional iniciou com apenas 4 (quatro) alunos e na época do Seminário de Avaliação (de 02 a 06/8/84) ela havia se posicionado sem condições de dar continuidade e/ou expansão ao projeto.

A 4ª regional iniciou o curso em 17.10.84, mas a data apresentada no relatório para a previsão de término deve estar equivocada.

A 5ª regional que iniciou em dezembro/83 prevê o término da Área I em 85.

São ao todo 128 (cento e vinte e oito) cursistas em processo: 33,6% possuem o 1º grau completo, 15,7% o 2º grau, 21,9% estão cursando o 1º grau, 5,4% o 2º grau e 23,4% não possuem o 1º grau completo e não estão em atividade escolar.

## 2.2 PIAUI

O Piauí iniciou a Área Introdutória e Área I do curso de Visitador Sanitário a partir de 1982 em 7 (sete) regionais de saúde. Apenas 2(duas) regionais ainda não concluíram. As 2(duas) turmas que ainda estão nessa fase têm a previsão de término em março/85.

São 167 (cento e sessenta e sete) cursistas, dos quais 22,1% têm o 1º grau completo, 13,1% o 2º grau, 2,4% estão cursando o 1º grau, 10,2% o 2º grau, 46,8% não possuem o 1º grau e não estão em atividade escolar, e 5,4% desistiram por motivos de saúde, transferência, etc.

É alto o percentual daqueles que não possuem o 1º grau. Entretanto, a Secretaria da Educação já montou um esquema para atendimento supletivo a essa clientela, na área de educação geral.

## 2.3 RIO GRANDE DO NORTE

O Rio Grande do Norte iniciou a Área Introdutória e Área I do curso de Visitador Sanitário em julho/84, em 2 (duas) regionais de saúde.

O término da área I está previsto para o 1º semestre de 85.

São 147 (cento e quarenta e sete) cursistas dos quais 11,6% têm o 1º grau completo, 18,3% o 2º grau, 13,0% estão cursando o 1º grau, 12,2% o 2º grau e 41,5% não possuem o 1º grau e não estão em atividade escolar.

É significativo o percentual dos que ainda não concluíram o 1º grau 3,4% já desistiram do curso.

#### 2.4. MINAS GERAIS

Minas Gerais iniciou a Área Introdutória e Área I do curso de Visitador Sanitário em janeiro/84, abrangendo 4(quatro) regionais. O término dessa fase está previsto para março/85.

São 214 (duzentos e quatorze) cursistas dos quais 15,0% têm o 1º grau completo, 25,8% o 2º grau, 47,1% estão cursando o 1º grau, 4,2% o 2º grau, 5,6% não completaram o 1º grau e não estão em atividade escolar e 2,3% estão cursando ou já terminaram o 3º grau.

É interessante notar o alto índice de alunos que estão cursando o 1º grau. Isso demonstra um trabalho integrado entre as áreas de educação e saúde.

A regional de Uberaba iniciou ainda em 1984 nova turma com 63 (sessenta e três) cursistas, perfazendo um total de 277 (duzentos e setenta e sete) em processo no Estado. Eles não foram incluídos nos percentuais acima, visto não terem sido caracterizados seus níveis de escolaridade.



#### IV SUPERVISÃO

##### 1. Dias/supervisão

##### 1.1. ALAGOAS

Durante a implementação do Projeto Larga Escala em Alagoas, a nível central fez 122 (cento e vinte e dois) dias/supervisão às regionais que implantaram o projeto. O objetivo das supervisões foi acompanhar, avaliar, orientar alunos e instrutores/supervisores dos cursos de Patologia Clínica (2º grau) e Visitador Sanitário (1º grau). Dessas supervisões, 57,3% foram efetuadas pela Coordenação Estadual do L.E., 32,8% por necessidades específicas dos serviços e 9,9% reunindo LE mais especificidades do serviço. Dessa forma, das supervi- sões realizadas pelo nível central, o projeto LE foi direta- mente acompanhado em 67,2% das supervisões.

No anexo 16, a 6ª regional aparece com cursos de baixo teor (Patologia Clínica) e alto teor (Visitador Sanitário), com 29 (vinte e nove) dias/supervisão; desses dias, 69% foram dedicados ao LE; entretanto, nos anexos 13 e 14 sobre clientela, podemos observar que a de Patologia Clínica não foi especificada por regionais e a do Visitador Sanitário não consta a 6ª regional.

Para acompanhar os cursos, a equipe de instrutores /supervisores das regionais realizaram mais 186 (cento e oi - tenta e seis) dias/supervisão, dos quais 61,9% foram dedica - dos ao curso de Patologia Clínica das 5 (cinco) regionais e 31,8% ao curso de Visitador Sanitário.

Nos períodos de dispersão da Unidade Introdutória

e Área I, mais uma vez não aparece a 6ª regional. Da 1ª à 6ª dispersão, houve acompanhamento através de 990 (novecentos e noventa) dias/supervisão. São 64 (sessenta e quatro) unidades de saúde cujos cursistas participam do curso de visitador sanitário. É interessante notar que as 11 (onze) unidades de saúde da 1ª regional e as 26 (vinte e seis) da 5ª tiveram rigorosamente o mesmo número de supervisão (3), assim como as 5 (cinco) unidades de saúde da 2ª regional e as 22 (vinte e duas) da 5ª (2 supervisões).

Desde o período de implantação do projeto até dezembro de 1984, Alagoas realizou um total de 1.298 (um mil duzentos e noventa e oito) visitas de supervisão.

## 1.2. PIAUI

O Piauí implantou o projeto em 1982 e o nível central realizou 376 (trezentos e setenta e seis) dias/supervisão às 7 regionais, com o objetivo de acompanhar e avaliar o processo, orientar os instrutores/supervisores e programar conjuntamente a área I do curso de Visitador Sanitário. Dessas supervisões, 98,3% foram efetuadas pela Coordenação Estadual do Larga Escala, embora não oficialmente designada, e , 1,7% pela Coordenação Estadual e órgãos específicos de serviços.

O Estado do Piauí demonstra ter apreendido a essência do LE, pois em suas supervisões não discrimina atividades de serviço e atividades do projeto.

Com o fim de apoiar os períodos de concentração e de dispersão do curso de visitador sanitário, as regionais de saúde realizaram 371 (trezentos e setenta e um) dias/supervi-

são. Para acompanhar os 6 (seis) períodos de dispersão da Área Introdutória e Área I, nas 142 (cento e quarenta e duas) unidades de saúde envolvidas no projeto, foram efetuados 1.704 (um mil setecentos e quatro) dias/supervisão, onde os instrutores/supervisores acompanharam diretamente o desempenho dos cursistas.

Três unidades de saúde, 1 (uma) da 5ª regional e 2 (duas) da 9ª, não mais estão participando do Projeto. Não há explicação do motivo de desistência.

O Estado do Piauí realizou um total de 2.112 (dois mil cento e doze) dias/supervisão desde a implantação do Projeto até dezembro de 1984.

### 1.3. RIO GRANDE DO NORTE

Por motivo de descontinuidade do projeto Larga Escala no Rio Grande do Norte, o nível central realizou apenas 49 (quarenta e nove) dias/supervisão, a 3 (três) regionais de saúde onde aquele está implantado.

Essas supervisões tiveram como objetivo apoiar o desenvolvimento do curso de Visitador Sanitário. Dessas supervisões, 63,3% foram efetuadas pela Coordenação Estadual do LE, 26,5% pelos órgãos específicos de serviços e 10,2% reuniram LE mais especificidades dos serviços. Dessa maneira, o projeto foi diretamente acompanhado em 73,5% das supervisões.

Não foi discriminado no relatório o número de unidades de saúde envolvidas no projeto, entretanto, está registrado que estão no 3º período de dispersão da Área Introdutória e Área I, onde já foram realizados 11 (onze) dias/supervisão. Assim, o Estado perfaz um total de 60 (sessenta) dias/supervisão para fins de acompanhamento do Larga Escala, mais especificidade dos serviços.

#### 1.4 MINAS GERAIS

Minas Gerais implantou o Larga Escala em 1983, em 4 (quatro) regionais de saúde. O nível central realizou 228 (duzentos e vinte e oito) dias/supervisão para apoio a essas regionais. Dessas supervisões, 18,0% foram da Coordenação Estadual do LE; 0,9% dos órgãos específicos de serviços; 0,9% da Coordenação Estadual mais órgãos específicos; 28,4% para definir a estratégia de implantação em 3 (três) novas regionais; 43,9% do Centro Formador; e 7,9% do Centro Formador mais coordenação estadual.

Para apoiar os períodos de concentração e dispersão do Curso de Visitador Sanitário, foram realizados mais 130 (cento e trinta) dias/supervisão e para acompanhar o desempenho dos cursistas das 128 (cento e vinte e oito) unidades de saúde, foram efetuados mais 629 (seiscentos e vinte e nove) dias/supervisão. Assim, o Estado realizou um total de 987 (novecentos e oitenta e sete) dias/supervisão desde a implantação do projeto até dezembro de 1984.

## 2. Custo global da supervisão

### 2.1. ALAGOAS

Os custos de supervisão em Alagoas são referentes ao período compreendido entre o 2º semestre/83 e 1º semestre de 1984. Não há dados referentes aos custos de supervisão à 2ª regional, entretanto, o anexo 17 registra 31 alunos em processo.

Foram gastos Cr\$4.627.600,00 (quatro milhões, seiscentos e vinte e sete mil e seiscentos cruzeiros) em supervisão e estes custos são referentes às diárias e deslocamentos dos instrutores/supervisores. Salários, gratificações, aquisição de material permanente e de consumo, etc, não estão

sendo computados.

2.2. PIAUI

O Piauí apresenta os custos de supervisão no período de 1982 a 1984, na ordem de Cr\$14.955.278,00 (quatorze milhões novecentos e cinquenta e cinco mil, duzentos e setenta e oito cruzeiros). Estão computados apenas diárias e deslocamentos dos instrutores/supervisores.

2.3. RIO GRANDE DO NORTE

Os custos de supervisão no Rio Grande do Norte referem-se ao ano de 1984. Foram gastos com diárias e deslocamentos dos instrutores/supervisores, recursos da ordem de CR\$2.211.600,00 (dois milhões, duzentos e onze mil e seiscentos cruzeiros).

2.4. MINAS GERAIS

Os custos da supervisão em Minas Gerais referem-se ao ano de 1984 e o montante de recursos gastos para essa finalidade foi da ordem de CR\$18.720.000,00 (dezoito milhões, e setecentos e vinte mil cruzeiros ).

## V. APOIO FINANCEIRO DO MEC

### 1. ALAGOAS

A primeira remessa de recursos do MEC ao Estado de Alagoas foi repassada à Secretaria de Saúde em agosto de 1982 totalizando CR\$21.030.000,00 (vinte e um milhões e trinta mil cruzeiros). Em outubro de 1983, o MEC repassou CR\$31.000.000,00 (trinta e um milhões de cruzeiros) e em 1984 foi aprovado o total de CR\$50.000.000,00 (cinquenta milhões de cruzeiros).

Os recursos para 1984, CR\$50.000.000,00 (cinquenta milhões de cruzeiros) só foram liberados para a SEC-AL no mês de novembro/84, impossibilitando assim o cumprimento da programação estabelecida.

Além do atraso de repasse de recursos por parte do MEC, o Estado não conta com convênio entre SEC e SES para agilizar a transferência dos recursos da área de educação para a área de saúde, a nível estadual.

Para apoiar o LE, o MEC já transferiu para Alagoas um total geral de CR\$102.030.000,00 (cento e dois milhões e trinta mil cruzeiros) dos quais, 25,6% para despesas de capital e 74,4% para as de custeio.

### 2. PIAUI

Em 1982, o MEC repassou à SEC-PI CR\$29.000.000,00 (vinte e nove milhões de cruzeiros); em 1983 Cr\$40.000.000,00 (quarenta milhões) e em 1984 Cr\$70.000.000,00 (setenta milhões de cruzeiros) que perfaz um total geral de Cr\$139.000.000,00 (cento e trinta e nove milhões de cruzeiros) dos quais 3,8% são de capital e 96,2% são de custeio.

Dos recursos referentes a 1984, até o final de dezembro, 35,2% ainda estavam retidos na Secretaria de Educação.

.3,8% foram gastos na instalação do Centro Formador, 2,2% na capacitação pedagógica, 39,6% no pagamento de bolsa de cursistas e 19,2% em outros (aquisição de material de consumo).

### 3. RIO GRANDE DO NORTE

Embora o projeto tenha sido implantado em 1982, o Rio Grande do Norte não recebeu recursos nesse ano. (Os mesmos ficaram retidos na Secretaria da Educação.)

Em 1983, o Estado recebeu CR\$40.000.000,00 (quarenta milhões de cruzeiros) e em 1984 Cr\$70.000.000,00 (setenta milhões de cruzeiros), o que perfaz um total geral de Cr\$110.000.000,00 (cento e dez milhões de cruzeiros). Desse total, 9,1% foram para capital, na instalação do CFRH e 90,9% para custeio, dos quais 4,8% empregados em capacitação pedagógica; 26,8% em bolsas para os cursistas e 3,4% em outros (aquisição e reprodução de material instrucional).

Devido à defasagem ocorrida no andamento do projeto, 55,9% dos recursos até 1984 serão gastos no 1º semestre de 1985.

#### 4. MINAS GERAIS

O MEC repassou ao Estado de Minas Gerais no ano de 1983, início do Projeto, a importância de Cr\$50.000.000,00 (cinquenta milhões de cruzeiros) e em 1984 Cr\$157.000.000,00 (cento e cinquenta e sete milhões de cruzeiros), somando um total geral de Cr\$207.000.000,00 (duzentos e sete milhões de cruzeiros), dos quais 75,8% para despesas de custeio e 24,2% para as de capital.

Desses recursos, 4,4% foram gastos na instalação do Centro Formador, 5,3% na capacidade pedagógica, 57,9 em bolsas para os cursistas e 32,4% em outros (aquisição e reprodução de material instrucional).



## RONDÔNIA

### 1. INFRA-ESTRUTURA BÁSICA

#### 1.1 Grupo de Coordenação Estadual

O Grupo de Coordenação Estadual não está oficialmente constituído e nem sequer indicado. Existem no Centro de Formação alguns técnicos à disposição do Larga Escala mas não tem função definida e não atuam diretamente no projeto. Responde informalmente pelo Larga Escala a Divisão de Planejamento da Secretaria de Saúde.

#### 1.2 Centro de Formação de Recursos Humanos

O Centro de Formação de Recursos Humanos foi criado através do Decreto nº 1545 de 29.09.83. Seu regimento não está aprovado pelo CEE e o curso de Visitador Sanitário a nível de 1º Grau, também não foi reconhecido pelo sistema formal de ensino.

#### 1.3 Secretaria Escolar

A Secretaria Escolar existe somente como instalação física no CFRH. Os desempenhos dos cursistas em processo de formação, até o final de setembro/84 não haviam sido encaminhados ao Centro para o competente registro. Não há comprovantes de

que a Secretaria responsável seja autorizada pelo setor educação.

#### 1.4 Direção do Centro de Formação

Consta que uma técnica responde pela Direção do Centro mas não há designação oficial indicando-a para o cargo.

#### 1.5 Biblioteca

Não se tem conhecimento sobre o funcionamento da biblioteca ou aquisição de novos volumes para o acervo.

O Centro de Formação conta com alguns recursos audiovisuais e equipamentos para reprodução de material instrucional, não especificados.

## 2. CAPACITAÇÃO PEDAGÓGICA

A capacitação pedagógica foi realizada no período de 11 a 22.07.83.

Foram capacitados 77 (setenta e sete) instrutores/supervisores dos quais 70,1% são enfermeiros, 5,2% médicos, 10,4% assistentes sociais, 1,3% técnicos em saneamento, 7,8% técnicos em educação, 1,3% nutricionistas, 21,6% bioquímicos e 1,3% psicólogos. Sabe-se que parte destes não exercem função docente.

### 3. CURSOS DE NÍVEL MÉDIO E ELEMENTAR

Estã implantado somente o curso de Visitador Sanitãrio de 1º Grau, em sete municipais de saúde. São 191 cursistas, assim distribuídos:

Ariquemes.....	24
Ouro Preto do Oeste.....	37
Rolim de Moura.....	28
Ji-Paraná.....	28
Presidente Médici.....	23
Jaru.....	14
Cacoal.....	37

Esses dados foram retirados do relatório de cooperação técnica realizada em setembro de 1984 e até aquela data somente o município de Presidente Médici havia concluído a V unidade da área I, realizando apenas os períodos de concentração.

### 4. SUPERVISÃO

A supervisão sistemática para acompanhamento do desempenho dos cursistas conforme preconiza o projeto Larga Escala, não aconteceu em Rondônia.

Não foram realizados os períodos de dispersão e os instrutores/supervisores locais alegam falta de condução, de recursos para diárias e as péssimas condições das estradas nos períodos de chuva.

## 5. APOIO FINANCEIRO DO MEC

O MEC enviou ao Estado de Rondônia, através de sua Secretaria de Educação, a importância de Cr\$ 25 milhões em 1982, Cr\$ 40 milhões em 1983 e previsão de Cr\$ 70 milhões em 1984. Os recursos de 1984 não foram liberados porque o projeto não foi aprovado e não houve reformulação por parte do Estado.

## 6. OBSERVAÇÕES

Os dados de Rondônia aqui apresentados foram extraídos de relatórios de cooperação técnica.

O Estado não enviou o Relatório Informativo solicitado oficialmente.

Através de ligação telefônica a Divisão de Planejamento informou que o Estado não mais participará do Projeto. Na verdade, pouco se avançou dentro das normas estabelecidas para o funcionamento do Larga Escala.

Acrescenta-se ainda: - as irregularidades foram uma constante ao longo do período 82/84. O Setor Saúde posicionou-se desfavorável a implantação do Projeto em Rondônia em função das características básicas deste estado se comparado aos outros. Melhor dizendo: um sistema de municipalização de secretarias com rede de atendimento ainda em fase de instalação; um modelo de

supervisão não correspondente ao preconizado pelo Ministério da Saúde. Além desses pontos, aqueles que dizem respeito à Secretaria de Educação no Estado e que não cabe uma análise no presente relatório.

Desse modo, todo o investimento no Estado perdeu sua finalidade formadora. O Projeto foi, em determinado momento, utilizado para responder as necessidades de treinamento de recursos humanos exigidas pelo Banco Mundial em seu investimento no setor saúde de Rondônia. E como resultado, dentro da proposta em discussão, nada de concreto existe por informar.

## GRUPO DE COORDENAÇÃO ESTADUAL

ESTADOS	DATA DE CONSTITUIÇÃO	Nº E DATA DAS PORTARIAS		COMPOSIÇÃO DO GRUPO Nº DE PESSOAS		COORDENADOR DO GRUPO
		Saúde	Educação	Saúde	Educação	
Alagoas	30.03.84	189 de 9/04/84	-	9	1	Divanise Suruagy Correia Moura
Piauí	não está constituída formalmente	-	-	-	-	-
Rio Grande do Norte	Julho/1982	1341 de 15/06/84	-	4	1	Divaneide Ferreira de Souza
Minas Gerais	Saúde 14/07/83 Educação 19/07/83	048 14/7/83	4789 19/07/83	5	2	Maria Helena Alves Soares

FONTE: Relatório/84

ANEXO 2

FUNÇÕES DO GRUPO DE COORDENAÇÃO ESTADUAL

ESTADO	PRINCIPAIS FUNÇÕES
Alagoas	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Coordenar, acompanhar, controlar e auxiliar as atividades inerentes ao Projeto;</li> <li>2. Aprovar o planejamento de cada regional de saúde;</li> <li>3. Acompanhar e assessorar as atividades do instrutor/supervisor em questões de currículo, métodos e técnicas;</li> <li>4. Reunir-se bimensalmente;</li> <li>5. Consignar em atos os assuntos os assuntos discutidos em reunião.</li> </ol>
Piauí	
Rio G. do Norte	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Acompanhar e avaliar as atividades do Projeto;</li> <li>2. Elaborar relatórios e projeto;</li> <li>3. Zelar pelos aspectos legais do currículo do curso de formação;</li> <li>4. Definir critérios para a expansão do projeto;</li> <li>5. Manter os órgãos informados sobre as atividades do projeto.</li> </ol>
Minas Gerais	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Coordenar a execução, acompanhamento e avaliação do Projeto de Formação do LE para pessoal de níveis médio e elementar para o SOSF.</li> </ol>

FONTE: Relatório/84

## ANEXO 3

## CENTRO DE FORMAÇÃO DE RECURSOS HUMANOS

ESTADOS	DECRETO DE CRIAÇÃO		REGIMENTO		CURSOS	
	Nº do Dec.	Data Public.	Data Encam.	Data Aprovação pelo CEE	Título	Autorização CEE
Alagoas	Regimento SSSS/FUSAL Nº 20	21.12.83	13.06.83	-	- Visitador Sanitário - Patologia Clínica - Aux. de Enfermagem	- - -
Piauí	6.111	28.11.84	não encaminhado ao CEE	-	- Visitador Sanitário 2º grau - Aux. Enfermagem 2º Grau - Aux. Saneamento 2º Grau - Aux. Nut. e Dietética 2º Grau - Visitador Sanitário 1º Grau	Res. 01/83 de 11.01.83 " " " " " " Parecer 52/84 de 10.09.84
Rio G. do Norte	8.861	01.02.84	15.02.84 encaminhado	-	- Visitador Sanitário 1º grau - Aux. Patol. Clínica - Aux. Adm. Hospitalar - Aux. Enf. 1º Grau - Atendente Cons. Dentário.	Em processo de autorização.
Minas Gerais	012184 (Portaria)	10.01.84	21.08.84	05.11.84	- Visitador Sanitário - Aux. Enfermagem	Parecer 736 data: 19/12/83



## ANEXO 4

## SECRETARIA ESCOLAR

ESTADO	NOME DO SECRETÁRIO	Nº REGISTRO DE MEC	DATA REGISTRO	DOCUMENTAÇÃO SEGUNDO REGIMENTO
Alagoas	Luiza Maria Fernandes Costa	Em fase de registro	-	Sim
Piauí	Ma. Luiz Macedo de Albuquerque	FE - 463/84	17.12.84	Não Obs: Secretaria em estruturação
Rio G. do Norte	Ma. das Graças Toscano Pereira	Nº 593/84 Autorização da SEC	-	Sim
Minas Gerais	Ana Lucia Teixeira dos Santos	Nº 1155/84 1ª DRE-MG	4/10/84	Sim

FONTE: Relatório/84

## ANEXO 5

## DIREÇÃO DO CENTRO DE FORMAÇÃO

ESTADOS	DIRETOR			VICE-DIRETOR		
	Nome	Nº da Portaria	Data da Portaria	Nome	Nº da Portaria	Data da Portaria
Alagoas	Divanise Suruagy, Correia de Moura	182	11.02.83	Ivanilda de Albuquerque Alves	80	31.01.83
Piauí	Mã Enoia Dantas da Costa e Silva	1874	18.10.84	Clara Mã Ribeiro de Alencar Alexandrino	-	-
Rio G. do Norte	Rosália Mã Ferreira Moura	Declaração do Secretário em 20.02.84	-	Vera Lúcia da Silva Ferreira	-	-
Minas Gerais	Lucia Vieira Sarapu	1123/84	04.10.84	-	-	-

FONTE: Relatório/84

## BIBLIOTECA

ESTADOS	BIBLIOT. NÍVEL SUPERIOR			NOME	TÍTULOS ADQUIRIDOS PELO		ÁREAS PREDOMINANTES DOS TÍTULOS	EXTENSÃO NAS REGIONAIS-	RESPONSÁVEL P/ EXTENSÃO
	Sim	Não	Treinamento		Nº	CR\$			
Alagoas	x		1º Seminário de Doc. Técnico Científico p/ Serv. Básicos de Saúde.	Rosalina Bittencourt	17(34 ex)	100.000,	- Técnico de Laboratório - Enfermagem - Educação - Ensino - Imunologia - Psicologia - Estatística	Sim	Rosalina Bittencourt
Piauí	x			?	36	594.000,	- Doenças Transmissíveis - Venéreas - Técnicas Básicas Enfermagem - Obstetrícia-Resende	Não	-
Rio G. do Norte	x	-		Mã da Conceição Guerreiro Ferreira	75	1.408.600, LE 2.032.100, PIASS/FINSOCIA 3.440.700,	- Doenças Transmissíveis - Epidemiologia-Educação - Enfermagem-Anatomia - Imunologia e Microbiologia	Sim	Mã Santana de Oliveira
Minas Gerais	x	-	Não	Fátima Mã Couy	1983-327 1984-612 TOTAL 939	4.100.000, 15.500.000, 20.600.000	- Doenças Transmissíveis - Materno Infantil - Metodologia/Sociologia/Antropologia	Sim	Heide Alves de Sousa e Mã José Las Casas

FONTE: Relatório/84

## ANEXO 7

## APOIO TÉCNICO-ADMINISTRATIVO

ESTADOS	REPRODUÇÃO DE DOCUMENTOS	OUTROS MEIOS INSTRUCIONAIS
Alagoas	<ul style="list-style-type: none"> <li>- xerox</li> <li>- mimeógrafo eletrônico</li> <li>- copiadora</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- cartazes</li> <li>- projetor slides</li> <li>- gravadores</li> <li>- album serrado</li> <li>- epidiascópio</li> <li>- filmadora</li> <li>- rep. de filmes</li> <li>- super 8 e 16mm</li> </ul>
Piauí	<p>Obs: O Centro já conta com equipamento esperando técnico para montagem.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- projetor slides</li> <li>- retroprojetor</li> <li>- gravador</li> <li>- projetor filme 16mm</li> <li>- mapa de anatomia e fisiologia</li> </ul>
Rio Grande do Norte	Mimeógrafo eletrônico	<ul style="list-style-type: none"> <li>- projetor de slides</li> <li>- retroprojetor</li> <li>- episcópio</li> </ul>
Minas Gerais	Mecanografia da ESMIG (mimeógrafo + xerox)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- projetor slides</li> <li>- retroprojetor</li> <li>- tela slides</li> <li>- máquina fotográfica</li> <li>- gravador + amplificador</li> <li>- projetor filmes 8mm</li> </ul>

FONTES: Relatório/84

ESTADO LOCAL	APOIO TÉCNICO	PERÍODO	O R G Ã O S	C A T E G O R I A S P R O F I S S I O N A I S												
				MED.	ENF.	CDONT.	FARM.B.	NUT	A.SOC.	SOCIOCL	TEC/ED.	ENG/IS	OUTROS	TOTAL		
ALAGOAS (MACEIÓ)	GAP/OPS COORD. ESTADUAL	08 a 15.09.82 06 a 08.02.84	SSSS - FUSAL CFRH SEC. EDUC.	02	03	-	-	-	-	06	-	-	02	-	-	11
				02	06	-	-	-	-	-	-	-	02	-	-	10
			TOTAL	04	09	-	-	-	-	06	-	-	04	-	-	23
PIAUI (TERESINA)	GAP/OPS MS	29.03 a 08.04.82	SEC. SAUDE SEC. EDUC. UNIV. FED. DEL. FED. SAUDE FUND. SAUDE PI	-	09	-	-	-	-	-	-	-	-	-	02	11
			TOTAL	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	03	03
			SEC. SAUDE SEC. EDUC.	02	06	-	-	-	-	01	01	-	-	-	01	11
			TOTAL	02	05	-	-	-	01	01	-	-	-	-	03	14
RIO GRANDE DO NORTE (NATAL)	SRH/MS DFS/PI GAP/OPS	OUT/83	SEC. SAUDE SEC. EDUC. DELEG. SAUDE MS	-	03	-	-	-	-	02	-	-	-	-	01	06
			TOTAL	01	01	-	-	-	-	-	-	-	01	-	-	01
			SEC. SAUDE SEC. EDUC.	01	04	-	-	-	-	02	-	-	01	-	01	09
			TOTAL	01	01	-	-	-	-	01	-	-	01	-	-	04
			SEC. EDUC.	-	-	-	-	-	-	-	-	-	01	-	-	01
			TOTAL	01	01	-	-	-	-	01	-	-	01	-	-	05
MINAS GERAIS (BELO HORIZONTE)	GAP/OPS MS	09 a 20.05.83	ESMIG ESC. ENF. MG FUNED FHEMITG SES C. MET. SAUDE SEE/DESU	-	06	-	01	-	-	-	-	04	-	-	02	13
			UNIV. FED. MEC/RURAL MS + OPS	-	17	-	01	-	-	-	-	-	-	-	-	17
			TOTAL	-	06	-	01	-	-	-	-	04	-	-	02	30
			SEC. EDUC.	-	06	-	01	-	-	-	-	-	-	-	01	07
			TOTAL	-	06	-	01	-	-	-	-	02	-	-	01	05
			SEC. EDUC.	-	06	-	01	-	-	-	-	02	-	-	02	02
			TOTAL	-	06	-	01	-	-	-	-	02	-	-	02	02
			TOTAL	01	30	-	03	-	-	01	-	09	-	-	04	50

Fonte: Relatório/84

## CAPACITAÇÃO PEDAGÓGICA - NÍVEL REGIONAL

ANEXO 09

ESTADOS	ÓRGÃOS/REGIONAIS	CATEGORIAS PROFISSIONAIS											TOTAL
		Méd.	Enf.	Odon.	F. Bioq.	Nut.	As. Soc.	Socio	Tac. Ed.	Eng/IS	Outros	TOTAL	
ALAGOAS	1ª	03	17	01	-	-	-	-	01	-	-	02	25
	2ª	06	06	-	-	-	-	-	01	-	-	01	14
	4ª	02	06	-	-	-	-	-	02	-	-	-	10
	5ª	05	07	01	-	-	-	-	01	-	-	02	16
	6ª	02	01	-	-	-	-	-	-	-	-	-	03
	TOTAL	18	37	02	-	-	-	05	01	-	05	68	
PIAUI	DRS	04	17	-	-	-	-	-	-	01	-	01	24
	F. SEP.	-	02	-	-	-	-	-	-	-	-	-	02
	Univ. Fed. PI	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	01
	TOTAL	04	19	-	-	-	-	02	-	01	-	01	27
	DRS	04	10	02	-	-	-	-	-	-	-	-	16
	TOTAL	04	10	02	-	-	-	-	-	-	-	16	
RIO GRANDE DO NORTE	DRS	01	10	02	01	01	01	-	-	-	-	01	16
	Nuc. R. Educ.	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	01
	TOTAL	01	10	02	01	01	01	-	-	-	-	01	17
	DRS	01	04	01	-	-	-	-	-	02	-	-	06
	Nuc. Reg. Educ.	-	-	-	-	-	-	-	-	02	-	-	02
	TOTAL	01	04	01	-	-	-	-	02	-	-	08	
MINAS GERAIS	Uba	01	02	-	01	-	-	-	-	-	-	04	1ª Capac.
	Uberaba	-	01	-	01	-	-	-	-	-	-	03	
	Uberlândia	01	-	-	-	-	-	-	01	-	-	03	
	Pouso Alegre	-	01	-	-	-	-	-	-	01	-	02	
	TOTAL	02	04	-	02	-	01	01	01	01	-	01	12

Fonte: Relatório/84

## CAPACITAÇÃO PEDAGÓGICA - NÍVEL LOCAL

ANEXO 13

E S T A D O	Ó R G Ã O S	C A T E R O G R I A S P R O F I S S I O N A I S											TOTAL		
		MEC.	ENF.	ODONT.	F. BIODUI.	NUTR.	A. SOCIAL	SOCIOL.	TEC. EDUC.	ENB/I.S.	OUTROS				
ALAGOAS	Hospital Regional	-	05	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	05	01 (1ª Capac.)
	Unidade Mista	02	05	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	07	
	Centro de Saúde	09	11	01	-	-	-	-	-	-	-	-	-	21	
	Posto de Saúde	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
	Outros	11	24	01	-	-	11	-	05	-	-	-	-	58	
TOTAL	22	45	02	-	-	11	-	05	-	-	-	06	31		
PIAUI	Hospital Regional	-	01	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	01 (1ª Capac.)	
	TOTAL	-	01	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	01	
	Hospital Regional	01	03	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	04 (2ª Capac.)	
	Unidade Mista	-	03	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	03	
	Centro de Saúde	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Posto de Saúde	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-		
Outros	-	03	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	03		
TOTAL	01	09	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	10		
RIO GRANDE DO NORTE	Unidade Mista	-	02	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	02 (1ª Capac.)	
	Centro de Saúde	-	13	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	18	
	Un. N. Inf. Integ.	-	02	-	-	-	05	-	-	-	-	-	-	04	
	TOTAL	-	17	-	-	-	07	-	-	-	-	-	-	24	
	Unidade Mista	01	01	-	-	-	07	-	-	-	-	-	-	02 (2ª Capac.)	
Centro de Saúde	02	15	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	17		
TOTAL	03	16	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	19		
MINAS GERAIS	Hospital Regional	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
	Unidade Mista	-	03	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	05	
	Centro de Saúde	-	01	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	02	
	Policlínica	-	09	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	10	
	Outros	-	13	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	01	
TOTAL	01	13	02	-	-	-	-	-	-	-	-	-	17		

Fonte: Relatório/84

ESTADOS	CATEGORIAS PROFISSIONAIS											TOTAL
	Méd.	Enf.	Odont.	Far/Biog.	Nut	Ass.Soc.	Sociol.	Tec.Educ.	Eng/IS.	Outros	TOTAL	
ALAGOAS	44	91	04	-	-	22	-	10	-	11	182	
PIAUI	11	61	02	-	01	03	-	-	01	10	89	
RIO G. NORTE	07	52	03	01	01	11	01	04	-	02	82	
MINAS GERAIS	04	47	02	05	-	02	03	10	-	06	79(*)	
T O T A L	66	251	11	06	02	38	04	14	01	29	432	

Fonte: Relatório/84

(\*) Incluir no total mais 186 novos instrutores/supervisores não especificados por categoria profissional (Anexo Relatório MG).



## CAPACITAÇÃO TÉCNICA ESPECÍFICA POR CATEGORIA PROFISSIONAL

ANEXO 12

ESTADO	CAT. PROFIS.	LOCAL REALIZAÇÃO	CURSO	CARGA HORÁRIA	Nº PARTICIPANTES	CUSTO	PROXIMAÇÃO/APOIO
ALAGOAS	ENFERMEIRO	TERESINA-PI	ASSIST. MULHER E CRIANÇA	240 h	05	-	GAP/OPS
PIAUI	ENFERMEIRO	TERESINA-PI	TREINAMENTO EM BCG-PPD	40 h	06	340.088	C F R H
RIO G. NORTE	-	-	-	-	-	-	-
MINAS GERAIS	ENFERMEIRO	TERESINA-PI M. CLAROS-MG	SAÚDE MULHER DONEÇAS TRANSMIS.	240 h 160 h	29	350.000 20.000	GAP/OPS SOSP

## CAPACITAÇÃO TÉCNICA COMM A TODOS OS INSTRUTORES/SUPERVISORES

ESTADO	CURSO	LOCAL REALIZAÇÃO	CARGA HORÁRIA	Nº MÓDULOS	CUSTOS	PROMOÇÃO	APOIO
ALAGOAS	Cap.do Inst/sup.	NACIONO	40 h	02	1.000.000	CFRH	-
PIAUI	-	-	-	-	-	-	-
RIO G. NORTE	Curso Bás. Vigilância	DEL. FIED. SAÚDE DO RN	80 h	05	-	Sec. Saúde SUDRUF	-
MINAS GERAIS	-	-	-	-	-	-	-

FONTE: Relatório/84



ESTADO	REGIONAL	PROFISSIONALIZAÇÃO		E D U C A Ç Ã O G E R A L										
		U. Introduç. + Área Curricular I		Número de alunos								Nã. cur sam EDG	Desis tentes	Observação
		Início	Término	nº alun matric.	nº alun concluin	1º G.C.	2º G.C.	Cursando 1º G	Cursando 2º G					
AL	1ª	22.08.83	22.11.83	62	62	18	12	10	01	21	-	-		
	2ª	22.06.83	11.03.84	04	04	-	04	-	-	-	-	-		
	4ª	17.10.84	07.84	38	38	04	01	18	06	09	-	-		
	5ª	05.12.83	85	24	24	21	03	-	-	-	-	-		
	TOTAL			128	128	43	20	28	07	30	-	-		
PI	2ª	29.11.82	29.07.83	16	16	05	01	01	01	08	-	-		
		10.09.84	03.85	18	-	-	01	-	-	17	-	-		
	3ª	18.10.82	18.07.83	17	13	03	03	02	02	03	03	04		
		23.10.83	21.12.84	08	08	-	02	01	05	-	-	-		
	5ª	26.08.83	06.07.84	25	22	06	01	-	04	11	10	03		
	22.08.83	13.07.84	23	23	09	04	-	-	10	-	-			
	26.09.83	03.85	22	-	07	02	-	-	13	-	-			
	10.10.83	03.85	21	-	04	07	-	02	08	-	-			
	14ª	29.11.82	18.07.83	17	15	03	01	-	03	02	02	02		
	TOTAL			167	97	37	22	04	17	78	09	09		
RN	Metropolit.	23.07.84	03.85	40	-	12	18	10	14	41	05	05		
		05.11.84	06.85	60	-	-	-	-	-	-	-	-		
	IV DRES TOTAL	13.08.84	04.85	47	-	05	09	09	04	20	-	-		
	TOTAL			147	-	17	27	19	18	61	05	05		
MG	Ubã	10.01.84	03.85	41	-	02	13	20	-	05	-	-	01 Cursando 3º Grau	
	Uberaba	10.01.84	03.85	104*	-	06	11	19	03	-	-	-	02 3º Grau Completo	
	Uberlândia	10.01.84	03.85	102	-	22	23	49	05	02	-	-	01 Cursando 3º Grau	
	P. Alegre	10.01.84	03.85	30	-	02	08	13	01	05	-	-	01 3º Grau Completo	
	TOTAL			277	-	32	55	101	09	12	-	-	05	

(\*) 63 novos cursistas que não foram caracterizados pelo nível de escolaridade.

Fonte: Relatório/84

## TOTAL DE ALUNOS POR CURSO

ANEXO

15

ESTADO	TEOR		DE SUPLETIVIDADE		OBSERVAÇÃO
	Baixo	Matriculados	Concluintes	Alto	
ALAGOAS	56	25	128	-	. 30 não cursam EDG (alto teor)
PIAUI	81	80	167	-	. 01 desist+7 s/EDG (baixo teor) . 09 desist.+ 78 s/ EDG(alto teor)
RIO G. NORTE	-	-	147	-	
MINAS GERAIS	-	-	277	-	
T O T A L	141	105	719	-	

## DIAS/SUPERVISÃO DO NÍVEL CENTRAL PARA APOIO REGIONAL

ANEXO 16

ESTADO	REGIONAIS	CURSOS	DIAS / SUPERVISÃO / PERÍODO						TOTAL
			Coord. Est. Escala L.	Org. Espec. Serviços	Coord. LE + Org. E. S.	Outros	CFRHS	CFRHS + Coord. LE	
ALAGOAS	1ª	Vis. Sanit. 1º G.	12	-	03	-	-	-	15
	2ª	Pat. Clin. 2º G.	10	10	-	-	-	-	20
	2ª	Pat. Clin. 2º G.	10	10	-	-	-	-	20
	4ª	Vis. Sanit. 1º G.	07	-	03	-	-	-	10
	5ª	Pat. Clin. 2º G.	10	10	-	-	-	-	20
	6ª	Vis. Sanit. 1º G.	05	-	03	-	-	-	08
		Vis. Sanit. 1º G.	06	-	03	-	-	-	09
		Pat. Clin. 2º G.	10	10	-	-	-	-	20
		T O T A L	70	40	12	-	-	-	122
PIAUI	2ª	Vis. Sanit. 1º G.	94	-	-	-	-	-	94
	3ª	"	42	-	-	-	-	-	42
	5ª	"	77	-	-	-	-	-	77
	6ª	"	29	-	-	-	-	-	29
	9ª	"	35	-	05	-	-	-	40
	10ª	"	45	-	-	-	-	-	45
		"	49	-	-	-	-	49	
		14ª	49	-	-	-	-	49	
		T O T A L	371	-	05	-	-	-	376
RIO GRANDE DO NORTE	3ª	Vis. Sanit. 1º G.	01	08	-	-	-	-	09
	4ª	"	15	05	-	-	-	-	20
	Metropolit.	"	15	-	-	-	-	-	15
		T O T A L	31	13	05	-	-	-	49
MINAS GERAIS	Uberlândia	Vis. Sanit. 1º G.	07	02	02	15	23	-	49
	Uberlândia	"	13	-	-	10	23	08	54
	Pouso Alegre	"	02	-	-	20	23	-	45
	Yarujina *	"	10	-	-	20	31	10	71
	Ponte Nova *	"	03	-	-	-	-	-	03
	Juiz Fora	"	03	-	-	-	-	-	03
		"	03	-	-	-	-	-	03
		"	03	-	-	-	-	-	03
		"	03	-	-	-	-	-	03
		T O T A L	41	02	02	65	100	18	228

Fonte: Relatório/84

(\*) Definição de estratégia para implantação.

## DIAS/SUPERVISÃO DO NÍVEL REGIONAL PARA APOIO AO NÍVEL LOCAL

ANEXO 17

E S T A D O	REGIONAIS	DIAS/SUPERVISÃO (*)		TOTAL
		Patol.Clin.	V.San. LOG	
ALAGOAS	1ª	23	15	38
	2ª	23	08	31
	4ª	23	20	43
	5ª	23	08	31
	6ª	23	20	43
	TOTAL	<u>115</u>	<u>71</u>	<u>186</u>
PIAUI	2ª	-	94	94
	3ª	-	42	42
	5ª	-	77	77
	6ª	-	29	29
	9ª	-	35	35
	10ª	-	45	45
	14ª	-	49	49
	TOTAL	<u>-</u>	<u>371</u>	<u>371</u>
RIO G. NORTE	-	-	-	-
MINAS GERAIS	Ubã	-	38	38
	Uberaba	-	30	30
	Uberlândia	-	28	28
	Pouso Alegre	-	34	34
	TOTAL	<u>-</u>	<u>130</u>	<u>130</u>

Fonte: Relatório/84

(\*) Períodos de concentração e dispersão.

ESTADO	CURSO	OBJETIVO
ALAGOAS	Patologia Clínica	<ul style="list-style-type: none"><li>- Acompanhamento e avaliação do processo</li><li>- Orientação dos alunos e instrutores/supervisores locais.</li></ul>
	Visitador Sanitário	<ul style="list-style-type: none"><li>- Acompanhamento e avaliação do processo</li><li>- Orientação do instrutor/supervisor</li><li>- Programação conjunta para a Área I</li></ul>
PIAUI	Visitador Sanitário	<ul style="list-style-type: none"><li>- Acompanhamento das concentrações e dispersões</li></ul>
RIO G.DO NORTE	Visitador Sanitário	
MINAS GERAIS	Visitador Sanitário	

Fonte: Relatório/84

## DIAS DE SUPERVISÃO ESPECÍFICA ÀS UNIDADES DE SAÚDE

ANEXO 19

E S T A D O	REGIONAL	Nº UNIDADES SUPERVISIONADAS	PERÍODO DE DISPERSÃO						T O T A L	
			Unid. Int. + Área I							
			1ºD	2ºD	3ºD	4ºD	5ºD	6ºD		
ALAGOAS	1ª DRS	11	33	33	33	33	33	33	198	
	2ª DRS	05	10	10	10	10	10	10	60	
	4ª DRS	26	78	78	78	78	78	78	468	
	5ª DRS	22	44	44	44	44	44	44	264	
	TOTAL	64	165	165	165	165	165	165	990	
	PIAUI	2ª DRS	32	46	51	28	31	8	8	212
		3ª DRS	13	49	40	26	58	77	15	265
5ª DRS		18	36	36	34	36	43	45	230	
6ª DRS		22	22	44	44	42	48	44	244	
9ª DRS		16	63	45	17	27	-	-	152	
10ª DRS		16	32	16	16	-	-	-	64	
14ª DRS		25	112	109	42	162	77	35	537	
TOTAL	142	369	341	207	356	273	167	1.704		
RIO GRANDE DO NORTE	Centro e PS IV DIR	-	03	05	03	-	-	-	11	
	MINAS GERAIS	27	59	61	44	43	09	-	216	
MINAS GERAIS	Uberaba	43	63	42	17	-	-	-	122	
	Uberlândia	46	68	68	68	-	-	-	204	
	Pouso Alegre	12	28	28	28	03	-	-	87	
	TOTAL	128	218	199	157	46	09	-	629	

Fonte: Relatório/84

Piauí: 0 PS Bandarras da 5ª Regional, a unidade mista Itainópolis e o PS Ilha da 9ª Regional desistiram.



TOTAL DE DIAS/SUPERVISÃO NOS TRÊS NÍVEIS

ANEXO 20

E S T A D O	TOTAL DIAS/SUPERVISÃO
ALAGOAS	1.298
PIAUI	2.112
RIO GRANDE DO NORTE	60
MINAS GERAIS	987
T O T A L	4.457

Fonte: Relatório/84

## CUSTO DA SUPERVISÃO ÀS UNIDADES DE SAÚDE

ANEXO 21

ESTADO	REGIONAL	1982	1983	1984 (*)	TOTAL GERAL	
ALAGOAS	1ª	-	-	540.000	540.000	
	4ª	-	-	3.067.200	3.067.200	
	5ª	-	-	510.200	510.200	
	6ª	-	-	510.200	510.200	
	TOTAL	-	-	4.627.600	4.627.600	
PIAUI	2ª DRS	126.912	837.077	1.509.992	2.473.981	
	3ª DRS	277.164	1.015.338	1.057.161	2.349.663	
	5ª DRS	134.844	833.634	1.810.292	2.788.770	
	6ª DRS	-	647.904	2.570.134	3.218.038	
	9ª DRS	-	546.359	593.770	1.140.129	
	10ª DRS	-	348.120	685.688	1.033.808	
	14ª DRS	-	1.354.125	606.764	1.960.889	
	TOTAL	538.920	5.582.557	8.853.801	14.955.278	
	RIO G. NORTE	TOTAL	-	-	2.211.600	2.211.600
		Uberlândia	-	-	4.220.000	4.220.000
MINAS GERAIS	Uberlândia	-	-	3.584.000	3.584.000	
	Pouso Alegre	-	-	3.096.000	3.096.000	
	TOTAL	-	-	18.720.000	18.720.000	

FONTE: Relatório 84

(\*) 2º Semestre de 83 e 1º semestre de 84.

## CUSTO TOTAL DA SUPERVISÃO POR ESTADO

ANEXO 22

ESTADO	VALOR
ALAGOAS	4.627.600,00
PIAUI	14.955.278,00
RIO GRANDE DO NORTE	2.211.600,00
MINAS GERAIS	18.720.000,00
TOTAL	40.514.478,00

Fonte: Relatório/84

APOIO FINANCEIRO DO MEC/SECRETARIA DA EDUCAÇÃO POR ELEMENTO DE DESPESA

ANEXO 23

ESTADO	GLOBAL DOS RECURSOS	DATA DE REPASSE	APLICAÇÃO							OUTROS	SALDO
			Material de consumo	Remun. e Serv. Pessoais	Outros serv. e encargos	Obras e Inst.	Equipam. e M. Perm.				
M. GOIAS	21.030.000	26/8/82	30.000	-	16.000.000	-	5.000.000	-	-	-	
	31.000.000	19/10/85	2.940.000	1.160.000	15.800.000	200.000	10.900.000	-	-		
	50.000.000	-	804.000	-	39.106.000	-	10.000.000	-	-		
	102.030.000	-	3.774.000	1.160.000	70.996.000	200.000	25.900.000	-	-		
PIAUI	29.000.000	1982	-	825.200	12.903.000	-	-	-	5.311.590		
	40.000.000	1983	-	2.250.752	13.406.000	-	-	-	5.698.942		
	70.000.000	1984	-	-	28.788.280	-	-	-	15.644.256		
	139.000.000	-	-	3.075.952	55.097.280	-	-	-	26.654.788		
RIO GRANDE DO NORTE	40.000.000	11/01/84	1.500.000	-	28.500.000	-	10.000.000	-	-		
	70.000.000	10/09/84	2.500.000	600.000	67.100.000	-	-	-	-		
	110.000.000	(1982)*	3.800.000	600.000	95.600.000	-	10.000.000	-	-		
MINAS GERAIS	50.000.000	1983	22.200.000	-	19.800.000	-	8.000.000	-	-		
	157.000.000	1984	14.000.000	-	85.000.000	-	30.000.000	-	-		
	207.000.000	-	66.200.000	-	102.800.000	-	38.000.000	-	-		

Fonte: Relatório 84

(\*) Recursos 1982 não repassados à Saúde

APOIO FINANCEIRO DO MEC/SEC - POR FORMA DE APLICAÇÃO

ANEXO 24

ESTADO	CRS	APLICAÇÃO			
		Instalação CFRH	Capacit. Pedag. Inst/Sup.	Bolsas Form. 1º-2º graus	Outros
ALAGOAS	102.030.000	-	-	-	-
PIAUI	139.000.000	5.347.952	3.073.952	55.097.280	26.654.788
RIO GRANDE DO NORTE	110.000.000	10.000.000	5.290.000	29.411.000	3.711.000
MINAS GERAIS	207.000.000	9.200.000	11.000.000	119.800.000	67.000.000
TOTAL	558.030.000 (*)	24.547.952	19.363.952	204.308.280	97.365.788

Fonte: Relatório /84

(\*) Ainda há recursos a serem aplicados no corrente exercício.

COMENTÁRIOS SOBRE O LARGA ESCALA

ANEXO 25

ESTADO	ASPECTOS POSITIVOS	ASPECTOS NEGATIVOS
ALAGOAS	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Maior interesse dos atendentes pelos problemas de saúde da população;</li> <li>2. Diminuição do receto à visita domiciliar;</li> <li>3. Identificação de casos de doenças infecto contagiosas;</li> <li>4. Mudança na rotina de limpeza das unidades;</li> <li>5. Maior atenção na esterilização de materiais e conservação das vacinas;</li> <li>6. Metodologia desperta necessidade de mudanças e participação no planejamento da capacitação de RH.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Insuficiência de infra-estrutura adequada a nível regional.</li> <li>2. Não liberação de recursos em tempo hábil;</li> <li>3. Corte dos recursos previstos para 1983.</li> </ol>
PIAUI	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Melhoria na cobertura vacinal;</li> <li>2. Implantação do sistema de notificação de doenças;</li> <li>3. Registro de casos com investigação epidemiológica;</li> <li>4. Melhoria na infra-estrutura das unidades e implantação da visita domiciliar de rotina;</li> <li>5. Implantação da administração de medicamentos e acompanhamento de pacientes de TB e Hansen a nível de Posto de Saúde.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Unidades de Saúde não participantes do projeto não são supervisionadas quando desatendimentos entre supervisores e alguns diretores regionais.</li> </ol>
RIO GRANDE DO NORTE	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Maior interesse do atendente de saúde no desenvolvimento de suas atividades;</li> <li>2. Melhoria da capacidade resoluitiva por parte dos atendentes;</li> <li>3. Evidência de aquisição de conhecimentos técnicos repercutindo na operacionalização dos seus serviços.</li> <li>4. Sentimento de valorização profissional dos atendentes.</li> </ol>	<p style="text-align: center;">- X -</p>
MINAS GERAIS	<p style="text-align: center;">- X -</p>	<p style="text-align: center;">- X -</p>

ESTADO	CATEGORIA PROFISSIONAL	PESSOAL AUXILIAR	INFRAESTRUTURA BÁSICA
ALAGOAS	Visitador Sanitário Patologia Clínica Atendente Odontológico TOTAL	1.200 150 150 1.500 3.000	Postos de Saúde (217) Centros de Saúde (57) Unidades Hospitalares (15)
PIAUI	Visitador Sanitário Visitador Sanitário Auxiliar de Enfermagem Auxiliar de Saneamento Inspetor de Saneamento Aux. Técnico de Radiologia Auxiliar de Patologia Clínica Auxiliar de Consultório Dentário Auxiliar Administrativo Auxiliar Estatística TOTAL	1.000 1.000 4.000	Postos de Saúde (236) Centros de Saúde (46) Unidades Mistas (42) Unidade Hospitalar (22)
RIO GRANDE DO NORTE	Visitador Sanitário Auxiliar de Enfermagem Auxiliar de Saneamento Auxiliar Consultório Dentário Auxiliar Patologia Clínica Aux. Estatístico e Arquivo Médico Assist. Adm. Hospitalar TOTAL	1.500 900 150 150 150 50 300 3.200	Postos de Saúde (305) Centros de Saúde (155) Unidades Hospitalares (05) Unidades de Emergência (25) Unidades Mistas (17)
MINAS GERAIS	Inspector Saneamento Técnico Patologia Clínica Auxiliar Saneamento Aux. Adm. Hospitalar Aux. Doc. Médico Visitador Sanitário Aux. Patologia Clínica Auxiliar de Enfermagem Visitador Sanitário Auxiliar de Nutrição e Dietética Auxiliar Serv. G. Saúde TOTAL	20 10 20 225 85 850 15 1.050 2.500 255 400 5.460	Postos de Saúde (121) exist., (452) neces., (22) exist., (36) neces., (1.042) exist., (1.820) neces.
RONDONIA	Auxiliar de Enfermagem Auxiliar Administração Auxiliar Patologia Clínica Visitador Sanitário Auxiliar de Saneamento Auxiliar Odontologia Auxiliar Radiologia Auxiliar Nutrição e Dietética Inspetor de Saneamento Visitador Sanitário Auxiliar de Enfermagem TOTAL	900 550 300 220 150 150 100 100 70 1.500 1.600 5.640	Postos de Saúde (121) exist., (452) neces., (22) exist., (36) neces., (1.042) exist., (1.820) neces.

Fonte: Projetos dos Estados.

## GLOSARIO

### ALTO TEOR DE SUPLETIVIDADE

Os cursos com alto teor de supletividade, observando-se a flexibilidade pertinente ao ensino supletivo, tem sua duração prevista dentro de um período pré-estabelecido entre um mínimo e um máximo necessários à integralização dos conteúdos curriculares, respeitando-se o ritmo do aluno e as necessidades operacionais dos serviços. A carga horária leva em conta o domínio progressivo das competências e não pode ser inferior à do ensino regular.

### AVALIAÇÃO NO PROCESSO

A avaliação no processo ocorre durante todo o período de formação. Os desempenhos são acompanhados pelos instrutores/supervisores e registrados sistematicamente para fins de validação e reconhecimento. As formas de avaliação variam conforme a categoria profissional e graus de supletividade.

### BAIXO TEOR DE SUPLETIVIDADE

Os cursos com baixo teor de supletividade são sistemáticos, de sequência e frequência obrigatórias. As horas, duração dos períodos letivos e o número destes são previstos e aprovados pelo sistema educacional.



## CENTRO DE FORMAÇÃO DE RECURSOS HUMANOS

O Centro de Formação, reconhecido pelo sistema educacional, através da aprovação do Regimento, tem as funções de apoio administrativo e pedagógico necessários ao ensino em serviço, ministrado e avaliado pelos instrutores da rede de serviços de saúde.

Caracteriza-se basicamente por uma biblioteca especializada funcionando descentralizadamente, por uma secretaria escolar que concentra a escrituração e arquivo, com o fim de assegurar a verificação da identidade do aluno e da regularidade e autenticidade de sua vida escolar e por um corpo técnico que apoia as ações pedagógicas desenvolvidas durante a formação das diversas categorias profissionais.

## CONCENTRAÇÃO

Respondendo às necessidades dos serviços de saúde e a dinâmica própria do processo de aprendizagem, a característica dispersa da clientela e o número reduzido de instrutores/supervisores, o currículo do Visitador Sanitário foi organizado numa sequência temporal que compreende os períodos de concentração e dispersão.

Na concentração os alunos reúnem-se nas regionais de saúde ou em local dotado de infra-estrutura de hospedagem, para as aulas teórico-práticas, grupos de discussão, a fim de observar, trabalhar e refletir em conjunto.

## DISPERSÃO

Nos períodos de dispersão os treinandos retornam a seus postos específicos de trabalho para re-trabalhar o que foi elaborado em grupo. Nesse momento os profissionais de saúde que atuam como instrutores/supervisores fazem um acompanhamento sistemático, com registros de avaliação do pessoal que está em processo de formação.

## VISITADOR SANITÁRIO

O Visitador Sanitário, aprovado pelo Parecer CFE nº 45/72, é uma habilitação parcial da área do Técnico em Enfermagem. No setor saúde, também chamado de Auxiliar de Saúde, Agente de Saúde, Atendente de Enfermagem, é o profissional, que sob delegação de funções e supervisão, atua em postos e centros de saúde, no domicílio e na comunidade, identificando os problemas sanitários mais comuns e exercendo funções simplificadas de saúde e saneamento.