

MINISTÉRIO DA SAÚDE
FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA SÉRGIO AROUCA
COORDENAÇÃO DE PÓS GRADUAÇÃO
DEPARTAMENTO DE CIÊNCIAS SOCIAIS

PROMOÇÃO DA SAÚDE NA ESCOLA: MODELOS TEÓRICOS E DESAFIOS DA INTERSETORIALIDADE NO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO

TESE DE DOUTORADO

Esta tese se destina ao exame de doutoramento em saúde pública na Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (ENSP-FIOCRUZ) a ser defendida no dia 30 de novembro de 2010.

Doutorando

Carlos dos Santos Silva

Orientadora

Prof. Dra. Regina Cele de Andrade Bodstein

Rio de Janeiro, 30 de novembro de 2010.

Livros Grátis

<http://www.livrosgratis.com.br>

Milhares de livros grátis para download.

TESE DE DOUTORADO^I

**PROMOÇÃO DA SAÚDE NA ESCOLA: MODELOS TEÓRICOS E DESAFIOS DA
INTERSETORIALIDADE NO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO**

Carlos dos Santos Silva

Dedicatória

Ao Felipe, meu filho, que já universitário, desde os primeiros anos do ensino fundamental, me instigou com a constante pergunta: porque eu tenho que ir à escola?

E aos escolares da rede pública municipal de ensino do Rio de Janeiro.

^I Tese impressa seguindo as normas do sistema do Novo Acordo Ortográfico da Língua Portuguesa, aprovado em 1990, em Lisboa ¹³⁷.

Agradecimentos

À Rosane, minha esposa e a todos (as) que, de uma forma ou de outra, contribuíram para a elaboração deste trabalho, sobretudo, com a solidária compreensão das ações, reações e elucubrações no exercício de resiliência necessária à defesa de tese de doutoramento.

À Regina Bodstein, aos professores, colegas e equipes das instituições de minha formação e de minhas atividades de trabalho, como: a Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro e Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva.

Resumo

Este estudo explora e avalia o desenvolvimento de programas de promoção da saúde nas escolas a partir da experiência do município do Rio de Janeiro. Seus objetivos foram: (a) identificar os principais modelos de saúde escolar e referenciais teóricos que subsidiam suas práticas no contexto brasileiro, desde a década de 20, destacando o modelo higienista de saúde na escola até modelos mais recentes, que têm referenciais na promoção da saúde, particularmente a iniciativa de Escolas Promotoras da Saúde; (b) analisar a trajetória do programa de saúde na escola no município do Rio de Janeiro, no período de 2000 a 2009, caracterizando as principais teorias e dimensões do programa nas diferentes etapas do seu desenvolvimento; e (c) dimensionar a institucionalização do programa de Saúde na Escola no Município do Rio de Janeiro tendo por base os princípios da promoção da saúde e da intersetorialidade.

O caminho metodológico vem da literatura sobre avaliação em promoção da saúde que questiona os processos e impactos dos programas tradicionais de saúde pública. Esta literatura mostra a importância de se buscar teorias e valores que impulsionam os programas, bem como mecanismos e estratégias que explicam as mudanças pretendidas, tais como a formação de vínculos, a mobilização e articulação de atores em uma rede social, técnica e intersetorial, voltada para uma dinâmica reflexiva em torno de uma visão ampliada de saúde. A avaliação em promoção da saúde visa compreender a coerência das ações e processos em relação aos valores e modelos teóricos que impulsionam programas e ações, bem como os principais mecanismos que respondem pelos efeitos e mudanças gerados.

Uma das técnicas utilizadas foi o levantamento das principais publicações, marcos e documentos legais que constituem e fundamentam o desenvolvimento histórico da saúde escolar no Brasil, além dos relatórios avaliativos existentes em diversas etapas do programa. A análise foi possível graças a categorização de etapas distintas do programa de saúde escolar no município do Rio de Janeiro, categorização esta dada pela compreensão das bases conceituais e teóricas que em cada uma de suas etapas justificavam as ações e estratégias intersetoriais desencadeadas, considerando os distintos contextos em que se desenvolveram.

Ao investir na abordagem avaliativa em promoção da saúde foi necessário, portanto, ir além da aplicação de métodos e técnicas que focam o cumprimento de determinada meta, objetivo ou problema a ser resolvido pelo programa. Ou seja, foi preciso buscar compreender o programa como um todo, não como somatório de partes,

mas com a identificação de modelos e teorias que sustentam suas estratégias, e que são (re) traduzidas pelos atores com capacidade de acionar mecanismos e processos que mobilizam o programa.

Mais importante do que resultados finais, foi a identificação de processos que implicam no desenvolvimento de vínculos entre os atores e na construção de diálogo e escuta que geram confiabilidade e inter-relações que se estabelecem entre eles e com as diferentes instituições envolvidas na dinâmica da vida cotidiana nos territórios.

Além de apresentar como produto, matrizes dos diferentes modelos teóricos de saúde na escola e das principais dimensões do programa no município do Rio de Janeiro, o estudo aponta avanços no processo de colaboração intersetorial, a partir dos referenciais de Burris, Hancock e colaboradores; ações e intervenções de descentralização da gestão; aproximação mais compartilhada na articulação de setores como a saúde, a educação e a assistência social no âmbito central e regional da gestão municipal; capacidade de negociação desta com outras esferas de governo; estímulos a exercícios de escuta que favoreceram a participação dos sujeitos e das comunidades na constituição do programa; identificação de práticas metodológicas com dinâmicas participativas; e de tendência à constituição de cultura avaliativa com criação de estruturas favoráveis de apoio e incentivo à avaliação.

As mudanças ocorridas nas práticas de saúde na escola durante o período do estudo foram decorrentes da agregação de novos atores e saberes que a cada momento ajudavam a redefinir as estratégias intersetoriais propostas pelo programa. Dessa forma, este estudo teve por base a perspectiva de avaliação em promoção da saúde cujo mecanismo básico de acordo com Potvin, vem da expansão da rede sóciotécnica do programa, explorando suas relações e negociações em situações de conflito e de controvérsias que, por sua vez, geram novos focos de ações intersetoriais vitais para os desdobramentos e para a sustentabilidade do programa.

Palavras – Chave

Saúde Escolar - Saúde na Escola - Escola Promotora da Saúde - Promoção da Saúde - Avaliação em Promoção da Saúde - Intersetorialidade – Participação Comunitária

INTRODUÇÃO, JUSTIFICATIVA E ESTRATÉGIAS METODOLÓGICAS.....07

1º CAPÍTULO

Marco Conceitual.....25

- O referencial da promoção da saúde..... 25
- Diálogo conceitual entre Educação e Saúde30
- Práticas pedagógicas e práticas educativas: perspectivas teóricas no setor Educação....38
- Escolas Promotoras da Saúde: prática ou discurso?.....44

2º CAPÍTULO

Teorias e Práticas de Saúde Escolar: modelos de promoção da saúde na escola.....50

- Modelos de promoção da saúde na escola no cenário brasileiro.....50
- Desenvolvimento dos Programas de Saúde Escolar.....52
- O discurso dos Especialistas da Saúde e sua influência na Educação.....54
- A medicina escolar: as especialidades médicas na escola.....56
- CIEP e CIAC: o equipamento médico dentro da escola.....60
- A Experiência de Saúde Escolar na Penha (RJ).....61
- Escolas Promotoras de Saúde: novo modelo de saúde na escola?.....62
- Programa Nacional de Saúde na Escola (PSE).....67
- Identificando alguns modelos.....69

3º CAPÍTULO

Caminhos da Promoção da Saúde na Escola no Município do Rio de Janeiro.....72

- Trajetória de Saúde na escola no município do Rio de Janeiro.....72
- Antecedentes e caminhos precursores para um modelo em promoção da saúde.....74
1992 – 1999
- Projeto piloto e a interface com as Escolas Promotoras de Saúde.....85
2000 – 2001
- Modelos de capacitação e descentralização em referenciais da promoção da saúde.....97
2002- 2008

4º CAPÍTULO

O Programa Municipal de Saúde na Escola e o Programa Nacional: Inter-relações.....142 2009

CONSIDERAÇÕES FINAIS.....177

Referências bibliográficas.....182

Anexos

1. INTRODUÇÃO, JUSTIFICATIVA E ESTRATÉGIAS METODOLÓGICAS

É preciso ter bons motivos e boas questões para se proceder a uma avaliação. A necessidade de compreender se as realizações implementadas por determinado programa implicam, de fato, em processos e efeitos capazes de transformar, não só a ação e os atores sociais, mas o próprio programa. A avaliação representa assim, um pano de fundo e alta relevância para este estudo. A atitude de olhar para o conjunto das ações e intervenções, desde suas particularidades até sua totalidade, exige um exercício de observação que, quanto mais acurado, melhor instiga a questões que podem levar a explicitar a compreensão e o significado que esse programa tem para os atores envolvidos. A curiosidade por compreender e traduzir as manifestações de como ocorrem os processos de implementação do programa e efeitos ou resultados que ele produz, ao longo de sua trajetória, é fator decisivo para identificar o avaliador, como o ator instigado a buscar a compreensão do que está em jogo com a execução e o desenvolvimento do programa.

Entretanto, dois aspectos fundamentais chamam a atenção: quem formula as questões e a natureza de programa que se pretende avaliar. Potvin e colaboradores¹ discutem essas questões categorizando os programas como: (a) aqueles que pretendem resolver de forma unidirecional um dado problema e que excluem o ator; (b) aqueles que se relacionam com a problemática a ser enfrentada considerando as representações humanas de atores implicados com a ação e que reconciliam as diversas interpretações, possibilitando sua transformação pela própria experiência; e (c) aqueles programas que são concebidos com atores ativos capazes de acionarem mecanismos do programa os quais estruturam objetos do mundo real e que só adquirem significados por meio da representação que deles fazem os atores.

É nesse último modelo de programa que as autoras enfatizam que a avaliação informa sobre as transformações produzidas não só sobre o problema a ser enfrentado, mas sobre o próprio programa, bem como assinalam que a avaliação esclarece possíveis teorias com as quais os atores apreendem os mecanismos das práticas postas em curso.

Cabe, então, a pergunta: para que se quer avaliar? Para dar repostas ao gestor valorizando os acontecimentos e resultados produzidos, que tem validade em descrever os feitos e suas realizações. Ou avaliar voltado para a produção do conhecimento, implicada a questão de identificar se os processos implementados demonstram evidências ou efetividade dos resultados e mudanças alcançadas.

Como participei de forma tão persistente e prolongada do desenvolvimento do Programa de Saúde na Escola do município do Rio de Janeiro, investir na sua sistematização me possibilitou atender o desejo de compartilhar essa história acompanhada durante anos, simultaneamente como ator diretamente implicado com o desenvolvimento e a gestão do programa e, ao mesmo tempo, como observador da sua prática cotidiana. Entretanto, nesses dois papéis foi necessária uma alternância reflexiva para permitir a validade e confiabilidade de relatos a partir de abstração da condição de ator/gestor envolvido e comprometido com o programa no exercício da função de observador/investigador.

A quase “internalização” do investigador ao meio a ser analisado aproxima-o da oportunidade de estar no lócus dos eventos e em contato pessoal e estreito com o fenômeno a ser pesquisado que será passível de sua avaliação ². Esse aspecto traz vantagens importantes como o de poder verificar na experiência direta o modo como ocorrem de fato, as ações investigadas. O conhecimento e a experiência pessoal a respeito do tema pode ser um caminho possível para interpretar melhor como ocorrem questões e acontecimentos em torno do programa. E ao acompanhar de perto a experiência dos sujeitos relacionados no cotidiano do programa, é possível também que o investigador se aproxime do significado e do sentido que os atores envolvidos atribuem à realidade. Além disso, essa aproximação permite que questões em torno do contexto que envolve as ações e intervenções, sejam melhores equacionadas e percebidas.

Lüdke e Andre ² referem, contudo, críticas a essa posição do avaliador que observa o fenômeno a ser estudado nessa posição de ator implicado com o objeto de sua avaliação, quer pelo fato de que ele pode produzir alterações tanto no contexto, quanto nas atitudes e intervenções dos outros atores, como pela possibilidade de provocar interpretações pessoais e parciais daquilo que ele vê e interpreta, podendo assim, distorcer a realidade observada.

Esses mesmos autores contestam, entretanto, essas críticas, ao afirmarem que essa possibilidade de erro é bem menor ou insignificante, não comprometendo a relação do observador e do seu objeto de investigação ³. Toda a questão aqui gira em torno de como estranhar o familiar e ao mesmo tempo transformar o estranho em familiar, operação central para os estudos etnográficos. Ou seja, sempre estará em discussão a capacidade do investigador/ator relativizar os fenômenos que ele parece conhecer tão bem.

Apesar dos argumentos prós e contras, o movimento feito aqui nesta investigação foi no sentido de uma relativização do que era familiar e rotineiro. Assim, foi possível o desenvolvimento de uma pesquisa avaliativa que descreve e interpreta os principais processos e controvérsias do programa de saúde na escola no município do Rio de Janeiro no período de 2000 a 2009. Dois aspectos foram cruciais para essa pesquisa: a importância de se buscar identificar diferentes modelos ou teorias que sustentam a discussão sobre saúde na escola, por um lado, e por outro a periodização do desenvolvimento histórico da saúde escolar no município do Rio de Janeiro. Isto é, o pressuposto de que o programa no período aqui destacado evoluiu e se transformou, cabendo ao avaliador analisar essa trajetória, destacando aquilo que diferencia e marca cada uma de suas etapas, bem como o que permanece.

O exercício ininterrupto como gestor na gerência do programa de saúde escolar da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, desde 1992 até 2010, garantiu-me oportuno e privilegiado acompanhamento e observação desses processos através do tempo. Inúmeras fontes facilitaram a coleta de dados a partir da consulta e dos registros feitos sobre a produção de materiais impressos e audiovisuais, relatórios, relatos, eventos e documentos internos oficiais do programa. A possibilidade de repensar a saúde na escola no município do Rio de Janeiro foi possível pela inter-relação estabelecida como observador/investigador, bem como com os profissionais envolvidos diretamente no cotidiano do Programa. Além disso, a relação de proximidade com eventos e atores externos também influenciou, direta ou indiretamente, o desenvolvimento do programa e as parcerias com atores e instituições estratégicas, nacionais e internacionais.

Foi no exercício da clínica pediátrica em ambulatórios e hospitais que surgiram minhas inquietações referentes à saúde na escola. Ao observar a dificuldade enfrentada por profissionais de saúde no tocante ao atendimento de crianças e adolescentes para resolução de queixas relativas ao mau desempenho escolar e/ou problemas relativos à aprendizagem que se apresentavam de forma cada vez mais frequente nos serviços de saúde. Tal observação se transformou, no final da década de noventa, em minha tese de mestrado ⁴, na qual buscava compreender o porquê de tal fenômeno, até então já apontado por tantos autores, persistir como um problema de responsabilidade do setor Saúde.

A gestão da saúde escolar possibilitou minha aproximação com outros setores e interlocutores, principalmente com o da educação. A tentativa de articular um programa de saúde escolar para o município que se balizasse na perspectiva intersetorial e na

participação da comunidade escolar constituiu um desafio de mais de 15 anos. Atuar nessa função e expectativa foi outro aspecto que fez emergir o desejo de compreender como poderia identificar componentes essenciais para a efetividade e o sucesso do programa. Outro aspecto importante foi o de criar interfaces, ainda que nem sempre sistemáticas, com o Ministério da Saúde desde os primeiros anos da gestão e a oportunidade de interlocução com atores e instâncias de promoção da saúde da Organização Pan-Americana de Saúde. Aos poucos, essas relações permitiram apresentar as diretrizes e as propostas do que está aqui denominado, hoje, de PSE Municipal, que por sua vez, propiciaram trocas e reflexões importantes com diferentes instâncias, não só do ponto de vista da implementação de práticas de saúde na escola como de referenciais teóricos nessa área. A articulação com a OPAS gerou chance de participar, desde 1996, das reuniões da Rede Latino-Americana de Escolas Promotoras de Saúde. Além disso, desses encontros e de tantos outros, no âmbito nacional para discussão e implantação de Escolas Promotoras da Saúde no Brasil, foi possível ampliar e enriquecer o debate sobre saúde na escola. Por exemplo, a articulação com a Faculdade de Saúde Pública de São Paulo e com o Ministério da Saúde viabilizou o surgimento da oportunidade de representar o Brasil nos eventos de Rede de Megapaíses da Organização Mundial de Saúde, relativos ao Componente de Saúde Escolar, realizadas entre 1999 e 2002, para países como o Brasil, com mais de cem milhões de habitantes.

Tais experiências paulatinamente contribuíram para fortalecer o desejo de compreender como diferentes modelos propostos do ponto de vista dos organismos internacionais influenciavam na (re) estruturação ou nos rumos do programa municipal de saúde na escola. No âmbito nacional, como se discutirá posteriormente, a Iniciativa de Escolas Promotoras da Saúde não se oficializou como política de saúde na escola para o país. Contudo, esse movimento foi importante para criar, no plano nacional, uma rede de atores interessados no tema, que permitiu cada vez mais, repensar caminhos que dessem conta de garantir a prioridade para programas voltados para a promoção da saúde na escola. A estratégia de compilar tais experiências nacionais tendo em vista a concepção teórica de Escolas Promotoras da Saúde originou a publicação editada pelos Ministérios da Saúde e a Organização Pan-Americana de Saúde ^{II 5}, que foi oportuna para estreitar contato com diferentes experiências de saúde na escola (re) traduzidas a partir de diferentes lógicas culturais, geográficas e territoriais.

^{II} Para qual contribuímos na organização

Mais recentemente, foi possível registrar novo foco de mudança para o Programa direcionada do próprio município como foram as mudanças de gestão e de contexto na Prefeitura da Cidade do Rio de Janeiro. Tais mudanças influenciaram diretamente no curso e no modelo do PSE Municipal. Com a experiência acumulada, foi possível conduzir o olhar mais diretamente para o que estaria acontecendo com o programa no âmbito municipal. A pergunta central era como entender situações e desdobramentos provocados a partir dos conflitos e controvérsias advindas de diferentes interesses entre técnicos, gestores e setores no PSE Municipal? O desejo de contribuir para a compreensão desses processos gerou o desenvolvimento desta tese de doutoramento.

Tendo em vista que não se descreve o sistema de significados culturais de um determinado grupo ², vale ressaltar que a avaliação aqui apresentada não se baseia em estudos etnográficos. O papel de observador participante, tão pouco e por si só, não garante essa denominação à investigação. Mas, ao considerar uma pesquisa qualitativa no ambiente em que se processa o PSE Municipal, o pesquisador se torna um elemento importante nessa relação com a situação que está sendo investigada ⁶.

Assim, enquanto pesquisador, precisei estar atento a todos os elementos presentes no campo para, então, conseguir identificar alguns dos mais triviais que podem contribuir para compreender a situação e o problema estudados. A coleta de dados que parte das descrições e relatos dos eventos e da documentação diversa permitiu-me, no papel de pesquisador, procurar ter claro, as interações cotidianas, valorizando uma preocupação maior com a sustentabilidade dos processos em relação aos resultados pontuais obtidos. Para anunciar então, o significado que os profissionais dão às atividades e realizações de sua vida e na relação com a proposta de implementação do programa, o pesquisador, mesmo que envolvido, precisa ter cuidado com o que ele anuncia como do ponto de vista dos atores que constroem o próprio Programa ².

Quivy e Campenhoudt ⁷ descrevem que para se elaborar um modelo de análise existem inúmeras vias e caminhos. Contudo, cada investigação é única e tem seus próprios caminhos e inúmeros critérios que incluem, por exemplo, a formação do investigador. Assim, não se trata de reter todos os aspectos da realidade, mas sim, de promover a construção abstrata do real através de um bom construto teórico.

Neste sentido, essa investigação advém da relação entre atividade prática estabelecida na gestão do Programa, assim como da reflexão teórica, a partir das quais se pretende produzir conhecimento sobre essa temática. Para isso, o pesquisador precisa

ter uma problemática bem definida metodologicamente que sirva para selecionar o que ele irá buscar e interpretar, determinada por uma atitude de relativizar o já conhecido, buscando certa objetividade científica ⁸, como pretendo apresentar mais a frente.

Este estudo objetiva analisar e dimensionar os principais impasses da intersetorialidade entre o setor saúde e o setor da educação, vista como um componente estruturante dos programas de saúde na escola a partir do modelo de promoção da saúde. Daí, a necessidade de analisar o referencial teórico de saúde na escola no contexto brasileiro e, em particular, no município do Rio de Janeiro, tendo como pano de fundo o desenvolvimento histórico da saúde escolar. Este será visto a partir da análise dos diferentes enfoques e conceitos de saúde e de educação que, ao longo do percurso, tem subsidiado diversos Programas desde os anos 20 até os dias atuais.

Estudos anteriores ⁴ apontam que o modelo biomédico e, mais recentemente, a perspectiva da promoção da saúde sustentam teoricamente as diversas práticas de saúde na escola.

A revisão histórica e conceitual permitiu identificar e analisar a trajetória da saúde na escola no município do Rio de Janeiro nos últimos dez anos (2000 a 2009), caracterizando suas diferentes etapas e seus principais componentes, como eventuais conflitos, entraves e avanços que constituem o processo de desenvolvimento do programa como um todo.

Outro objetivo deste estudo, foi o de verificar os processos de institucionalização do Programa de Saúde na Escola em curso no município do Rio de Janeiro, em particular, no seu período mais recente (2008-2009), tendo como pressuposto os possíveis avanços na política de promoção da saúde no país e no aprofundamento do debate em torno das práticas intersetoriais e participativas. Para isto, foi importante compreender de que maneira os processos precursores ao programa municipal contribuíram para sua consolidação, considerando que, em suas etapas iniciais, ele foi claramente inspirado na iniciativa internacional de Escolas Promotoras de Saúde ⁹ e que, em sua trajetória interagiu e dialogou com diversas outras iniciativas locais, regionais e nacionais. Houve ainda neste período uma interação mais direta do programa municipal com a política nacional de saúde na escola, entendida como tal, pela criação do Programa Nacional de Saúde na Escola ¹⁰, que teve a adesão do município do Rio de Janeiro.

A análise da relação entre saúde e escola no Rio de Janeiro, no período deste estudo, tem como referencial a concepção de programas de promoção da saúde como sistemas complexos de ação social ⁶, decorrente da complexidade dos seus objetivos e

do contexto nos quais as iniciativas estão inseridas ^{1,11}. Ao mesmo tempo, sua análise pressupõe identificar mecanismos de intersectorialidade à luz da matriz de Burris, Hanconck, Lins e Herzog ¹². A evolução do Programa permite construir seus diferentes modelos e diferentes etapas que marcaram o diálogo entre o setor saúde e educação no município do Rio de Janeiro, como veremos ao longo deste trabalho.

A análise foi feita tendo, por base, a identificação dos referenciais teóricos que subsidiaram os diferentes modelos de saúde na escola. Desde os mais tradicionais, calcados no modelo biomédico, como aqueles mais recentes, ou seja, com referenciais na Promoção da Saúde, como da Política Nacional de Promoção da Saúde ^{13, 14}. Entretanto, a busca dos principais objetivos e estratégias do programa no período do estudo e de sua implementação como um todo, permitiu delimitar mais do que seus resultados, como os processos gerados e a interação das diferentes instituições e atores envolvidos que em diversos contextos, mobilizam, impulsionam e dão sentido ao próprio programa.

Além da identificação dos modelos teóricos e dos contextos em que se desenvolveram as ações, a perspectiva da avaliação de programas de promoção da saúde ^{15, 16, 17, 18, 1} permitiu diferenciar sua trajetória e os caminhos percorridos visando alcançar objetivos intersectoriais e de promoção da saúde ^{19, 20, 21, 22, 11}. Com a expectativa de mostrar acertos e contradições do modelo e, quando possível, apontar algumas evidências dos resultados alcançados, pretende-se sinalizar como ocorre em cada tipo de abordagem teórica, aspectos como: (a) cada fase de desenvolvimento do programa; (b) seus possíveis avanços em relação aos tradicionais modelos de saúde escolar frequentemente baseados no viés médico-assistencialista; e (c) se os processos escolhidos foram capazes de contemplar os objetivos previstos ¹, permitindo cenários favoráveis para construção da intersectorialidade. Esta, entendida e caracterizada pelo diálogo, cooperação e agenda comum ^{1, 11} para uma pactuação de interesses em prol da promoção da saúde na escola.

Assim, este estudo se pautou nos últimos dez anos (2000-2009) quando foi desenvolvido no município do Rio de Janeiro o Programa de Saúde na Escola (PSE Municipal) desenhado, originalmente, na perspectiva de integrar ações de educação e de saúde ²³.

Desde o período que antecede ao deste estudo (1992-1999), o PSE Municipal foi elaborado no contexto de uma proposta que visava a integração de políticas sociais como a de educação, a de saúde e a de desenvolvimento social, entre outras que se constituíam nos órgãos municipais através da denominada Macrofunção de Políticas

Sociais da Prefeitura da Cidade. Este propósito de integrar os setores persistiu no âmbito da gestão municipal em período mais recente, através do criado Comitê Integrado de Gestão Governamental do Desenvolvimento Social ²⁴. Vale assinalar que na análise no PSE Municipal, é preciso considerar que a articulação proposta não se restringiu apenas aos órgãos oficiais da Prefeitura, como suas Secretarias. Ao contrário, além destes, o programa pretendeu integrar vários outros parceiros de natureza distinta. Nesse sentido, buscou-se a interlocução com diferentes e múltiplas instituições e atores, tais como: os diversos programas de saúde da Secretaria Municipal de Saúde, as Secretarias Municipais de Educação, de Desenvolvimento Social e de Esporte e Lazer, universidades, como a Universidade do Estado do Rio de Janeiro, a Universidade Federal Fluminense e a Universidade Federal do Rio de Janeiro e ainda, organizações não governamentais, como o Instituto de Pesquisas Heloisa Marinho, o Centro de Promoção da Saúde, a Fundação João Goulart, o Centro de Criação de Imagem Popular, entre outras. Nesse diálogo, várias referências teóricas e práticas de saúde na escola de iniciativas nacionais e internacionais estiveram presentes. As mais inspiradoras foram a da Iniciativa de Escolas Promotoras de Saúde da Organização Pan-Americana de Saúde ⁹ e da Política Nacional de Promoção da Saúde ¹³. Outras, paulatinamente, se incorporaram ao desenho do programa, como a Lei Orgânica da Saúde ²⁵, que criou o Sistema Único de Saúde, e a Política Nacional de Atenção Básica ²⁶, que instituiu a estratégia de saúde da família.

Mais recentemente, ocorreu do âmbito federal para os municípios, a proposta de implantação do Programa Nacional de Saúde na Escola (PSE Nacional) ¹⁰ coincidindo, no Rio de Janeiro, com a troca de gestão da Prefeitura (2009). Todas essas situações representaram, ao longo do período de desenvolvimento do programa, mudanças de contexto e de cenários que, como veremos, foram responsáveis também por diferentes caminhos e algumas transformações no processo de sua implementação. Neste sentido, as interações entre o programa federal e o programa municipal anteriormente em curso, suscitam inúmeras controvérsias cuja análise poderá ajudar a compreender o percurso de sua trajetória e dimensionar as relações que se instituem nas diferentes esferas de governo, no que se refere à construção de um modelo de saúde na escola. Foi nesse aspecto que a análise do desenvolvimento do PSE Municipal destacou a identificação de mecanismos intersetoriais e os processos pelos quais esses ocorrem.

Burris, Hancock, Lin e Herzog ¹² têm o mérito de apontar as implicações das ações intersetoriais nas políticas de saúde, tanto na forma como as instituições e a sociedade gerenciam o curso desses eventos, quanto na horizontalidade e/ou

verticalidade empreendida ao(s) programa(s) e seus desdobramentos - o que, certamente, inspira nossa análise.

Essas duas situações se diferem no sentido em que cada programa compreende metas e objetivos, todas de modo geral, elaboradas como propostas de mudança e solução. Entretanto, para aquelas que se constituem como propostas impostas, por exemplo, pelas esferas maiores da gestão com vistas a serem assumidas pelas esferas regionais e locais, são as consideradas de forma verticalizada, de cima para baixo (*top down*). Ao contrário de propostas que são desenhadas a partir da participação dos atores envolvendo os tomadores locais de decisão, compreendendo processos que se fortalecem nas bases das comunidades, chamadas de *bottom up*. Estas últimas valorizam processos de descentralização no sistema do programa, da participação comunitária e de empoderamento dos sujeitos e da comunidade, delineando-se como novos modelos de promoção da saúde.

Burris e colaboradores ¹² destacam ainda, a necessidade de compreender a importância de uma coordenação nacional associada a uma participação local, como elementos essenciais a uma boa governança. Dessa forma, o Programa passa a ser constituído a partir de uma perspectiva democrática, portanto, de respeito aos direitos humanos, justiça e igualdade. É, pois, relevante analisar como ocorrem as diferentes conexões estabelecidas entre setores e a diversidade de atores envolvidos para compreensão do desenvolvimento do programa.

Potvin, Gendron e Bilodeau ¹ compreendem programas de promoção da saúde a partir de processos de mudanças, tanto nos seus elementos constituintes – estrutura, finalidades, atividades e recursos, como a partir de sua interação com o contexto. A forma da ação e intervenção organizada se constitui numa sequência de ações definidas que busca alcançar objetivos mais ou menos específicos, que exige clareza quanto ao que o Programa quer oferecer como solução, quanto ao que quer propor como mudança e quanto ao público que se destina.

A identificação das diferentes etapas dessa trajetória foi crucial para este estudo, pois permitiu analisar os principais elementos que caracterizaram o programa e possibilitou destacar a identidade do mesmo em sua trajetória mostrando suas mudanças de rumos e ajustes ao contexto. Os processos se mesclavam no cotidiano do desenvolvimento das ações de tal forma que o fim de uma etapa e o início de outra, tendo em vista os diversos contextos, permitem visualizar os conflitos, impasses e interesses distintos que impulsionam as mudanças.

Cada etapa descrita apresenta mecanismos e estratégias distintas que, no conjunto final, representou um modelo flexível cuja avaliação dimensionou a pertinência do uso de diversas técnicas e instrumentos de investigação. A base para análise dessas etapas foi a categorização dos diversos modelos de saúde escolar delimitados pelas concepções teóricas, pela capacidade de articular os setores da saúde com o da educação e pelas principais características das práticas implementadas. Para dar conta dessa categorização, foi necessária a identificação dos principais referenciais teóricos que influenciaram o desenvolvimento histórico das práticas de saúde escolar no Brasil, apoiado na experiência do Rio de Janeiro.

Neste sentido, o método utilizado foi a recuperação e identificação de relatos sobre documentos e sobre atos oficiais principalmente através de publicações referentes à saúde escolar (veja quadro 01) desde a década de 20, denominada *higiene escolar*, até 2009 e referida então, como promoção da saúde na escola, tais como:

- (a) Relatos, artigos e livros referentes às diferentes etapas de saúde na escola;
- (b) Registros de mudanças de legislação referentes à saúde na escola;
- (c) Documentação das Secretarias Municipais de Saúde e de Educação do Rio de Janeiro, incluindo registros impressos e audiovisuais, relatórios de atividades referentes ao programa de saúde escolar municipal ^{23, 27}.
- (d) Documentos, impressos e revistas da Sociedade Brasileira de Pediatria e da Associação Brasileira de Saúde Escolar;
- (e) Programa Nacional de Saúde na Escola (MS e MEC) e outras publicações, bem como as Políticas Nacionais de Promoção da Saúde e de Atenção Básica ^{13, 26}, Lei Orgânica da Saúde, n. 8.080/1990, que criou o Sistema Único de Saúde (SUS) ²⁵, documentos do Pacto pela Saúde, que inclui o Pacto pela Vida, o Pacto em Defesa do SUS e o Pacto de Gestão do SUS ²⁸;
- (f) Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) ²⁹;
- (g) Documentos e publicações da Iniciativa Escola Promotora de Saúde da OPAS (OPAS, 1996) ⁹, da Organização Mundial de Saúde, da Rede Latino-Americana de Escolas Promotoras de Saúde (RELEPS) ^{137, 138, 139}, dos Relatórios do Componente de Saúde Escolar da Rede de Promoção da Saúde dos Megapaíses da Organização Mundial de Saúde de 1999 a 2001) ¹⁴⁰, entre outros, como o documento sobre Estratégias e Linhas de Ação para 2003-2012 da OPAS ¹⁴¹.

A seleção do material para leitura considerou os registros e publicações das primeiras referências de saúde escolar da década de 20, acompanhando aquelas relativas às principais mudanças legislativas na área e os marcos conceituais de saúde até o final

da primeira década de 2000. O Rio de Janeiro foi escolhido como fórum privilegiado desta reconstrução histórica por ter sido capital federal do país e, portanto, representar o debate nacional e por ser o lócus dos primeiros serviços públicos de saúde ligados às escolas de ensino básico³⁰

A análise do material foi baseada nas definições, diretrizes e expectativas de implementação da proposta e de publicações relacionadas sobre suas estratégias, processos e resultados obtidos, bem como de críticas às práticas que se estabeleceram. Ao relacionar cada proposta com os diferentes contextos políticos e aos marcos conceituais, como a Conferência de Alma-Ata³¹, I Conferência Internacional de Promoção da Saúde³², VIII Conferência Nacional de Saúde³¹, Política Nacional de Promoção da Saúde¹³ e a Comissão Nacional de Determinantes Sociais¹⁴, entre outros que imprimiram mudanças nos desenhos de saúde na escola implementados, foi possível identificar similaridades ou contrastes entre eles, permitindo a identificação de modelos diferentes de saúde na escola no âmbito nacional.

O interesse do estudo recai, pois, no período a partir de 2000, em que podem ser encontrados referenciais de implantação de Escolas Promotoras de Saúde através de um Projeto Piloto municipal e da identificação dos distintos processos, resultados, influências e inter-relações percorridos até 2009. Neste período foi possível ainda, identificar como se processaram as contribuições e interfaces que cronologicamente influenciaram o percurso do programa municipal. Isto, tanto na perspectiva de institucionalizar ações de saúde na escola como política de saúde; de gerar transformações na comunidade escolar; ou de estabelecer novas práticas com base nos referenciais de Promoção da Saúde. Ao mesmo tempo, foram observadas as diferentes interfaces e interação da gestão municipal com as agências internacionais, através de Escolas Promotoras da Saúde (EPS)^{9, 27} e da criação da Rede Latino-Americana de Escolas Promotoras de Saúde (RLEPS)¹³⁹; bem como no plano nacional, através do Programa Nacional de Saúde na Escola¹⁰.

Também do ponto de vista da educação, essas inter-relações foram analisadas de acordo com os contextos em que elas se apresentam. No período precursor ao nosso recorte de estudos, configurou-se na rede pública municipal de ensino, a concepção do Núcleo Curricular Básico, com o qual a Secretaria Municipal de Educação pressupôs articular os princípios educativos (meio ambiente, trabalho, cultura e linguagens) com os núcleos conceituais (identidade, tempo, espaço e transformação), que se intitulou como Multieducação.³⁴ Este desenho curricular buscava reconhecer a riqueza e a complexidade da cidade, com suas famílias e filhos, alunos, portanto, das escolas da

rede pública municipal de ensino. Tal proposta reconhecia também os profissionais de educação, sobretudo, os professores e suas histórias de vida e trabalho, bem como os contextos culturais, as práticas pedagógicas, os valores e os conhecimentos. Tratava-se, portanto, do integrar múltiplas linguagens ao ato de educar e tentar sintonizar os processos da educação que se desenvolvem no contexto das relações humanas, ao tempo em que se vive e que se busca transformar³⁴.

Além das bases curriculares e das práticas pedagógicas determinadas, para explorar e compreender a relação entre os dois setores (saúde e educação), foi fundamental entender em linhas gerais, como estava desenhada a estrutura organizativa das redes municipais de educação e de saúde, bem como a dimensão de oferta desses serviços, que envolve questões, como: acesso da comunidade escolar aos serviços de saúde; natureza e orientação dos serviços de saúde que se aproximam ou são de referência para determinada escola; grau de cobertura e apoio desses serviços às escolas; e diferenças e prioridades no programa para serviços de saúde de maior complexidade e/ou especializados ou voltados prioritariamente para a atenção primária à saúde. Ao considerar o desenvolvimento histórico do PSE Municipal e do ponto de vista da intersetorialidade, este estudo explorou, para além da inter-relação entre os setores da saúde e da educação, a dimensão e a natureza da articulação que resulta destes dois junto ao setor da Assistência Social, que em diferentes momentos e etapas do Programa esteve, mais ou menos, próximo de compor uma ação/colaboração intersetorial com a Educação e a Saúde.

Os procedimentos metodológicos precisam dar conta de delinear os modelos teóricos que definem e justificam a trajetória do Programa de Saúde na Escola no município do Rio de Janeiro. Os documentos da legislação e as referências de literatura no que diz respeito a essa caminhada de saúde na escola foram fundamentais.

A proposta de identificação das concepções teóricas que sustentam as atividades e iniciativas do programa é o eixo da análise e da compreensão de seus principais componentes, suas diversas etapas e quais os principais processos responsáveis pelas mudanças e resultados. Entretanto, a exploração de informações e resultados de planos avaliativos desenvolvidos em diversas fases do programa foi vital para esta análise.

Considerando os programas como sistemas sociais complexos e vivos que se transformam e que evoluem ao longo do tempo, a ideia neste estudo foi de mostrar o desenvolvimento das interações entre a saúde e a escola ao longo dos 10 anos, de acordo com períodos que posteriormente foram categorizados em diferentes etapas do programa. São eles:

- (1) período do projeto piloto em (2000-2002), na perspectiva de Escolas Promotoras de Saúde;
- (2) período intermediário, no qual o Programa continuou com a denominação de Escolas Promotoras de Saúde, mas com mudanças importantes nas suas ações e processos (2003-2007); e
- (3) período mais recente (2008-2009), quando o programa recebe a denominação de Programa de Saúde na Escola do município do Rio de Janeiro (PSE Municipal), em decorrência do termo de adesão ¹⁴² que o Rio de Janeiro fez ao Programa Nacional de Saúde na Escola ¹⁰.

A análise da documentação da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro foi importante na medida em que: (a) permite identificar na forma organizativa de sua estrutura interna, tanto a localização do programa de saúde na escola e suas interações com outros setores da própria Secretaria, como seu poder decisório na elaboração e gestão das atividades propostas pelo programa; (b) permite identificar na esfera governamental municipal, as possíveis formas de relacionamento desse órgão com outros órgãos gerenciadores de políticas sociais como as Secretarias Municipais de Educação e de Assistência Social; (c) permite identificar a proposta de interação da política de saúde municipal e do programa de saúde na escola com outros setores e/ou parceiros próximos ao Programa; e (d) identificar atores e gestores estratégicos na mobilização e implantação/implementação do Programa.

Vale destacar que na década de 90 o município do Rio de Janeiro, com revisão da estrutura organizacional da Secretaria Municipal de Saúde, criou uma gerência de saúde escolar ³⁵ que, com referenciais pretensamente mais participativos e de promoção da saúde, tem enriquecido o debate sobre a prática de programas de Saúde na Escola. Em 2009, com nova gestão da Secretaria, essa gerência ascende à Coordenação de Saúde Escolar, diretamente ligada, então, à Superintendência de Promoção da Saúde e aspirando a esses mesmos princípios.

Certamente, a análise da trajetória do programa municipal – relacionado aos modelos de saúde na escola e marcado por propostas higienistas e biomédicas – , contribuirá para a reflexão sobre como novos modelos e novas práticas foram introduzidos e se modificaram na sua evolução. Permitirá compreender, nessa tênue linha de interlocução da saúde com a educação, como é possível gerar mudanças significativas e inovadoras para e com a comunidade escolar.

Do ponto de vista do contexto internacional, as principais fontes se concentraram na documentação proposta pela Organização Pan-Americana de Saúde /

Organização Mundial da Saúde, desde seus documentos instrutivos e conceituais sobre saúde escolar como aqueles referentes à iniciativa de Escolas Promotoras de Saúde. Mais especificamente, a revisão desta literatura incluiu o resgate da história das reuniões da Rede Latino-Americana de Escolas Promotoras de Saúde (RELEPS) desde sua primeira reunião, que lança a Iniciativa e funda a Rede Latino-Americana de Escolas Promotoras de Saúde em 1996¹⁴³, até a última delas que ocorreu em 2004, em San Juan de Porto Rico¹⁴⁴. Foram considerados ainda, os registros e documentos que apontam os processos responsáveis pela não realização da V Reunião da Rede Latino-Americana de Escolas Promotoras de Saúde prevista para ocorrer em 2007 no Brasil. Para tanto, consultas foram feitas às memórias das então denominadas *reuniões técnicas*, promovidas pela OPAS sobre a Iniciativa de EPS em Vancouver¹⁴⁵, em Brasília¹⁴⁷ e mais recentemente, em Cuba¹⁴⁸. Foi possível considerar também, o Componente de Saúde Escolar da Rede de Promoção da Saúde dos Megapaíses da Organização Mundial de Saúde¹⁴⁰, entre outras, como o documento sobre Estratégias e Linhas de Ação para 2003-2012 da OPAS (OPAS, 2002)¹⁴¹.

Neste sentido, a contribuição deste estudo implicará em tentar dimensionar em que medida e de que forma essas iniciativas internacionais interagiram no panorama nacional brasileiro e no programa de saúde na escola desenvolvido no município do Rio de Janeiro.

Ao mesmo tempo, no cenário brasileiro, foi importante explorar a implantação recente do Programa Nacional de Saúde na Escola (PSE Nacional) tendo em vista as relações e interações com o desenvolvimento do Programa Municipal de Saúde na Escola (PSE Municipal).

Além de ser criado a partir de decreto presidencial, o programa nacional desenvolve estratégias de implementação pouco claras quanto à relação dialógica necessária entre os vários atores do programa, principalmente no que diz respeito à articulação entre as Secretarias de Educação e Saúde, perpassando-as à comunidade escolar e às equipes de Saúde da Família. Em seu documento de lançamento³⁶ ainda propõe: uma política intersetorial entre os Ministérios da Saúde e da Educação; o reconhecimento das experiências existentes; uma forma de gestão nos níveis federal, estadual e municipal por meio da Comissão Intersetorial de Educação e Saúde na Escola (CIESE) e do Grupo Intersetorial de Saúde na Escola, com a tarefa de elaborar um projeto local a ser aprovado pela Comissão Bipartide (CIB); a priorização da perspectiva territorial da estratégia de saúde da família e da atenção primária em saúde; a articulação do Sistema Único de Saúde (SUS) junto às redes de educação básica

pública, no tocante às ações, de forma a ampliar o alcance e o impacto destas relativas aos estudantes e suas famílias, otimizando a utilização dos espaços, equipamentos e recursos disponíveis.

Por fim, o desafio deste estudo é tentar compreender como ocorre a interação entre programas de saúde na escola desenhados pela gestão municipal e como eles se consolidam, além de identificar a natureza da relação com programas desenhados pela gestão federal dos setores de saúde, de educação e de assistência social, considerando o referencial ampliado de intersectorialidade de Burris e colaboradores¹².

Para atender a investigação sobre a institucionalização ou não do programa de saúde na escola no município do Rio de Janeiro e suas relações com a política nacional de saúde na escola, do ponto de vista das estratégias metodológicas, foi necessário acrescentar outros métodos de coleta de dados, como:

- a) Entrevistas com atores estratégicos do nível central da gestão do Programa e das três Secretarias Municipais envolvidas, ou seja: a de Educação, a de Saúde e a de Assistência Social;
- b) Grupos focais com representantes das três Secretarias;
- c) Check list com os principais marcadores, prioritariamente, com gestores regionais do Programa das três Secretarias envolvidas e/ou com gestores locais;
- d) Observação e registros dos procedimentos e processos da implantação do Programa Nacional de Saúde na Escola no município do Rio de Janeiro.

Ao se aproximar do campo da avaliação, foi preciso considerar neste estudo o entendimento de que a avaliação tem por base as concepções e teorias que moldam as intervenções, visando criar conhecimento útil de modo a servir aos *stakeholders*. Bodstein¹¹ fortalece o debate sobre avaliação, tanto no campo da saúde em geral, como no campo da avaliação em promoção da saúde. A autora destaca a importância da chamada perspectiva realista^{1, 11, 22}, para avaliação de ações e programas sociais e de promotores da saúde e, chama ainda a atenção para a importância de identificar a natureza social desses programas voltados para a promoção da saúde, nos quais, o fundamental é identificar as questões a serem avaliadas. Bodstein¹¹ reforça os méritos de iniciativas de promoção da saúde pela diversidade das estratégias que elas propõem e destaca que a Promoção da Saúde desafia o modelo biomédico e os parâmetros normativos tradicionais do campo da saúde.

Analisar o desenvolvimento do programa de saúde na escola no município do Rio de Janeiro e investigar suas bases conceituais e teóricas contribuiu para o debate da

promoção da saúde entre nós, auxiliando na busca por evidências dos resultados e alcances provocados por esta iniciativa.

Ao considerar a proposta de revisar os modelos de programas de saúde escolar, foi fundamental ter como base as avaliações previamente existentes sobre a iniciativa ao longo do seu desenvolvimento fornecendo uma preciosa base de dados para este estudo. Uma análise reflexiva e crítica sobre essas avaliações prévias foram fundamentais para a sistematização dos processos de implementação das propostas de saúde na escola. Por exemplo, permitiu compreender como ocorreram os processos e os resultados gerados, de modo a desenhar os objetivos alcançados e os efeitos produzidos a partir do referencial de uma proposta de promoção da saúde^{18, 19, 20}.

Bodstein¹¹ destaca como fator importante na avaliação qualitativa, a necessidade de entender claramente os interesses, os conflitos, as diferenças e as hierarquias estabelecidas tanto nas relações quanto nos espaços e contextos sociais. Tais necessidades implicam diretamente na forma como se percebe o programa a ser avaliado, como: quais os resultados e efeitos esperados e quais as conexões que ocorrem entre seus diferentes objetos e entre os sujeitos sociais e técnicos que o compõem. A autora reforça ainda citando Patton³⁷, ao identificar as principais questões da avaliação, a importância de priorizar um foco maior nos processos de implementação do Programa em relação aos resultados obtidos.

Para repensar a organização de programas de saúde na escola na perspectiva de investigar avanços na implementação municipal, é fundamental qualificar os processos analisando se eles estão comprometidos com os princípios da promoção da saúde. Para tanto, é necessária a identificação dos seguintes itens: (a) estrutura, que se observa pelo modo como ocorrem as relações entre os atores, os recursos, o conhecimento e a mobilização de sua própria rede sociotécnica, que se expande ou não a partir de sua implementação; (b) o contexto, no qual o programa se desenvolve bem como sua capacidade de influenciar na sua consolidação e nos resultados das ações; e (c) as conexões e as habilidades que seus atores tem de reagir e de transformar o programa garantindo sua sustentabilidade^{11, 1}.

Uma perspectiva avaliativa dessa natureza contribui para o debate sobre a capacidade de estratégias promotoras da saúde em: a) romper com os antigos conceitos e se imbuir na mudança de paradigma que ocorre no campo da saúde; b) operar transformações na redistribuição do poder decisório garantindo aos atores locais e à comunidade o controle de suas condições de saúde e qualidade de vida; c) reduzir o impacto negativo da multiplicidade de fatores determinantes das condições de saúde; d)

garantir definição de objetivos comuns, melhor aporte e otimização de recursos de modo compartilhado e pactuado entre os diversos setores envolvidos; e) ampliar a abordagem de saúde nas mais diversas dimensões, ou seja, mental, social, ambiental e espiritual, não se restringindo aos aspectos biológicos; f) possibilitar ações locais que sejam sustentáveis de acordo com as necessidades e desejos dos atores e comunidade envolvidos ¹⁸. Um dos aspectos fundamentais na avaliação desses programas, como refere Bodstein ³⁸, é a compreensão sobre a dinâmica capaz de desencadear mudanças mais consistentes, tanto no contexto quanto na rede social local e na qualidade de vida dos sujeitos, bem como da comunidade.

A perspectiva de análise é considerada nos referenciais de promoção da saúde com base na avaliação de programas de Louise Potvin ³⁹ e dos aspectos de intersetorialidade apresentados por Burris e Hancock ¹² que inclui as três esferas de governo e outros setores. Pressupõe-se identificar no Programa Municipal de Saúde na Escola no Rio de Janeiro, os aspectos de programas de promoção da saúde, tais como seus pilares, que são: a participação comunitária, o empoderamento da comunidade escolar, a gestão descentralizada e participativa do programa, entre outros.

A partir destes referenciais, a proposta foi analisar a mobilização da comunidade escolar e sua capacidade de envolvimento e de participação na elaboração e construção do programa de saúde na escola. Outra análise foi a dimensão do aprofundamento e da consolidação das relações intersetoriais promovidos através do modelo pelo qual foi desenhada a saúde na escola no município do Rio de Janeiro, quando de sua observação. Pois, embora os programas tragam expectativas de mudanças no bojo de suas diretrizes, as escolas do ensino fundamental, em seus territórios, podem ser refratárias e impermeáveis ao desenvolvimento do programa proposto, bem como resistentes a transformações significativas na sua prática. Nesta situação, é improvável que haja o empoderamento da comunidade escolar e que esta se transforme através de sua força e conhecimentos próprios.

A expectativa deste estudo foi contribuir para identificar sinais de ação intersetorial entre a Saúde e a Educação, considerando o cenário de convivência que estabelece relações entre os sujeitos e seus territórios. O desafio foi de identificar ações de saúde na escola com perspectivas mais efetivas, representando mudanças e transformações que demandem paradigma distinto de promoção da saúde na escola. Esta deve ser compreendida como intervenção que privilegie e priorize a intersetorialidade, o diálogo, a participação e a construção de novos saberes na inter-relação dinâmica entre os sujeitos que se apropriam do conhecimento e que se

constituem na fonte de poder, oferecendo legitimidade e conferindo autoridade a todos pela troca desses saberes, ajudando-os a interpretar o contexto e a dinâmica de vida desse território no âmbito coletivo, de modo que este conhecimento não seja utilizado como controle daqueles que o detém sobre os que não o tem.

1º CAPÍTULO

1. MARCO CONCEITUAL

1.1. O referencial da promoção da saúde

A visão ampliada da saúde que a relaciona ao conjunto de diversos fatores como os sociais, os econômicos, os ambientais e os políticos, entre outros, são os que determinam as condições de saúde e de qualidade de vida dos sujeitos nos seus diferentes contextos, introduzindo o referencial da promoção da saúde no plano teórico e como prática inovadora de repensar as ações de saúde. Egressa das reflexões do Relatório Lalonde ⁴⁰ e consubstanciada pela carta de Ottawa ³², a Promoção da Saúde revitaliza o debate no campo da saúde. No cenário brasileiro, a VIII Conferência Nacional de Saúde ³³ corrobora com esse novo marco na saúde através do movimento da reforma sanitária e destaca, para além do setor saúde, diversos fatores que são condicionantes e determinantes da qualidade de vida da população como: alimentação, moradia, saneamento básico, meio ambiente, trabalho, renda, educação, transporte, lazer e acesso aos bens e serviços essenciais.

Esta nova forma de conceber saúde pressupõe a responsabilização múltipla para identificação das causas determinantes de precárias condições de saúde, bem como a necessidade de atuar com um conjunto variável de estratégias como ações do Estado, ações da comunidade e aquelas dos indivíduos na busca por soluções para melhorar e/ou reverter as condições desfavoráveis de vida ^{21, 41}. Retirar do setor saúde a exclusividade pela saúde, que passa a ser entendida, portanto, como uma produção socialmente construída ⁴¹, pressupõe avançar em estratégias que envolvem outros setores na construção de políticas públicas que sejam mais favoráveis à saúde. É preciso que o setor Saúde compartilhe suas ações e atividades num plano intersetorial e compreenda que o processo de intersetorialidade, por sua vez, demanda a integração de estruturas, recursos e processos organizacionais com responsabilização múltipla desses setores ²¹.

A Promoção da Saúde, como processo de questionamento da eficiência da assistência médica curativa e da baixa resolutividade da alta tecnologia na produção da saúde, pressupõe uma nova relação da sociedade com as questões de saúde ⁴³. É também na perspectiva da promoção da saúde que há maior possibilidade de atuação para mudanças, tanto das condições sanitárias quanto do processo saúde-adoecimento, para

as quais é primordial a participação dos atores envolvidos e de ações intersetoriais, em que o setor saúde interage e compartilha seus propósitos com outros setores.

Modelos higienistas e os de base biomédica, especializada ou não, conduzem em princípio, a práticas que não se apresentam como capazes de gerar conhecimento como novos saberes transformadores da realidade e, portanto, não representam possibilidade efetiva de mudança para sujeitos e comunidades.

Ao contrário, nos modelos de Promoção da Saúde há expectativas de que se constituam novos saberes e novas práticas. Ao refletir sobre essa concepção teórica, quanto aos seus vários aspectos e verificando sua aproximação com outros setores, e em diferentes cenários, a promoção da saúde pressupõe cinco estratégias chaves ³², quais sejam: políticas públicas orientadas pelos princípios do direito à saúde e à qualidade de vida (intersectorialidade); ambientes saudáveis (sustentabilidade e ambientes favoráveis à saúde); reforço da ação comunitária (empoderamento e participação); desenvolvimento de habilidades pessoais (maior capacitação da população); e reorientação dos serviços de saúde (revendo mudança de práticas tradicionais no campo da saúde coletiva).

A estratégia da construção de ambientes saudáveis e mais favoráveis à vida com qualidade em situações e contextos específicos contribui para implementar movimentos como o de Cidades Saudáveis pela OPAS/OMS ⁴⁴. Este propõe o olhar do espaço urbano pelas diferentes políticas sociais, de forma a estimular governo e sociedade civil no desenvolvimento de estratégias e projetos que possam contemplar maior equidade e justiça para os cidadãos que convivem ou habitam nas comunidades e seus bairros. Isto inclui a formulação de políticas públicas saudáveis, ações locais sustentáveis e ambientes favoráveis às condições de saúde e qualidade de vida da sua população. Pensar uma cidade como saudável representa, pois, a concretização desses pressupostos nos diferentes espaços, como: empresas, indústrias, áreas de lazer, escolas e as próprias unidades de saúde, entre outros. Essa nova visão retira do espaço do serviço de saúde a expectativa exclusiva, e quase sempre equivocada, de produção e de promoção da saúde. Neste ponto, identifica-se uma interseção que pode ser estratégica para a gestão das ações da Saúde e da revisão da prática médica, no que se refere à necessidade de alianças e parcerias com outros setores, incluindo o da Educação.

É dentro do princípio de que as questões da saúde podem ser desenvolvidas para além dos serviços, que o setor saúde, frequentemente, lança mão no cotidiano de diferentes espaços sociais como o das escolas de ensino fundamental, para propor práticas de saúde. Entretanto, essa interseção não se torna efetiva do ponto de vista intersetorial apenas com a aproximação geográfica da saúde com esses outros espaços.

É fundamental considerar que os sujeitos e a comunidade que os compõem expressam, na verdade, distintas representações que se constituem em práticas e atuações diversas. Entender essas práticas exige compreender os modelos que, de fato, as influenciam. Vários modelos se voltam para a melhoria da qualidade de vida. Autores como Mello, Ramos, Valla e seus colaboradores ^{45, 46, 47} discutem como os referenciais teóricos de educação e saúde podem representar práticas promotoras da saúde, a partir das relações sociais existentes na inter-relação do setor Educação com o setor Saúde.

A percepção, portanto, da escola como um dos espaços privilegiados para construção de cidadãos mais reflexivos e críticos foi significativa no movimento internacional para que, no recorte da Cidade Saudável, surgisse a Iniciativa de Escolas Saudáveis ou Escolas Promotoras de Saúde ⁹. A expectativa do papel da escola, tanto na constituição de conhecimentos e valores, quanto na recuperação e integração de múltiplas linguagens ao ato de educar, inclusive as questões relacionadas à saúde, assinala sua importância como núcleo de convivência de crianças e adolescentes, no qual se constitui conhecimento em seu sentido mais amplo. Como espaço de socialização para crianças e jovens, e de referência para a comunidade, representada por familiares, responsáveis, profissionais de educação, profissionais de saúde e outros, a escola precisa, pois, exercer um papel protagonista de práticas inovadoras no campo da educação e saúde, procurando um diálogo com outros setores.

Em que pese esse papel protagonista do espaço da escola no processo de aprendizagem, da educação e do conhecimento, é importante considerar que os sujeitos se educam e são educados em distintos espaços do cotidiano da vida, como defendem autores como Freire ⁴⁸, Dimenstein ^{49, 50} e Moll ⁵¹. Essa compreensão dos processos de vida precisa considerar que a saúde é produzida socialmente¹ no espaço do território e depende do modo pelo qual as pessoas participam, interagem e assumem o poder decisório sobre suas condições de vida. Se a saúde como produto social ⁵² não está restrita ao seu setor, a elaboração e organização de programas de saúde e de práticas de educação em saúde precisam, fundamentalmente, considerar a cultura, os saberes, as demandas, as necessidades e as prioridades dos diversos atores estratégicos que estão no mesmo território, inclusive os serviços de saúde e outros equipamentos sociais.

A proposta de analisar os modelos de saúde na escola pressupõe, nestse sentido, considerar em suas abordagens, além do componente de intersectorialidade, outros que também estão diretamente ligados à promoção da saúde como território, participação social e empoderamento.

Território é compreendido como um campo de atuação no qual se expressam diversos poderes, como: público, privado, governamental e não governamental e, sobretudo, da população que convive em determinada área ⁵³. Participação social é entendida como o envolvimento dos atores sociais nas decisões, isto é, quando estes se sentem parte de algo e utilizam, então, o poder de decisão que tem enquanto cidadãos ⁵³. A participação contribui para melhora das relações de poder em cada território e permitem que as pessoas e os profissionais tenham maior possibilidade de construir pactos e acordos que resultam da interlocução entre eles, considerando a diversidade, os interesses e as necessidades de todos ⁵⁴.

Essa mesma correlação de poder é vista nos processos de articulação e integração de setores diferentes como o de saúde e o de educação. Em suas diversas formas, seja econômico, social ou político, informal ou formal, o poder se encontra no âmago dos processos de transformação e fundamentalmente define as relações sociais e econômicas que se estabelecem entre as pessoas. Destaca-se a diferença de pensar o *poder* pelos referenciais de Paulo Freire, nos quais representa o aumento da conscientização e o desenvolvimento de uma faculdade crítica entre os marginalizados e oprimidos. Neste sentido, *poder* é considerado a capacidade de fazer e de ser capaz, ou seja, sentir-se sujeito com controle das situações. Num dado território, é preciso reconhecer as capacidades e habilidades que os indivíduos e os grupos têm de agir e interagir desenvolvendo um papel ativo nas suas iniciativas e decisões e reconhecer a submissão que grupos assumem. Freire defende que só o poder real terá condições de romper com o que ele chamou de *cultura do silêncio* ²³, que é característica da dependência e marginalidade com que vivem os carentes do poder. A busca pelo poder na perspectiva de pleitear mudanças para o desenvolvimento social, vem sendo representada por um conjunto de ações voltadas para estimular o empoderamento de grupos que não têm acesso aos recursos e que não decidem sobre o controle de suas vidas.

Em programas de saúde na escola com tal perspectiva, os profissionais de saúde não se restringem a simples repassadores de conhecimentos nesta área para os professores, para os alunos, usuários e para a comunidade. E estes, por sua vez, não se submetem a receptáculos passivos daquilo que lhe é transmitido. Torna-se necessária a capacidade de escuta do outro ⁵⁶. Pensar empoderamento ⁵⁷ na ótica da promoção da saúde é permitir que os sujeitos tenham a oportunidade de aprendizagem, sentindo-se capazes de viver suas vidas nas diferentes etapas, e de lidarem com as limitações impostas por agravos ou enfermidades nos mais diversos cenários, ou seja, na escola, na

família e na comunidade, por exemplo. Algumas estratégias, que serão mais profundamente discutidas adiante, como a educação popular na saúde, de acordo com Pedrosa ⁵⁸, têm contribuição importante no sentido de ampliar a participação e o poder decisório dos sujeitos e dos movimentos sociais no território em que convivem, para favorecer não somente a mudança de atitudes e comportamentos, mas principalmente, com a constituição de sujeitos/cidadãos portadores de direitos sociais.

1.2. Diálogo conceitual entre Educação e Saúde

Ao assinalar a questão da saúde como direito para discutir e analisar os programas de saúde na escola, não menos importante, é destacar o reconhecimento também universal do direito à educação. A Constituição Brasileira de 1988 ⁵⁹, além de acolher esses direitos, tratou de proclamar como dever do Estado provê-los direta e indiretamente aos seus cidadãos. A década de 90 registrou dois aspectos importantes que estavam no cerne dos debates, o da garantia do acesso da população à educação básica (que foi a tendência das décadas de 70 e 80) ⁶⁰ e a garantia de uma escola de qualidade.

Nesse período, o governo federal elegeu o ensino fundamental como prioridade na área educacional, voltando suas políticas para a ampliação da oferta e recuperação e melhoria da escola pública ⁶¹. O Ministério da Educação e do Desporto, ao lançar o Programa “Toda a Criança na Escola” ⁶¹, descreveu, no período de 1991 a 1996, avanços importantes nos indicadores de escolarização que sinalizavam maior acesso às escolas das crianças e adolescentes de 7 a 14 anos, faixa etária de obrigatoriedade a estar na escola. Contudo, indicadores mais específicos sinalizavam, por exemplo: (a) diferenças regionais relevantes no que se refere ao acesso obtido, com piores taxas de escolarização nas regiões Norte e Nordeste do Brasil; (b) permanência de crianças e adolescentes mesmo na faixa etária de 7 a 14 anos frequentando ainda pré-escolas ou classes de alfabetização; e (c) uma grande distorção série/idade com idade cronológica superior à faixa correspondente a cada série. Esta situação significava que a repetência e o mau desempenho escolar permaneciam como desafio à educação brasileira, na qual o próprio sistema de ensino gerava exclusão escolar e social ⁶¹.

A análise das questões referentes aos programas de saúde na escola precisa considerar esses indicadores da educação como um desafio à promoção da saúde, uma vez que a educação se coloca como um dos fatores determinantes das condições de saúde e de qualidade de vida da população. Claramente, a interlocução entre esses setores não poderá estar restrita aos conhecimentos específicos de cada um deles, mas deverá ter por base os indicadores e as questões estratégicas de cada setor. Do mesmo modo, a Educação precisa compreender que os indicadores de saúde desfavoráveis à vida com qualidade, desafiam a apropriação da aprendizagem e do conhecimento. Mais estratégico do que desenhar programas de saúde na escola compartimentalizados ou setorizados por demandas específicas e assistenciais, é propor a articulação setorial de programas integrados através do fortalecimento de políticas de saúde e de educação.

Esses programas podem representar ganhos mais efetivos para a qualidade de vida de crianças e adolescentes se os investimentos técnicos, financeiros, pedagógicos, econômicos, sociais e políticos forem mais contundentes e comprometidos com os direitos de cidadania.

A estrutura do ensino fundamental brasileiro foi regida até 1996 pela Lei Federal n. 5.692, de 11 de agosto de 1971, que definiu as diretrizes e bases da educação nacional e estabeleceu oito anos de escolaridade obrigatória como também para o ensino médio (embora nesse caso, não obrigatória). Em 1996, a nova Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (LDB) ⁶² consolida e amplia o dever do poder público para com a educação em geral, e em particular, para com o ensino fundamental. Além de propor a formação básica comum para todos, pressupôs a formulação de um conjunto de diretrizes capaz de nortear os currículos e seus conteúdos mínimos. A LDB ⁶² reafirma o princípio da base nacional comum, representado pelos Parâmetros Curriculares Nacionais (PCNs) ⁶⁰ em primeiro nível de concretização curricular, no âmbito federal. O segundo nível corresponde a sua concretização nos Estados e Municípios, quando esses Parâmetros podem ser utilizados para as elaborações curriculares das Secretarias de Educação e, sucessivamente, se concretiza no terceiro nível no que se refere à elaboração curricular de cada instituição escolar, contextualizada na discussão do seu projeto educativo. Ao pautar uma revisão pedagógica, os Parâmetros Curriculares Nacionais, como uma proposta de governo, reconhecem a importância da participação construtiva do aluno e, ao mesmo tempo, da intervenção do professor para a aprendizagem de conteúdos específicos que favorecessem o desenvolvimento de capacidades necessárias à formação do indivíduo ⁶⁰. Embora não caiba aqui aprofundar essa discussão, vale registrar que a documentação dos Parâmetros Curriculares Nacionais constou de seis documentos referentes às áreas específicas (língua portuguesa, matemática, ciências naturais, história, geografia, arte e educação física), e de outros três referentes, então denominados, *temas transversais*, a saber: pluralidade cultural, orientação sexual, meio ambiente e saúde.

O capítulo sobre saúde nas questões curriculares importa para este estudo. Embora nos Parâmetros Curriculares Nacionais, a saúde fosse considerada na sua concepção mais ampla, conforme orientação da Organização Mundial de Saúde e nos princípios do Sistema Único de Saúde, suas estratégias apontavam que a educação para a saúde contribuiria para o desenvolvimento da consciência sanitária da população e dos governantes para que o direito à saúde fosse prioritário. Mesmo ao reconhecer que a escola por si, não dá conta de atender a todas as demandas que lhe são direcionadas, os

Parâmetros Curriculares Nacionais no que se refere às questões de saúde, valorizavam o papel da escola na formação dos alunos dando-lhes elementos suficientes para capacitá-los a uma vida saudável ⁶³.

Mesmo considerando avanços, a inserção do tema saúde nas bases curriculares da escola, a partir das diretrizes que tratava dos conteúdos de saúde para o 1º e 2º ciclos do ensino, os PCNs recuperavam questões específicas de adoecimento e prevenção de riscos, como forte proposta biologicista com a expectativa de que o aluno identificasse no próprio corpo, “a localização e função simplificada dos principais órgãos e aparelhos relacionando-os aos aspectos básicos das funções de relação (sensações e movimentos), nutrição (digestão, circulação, respiração e excreção) e reprodução” e que “houvesse valorização do exame de saúde periódico como fator de proteção à saúde” ⁶³.

Em âmbito internacional, do ponto de vista da Educação, vale registrar a participação do Brasil na Conferência Mundial de Educação para Todos na Tailândia ⁶⁴ e da Declaração de Nova Delhi ⁶⁵, na qual ele assinou com outros oito países mais populosos do mundo, o compromisso de lutar pela satisfação das necessidades básicas de aprendizagem para todos. A ideia era de tornar universal a educação fundamental, ampliando as oportunidades de aprendizagem das crianças, jovens e adultos. Entretanto, outra referência marcante foi o Fórum Mundial de Educação, realizado em 2000 em Dakar/Senegal ⁶⁶, que estabeleceu em suas principais metas e estratégias a garantia a todos os indivíduos do direito à educação, para que pudessem atingir a responsabilidade de contribuir para o desenvolvimento da sociedade em que vivem.

No Brasil, a Câmara de Educação Básica do Conselho Nacional de Educação aprovou as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCNs) ²⁹ agora, com mais amplitude, da educação infantil ao ensino médio, contemplando também a educação especial, indígena e de jovens e adultos. Essas diretrizes vieram normatizar e exigir obediência, com peso de lei, por parte das instituições educacionais brasileiras, no que se refere à estrutura e funcionamento. No documento das DCNs, indica-se que o currículo escolar deve respeitar as especificidades de cada comunidade escolar, desde que não sejam feridos os direitos e deveres básicos constitucionais já estabelecidos. Esses currículos devem ter a cor e o passo de cada escola, mas devem estar apoiados em conhecimentos teóricos atualizados e precisos, além de garantir aos alunos o direito e o respeito às suas identidades.

Assim, determina que sejam estabelecidos princípios éticos, estéticos e políticos para a atuação escolar e, ainda, que os conceitos escolares encontrem seus melhores significados em cruzamento com certos princípios educativos que regem a vida cidadã,

tais como a saúde, a sexualidade, a vida familiar e social, o meio ambiente, o trabalho, as ciências e tecnologia, a cultura e a linguagem.

Nos dias de hoje, está, portanto, estabelecida e oficializada a interseção da Educação com vários outros saberes e ciências, em especial, com a área de Saúde²⁹. A expectativa ao que tudo indica, é que essa parceria venha se solidificar e se estruturar de forma orgânica, levando em conta os limites e as inúmeras possibilidades de atuação parceira, de forma dinâmica e sustentável. Contudo, prever que ela ocorra como processo de ação intersetorial, parece ainda desafiante para os profissionais da Saúde e da Educação, bem como seus interlocutores, usuários, gestores e tomadores de decisão sobre as políticas sociais, além dos movimentos sociais, suas representações populares, academia e serviços públicos e privados.

É nesse sentido, que o desafio que se apresenta para programas como os de saúde na escola é de que eles se consolidem como produto de ação intersetorial. Burris, Hancock e colaboradores¹² definem a intersetorialidade sob três aspectos importantes:

(a) a que ocorre entre os diferentes setores de uma determinada esfera governamental, quer da saúde, da educação ou de outros setores;

(b) aquela que se amplia para além do espaço estritamente governamental, ou seja, que se aliam e compartilhem suas ações e propostas com outras instâncias públicas e/ou privadas, como também, as universidades, as empresas e organizações não governamentais;

(c) e por fim, o que o autor nomeia de uma integração vertical, ou seja, que haja ação intersetorial entre os diferentes níveis de governo: nacional, estadual e municipal. Vale destacar que para ele, essa ação intersetorial inclui no plano global, por exemplo, as agências internacionais.

Para este estudo, foram considerados esses três aspectos como referência da relação entre o setor da saúde e da educação, e das interações estabelecidas desde o âmbito internacional da Organização Pan-Americana de Saúde, das relações ministeriais e estaduais, bem como para a análise do programa de saúde na escola no âmbito do município do Rio de Janeiro.

A interlocução entre os setores da Saúde e da Educação foi analisada nos diferentes processos ao longo do programa de saúde escolar no município do Rio de Janeiro. Porém, como práticas sociais, a saúde e educação sempre estiveram articuladas⁴⁵. A questão é de que maneira elas são problematizadas no cotidiano dos diferentes espaços e, particularmente, no da escola, ou de que modo elas são representadas e

ressignificadas pela expressão desses diferentes sujeitos e das inter-relações que se estabelecem entre eles.

Burris e colaboradores trazem importante contribuição quando destacam o conceito de *governance*¹² referido ao diálogo e participação de muitos agentes e instituições e não apenas da esfera governamental diante de objetivos comuns. Se essa *governance* não ocorre no compartilhamento e participação de todos os envolvidos, seu exercício, por exemplo, no espaço da escola acaba por excluir a participação comunitária dos alunos e de outros atores estratégicos. Essa questão precisa ser levada em conta na análise dos modelos de saúde na escola e nos aspectos intersetoriais de promoção da saúde.

Ao mesmo tempo, está em discussão a reversão no espaço da escola de propostas autoritárias e excludentes, nas quais prevalece a pressão da gestão centralizadora. São situações que, frequentemente, se traduzem por atitudes passivas e moldáveis da escola a pretensas reformas educacionais desencadeadas de forma vertical (*top-down*) por gestores públicos. O mesmo pode ocorrer em modelos de saúde na escola em que a participação comunitária é excluída e o interesse e os desejos da comunidade escolar não são considerados. Trabalhamos com a hipótese de que a concentração de poder nas instâncias superiores da estrutura do sistema educacional brasileiro, no âmbito federal, estadual e municipal – Secretarias Estaduais e Municipais e o Ministério da Educação e/ou da Saúde, dificultem o exercício da autonomia e liberdade da escola em definir sua própria proposta educacional e pedagógica⁶⁷.

Esse modelo vertical e autoritário pode ser, por si, fator impeditivo de desenvolvimento de programas de saúde na escola voltados para a promoção de saúde. Se por um lado, essa verticalização impositiva de desenhos e propostas de ação ocorre nos respectivos setores, seja da política de educação, seja da saúde, cabe dimensionar suas consequências e desdobramentos em situações nas quais se pretende integrar essas duas políticas. Sendo assim, como veremos, na prática, estratégias *top down* acabam por obstaculizar a ação intersetorial.

Ao estudar essa articulação entre os setores, é importante considerar que há propostas diversas de educação e saúde que, ao longo da história, vêm inspirando e sendo utilizadas em diferentes épocas. Schall e Struchiner⁶⁸ afirmam que a educação, como a saúde, tem conceitos ou modelos e práticas distintas que se inter-relacionam de acordo com as demandas de um determinado período histórico. Pedrosa⁵⁸ chama a atenção de que as práticas de educação e saúde se diferenciam segundo a organização ou representação que as originam quer, por exemplo, do ponto de vista dos governos e

dos setores não governamentais; por especialistas ou por educadores populares;, quer pelos movimentos sociais ou por instituições.

Freire ⁴⁸ discute que a própria natureza da prática educativa não permite que ela seja neutra; ao contrário, é sempre política. O autor vê nisso uma qualidade intrínseca da Educação. No exercício de papel de Secretário de Educação (1989-1991), em São Paulo, no Governo Luiza Erundina, Paulo Freire ⁴⁸, por convicção política e por razão pedagógica, recusava os “pacotes” educacionais/educativos/pedagógicos como receitas verticalizadas a serem seguidas pelas educadoras que estão na base.

Iniciativas como as da Cidade Aprendiz e Bairro Escola descritas por Dimenstein ⁴⁹, desenvolvidas como laboratório de pedagogia comunitária que realiza a experiência do bairro-escola e dedicadas ao aprimoramento simultâneo da comunidade e da educação, contribuem para o debate. Trata-se de enfatizar que os processos de aprendizagem não se restringem à escola, mas se ampliam para o lócus do território em que ela se situa e através de redes sociais do bairro e da cidade em que vivem e convivem seus moradores.

Moll ⁵¹ descreve esse processo de perda do monopólio da escola como lócus privilegiado da vida moderna, entendendo que, pela própria complexidade dos temas e problemas do cotidiano da vida e da comunidade escolar, os sujeitos se educam ou são educados em distintos espaços sociais, não mais se restringindo à escola. Ou seja, é preciso considerar as diversas parcerias que se constroem nas diferentes comunidades, envolvendo as escolas, as famílias, o poder público, as empresas, as organizações e movimentos sociais, os clubes e as associações de bairros que, assim, articulam a ação intersetorial para além dos setores saúde e educação. A expectativa é que essas parcerias se fortaleçam no cotidiano através da constituição de redes sociais, institucionais ou não, caracterizadas pelas relações e laços que aproximam e envolvem os indivíduos em seus diferentes territórios fortalecendo o vínculo entre eles e a comunidade como um todo. Neste sentido, o processo de aprendizagem e o ato de aprender transcendem o espaço da escola. Essa concepção é bastante inovadora e contribuiu para a análise dos desafios da institucionalização de programas de saúde no espaço da escola, considerando o contexto em que as escolas estão inseridas.

Vale destacar que de modo similar, no setor saúde, o referencial que mais se aproxima dessa perspectiva de produção das políticas na lógica do território no Brasil é a da promoção da saúde ¹³ e a da atenção básica, com a estratégia de saúde da família (ESF) ²⁶. Esta estratégia, em particular, se apresenta como uma proposta de reorganização dos serviços de saúde, que propõe também, a necessidade de

territorialização do trabalho das equipes em uma aproximação estreita entre população e profissionais fora dos muros institucionais. Nela, os profissionais de saúde não se restringem ao papel passivo de estar nos postos de saúde à espera da demanda espontânea da comunidade. O campo de atuação inclui a comunidade e as residências dos indivíduos e suas famílias. Partem, pois, do princípio de que a produção da saúde é social e não está restrita aos espaços dos serviços de saúde, em uma perspectiva clara de promoção da saúde.

A questão que merece investigação é a de dimensionar esses referenciais que, de modo geral, sinalizam a participação comunitária a partir da valorização da dinâmica territorial na qual estão incluídas as escolas e os serviços de saúde.

Interessa, neste estudo, indagar como ocorre o diálogo e a cooperação de políticas de saúde e de educação, capazes de se constituírem de forma intersetorial, participativas e construídas coletivamente, como ação efetiva destes dois setores. Nos processos de planejamento de ações educacionais na saúde, em que a escola tem sido proposta como o lócus direto do setor saúde, é preciso clarear como são formuladas as estratégias e atividades que, de maneira geral, fazem com que profissionais e população venham a enfrentar problemas, riscos e vulnerabilidade das condições de saúde. Também cabe indagar os valores, as abordagens, as diferentes concepções e os contextos nos quais a intersetorialidade é construída.

É possível lançar mão de instrumentos participativos que possam contribuir para aproximar a escola da saúde ou a saúde da escola, se for considerado, por exemplo, o projeto político pedagógico da escola. Veiga⁶⁹ o define como o processo de concepção, organização, realização e avaliação do projeto educativo com os alunos e a comunidade escolar como um todo. Nesse sentido, a escola assume coletivamente suas responsabilidades, sem esperar que as esferas administrativas superiores tomem essa iniciativa, mas que lhe promovam as condições necessárias para levá-las adiante. Maia e colaboradores⁷⁰ afirmam que construir um projeto político pedagógico significa repensar, refletir, firmar compromissos e trazer novas ideias que fortaleçam os aspectos democráticos, transformadores e emancipatórios da educação como prática social.

Um ponto de reflexão possível é considerar a articulação dos setores saúde e educação através da inserção das questões de saúde no projeto político pedagógico da escola, pois assim, elas estarão no bojo das decisões pedagógicas da instituição de ensino. Tais questões poderão ser definidas e assumidas como prioritárias e de interesse coletivo, com a comunidade escolar como um todo⁷¹. A construção do projeto político pedagógico (Veiga)⁶⁹ constituído no bojo de processos democráticos de decisões

coletivas que apreendam aquelas questões relacionadas à saúde, terá no processo de organização do trabalho pedagógico a perspectiva de superar conflitos, eliminar inter-relações e práticas competitivas, corporativas e autoritárias. Como instrumento participativo, o projeto político pedagógico ajuda a redimensionar uma nova relação com o setor Saúde dentro da perspectiva de compreensão, de escuta e de participação social, abrindo oportunidade de promover saúde, rechaçando relações autoritárias entre os setores.

1.3. Práticas pedagógicas e práticas educativas: perspectivas teóricas no setor da Educação

Schall e Struchiner⁶⁸ ao discutirem as teorias pedagógicas e práticas educativas, assinalam que o processo pedagógico tem natureza multidimensional e que pressupõe a dimensão humana, técnica e político social. Assis³⁴ também defende a multiplicidade do processo pedagógico, em 1996, ao coordenar a elaboração do currículo básico no município do Rio de Janeiro, denominado de Multieducação.

Borba e colaboradores⁷² descrevem desdobramentos e consequências das práticas implementadas por profissionais da educação e saúde de acordo com as diferentes concepções que se têm de mundo, de desenvolvimento e de aprendizagem. É deste modo que esses autores listam as principais concepções de educação: (a) concepção *mecanicista*, cuja relação pedagógica é autoritária e cujo processo de ensino dá ênfase aos conteúdos baseado em treinamento, entendendo-se o indivíduo como uma máquina que recebe o que precisa aprender dos agentes externos a ele (os professores); (b) concepção *individualista*, na qual a relação pedagógica é permissiva e com ênfase nos processos, entretanto, as atividades estão submetidas aos ritmos individuais. Nesta situação, é preciso esperar que o indivíduo amadureça para que esteja pronto para aprender e absorver os conteúdos; e (c) concepção *histórico social* em que a relação pedagógica prioriza a interação e o diálogo e que, além da ênfase dada aos processos, o ensino se preocupa com conteúdos significativos. Não há relação direta que não a perspectiva de interação entre aquele que aprende e aquele que educa e ainda destes com o contexto de vida social, cultural e econômica.

Fosnot⁷³, ao analisar a aprendizagem à luz da teoria psicológica, demarca para a primeira concepção (mecanicista) o paradigma do *behaviorismo*, que tem a aprendizagem como sistema de respostas comportamentais a estímulos físicos. Na concepção behaviorista há interesse no efeito do reforço, da prática e da motivação externa sobre as associações e os comportamentos aprendidos. De acordo com essa autora, Skinner, Bloom e Gagne são os principais teóricos desta concepção. Para a concepção individualista, que Fosnot⁷³ chama de *maturacionismo*, o conhecimento conceitual depende do estágio de desenvolvimento do aprendiz. A autora identifica como referência, os trabalhos de Erikson e Gesell citando também, algumas tentativas equivocadas de aplicar a teoria de Piaget à educação fundamental no bojo desse paradigma como decorrente de interpretações errôneas da proposta dele ligada à teoria maturacionista. Fosnot⁷³, na verdade, inclui Piaget considerando o trabalho

desenvolvido pelo autor nos 15 anos antes de sua morte, na concepção construtivista da prática educativa. Nesta concepção, a expectativa é esperar que o próprio indivíduo, para ser educado, desenvolva por si mesmo, o interesse, a motivação e a adesão ao ensino. Nesse sentido, Carl Rogers é considerado outro teórico dessa concepção ao citar que o homem seria o arquiteto de si mesmo ⁶⁸.

Para a concepção histórico-social, que Fosnot assinala no paradigma construtivista, a prática pedagógica se baseia no desenvolvimento de conceitos à luz da compreensão e não de comportamentos ou habilidades. No lugar de estágios de maturação do ser, são valorizadas as construções reorganizadoras de um aprendiz ativo, ou seja, um ser que interage com o outro e com o seu meio cotidiano, pleno de relações. Nesta concepção é destacada a importância de teóricos russos como Vygotsky e Luria ⁷⁴ chamados de *os construtivistas*. Hodiernamente, esta concepção é a mais considerada pelos sistemas de ensino e educação.

Entretanto, vale citar novamente Assis, no município do Rio de Janeiro, que ao defender a multiplicidade como característica do processo de ensinar, reforça que a prática pedagógica não se restringe a um ou outro teórico. Há que se ter muitas concepções, evitando o reducionismo da prática da educação a uma prática isolada. Ao contrário, no processo da educação há que se integrar a prática ao movimento da vida, bem como do seu tempo e do espaço de convivência do ser com o outro.

Não se pode estudar teorias e práticas da educação sem trazer à tona as perspectivas educacionais e os ensinamentos de John Dewey. Moreira ⁷⁵ descreve Dewey como filósofo da educação cuja obra constitui instrumento crucial para a ampliação do conceito de educação e entendimento das críticas a um modelo pedagógico voltado, por exemplo, exclusivamente para a transmissão de conteúdos. De acordo com esse autor, Dewey considera a experiência como oportunidade de construção de significados e relações referentes a uma determinada situação vivida. Dewey também afirma que a experiência não é necessariamente cognitiva, mas valiosa para a percepção das relações das associações retrospectivas e das interações com as coisas do mundo.

Desse modo, assinalamos com destaque a concepção de educação de Paulo Freire, valorizando a concepção histórico-social da aprendizagem. Para Freire ⁷⁶ a prática pedagógica pressupõe a abordagem histórica e político-social, que percebe o homem e o mundo em constante integração. A ação/reflexão do homem como ser da práxis se concretiza num tempo, num espaço e ainda num contexto social, econômico, político e histórico cultural específico. O homem, ao refletir sobre sua realidade, se faz

mais consciente e comprometido com a transformação. Portanto, Freire define o homem como sujeito de sua própria educação. É neste sentido que não há educador e quem tenha que ser educado. É também na perspectiva dialógica que os homens se educam entre si, mediados pelo mundo em que vivem e convivem. A interação histórico-social que se estabelece no cotidiano das pessoas e entre “educador” e “educandos”, faz destes sujeitos, seres ativos do mesmo processo. Assim, eles se educam, avaliam-se e crescem juntos. Paulo Freire ^{48, 76} subsidiará para além das práticas pedagógicas na educação, práticas educativas mais especificamente no setor saúde, reconhecidas como educação popular em saúde.

Embora não seja objeto deste estudo aprofundar as concepções que formatam a prática educativa para o processo da aprendizagem e do desenvolvimento, citamos brevemente, os principais teóricos, bem como algumas definições importantes. Este exercício ajuda no entendimento de como os referenciais teóricos subsidiam as práticas da educação. O desafio é procurar correlacionar à forma como cada modelo de saúde na escola é concebido. Isto, com a prática pedagógica pela qual o setor de educação atua podendo (re) traduzir os modelos de saúde na escola que lhes são apresentados pelo setor saúde. Desse modo, é possível entender melhor a relação que se estabelece entre esses dois setores.

No setor saúde, a implementação de práticas educativas apresentam diversas representações e significados de acordo com o período histórico e com os objetivos dos sujeitos ou das instituições que as desenvolvem ²³, quais sejam: (a) aquelas que pressupõem mudança de comportamentos das pessoas ou coletividades; (b) as que assumem um caráter preventivista ao evitar e/ou propor a diminuição de riscos de adoecimento ou de agravos; (c) as que buscam reproduzir o conhecimento especializado, isto é, visando normatizar estilos de vida a partir de conhecimento e evidências científicas; e (d) aquelas que estimulam estilos mais saudáveis de vida, que destacam a participação ativa dos sujeitos envolvidos. Neste caso, inclui-se a educação popular em saúde como um movimento que une os profissionais e militantes na reorientação das práticas de saúde e que está, portanto, ligada à promoção da saúde e à qualidade de vida.

A análise dos modelos de saúde na escola aponta, de acordo com cada época que estes são formulados para uma prática específica de educação e saúde. Entretanto, mesmo considerando avanços e progressos nos diferentes programas identificados, o mais comum é que se encontre uma mistura das categorias assinaladas. Ainda hoje, com modelos teóricos voltados para a promoção da saúde e para busca da qualidade de vida,

não é raro, ao detalhar os processos dos programas, que sejam identificadas em seu bojo, práticas com caráter higienistas e/ou práticas com ênfase no conteúdo de prevenção de doenças, junto com alguns traços de práticas efetivamente promotoras da saúde. Por este motivo, a estratégia metodológica utilizada neste estudo foi a de considerar as diferentes práticas de educação e saúde, mesmo quando o programa aparece rotulado oficialmente como um programa de promoção da saúde.

Pedrosa⁵⁸ chama a atenção para polissemia de termos como “*educação e saúde*”, “*educação em saúde*” e “*educação para saúde*”, além de “*promoção da saúde*” e de “*educação popular em saúde*”, que na verdade, apresentam características dicotômicas como: objetividade e subjetividade, individual e coletiva, adestramento e libertação, reprodução e construção social, entre outras. Sem pretender aqui esclarecer todas essas categorias e nuances, o que se quer é estimular o debate sobre as referências conceituais que alimentam essas práticas.

Vasconcellos E. M.⁷⁷ assinala que a *educação e saúde* é um campo de práticas e de conhecimento do setor saúde, que se ocupa mais diretamente com a criação de vínculos entre a ação médica e o pensar e o fazer cotidiano da população. Esse autor relaciona ainda, ao longo da década de 70, o esvaziamento das ações de educação e saúde em favor da expansão da assistência médica individualizada. Isto está presente nos dias de hoje com a desvalorização de ações e práticas educativas de grupo, na forma de financiamento do sistema e dos serviços de saúde. Esse tipo de procedimento não é valorizado como o atendimento clínico-ambulatorial e/ou especializado, ajudando a explicar a baixa disponibilidade de recursos para os programas educativos e a quase total ausência de práticas educativas mais participativas.

Na perspectiva do materialismo histórico, Valla e colaboradores⁷⁸ consideram a *educação e saúde* como a atividade mais antiga desenvolvida no campo da saúde. Esses autores a criticam como criação de grupos hegemônicos para controlarem pobres e subalternos. Ao mesmo tempo, assinalam a contradição de serem essas políticas implementadas com objetivo de garantir boas condições de saúde haja vista a garantia de lucros para os grupos dominantes. Neste sentido, argumentam que a *educação e saúde* foi pensada como forma de dominação e exploração dos mais desfavorecidos, oriundos das classes populares.

A *educação e saúde*, de acordo com Valla e colaboradores⁷⁸ se configura desde o início do século passado com quatro eixos que incluem questões como a água, a higiene, a habitação e a escola. A atividade médica vista como soberana, desde então, determina através de práticas de educação e saúde, ações de enfrentamento de

epidemias e endemias como febre amarela, tuberculose, varíola, dengue, meningites, entre outras. A escola aparece como um quarto eixo embutido nas práticas de educação e saúde apontada pelos autores. Dentro dessa perspectiva, as práticas de educação e saúde nos remetem à questão de como o setor saúde, ao longo de um dado desenvolvimento histórico, vem interferindo em situações ligadas às chamadas dificuldades de aprendizagens, que incluem o mau desempenho, a repetência e a evasão escolar.

Embora não seja objeto primordial deste estudo, este conjunto de questões que se tornaram relevantes no cenário escolar e foi rotulado de *fracasso escolar*. Este tem sido em diferentes momentos, preocupação na organização das ações de saúde na escola. A importância do *fracasso escolar* é amplamente reconhecida, como sendo um fenômeno complexo e de múltiplas causas, e, tem sido de certo modo, uma constante preocupação, demandando diferentes modelos, práticas e concepções teóricas. Trata-se de uma questão que importa ser considerada, pois há uma tendência histórica de que as propostas de saúde na escola sejam elaboradas com a expectativa de dar conta dos problemas de aprendizagem de uma forma que habitualmente “medicalizam” qualquer problema educativo e/ou social. Assim, os programas retiram essas situações do âmbito da própria educação e, equivocadamente, levam-nas para pretensa responsabilidade da saúde. As diferentes concepções de desenvolvimento e aprendizagem, que vimos anteriormente, procuram explicações que justifiquem a não aprendizagem ou o mau desempenho escolar, que por elas concentram ou procuram justificativas para esse fenômeno no âmbito do setor Educação. No campo da saúde, é a perspectiva de promoção da saúde que, pela ampliação do conceito de saúde e de suas práticas, percebe a complexidade dos fenômenos sociais e, portanto, não atribui ao aluno a culpa por seu “fracasso”.

As políticas públicas incorporam conhecimentos e teorias científicas às suas ações. Conhecimentos estes, às vezes incorporados de forma pouco crítica e fora de contexto. Um exemplo vem da chamada *era pausteriana*⁴⁵. Com o advento da bacteriologia e a explicação de doenças pela epidemiologia, a base da educação e saúde se fortalece com os princípios higienistas presentes nos primeiros modelos de saúde escolar, e tem na puericultura, um dos veículos mais importantes de sua disseminação. De acordo com Melo⁴⁵, era essa a ideia de Boltanski ao criticar a medicalização da sociedade e a própria educação e saúde na ótica da higiene, que ultrapassava a perspectiva de evitar as doenças infecciosas procurando higienizar também processos e comportamentos sociais. Tratava-se de um tipo de normatização, utilizando critérios de

higiene e conseqüentemente, de comportamentos nas maneiras de pensar e agir da população.

Posterior a este movimento, passa-se a educar para amenizar riscos, sobretudo, aquelas doenças que não tinham tratamento, mas que deviam ser evitadas, atribuindo à *educação e saúde* um caráter preventivista. Essa corrente surge com ênfase a partir do modelo conceitual flexeriano, conforme relacionam Paim e Almeida ⁷⁹ ao citarem o relatório Flexer e a separação entre o individual e o coletivo, o privado e o público, o biológico e o social, o curativo e o preventivo. Estes autores descrevem o conceito de saúde embutido no chamado *preventivismo* através das intervenções prévias a ocorrência de sinais ou sintomas de uma doença. A crítica que se faz ao modelo preventivista está relacionada ao seu caráter predominantemente individualista e normativo, pois desconsidera o olhar holístico da chamada *nova saúde pública* opondo-se ou desconsiderando, dessa forma, as práticas sociais e de promoção da saúde ⁸⁰.

Paim e Almeida ⁷⁹ assinalam, no decorrer das diversas práticas de educação e saúde, a chamada *saúde comunitária*, apontada como um movimento para implantar, nos centros comunitários de saúde, a prioridade para as ações preventivas com prestação de cuidados básicos de saúde. Embora esta proposta articulasse práticas de educação e saúde de caráter preventivista, elas não valorizavam as práticas participativas. Neste sentido, a crítica que surgia era que esses centros comunitários se constituíam como proposta para as comunidades “problemáticas”, com identificação e cooptação dos agentes e forças sociais locais, para os programas de educação em saúde, não representando um processo de estímulo ao empoderamento das comunidades atendidas. Ao recuperar processos de interseções entre escolas de ensino fundamental (setor educação) e serviços básicos de saúde (setor saúde), é importante refletir sobre os valores e objetivos que perpassam a construção e desenvolvimento das práticas “educativas”. Além disso, é possível analisar como essas práticas interferem nas propostas intersetoriais. Vale tentar compreender a maneira pela qual das estratégias e práticas próprias de cada setor, lida com as comunidades do entorno de seus territórios, ou seja, valorizando o contexto em que suas ações se desenvolvem.

1.4. Escolas Promotoras da Saúde: prática ou discurso?

Ao pressupor uma proposta inovadora para a saúde na escola, é preciso considerar novos referenciais que possam representar transformações significativas na comunidade escolar. Neste sentido, a partir da I Conferência Internacional de Promoção da Saúde em Ottawa ³² e da VIII Conferência Nacional de Saúde, em Brasília ³³, é que se alinham marcos que estabelecem novos referenciais do conceito de saúde, valorizando-a como qualidade de vida e de direitos de cidadania no país. Espera-se assim, que os investimentos de saúde na escola estejam direcionados na perspectiva da promoção da saúde com modelo participativo, construído coletivamente, no exercício de empoderamento da comunidade e da autonomia dos sujeitos na busca de melhoria das suas condições de saúde e de vida.

Iniciativas como a das Cidades ou Municípios Saudáveis ⁴⁴, que trataram da criação de ambientes mais favoráveis à saúde no espaço da escola, tem por base, para além do acesso aos serviços de saúde, a interseção da saúde com a educação visando contar, preferencialmente, com serviços reorientados para a promoção da saúde no sentido de propiciar uma abordagem intersetorial capaz de pensar e construir a vida na sua integralidade. Muitas contribuições foram relevantes no percurso, desde o Relatório Lalonde ⁴⁰ até a criação mais recente, da Comissão dos Determinantes Sociais da Saúde¹⁴. O Relatório contribuiu, ao longo dos anos, para priorizar novos referenciais e definir as bases de um movimento de promoção da saúde com a perspectiva de adicionar não só anos à vida, mas vida aos anos ⁷⁹. Além disso, apontou quatro sistemas que fundamentam o modelo de saúde: o biológico, o sistema de organização dos serviços, o ambiente e, por fim, o estilo de vida. Da Comissão Nacional, a contribuição pode ser assinalada no relatório final ⁸¹, ao propor a reversão dos fatores determinantes das condições de saúde e de qualidade de vida da população, questionando os processos sociais, econômicos, culturais, étnico/raciais, psicológicos e comportamentais, que podem comprometer essas condições de saúde e de vida. É fato que eventos coordenados por outros setores, como o do meio ambiente (através da Conferência Mundial pelo Meio Ambiente - ECO 92 - ⁸² e da Agenda 21 ⁸³), se aproximaram da promoção da saúde a partir da preocupação com o enfrentamento dos determinantes ambientais que interferem na qualidade de vida da população. Estes trouxeram assim, inúmeras contribuições para repensar a ação e a intervenção na organização de programas e de práticas educativas eficientes para subsidiar mudanças e transformações significativas para a vida das pessoas.

O desafio, entretanto, é saber em que dimensão de fato, esses novos referenciais propiciaram, na prática, avanços na inter-relação entre os setores Saúde e Educação, garantindo diálogo e compartilhamento de ações que favoreçam a troca de saberes e a constituição de um novo saber, não só entre os diferentes técnicos, mas destes com a comunidade. Para (re) pensar a contribuição da promoção da saúde para a saúde na escola, é possível resgatar algumas iniciativas de saúde na escola e, em particular, analisar o da Iniciativa de Escolas Promotoras da Saúde ⁹.

No âmbito internacional, tanto as agências ligadas à saúde (Organização Pan-Americana de Saúde e Organização Mundial de Saúde - OPAS/OMS) como aquelas ligadas à educação (Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura - UNESCO) vem agindo através de inúmeras iniciativas voltadas para a garantia dos direitos à saúde e à educação, que de modo geral, estão inter-relacionadas com as questões como: o acesso às escolas e aos serviços de saúde e a qualidade com que esses serviços são ofertados no mundo como um todo e nos países em particular.

Em especial, no âmbito da saúde na escola, a iniciativa que chama atenção é a de Escolas Promotoras da Saúde desenvolvida na América Latina, como desdobramento de iniciativas similares em outros continentes, e a formação da Rede Latino-Americana de Escolas Promotoras de Saúde. Outro exemplo, foram os investimentos de saúde escolar da Organização Mundial de Saúde, através da rede de saúde escolar criada para os chamados Megapaíses. O Componente de Saúde na Escola da Rede de Promoção da Saúde dos Megapaíses, coordenado pela OMS, envolveu países que tinham população superior a cem milhões de habitantes, da qual o Brasil participou (WHO School Health Component of Mega Country Health Promotion Network ¹⁴⁰). Ainda como atividades no cenário da escola, vale ressaltar a política Global de Educação Para Todos ou a Iniciativa de Escola Inclusiva entre vários estudos ampliados, como as pesquisas sobre a violência nas escolas relacionadas às políticas públicas, que foram patrocinadas pela UNESCO. Estes estudos se constituem como iniciativas que corroboram para melhorar os investimentos na qualidade de vida e no contexto das políticas de educação e saúde nos países, de um modo geral.

No panorama nacional brasileiro há ainda diversos outros marcos relevantes que podem ser explorados no estudo e na análise da mudança de referenciais valorizando a promoção da saúde. A Política Nacional de Promoção da Saúde ¹³ e a Lei que institui o Sistema Único²⁵ de Saúde embutem propostas que reforçam a necessidade de agir e intervir na perspectiva de promoção da saúde ⁸⁴, como com o enfrentamento imprescindível em problemas como violência, desemprego, subemprego, falta de

saneamento básico, habitação inadequada e/ou ausente, dificuldade de acesso à educação, fome, urbanização desordenada, qualidade do ar e de água, entre outros. Assim, a identificação de como ocorre na prática, o enfrentamento de tais situações, pode contribuir para a compreensão dos processos gerados, mesmo em condições adversas e desfavoráveis em dado território, para garantia de aprendizagem e de atenção à saúde com qualidade e de forma significativa para os atores envolvidos.

A partir da PNPS¹³ e do SUS²⁵, o Ministério da Saúde pretende ampliar ações para além do ato de curar e reabilitar, estimulando a prevenção e a promoção da saúde com vistas a enfrentar os determinantes sociais da saúde e lutar contra a vulnerabilidade dos sujeitos e contra a iniquidade. Na articulação política do nível federal com os gestores estaduais e municipais, ou na articulação do Ministério da Saúde com outros ministérios e com autarquias públicas e instituições privadas, despontam esforços para desenvolver ações intersetoriais com vistas a ampliar a capacidade das políticas públicas de incidirem sobre os determinantes sociais da saúde, tornando-as mais efetivas⁸⁴. No âmbito operacional, os acordos resultantes do Pacto pela Saúde²⁸ das três esferas de governo, pactuados no âmbito da Comissão Intergestores Tripartite e aprovado pelo Conselho Nacional de Saúde, surgem com a possibilidade de representar instrumentos e processos de gestão do SUS, que qualificam e tornam efetivas as respostas que precisam ser dadas à saúde da população, nos diferentes *settings* de convivência, mas em particular aos que estão no cenário da escola.

A análise do programa de saúde na escola desenvolvido no município do Rio de Janeiro, possibilita dimensionar a efetividade de suas ações, tomando por referenciais essas políticas implementadas com o intuito de gerar mudanças e de fortalecer inter-relações comunitárias e territoriais, que sejam promotoras de saúde. Entretanto, outra ação política interministerial foi considerada, a implantação do PSE Nacional. Resultante da ação articulada entre os Ministérios da Saúde e da Educação, o PSE Nacional também previu a interação entre as diferentes esferas de governo, ampliando-a para além do setor saúde. Uma das estratégias desse programa, foi a de incentivar e possibilitar, através do modelo da comissão bipartite e tripartite, que se estabelecessem termos de compromissos com objetivos, metas, atribuições e responsabilidades pactuadas dos gestores municipais e estaduais com a esfera federal. Assim, através da formalização do Pacto pela Saúde, os gestores da saúde além de se aproximarem, teriam que se articular com seus respectivos pares da educação para a gestão do programa. Essa foi a condição dada para o termo de adesão municipal e estadual ao PSE Nacional. A análise das atividades de implantação/implementação do Programa Nacional de

Saúde na Escola contribuiu para esclarecer a relação inicial que se estabeleceu entre este e o programa Municipal. Entretanto, será importante para nossa análise verificar em que medida os acordos de gestão municipal e federal, a partir do PSE Nacional ¹⁰, vieram a constituir-se como ação e colaboração intersetorial, e como elas se traduziram no âmbito da escola de ensino fundamental.

Ainda do ponto de vista conceitual no cenário brasileiro, foi importante considerar as interferências, contribuições e efeitos da Política Nacional de Atenção Básica ²⁶ com a criação da estratégia de saúde da família nas condições e produção de saúde na escola, ao considerar a ação/intervenção da saúde na lógica do território. Além da expectativa de favorecer o acesso à saúde das comunidades escolares com maior abrangência dessas equipes em território nacional e no município do Rio de Janeiro, estima-se maior repercussão se essa estratégia, de fato, fosse uma nova lógica de organização para o sistema de saúde, baseada no trabalho em equipe, intersetorial e focado na promoção da saúde ⁸⁵.

A Política Nacional de Atenção Básica ²⁶ dá destaque para a promoção da saúde no papel das equipes de Saúde da Família, ao pressupor que elas sejam capazes de responder de forma mais imediata às necessidades de saúde, bem como aos fatores de risco e de proteção presentes em seus respectivos territórios. Está descrito no bojo dessa política, a expectativa de que a promoção da saúde possa proporcionar autonomia ao indivíduo e à família com informações que os tornam capazes de escolher comportamentos positivos para a sua saúde ⁸⁵. Na questão de como a promoção da saúde poderia responder a essas diretrizes e anseios políticos, há duas outras condições que poderiam marcar a estratégia de saúde da família como um diferencial para a saúde na escola:

(a) a de que ela passa a representar no setor Saúde, a atuação na dinâmica do território constituindo-se com novos atores integrados a esses espaços de convivência, sendo capazes, portanto, de dialogar diretamente com os atores da comunidade com a possibilidade de promover o encontro de saber tradicional com o saber popular, além de agregar ao trabalho em saúde, atividades culturais e educacionais que estimulem a participação social; e

(b) de que a estratégia implementada seja dada a partir de uma concepção de gestão participativa, mediante a ampliação do diagnóstico das necessidades de saúde através da escuta da comunidade por processos participativos, como comitês, conselhos, conferências e pesquisas com usuários, ouvidorias entre outros ⁸⁵.

Outro aspecto de destaque para este estudo foi o da relevância da inclusão da estratégia de saúde da família no desenho do PSE Nacional. Esse programa previu como referencial de serviço de saúde para as escolas de ensino fundamental, exatamente as equipes da estratégia de saúde da família. É importante enfatizar que outras pesquisas, especificamente voltadas para esse foco, poderão dimensionar melhor a relação dos princípios dessas políticas e suas correlações no cotidiano da prática dos programas de saúde das escolas. Não obstante, observaram-se indícios de que do ponto de vista dos gestores, a estratégia de saúde da família amplia sua participação nas propostas de saúde na escola.

Um objetivo e desafio importante para este estudo, foi o de mostrar os desdobramentos efetivos desses referenciais conceituais, daqueles que estão restritos apenas ao discurso. Ou seja, dimensionar os aspectos de promoção da saúde que ocorrem na prática diante das demandas em saúde, que são predominantemente de natureza clínica e assistencial.

Campos, R.O.⁸⁶, ao fazer um paralelo com o dilema preventivista de Arouca⁸⁷, se refere a um dilema “promocionista”, no qual questiona a relação entre a promoção da saúde e a clínica médica. A ideia da autora é interrogar o significado de promoção da saúde e discutir se atuar com promoção da saúde exclui, necessariamente, a intervenção clínica. Embora identifique em outros autores, tanto a especificidade da promoção quanto da prevenção e da clínica, ela questiona a compreensão de promoção da saúde no recorte disciplinar, no caráter prescritivo de estilos de vida e de normatização de comportamentos, extraindo da produção da saúde, as relações dos sujeitos com a vida. Iniciativas que surgem como novas, acabam frequentemente por esbarrar na impossibilidade de mudanças de práticas. Foi possível, por exemplo, encontrar registros e publicações elaboradas com base na iniciativa de Escolas Promotoras da Saúde, que não passam de “novos velhos” tratados médicos, com a forma mais tradicional de abordagem das questões de saúde. Ou seja, em algumas situações, nem do ponto de vista teórico, as mudanças se quer refletem a perspectiva de promoção da saúde.

Campos e colaboradores⁸⁸ discutem que a expansão da estratégia de saúde da família, no território brasileiro, pode ser uma possibilidade de revisar as práticas de saúde valorizando a promoção da saúde. Mas relata experiências em que as equipes terminam por ter que dar conta de acentuado número de consultas clínicas, restringindo assim, as expectativas de interagir mais proativamente no território dentro de uma nova lógica. A dificuldade de desassociar a dor, a doença e a própria morte como integrantes

da vida leva a questionar que nem a mais ideal prática de promoção da saúde poderá dispensar a intervenção clínica. Ao mesmo tempo, a necessidade da ação clínica poderia representar novo tipo de intervenção, desde que ela não se restringisse apenas à técnica curativa em si, mas que antes considerasse a arrogância dos profissionais e técnicos ao prescrever sem negociar e estabelecer uma relação educativa com os usuários.

Se essas intervenções não são excludentes, quais seriam, de fato, as melhores respostas e contribuições de iniciativas de promoção da saúde? Quais as garantias de efetividade de propostas que, mesmo com o rótulo de promoção da saúde, não garantem o direito de escolha e surgem impostas por modelos previamente testados, e com estratégias de implantação previamente definidas? Quais são os limites de adesão, os anteparos e os mecanismos indutores dessas propostas? E no campo do espaço da escola, como reverter uma passividade submissa em prol da interlocução, do diálogo, da problematização e da participação ativa do coletivo?

Dessa forma, a atuação em saúde precisa se deslocar do campo biológico e da ação biomédica controladora e normatizadora para ser pensada, não do ponto de vista da doença, mas dos aspectos histórico-sociais, das condições de vida e das necessidades básicas do ser humano, com seus valores, crenças e direitos, assim como das relações dinâmicas, construídas ao longo de todo ciclo de vida e na relação com seus espaços de convivência ⁸⁹.

É, portanto, com base nos pressupostos conceituais de saúde e de como são problematizadas e conceituadas as relações entre saúde e educação, que as práticas de saúde na escola adquiriram diferentes justificativas, logo, diferentes modelos foram desenhados e implantados. Enfim, a forma como foram organizados, estruturados e desenvolvidos os programas de saúde escolar ⁴ trazem distintas representações de concepções sobre saúde e sobre educação. O desafio da identificação de alguns dos processos e resultados desses modelos contribuiu para o debate sobre a natureza, a complexidade e a efetividade dos Programas de Promoção da Saúde no âmbito das escolas de ensino fundamental.

2º CAPÍTULO

Teoria e Prática de Saúde na Escola: Desafios da Intersetorialidade

2.1. Modelos de promoção da saúde na escola no cenário brasileiro

Questões da saúde podem ser problematizadas no cotidiano de diferentes espaços sociais e de maneiras distintas. MELLO ⁴⁵ refere que, como práticas sociais, Educação e Saúde sempre estiveram articuladas. Nas escolas públicas de ensino fundamental questões referentes à saúde surgem nas salas de aula com diferentes representações, por professores, alunos e familiares, expressando preocupações com melhores condições de saúde e qualidade de vida. Por outro lado, questões relacionadas à educação e não resolvidas pela escola, por vezes, parecem ter como única alternativa os serviços de saúde (VALLA, 1989) ⁴⁷ com a expectativa de resolvê-los na ótica médica.

Escolas do sistema público de ensino têm representado historicamente um lócus importante para diversas práticas e vivências em saúde, presentes nas relações entre os sujeitos que convivem neste espaço. Diversos fatores determinantes das condições de saúde e doença podem ser problematizados e analisados no espaço da comunidade escolar. A escola, enquanto instituição, define-se pela sua função de ensino, em que a saúde aparece como um tema recorrente de aprendizagem. Entretanto, saúde na escola prevaleceu como controle e prevenção do adoecimento e de situações de risco e agravos à saúde, pela vigilância epidemiológica, fiscalização sanitária e assistência clínico-terapêutica. Na trajetória da educação em saúde perdurou uma lógica higienista, com componente normativo e conteúdo pré-definido sobre o que deveria ser feito e discutido em saúde nas escolas ⁴.

Hortênsia Hollanda foi uma das pioneiras que, partindo da crítica a essa lógica higienista, pautou já na década de 50 uma abertura da educação em saúde para uma vertente ambientalista e integradora, valorizando a participação da comunidade ⁹⁰. Sua prática tinha como pressuposto a perspectiva de construir com a comunidade um saber para a vida. Ao defender o processo de alfabetização para a vida, Hollanda foi pioneira em trazer o referencial de Paulo Freire para a discussão de saúde na escola ⁹⁰. Recentemente a justificativa para redefinir o debate sobre saúde no espaço da escola vem do campo da promoção da saúde ^{15, 16, 17, 18, 1}. Nesse caso, a ênfase sobre a saúde não é posta exclusivamente nos fatores e características biológicas. A saúde passa a ser

compreendida como produto da vida cotidiana, isto é, vista de forma a abranger desde os fatores biológicos e ambientais, aos aspectos sócio-culturais e ligados ao estilo de vida, além daqueles referentes aos serviços de saúde ⁴⁰. Esse debate ganha força e reconhecimento no Brasil ^{19, 20, 21, 22, 11} reafirmando a escola como espaço relevante para construção de cenários mais favoráveis à vida com qualidade ⁴⁴.

Historicamente, há o reconhecimento da diversidade de estratégias voltadas para inserção da saúde como uma questão para a escola: por um lado, modelos que visam à domesticação de condutas e comportamentos de alunos, como os criticam SILVA ²³, Ramos, Melo e Soares ⁴⁶ e, por outro, práticas educativas, que dizem respeito à educação popular entendida como estímulo à capacidade crítica e autônoma dos sujeitos e exercício de controle das suas condições de saúde e vida ^{33, 76, 54, 91} em sintonia com os princípios da promoção da saúde ⁹².

É com base nos pressupostos conceituais sobre saúde e de como são problematizadas as relações entre saúde e educação, que as práticas de saúde na escola adquirem diferentes justificativas. Os programas são desenhados e implantados a partir de modelos teóricos distintos em diferentes contextos. Assim, sua organização, estrutura e desenvolvimento representam diferentes concepções sobre saúde, sobre educação e sobre a articulação entre esses dois saberes ⁴.

De modo geral, todos os modelos de saúde na escola pressupõem uma proposta de articulação intersetorial entre Educação e Saúde. Entretanto, em sua maioria, isto não se traduz numa prática intersetorial inovadora e efetiva. O desafio deste estudo foi diferenciar como esta ocorre em cada modelo identificado, quer representando parceria efetiva e compartilhada, como definida por Junqueira ⁹³ e de responsabilização múltipla dos dois setores ²¹, quer representando uma simples justaposição de agendas setoriais distintas sem uma integração de fato, que nessas condições, como criticam Peres, Bodstein, Ramos e Marcondes ⁹⁴, impossibilita a efetividade do trabalho intersetorial.

As estratégias integradas de prevenção e promoção da saúde nas escolas implicam no estabelecimento de parcerias, a partir do conjunto dos elementos de cada território, do contexto em que são desenvolvidas e da pluralidade de atores da comunidade escolar e institucionais ativamente envolvidos. Neste sentido, é possível dizer que os programas de saúde na escola têm muito que caminhar para consolidação de práticas inovadoras nas quais a ação intersetorial é essencial para o seu desenvolvimento com base em políticas públicas mais efetivas.

Apoiada na experiência do Rio de Janeiro, a identificação dos principais referenciais teóricos que influenciaram o desenvolvimento histórico das práticas de

saúde escolar no Brasil foi fundamental para compreender a recente trajetória do PSE Municipal. E a análise dessas práticas permitiu compreender a dimensão inovadora daquelas que são influenciadas pelo debate da promoção da saúde e a capacidade que elas têm de estabelecer a ação intersetorial entre educação e saúde.

2.2. Desenvolvimento dos Programas de Saúde Escolar ^{III}

O marco inicial da saúde escolar no Brasil remete ao início do século XX a partir da lógica da modernização e higienização do espaço urbano, como condição fundamental para o combate às epidemias quando Pereira Passos ¹⁴⁸ era prefeito da cidade do Rio de Janeiro (1902-1906). Problemas sociais, como a questão da urbanização, as precárias condições de transporte, o saneamento e a higiene que se traduziam por logradouros e moradias insalubres, favoreciam o aparecimento e propagação de doenças como varíola, febre amarela e cólera. Entre diversas medidas assumidas por Pereira Passos, com perspectiva de higiene sanitária, destaca-se a criação da Assistência Médica ao Escolar, primeiro sistema oficial de saúde ligado à Secretaria de Educação do, então, Distrito Federal ³⁰. Netto ³⁰ mostra que, em 1910, foi criado o primeiro serviço de saúde pública ligado ao ensino, a saber, o Serviço de Inspeção Sanitária Escolar da Cidade do Rio de Janeiro. Zanetta ¹⁴⁹ descreve as principais características desse sistema: (a) vigilância higiênica da escola e de seu material; (b) profilaxia das moléstias transmissíveis e evitáveis; (3) inspeção médica individual dos alunos e profissionais; (d) educação sanitária de alunos e professores; (e) e sistematização e fiscalização do exercício físico escolar.

Em 1924, Carlos Sá ¹⁵⁰ constituía na cidade do Rio de Janeiro os chamados “pelotões da saúde”, agrupamentos de alunos que seguiam um decálogo referente à saúde contendo regras para a saúde que deveriam ser cumpridas com disciplina militar, nas quais se introduziam também, aquelas de comportamento moral. A Higiene Escolar era calcada, sobretudo, no modelo alemão de “Policia Médica” ¹⁵¹. Com a perspectiva de reorganizar e reformar a própria sociedade, esse modelo que remonta a origem dos programas de saúde escolar, propunha a intervenção da saúde na escola através de ações de higiene escolar, baseadas em princípios higienistas e no pressuposto eugênico. Desse modo, os exames médicos e odontológicos dos alunos visavam identificar doenças ou

^{III} A tabela 01, ao final do texto (pág.189-192), lista as referências dos principais documentos utilizados no levantamento sobre os programas de saúde escolar, categorizando-os de acordo com características e fontes.

defeitos a serem corrigidos, assim como hábitos ou atitudes que precisavam ser criados ou modificados.

Esse modelo de intervenção sanitária, no cenário das escolas públicas da época, representa a origem dos programas de saúde escolar e implicava na tendência de ajustar ou reajustar escolares, profissionais e professores a comportamentos saudáveis, entendidos como aqueles capazes de evitar o adoecimento e a conduta fora de padrões morais definidos pelo Estado. Essa concepção responsabilizava a população pela miséria e situação insalubre da cidade. A preocupação com o corpo sadio, com incentivo a exercícios e a atividade física, desde então, introduziu as aulas de educação física.

Ao propor a intervenção da Saúde na Educação nesse período, o poder público seguia a lógica da intervenção em outros espaços e instituições para debelar e controlar epidemias. Silva ⁴ aponta que o retorno da febre amarela em 1928, associada à conjuntura sanitária, fortaleceu esse tipo de intervenção higienista, concedendo maior espaço hierárquico da saúde escolar no cronograma do sistema de saúde, transformando a Inspeção Médica Escolar da Higiene e Saúde Pública em Subdiretoria Técnica (1928) e, posteriormente, em Superintendência Geral de Educação, de Saúde e Higiene Escolar, em 1933. Costa ¹⁵² discute também que até meados da década de 40, além das proposições eugênicas, a prática higiênica se propagava como ideologia totalitária para a vida cotidiana, pautando como consequência, o serviço de higiene escolar. A definição de Fontenelle ¹⁵³ sobre escola higiênica é esclarecedora: *“A escola higiênica e que funciona com hábitos higiênicos contribui para educar o povo todo. As crianças adquirem bons costumes e os propagam em casa, onde desejam que tudo que se passe como na escola, a cujo meio puro e sadio facilmente se acostumam”*.

O modelo higienista se preocupava com a ameaça de que doenças e comportamentos sociais indesejáveis se espalhassem pelo ambiente escolar. Mesmo em propostas mais recentes, não é incomum verificar esse tipo de concepção em formulações de saúde na escola, principalmente, em campanhas preventivas contra determinadas doenças, de vacinação e no enfrentamento de epidemias, como de meningite, sarampo (na década de 70) e cólera e dengue (na década de 80). Esta última, ainda presente nos dias de hoje.

2.3. O discurso dos Especialistas da Saúde e sua influência na Educação

De acordo com Netto ³⁰, o aparato médico odontológico que compunha o Departamento de Saúde Escolar da Secretaria de Educação e Cultura da Prefeitura do, então, Distrito Federal, funcionou de forma eficiente de 1940 a 1964. O Rio de Janeiro dispunha de 22 Distritos de Saúde Escolar regionais e um Serviço de Saúde de Ginásios e Escolas Técnico-Profissionais, assim como vários hospitais com inúmeras especialidades para atendimento dos escolares. Netto ³⁰ nos mostra que os alunos eram atendidos de imediato, com vistas a recuperar de pronto a saúde e a proteger o “investimento-educação”. O que sugeria resposta mais ágil de atendimento por parte de médicos e dentistas que atuavam dentro da escola, inspecionando, vacinando, tratando e encaminhado às clínicas especializadas, para as quais era responsabilidade da Secretaria de Educação transportar o aluno.

Esse modelo de saúde escolar justificava a existência de atendimento especializado nos serviços de saúde específico para alunos. Entretanto, ao serem extintos, tornou-se obrigatório o deslocamento de alunos e responsáveis no mínimo duas vezes para a primeira consulta nos serviços de saúde. Assim, o modelo deixa de funcionar. Dois aspectos assinalados na descrição de Netto ³⁰ merecem atenção: (a) o crescimento da população e a ampliação da estrutura administrativa do Rio de Janeiro associado ao decréscimo de recursos materiais e humanos; (b) os responsáveis pelos alunos eram mães das classes populares, portanto, com dificuldades de levarem seus filhos aos serviços de saúde.

Nessa nova conjuntura dos anos 50, os programas se estruturam como tentativas de responder pelo mau desempenho escolar ou dificuldades na aprendizagem dos alunos. Destaca-se a origem da preocupação com o que viria a ser denominado *fracasso escolar*, o que justificava a complexidade de aparatos criados pelo setor Saúde para tentar responder a essa questão, como se fossem programas elaborados como restauradores da “boa aprendizagem”. Pattos ⁹⁵, com estudo de referência na discussão da produção do fracasso escolar, enfatiza a contribuição da psicologia educacional calcada no modelo médico, que desde os anos 30, dirigia-se para uma prática de diagnóstico e tratamento de distúrbios psíquicos como causas e justificativas desse “fracasso”. A autora relata a trajetória institucional de médicos e psicólogos de hospitais psiquiátricos para institutos, para clínicas de higiene mental, destas para serviços de inspeção escolar e, daí, para os departamentos de assistência ao escolar de secretarias de educação, de onde se tornaram coordenadores de equipes multidisciplinares de

atendimento ao escolar. São caminhos que, aos poucos, contribuíram para aproximação de especialistas da saúde ao setor Educação, particularmente, à escola. A ideia em curso era a de que esses especialistas conseguiriam responder na ótica biomédica pelas supostas causas do insucesso escolar. Prática com a qual se processou a medicalização da aprendizagem ⁹⁶. Era um modelo de saúde escolar que se constituía calcado no modelo médico hospitalo-cêntrico da organização da própria medicina no país.

Assim, a partir dos anos 50, as propostas de saúde escolar têm como referencial a “biologização” de questões relacionadas à aprendizagem escolar. A preocupação com as questões de desempenho escolar do aluno priorizou, nos objetivos dos programas de saúde escolar o atendimento às questões biomédicas, sem considerar durante muito tempo, as múltiplas causas do fracasso escolar. Foi a partir desse contexto e por se voltarem para crianças em situações socioeconômicas desfavoráveis, que nas décadas seguintes, tomaram vulto investimentos subseqüentes em torno da desnutrição e dos programas de merenda escolar, bem como dos distúrbios neurológicos e dos programas de triagens neurológicas, visuais e auditivas como prioridades de intervenção do setor Saúde nas escolas. Paulatinamente, ao longo do desenvolvimento histórico desses programas, questões isoladas eram postas como as responsáveis pela não aprendizagem nas escolas. Neste sentido, a desnutrição foi relacionada como causa do fracasso escolar. Como Patts, também Moysés, Lima e Collares ⁹⁷ discutem que a desnutrição, como barreira para o sucesso dos métodos educacionais, era comum tanto no imaginário dos profissionais de saúde como no de autoridades responsáveis pelo sistema educacional. Vários autores ^{47, 96} afirmavam em seus estudos que, apesar da gravidade da situação da fome no Brasil, ela não era a causa significativa do fracasso escolar. Valla e Hollanda ⁴⁷ também contrapunham a ideia de que a desnutrição fosse a causa significativa do fracasso escolar afirmando a sua múltipla causalidade. Outros estudos ⁹⁸ revelam que na relação entre má nutrição e aprendizagem, crianças gravemente desnutridas no início da vida não chegavam aos bancos escolares, e as formas mais leves de desnutrição que mais incidiam na população não causavam alterações na estrutura e nas funções do cérebro, portanto, não justificariam os altos índices de fracasso escolar.

Com base nesses pressupostos, houve o fortalecimento dos programas de Merenda Escolar, regulamentados pelo Decreto Federal 72.034/73 para suprir, no mínimo, 15% das necessidades calóricas diárias da criança. Isto, se por um lado trouxe inegáveis benefícios, não alterou esses índices observados durante décadas ^{47, 95}. O que prevalecia nas referências conceituais desse período, era a idéia de compreender o

processo de saúde-doença no círculo da pobreza e miséria, gerando o adoecimento que impediria a aprendizagem.

Até a década de 60, esse foi o modelo predominante de saúde escolar que sofreu algumas modificações em sua estrutura administrativa e burocrática com a criação do Estado da Guanabara. Em 1964, o Governo de Carlos Lacerda, por Decreto ^{154, 1}, transforma o Departamento de Saúde Escolar em Divisão de Saúde e extingue o Serviço de Saúde de Ginásio e Escolas Técnico-Profissionais devolvendo unidades hospitalares ao setor saúde e outras à Secretaria de Serviços Sociais. Entretanto, os profissionais de saúde mantinham suas atividades nas escolas com referenciais clínico-assistenciais e terapêuticos. A realização de Congressos na área de Saúde Escolar (I Congresso de Saúde Escolar do Estado da Guanabara ³⁰) contribuiu para esse processo. No regime de ditadura instalado nesse período, as discussões e formulações de políticas e programas eram definidas por Decretos do Estado, e os conceitos vigentes do que seria importante para atender as demandas, não permitiam reflexão a partir de mobilizações sociais e da participação ampla da sociedade.

Silva ²³ relata que paulatinamente os programas de saúde escolar assumem a tarefa de diagnosticar e tratar eventuais incapacidades mentais individuais dos alunos, tomando a frente como explicação básica para o fracasso escolar. A ênfase aos aspectos neurológicos, psiquiátricos e psicológicos e de saúde mental configurou, como marca desse período, os diagnósticos do tipo “distúrbio de aprendizagem”, “disfunção cerebral”, “déficit neurológico”, “distúrbios de comportamento”, entre outros.

2.4. A Medicina Escolar: especialidades médicas na escola

É como Medicina Escolar que se denominava a concepção que na década de 70, priorizou exames médicos com inspeção periódica da saúde em massa dos alunos, gerando os chamados Registros de Saúde ³⁰. Esses exames, que deveriam ser feitos no ingresso do aluno na escola e repetidos a cada ano, são criticados por sua ineficiência ²³, visto que os índices de repetência e evasão permaneciam inalterados e não expressavam mudanças nas condições de saúde. Registra-se que também, nesse período, o crescimento acelerado da rede de ensino e o grande número de alunos a examinar criaram um fluxo de encaminhamentos que se afunilava a cada ano, pois nem todos os alunos eram examinados. Estes tinham que aguardar o próximo ano letivo, ficando sem revisões anuais periódicas. Tal processo contribuiu, posteriormente, para que os exames fossem feitos somente nos alunos com possibilidade de participarem de aulas de

educação física. O que foi criticado por Zanetta ¹⁴⁹, pois seus resultados eram irrelevantes para monitorar eventuais riscos.

A consequência mais perversa foi que os exames de saúde, uma vez impossibilitados de serem realizados para a totalidade dos alunos, passam a ser prioritários e exigidos para quem fosse rotulado previamente como portador de “distúrbios e/ou dificuldades de aprendizagem”. Em 1972, por ordem de Decreto do então governador Chagas Freitas ¹⁵⁵, a saúde escolar no Rio de Janeiro se transfere da Secretaria de Educação para a de Saúde. Embora fosse esperada a mudança, observa-se a permanência e ampliação do mesmo modelo. A medicina escolar constituiu grande aparato médico incluindo a implantação de gabinete médico e dentário em todas as escolas com mais de três salas de aula. Através de Ordens de Serviço ^{156, 1}, ela deveria responder: (a) pelos registros de saúde prioritários para alunos com problemas de aprendizagem e na 1ª série de escolas do primeiro grau; (b) pelo tratamento dos alunos diagnosticados com problemas por equipes multiprofissionais nas seções de Medicina Escolar (composta por no mínimo, pediatra, psiquiatra, odontólogo, psicólogo, enfermeiro, assistente social e orientador educacional); e (c) pela inspeção de prédio escolar, suas instalações e do material pedagógico ^{156, 1}.

De fato, a saúde na escola priorizava o afastamento de patologias que pudessem, na compreensão da época, comprometer a aprendizagem dos alunos. As propostas então desenhadas pelo setor Saúde reforçavam a perspectiva assistencialista e terapêutica, cuja aceitação pela Educação, como vimos, era responder pelo “fracasso escolar”, pelo mau desempenho escolar, repetência e evasão dos alunos. Diversos autores ^{95, 96, 47} sinalizam que desde a década de 40, essas situações são críticas e cursam com índices elevados no setor Educação.

No debate sobre possibilidades de ação articulada entre os dois setores, ocorria certo grau de integração e concordância, em que o argumento da saúde ajudava a explicar o mau desempenho das escolas, criando o suporte mútuo diante da ineficiência e incapacidade recíproca em responder às necessidades da população.

Uma especificidade do modelo da Medicina Escolar foi “institucionalizar” a cultura de encaminhamentos aos especialistas e a peregrinação de escolares nos serviços de saúde. No Brasil, avanços tecnológicos na medicina e indústria farmacêutica e a ênfase na especialização foram os suportes para esse modelo de saúde na escola. O problema se agravava, pela incapacidade de especialistas e serviços médicos darem diagnósticos precisos em tempo hábil, como, por exemplo, se havia ou não patologias como eventuais fatores impeditivos do processo de aprendizagem dos escolares.

Evidentemente, o tempo que um aluno levava para percorrer os serviços e ser examinado pelos diversos profissionais era e continua sendo muito longo. Na verdade, o aluno ficava como que excluído da escola, ainda que lá estivesse até que fosse considerado normal ou apto pelo especialista e pelo setor da Saúde ⁴.

Importa destacar as dificuldades de implementação do modelo de ação multiprofissional que, pelas descrições, tinha por base visões isoladas, individualistas e compartimentalizadas do aluno. Mattos ⁹⁹ descreve e critica a tendência da medicina escolar de abandonar os registros de saúde e valorizar as equipes multiprofissionais, cuja formação era centrada na figura do médico favorecendo a prática individualista e o raciocínio clínico-terapêutico privilegiado por cada profissional em separado, dando falsa idéia de integração multiprofissional.

O modelo de Medicina Escolar foi reforçado com os chamados Programas Especiais de Medicina Escolar (PROEME I e PROEME II) implantados em 1976 pela Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro ¹⁵⁵. Além da persistência de exames de registro de saúde, de acuidade visual e auditiva e controle de vacinação, foi criada ficha de encaminhamento de aluno “apto” ou “não apto” para aprendizagem.

Dois aspectos merecem reflexão: primeiro, os psicólogos, únicos profissionais que haviam permanecido no setor Educação que passam, nesse período, ao setor Saúde para engrossar as equipes multiprofissionais com o caráter de atender as demandas de “problemas na aprendizagem” ⁹⁵. Souza e Bustamante ¹⁵⁷ sinalizam e criticam a compreensão da secretaria municipal de saúde na medida em que deslocava o “agente causador” do problema de repetência e dos distúrbios de conduta para o setor Saúde e incluía a saúde mental. O segundo aspecto a destacar refere-se à idéia de estar o aluno “apto” ou não para aprender ¹⁵⁷.

No final dos anos 70, importa lembrar que ocorre maior envolvimento de profissionais de saúde com a Saúde Escolar, tendo em vista um aumento de congressos nessa área. Esses eventos patrocinados pelos órgãos oficiais de saúde, contavam com participação da Sociedade Brasileira de Pediatria (Comitê de Saúde Escolar) ¹⁵⁸ e da Associação Brasileira de Saúde Escolar ¹⁵⁹. O caráter nacional dessas associações ampliou a discussão com grupos de profissionais de São Paulo, ocasionando contribuições importantes, como a formação do Grupo Informal de Estudos e Discussões em Saúde Escolar (GIEDESE) ¹⁶⁰.

Nos órgãos oficiais, foram feitos novos encaminhamentos, que se responsabilizaram pela substituição do modelo de Medicina Escolar, quais sejam: a criação do Plano Integrado de Atuação e a formação de Comissões Mistas de Saúde e

Educação. Estas comissões se constituíram no nível central, regional e local da gestão ^{161, 1612}. Embora sob a coordenação do setor Saúde, cada parte da comissão recebeu incumbência quase que específica: à Saúde, normatizar atividades e critérios de saúde, e à Educação, atividades e critérios psico-pedagógicos que deveriam ser encaminhados aos dois setores ¹⁶². É importante ressaltar que esse processo aparece não só em modelos mais recentes, como está presente até hoje. Nas comissões criadas nas décadas de 70, predominavam o desenho hierárquico com definição de funções muito específicas e normativas. Em princípio, não garantindo ação efetivamente compartilhada entre os setores Saúde e Educação, ainda que nesse contexto, houvesse alguns avanços em relação aos modelos anteriores.

Na década de 80, com as comissões de educação e saúde, observa-se tendência de manter a assistência à saúde nos serviços de saúde, retirando-a, ainda que não completamente, do bojo da Educação. O Departamento de Proteção Materno-Infantil da Direção Geral de Saúde Pública respondia pela normatização das atribuições da Medicina Escolar com seus Programas Especiais ¹⁶³, direcionando-as aos Centros Municipais de Saúde em consonância com as Unidades Especializadas existentes em algumas das regiões administrativas, que se dividiam no atendimento para agrupamento das escolas de suas áreas.

Vale observar o verdadeiro emaranhado de especialistas que se congregou em torno da escola fundamental, a partir da medicina escolar. Acompanharam o processo de especialização acentuada da medicina no país, contribuindo para medicalização das questões da educação e da sociedade como um todo. Nos anos 80, houve tentativas de se criar um “médico especialista” de saúde escolar, principalmente, pela Sociedade Brasileira de Pediatria, como um subespecialista da pediatria, profissional quase sempre nomeado oficialmente como condutor daquelas equipes mistas. O contraponto a essa idéia vinha do argumento de que tantas áreas especializadas não cabiam no domínio de um único profissional.

Outro fator dos rumos de modelos de saúde escolar foi a Conferência de Alma-Ata ³¹, que ao enfatizar a atenção primária e a prioridade para a criança de zero a seis anos e para a mulher, fortaleceu a organização dos serviços de saúde preferencialmente no recorte de proteção materno-infantil, com implantação das ações básicas de saúde. Essa prioridade contribuiu para tirar de cena a atenção à criança maior de sete anos, no referencial médico denominado *escolar* (muito criticado por alguns autores ^{96, 97}), por representar simplesmente a faixa de ingresso na escola.

Entretanto, a década de 80 é marcada por duas outras experiências na cidade: a implantação dos CIEPS no discurso oficial do Estado do Rio de Janeiro e a experiência local do Centro de Saúde José Paranhos Fontenelle, na Penha, subúrbio da Cidade.

2.5. CIEP e CIAC: o equipamento médico dentro da escola

A implantação dos modelos de Centro Integrado de Educação Pública (CIEP) ¹⁶⁴ teve repercussão nacional, sendo reaproveitada no Governo Collor de Melo ¹⁶⁵ como Centro Integrado de Atendimento à Criança que, a partir de 1992, passou a ser denominado Centro de Atenção Integral à Criança (CIAC). Os dois modelos foram propostas que conduziram uma vez mais, as equipes e equipamentos de saúde para o espaço da própria escola, com área física específica para consultórios e equipamentos médico-odontológicos.

O cenário político do Rio de Janeiro com a eleição de Leonel Brizola (Governo do Estado, 1982), gerava expectativas em relação à condução das políticas de saúde e educação mais efetivas. A mudança proposta pelos CIEPs se refere prioritariamente à política e reorganização da educação como reforma pedagógica proposta por Darcy Ribeiro ¹⁶⁴. Entretanto, como modelo de saúde é questionável a introdução de todo esse aparato médico dentro da escola, implicando admitir que as ações médico-odontológicas foram pensadas como determinantes da qualidade do ensino.

O desenho de saúde no CIEP previu espaço físico na escola destinado a Centro Médico cujas diretrizes assinalavam ações preferencialmente de medicina preventiva e de ação educativa, mas sem descuidar da assistência curativa. Entretanto, as tarefas do corpo médico incluíam: exames clínicos para admissão do aluno, avaliação antropométrica, detecção de problemas de saúde com avaliação clínica individual, cobertura vacinal, acompanhamento nutricional, odontológico e avaliação visual. As equipes de saúde eram constituídas por com médicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem, odontólogos e, se necessários, por psicólogos. Vale registrar a idealização do profissional de saúde desse projeto de saúde escolar: “... devem ter atilada experiência clínica, a vivência de um pedagogo, a sabedoria de um filósofo e a visão de um sociólogo” ¹⁶⁴. O objetivo era integrar o médico no processo pedagógico e melhorar as condições físicas, psíquicas e sociais dos alunos.

Na literatura, as críticas se referem mais à proposta educacional com período integral de permanência dos alunos na escola, bem como atividades culturais e artísticas e ainda, alimentação e esportes. O modelo não avançou para além do aspecto clínico

assistencial e, quanto aos profissionais de saúde, estes não atenderam ao perfil previsto. A lógica terapêutica persistiu.

2.6 A Experiência de Saúde Escolar na Penha (RJ)

Interessa na reflexão sobre modelos de saúde na escola, rever a experiência local realizada na década de 80 no Centro de Saúde José Paranhos Fontenelle, na Penha. Sua idéia inovadora vem de priorizar estratégias mais abrangentes em saúde, com integração de serviços e iniciativas de educação, dos atores envolvidos e da sociedade civil.

Na análise dessa experiência, Valla e Siqueira ⁴⁷ questionam o papel do Centro de Saúde e como esse concebe a questão de saúde e a participação da sociedade civil. Ao criticarem o embasamento de serviços na concepção biologicista, propunham interação dos serviços de saúde com as escolas em suas bases territoriais, trazendo novo olhar ao fracasso escolar e contestando as ações prioritárias dos órgãos oficiais. Os resultados apontam que a participação popular agrega forças com implicações teóricas e práticas para serviços de saúde e de educação de qualidade, nos quais, profissionais de saúde, professores, pais e responsáveis interagem na formatação desses serviços de acordo com suas necessidades e demandas.

Grupos de trabalho no Centro de Saúde da Penha facilitavam conversas entre profissionais de saúde e educação. Em *Semanas de Saúde Escolar*, os profissionais de saúde iam às escolas, para atendimentos clínicos necessários, mas valorizavam também a interlocução com todos os envolvidos, acompanhando conselhos de classe e identificando no coletivo, as principais demandas da escola e da comunidade.

O diferencial desse modelo indica como estratégica a agregação de novos atores e a participação de todos os segmentos envolvidos ativamente no processo de saúde na escola. Da avaliação daquelas Semanas de Saúde Escolar surgiu o documento *Educação, Saúde e Democracia: Perspectiva de Transformação* ¹⁶⁶. Nele, o grupo chamou atenção para a desarticulação do sistema de saúde com o de educação apontando dificuldades de integração entre seus profissionais por mecanismo de resistência, desconfiança e transferência de responsabilidades geradas por anos de atuação desarticulada. Propunham que essa desconfiança e desarticulação cedessem lugar a espaço comum de reflexão sobre a necessidade de articulação entre essas práticas sociais.

Entretanto, esse foi um modelo contra hegemônico ao que se consolidava no modelo do CIEP, desenhado por ilustres intelectuais à frente do governo: Darcy Ribeiro

na educação e Oscar Niemeyer na arquitetura. A despeito de desejo de investimento de saúde no aspecto coletivo, o modelo do CIEP pautou uma vez mais, a atenção à saúde de escolares na perspectiva individual e clínico-terapêutica e não qualificou a inter-relação saúde/educação na perspectiva da interação e integração entre esses dois setores.

Nesse modelo, a integração entre setores, saúde e educação, inclusive dividindo o mesmo espaço físico, não produziu processo intersetorial, como definido por Fernandez e Mendes¹⁰¹ com interação que compartilha planos, objetivos, metas, recursos e resultados, como um dos componentes essenciais à promoção da saúde²¹.

2.7. Escolas Promotoras de Saúde: novo modelo de saúde na escola?

A partir da I Conferência Internacional de Promoção da Saúde³² e da VIII Conferência Nacional de Saúde³³, marcos que estabelecem novos referenciais do conceito de saúde, valorizando-a como qualidade de vida e de direitos de cidadania, esperava-se que os investimentos de saúde na escola fossem direcionados na perspectiva da promoção da saúde com modelo participativo, construído coletivamente, no exercício de empoderamento da comunidade e da autonomia dos sujeitos na busca e manutenção das suas condições de saúde e de vida.

No contexto internacional, a OPAS, com a expectativa de reverter o caráter biomédico e assistencialista dos programas de saúde escolar, propõe modelo que pretende revisar o viés autoritário do setor saúde sobre o da educação no planejamento de ações de saúde na escola. Assim, cria em 1996, na Costa Rica, a Iniciativa Escola Promotora de Saúde (EPS)¹³⁷, com a perspectiva de enfoque integral de saúde e de reconhecer as dinâmicas sociais, políticas e econômicas e as relações intersetoriais para promover saúde no âmbito escolar. Com estratégias participativas voltadas para o envolvimento de alunos, pais e comunidade, pressupunha capacitação de professores, acesso aos serviços de saúde, promoção de hábitos saudáveis, alimentação nutritiva com organização de refeitórios escolares e o uso de metodologias educativas, formais e não formais dirigidas a criar novas habilidades e destrezas que fizessem da vida escolar, uma oportunidade para o desenvolvimento humano, a paz e a equidade¹⁰². Posteriormente, Cerqueira¹⁰³ apontava a prioridade intersetorial como mecanismo complexo de investimentos efetivos nos setores educativo e de saúde para contribuir com melhoria da qualidade de vida dos indivíduos e da comunidade.

Vale registrar que essa Iniciativa Latino-Americana de Escolas Promotoras da Saúde é egressa de movimentos anteriores e similares da Organização Mundial da

Saúde como da Iniciativa Global de Saúde Escolar ¹⁶⁷, da Rede Européia de Escolas Promotoras de Saúde (1992)¹⁶⁸ e da publicação em suas regionais do Guia sobre Escolas Promotoras de Saúde (WHO, 1996) ¹⁶⁹.

Em seguimento com as reuniões que promoveu sobre a Iniciativa EPS até 2004, a OPAS desenhou estratégias de fortalecimento e linhas de ação para o período de 2003 a 2012 (OPAS, 2003)¹⁴¹. Entretanto, em 2003, com mudança organizativa e de direção da OPAS, a Iniciativa de Escolas Promotoras da Saúde deixa de ser prioritária e a gestão internacional fica restrita a reuniões ^{145, 147} com especialistas ligados à Iniciativa por ocasião de eventos internacionais de promoção da saúde. Só em 2010, a OPAS promoveu uma reunião técnica regional de promoção da saúde no âmbito escolar ¹⁴⁶ congregando especialistas para desenhar uma proposta que está em elaboração no plano ibero-americano, com levantamento diagnóstico sobre promoção da saúde no âmbito escolar, rediscussão conceitual e redesenho do modelo de práticas pretendido.

Observou-se nos documentos da OPAS/OMS (Jack Jones) ¹⁷⁰ no modelo de EPS, o pressuposto de que para aprender e se beneficiar dos investimentos da escola, as crianças e os jovens precisavam ter boa saúde, constituindo-se como importante pré-requisito para a educação. E era essa a argumentação compensatória para propor a articulação entre os setores, e não a aproximação dos diferentes saberes para a promoção da saúde na escola enquanto construção coletiva e participativa. Hoje em dia, o foco sobre programas educacionais abrangentes, incluindo atividades de cultura, lazer e esporte, aparece como mecanismo de mudanças e o debate aponta para o acesso à educação como um dos fatores determinantes da saúde.

Assim, é preciso acompanhar e avaliar experiências de saúde na escola que tenham se pautado nesse modelo de EPS. Mas sem dúvida, como são propostas de longo prazo, a formulação da escola como espaço saudável e de cidadania pode vir a representar uma mudança promissora em direção à integralidade das ações e do cuidado em saúde para promoção da qualidade de vida. Uma questão pertinente é verificar se os processos gerados resultaram na mudança da relação entre os setores, sobretudo, ultrapassando uma ação prescritiva e autoritária do setor Saúde sobre o da Educação. Conforme sinaliza Cerqueira ¹⁰³, há a necessidade do setor Saúde em reconhecer que a escola não é constituída por sujeitos passivos que se submetem a medidas de controle e prevenção de doenças ou que se restrinjam a obedecer a ordens, normas e prescrições desprovidas de significado para seus interesses, demandas, angústias, desejos e sonhos.

Ao propor que os países, principalmente os das Américas, revisassem seus programas de saúde na escola, a OPAS criou no mesmo período da Iniciativa, uma Rede

Latino-Americana de Escolas Promotoras de Saúde (RLEPS). Alguns países da região pautaram a implantação do modelo como proposto, mas diversos outros assumiram os referenciais de EPS em diferentes graus de participação, provavelmente adequando-os aos seus contextos e características próprias.

Neste processo, entendeu-se a necessidade de identificar experiências bem sucedidas ou de boas práticas de promoção da saúde na escola, no continente das Américas e Europa. Assim, foram realizados dois Concursos Ibero-americanos de Boas Práticas em Promoção da Saúde no Âmbito da Escola ^{171, 172}, em que uma das doze experiências vitoriosas foi brasileira, ou seja, a escola do município do Rio de Janeiro ¹⁷³, com base em processo reflexivo a partir da inserção das questões de saúde no seu projeto político pedagógico.

Os técnicos dessas experiências foram convidados pela OPAS para reunião na Nicarágua ¹⁷⁴, com perspectiva de troca de expertise entre eles e favorecer análises dos principais processos e contextos de implementação das experiências. Além de publicar como estudo de caso ¹⁰⁵, o Education Development Center (EDC) e a OPAS produziram um relatório ¹⁷⁵, que tomam por base outros eventos e consideram os resultados da reunião da Nicarágua visando apontar mecanismos e processos que identificam uma Escola Promotora de Saúde e fatores que são determinantes de um processo de implementação bem sucedido.

Vale destacar que apesar da participação do Brasil nos fóruns internacionais, não se consolidou oficialmente no país, uma política de saúde na escola com base nessa iniciativa, salvo experiências regionais e locais, isoladas. Com características e especificidades próprias, essas experiências foram importantes ao acumularem conhecimento sobre a questão da saúde no espaço da escola, tendo por base os referenciais de Escolas Promotoras da Saúde. Um mecanismo crucial dessas iniciativas vem do fato de valorizarem os contextos locais, e, sobretudo, os interesses e desejos das comunidades e demais atores envolvidos. Este é o caso das experiências no Rio de Janeiro/RJ, Embu/SP, Maceió/AL, Curitiba/PR e Palmas/TO (MS & OPAS, 2007) ⁵. Foi no contexto que se descreve a seguir que técnicos dessas experiências constituíram uma rede nacional de promoção da saúde na escola e que, durante algum tempo, obteve subsidiados para encontros e eventos nacionais promovendo debates e publicações ⁵ com o intuito de problematizá-las.

Nos primeiros anos do Governo Lula, está em jogo um modelo diferente de valorizar a escola como espaço onde se constituem cidadãos, que devem ser reconhecidos como portadores de direito, o que só se concretiza através de sujeitos

sociais críticos, criativos e construtores de conhecimento e de relações que fortalecem a participação na busca de uma vida mais saudável ¹⁷⁶. A aproximação inédita de setores do Ministério da Saúde com o Ministério da Educação representa uma iniciativa vitoriosa de articulação para que a produção da saúde na escola fosse fortalecida pelos princípios participativos, democráticos e públicos.

Em 2005, essa aproximação tinha por base o envolvimento de toda a comunidade escolar, alunos, trabalhadores, gestores da educação e da saúde, movimentos sociais, associações, grupos e famílias – seguindo os referenciais propostos da reestruturação do Ministério da Saúde, em 2003. Nessa ocasião, o Departamento de Gestão da Educação na Saúde inaugura a Coordenação Geral de Ações Populares de Educação na Saúde. Tendo como referenciais a Educação Popular em Saúde, a proposta caminha no sentido de reforçar ações estratégicas para reorientação das práticas de saúde a partir de conhecimentos e saberes compartilhados, de projetos políticos que produzam novos sentidos nas relações entre necessidades de saúde da população e organização do cuidado em saúde ¹⁰⁶. Com a denominação de Escola que produz saúde, essa proposta termina por não prevalecer, embora marque inflexão importante nos referenciais que sustentavam até então, as práticas de saúde na escola, já que propunha que a saúde se deslocasse do campo biológico e da ação biomédica. Pressupunha práticas a serem pensadas não do ponto de vista da doença, mas dos aspectos históricos sociais e das necessidades básicas, dos valores, crenças e dos direitos da cidadania ¹⁰⁶.

É a Política Nacional de Promoção da Saúde ¹³ que redireciona a discussão, mas de modo geral, não fortalece a saúde na escola no Brasil. Ao pautar a saúde como produção social, complexa e de múltiplos determinantes, a PNPS ¹³, além de defender a participação de todos os sujeitos envolvidos, incluindo movimentos sociais, trabalhadores e gestores, aponta como desafio a política transversal, integrada e intersetorial para dialogar com diversas áreas do setor sanitário e outros setores do governo, como instituições privadas, não governamentais e a sociedade como um todo. Reforça a importância da constituição de redes de compromisso e co-responsabilidades quanto à qualidade de vida da população em que todos sejam partícipes no cuidado com a saúde.

Contudo, em relação à saúde na escola, a PNPS ¹³ restringe referências apenas em suas estratégias de implementação e de estimular a criação de rede nacional de experiências exitosas com a necessidade de identificar e apoiar iniciativas referentes às EPS. Ressalta foco em ações de alimentação saudável, práticas corporais/ atividades físicas e ambiente livre de tabaco. E estas atividades é que são priorizadas no âmbito do

espaço escolar para o biênio 2006-2007, como estratégicas para a construção de indicadores em EPS.

Passados vinte anos de dois importantes marcos da promoção da saúde, a Conferência de Ottawa ³² e a VIII Conferência Nacional de Saúde ³³, a implantação da Comissão Nacional de Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS) ¹⁴ pode ser considerada outro marco na luta pela mudança do modelo biomédico para o da promoção da saúde na escola no Brasil. Essa Comissão aquece o debate ao propor a reversão de diversos outros fatores na determinação das condições de vida dos sujeitos e das comunidades, fortalecendo a compreensão da necessidade de enfrentar os processos sociais, econômicos, culturais, étnicos, psicológicos e comportamentais como determinantes dos problemas de saúde e da qualidade de vida da comunidade escolar.

Em suas conclusões, o relatório final da CNDSS ⁸¹ considera diferentes situações no modelo de programas que podem ser pensados, inclusive, para o cenário da escola: (a) programas intersetoriais, com desenho e formulação de ações transversais em diferentes setores governamentais; (b) programas setoriais, formulado em diferentes ministérios que se articulem com o contexto local visando um público alvo e problemas específicos; e (c) programas setoriais, formulado por um único ministério, mas abrangendo vários problemas e grupos. Ao destacar o modelo intersetorial como efetiva articulação de atores e instituições nas várias etapas de desenvolvimento e de implementação, remete que do ponto de vista institucional, a ação intersetorial implica em relações horizontais (entre setores) e verticais (entre níveis de esfera de governo). E que, a implementação de um Programa ocorre no nível local (municipal) na dependência de condições políticas, organizacionais e de gestão.

Essas são contribuições importantes no que se refere à necessidade da ação intersetorial para que se constituam programas de promoção da saúde no espaço da escola. A intersetorialidade é considerada por Potvin ¹ como fundamental para esse tipo de programa e acoplada à valorização de outro elemento que é a participação comunitária. Burris, Hancock e colaboradores ¹² defendem a importância da inter-relação das diversas esferas de governo para determinar a natureza do modelo de programa e de governança com base na intersetorialidade. Elementos de referência para os modelos de saúde na escola a serem pensados.

2.8. Programa Nacional de Saúde na Escola (PSE)

Além da Política Nacional de Promoção da Saúde ¹³, a Política Nacional de Atenção Básica ²⁶ e o Programa de Saúde na Escola instituído por decreto presidencial ⁵ em 2007, como resultado do trabalho integrado entre Ministério da Saúde e Ministério da Educação criam nesse período, cenário favorável para a implementação de ações na perspectiva de uma política nacional de saúde na escola.

O Programa de Saúde na Escola (PSE), como proposta da política intersetorial entre os Ministérios da Saúde e da Educação, definiu inúmeras ações estratégicas para serem realizadas no período de 2008 a 2011, a partir da adesão dos municípios. O documento orientador do PSE ³⁶ apresenta a perspectiva da atenção integral à saúde (prevenção, promoção e atenção) de crianças, adolescentes e jovens do ensino público (educação infantil, ensino fundamental e médio, educação profissional e tecnológica, voltada para jovens e adultos). No PSE, as ações de saúde estariam integrando as práticas no universo das escolas e das unidades básicas de saúde, com destaque, em especial, para a atenção primária em saúde através da estratégia de saúde da família ¹⁰, ²⁶. Além de pautar a lógica do cuidado em saúde que fundamenta a ESF, defende a escola como espaço comunitário coletivo, com importante papel dinamizador de informações e conceitos que poderão contribuir para a consolidação de famílias e comunidades mais saudáveis. Ao privilegiar componentes da promoção da saúde, pressupõe: a descentralização e o respeito à autonomia federativa; a integração e a articulação das redes públicas de ensino e a de saúde; a territorialidade; a interdisciplinaridade e a intersetorialidade; a integralidade; o cuidado ao longo do tempo; o controle social; e o monitoramento e avaliação permanentes. É assim que, em seus objetivos, considera a necessária articulação das ações do Sistema Único de Saúde (SUS) às ações das redes de educação básica pública, de forma a ampliar o alcance e o impacto nas condições de saúde de estudantes e de suas famílias, otimizando a utilização dos espaços, equipamentos e recursos disponíveis.

O PSE é dividido em quatro componentes: (1) avaliação das condições de saúde; (2) promoção da saúde e prevenção; (3) educação permanente e capacitação dos profissionais de saúde, de educação e de jovens; (4) monitoramento e avaliação da saúde dos estudantes. E em relação à promoção e prevenção, similar a PNPS, ele descreve prioridades com aspectos específicos: alimentação, prática de atividade física, uso de tabaco e outras drogas, acrescentando questões relativas à sexualidade e saúde reprodutiva e lançando mão de pesquisas, como a Pesquisa Nacional de Saúde do

Escolar (PeNSE) ¹⁰⁷ para avaliação e monitoramento da saúde dos escolares. Contudo, esse modelo destaca seu componente assistencial calcado na avaliação clínica, psicossocial, nutricional e de saúde bucal dos alunos.

Estudos posteriores poderão contribuir com melhor análise da implementação desse modelo, mas há que se destacar aspectos positivos, como: (a) **proposta de criação da Comissão Intersetorial de Educação e Saúde na Escola** (CIESE) ¹⁹¹, como pensada no modelo da EPS para reforço de ações intersetoriais. A finalidade dessa Comissão seria estabelecer diretrizes da política de educação e saúde na escola, em conformidade com as Políticas Nacionais de Educação e com os objetivos, princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde. Havia expectativa de que os municípios que aderissem ao PSE formassem essas comissões, com representação estadual e dos Conselhos Municipais e Estaduais de Educação e de Saúde. Isso poderia contribuir para rever a relação entre as diferentes esferas de governo no que se refere à colaboração intersetorial. (b) **valorização da atenção primária em saúde**, em particular da Estratégia de Saúde da Família, com a expectativa de ampliar o acesso e redefinir o modelo na lógica territorial. (c) **previsão de recursos federais específicos para a implantação do programa**. Pela área da saúde, criação do Incentivo PSE, em parcela extra do incentivo mensal às Equipes de Saúde da Família e de Saúde Bucal com base no número de ESF cadastradas no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde. Pela área da educação, recursos repassados aos municípios através de instrumentos e equipamentos médicos, materiais para a formação e qualificação dos profissionais e para subsidiar o trabalho das equipes de saúde da família e das escolas cadastradas no Sistema Integrado de Monitoramento Execução e Controle do Ministério da Educação (SIMEC). (d) **desenvolvimento de indicadores** para criar banco de dados que mensurassem atividades de saúde na escola nos diferentes municípios que aderiram ao PSE, principalmente com a possibilidade de cruzar as informações entre os dois setores. Entretanto, a dicotomia de distribuição de recursos, de tempo e de natureza diferentes tem gerado algumas desconexões na organização dos Projetos Locais nos municípios que fizeram adesão ao PSE ^{176, 142}.

O desafio do desenvolvimento do PSE proposto pelo Governo Federal nos diferentes municípios será o de respeitar a autonomia de gestão, a capacidade de organização e a política de saúde que define o modelo de saúde na escola, em cada município. Outro desafio está na inclusão de componentes qualitativos capazes de reconhecerem as boas práticas em saúde na escola, através de modelos de avaliação que superem a busca, ainda restrita, aos indicadores quantitativos voltados para ações de

prevenção de risco, e longe, portanto, dos modelos avaliativos propostos em promoção da saúde^{18, 1, 11, 20, 108}.

2.9. Identificando alguns modelos

Foi analisada uma diversidade de propostas conceituais e teóricas que sustentaram os diversos modelos e iniciativas de saúde na escola em diferentes períodos e diferentes contextos. As análises dos setores Saúde e Educação permitem que se articulem, portanto, teorias educacionais por um lado, e por outro, diversas práticas e ações de saúde, em que está presente um forte componente médico-assistencial. Em primeiro lugar, foi visto um modelo de saúde na escola baseado em princípios de uma prática higienista, e com um persistente componente eugênico, estabelecendo, ou melhor, impondo normas e ações para o espaço escolar. Em seguida, e às vezes se superpondo, um modelo campanhista e um discurso preventivista em relação às questões da saúde. Em outra direção, mas sem a superação da visão biomédica hegemônica, a pouca efetividade e a dificuldade de acesso aos serviços de saúde por parte dos escolares e da população em geral em um contexto de adensamento urbano justificam um modelo ideal, onde os equipamentos e serviços médicos são ou devem ser introduzidos no espaço escolar.

Assim, a análise dos referenciais teóricos que influenciaram as práticas de saúde na escola identificou alguns modelos, num primeiro bloco: (a) **higienista, normativo e disciplinar** de comportamentos e práticas de saúde, com um claro componente moralista; (b) modelos que agrupam o **aparato médico terapêutico especializado, tentando responder pelo “fracasso escolar”** e pelas diversas dificuldades de aprendizagem dos escolares; (c) modelos que criam **comissões mistas de educação e saúde** redirecionando as ações para o setor Saúde; (d) modelos que **reconstroem o serviço de saúde no espaço da escola**; e, (e) modelos em que o **público alvo é a primeira infância**, e que, portanto, desloca a questão para o campo materno infantil, deixando a saúde do escolar em segundo plano.

Por outro lado, há modelos de saúde na escola influenciados pelos referenciais de promoção da saúde, que constituem um segundo bloco, como (f) o de escola que produz saúde, com **ênfase na educação popular em saúde**; (g) o **de escolas promotoras de saúde de iniciativa internacional**, que apesar de não se concretizarem como programa ou política nacional de saúde na escola no Brasil, favorece a reflexão sobre a necessidade de revisão dos modelos de saúde escolar, (re) traduzido em

diferentes regiões do país; e (h) o desenho atualmente em implantação do **Programa de Saúde na Escola (PSE)**, que traz entre seus componentes, a educação permanente como uma estratégia problematizadora (modelo freiriano de educação), mas no qual permanece muito forte o componente clínico-assistencial.

Certamente ocorreram avanços ao longo do desenvolvimento desses modelos e programas, mas de modo geral, há uma corrente hegemônica na forma de conceber saúde não no seu sentido mais amplo com peso considerável no desenho das políticas de saúde, assim como nas concepções e políticas de educação. O setor da educação não reage de modo mais proativo às propostas vindas do setor Saúde, permanecendo passivo, sem que se constituam relações e propostas inovadoras. Antes de identificar e problematizar a articulação intersetorial, a saúde escolar é amplamente vista como produto de uma ação “compensatória” entre setores cujas políticas não atendem as necessidades de saúde e educação da população.

Ao contrário, o reconhecimento da complexidade dos problemas da vida cotidiana como o desafio a ser enfrentado integralmente e não como se fossem restritos às especificidades de um ou de outro setor, pode ser estratégico para garantir a interlocução, comunicação e negociação de agendas e encaminhamentos que viabilizem, de fato, uma ação intersetorial ¹⁰⁹.

Os cenários políticos e os contextos históricos, como discutidos, são decisivos no desenho dos modelos. Nesse aspecto, é preciso destacar o diferencial de experiências que priorizam na sua construção, a participação e o controle social. Importam na medida em que permitem maior discussão e aprofundamento da ação intersetorial, bem como uma prática de empoderamento da comunidade escolar. Neste caso, como mostramos, a ênfase sobre a saúde não é posta exclusivamente nos fatores e características biológica, ou nos fatores de risco à saúde, mas na compreensão da saúde como produto da vida cotidiana, isto é, abrangendo desde os fatores biológicos e ambientais até os aspectos socioculturais, econômicos e políticos na determinação das condições de saúde e qualidade de vida.

Na tabela 02, estão listados alguns dos principais modelos descritos a partir dessa análise, em que se procura identificar a teoria que cada um trás em si, a natureza e a dimensão de articulação entre os setores da saúde e da educação que o modelo desenvolve, bem como suas principais características.

Tabela 02. Matriz dos diferentes Modelos Teóricos de Saúde na Escola

Modelo de Saúde na Escola	Teoria	Articulação entre os Setores	Principais características
Higienista	Prática para mudar comportamentos, inclusive morais. Evitar disseminação de doenças. Preparar corpo como força de trabalho. Saúde vista como ausência de doença. O indivíduo é responsável por sua saúde.	Autoritária e normativa. Setor saúde define o que deve ser feito e a Escola acata passivamente. Conhecimento está pronto (<i>Top Down</i>).	Autoritária e disciplinar Preventivista. Modelo previamente determinado. Ação centralizada de cima para baixo. Poder decisório central sem permitir participação.
Biomédico especializado	Prática assistencialista e curativa com base hospitalocêntrica. Medicalizadora das questões da aprendizagem. Conhecimento é do especialista que fragmenta o olhar sobre o indivíduo. Individualista e compartimentalizada. Saúde ausência de doença, que depende da análise/ação do especialista.	Organizada na ótica da atenção médica. Prioridade de acesso aos serviços especializados de saúde. De autoridade com conhecimento prévio. Não permite construção de novo conhecimento. Cada setor tem seu próprio conhecimento e não há troca.	Prioriza medicina especializada. Acesso a serviços de maior complexidade. Não valoriza atenção primária em saúde. Medicaliza o fracasso escolar.
Uso do espaço da escola para equipamentos e serviços de saúde	Cria serviços de ambulatório para atendimento na escola. Convivência de profissionais de saúde e de educação no mesmo espaço físico: a escola. Conceito de saúde ainda como ausência de doença com prioridade para tratamento e cura. Caráter preventivista presente para evitar que a saúde comprometa o aprendizado.	Presença física em espaço comum. Não compartilhamento de metas, objetivos e decisões. Ações na maioria das vezes, desconectadas. Territorialização não contextualizada – os campos são distintos: escolas e serviços de saúde. Não gera novo conhecimento.	Ações de saúde descontextualizadas da rede de serviços de saúde. Prioridade para práticas assistenciais. Coordenação das ações permanece isolada. Caminham na contramão do SUS. O poder decisório é específico de cada setor e não propõe a participação ativa.
Promoção da Saúde	Protagonismo do sujeito. Ação descentralizada (<i>bottom up</i>). Articula conhecimento e diferentes saberes (especializado e popular). Favorece o diálogo e a interação das questões sociais com a saúde.	Teoria social com forte enfoque nas experiências. Compartilha objetivos, metas e recursos. Os dois setores reconhecidos como parceiros ativos do processo. Poder decisório é compartilhado entre os dois setores e a comunidade escolar. Articulação entre diferentes esferas de governo e outros parceiros envolvidos.	Realiza-se no contexto das relações humanas. Constrói saber e conhecimento. Tem bases comunitárias. Projetos pedagógicos. Ênfase na contextualização e territorialização do espaço da escola. Respeito à rede de saúde com valorização da atenção primária em saúde no contexto do território.

3º CAPÍTULO

Caminhos da promoção da saúde na escola no município do Rio de Janeiro

3.1. Trajetória de Saúde na Escola no município do Rio de Janeiro (2000 a 2009)

Ao analisar a evolução do programa de saúde escolar no município do Rio de Janeiro nos últimos dez anos (de 2000 a 2009), é fundamental reconhecer no seu desenvolvimento, o referencial da Iniciativa de Escolas Promotoras de Saúde ⁹. A análise de sua trajetória pressupõe compreender sua concepção como programa de promoção da saúde e, assim, como sistemas complexos de ação social. Potvin, Gendron S. e Bilodeau ¹ compreendem tais programas a partir de processos de mudança, tanto dos seus elementos constituintes - estrutura, finalidades, atividades e recursos, como a partir da sua interação com o contexto. O desafio para compreender sua implantação e implementação pressupõe a identificação de redes sociotécnicas e interesses que tornam possível o desenvolvimento do programa, suas controvérsias e ações que geraram diferentes graus de envolvimento e mobilização de diversos atores ao longo do tempo.

Um elemento crucial para os programas são suas teorias e os principais conceitos que justificam sua implantação. A chamada teoria do programa pode influenciar na compreensão pelos atores envolvidos da natureza e do caráter da intervenção e, portanto, na própria maneira como o programa é implementado ¹¹⁰.

Para que se possa compreender o programa delineando o curso de seu desenvolvimento, é necessário traçar uma cronologia dos principais eventos e contextos que caracterizaram sua trajetória no período aqui destacado. A partir da análise de documentos oficiais das Secretarias Municipais de Saúde e de Educação e da coleta de dados de diversas publicações e materiais audiovisuais e impressos produzidos, foi possível considerando os períodos do desenvolvimento do programa deste estudo, defini-los mais especificamente por etapas, a saber:

- (1ª) 2000-2001, identificada pelo Projeto Piloto de Escolas Promotoras de Saúde;
- (2ª) 2002-2004, identificada por processos de Capacitação em Práticas Metodológicas;
- (3ª) 2005-2006, identificada por processos de Capacitação Temática e Descentralizada;
- (4ª) 2007-2008, identificada pelas Oficinas de Saúde na Escola;
- (5ª) 2009, identificada pelo Programa Municipal de Saúde na Escola.

Embora esse tenha sido o recorte para fins deste estudo, foi importante considerar os antecedentes e os caminhos precursores do Programa de Saúde Escolar de

1992 a 1999, ou seja, desde sua criação oficial com a reestruturação do organograma da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, que criou a Gerência do Programa de Saúde Escolar na Coordenação de Programas Especiais da Superintendência de Saúde Coletiva³⁵. Vale destacar que no âmbito da Cidade do Rio de Janeiro (o que ocorre também, na esfera estadual e federal), a saúde escolar da década de 80 para a década de 90, deixara de existir como atividade integrante no escopo dos órgãos e no planejamento de programas do setor Saúde.

Conforme visto no desenvolvimento histórico dos Programas de Saúde Escolar (ver capítulo 01) há indícios de que essa “lacuna” da saúde escolar nas políticas de saúde tenha ocorrido por conta dos encaminhamentos gerados a partir das decisões da Conferência de Alma-Ata³¹. Ao destacar a prioridade de programas e políticas de saúde para atender especificamente, crianças de zero a cinco anos e a mulher, essa Conferência influenciou na decisão sobre o “pacote” de ações básicas de saúde. Foram valorizados a vacinação, o crescimento e o desenvolvimento, a amamentação ao seio materno, o controle de diarreias e de doenças respiratórias, além das ações voltadas para atenção à concepção, ao pré-natal, ao parto e ao puerpério, com o propósito de prevenir e evitar agravos mais comuns e intensos a esse grupo.

Durante a década de 80 prevaleceram, de fato, os programas de atenção materno-infantil, grupo considerado mais vulnerável, e cujos indicadores epidemiológicos de morbidade e mortalidade bastante desfavoráveis, precisavam ser enfrentados e minimizados. Esta reorganização de programas de saúde por faixa etária, aos poucos, restringia a definição de escolar como a criança a partir de 7 anos de idade que ingressava na escola de ensino fundamental. Com a dificuldade de acesso desses escolares aos serviços de saúde, pequenos demais para serem adolescentes e grandes demais para frequentar os ambulatórios de pediatria, suas dificuldades manifestadas na escola eram de modo geral, encaradas pelos professores como problemas de saúde a despeito da natureza e de suas causas. Isto, além de reforçar a demanda do setor educação por saúde, que não era respondida pelos serviços de saúde de forma adequada, não só pela dificuldade de acesso, mas pela forma como eram conduzidas com base na concepção médico hospitalar quando atendidas por esses serviços. Como já vimos, acopladas a outras questões determinantes, este processo contribuiu para intervenções denominadas de medicalização do fracasso escolar. As diferentes formas do pensar no atendimento e nos encaminhamentos em relação às questões próprias do escolar mantinham-se como motivação para a (re) criação de programas de saúde escolar.

Com a retomada dos Programas de Saúde Escolar na década de 90, a questão da faixa etária deixa de ser o eixo de definição de escolar, e a idéia que em geral passou a predominar era a de considerar escolar aquele individuo que estava na escola, independente do segmento educacional a que pertencesse. Neste sentido, no caso, do município do Rio de Janeiro, o Programa se definiu a partir desse período, como de atenção à saúde da criança e do adolescente em idade escolar. Duas questões estavam postas: primeira, que o conceito de escolar não fosse restrito a sua inserção apenas no ensino fundamental e, a segunda, mais ampla, que o escopo de definição de escolar deixava também de se restringir apenas à inserção na escola, ou seja, independente da idade ou de estar ou não matriculado na escola, escolar era a criança ou adolescente que já teria idade para estar na escola, com direito ao acesso à educação e a freqüentar, portanto, uma instituição de ensino.

Essas concepções foram determinantes do objeto do programa de saúde escolar, ampliando o que poderia ser chamado de público alvo de sete a dez anos, para o de zero a dezenove anos. E, ao considerar as questões de direito à saúde e à educação como de direitos humanos e a vida com qualidade, tem-se uma perspectiva de lidar com esses indivíduos, não como objetos, mas como sujeitos do programa. O programa de saúde escolar do município do Rio de Janeiro surge, nesse momento, com a proposta de não repetir a perspectiva de medicalizar questões sociais, isto é, reduzir questões sociais a uma perspectiva biomédica.

3.2. Antecedentes e caminhos precursores para um modelo em promoção da saúde (1992 – 1999)

A Gerência do Programa de Saúde Escolar criada na década de 90 (SMS/RJ, 1992)³⁵ e integrada ao organograma da Secretaria Municipal de Saúde, formulou suas diretrizes no escopo de um programa proposto numa perspectiva crítica²³ e na ótica da atenção à saúde da criança e do adolescente em idade escolar. Era definido como Programa de Saúde Escolar da Coordenação de Programas Especiais da Superintendência de Saúde Coletiva da Secretaria Municipal de Saúde com inserção e interlocução com outros programas de saúde, em particular, com os de saúde da criança e do adolescente²³. O Programa se constituía no conjunto sistemático de ações voltadas para a prestação de serviços de saúde à criança em idade escolar, em seu ambiente de estudo e a comunidade em que vivia. E pretendia, em seus objetivos, estabelecer uma nova relação entre educação e saúde e entre técnicos e usuários dos serviços de saúde. Nas suas definições e metas reforçava, portanto, a idéia de aumentar o escopo de

atuação para além da faixa etária e do segmento de ensino. Questionava a manutenção do termo saúde escolar, sobretudo, no sentido de representar a dificuldade em operar transformações na forma como os setores se relacionavam em modelos e propostas anteriores de saúde escolar²³.

Essas diretrizes referendavam as atividades na perspectiva do Sistema Único de Saúde²⁵ e propunham a integração entre os setores e as políticas sociais da Prefeitura, bem como a capacitação técnica de profissionais e de representantes da comunidade escolar, e a descentralização das suas atividades com criação de grupos de trabalho regionais e locais, tendo como referência três eixos básicos: **educação e saúde; desenvolvimento e aprendizagem; e participação popular.**

Sua implantação fundamentou-se no contexto da gestão da Prefeitura da Cidade do Rio de Janeiro na época (1993-1996), que propunha integrar e articular o trabalho e a ação/intervenção de seus órgãos e gestores da área social, com a implantação da chamada Macrofunção de Políticas Sociais. A proposta era afinar e integrar a condução e a formulação das Políticas Públicas da Prefeitura, em particular as de saúde, educação e desenvolvimento social. A proposta de Saúde Escolar²³, nesse período, se delineava com a perspectiva de um modelo com base intersetorial, descentralizado e participativo com valorização da participação popular na sua construção. Apresentava, portanto, elementos fundamentais de uma proposta de programa de promoção da saúde^{21, 1, 11}.

Os gestores em parcerias com a Universidade Federal Fluminense, a Universidade do Estado do Rio de Janeiro e o Instituto de Pesquisa Heloisa Marinho assinalavam os principais referenciais teóricos que fundamentariam o Programa, propondo ultrapassar uma proposta higienista e assistencialista. Foi pensado um modelo de Comissões Mistas de Educação e Saúde e seriam considerados os levantamentos diagnósticos e prioridades sanitárias, epidemiológicas e educacionais a partir das quais seriam definidas a prestação de serviços à população. A prioridade era com crianças e adolescentes de cinco a dezenove anos. Suas metas estavam voltadas para melhorar o acesso da comunidade escolar aos serviços de saúde e aumentar a cobertura e abrangência das ações de assistência integral à saúde da população.

Como uma preocupação de articulação intrasetorial, de formular parcerias com os outros programas da SMS/RJ, as ações previstas eram as das chamadas ações integradas de saúde da criança, do adolescente, da mulher, bem como a bucal, a mental, a ocular, a de audiocomunicação, a de vigilância epidemiológica e a de desmedicalização do fracasso escolar. Cada uma dessas ações previstas resultava da busca intra-setorial com os diferentes programas da Secretaria Municipal de Saúde que

tinham interface com os escolares e a escola. E cada uma delas procurava dar conta de responder a demandas específicas de saúde da escola, embutidas em sua própria denominação: saúde ocular, mental, bucal, entre outras. Entretanto, como definido nos seus objetivos, a proposta de estabelecer uma nova relação entre Saúde e Educação e entre técnicos e usuários dos serviços de saúde, foi dada maior ênfase à ação da desmedicalização do fracasso escolar. Além disso, essa ação tentaria atender uma demanda antiga e persistente da Educação para a Saúde. Os setores entendiam que o papel da Saúde na escola era o de atender aos alunos com problemas e dificuldades de aprendizagem, no desempenho escolar ou no processo de seriação e absenteísmo. Tratava-se de uma ação que não estava diretamente ligada à ação clínica assistencial e terapêutica, como as outras ações propostas. Ao contrário, valorizava mais os processos e mecanismos de interseção intersetorial, ação participativa com construção coletiva das intervenções e soluções, dando ênfase à questão conceitual como estratégia de propor mudanças, ultrapassando a prática de medicalizar questões que não são de origem médica. Contudo, ela tão pouco descarta o atendimento integral à saúde nos serviços de saúde.

Desenvolver estratégias de desmedicalização do fracasso escolar representava uma reflexão conceitual sobre o que se entendia por educação. Como vimos anteriormente, as ações de saúde na escola estão diretamente relacionadas às práticas pedagógicas presentes e que são implementadas.

No que se refere ao enfrentamento do fracasso escolar, como pretendia a ação de desmedicalização, destaca-se de novo, das considerações anteriores já feitas aqui, a **concepção construtivista de educação**, que considera o homem como um ser social ⁷² e como aquela que apresenta avanços e maiores possibilidades de redimensionar a relação entre a educação e a saúde. Por pautar uma percepção mais holística do homem e considerar suas inter-relações de vida com o mundo, essa concepção não permite justificativas dadas para o fracasso escolar que culpabilizem o aluno ⁴⁷, que é antes de tudo, uma vítima de propostas pedagógicas e políticas de educação equivocadas que não garantem a educação como um direito de todos.

Nessa proposta de Programa de Saúde Escolar prevaleceu com ênfase, a idéia de desenvolver estratégias que revisassem de fato, a natureza das demandas de saúde da educação e que a saúde, ao mesmo tempo, pudesse revisar as formas como ela recebia, traduzia, abordava e encaminhava tais demandas.

Desmedicalizar o fracasso escolar torna-se um verdadeiro desafio para a gestão, sobretudo para a gestão dos serviços de saúde e para o desenvolvimento de programas de saúde na escola. Como então, elaborar um programa de promoção da saúde propondo outro referencial teórico e mudanças na prática, garantindo ações de assistência à saúde? E principalmente, quando a demanda clínico terapêutica permanece na ordem do dia como solução de pouca efetividade para os problemas de ensino na prática dos gestores, profissionais e no imaginário da própria comunidade escolar, alunos, professores, pais e responsáveis.

Será essa a diferença de programas de promoção da saúde? Pautar processos e produzir efeitos a partir da ação participativa em que todos estão convidados a refletir, rever seus conceitos, seu *modus operandi* no cotidiano? Ou ainda, inter-relacionar diferentes setores instigando-os a se apresentarem conceitualmente e a trazerem suas práticas para a construção de uma nova prática, um novo saber? Esse tipo de atitude disputa necessariamente com ações de assistência? Revisar conceitos e práticas qualificam a atenção integral à saúde como pretendida por um programa de saúde? Essas perguntas ao serem respondidas por programas de saúde na escola, os tornam mais efetivos?

Do ponto de vista da aplicabilidade das ações, é mínimo o tempo exigido pelos gestores para que elas tenham visibilidade suficiente para representarem efeitos de um programa de governo que, por sua vez, tem um prazo determinado. Ao contrário do tempo exigido para que com suficiente efetividade, haja aplicabilidade de referenciais teóricos que representem transformações práticas de enfrentamento de problemas e demandas, e que se tornem visíveis enquanto ações determinadas por um programa. Essa diferença de tempos na busca por resultados que desconsidera, sobretudo, a valorização dos processos, e que exige períodos maiores do que a etapa de uma gestão governamental da Prefeitura, implica num mecanismo muito pouco facilitador do cumprimento das metas propostas inicialmente pelo programa de saúde escolar.

A dificuldade de por em prática a ação de desmedicalização do fracasso escolar nos serviços de saúde, implicou em uma vantagem já que o programa impediu naquele período, o desenvolvimento de estruturas complexas e especializadas voltadas especificamente para atendimento à saúde dos escolares, como era comum nos modelos anteriores (como visto no capítulo 02), quer nos serviços de saúde quer nos diversos segmentos da educação.

Contudo, isso só foi possível por indícios de ação intersetorial através de identificação de pressupostos teóricos compartilhados em comum entre os setores envolvidos no Programa que podem contribuir para consolidá-los na prática. Os gestores da Secretaria Municipal de Educação defendiam outras estratégias da não medicalização do fracasso escolar. Além de estarem atentos à elaboração das diretrizes do Programa de Saúde na Escola, eles revisaram o papel e redesenharam a estrutura do Instituto Helena Antipoff (IHA), integrante da SME, responsável pelo atendimento a crianças com deficiências. Ao invés da proposta que predominava de formar grupos de alunos pela natureza de sua deficiência para serem atendidos de forma isolada, a ideia que prevaleceu foi a de reconduzir essas crianças às classes regulares de ensino, evitando que elas permanecessem em classes especiais e de que se concentrassem em “grupos” de deficientes.

A convergência de referenciais teóricos da gestão central dessas Secretarias fortaleceu as decisões de redesenhar a proposta de saúde na escola do Programa, nesse caso, com abordagem intersetorial. Entretanto, vale destacar que os profissionais que atuavam no âmbito regional da gestão e, principalmente, aqueles nas unidades escolares e nos serviços de saúde mantinham divergências, e essa não era uma perspectiva consensual. Construir uma base conceitual e de estratégias comuns nos diferentes setores foi o que motivou e permitiu encaminhar a proposta de desmedicalizar o fracasso escolar. Pretender que isso ocorresse comprometendo os diferentes níveis da gestão e que envolvesse a própria comunidade escolar, justificava a perspectiva do Programa de: (a) constituir nos diferentes níveis da gestão, comissões mistas de educação, saúde e desenvolvimento social com representantes da comunidade; e (b) investir na descentralização para expansão da discussão teórica e reflexão, assim como mudanças de práticas.

Marco lógico do Programa de Saúde na Escola

Os objetivos do Programa no período inicial de sua criação, em 1992, eram: (a) promover a sistematização de ações voltadas para a saúde da criança em idade escolar (b) estabelecer nova relação entre Saúde e Educação e entre técnicos e usuários dos serviços de saúde e das escolas; (c) propor a assistência integral à saúde, ao desenvolvimento e à aprendizagem da criança e do adolescente; (d) desenvolver programas de capacitação de recursos humanos (profissionais e representantes da comunidade; e (e) constituir comissões mistas de educação, saúde e desenvolvimento social no âmbito central, regional e local ²³.

Ao considerar que a proposta fundamental do Programa era a de promover saúde no espaço da escola, importa identificar a teoria do programa que o norteia para que se possa dimensionar se o programa alcançou seus objetivos. Porém, mais importante, como cita WEISS ¹¹¹, é entender de que modo o programa consegue alcançá-los. Além de delimitar seus componentes como da natureza da promoção da saúde, caberá entender mais claramente de que forma a proposta desenhada pelos técnicos do âmbito central da gestão se traduz no âmbito regional e local (comunitário) e de que modo as transformações que ele produz nesses níveis são respondidas, respeitadas e acolhidas pelos gestores como releitura e redefinição de seu modelo decorrente, assim, de processos participativos.

É preciso, portanto, identificar os processos de descentralização que tenham garantido uma revisão teórico conceitual e o tipo de prática proposta. Esses processos podem contribuir para envolver os diferentes níveis da gestão e os diferentes atores, bem como permitir que cada um dos envolvidos possa atuar ativamente. A expectativa era que as ações pudessem, de fato, ser traduzidas pelos diferentes atores de forma a ter significado para eles próprios e para suas vidas. Neste sentido, ao invés de se circunscreverem como objetos do programa, os atores se apresentam como sujeitos desse programa, que se transforma a partir da participação comunitária e da colaboração intersetorial em programa efetivo de promoção da saúde na escola ¹.

O pressuposto do Programa, ao partir de uma proposta de saúde na escola desenhada no nível central da gestão, principalmente pelo setor Saúde, propõe se articular com a Secretaria Municipal de Educação e a Secretaria de Desenvolvimento Social para desenvolvê-lo em parcerias. Ao reconhecer os referenciais teóricos anteriores, os gestores pretendiam que fosse estabelecida uma relação entre esses setores

de forma diferente daquelas que, até então, eram concebidas no âmbito dos programas de saúde escolar.

Como estratégia para comprometer os níveis regionais e estimular a ação local, foi utilizada a descentralização da gestão e das ações para sensibilizar, mobilizar e provocar releituras do desenho do programa pelo nível da gestão regional de acordo com as especificidades de seu contexto, a partir daquele que fora proposto inicialmente pelo nível central. Com a perspectiva de que as escolas e serviços de saúde, por sua vez, também revisassem ou (re) traduzissem a proposta original, a expectativa da lógica do Programa pressupunha que a sua reconstrução fosse oriunda da ação local, considerando uma nova relação entre profissionais e usuário, com ênfase na participação popular ¹¹², nas políticas sociais e cidadania.

No esquema apresentado na *Figura 01* (pág. 81), a lógica do Programa se baseava na articulação das ações entre os três setores (que na sua criação – 1992 – não surgia com a terminologia de intersectorialidade), na formação de comissões mistas regionais e locais e na descentralização da gestão. A ênfase dada era no modelo no qual a gestão participativa em todos os níveis, priorizava a escuta entre os gestores, as equipes e os parceiros, mas principalmente, a escuta dos usuários dos serviços de saúde e da comunidade escolar pelos diretores e equipes das escolas, dos serviços de saúde e dos serviços sociais.

O Programa, nesse período, tinha também como estratégia, o desenvolvimento de ações de capacitação, o que fortalecia e favorecia novas parcerias com universidades, institutos de pesquisas e organizações não governamentais. Mesmo que seus documentos não destacassem a terminologia de promoção da saúde, a ideia original foi de instrumentalizar tecnicamente profissionais e representantes da comunidade escolar com prioridade para os marcos teóricos referentes às concepções de educação e de saúde, para que eles analisassem suas condições sociais. Com o objetivo de revisar conceitos que fundamentavam as práticas anteriores de saúde escolar, os processos de capacitação pretendiam estimular a análise crítica dos sujeitos, atores e gestores envolvidos para que estes atuassem na mudança da prática de saúde na escola. Por esses motivos, as prioridades das atividades de capacitação eram referentes ao desenvolvimento e aprendizagem de crianças e adolescentes para que construíssem novas formas de pensar a saúde na escola.

Este tipo de desenho exigia dos gestores do nível central capacidades e habilidades participativas e democráticas de reconsiderar a incorporação de novas propostas ao desenho e às diretrizes iniciais a partir do que fosse redesenhado ou (re)

traduzido no âmbito regional e local. A proposta de fortalecer as ações locais de acordo com a dinâmica territorial representava a expectativa de que a participação da comunidade redesenharia o Programa de acordo com seus desejos, necessidades, prioridades e a busca coletiva de soluções para seus problemas ¹¹³.

Como se observa na *Figura 01* (pág.81), a partir da proposta elaborada pelos gestores centrais, (movimento de cima para baixo - *top down*) era esperado que suas estratégias e atividades fortalecessem a ação local e a participação ativa dos sujeitos de forma suficiente, para que o envolvimento e a participação da comunidade escolar pudessem gerar um movimento (de baixo para cima - *botton up*). A partir daí, o programa seria redesenhado e traduzido de forma significativa e efetiva para atender as questões de saúde e de vida da comunidade escolar. Nesse sentido, o Programa pretendia estabelecer um novo modelo de saúde na escola, considerando a concepção de promoção da saúde que não se fazia evidente nos modelos anteriores.

Acompanhar a estruturação desse Programa, no período de 2000 a 2009, permite entender o envolvimento dos atores e captar em que medida e em que sentido, o programa foi capaz de operar transformações e tornar inteligível a sua realidade ⁷.

Ainda nessa etapa de antecedentes do Programa (1992-1999), vale observar que a proposta de ação intersetorial aparece de forma mais avançada só posteriormente (1999), com a contribuição da parceria da Secretaria Municipal de Saúde com a Secretaria Municipal de Desenvolvimento Social (SMDS), não só porque compartilhava dos referenciais teóricos do programa, como também por conta de investimentos de recursos financeiros obtidos por esta última, oriundos do governo Federal.

Esses recursos, em 1999, possibilitaram o desenvolvimento do Projeto *Nessa Escola Eu Fico* ¹¹⁴ como atividades de saúde na escola. Este projeto teve como objetivo reverter a repetência, a evasão escolar e a exclusão de direitos de crianças e adolescentes de uma vida saudável, que sem opção, deixavam a escola para ingressar precocemente, no mercado de trabalho informal. As ações propostas priorizavam as áreas mais desfavoráveis da Cidade do ponto de vista social, cultural e econômico. Foi neste período que o Ministério da Educação (Programa de Governo de Fernando Henrique Cardoso) investiu numa campanha nacional de inclusão todas as crianças e adolescentes na escola. Na faixa etária de 7 a 14 anos, todos deveriam estar matriculadas numa escola de ensino fundamental.

Assim, com o protagonismo da SMDS, o setor Saúde e setor Educação atuavam com ações de saúde na escola, de forma a enfatizar a autoestima e ação protagonista das crianças e adolescentes, o desenvolvimento de atividades complementares às da escola,

umentando o tempo de permanência na escola, e criando um entorno social e comunitário com ambientes mais saudáveis. Seu objetivo era favorecer o desenvolvimento e a aprendizagem desse público em diferentes linguagens e atividades artísticas, esportivas e culturais, dentro do contexto histórico e social da comunidade.

Além de investir em práticas pedagógicas mais contextualizadas, foi mérito deste projeto investir na capacitação técnica de profissionais da educação e da assistência social na área de saúde dentro da perspectiva de promoção da saúde^{IV}.

Ao aumentar o tempo de permanência dos escolares na escola e ao incluir outros setores, como a cultura e o desporto da Macrofunção de Políticas Sociais numa ação de colaboração intersetorial, o projeto pretendeu melhorar a qualidade da escola, melhorar as condições de saúde e de vida dos alunos, estimular a participação da comunidade escolar, ampliar o escopo da escola para além de seus muros, valorizando seu entorno e favorecer em todos os atores envolvidos, a capacidade de pensar, atuar e de tomar decisões.

Essas atividades propostas sob a perspectiva da gestão representavam agora, nesse percurso do Programa, a possibilidade de traduzir na prática, ações em saúde que poderiam responder a concepção teórica de suas diretrizes e da ação de desmedicalização do fracasso escolar. É preciso destacar que as ações de saúde na escola voltadas para a promoção da saúde preveem sua ocorrência em diferentes lócus e, não necessariamente, no dos serviços de saúde. E, de forma mais ampliada ainda, para além do espaço escolar, mas destacadas no bojo dos territórios com parcerias capazes de introduzir novos elementos à ação, como as atividades de cultura, esporte e lazer intseridas pela Secretaria de Desenvolvimento Social.

Podem ser observados, portanto, alguns pontos cruciais daqueles apresentados para categorização do modelo de programa, com base na matriz aqui elaborada (Tabela 02, no capítulo 02, pág. 68), como:

(a) colaboração intersetorial, na qual o setor Saúde deixa de ser o condutor ou o protagonista;

(b) lócus da ação da saúde numa proposta pedagógica que não priorizava a assistência à saúde e que considerava a produção da saúde para além dos serviços de saúde;

^{IV} A abrangência desse Projeto foi de 19 escolas de horário integral e cerca de 11.000 alunos proporcionando uma ação direta com os escolares no lócus de sua vida escolar cotidiana e, portanto, fora dos serviços de saúde.

(c) disponibilidade de recursos financeiros que impulsionavam o Programa mesmo que com um projeto específico e não universal à Cidade, mas com prioridades para regiões mais desfavorecidas com indicadores sociais negativos; e

(d) condução de inter-relação da esfera municipal com a esfera federal da gestão de serviços.

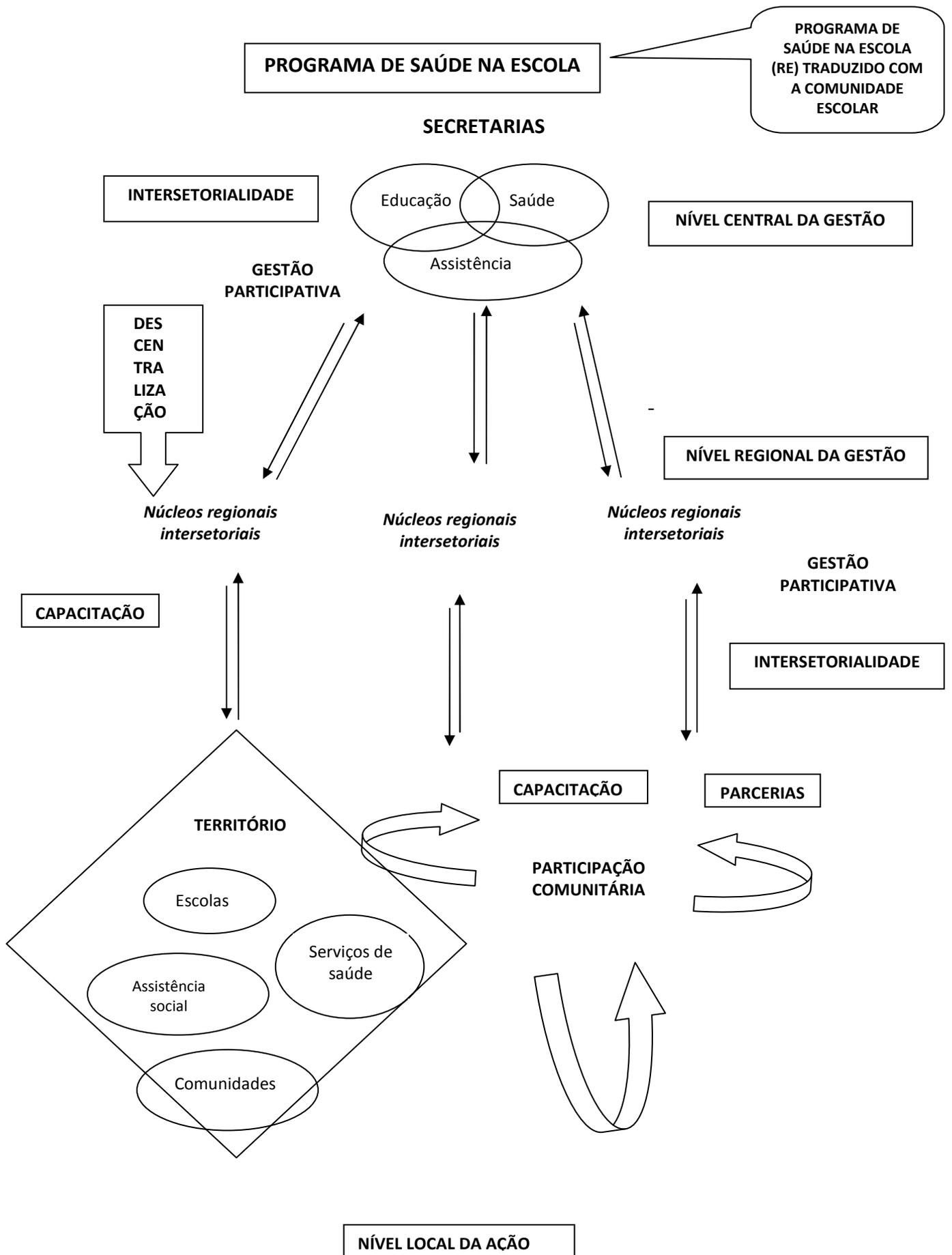
Ao listar essas observações é possível discutir a natureza desse modelo de saúde na escola, se forem considerados, por exemplo, os referenciais de intersectorialidade de Burris e colaboradores¹². Estes autores discutem sobre possíveis conexões e inter-relações de políticas urbanas e do programa proposto, como mecanismos de fortalecimento de processos autônomos e democráticos ou, ao contrário, excluí-los de uma prática participativa.

É importante considerar como os atores externos e de diferentes esferas de governo, inclusive com aporte de recursos financeiros, podem interagir com o desenvolvimento do programa e identificar mais claramente seus objetivos nos processos de sua execução.

Dentre as interações estabelecidas, estão aquelas referentes aos poderes decisórios de caráter interno ao Programa, as ações intrassetoriais no bojo do setor saúde e as ações intersectoriais nas relações que a saúde terá com os outros setores. Ainda compreende aquelas interações de caráter externo, não menos influentes no desenvolvimento do Programa, na mobilização de sua rede sociotécnica com mudanças das conexões, interesses e conflitos entre os atores envolvidos^{1, 115}.

Veja a seguir, na *Figura 01*(pág.81), a representação esquemática do marco lógico do programa no aspecto geral, independente da etapa estudada.

Figura 01- Representação esquemática do Marco Lógico do Programa



3.3. Projeto Piloto e a interface com Escolas Promotoras de Saúde (2000 - 2001)

A Iniciativa de Escolas Promotoras da Saúde apresentada pela Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) em 1996, na 1ª reunião constituinte da Rede Latino-Americana de Escolas Promotoras de Saúde ¹³⁷, tinha como referencial de Escolas Promotoras de Saúde (EPS) o Guia sobre Escolas Promotoras de Saúde ⁹. Com esta Iniciativa, a OPAS propunha a revisão do conceito de saúde no âmbito escolar, com valorização de perspectiva integral e de promoção da saúde, que seria fortalecida através da integração da educação para a saúde no currículo escolar, desenvolvendo metodologias participativas, e propondo a melhora dos serviços de saúde e de alimentação e a criação de ambientes físicos e sociais saudáveis, entre outros.

Além de citar componentes organizativos do que deveria ser uma Escola Promotora de Saúde, o guia listava uma variedade de temas de saúde a serem abordados de forma integral pela escola. Destacava a importância de diagnóstico avaliativo ¹¹⁶ da situação de saúde do entorno da escola e propunha a criação da Rede Latino-Americana de Escolas Promotoras de Saúde desenhando sua estrutura de funcionamento para garantia da revisão dos programas de saúde escolar nos países da América Latina.

Ainda que não se possa falar de uma influência da OPAS sobre as políticas do Governo Federal de saúde escolar, o contato do âmbito municipal com a iniciativa ocorreu através da proximidade de referenciais entre o programa que, até então, se desenvolvia no município do Rio de Janeiro e a Iniciativa EPS recém lançada.

De certo modo, a advocacy do Programa passou pela publicação de suas diretrizes, publicações sobre o Projeto *Nesta Escola Eu Fico*, reconhecido no âmbito nacional pelo Ministério da Saúde como uma experiência saudável ¹¹⁴, além de outras publicações ^{177, 178}. A partir desse período (2000 – 2003), os referenciais da OPAS sobre Escolas Promotoras de Saúde passam a ter forte influência no desenho do programa municipal de saúde na escola.

Entretanto, a implantação de Escolas Promotoras de Saúde no município do Rio de Janeiro levava em conta, com destaque, a tradução desses referenciais de EPS no contexto e nas especificidades da Cidade, na forma como seus atores a compreendiam e de acordo com a negociação dos técnicos com os gestores maiores das Secretarias Municipais envolvidas, diante dessa proposta, para conduzi-la no bojo da política de saúde da SMS/RJ.

Após conversas e acordos entre os diferentes interlocutores do programa, prioritariamente, os gestores do nível central da Secretaria Municipal de Saúde com

parceiros da Universidade do Estado do Rio de Janeiro e do Instituto de Biotecnologia da Universidade Federal do Rio de Janeiro (Fundação Bio-Rio), traduzia-se a proposta de Escola Promotora de Saúde no âmbito do município do Rio de Janeiro, como uma iniciativa que pressupunha compromisso entre a escola, a comunidade e os serviços de saúde em estabelecer parcerias e otimizar os recursos locais. Tal aliança entre esses setores e instituições era proposta com ação integradora e articuladora para o desenvolvimento de práticas de promoção da saúde englobando conhecimentos, habilidades para a vida, tomada de decisões, atitudes saudáveis e construção de ambientes favoráveis à saúde ¹⁷⁹.

O caminho proposto foi de desenvolver um Projeto Piloto ¹⁸⁰ conduzido pelos gestores da saúde, com o objetivo de fortalecer a implementação de ações de promoção da saúde na rede pública municipal de educação ²⁷. A intenção desse piloto foi também, sensibilizar e mobilizar a comunidade escolar quanto ao projeto do Programa na perspectiva da iniciativa de Escolas Promotoras de Saúde proposta pela gestão central, como é de se esperar em programas de promoção da saúde.

A questão do financiamento do programa pode ser dimensionada a partir da natureza das fontes ou de órgãos financiadores e do grau de sua inserção enquanto programa no bojo da política que o define. É possível supor que o aporte de recursos financeiros seja capaz de mobilizar o programa e, dependendo de sua natureza, ainda favorecer mudanças. Essas informações podem ser importantes se esses, por exemplo, representarem fatores ou variáveis que, junto aos aspectos teóricos subjacentes a políticas e ao modelo lógico-conceitual do programa que se quer implementar, venham se constituir num campo de intervenções complexas, como na de promoção da saúde e nos processos avaliativos, pretendendo-se identificá-los como efetivos ou eficazes ⁴².

No caso de um programa com perspectivas intersetoriais é esperado que os setores implicados compartilhem, inclusive, os recursos entre si em prol do Programa. Entretanto, na prática cotidiana há tendência de que a questão do financiamento pode estar ligada ao poder decisório do setor, que predominantemente, aporta recursos em relação aos outros setores. Essa distribuição não igualitária dos recursos torna-se, na prática, um fator impeditivo da ação intersetorial efetiva.

No programa de saúde na escola no município do Rio de Janeiro, incluindo esse projeto piloto, as fontes e formas de alocação de recursos foram oriundas do Sistema Único de Saúde, constituídas de repasses do Ministério da Saúde para o município financiar a assistência ambulatorial e hospitalar, assim como a implementação de programas de saúde coletiva, especialmente incentivados pelas parcelas fixa e variável,

componentes do Piso de Atenção Básica. E oriundos, também, da própria Secretaria Municipal de Saúde, com recursos do tesouro municipal para o financiamento desse conjunto de ações, incluindo convênio com a Universidade Federal do Rio de Janeiro, que subsidiou o Projeto Piloto. As demais Secretarias parceiras, de educação e de desenvolvimento social não compartilharam diretamente com recursos.

O Projeto Piloto ²⁷, ¹¹ formatado para implantação de Escolas Promotoras de Saúde na rede pública municipal previu para um período de um ano (2000-2001), o envolvimento de 100 escolas da rede pública municipal de ensino. Propôs a constituição de equipes de profissionais de saúde (odontólogos e acadêmicos de fonoaudiologia e saúde bucal) e de profissionais da educação (pedagogos e professores multiplicadores), estes últimos, no papel de dinamizadores das ações na escola. Essas equipes que também contaram com estagiários acadêmicos, atuaram em cada escola por períodos que variavam de um a dois meses, interagindo com os atores locais da escola e da comunidade escolar.

A base do projeto piloto foi a constituição de 10 equipes profissionais, composta cada uma delas, por um profissional dinamizador, quase todos com formação na área de psicologia e/ou pedagogia, por um dentista e dois auxiliares estagiários para desenvolvimento de ações de saúde bucal (egressos de seleção na Faculdade de Odontologia da UFRJ) e ainda por um estagiário de fonoaudiologia que se responsabilizou pela triagem visual e auditiva dos escolares. Estes profissionais e estagiários foram selecionados por entrevistas orais, através de convites abertos em universidades.

Essas equipes visitariam um conjunto de escolas municipais, previamente selecionadas pelos gestores do nível central da saúde e da educação, permanecendo em atividades por período inicialmente previsto para um mês, mas que, posteriormente, precisou ser ampliado para até três meses. Além dessa necessidade de adequação de tempo hábil para o trabalho em cada escola selecionada, as dificuldades administrativas e burocráticas dos recursos disponibilizados para o desenvolvimento do Projeto, foram as responsáveis pelo prolongamento do tempo de execução do Projeto Piloto e do maior número de escolas visitadas, que saltaram de 100 planejadas inicialmente, para 120 no período de 2000 ao início de 2002.

Além de criar referências para os escolares serem encaminhados aos serviços de saúde, foi programada a doação de óculos para os alunos que precisavam deles. Para as ações de saúde bucal foram programadas escovação sistemática, aplicação de revelador de placas e de aplicação de flúor, bem como a prática de restauração atraumática com a

aplicação de ionômetro, além de práticas educativas previstas como ações de promoção da saúde. Aos dinamizadores cabia o contato com a direção e coordenação pedagógica da escola, bem como com os pais e responsáveis pelos alunos. Era freqüente a realização de atividades incluindo palestras, mas com a expectativa de que não fossem atividades prioritárias, pois de um modo geral, elas representam ou se instituíam como atividades muito pouco participativas (citar relatórios). Era função dos dinamizadores, com autorização prévia da direção da escola, preencher um instrumento semi-estruturado sobre as condições ambientais da escola a partir das visitas de observações que faziam em todas as dependências da escola. Essa questão foi incluída na avaliação, em decorrência de queixas informais mais constantes de técnicos e usuários das escolas relativas a condições físicas, emocionais, afetivas e ambientais bastante precárias ^V.

O desenho do projeto piloto feito por uma equipe de coordenação central, constituída por gestores da SMS e técnicos da Fundação Bio-Rio, foi baseado numa proposta inclusiva e participativa, com a perspectiva de construir suas ações a partir da interlocução com cada comunidade escolar envolvida. A idéia era a de estimular a participação da comunidade escolar com todos os membros (professores, alunos, pais e responsáveis, entre outros profissionais e representantes locais) comprometidos com o desenvolvimento de projetos locais que, a partir de demandas e prioridades da própria comunidade escolar pudessem se tornar sustentáveis.

Como estratégia capaz de sensibilizar os gestores maiores (secretários de saúde de educação, de assistência social e prefeito), mobilizar profissionais e, sobretudo, a comunidade escolar, o projeto piloto ofereceu ações de saúde bucal, saúde ocular e saúde auditiva a serem realizadas no território das escolas e direcionadas de acordo com as necessidades encontradas para os serviços de saúde da rede municipal. Essas eram demandas da escola para o setor Saúde, reconhecidas de longa data por indicadores desfavoráveis nas condições de saúde bucal e como eventuais causas impeditivas do aprendizado pelas condições visuais e auditivas comprometidas, para as quais não existiam propostas ou projetos capazes de atendê-las.

Enquanto os estagiários coordenavam as atividades específicas, a equipe de dinamizadores (os dois grupos previamente capacitados pela equipe central) se responsabilizava pela coordenação das ações como um todo com o objetivo de propor e coordenar debates e reflexões com as escolas e suas comunidades sobre a promoção da saúde e particularmente, sobre Escolas Promotoras de Saúde. Dessa forma, o Programa

^V A execução do Projeto foi viabilizada através de convênio da Secretaria Municipal de Saúde com a Universidade Federal do Rio de Janeiro, através do seu Instituto de Biotecnologia (Fundação Bio-Rio).

procurava investir em promoção da saúde acoplando atividades assistenciais que contribuiriam para a melhora da qualidade de vida da comunidade escolar, como tentativa de responder assim, demandas específicas da comunidade escolar.

No relatório final do Projeto Piloto (2002) observam-se alguns dos resultados obtidos, como: o envolvimento de 120 escolas (12% da rede municipal de ensino) e cerca de 111.600 alunos (16% do total de alunos). O pressuposto era de que esse contingente de escolas e comunidades, estimuladas por essa rede de atores das equipes externas, estariam sensibilizados e mobilizados para processos que valorizassem a autonomia e o empoderamento de sujeitos. E, que ao mesmo tempo eles se beneficiariam conceitualmente, através de práticas e atividades participativas e do desenvolvimento de projetos locais como processos de empoderamento em promoção de saúde.

Vale destacar que mais do que esses resultados quantitativos, da representatividade estatística da abrangência de escolas e comunidade escolar envolvidas, foi importante dimensionar as contribuições dadas pelo projeto piloto do ponto de vista do modelo de Escolas Promotoras da Saúde proposto pela OPAS ao programa de saúde escolar do município do Rio de Janeiro.

Acopladas a essa, outras questões foram relevantes para prosseguir com o Programa, como: em que medida é importante uma interlocução do Programa Municipal com organismos internacionais? Qual a importância estratégica e a capacidade das atividades do programa em responder demandas assistenciais da comunidade escolar reconhecidas anteriormente e até então não atendidas pelo setor saúde? Quais os efeitos, resultados e evidências de mudanças de referenciais teóricos de profissionais de saúde e de educação e da comunidade escolar? Qual a capacidade das estratégias utilizadas pelo projeto piloto em gerar transformações e assim, validar a estrutura e o modelo utilizado?

Salazar ¹¹⁷, por exemplo, descreve o poder da prática no fortalecimento da teoria e do processo de mudanças a partir de um referencial operacional na forma como a promoção da saúde é implementada e de como esta é avaliada. Como outros autores, ao valorizar o contexto para avaliação em promoção da saúde, Salazar faz referência que nem sempre os gestores dos projetos conseguem identificar na sua implantação ou implementação, os elementos do contexto e a forma como estes influenciam no rumo das intervenções propostas e desenvolvidas. Nesse sentido, é importante observar e considerar um plano avaliativo que possa identificar os processos que fazem o Programa evoluir, ou em que medida as atividades foram adequadas para atingir os resultados

esperados. Contandriopoulos e colaboradores ¹¹⁸ reforçam a necessidade de comparar as atividades oferecidas pelo projeto piloto com as normas e critérios predeterminados pelos resultados esperados desse Projeto.

Portanto, como proposta de acompanhar e aferir o desenvolvimento e resultados do projeto piloto, foi desenhado já na sua elaboração, um plano avaliativo ^{VI} para identificar os mecanismos e/ou parâmetros instituídos no processo de sua implementação e, ao mesmo tempo, para tentar dimensionar o impacto na qualidade de vida das comunidades envolvidas a partir dos referenciais de Escolas Promotoras de Saúde. Esse plano de avaliação foi uma ferramenta estratégica para os gestores municipais no sentido de possibilitar a revisão da condução das práticas pretendidas na gestão da saúde e, em particular, em saúde na escola, de obter subsídios e sugestões teóricas e práticas para a proposta implementada, de reajustar caminhos do projeto durante seu desenvolvimento e execução e ainda mudar rumos, fazer acertos, corrigir erros ou alterar a proposta, se necessário

Nesse documento é dito que a avaliação ¹⁸¹ é contribuição importante por acrescentar um olhar crítico de quem está de fora do projeto matriz: a equipe de avaliação. Bosi e Pontes ¹¹⁹ assinalam o enfoque qualitativo e participativo da avaliação e a capacidade de contribuição sobre os fundamentos e a potencialidade do programa analisado, considerando a atuação dos avaliadores externos que operam como mediadores aos atores e executores do projeto valorizando, sobretudo, o aspecto de inclusão, participação e o aspecto construtivo. Neste sentido, na avaliação externa, o desenrolar do Projeto pode ser visto por especialistas que através de práticas metodológicas diversas, como entrevistas e aplicação de questionários fechados e o uso de relatórios técnicos, preocupam-se em identificar aspectos e qualificar processos para além dos números e metas alcançadas. Ao contrário, ao focalizar as relações que constituem o cotidiano do projeto e suas práticas, tornam possível aferir as principais questões a serem avaliadas, tais como:

- (a) condições de infra-estrutura, gerenciais e administrativas;
- (b) procedimentos de sistematização de atividades;
- (c) diagnóstico das reais condições de promoção de saúde de cada escola;
- (d) grau de satisfação dos usuários, de profissionais e de representantes de diversos segmentos das comunidades escolares nas quais se desenvolvem as ações propostas;

^{VI} O desenho do plano avaliativo e a avaliação foram realizados e coordenados pela Prof. Dra. Sonia Regina Mendes e equipe, da Faculdade de Educação da Universidade do Estado do Rio de Janeiro.

(e) imprimir reflexões sobre promoção de saúde na escola com a perspectiva de estimular a criação de Escolas Promotoras de Saúde.

Importa destacar outras atividades desenvolvidas nesse projeto piloto, tais como reuniões, palestras e algumas providências locais e gerais, relacionadas às demandas e necessidades da comunidade escolar com inúmeras intervenções temáticas como: alimentação; meio ambiente; violência; uso de tabaco; álcool e outras drogas; sexualidade; gravidez na adolescência; sexualidade; prevenção às doenças sexualmente transmissíveis, entre outras. Essas demandas exigiram do Programa a articulação com diferentes programas da Secretaria Municipal de Saúde, como de outras esferas da gestão e de outras instâncias setoriais para seu enfrentamento. Uma das contribuições esperadas do projeto piloto foi a de entender em que medida o Programa Municipal, com formulação de parcerias, troca de experiências, ações e atividades de capacitação, identificação de agentes multiplicadores, produção de material didático de apoio, ação intersetorial, criação de referências regionais e locais, incentivo ao desenvolvimento de ação local, ação participativa e proposta de revisão conceitual, consegue se consolidar efetivo e se constituir como um programa de promoção da saúde.

Uma das premissas era de que as demandas temáticas e as ações/intervenções que elas geravam poderiam consubstanciar estratégias e mecanismos que resultassem, por exemplo, no fortalecimento das parcerias intrasetoriais e intersetoriais, ou que desencadeassem processos participativos e colaborativos, sobretudo, se trouxessem por base das intervenções, a preocupação como identificar e problematizar as questões de base como suporte e apoio, também, para a construção e organização do projeto e do próprio programa municipal de saúde na escola. Ao contrário, a tendência do que se observou no enfrentamento das demandas temáticas trazidas pela população envolvida em dada escola ou comunidade, foi a de não valorização dos processos participativos, questionadores e problematizadores como estratégias de fortalecimento de construção de novos saberes entre técnicos e usuários, ou do empoderamento da comunidade escolar. Como se discussões e reflexões sobre pediculose, sarna, sexualidade ou tantos outros específicos, não dessem margem para ações/intervenções que não as de assistência clínica e terapêutica.

A expectativa dos gestores em relação ao projeto piloto foi de saber se ele foi capaz de cumprir ao que se propôs inicialmente: se as suas ações foram suficientes para envolver e comprometer os diferentes segmentos e atores envolvidos com a perspectiva de melhorar a qualidade de vida da comunidade escolar; e se as questões de saúde (independe da natureza temática) se consolidaram através de inserção da promoção da

saúde no projeto político-pedagógico da escola. Essas questões foram esclarecidas através da avaliação do Programa.

Ao partir das conversas e reuniões com os gestores da saúde para elaboração de questões e interesses a serem explorados no acompanhamento avaliativo do Projeto Piloto, o plano de avaliação foi viabilizado pelo contato sistemático com os gestores do Programa, diretores, coordenadores pedagógicos, alunos e familiares em visitas às escolas envolvidas. A abordagem metodológica privilegiou a análise qualitativa das informações coletadas, cuja essência foi a percepção dos indivíduos participantes, tanto das equipes técnicas, gerenciais e das escolas quanto dos usuários. Ela se mostrou oportuna para análise continuada e revisão permanente da execução do projeto piloto trazendo informações úteis. Como resultante da articulação entre as instâncias de planejamento e de avaliação, o plano traçado propôs ao grupo e aos gestores sugestões ou alterações de rumos que deveriam ser (re) tomados, bem como erros e/ou acertos a serem assinalados e incorporados na revisão da proposta em curso. Os relatórios que apontavam os resultados da avaliação mostraram aspectos interessantes que, certamente, ajudam a categorizar o modelo de saúde na escola pretendido e aquele que, de fato, se desenha na prática. O Projeto Piloto apontou, com as visitas às escolas pelas equipes de saúde, uma boa oportunidade de interlocução entre o setor Saúde e a escola. De certo modo, havia um convite à participação dos atores locais da comunidade escolar na construção da proposta, com inúmeras atividades desenvolvidas, mas estas em grande medida, ainda eram conduzidas por profissionais de saúde. A revisão do conceito de saúde, em seu sentido mais amplo, foi observada como um dos produtos dessa interlocução. Entretanto, quando profissionais de educação e representantes da comunidade escolar procuravam os postos de saúde, não havia respaldo sobre saúde constituída em outra lógica que não a biomédica. As entrevistas sobre o grau de satisfação dos usuários do programa apontou que havia um interesse considerável pelo projeto, mas que esse interesse diminuía à medida que as equipes deixavam a escola. Ou seja, deixou clara a pouca sustentabilidade das ações.

Embora o plano avaliativo tenha utilizado a dimensão quantitativa, sobretudo com percentuais de triagens e atendimentos realizados para algumas das ações, como a de saúde ocular e a de saúde auditiva, foi importante destacar aspectos como a falta de resposta dos serviços de saúde aos diagnósticos feitos pelas triagens oftalmológica e auditiva. Isto gerou, por exemplo, o descrédito da comunidade escolar em relação às propostas do Projeto e, ainda, apontou a baixa resolutividade dos serviços de saúde em atenderem, de fato, essas demandas. Observa-se que na área de triagem auditiva, o

emprego de instrumental distribuído pelo Ministério da Educação para as Secretarias Municipais e, muitas vezes, diretamente para as escolas, pelo Projeto Piloto, funcionou na verdade como uma testagem, cuja experiência pode rejeitar seu uso, rotulando-o como totalmente inadequado para o diagnóstico pretendido e, portanto, inviável e não factível.

A avaliação do Projeto Piloto mostrou que, ao envolver a distribuição de kits pedagógicos e outros materiais sem reconhecimento da diversidade das escolas e das suas comunidades, foram criados problemas com a chegada de materiais inadequados a determinadas escolas ou comunidades. A vantagem da avaliação presente durante o processo permitiu neste caso, corrigir essa ação. A avaliação apontou ainda que as equipes do Projeto poderiam ter contribuído com mais subsídios sobre formas de utilização do material e não restringir a ação na simples distribuição desse material para as escolas.

Em relação ao instrumento que coletou dados sobre como dimensionar as condições físicas, de salubridade e ambientais favoráveis ou não à saúde nas escolas, é importante registrar que eles foram preenchidos e encaminhados através de ofícios às autoridades competentes para que as providências fossem tomadas.

Uma das questões relevantes apontada pela avaliação, foi a inadequação do desenho do projeto piloto se constituir com equipes de saúde a partir de quadros de profissionais externos à rede pública de serviços de saúde da Secretaria Municipal de Saúde. Neste sentido, houve dificuldade maior quanto à criação de vínculos das escolas com os serviços de saúde, pois as equipes externas tinham dificuldade de reconhecimento nas redes de ensino e de saúde para tanto. As equipes das escolas, ao procurarem os serviços de saúde de sua abrangência, não eram reconhecidas e não reconheciam os atores locais desses serviços como fazia supor que ocorreria a partir do Projeto Piloto. Essa observação confirmou o que se viu nas respostas das entrevistas realizadas quanto ao reconhecimento da importância do projeto pelos diferentes atores envolvidos nele: o projeto piloto era reconhecidamente exitoso na medida em que as equipes do próprio projeto estavam nas escolas. Essa relação cai diretamente proporcional, à medida que as equipes deixavam as atividades nas escolas. Este aspecto foi considerado também, como um erro de focar investimentos na capacitação de profissionais externos aos quadros das Secretarias.

Outro dado relevante da avaliação foi ter identificado a origem do desenho e formatação do Projeto apenas no nível central da Secretaria Municipal de Saúde. Além das dificuldades maiores de reconhecimento sobre a importância do Projeto nos níveis

regionais e locais, um grave fator chamou atenção: a não participação de representantes de gestores, mesmo do nível central da gestão, da Secretaria Municipal de Educação. Esse aspecto gerou atritos e conflitos, sobretudo, para a interlocução intersetorial que poderiam ter sido evitados se fossem acordados na construção do Projeto.

Entre dados positivos, foi destacada, por exemplo, a identificação de aproximadamente cinquenta atores estratégicos no setor da educação, que aparentemente se identificavam comprometidos com a proposta nas diferentes escolas envolvidas no Projeto Piloto. A perspectiva de serem atores chave para o Programa foi importante para delinear propostas de capacitação que caracterizaram a fase seguinte do próprio Programa.

O Projeto Piloto, na forma como foi desenhado e financiado, teve sua duração prolongada para além do tempo previsto. As fontes financiadoras e as formas de exigência de uso dos recursos, se por um lado podem ser impeditivos, por outro, prolongam as atividades considerando a mudança de exercícios fiscais. Entretanto, não há dúvida de que o processo de avaliação acoplado ao seu desenvolvimento contribuiu para o aprimoramento das ações nele embutidas. O modelo do plano avaliativo que incluiu componentes quantitativos apontou para os gestores possibilidades importantes de avanços com as ações de saúde bucal, ocular e auditiva, desde que também, pelo componente qualitativo da avaliação, fossem considerados novos processos que pudessem melhorar fluxos, mudar o instrumental de triagens, revisar a abertura e o acesso a esses serviços especializados na rede de saúde, entre outros.

Ao considerar essas análises, mesmo com os aspectos positivos, o modelo proposto pelo Projeto Piloto foi considerado inadequado para um programa de saúde na escola, a partir de algumas características, como: não ter sido construído desde o início por um processo intersetorial, já que envolvia dois setores distintos; não ter priorizado nas suas equipes chaves, atores da própria rede municipal de saúde; dificuldade de universalização das ações, que eram restritas, por exemplo, ao período de quase dois anos em determinado número de escolas; fragilidade de formação de vínculos mais efetivos entre as redes de saúde e de educação pelo não comprometimento de quadros profissionais da saúde; dificuldade de sustentabilidade pela não garantia de maior uniformidade administrativa e gerencial das formas de financiamento; e por não se estabelecer inserido na política municipal de saúde.

Salazar ¹¹⁷ critica o desenvolvimento de projetos pilotos por sua realização em contextos adversos aos que são encontrados na realidade e pela expectativa quase sempre equivocada de proposta de replicação de atividades e intervenções que

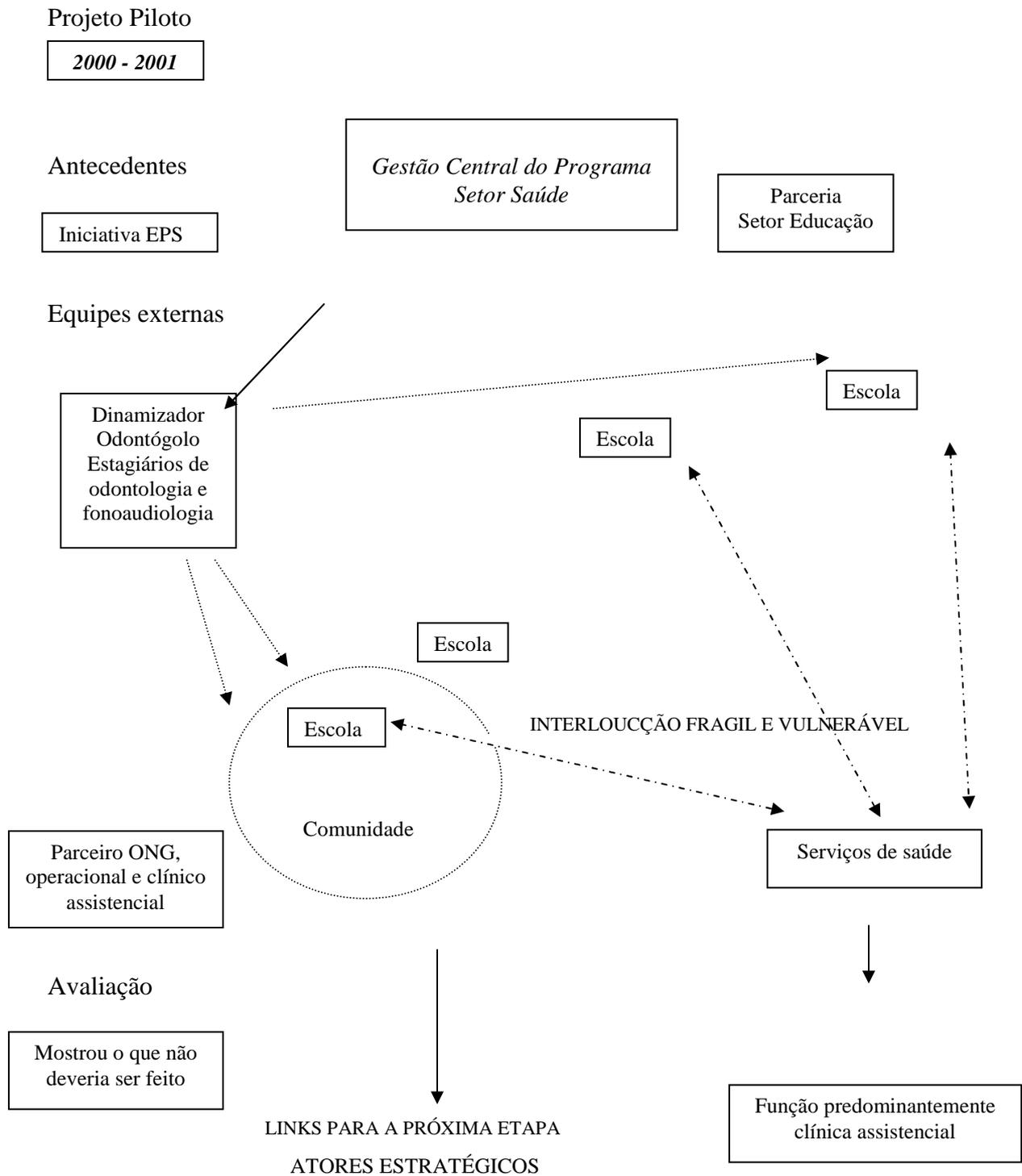
desconsideraram a intervenção subjetiva dos atores sociais em outros espaços, momentos e situações. Mesmo considerando essa inadequação apontada para um Projeto Piloto, essa etapa apontou a necessidade de renovação das estratégias que estavam sendo utilizadas. E neste sentido, por estar acoplada a um plano avaliativo, a possibilidade de identificação de acertos e revisão do rumo de seus processos foi uma das lições aprendidas pelos gestores. Além de mobilizar, a avaliação permitiu a identificação de diferentes interesses e conflitos entre os atores e setores que compunham sua rede sociotécnica^{1,11}.

Não obstante o fato de que o projeto tenha contribuído para disseminar, na maioria dos pares, a Iniciativa de Escolas Promotoras de Saúde, ele sinalizou a necessidade de passos subseqüentes que ainda precisariam aprofundar. Os referenciais de Escola Promotora de Saúde para o Programa de Saúde na Escola no município do Rio de Janeiro necessitavam ainda ser mais efetivos e reflexivos em relação ao contexto. As lições aprendidas através da avaliação do projeto piloto contribuíram muito para a trajetória da saúde na escola no município do Rio de Janeiro. Talvez mais do que apontar como fazer Escolas Promotoras de Saúde, o projeto mostrou claramente, o que não deveria ser feito.

Vale considerar que resultados ulteriores apontaram como desdobramento deste Projeto Piloto, a criação por decreto do Prefeito, de um projeto de saúde bucal. Embora este tenha servido para importante mobilização na área de saúde bucal no âmbito da Secretaria Municipal de Saúde, precisará ainda ser considerado em outro processo avaliativo, pois não está aqui inserido como objeto de análise. Entretanto, como comentário, vale citar como os técnicos dessa área tiveram dificuldade para construir uma prática de promoção da saúde na escola, por estarem despreparados. Isto, do ponto de vista de referenciais teórico-conceituais no campo da promoção da saúde no cenário da escola e seus diversos componentes como: intersetorialidade, participação comunitária e de empoderamento e falta de perspectivas de inserção das questões de saúde nos processos pedagógicos da escola. E ainda que, na intencionalidade desses profissionais de saúde bucal, a promoção da saúde proposta por esse outro projeto desdobrado do projeto piloto, houve dificuldade de reverter atitudes e processos autoritários do seu desenvolvimento para promover saúde com a comunidade escolar.

A figura 02 a seguir, representa os links entre os diferentes elementos e objetos do Programa na etapa do Projeto Piloto (período de 2000 a 2001).

Figura 02 - Programa Municipal de Saúde na Escola 1ª ETAPA (Projeto Piloto)



3.4. Modelos de capacitação a partir dos referenciais da promoção da saúde (2002- 2008)

Como um dos principais resultados do projeto piloto, aproximadamente cinquenta profissionais da educação foram identificados como atores chave em escolas distribuídas aleatoriamente pelo município do Rio de Janeiro. Os gestores do Programa reconheceram a importância da revisão conceitual e teórica como uma estratégia capaz de interessar os atores mais comprometidos e atuantes nos territórios, como também uma oportunidade de revisar e mudar práticas de saúde pensadas para o espaço da escola. Este fato, somado à observação da fragilidade apontada no desenvolvimento de ações locais não sustentáveis pelas escolas envolvidas no projeto piloto, contribuiu para destacar a importância de programas de capacitação de profissionais para além de conteúdos temáticos.

É, pois, nesse sentido, que se inicia nova fase de desenvolvimento do Programa, marcada pela busca de modelos de capacitação que priorizassem a promoção da saúde, sobretudo, com a participação como seu elemento chave ⁶. A base para esse tipo de investimento está na definição de promoção da saúde como o processo de oferecer condições técnicas e habilidades para o exercício e controle pelos sujeitos das suas condições de saúde ³². Os argumentos inspiradores eram de que os atores chave, de modo geral, defendiam referenciais de saúde numa perspectiva mais ampla e tinham capacidade para mobilizar a comunidade escolar. Entretanto, parecia lhes faltar conhecimento técnico no sentido de subsidiar os processos posteriores à sensibilização e à mobilização de outros atores e representantes da comunidade, como atuar e planejar com a comunidade, formular, desenvolver e acompanhar projetos comunitários participativos. Isto é, como dar sustentabilidade e ampliar a rede sociotécnica criada.

Com a perspectiva do Programa de Saúde na Escola de colaborar com a formulação de políticas públicas no município do Rio de Janeiro, no âmbito da promoção da saúde na escola, tornou-se estratégico para sua continuidade contar com esses atores chave com aptidões e habilidades para tomada de decisões. Entretanto, para aprimorar o potencial desse grupo e sua capacidade de liderança, foi importante investir mais na criação de mecanismos para o fortalecimento das ações comunitárias e da participação dos sujeitos, estimulando-os à tomada de decisões individuais e coletivas como exercício do poder local, que se expressam no empoderamento das pessoas e da comunidade.

A esses três aspectos somam-se outros dois também de relevante importância, como a criação de ambientes favoráveis à saúde e a reorientação dos serviços de saúde na perspectiva da promoção da saúde para que se reconstruísse um modelo de saúde na escola, incorporando os cinco aspectos operacionais da promoção da saúde³², visto que eles estão inter-relacionados com a melhora da qualidade de vida e com o enfrentamento dos determinantes sociais da saúde¹⁴. Ao considerar esses aspectos como temas de análise para a avaliação em promoção da saúde, Salazar¹¹⁷ defende que qualquer esforço avaliativo, além de valorizar os resultados finais ou intervenções bem sucedidas, deve antes de tudo, valorizar o processo de construção de capacidades bem como os efeitos e resultados intermediários que se relacionam com os processos do programa. Neste sentido, esta fase do Programa trouxe contribuições importantes para enfatizar suas características e componentes de promoção da saúde visando constituir uma proposta de Escolas Promotoras da Saúde no Rio de Janeiro.

De acordo com o marco lógico do Programa (*figura 01, pág. 81*), a constituição de parcerias é uma das estratégias que somada à ação intersetorial, à descentralização da gestão de suas atividades e aos processos de capacitação constitui-se em elemento chave para o alcance de seus objetivos.

Com a expectativa de que o programa, como sistema social complexo, que envolve toda uma rede de atores se consolidasse como programa de promoção da saúde, as estratégias de capacitação foram fortalecidas direcionando seu foco mais especificamente para o desenvolvimento de ações no âmbito local, com vistas à valorização da participação comunitária. Contudo, é importante destacar, que novos contextos no âmbito do município do Rio de Janeiro como um todo e os contextos locais, específicos para cada território da escola envolvida, foram capazes de alterar de acordo com o tempo e com a natureza de cada intervenção, o curso do desenvolvimento do Programa. Tais considerações tornaram-se relevantes para o processo avaliativo dessa etapa do Programa.

Para realizar a capacitação pretendida, os gestores do Programa fizeram parceria com o Centro de Promoção da Saúde (CEDAPS), uma instituição não governamental que tem a expertise em práticas metodológicas participativas e experiência em programas de capacitação. O modelo do programa de capacitação proposto foi o de convidar aqueles professores, atores chave, para que expressassem seu desejo de participar do processo de instrumentalização técnica que se iniciava com um seminário de três dias em ambiente acolhedor e fora da cidade. Para ser aderido e aceito no seminário, cada participante teria que identificar, com seus pares na escola ou com a

comunidade em que trabalhava, até três situações ou problemas que se constituíam em desafios à qualidade de vida na comunidade escolar. Durante o evento, ao compartilhar com os outros participantes esses desafios, cada um deveria desenvolver um plano de ação para enfrentar, no mínimo, um dos problemas apresentados, e aceitar o desafio de vencê-los através do desenvolvimento de um projeto local.

A metodologia utilizada pelo CEDAPS, que detinha os direitos de sua aplicação no Brasil, foi a metodologia de Construção Compartilhada de Soluções em Saúde ^{VII} (PSBH) ^{120, 121}, que pressupõe referenciais de educação popular de Paulo Freire, com princípios baseados no diálogo e, como o nome sugere, na construção compartilhada do conhecimento em promoção da saúde.

Cada participante, individualmente ou por vezes em duplas, compunham grupos que sob supervisão técnica da metodologia, desenvolveram dinâmicas participativas e dialógicas de identificação de problemas e busca compartilhada de soluções. Ao final do seminário, cada participante havia formulado um plano de ação para execução de um projeto a ser desenvolvido no seu local de trabalho, quer na sua sala de aula, na escola ou na comunidade. Ao retornar do seminário, o participante apresentava seu projeto à comunidade com o intuito de compartilhar suas propostas, revisá-las se fosse necessário, encontrar parcerias estratégicas, obter suporte, apoio e subsídios para executá-lo.

Um plano de acompanhamento do trabalho de campo foi realizado para cada projeto desenhado. Os auxiliares de pesquisa de campo treinados para a tarefa eram compostos por equipes do CEDPAS e técnicos da Secretaria Municipal de Saúde. O objetivo principal deste acompanhamento era apoiar as ações, dar suporte aos responsáveis pelos projetos, registrar os dados em geral e sistematizar os processos. Além disso, era tarefa dos auxiliares de campo incentivar os atores chave a desenvolverem seus projetos, compartilhar com eles os encaminhamentos necessários, identificar as dificuldades e fatores facilitadores, bem como contribuir para que eles enfrentassem os entraves e pensassem possíveis soluções que viabilizassem a execução de seus projetos. A partir de um caderno de acompanhamento oferecido para cada responsável pelo projeto local, que funcionava como um diário de campo, os auxiliares de pesquisa buscavam coletar as informações mais pertinentes e de interesse para análise dos projetos. Os dados coletados eram registrados, revisados e repassados ao computador com o propósito de sistematizar cada projeto possibilitando a formação de

^{VII} Oriunda do Programa Internacional, PSBH – Problem Solving for Better Health, criada pela Dreyfus Health Foundation, filiada ao Instituto Rogosin, Universidade Cornell. New York. EUA

um banco de dados que, por sua vez, permitia também, a análise do conjunto dos Projetos. Assim, tornava-se possível produzir uma compreensão maior de cada caso, identificando seus principais aspectos e percursos, mas sem perder a visão integral do Programa.

No 1º ano desse programa de capacitação foram elaborados 47 projetos^{182, 183}. Os gestores do Programa, enfatizando a importância da avaliação, garantiram um plano avaliativo que desse a dimensão não só dos resultados produzidos, mas dos processos instituídos e da capacidade da gestão local de concluir seus planos, além de responderem em que medida esses projetos representavam, de fato, ações locais em promoção da saúde. Do ponto de vista metodológico, esse processo teve como base a metodologia de estudo de múltiplos casos. Yin¹²² ao descrever a condução de estudos de caso, destaca que a coleta de evidências de um processo avaliativo a partir desse método de pesquisa social, pode vir de seis fontes distintas: documento, registros em arquivo, entrevistas, observação direta, observação participante e de artefatos físicos, instrumentos ou ferramentas que podem ser uma evidência por si e que são captados habitualmente de uma visita ao campo. Yin¹²² reforça sua utilização para construção do conhecimento que se quer, por exemplo, de fenômenos organizacionais, sociais e políticos de indivíduos e de grupos, a partir de investigações nas quais se preservam as características holísticas e significativas dos acontecimentos reais¹²².

Cada projeto desenvolvido pode ser considerado assim, como uma unidade dentro de um estudo de caso múltiplo. De cada um deles, foram coletadas informações relevantes e úteis que contribuiriam para o entendimento dos processos que se estabeleciam em seu próprio desenvolvimento e que ao mesmo tempo, permitiram no seu conjunto uma visão mais ampla da totalidade dos projetos. Nessa etapa do Programa, o desenvolvimento dos projetos a partir de programas de instrumentalização técnica, representava uma das principais estratégias do Programa de Saúde na Escola no município do Rio de Janeiro. Os projetos locais exigiam colaborações intersetoriais e, nesse sentido, a questão era buscar evidências de que a promoção da saúde na escola se consolidaria no município do Rio de Janeiro como uma (re) leitura das Escolas Promotoras da Saúde, valorizando a capacidade de integração na dinâmica territorial.

O plano de acompanhamento, que durou de seis meses a um ano após a elaboração dos projetos locais, incluiu ainda duas reuniões gerais com a presença do conjunto dos participantes de cada seminário: uma após três ou seis meses para descreverem e discutirem o andamento dos seus processos e outra com a apresentação de suas conclusões para serem compartilhadas em até um ano depois.

Este desenho de capacitação, com plano de acompanhamento e avaliação permitiu a utilização de vários métodos para análise do desenvolvimento dos projetos como um todo e cada um em particular. Foram eles: a observação direta dos projetos desenhados pelos atores chave a partir de visitas de pesquisadores de campo no lócus de sua realização, as escolas municipais e suas comunidades; a sistematização dos registros das atividades e dos acontecimentos gerados, através de conversas e entrevistas abertas com os atores locais; consultas aos registros disponíveis nas escolas; e a construção de um banco de dados sobre os projetos que foram acompanhados. Para o plano avaliativo foi configurada assim, a utilização de várias fontes de evidências que pressupunham como fundamento lógico, uma triangulação ¹²² que contribuiu para melhor validade e confiabilidade do estudo desses múltiplos casos, representados pelos projetos locais desenvolvidos.

Os primeiros resultados de análise foram promissores. Dos 47 projetos propostos em 2002, no primeiro seminário, 85% foram certificados como concluídos pela equipe de acompanhamento e avaliação. Isto contribuiu para que a parceria entre o CEDAPS e as Secretarias Municipais fosse renovada por duas vezes mais, o que representou mais 48 projetos em 2003, no 2º seminário ¹⁸⁴, e outros 39 projetos em 2004, no 3º seminário ¹⁸⁵, realizados com média de um ano de intervalo entre eles. A diferença do 1º seminário para os outros dois foi que a partir do 2º seminário, foram incluídos como participantes além de profissionais de educação, os profissionais de saúde, ainda que em número menor do que os primeiros ¹²³.

Os principais resultados dão uma dimensão quantitativa do alcance dos projetos e podem ser assim resumidos: envolvimento de 80 unidades escolares, 11 unidades de saúde, 112 profissionais de educação e 21 profissionais de saúde capacitados;. Tratava-se de uma estimativa de aproximadamente 9.785 alunos beneficiados, 863 professores e 4.714 famílias dos alunos e 566 pessoas da comunidade escolar ¹²¹. Vale apresentar, a título ilustrativo, informações relativas às temáticas abordadas no desenvolvimento dos projetos que compõem as ações. Como referido anteriormente, as demandas temáticas da saúde são trabalhadas através dos referenciais teóricos e modelos de práticas de saúde na escola. E, como tais, podem ser estratégicas para facilitar mudanças nesses modelos. No primeiro seminário, por exemplo, os temas que mais apareceram como problemas foram destacados nessa ordem: violência no ambiente escolar, interação família-escola, desempenho escolar, auto-estima do aluno, condições de vida do aluno, limites e regras sociais, sexualidade, saúde da criança, meio ambiente, tabagismo na adolescência, saúde bucal, organização de programa, relacionamentos interpessoais e

interação unidade de saúde/escola/comunidade ¹⁸⁵. Nesse último tema, a referência à questão da intersetorialidade no âmbito local da ação aparece como uma das questões a serem resolvidas. A média de projetos concluídos se manteve em torno de 77% para o 2º seminário e de 80% no 3º seminário.

Como resultado da análise da natureza e da consistência com que os projetos foram desenvolvidos nos seus diferentes territórios foi possível revisar e caracterizar melhor os rumos do Programa. Em princípio, é importante destacar o diferencial entre projetos que foram elaborados e desenvolvidos por professores e por profissionais da saúde. Quando eram os professores que coordenavam os projetos locais, foi observada maior consistência de seus processos, maior mobilização e envolvimento mais duradouro da comunidade na sua execução, sugerindo uma participação mais ativa dos sujeitos e da comunidade, do que quando comparados com os projetos coordenados e desenvolvidos por profissionais de saúde. A natureza do local de trabalho e a presença quase que diária dos professores, aumentando a frequência e periodicidade regular de interlocução deles com o público e a comunidade, é o mecanismo decisivo para explicar a diferença em relação aos profissionais de saúde. Neste caso, a rotina de trabalho nos serviços de saúde pressupõe intervalos maiores, com dias e horários mais irregulares e intercalados, portanto, sem maior convivência com a clientela e a comunidade. Este aspecto pode contribuir para o debate e a reflexão sobre a escola como um lócus importante para maior sustentabilidade das ações locais, como sugere a OPAS e discutem alguns autores ¹²⁴. O uso do banco de dados, criado com o conjunto de informações dos projetos locais, tornou possível produzir uma publicação capaz de compilar as principais experiências. Com o intuito de divulgá-las e fortalecer a advocacy da estratégia, foi constituído num processo de releitura da totalidade da produção dos sujeitos nos projetos elaborados pelo Programa. Assim, a publicação *Escolas Promotoras da Saúde em Ação* ¹²¹ selecionou os dois primeiros seminários e descreveu de forma sucinta 51 das experiências que foram subdivididas por temas da seguinte maneira: 11 experiências sobre autocuidado; 11 sobre aprendizagens; 10 sobre violência entre alunos; 06 sobre sexualidade e gravidez na adolescência; 05 sobre violência e cotidiano escolar; 04 sobre revalorização do espaço escolar; e 04 sobre articulação escola e serviços de saúde.

A leitura do registro dessas experiências ¹²¹ no banco de dados é inspiradora para redirecionar cada uma delas ao quadro matriz de modelos de programas de saúde na escola (quadro 1º capítulo). Numa primeira leitura, observa-se que poucas experiências apontaram indícios de que fossem de promoção da saúde. De um modo geral, pautavam

outras características como a prevenção ao risco e ao adoecimento, ou que davam ênfase a aspectos clínicos e terapêuticos. Contudo, dois exemplos podem dimensionar algumas diferenças e similaridades de referenciais conceituais distintos:

(a) Há o destaque para uma das experiências coordenada por uma professora, através do Projeto Local com o tema “saneamento básico e saúde na escola”. Ela mobilizou cerca de 200 famílias da comunidade, para reverter a gravidade da situação de insalubridade do entorno da escola. Ao buscar soluções coletivas, conseguiram acionar órgãos públicos, inclusive de outra esfera do governo, para resolver questões de dragagem de um rio daquele território, que muitas vezes transbordava, agravando situações de enchentes nas casas dos familiares e pais de alunos. Com a intervenção do projeto desenvolvido, houve melhora das condições de salubridade naquele território. Com a intervenção oriunda de um projeto da escola, considerando-se a construção de ambientes mais favoráveis à saúde, pode-se questionar: é essa uma escola que promove a saúde? De quem é o protagonismo da ação? A produção da saúde, como uma questão social não advem de ações, atividades, projetos e/ou programas do setor Saúde, necessariamente, mas sim, da integração e ação colaborativa de vários outros setores.

(b) Outra experiência em destaque, também coordenada por um professor, chamou atenção pelo objeto proposto na elaboração do seu projeto: a falta de higiene dos seus alunos. Com a idéia de tratar dos problemas de pele e de boca dos alunos, procurou apoio da direção da escola e de outros vários professores, estabelecendo parceria com a unidade de saúde mais próxima à escola. Listou 25 alunos, organizou um café da manhã, que ele mesmo chamou de “café da manhã 5 estrelas” e convidou os alunos e seus responsáveis e familiares para conversarem durante o café sobre as questões de cuidados e de higiene. Ao apontar a necessidade de encaminhar os adolescentes ao médico e serviços de saúde, conseguiu após articulação com o posto de saúde mais próximo, com as conversas no referido encontro matinal, que todos os alunos procurassem o posto de saúde, fossem então, medicados e passassem, conseqüentemente, a se cuidar melhor.

Estas duas situações ilustram as diferenças de referenciais quanto ao desenvolvimento de um projeto de ação local que melhorasse a qualidade de vida da comunidade escolar. Em princípio, a primeira experiência citada, deu mais ênfase às questões da promoção da saúde, no sentido de enfrentar os determinantes sociais da saúde. Já a segunda experiência prevaleceu calcada com referenciais higienistas voltada para a busca de assistência clínico-terapêutica. Logo, pergunta-se: em que medida elas

podem ser consideradas experiências que promovem saúde? Em que modelo elas estão amparadas para serem consideradas Escolas Promotoras da Saúde?

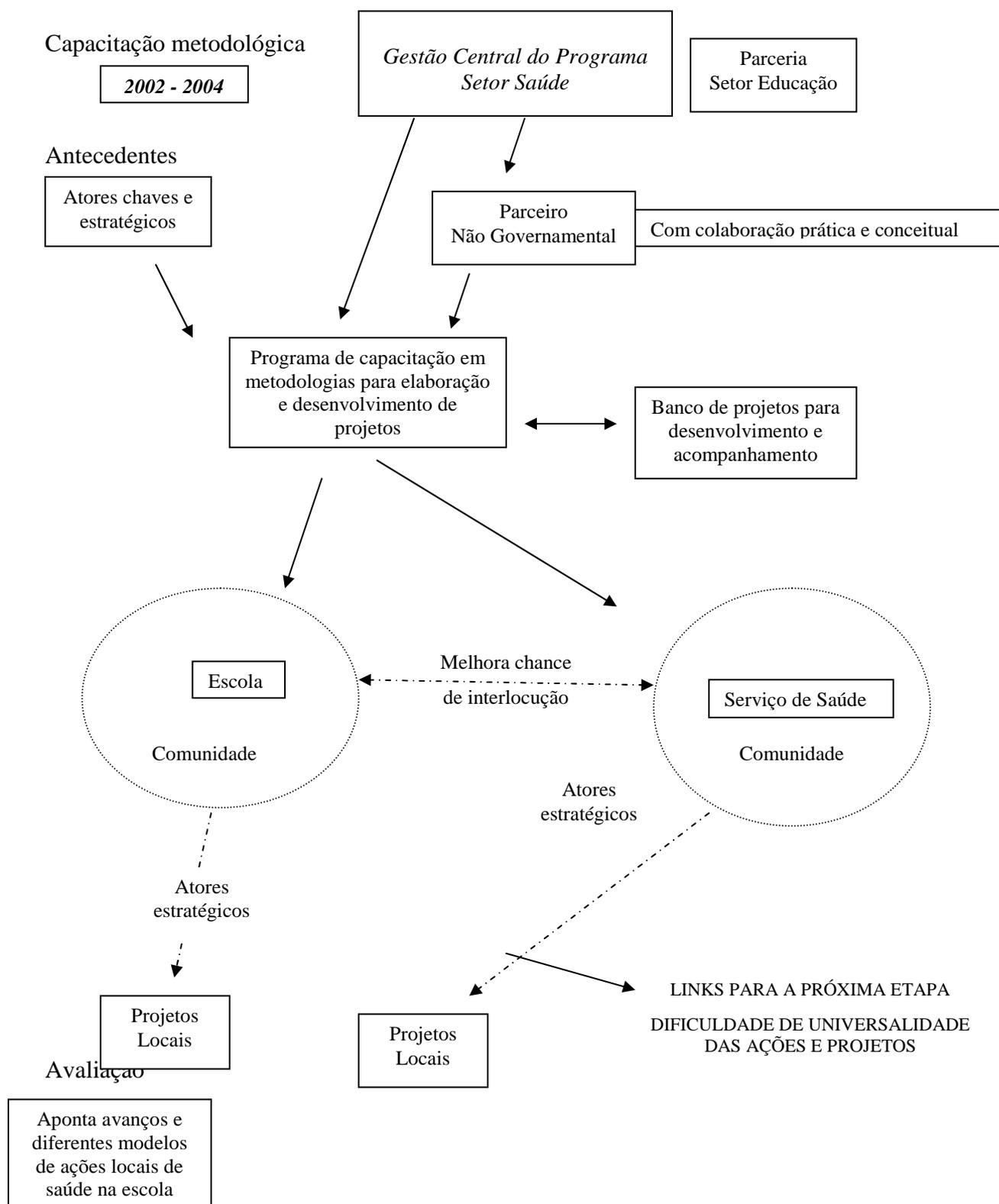
Embora haja tendência de valorizar mais a primeira experiência como a mais efetiva no campo da promoção da saúde, não se pode negar o caráter de mobilização social nas duas, mesmo que com ênfases diferentes e a importância de uma ação intersectorial para o melhor encaminhamento das soluções. Ao analisar a segunda experiência dentro do modelo higienista e médico assistencial não se pode negar o comprometimento daquele ator chave e sua capacidade de sensibilizar, mobilizar e efetuar parcerias com outros atores, como também não se pode ser negar a melhora das condições de saúde e, quiçá, de vida daquele grupo de alunos beneficiados. Não foi possível dar seguimento a esse trabalho e demonstrar a sustentabilidade das intervenções e projetos locais.

É importante chamar a atenção para os Programas de Saúde na Escola desenhados com base em práticas participativas e interação dialógica. O importante é que considerem que as escolhas dos atores envolvidos no âmbito local, muito frequentemente, são feitas com autonomia e por caminhos próprios. E, portanto, diferentes dos caminhos desenhados inicialmente pelos gestores centrais. Valorizar os processos locais compartilhando os encaminhamentos dados pela comunidade escolar, ainda que os processos e referenciais sejam diferentes dos previstos, implica que os resultados podem ser positivos e terem uma boa relação custo-benefício. Cada comunidade com seu projeto local tem seu próprio entendimento e precisa de diferentes tempos de amadurecimento conceitual e prático, portanto, as mudanças e transformações esperadas processam-se de formas distintas. Os sujeitos e suas capacidades de sensibilização, de mobilização, de comprometimento, de empoderamento, de envolvimento e de fortalecimento das novas redes sociotécnicas locais precisam ser valorizados se a perspectiva for a de crescer e efetivar o Programa a partir da participação comunitária.

Os desejos e interesses dos atores não são os mesmos dos gestores e nem mesmo entre eles; logo, os caminhos escolhidos podem ser diferentes. Todavia, são escolhas legítimas e todos estão sujeitos a interferência da intervenção, das diretrizes gerais do Programa (sua estrutura), de seus componentes, do contexto geral e territorial. Isto, desde o modelo com que a ação foi proposta inicialmente, bem como desdobrando-se de acordo com a tradução feita no nível local em que a ação tende a ser mais forte, quando há participação. A capacidade da gestão do Programa de entender e aceitar as mudanças vindas de baixo para cima (*botton up*) são sinais de que há efetividade das ações. A

figura 03, a seguir, representa links entre diferentes elementos e objetos do Programa na 2ª etapa, a de modelos de capacitação em Promoção da Saúde (período de 2002 a 2004).

FIGURA 03 - Programa Municipal de Saúde na Escola – 2ª ETAPA (Capacitação)



Se por um lado, os resultados com a publicação das experiências foram promissores e apontavam caminhos importantes para estimular os processos autônomos de ações locais, por outro, a questão da dificuldade de sua expansão para toda rede se constituía como fator impeditivo para estratégia de modelo de Programa municipal, considerando as dimensões da cidade do Rio de Janeiro. O tempo dispensado com períodos de até um ano ou mais, desde o seminário ao acompanhamento dos projetos, restringia sua abrangência e exigia estrutura mais elaborada para cada curso de capacitação. Entretanto, esse modelo contribuiu para a ampliação da rede de atores e de resultados do programa.

Os resultados intermediários dessa estratégia de capacitação foram significativos, do ponto de vista da capacitação de profissionais, sobretudo das habilidades e competências para aqueles que se apropriaram de sua metodologia, desde os atores chave como aqueles envolvidos na execução dos projetos. Entretanto, a partir dessa metodologia, não foi possível dimensionar, bem como não se conseguiu identificar e analisar claramente, outros trabalhos e projetos posteriores desenvolvidos na rede municipal de educação e, menos ainda, na rede de saúde.

O financiamento para esses cursos de capacitação ocorreu com recursos do tesouro municipal e com aportes feitos pela própria organização não governamental envolvida, o CEDAPS. A Secretaria Municipal de Educação não compartilhava diretamente com recursos, mas apoiava a estratégia com a participação de gestores do nível central, facilitando a liberação de seus profissionais das coordenadorias regionais de educação, das escolas e creches municipais para participarem dos seminários. A mudança da gestão na Prefeitura, apesar da permanência dos técnicos na gestão do Programa, mudou o cenário e exigiu novos arranjos para atender todos os interesses e enfrentar os eventuais conflitos que surgiam.

Os projetos locais oriundos desse modelo de capacitação eram mais intensos no setor Educação quando comparados com aqueles realizados pelo setor Saúde. Exceção feita quando quem elaborava e coordenava os projetos eram os agentes comunitários de saúde. Contudo, foram poucos deles que participaram desses seminários. A organização dos cursos era muito centralizada e a complexidade de sua operacionalização apresentava exigências como o limitado número de participantes quando comparados à totalidade dos profissionais das redes municipais de educação e de saúde. Não atendia a necessidade de ampliar as atividades para outras áreas programáticas de saúde da cidade

e havia dificuldade da aplicação da metodologia para novos grupos, mesmo a partir daqueles atores que eram formados com essa metodologia, por exigências operacionais e financeiras da sua execução.

A questão do compartilhamento e da colaboração intersetorial entre as Secretarias Municipais de Saúde e de Educação no âmbito regional e local ainda era nebulosa, e a demanda pelo acesso da comunidade escolar aos serviços de saúde parecia se intensificar a cada momento, tanto pelos projetos que se desenvolveram com esse tema como pelas questões que assinalavam dificuldades para conclusão de alguns dos projetos locais. Estas análises inspiravam a necessidade de propor mudanças na forma de capacitação de profissionais e representantes da comunidade escolar.

Entretanto, vale destacar que gestores do nível central quando participavam desses seminários, também desenhavam projetos e alguns os executavam. Era uma oportunidade de compartilhar com atores regionais e locais as suas idéias. A gerência do programa de saúde escolar, ao participar do primeiro seminário teve a oportunidade de elaborar um projeto, com a proposta de construção de núcleos regionais e intersetoriais de saúde escolar em cada área programática de saúde com a perspectiva de imprimir ao programa o processo de descentralização. Como exigia a seleção para participação no seminário, além de outros investimentos e estratégias, a busca de suporte para a proposta foi feita com gestores superiores que redesenhavam a estrutura de ação das CAP/CRE/CAS. Posteriormente, pôde ser verificado que o conjunto dessas ações e contatos (com o nível central antes e com o nível regional e local durante o seminário na construção desse projeto) foi decisivo para a regionalização das ações como previsto no marco lógico do Programa. Voltaremos a discorrer sobre esses núcleos mais à frente.

Em novo contexto e após a realização do terceiro seminário em 2004, foi proposta maior descentralização dos programas de capacitação. Essa decisão da coordenação central do Programa, com a equipe do CEDAPS e as informações trazidas pela avaliação, surgiu como alternativa àquela forma de capacitação de atores, tanto na perspectiva de mudança no locus de sua realização, como nos recursos e no gerenciamento que seriam repassados para a responsabilidade mais direta dos gestores no âmbito regional, ou seja, os coordenadores regionais da saúde, da educação e da assistência social (estes últimos nesse período, mais afastados dos processos). Foi necessário para sua execução, um convênio da Secretaria Municipal de Saúde com a Fundação João Goulart, órgão da própria prefeitura, autarquia que, com autonomia administrativa e especificidade no campo da formação, pôde colocar em prática essa tarefa, e conseguiu operacionalizar a proposta de capacitações descentralizadas.

O projeto de realizar novas capacitações foi organizado com critérios mais abertos, inclusive do ponto de vista metodológico, a quatro áreas do município do Rio de Janeiro. A seleção dessas áreas seguiu critérios subjetivos, mas alguns deles contribuíram para que as escolhas fossem mais acertadas, como: (a) áreas programáticas de saúde com maior grau de mobilização de atores e gestores; (b) áreas que tivessem atores chave egressos do processo anterior de metodologia de construção compartilhada de soluções em saúde (PSBH) ¹²³; (c) áreas com baixo IDH e desprovidas de serviços e atividades de saúde na escola; e (d) contrariando os anteriores, áreas nas quais as ações/intervenções propostas diretamente pelo Programa não tivessem presentes. Este último critério considerava a preocupação dos gestores coordenadores de promover maior expansão das atividades de um programa de saúde na escola na cidade do Rio de Janeiro, com a proposta de universalizar as ações. Assim, foram selecionadas: duas áreas na zona oeste da cidade, Santa Cruz (CAP.5.3) e Campo Grande (CAP.5.2), porque apresentavam mobilização importante de seus gestores e profissionais; a área de Acari (CAP.3.3) que tinha boa mobilização, mas que preocupava também pelo baixo IDH da região; e outra no Recreio dos Bandeirantes (CAP.4.0) que demonstrava interesse, mas até então, era desprovida de intervenções subsidiadas diretamente pelo Programa de Saúde Escolar.

Embora não houvesse um plano de acompanhamento e avaliação sistematizado como o anterior, profissionais do nível central acompanharam essa execução no período de 2004 e 2005. O primeiro aspecto a chamar a atenção foi a tendência a retornar capacitações que priorizavam conteúdos temáticos, como sexualidade e saúde da criança pré-escolar, com ênfase no trabalho de saúde com as creches. O tema de saúde na creche surgia com destaque entre as demandas de saúde na escola, sobretudo, por conta da aplicação da Lei de Diretrizes e Bases da Educação ⁶² que passou a considerar as creches como instituição de ensino, exigindo a presença de educadores para que estes garantissem nelas também um projeto pedagógico. Com essa Lei, a Secretaria Municipal de Educação passava a assumir as creches em sua rede, além do interesse notado da Prefeitura no mesmo período, favorável a financiamentos do Banco Mundial e outras agências internacionais para a ampliação da assistência em creches.

O tema referente à sexualidade confirmava uma temática como demanda constante e contínua da escola e dos serviços de saúde aos gestores que atuavam no campo da saúde escolar, saúde da criança e saúde do adolescente. Outro tema, de certa forma estimulado pelos gestores centrais do Programa que aparecia em segundo lugar nos objetivos do convênio da SMS com a Fundação João Goulart, era o da criação de

Núcleos Regionais e Intersetoriais de Saúde Escolar. A base da proposta de capacitação era a realização de oficinas de 20 horas, gerenciadas e administradas pelo nível regional das três Secretarias envolvidas, com encontros de supervisão com intervalos mensais e a combinar conforme o andamento da proposta e dos projetos. Essas oficinas regionalizadas visavam prioritariamente, a abordagem da saúde na educação infantil, particularmente na creche, e a implementação e consolidação dos Núcleos Regionais e Intersetoriais de Saúde na Escola.

As áreas de Santa Cruz e do Recreio dos Bandeirantes optaram por trabalhar com o tema creche, Campo Grande com o de sexualidade e Acari com a consolidação de um Núcleo Regional e Intersetorial de Saúde na Escola naquela área. Para abordar essa criação do Núcleo, Acari optou por mobilizar seus técnicos com a saúde do adolescente, saúde escolar propriamente dita e saúde na creche.

Outro aspecto a ser registrado como dado positivo dessa etapa (capacitação descentralizada e regional – 2004 - 2006) é que os gestores do nível central ao passarem a acompanhar mais sistematicamente essas capacitações aumentaram sua frequência e o tempo que dedicavam a visitar essas áreas para dar apoio e construir, com esses gestores regionais, novos caminhos e possibilidades. Se as visitas melhoravam a interação entre o nível central e regional, pode-se notar o quanto os atores regionais se sentiam valorizados e fortalecidos com essa presença. Uma estratégia que precisa ser considerada nas propostas participativas: é a que participar não representa deixar que os processos ocorram desconectados de uma proposição maior e significativa para seus atores mais próximos. É importante a presença da gestão nesses processos, para isso, ela também precisa ser participativa no tocante à de escuta, ao diálogo e à ação propriamente dita. Buss ²¹ aponta, nesse aspecto, para a idéia de responsabilização múltipla tanto dos problemas como das soluções a serem pensados e definidos. E ainda para uma combinação de estratégias e a governabilidade de cada um, envolvendo: Estado, comunidade, indivíduos e do sistema de saúde.

É, portanto, neste período, que essas estratégias de capacitação, somadas a outras estratégias mais gerais, permitiram ver surgir os primeiros núcleos regionais de saúde escolar, primeiramente mais consolidados e atuantes nas áreas de Campo Grande (CAP.5.2) e Santa Cruz (CAP.5.3) e, posteriormente, em Acari (CAP.3.3). No Recreio dos Bandeirantes, os processos se mantiveram voltados mais especificamente para aquele território e, embora tenha fortalecido as interações entre as unidades de saúde e as creches locais, não foi observada evolução intersetorial mais ampla com o comprometimento dos gestores regionais como nas outras três áreas.

Dos aspectos que contribuíram para a constituição dos Núcleos de Saúde Escolar nas duas primeiras áreas (Santa Cruz e Campo Grande), pode ser identificado: (a) comprometimento dos coordenadores regionais de saúde, educação e assistência social com a saúde na escola em suas regiões; (b) compartilhamento desses gestores e técnicos da elaboração do Projeto para implantação dos Núcleos Regionais e Intersetoriais de Saúde na Escola elaborado pela gerência do Programa na etapa anterior; e (c) talvez de importância capital, que foi o engajamento de um ator político regional daquelas áreas, o Subprefeito da Região de Santa Cruz e Campo Grande.

Esta é uma das principais lições que se apreende dessa etapa: os efeitos da participação do Subprefeito com aporte político comprometido que referendava o trabalho de seus técnicos de saúde e de educação e que, além disso, imprimiu maior participação da Secretaria de Assistência Social nessa ação intersetorial. Este foi um fator facilitador da colaboração intersetorial naquela região.

Vale registrar a observação no curso dos processos que ocorriam em todas as áreas, ou seja, os profissionais que trabalham nas áreas da zona oeste da cidade (Santa Cruz e Campo Grande), bastante desprovidas de serviços de saúde e de referências para serviços de média e alta complexidade, demonstram maior engajamento e capacidade de mobilização em suas áreas de abrangência e gestão.

Neste sentido, a criação e funcionamento do NSE nessas áreas facilitando a gestão, procedimentos e atividades de saúde nas escolas e com os serviços de saúde existentes, funcionou com adogacy da proposta. A divulgação de suas atividades, composições, resultados, efeitos e processos se firmaram como referências de mecanismos viáveis e operacionais, com capacidade de replicação, de maior universalidade na abrangência e de mobilização das comunidades e dos serviços de saúde, de educação e de assistência social. Esses Núcleos representaram maior acesso aos serviços de saúde da região, consolidaram e operacionalizaram fluxos intersetoriais mais claros e um sistema de referência e contra-referência para outros serviços fora da região.

O desafio de fazer a gestão de um Programa cujas ações deveriam abranger a cidade como um todo, considerando as características e especificidades do Rio de Janeiro como uma metrópole, permanecia, mas alguns caminhos apontavam possibilidades reais. Não era possível constituir Escolas Promotoras da Saúde com a particularidade carioca se os seus contextos culturais, econômicos, sociais e da própria gestão regionais, tão diversos entre si, não fossem considerados.

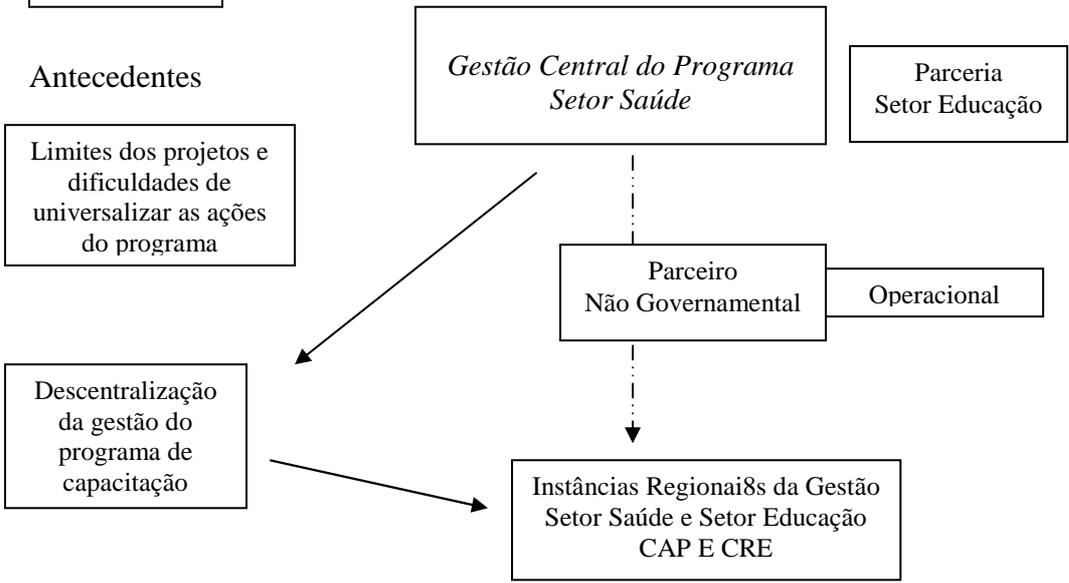
Questões novas surgiam e outras importantes eram repensadas e revisadas nas diferentes etapas do Programa. Nesta etapa, especificamente, algumas questões eram: é possível um único Programa de Saúde na Escola para a cidade? Ou cada área programática da cidade teria um modelo próprio de programa? Ou o modelo efetivo, exigiria exatamente respeitabilidade às condições de diversidade, do contexto e da subjetividade dos seus sujeitos e da comunidade, capaz de se moldar às transformações locais? Diante dessas questões, surgiam outras que mantinham o desafio de clarear a efetividade de seus processos. Por outro lado, quais seriam os resultados do fortalecimento regional da intersetorialidade proposta para a ação compartilhada e colaborativa das coordenações regionais de saúde, de educação e da assistência social em cada Coordenação Programática de Área de Saúde? E porque em algumas das áreas da cidade, os trabalhos e atividades de saúde na escola pareciam se consolidar com processos mais substanciais do que em outras áreas? Apesar das ofertas, demandas e estratégias para que isso ocorresse, pode ser considerado o grau de interesse, desejo, planejamento e prioridade? É provável que haja outras prioridades da CAPS mais importantes do que fazer saúde na escola? De quem são essas prioridades: dos gestores, dos políticos ou da comunidade escolar?

A estratégia de gerar eventos e encontros mais gerais, entre as áreas para facilitar a troca de experiências, pode ser bastante exitosa e merece ser considerada quando se trabalha com cidades que possuem diversas e diferentes regiões. Em um dos encontros municipais de saúde escolar, as exposições das experiências da CAP.5.3 e CAP.5.2 por seus gestores foram fundamentais para incentivar a área da Zona Sul da Cidade, CAP.2.1., a desenvolver um projeto para a criação de um NSE. Este foi levado a termo no início de 2006 e a CAP.2.1, diferente daquelas que a estimularam, desenhou sua proposta, fazendo em cada unidade de saúde um NSE. Esse também foi o caminho escolhido pela área de Acari (CAP.3.3.) que aportou em cada serviço básico de saúde profissionais responsáveis pela condução de saúde escolar com um colegiado conduzido pela CPA e CRE inicialmente. A seguir, a figura 04 representa os links entre os diferentes elementos e objetos do Programa na 3ª etapa e as novas tentativas de modelos de capacitação em Promoção da Saúde (período de 2005 a 2006).

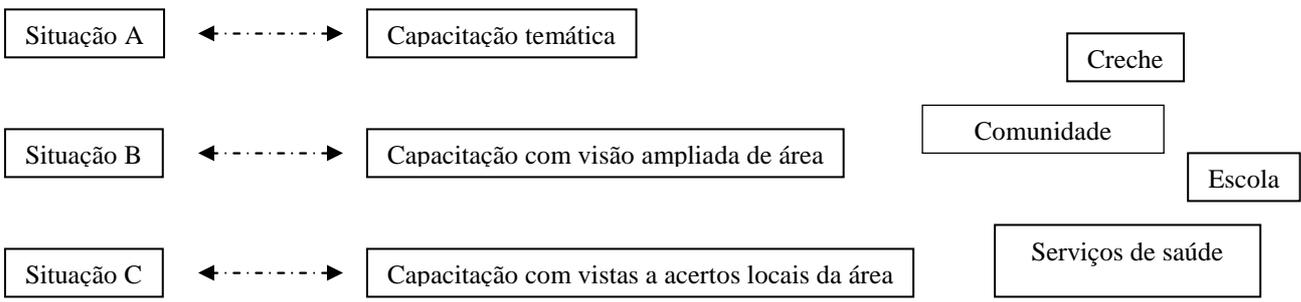
Figura 04 - Programa Municipal Saúde na Escola - 3ª ETAPA - Nova Capacitação

Novos modelos de capacitação

2005 - 2006



TRÊS SITUAÇÕES DISTINTAS em regiões diferentes



Avaliação

Sem plano avaliativo específico há sinais de acertos locais, mas sem modelo claro de programa

INTERLOUCCÃO LOCAL E OCASIONAL (escolas, creches e serviços de saúde)

LINKS PARA A PRÓXIMA ETAPA
DIFICULDADE DE AÇÃO INTERSETORIAL
PARCERIAS RESTRITAS AO OPERACIONAL

No desenvolvimento do Programa, o acompanhamento e a análise dos projetos locais contribuíram para a compreensão de que soluções padronizadas pelos gestores ou especialistas (de modo geral são eles que definem os modelos de saúde na escola), são de difícil aplicação e variam de acordo com cada contexto local. Isto significa que o modelo proposto originalmente se modifica quando ele se depara com diferentes realidades, contextos e interpretações feitas pelos próprios atores dos problemas que os afligem e das soluções que eles buscam para resolvê-los. A ativa participação de cada ator e o processo de construção coletiva no exercício do poder decisório permite uma (re) tradução do que foi pressuposto pela estrutura do programa, podendo suas ações e intervenções serem redefinidas no âmbito local. Potvin ¹ destaca três elementos para a redefinição da prática de saúde pública e da promoção da saúde: (a) práticas que são concebidas pela diversidade de saberes e de ações, construídas e assumidas numa esfera de decisão local com empoderamento dos sujeitos e de forma participativa; (b) ações intersetoriais para as quais todos os setores sociais são chamados a produzir/promover saúde; e (c) legitimação de soluções progressivamente construídas e legitimadas pela complexidade de cada território e dos atores, e suas inter-relações com diferentes interpretações que eles dão diante da complexidade da vida e dos seus problemas.

Nesse sentido, mesmo com a intenção dos gestores em padronizar um modelo de programa, o exercício de propostas descentralizadas e participativas faz com que apareçam práticas diferenciadas por abordagens construtivistas e participativas que não podem ser desconsideradas. Uma das estratégias que podem contribuir para o fortalecimento desses mecanismos e processos desencadeados pela prática participativa é a de aportar a esses atores, ferramentas conceituais e práticas que lhes permitam maior conhecimento e poder decisório para fazer face ao conjunto de questões que se apresentam em diferentes contextos e que tornam suas trajetórias distintas e peculiares ¹. Por este motivo, se a análise do Programa não considerar uma reflexividade originada na interação dos atores, dificilmente dará conta de entender as diferentes concepções e contribuições das intervenções locais. Um modelo verticalizado de programa, estruturado sem a participação do conjunto de atores e sem a compreensão das condições de saúde e de qualidade de vida da comunidade escolar, tende a ser único, explicado e pensado por quem está de fora da comunidade e não vive a realidade local.

Como visto na matriz apresentada na tabela 02 (pág. 68), há indícios de que os modelos se entrelaçam e muitas vezes um determinado modelo contém características de mais de um deles. Por isso, a importância de esclarecer seus mecanismos e processos relacionando-os à teoria do programa como uma possibilidade de reflexão crítica pela avaliação do modelo desenhado. Potvin ¹ defende que o programa não pode ser apenas redutível às percepções que os atores têm dele e, neste sentido, a avaliação pode ter um papel de clarear os mecanismos que estão em jogo. O desafio consiste em conceber o modo pelo qual se expressam essas práticas com o propósito de refleti-las, transformá-las e reproduzi-las de forma que sejam legitimadas como ações efetivas de saúde na escola capazes de (re) desenhar o programa original. E, mais do que conhecer as causas e determinantes de problemas, explorar os mecanismos para resolvê-los.

Como citado anteriormente, a rede sociotécnica se constitui a partir dos atores que estão envolvidos no programa e das relações que se estabelecem entre eles, considerando também os recursos e o conhecimento gerado que estruturam as ações ¹¹. A implementação provoca uma mobilização dessa rede que, de acordo com a diversidade de interesses e da negociação entre o conjunto de atores, promove ajustes e redefinições que são variáveis de acordo com os contextos que se apresentam. Assim, determinados fatores, mesmo externos ao Programa, são capazes de gerar mudanças na rede social, que pode ou não se ampliar e se consolidar. Quando isso ocorre, o programa assume uma identidade, gerando sustentabilidade e permitindo sua reprodução. Essa cadeia de acontecimentos não tem causas claras ou lineares, pois podem sofrer também, interferências de eventos que modificam a estrutura, as atividades e os próprios processos e mecanismos do programa que está sendo implementado. As mudanças sociais e seus desdobramentos na vida real pressupõem trajetórias mais abertas na implementação do programa que, a cada dado momento, se mobiliza numa variedade de cenários e de interferências não previsíveis.

A etapa do Programa Municipal, representando o período de 2006 a 2007, é marcada por novo fato, externo ao programa e que modifica de modo significativo sua trajetória, com a criação de uma situação de conflito e o surgimento de controvérsias. O prefeito da cidade, em 2006, decide contratar psicólogos para a Secretaria Municipal de Educação (SME), com a justificativa de que nos últimos cem anos, o setor Saúde não resolvera a demanda de saúde mental apresentada e reclamada pela educação. Naquele período o Instituto Helena Antipoff (IHA) da SME, apresentava uma lista de espera para o atendimento em saúde mental de cerca de 1800 de alunos, que de acordo com os técnicos da educação, embora necessitassem não recebiam atendimento.

Na estrutura da Secretaria Municipal de Educação existiam cerca de vinte pólos de atendimento extraescolar ligados ao IHA, distribuídos pelas dez Coordenadorias Regionais de Educação que congregavam uma equipe de professores, selecionados por terem expertise na área de pedagogia, de psicologia e/ou de fonoaudiologia. Esses pólos funcionavam como referências para atender às necessidades de escolares que apresentavam dificuldades em seu processo de escolaridade. Esses profissionais, contratados como professores, não podiam atuar nesses pólos como especialistas, porque estariam considerados no exercício de desvio de função. A intenção dos pólos em oferecer suporte às escolas que identificavam essas demandas nas salas de aula, era bem positiva, embora limitada, porque permanecia a necessidade de encaminhar os alunos no caso de atendimentos especializados para os serviços de saúde. Como resultado, ocasionava um afunilamento de alunos nesses pólos, a espera de atendimentos mais especializados, pois o acesso aos serviços de saúde era deficiente e incapaz de atender a essa demanda. A não participação do setor saúde no processo de constituição dos pólos foi um erro, o que de certo modo expõe a fragilidade intersetorial das propostas encaminhadas. Vale registrar que essas equipes de professores dos pólos do IHA foram estratégicas após a etapa do projeto piloto, quando coordenaram a triagem ocular dos alunos e viabilizaram a ação de saúde ocular.

Nas reuniões de Macrofunção de Políticas Sociais da Prefeitura durante o ano de 2006, foi desenhada pela Secretaria Municipal de Assistência Social (SMAS) e Secretaria Municipal de Educação a proposta de criação da Rede de Proteção ao Educando (RPE). Esta rede também se constituiria com escolas de referência nas Coordenadorias Regionais de Educação, que de modo geral referendava a proposta dos Pólos de Atendimento Extra-Escolar, mas prevendo a contratação de especialistas. A SMAS coordenava de modo geral essa proposta e, através da implantação do SUAS (Sistema Único de Assistência Social) ¹²⁵, havia remanejado os assistentes sociais que até então, estavam pulverizados nas diferentes secretarias (inclusive na de Saúde) para seus quadros. Uma das propostas era alocar esses profissionais na educação para constituir, entre outras, atividades a RPE.

A SME se posicionava nessas reuniões como parceira na construção da RPE, reivindicando a contratação de psicólogos para integrá-la. Embora a SMS tomasse lugar nessas reuniões, com representantes do programa de saúde escolar e de saúde mental, não definia uma proposta mais clara em relação à RPE, principalmente por desacordo entre esses dois programas lá representados. A coordenação de saúde mental se posicionava radicalmente contra, argumentando que a locação correta para psicólogos

seria nos serviços de saúde. A lógica e a defesa do SUS, prevendo regionalização e descentralização das ações e serviços de saúde, com o lócus do atendimento à saúde, era o que unia intrasetorialmente a SMS. Posteriormente, ficou mais claro o processo de disputa de interesses e o desafio em construir, tal como previsto pela Macrofunção de Políticas Sociais da Prefeitura.

A decisão autoritária do prefeito indicava que o impasse entre o setor saúde e educação estivesse, dessa forma, resolvido e que o debate e a negociação teriam se tornado desnecessárias frente à decisão política superior. Entretanto, longe de resolver essas controvérsias, a decisão (top down) aumentou, sobremaneira, o conflito com repercussão intensa e modificações no programa de saúde na escola no município do Rio de Janeiro. A mais importante foi o rompimento das negociações entre a educação e a saúde no grupo intersetorial do nível central. Na mesa de negociações, depois dessa decisão, os argumentos se apresentavam esgotados com posições irreduzíveis sobre o setor que se responsabilizaria pelo gerenciamento do novo quadro de psicólogos.

O prefeito, com eventual tentativa de contornar a situação, resolveu que atenderia os reclames da saúde e contrataria psicólogos para a saúde (36 profissionais) sem abrir mão de contratar esses quadros também para a educação (66 profissionais) e criar a RPE. Os novos atores também externavam suas opiniões contrárias e contestavam serem contratados para atuação profissional na rede de ensino, ao contrário do que estava previsto na especificação do concurso, que previra a inclusão dos selecionados para os serviços de saúde. Os psicólogos chamados iniciaram um movimento contrário a essa decisão política argumentando que não se sentiam preparados para atuação em escolas e que, pelas normas administrativas, se contratados pela Secretaria Municipal de Educação, teriam salários inferiores aos que exerciam sua profissão no setor saúde. O Prefeito assinou um decreto equiparando os pisos salariais abortando assim, esse movimento e concretizando a lotação desses profissionais nas duas Secretarias. Cada Secretaria teria agora, os seus psicólogos e a sensação de duplicidade de ações era muito forte.

A rede sociotécnica se ampliava com novos atores que não estavam necessariamente implicados ou comprometidos com o programa de saúde na escola. E a observação da interferência de um fator externo, como a decisão política de caráter *top down* sobre o programa municipal contribuiu para a análise de enfrentamento de controvérsias que surgem no seu desenvolvimento. Em princípio, podem ser destacadas, como de caráter diferente da intervenção política observada na etapa anterior quando o Subprefeito de Campo Grande e Santa Cruz assumiu politicamente, as propostas

encaminhadas pelos técnicos e gestores regionais das três Secretarias. Neste segundo exemplo, a decisão foi tomada a partir da escuta regional contribuindo para fortalecimento da ação intersetorial regional. Os processos se mantinham com a participação, construção e decisão coletiva.

Tais diferenças são importantes quando se pretende construir propostas de promoção da saúde, já que contribui para diferentes interpretações do modelo original por técnicos e gestores nas diversas posições que eles ocupam dentro do programa. Entretanto, é importante chamar a atenção sobre as possibilidades abertas no desenvolvimento do programa, mesmo quando a situação de controvérsia parece insolúvel, como no primeiro exemplo. As mudanças que surgem a partir das controvérsias podem ter seu significado melhor dimensionado se existir um sistema de avaliação acoplado ao programa. Nesta perspectiva Potvin ¹ refere que a avaliação poderá informar melhor as sucessivas transformações ligadas aos eventos, sejam elas vinculadas à problemática apresentada, ou relacionadas ao programa em si. Além disso, segundo a autora a avaliação permite a apropriação e compreensão dos mecanismos e processos no momento em que tais situações são produzidas.

Foi com base na avaliação dos processos que a visível dificuldade de articulação dos gestores do nível central do programa das três Secretarias Municipais, ou seja, a de Saúde, a de Educação e a de Assistência Social, pode gerar uma alternativa mais plausível aos gestores e coordenadores da área da saúde como:

a) propor uma revisão intrasetorial, isto é, como cada programa da Secretaria Municipal de Saúde articulado com as escolas, percebe e reflete sobre suas atividades e intervenções para manter o vínculo dos três setores e dar conta de manutenção do programa de saúde na escola municipal;

b) investir nas relações e atividades no âmbito regional e local, no que se refere à inclusão desses novos profissionais nas atividades dos núcleos regionais e intersetoriais de saúde na escola.

Os indícios (confirmados posteriormente) eram de que, diferentemente do nível central das Secretarias, as inter-relações regionais processadas entre os gestores das coordenadorias regionais de saúde, de educação e de assistência social estiveram afastados do impasse presente no âmbito central. Os interesses regionais se manifestavam mais receptivos à chegada daqueles cerca de 100 psicólogos, sobretudo, na expectativa de que eles ajudassem a dar conta da demanda existente independente do local de atuação, quer nas unidades de saúde quer nas unidades de educação.

Assim, nesta etapa do Programa, foi fortalecida a proposta de consolidar e ampliar os Núcleos Regionais e Intersetoriais de Saúde Escolar com o pressuposto de que as ações e intervenções desses núcleos iriam favorecer a articulação intersetorial, sobretudo no âmbito regional dos serviços de saúde, escolas e unidades de assistência social, diante da dificuldade no nível central. A questão era a de entender como aconteciam as relações e interações entre os novos atores incorporados ao programa e as contribuições que eles trariam com a criação da RPE.

A negociação de conflitos para ser exitosa exige tolerância em relação às propostas que soam divergentes. Cada lado do conflito precisa considerar os interesses e argumentos contrários aos seus. Um plano avaliativo associado ao desenvolvimento do programa se torna estratégico para discernir as transformações operadas. Ou seja, além da ampliação da rede sociotécnica, os mecanismos pelos quais ela pode se viabilizar são cruciais. A avaliação precisou considerar os diferentes contextos e agora, principalmente, a mobilização dos novos atores que se constituíam com novas relações e inter-relações nos espaços de interlocução regional e local para a formação de uma agenda comum ²², como pretendida pela RPE. O que a avaliação mostra é que esses novos atores, ao se colocarem em movimento nos espaços de construção do programa, também constroem novas identidades e novas relações, permitindo assim, a emergência de outros sentidos e significados para as ações. No caso em estudo, a avaliação contribuiu para elucidar como se estabeleceram essas inter-relações e seus significados e se elas, de fato, teriam potencializado as práticas de saúde que se pretendia consolidar no âmbito regional e local da atuação do programa de saúde na escola do município do Rio de Janeiro ¹²⁶.

Salazar ¹²⁷ contribui para essa discussão quando aponta que a avaliação (no modelo avaliação-sistematização) permite identificar dois tipos de achados: (1) quanto à orientação estratégica do programa e de sua avaliação; e (2) quanto àqueles relacionados aos processos e resultados intermediários do programa. No caso aqui descrito, a questão era verificar se, apesar da intervenção *top down* seria possível manter a teoria do programa, isto é, seus objetivos maiores de fortalecer a capacidade local com o empoderamento dos indivíduos e grupos para exercer o controle das suas condições de saúde e o enfrentamento dos fatores determinantes sociais da saúde. Diante do exposto, valem as seguintes indagações: essa rede ampliada manteria identificação com as diretrizes do programa? E em que dimensão a intervenção direta do governo da prefeitura se colocava como uma nova prioridade, levando a dificuldade de articulação no campo da ação concentrando o poder decisório acima dos atores e da rede

sociotécnica do programa? Esta intervenção autoritária e externa ao programa provocou por várias vezes, que a rede de técnicos do programa nos três setores, saúde, educação e assistência social, comprometidos com uma perspectiva *botton up*, se mobilizasse para negociar os interesses e vencer as situações de conflitos. Foi por conta dessa rede sócio técnica, que a teoria do programa se manteve por consolidar modelo de promoção da saúde, apesar da gestão da prefeitura da cidade não ser de gestores tradicionalmente comprometidos com a perspectiva de construção participativa.

Três intervenções caracterizaram esta etapa:

- a) Elaboração do Plano Municipal de Saúde na Escola e na Creche (PMSEC) ¹⁸⁶, resultante de uma revisão conceitual e prática do modelo de saúde na escola pensado internamente pela Secretaria Municipal de Saúde. O Plano foi posteriormente impresso, submetido à consulta pública pelo site do programa municipal de saúde na escola, rediscutido e analisado com os parceiros e gestores centrais da SME e SMAS;
- b) A realização de Oficinas de Saúde na Escola, que representaram um novo modelo de capacitação e com as quais se pretendia responder as questões assinaladas acima. Essas Oficinas envolveram atores dos três setores, incluindo os profissionais dos pólos de atendimento extraescolar que, paulatinamente, se fundiam com a rede de proteção ao educando que se formava. Voltadas para a formação de atores locais e regionais, as Oficinas deram prioridades aos temas de intersectorialidade, territorialidade, participação e empoderamento;
- c) Um plano avaliativo das Oficinas de Saúde na Escola como estratégia para identificar os processos regionais de articulação intersectorial entre as áreas programáticas de saúde onde se realizaram as Oficinas. Esperava-se de certo modo, verificar a eficácia dessas oficinas como processo de capacitação, dimensionar o movimento dos psicólogos contratados e suas contribuições nessa articulação, bem como as respostas e reações dos gestores e profissionais regionais e locais em relação ao PMSEC.

Plano municipal de saúde na escola e na creche (PMSEC)

O PMSEC representou um resultado intermediário na trajetória do programa municipal e foi estratégico para sair do impasse que se estabelecera entre a educação e saúde, permitindo que o programa continuasse a se desenvolver. Sua elaboração foi decorrente da revisão teórica e prática da saúde na escola entre o programa de saúde escolar com os outros programas de saúde da SMS, que tinham atividades e ações relacionadas também, às escolas. Ele foi formatado exclusivamente, pelos gestores e coordenadores de programas da saúde no nível central da Secretaria Municipal de Saúde, submetido aos coordenadores de saúde das áreas programáticas do município que em duas reuniões opinaram inclusive sobre a viabilidade de sua execução.

O objetivo mais geral desse Plano fortalecia a ideia de consolidar e ampliar as ações de saúde na escola e na creche na forma de atenção integral à saúde para todas as faixas etárias da infância, adolescência e juventude. Contudo, o Plano destacava em primeira instância, a necessidade de garantir o acesso da comunidade escolar aos serviços de saúde, respeitando as diretrizes do SUS e a importância de que a SMS integrasse a rede de proteção ao educando.

Como no modelo original do programa municipal, os principais pressupostos do PMSEC faziam referência novamente à ação intersetorial, formação de grupos de trabalho intersetoriais e descentralizados e da promoção da saúde, citando agora, a ideia de enfrentamento dos determinantes sociais da saúde. O que houve de diferente na elaboração do Plano foi a importância da garantia de recursos para a execução do programa e a perspectiva da gestão participativa e de educação permanente (que neste sentido, também representava a estratégia de capacitação presente nas etapas anteriores). Além disso, um dos aspectos que avançou nesse Plano, em relação às etapas anteriores foi a definição das atribuições dos Núcleos de Saúde Escolar, dando outro peso e medidas a essas instâncias, indicando a persistência de processos de institucionalização dos Núcleos e da descentralização das atividades do programa. A análise sugeriu que as diretrizes, os objetivos e as estratégias iniciais do programa permanecem presentes no PMSEC. Observou-se assim, que ao considerar as diferentes etapas da trajetória, a teoria do programa se mantinha. Os processos pelos quais seus objetivos seriam alcançados é que se modificaram.

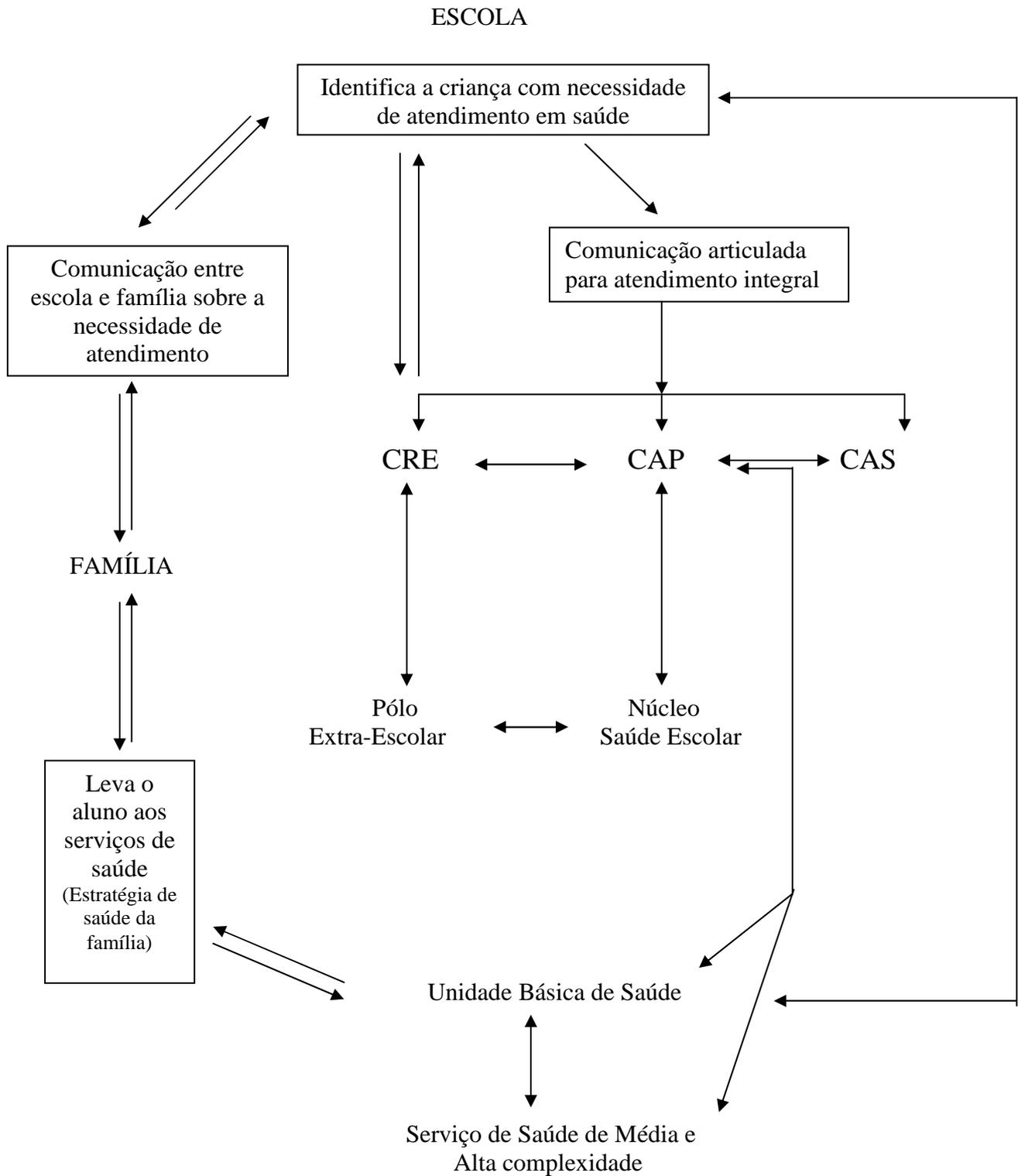
No PMSEC, a interface intrasetorial do programa de saúde escolar com outros programas de saúde da secretaria é referenciada, uma vez mais, a partir da definição das ações desenvolvidas por cada programa. Do mesmo jeito que em 1993, (ver etapa de

anteriores do programa) surgiu uma nova, porém antiga listagem de ações, tendo em vista muitas similaridades em relação às anteriores, como: saúde da criança, saúde do adolescente, alimentação e nutrição, tabagismo, estratégia de saúde da família, reabilitação, prevenção as DST/AIDS, saúde bucal, saúde mental, saúde ocular, saúde auditiva e fonoaudiológica, vigilância em saúde, além de promoção da saúde e saúde escolar. Os destaques desta listagem, em relação às anteriores, são as ações de promoção da saúde, de saúde escolar e de saúde da família, que tinham eventualmente, o intuito de marcar mais claramente, o referencial teórico pretendido para a implementação do Programa, quais sejam: de promoção da saúde e de atenção primária em saúde.

Ao destacar a estratégia de saúde da família como uma referência dos serviços de saúde para a saúde na escola, o PMSEC avançou ao antecipar as recomendações que posteriormente partiriam da esfera federal, como recomendação, para um Programa de Saúde na Escola Nacional ¹⁰, prevendo os investimentos prometidos no âmbito federal para incentivo dessa estratégia no âmbito municipal. A justificativa dada no âmbito municipal, para articular o programa de saúde na escola com as equipes da estratégia de saúde da família, era a que relacionava a expectativa prevista de mais investimentos e ampliação desse modelo de atenção primária à saúde no âmbito municipal e nacional. Tal possibilidade da ampliação de cobertura dos serviços de saúde tornaria mais exequível garantir o acesso da comunidade escolar aos serviços de saúde, demanda persistente da educação para a saúde.

Outro elemento do Plano que chamou a atenção foi uma proposta sistematizada de fluxo de encaminhamentos para o atendimento clínico-assistencial e para produção de vínculos entre as instituições de ensino (escolas e creches), os serviços de saúde e as de assistência social. O desenho esquemático apresentado no PMSEC estimulou o repensar de como fazer fluir e garantir o acesso da comunidade escolar aos serviços de saúde, incluindo estratégias das três secretarias que estavam envolvidas, como pode ser visto na figura 05, a seguir.

Figura 05 - Esquema de possibilidades do fluxo operacional de atendimento aos alunos, pelo Plano Municipal de Saúde na Escola e na Creche (PMSE-2008)



Vale destacar aqui que o PMSEC foi submetido à apreciação do Conselho Municipal de Saúde e, posteriormente, inserido no Plano Municipal de Saúde. Tais processos sinalizaram a importância de inserir a saúde na escola na política de saúde municipal, uma exigência também, da Subsecretaria de Ações e Serviços de Saúde (SUBASS) onde, então, se localizava o Programa de Saúde Escolar no organograma da SMS.

Do ponto de vista da intersetorialidade, o PMSEC elaborado apenas pelo setor Saúde, só poderia ter validade e legitimidade quando fosse revisado e repensado pelas outras Secretarias (SME e SMAS), e no momento em que a cisão da interlocução entre a educação e saúde fosse vencida por uma renovada aproximação. Nessa situação, esperava-se que o PMSEC fosse submetido a novas análises, reflexões, contribuições e sugestões feitas pelos parceiros restabelecidos como tal, e comprometidos com suas propostas, produtos e efeitos esperados.

Oficinas de Saúde na Escola

A dimensão participativa do PMSEC só apareceu de fato, quando ele foi submetido à apreciação dos atores regionais e locais das três Secretarias através de Oficinas de Saúde na Escola. Nesse espaço, ele foi reconstruído e redesenhado pelos debates, reflexões, críticas, contribuições e mudanças propostas no âmbito regional e local dos três setores.

A preocupação em entender o que ocorria a partir da ampliação da rede sociotécnica do programa municipal, principalmente com os psicólogos a ela incorporados, foi responsável pela estratégia de capacitação representada por essas Oficinas, que foram realizadas em três das dez áreas programáticas de saúde do município do Rio de Janeiro.

Os principais objetivos das Oficinas de Saúde na Escola foram: consolidar as ações municipais de saúde na escola e na creche através do PMSEC; aprofundar o diálogo entre os setores de Educação, Saúde e Assistência Social e explorar possibilidades de ações, ferramentas metodológicas e conceituais que pudessem fortalecer as práticas participativas de saúde na escola e na creche no âmbito regional e local; incentivar a articulação intersetorial, sobretudo nas instâncias descentralizadas do Programa; fortalecer ações de promoção da saúde e as práticas participativas; reconstruir fluxos ou mecanismos que facilitassem o acesso da comunidade escolar aos serviços de saúde; criar ou fortalecer núcleos de trabalho regionais e intersetoriais (os

Núcleos de Saúde Escolar); e integrar a Secretaria Municipal de Saúde à Rede de Proteção Básica às Crianças e Adolescentes, como a Secretaria Municipal de Assistência Social definia a Rede de Proteção ao Educando.

O planejamento das Oficinas foi feito pelo nível central de gestão da SMS, pela Gerência do Programa de Saúde Escolar da Assessoria de Promoção da Saúde da Subsecretaria de Ações Básicas e Serviços de Saúde (S/SUBASS), em parceria com o CECIP e gestores regionais, Coordenações Regionais de Saúde, Coordenadorias Regionais de Educação e Coordenadorias Regionais de Assistência Social das áreas envolvidas.

O público dessas Oficinas foram gestores e profissionais regionais e locais das três Secretarias. Sua estrutura organizativa contou, em primeiro lugar com a realização de encontro inicial de 16 horas para o reconhecimento e o mapeamento do que já era desenvolvido por aqueles atores e para elaboração de planos de ações e intervenções por grupos locais de participantes. No segundo momento, foi realizado outro encontro dos participantes com duração de quatro horas, para levantamento e avaliação do desenvolvimento das ações planejadas pelos grupos. Durante o intervalo de tempo entre os dois momentos, houve acompanhamento da execução dos planos e atividades desenvolvidas por meio telefônico, virtual e de visitas presenciais ao local em que se desenvolviam. A ideia desse acompanhamento foi a de estimular os processos, identificar barreiras e dificuldades, bem como os fatores que facilitassem as realizações pretendidas. Algumas Oficinas realizaram ainda, outros encontros eventuais e esporádicos em decorrência de suas demandas, necessidades e/ou de acordos feitos com os participantes e as instituições envolvidas.

A realização das Oficinas foi possível porque mais uma vez, o Programa através da SMS, constituiu parceria com uma organização não governamental. Essa estratégia, presente em cada uma das etapas da trajetória do Programa municipal, merece destaque pela sua importância para a operacionalização, principalmente administrativa e financeira, de ações e pela agilidade com que muitas vezes viabilizava a utilização dos recursos disponibilizados para o Programa em tempo útil e necessário ao desenvolvimento das atividades. Embora uma estratégia comumente utilizada para vencer os entraves burocráticos da gestão pública no uso de recursos, é fundamental considerar que a contratação de serviços ou convênios feitos pela SMS com essas instituições da esfera não governamental foi cercada de critérios rigorosos para a seleção da ONG garantindo, assim, perfil ético e legal dos processos executados com essa finalidade. Esses eram disponibilizados para consulta e justificados através de

relatórios técnicos das atividades e dos gastos feitos com sua execução. Como nas outras etapas do Programa Municipal, as parcerias feitas com as ONGs consideraram a natureza de cada uma delas, quer pelo compromisso teórico conceitual com a promoção da saúde quer pela experiência com práticas participativas que desenvolviam.

Nesta etapa, de execução de Oficinas de Saúde na Escola, a parceria e o contrato de serviços pela Secretaria Municipal de Saúde foram feitos com o Centro de Criação de Imagem Popular (CECIP), instituição reconhecida no âmbito nacional e internacional, na área de produção de materiais educativos em diferentes mídias, no campo da formação de profissionais, como jovens e representantes da comunidade através de práticas participativas, e na área de pesquisas e outras estratégias metodológicas como a de resolução de conflitos. A missão do CECIP ¹²⁸ era contribuir para o fortalecimento da cidadania, produzindo informações e metodologias que influenciassem políticas públicas promotoras de direitos fundamentais. Essa parceria com a SMS se efetivou de 2007 a 2009, como se verá também na etapa seguinte do Programa.

A metodologia utilizada para o desenvolvimento das Oficinas pelo CECIP, conforme descrita nos relatórios de elaboração e desenvolvimento das Oficinas de Saúde na Escola, em 2007, foi a de formação para gestores com base nos princípios do construtivismo, visando propiciar que os participantes fizessem a mediação entre informação e prática através da reflexão sobre suas teorias subjetivas (modelos mentais, concepções teóricas adotadas ou implícitas no cotidiano do trabalho, crenças e valores). Ao considerar que a aprendizagem ocorre por meio de interações, essa metodologia pressupõe a possibilidade de criação e o exercício de procedimentos que favoreçam o diálogo, a cooperação na resolução de problemas e o compartilhar de idéias e experiências. Os participantes são considerados de forma holística, em suas dimensões intelectual, física, sensorial e emocional. O foco de todo o processo é a prática dos gestores e sua atuação profissional. Baseada nos princípios de Facilitação de Mudanças Educacionais, essa metodologia focaliza a construção coletiva dos processos de transformação. Esses princípios estabelecem que os principais fatores de mudanças são: as pessoas estão no centro de todo processo; as pessoas devem ser consideradas em relação aos seus sentimentos e necessidades; a base de todo processo de mudança é o diálogo e a reflexão sobre o que se pratica; a mudança tem várias etapas e é preciso começar por algum lugar; mudanças culturais/paradigmáticas levam tempo; não é de um dia para o outro que as pessoas mudam sua forma de pensar; e a mudança se dá no fazer e no compromisso com este fazer. Neste sentido, nas oficinas, incentivou-se que todos os envolvidos pudessem interferir e modificar o que estava sendo planejado, a partir da

reflexão e diálogo, chegando ao compromisso de uma atuação criativa diante de situações cotidianas. As ações previstas e realizadas precisam ter apoio, acompanhamento e avaliação constante para um (re) planejamento na construção de novas propostas.

Para dar sequência à análise da trajetória do programa municipal e identificar os processos e mecanismos mais evidentes em cada etapa, a formulação de um plano avaliativo das Oficinas trouxe contribuições importantes. Interessava reconhecer a Oficina como uma ferramenta estratégica para o desenvolvimento do programa e como mecanismo capaz de mobilizar os atores e/ou recursos, para influir na sua transformação. Ao mesmo tempo, permitia uma análise como o estabelecimento das inter-relações entre os novos atores integrados à rede sociotécnica, contribuindo para que eles passassem de objetos a sujeitos do programa. Interessava ainda, dimensionar o potencial intersetorial dessas relações e atividades que caracterizaram essa nova etapa do Programa. Questões como a consolidação dos objetivos do PMSEC e a melhoria do acesso da comunidade escolar aos serviços de saúde foram incorporadas ao plano avaliativo para que pudessem ser delineadas e iluminadas a partir da (re) tradução na ótica dos participantes da Oficina.

As fontes de coletas de dados dessa avaliação foram os relatórios de acompanhamento das Oficinas, incluindo a execução e desenvolvimento dos planos de ação elaborados pelos participantes e diversos outros produtos das oficinas, tais como: material audiovisual e impresso, depoimentos, entrevistas e observações participantes das dinâmicas, dos grupos de trabalho e da mobilização de atores chave de cada setor, relatórios parciais, registros de levantamentos diagnósticos e dos projetos locais propostos por eles.

As questões avaliativas que serviram para nortear o processo avaliativo foram: (1) até que ponto o processo de desenvolvimento das Oficinas facilitou o alcance de seus objetivos e (2) quais as evidências de impacto das Oficinas na atuação profissional dos participantes. A partir destas questões, foram construídos indicadores de mérito para apontar a qualidade interna da Oficina, como: coerência entre a metodologia da Oficina e seus objetivos e a dinâmica na sua condução. E ainda, indicadores de impacto que apontassem os resultados externos à Oficina, sobre atuação profissional e a repercussão da articulação intersetorial, como: articulação intersetorial, implementação de planos propostos, expectativa de continuidade da articulação e a utilização de métodos participativos.

O processo avaliativo foi dirigido especificamente aos participantes de duas oficinas de Saúde na Escola, realizadas no município do Rio de Janeiro durante o ano de 2007. Em respeito a questões metodológicas, esse processo se caracterizou por dois grupos de respondentes: de Acari (profissionais de saúde da CAP. 3.3. e de educação da 5ª e 6ª CRE) e do Grande Méier (profissionais de saúde da CAP. 3.2. e profissionais de educação da 3ª CRE). O grupo que representava a Oficina da área do Centro da Cidade (profissionais de saúde da CAP. 1.0. e profissionais de educação da 1ª CRE) foi excluído da análise final porque, metodologicamente, não preencheu os critérios mínimos de seleção, como: número insuficiente de profissionais que impediu a realização do grupo focal previsto para aquela área e resposta quantitativa não representativa dos questionários semiestruturados. Não obstante, observação participante realizada durante a Oficina permitiu registros de processos identificados como frutos da Oficina.

A metodologia de avaliação foi definida e construída a partir do encontro entre a equipe de avaliação, os gestores da Secretaria Municipal de Saúde (seus principais solicitantes) e a equipe do CECIP, que definiram, em conjunto, o propósito da avaliação e seus pressupostos teórico-metodológicos. Além de explicitarem a intenção e as condições do estudo avaliativo desejado, esses interlocutores ofereceram à equipe de avaliação o material informativo necessário produzido pela gestão do Programa de Saúde Escolar e seus parceiros institucionais da Secretaria Municipal de Educação, além daqueles produzidos pelos participantes no decorrer das Oficinas de Saúde na Escola. Outra fonte de consulta para coleta de dados da avaliação foram os profissionais que haviam participado dessas Oficinas, que compareceram às reuniões propostas e responderam a entrevistas, questionários ou prestaram depoimentos. Na seleção de técnicas para a coleta de dados, foram construídos dois instrumentos: *checklist* e roteiro para grupo focal.

A *checklist* constou de 11 afirmativas relacionadas às Oficinas e suas repercussões, sobre as quais os participantes, individualmente, expressaram sua concordância total, parcial, ou sua discordância, sempre seguida pela oportunidade de se apresentar uma justificativa por escrito, em espaço livre, para a resposta selecionada. Ao final da *checklist* foi solicitada uma livre opinião sobre a oficina. Apesar da identificação do local de origem do profissional, foi garantido o anonimato.

O grupo focal constou de quatro questões apresentadas por um membro da equipe de avaliação, que atuou como líder da discussão sobre cada questão, enquanto

outro membro registrava o teor das falas, bem como gestos e expressões. O tempo de duração foi de, aproximadamente, duas horas em cada grupo focal.

Com os dados organizados, tratados e analisados, a equipe de avaliação apresentou aos gestores um relatório parcial sobre alguns resultados preliminares, o qual incluiu apenas as informações provenientes dos grupos focais, de modo a oferecer algum *feedback* para a validação dos resultados em tempo útil, isto é, durante o desenvolvimento do processo e que merecessem consolidação ou ajuste^{129, 130}.

Análise dos principais resultados das Oficinas

Reforçamos uma vez mais, que trabalhar na perspectiva participativa implica numa (re) significação das propostas originais do programa pelos atores que lideram eventuais mudanças e transformações, como característica implícita da autonomia de ação e do poder de decisão local. Neste sentido, o surgimento e desenvolvimento de projetos gerados a partir dos planos de ações dos participantes das diferentes oficinas emanam da demanda correspondente às necessidades mais específicas dos atores de cada área e/ou de cada oficina. Ainda que houvesse um roteiro de estratégias e de dinâmicas a serem utilizadas, chamou a atenção o fato de que o desenho previsto se modificou gerando desenhos próprios. Os formatos, as atividades e os processos foram diferentes, porque cada parceiro/ator expressou sua especificidade, característica, interesses e controvérsias próprias.

Portanto, antes de apresentar os resultados gerais da avaliação e do mesmo modo como feito na etapa anterior, vale destacar algumas experiências extraídas de fatos e relatos registrados na observação das atividades e das próprias Oficinas, como:

- a) A troca de papéis em que os atores estão acostumados a cumprir em seu cotidiano pode ser um rico exercício para estimular a reflexão e o agir. Um exemplo foi: profissionais de um determinado setor, num dado momento, foram convidados a assumir o papel de quem trabalha em setor diferente do seu. Em uma das Oficinas foi utilizada essa dinâmica complementada com a simulação de uma entrevista para a televisão, com equipamento de vídeo gravação entre os participantes. Assim, foi solicitado a um profissional da educação (professor/diretor de escola) que se dispusesse a assumir um papel de diretor do centro de saúde da área de abrangência de sua escola. Esse professor, ao participar das atividades da Oficina, expôs com muita ênfase inúmeras reclamações sobre os serviços de saúde de seu território e

não conseguia apontar ou vislumbrar em suas falas e discurso, espaço ou possibilidade para qualquer solução que lhe parecesse razoável para atender as demandas de saúde daquela escola. Ao receber o fictício papel de profissional de saúde e ao ser entrevistado por uma imaginária rede de televisão, ele teve que responder a suposto repórter a seguinte questão: “como ele, diretor do centro de saúde, pretendia melhorar os serviços de saúde e resolver as demandas de saúde das escolas daquela região?”. Imediatamente, assumindo sua nova posição, esse professor conseguiu listar uma série de possibilidades e estratégias para que o serviço de saúde se articulasse com a escola da região. A gravação apresentada posteriormente ao grupo deu importante suporte ao debate reflexivo de como, por vezes, os profissionais não se colocam na situação ou posição de outros e como as prioridades e soluções não são compartilhadas, dificultando ou inviabilizando sua solução.

- b) Na Oficina do Centro da Cidade, os participantes resolveram que seriam criados entre eles, três grupos de trabalho que teriam como tarefa pensar soluções para questões apontadas pelo coletivo. Um dos grupos teria que apresentar propostas que dessem conta de garantir o acesso da comunidade escolar ao Centro Municipal de Saúde daquela área. As primeiras providências incluíram a elaboração de uma ficha própria de encaminhamento da escola para o posto de saúde com a seleção de doenças, agravos ou situações que dariam prioridade de atendimento ao aluno diante da vulnerabilidade da sua saúde. Feito isto, as fichas foram levadas pelos diretores da escola e do posto de saúde, para que fossem utilizadas, e após um mês de teste do fluxo de encaminhamento dos alunos aos serviços de saúde, o grupo se encontraria para avaliar o ocorrido. O primeiro fato que chamou a atenção, nessa reunião, foi que a direção da escola informou que tinha encaminhado 17 alunos para o posto de saúde. A direção do posto, entretanto, disse que só tinha atendido a dois alunos dos que teriam sido encaminhados. O que surpreendeu o grupo foi saber que os representantes da escola afirmaram que todos seus alunos foram atendidos por aquele serviço de saúde como combinado. O problema é que os professores/escola não tinham recebido informação do serviço de saúde sobre as condições e procedimentos dados e dos cuidados necessários para com aqueles alunos atendidos. Nas reflexões feitas pelo grupo diante dessa experiência, houve destaque para a relevante falta de comunicação entre os dois serviços (centro de saúde e escola) e a inadequação da ficha criada para garantir o atendimento aos alunos e seus familiares

e para gerar informações e vínculos institucionais. As fichas não foram suficientemente socializadas entre os profissionais de saúde e tão pouco reconhecidas como instrumentos de comunicação entre a educação e saúde. Situações como estas apontaram equívocos sobre o acesso aos serviços de saúde pelas escolas.

- c) No que se refere à revisão do fluxo de encaminhamentos dos alunos aos serviços de saúde apresentados no PMSEC, os gestores do nível central do Programa puderam apreender algumas lições importantes com os gestores regionais participantes das Oficinas do Centro da Cidade e a de Acari. Na primeira Oficina, os participantes refizeram o fluxo adequando-o às especificidades locais, demandas e equipamentos de saúde disponíveis, propondo testá-lo antes, numa região circunscrita daquela área, porque entenderam que não contemplava as necessidades regionais e que dispunha de maior concentração de serviços de saúde da Cidade, particularmente de natureza hospitalar. Ao contrário, na Oficina de Acari as modificações feitas pelos seus participantes no desenho do fluxo de encaminhamento proposto pelo PMSEC foram baseadas nas relações existentes entre os serviços de saúde junto às escolas e às creches locais. Os produtos e resultados intermediários da etapa anterior foram importantes para a criação naquela área, de vínculos entre a educação e saúde por conta de uma referência regional intersetorial de saúde escolar (o que o Programa pretendia instituir como Núcleo Regional de Saúde Escolar). Apesar da demanda explícita pela ampliação de serviços de saúde na área, houve identificação de atores e referências para o atendimento das escolas nos poucos serviços locais de saúde com uma distribuição de escolas e creches pelas quais eles responderiam. Essas interações foram estratégicas, pois contribuíram para melhorar o acesso dos escolares aos serviços. Diante dessa situação, os participantes entenderam que o fluxo proposto no PMSEC era mais complexo e, portanto, inadequado para a área, porque os vínculos existentes já permitiam encaminhamentos de forma mais direta e simples.
- d) A observação da chegada dos participantes para oficina do Grande Méier permitiu perceber como eles estavam incomodados com o convite para uma atividade com tempo de duração previsto para oito horas e circunscrita a um auditório fechado. Contudo, na dinâmica de avaliação na saída do dia de trabalho, quase todos os participantes fizeram depoimentos de que não haviam sentido o tempo passar. Os

coordenadores da Oficina tiveram assim a oportunidade de problematizar o que teria acontecido para justificar aquela mudança de sensações ao final do dia. A metodologia da Oficina foi o elemento central para a resposta. O acolhimento aos participantes no início do dia foi feito com um café da manhã coletivo, que permitiu que eles conversassem entre si, proporcionando que eles se (re) conhecessem e, possivelmente, estabelecendo vínculos, sobretudo para as atividades nas quais se envolveriam. Por ser um auditório sem cadeiras fixas, sua ocupação foi feita de diversas formas permitindo dinâmicas com grandes ou pequenos círculos de cadeiras, no sentido lateral ou vertical do espaço, permitindo deslocamentos internos do grupo. Assim, surgiram diversas rodas de conversa entre os participantes e os condutores da Oficina. O uso da sala variou com a mobilidade do material empregado para as dinâmicas de trabalho: álbuns seriados, vídeo, televisão, aparelhos de som, fotos, quadros de colagem, entre outros. Além da questão de utilização ágil e flexível do espaço, o exercício da escuta, possibilitando que todos tivessem voz, favoreceu o envolvimento dos participantes com as atividades e a percepção de que técnicas e metodologias participativas eram estratégias fundamentais para a construção coletiva e exercício do poder decisório dos participantes. Tratava-se, portanto, de uma estratégia importante para fundamentar programas de promoção da saúde.

- e) Com base nos referenciais de educação popular na saúde ^{58, 54}, a proposta da Oficina foi a de possibilitar vivências e práticas diferenciadas aos seus participantes com a perspectiva de que eles se apropriassem dessas técnicas para uso no cotidiano dos seus espaços de trabalho. Entretanto, a observação das atividades durante as Oficinas não era suficiente para a compreensão dos processos. As visitas de acompanhamento aos locais em que as ações ocorrem permitem aos avaliadores espaços de observação para a avaliação. Nessa Oficina (do Grande Méier), a resposta às dinâmicas propostas permitiu registrar de alguns dos participantes, discursos claramente envolvidos com a concepção participativa de atuar, o que muito animou a equipe de coordenadores e organizadores em relação a possíveis desdobramentos na prática daqueles profissionais. Contudo, a observação feita durante a visita local mostrou que em algumas situações, o profissional de saúde mesmo com o discurso participativo na Oficina, nem sempre consegue exercê-lo na prática. Um exemplo foi observar uma reunião de pais e responsáveis numa escola conduzida por um profissional de saúde para abordar questões de saúde com esse

público. Ao contrário da Oficina, ele se mostrou absolutamente autoritário. Conduziu a reunião dos pais fazendo uso da palavra através de um microfone praticamente durante todo o tempo da reunião e apresentou aquilo que ele valorizava e entendia que os pais deveriam fazer, por exemplo, para a saúde bucal de seus filhos. Só ao final, quando todos pareciam estar cansados de ouvi-lo, ele disponibilizou o microfone e a palavra aos pais. Apenas três pais permaneceram para falar com o profissional enquanto os outros se dispersavam. Como citado, há um tempo para que as mudanças e as transformações ocorram, para que os profissionais de saúde se apropriem de novas práticas. Uma lição aprendida é que oficinas ou estratégias de capacitação, por mais bem intencionadas que sejam, não são suficientes para consolidar programas de promoção da saúde, ou para dar conta de que os objetivos pretendidos por um dado programa sejam de fato, alcançados. Uma análise importante é que entre profissionais há certa horizontalidade nas relações, mas quando se trata deles com a população o que prevalece nessa relação é uma grande verticalidade, aflorando o viés autoritário de agir.

- f) Os impasses e conflitos podem surgir a cada momento e os gestores e atores envolvidos precisam usar esses momentos para identificar os interesses e os desejos que estão em jogo. Outra experiência extraída da Oficina do Grande Méier foi a reunião de avaliação do desenvolvimento de seus planos que terminou numa situação de impasse entre os profissionais da educação e os profissionais de saúde. A questão de desacordo era a elaboração de projetos relacionados às questões de sexualidade que deveriam ser desenvolvidos na escola. Enquanto os profissionais da saúde se programaram para desenvolver essas atividades diretamente com os adolescentes em sala de aula, os profissionais de educação defendiam que essa era uma tarefa exclusiva de professores que pedagogicamente, tinham sido qualificados para esse tipo de intervenção. Embora cada lado tivesse suas razões, os profissionais de saúde reclamavam de como as escolas eram fechadas e pouco receptivas a esse tipo de atividade. E os profissionais de educação firmavam seu ponto de vista para que os profissionais de saúde desenvolvessem atividades nos serviços de saúde ou então, que nas escolas, trabalhassem apenas com os professores ou com os pais e responsáveis, mas não com os alunos. E tinham razão no sentido em que trabalhar com sexualidade é, antes, considerar o contexto das diferentes manifestações e cuidados com o próprio corpo, com as inter-relações do sujeito com o outro, das características, do desejo, das angústias e das dúvidas da criança e do adolescente

em relação ao tema e não necessariamente, uma abordagem simplificada e direta de apresentação das manifestações clínicas, como por exemplo, de doenças sexualmente transmissíveis, como era o foco dos profissionais de saúde. Mesmo com suas razões, os profissionais de educação permaneciam fechados e inflexíveis em seus argumentos, sem abrir espaço para maior diálogo e troca com os profissionais de saúde. O conflito se acentuou colocando os dois grupos de educação e saúde em situações diametralmente opostas, sem recursos aparentes de negociação.

Tais situações representam janelas de oportunidades reconhecendo que a avaliação de programas de promoção da saúde interage com o próprio programa. Situações de controvérsias como essas representam momentos-chave de reflexão, revisão dos rumos e antes do que interrupção, elas mobilizam os atores. A intervenção precisa nesse momento foi a de valorizar o impasse e solicitar aos participantes que identificassem o significado daquela situação. Ao final dos trabalhos propostos, ela representava uma chance de reiniciar o investimento na articulação intersetorial. Como encaminhamento, foi proposta aos profissionais de saúde, a oportunidade de um curso de formação sobre sexualidade, oferecido e ministrado pelo Programa de Saúde do Adolescente da SMS em parceria com o projeto de sexualidade da Secretaria Municipal de Educação. E, em relação à Oficina foi sugerido o recomeço a ser desenhado a partir daquele momento.

O relatório final da avaliação¹³⁰ foi discutido e construído com a equipe externa de avaliação e os gestores do programa. Nele, foi enfatizado que para a formulação de juízos de valor referentes ao mérito e ao impacto das Oficinas de Saúde na Escola, a avaliação realizada cumpriu critérios fundamentais para que ela fosse verdadeira, como:

- (a) ser útil – permitir tomadas de decisão dos gestores em tempo hábil da execução do programa;
- (b) ser viável – realizável na simplicidade e com prudência em sua condução;
- (c) ser ética – que respeitasse os indivíduos envolvidos bem como os ideais e políticas das instituições responsáveis;
- (d) ser precisa – tanto na aplicação dos instrumentos, na coleta de dados, análise e interpretação de resultados.

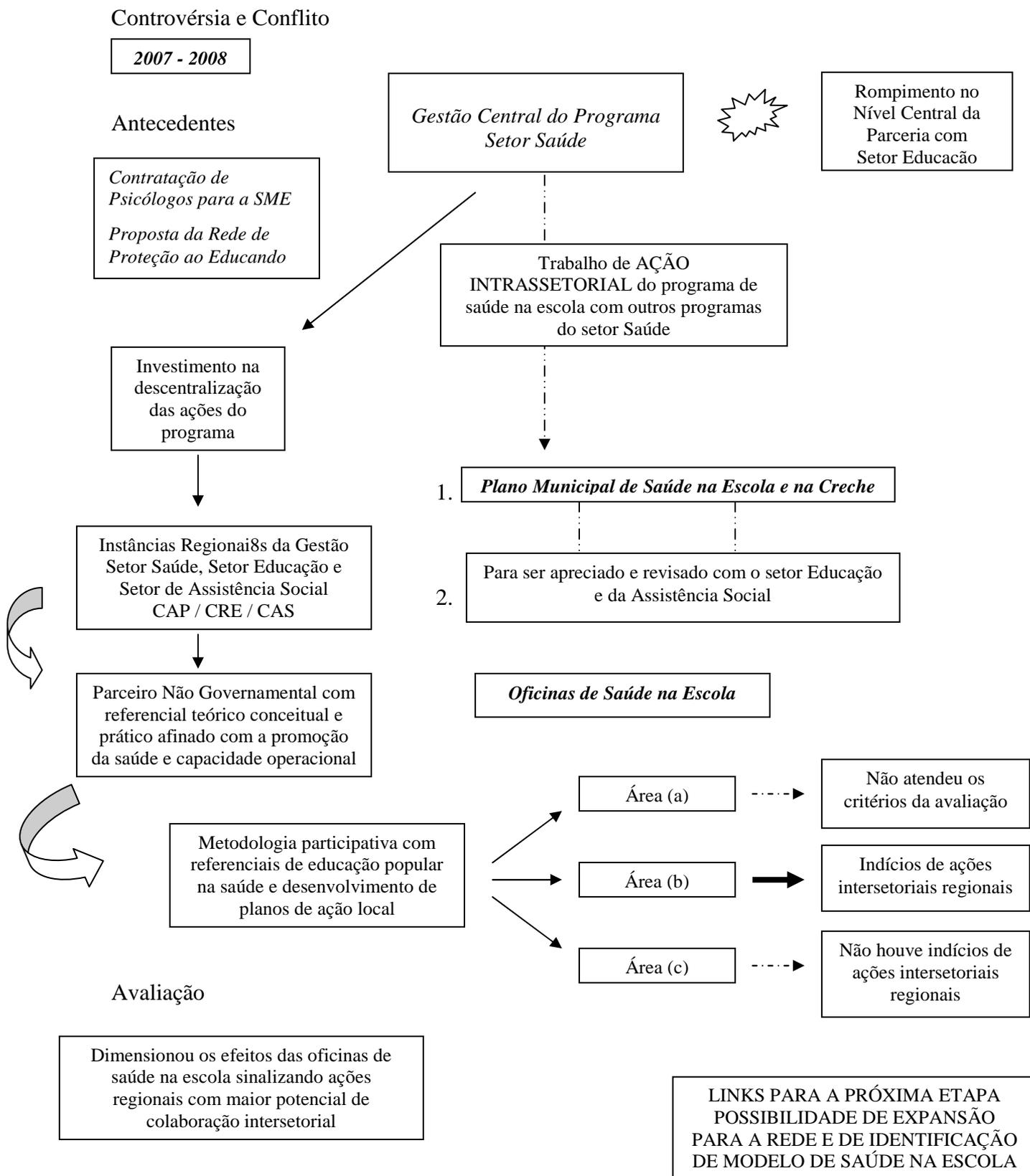
O relatório apontou ainda as limitações existentes face ao intuito de agilizar as informações e atender a urgência da tomada de decisões para revisar a continuidade das estratégias do programa. Sem comprometer a qualidade da informação, foi necessário

reduzir o escopo geográfico e o quantitativo do processo avaliativo para apenas duas regiões, porque na terceira (Oficina do Centro da Cidade) o número de representantes da educação e da saúde foi muito reduzido e as tentativas de (re) agendamento não foram exitosas, provavelmente por compromissos do grupo com atividades de final de ano tendo em vista, a proximidade de natal e outros festejos. Em relação à Oficina do Grande Méier, contou-se apenas com os representantes da educação, os representantes da saúde não compareceram ao grupo focal. Vale registrar a justificativa dada à equipe de avaliação por uma representante da educação naquela área, que ficara responsável pelo convite aos profissionais:

“... achamos que seria um momento apenas da educação, que seria mais proveitoso que só a educação participasse.”

Apesar dessas limitações, as contribuições e informações daqueles que compareceram foram valiosas e significativas para o processo avaliativo bem como suas conclusões e recomendações. Na figura 06, a seguir, podem ser observados de forma esquemática, a estrutura e os links entre os objetos e componentes do Programa na sua 4ª etapa, a das Oficinas de Saúde na Escola de novas tentativas de modelos de capacitação em Promoção da Saúde (período de 2007 a 2008).

Figura 06 - Programa Municipal de Saúde na Escola - 4ª Etapa - (Oficinas de Saúde na Escola)



A figura 07 (pág.137) descreve de forma esquemática, a sistemática da avaliação¹³⁰. Em síntese, os resultados da avaliação sugerem que as Oficinas de Saúde na Escola tiveram coerência entre a metodologia e seus objetivos, e que elas foram facilitadoras quanto ao alcance dos objetivos e metas ao propiciar articulação, integração e motivação entre seus participantes pela busca da ação intersetorial. Ficou evidente, sobretudo, o entusiasmo por parte destes, tanto pela credibilidade como pela colaboração na busca de tão relevante ação. A competência dos idealizadores e condutores das Oficinas surgiu expressa no desejo de que elas tivessem continuidade.

De forma resumida, destaca-se uma diferença importante entre as duas Oficinas que integraram o processo avaliativo. Na Oficina de Acari foi observada a existência de articulação intersetorial entre coordenações regionais de Saúde e de Educação (5ª e 6ª. CRE e CAP.3.3.). Contudo, na Oficina do Grande Méier foi constatada que não tiveram êxito as tentativas de articulação entre essas instâncias de saúde e de educação (3ª CRE com a CAP 3.2). Em Acari, ao contrário do Grande Méier, o entusiasmo pós-oficina não se esmoreceu, pelo contrário, houve indícios de que a Oficina fortaleceu os processos que já estavam em curso, com maior articulação intersetorial e impacto no aumento do acesso dos escolares aos serviços de saúde da área, além da ampliação das atividades de prevenção e da intenção de que elas se caracterizassem como de promoção da saúde nas escolas. O grupo de Acari ressaltou como ponto negativo, o fato da articulação intersetorial não ter alcançado ainda a área da assistência social. Em ambos os grupos há relatos de inúmeros exemplos concretos de impacto da articulação intersetorial, identificados no conjunto de depoimentos extraídos do grupo focal e dos depoimentos livres integrantes das *checklists*. Na Oficina do Grande Méier, como citado anteriormente, a falta de articulação ficou patente pela ausência total de representantes da saúde no respectivo grupo focal.

Mesmo com indícios de que as Oficinas de Saúde na Escola impulsionaram o processo de articulação desejado, esta ocorre em situações isoladas. Constata-se uma falta de condições estruturais fora do alcance dos profissionais diretamente envolvidos nos três setores, pelos seguintes motivos: (a) insuficiente número de profissionais, principalmente da saúde e assistência social; (b) desproporcionalidade numérica de profissionais e serviços da saúde e da educação num determinado território, que se reflete na dificuldade da saúde em atender as demandas; e (c) insuficiente número de profissionais e gestores com disponibilidade e competências para atuar com colaboração intersetorial.

Os resultados detalhados da *checklist* e dos grupos focais delineiam diferenças importantes entre os processos identificados em Acari e os do Grande Méier. Naquela primeira área, considerando os aspectos pré-existentes de ação intersetorial, a Oficina fortaleceu em grande medida a intersetorialidade pretendida, tanto que pode ser visto que na região ainda ocorrem encontros sistematizados. Já na segunda área, as tentativas de articular intersetorialmente a educação e a saúde não tiveram êxito. Apesar disto, nas duas áreas existe de fato, uma forte intenção de continuidade, aliada à esperança de que as dificuldades sejam superadas e a articulação venha realmente acontecer. Vale registrar que em Acari, perceberam-se mudanças na prática profissional em decorrência da experiência com a metodologia participativa. De modo geral, os participantes concordaram totalmente com a existência de melhor articulação entre técnicos e comunidade, oportunizando entrosamento, troca de experiências e fortalecimento do trabalho da Escola Promotora de Saúde que existia naquela área.

O plano avaliativo, ao demarcar aspectos positivos e negativos nesses processos nos quais a mola propulsora seriam as Oficinas de Saúde na Escola, também assinalou que estas oficinas, por si não bastariam para concretizar a articulação entre os setores. Entretanto, na opinião dos participantes, as Oficinas se constituíram no elemento provocador do programa, no sentido de que eram altamente estimulantes para a busca da intersetorialidade voltada para o benefício de crianças, de adolescentes e das comunidades escolares.

Para além da própria avaliação, a oportunidade dos gestores do nível central, de acompanhar o desenvolvimento das oficinas permitiu que eles verificassem a capacidade e o desejo dos psicólogos recém contratados e daqueles que já pertenciam anteriormente à rede de saúde, de atuarem em conjunto para (re) pensar e desenvolver estratégias de otimizar e potencializar as atividades de saúde mental.

Paulatinamente, vale registrar que no decorrer das Oficinas, os profissionais e gestores de saúde puderam compreender de forma mais ampla o funcionamento da rede de proteção ao educando coordenada pela parceria da Secretaria Municipal de Educação e Secretaria Municipal de Assistência Social. De certa forma, essa rede se concretizava com atuação de equipes, agora com a presença de psicólogos e assistentes sociais, em locais de referencia nas diferentes áreas do município do Rio de Janeiro, fossem nas Coordenadorias Regionais de Educação ou de Assistência Social ou ainda em algumas escolas.

Vale assinalar que através do curso das Oficinas e do processo de avaliação, foi possível dimensionar as expectativas com a criação da Rede de Proteção ao Educando e

sua relação com a questão do fracasso escolar, uma contínua preocupação deste Programa conforme visto, bem como no desenvolvimento histórico da saúde escolar.

A RPE se constituía como uma estrutura interna da SME e da SMAS com base nas coordenadorias regionais de educação ou nas próprias escolas que tinham por objetivo dar suporte a estas e professores no que se referia ao atendimento de alunos com dificuldades no seu desempenho escolar de diferentes ordens e magnitudes. A equipe de profissionais da RPE, ao se deparar com esses alunos, atuava no sentido de identificar e clarear a natureza da situação que os envolvia. Com o olhar inicialmente pedagógico e com suporte psicológico e emocional, além do apoio na área da assistência social, a avaliação do aluno diminuía consideravelmente os encaminhamentos quase sempre equivocados para atendimento no setor saúde. Este era um aspecto bastante positivo da RPE e que não havia sido claramente identificado no esboço de sua proposta, principalmente porque a esses alunos era oferecida a participação em projetos pedagógicos e assistenciais antes de submetê-los à abordagem clínico-terapêutica e, frequentemente medicalizadora, no setor Saúde. É possível que neste sentido, pudesse ser encontrada uma explicação para a ausência da saúde na RPE: os gestores, Secretários Municipais da Educação e da Assistência Social, programaram essa rede sem a participação do Secretário Municipal de Saúde e apesar da Prefeitura propor reuniões macrofuncionais de políticas sociais essas propostas não eram de fato, compartilhadas. Se o fossem, o desejo da SMS em integrar a RPE talvez nem precisasse compor os objetivos do PMSEC. Somente, em dezembro de 2009, por conta de uma Portaria da SME, foi criado o programa interdisciplinar de apoio às escolas municipais do Rio de Janeiro (PROINAPE), que previa a atuação intersetorial das equipes da RPE (psicólogos e assistentes sociais) e dos Pólos de Apoio Extra-Escolar (professores com atuação pedagógica diferenciada) na perspectiva interdisciplinar. Além de apresentar a distribuição dos profissionais por CRE, a Portaria referenciava que a proposta interdisciplinar pretendia a reversão do fracasso escolar, entre outras.

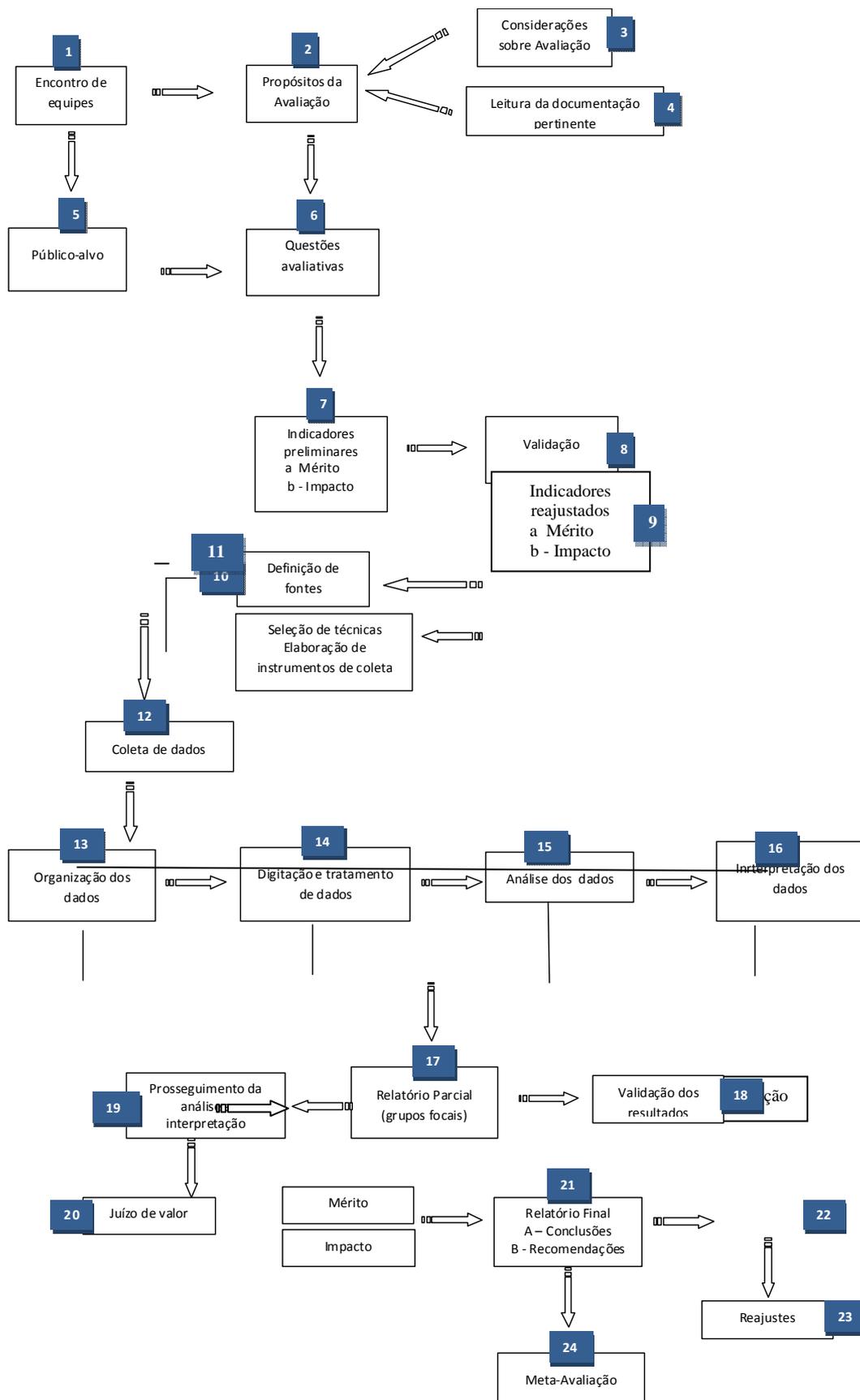
Decorrente do plano avaliativo ^{VIII} realizado e das reflexões que ele produziu entre seus técnicos e a equipe de avaliadores, emergiram as seguintes recomendações:

- a) Propiciar a continuidade das Oficinas de Saúde na Escola, expandindo-as para todo o município;
- b) Acompanhar a realização das Oficinas para monitorar a solução de entraves que possam prejudicar o processo;

^{VIII} Plano avaliativo coordenado por Thereza Penna Firme, com recomendações que constam do Relatório Final da Avaliação de 2007.

- c) Analisar mais profundamente a situação de contato da 3ª Coordenadoria Regional de Educação com a Coordenação Programática de Saúde da CAP.3.2, correspondentes do Grande Méier, no sentido de buscar alcançar essa articulação;
- d) Atuar junto aos setores integrantes do processo, (Saúde, Educação e Assistência Social) no intuito de corrigir a defasagem de profissionais específicos para as áreas de demandas;
- e) Incentivar e fortalecer o contato com as comunidades escolares da abrangência das Oficinas realizadas para divulgar as lições apreendidas e o conhecimento construído favorecendo (re) leituras e novas traduções e vantagens de ação intersetorial;
- f) Planejar, executar e avaliar um plano de encontros periódicos entre técnicos e gestores regionais de cada setor envolvido, no sentido de disciplinar e sistematizar processos de implementação da articulação intersetorial nas diferentes áreas trabalhadas.

Figura 07 - Sistemática da Avaliação das Oficinas de Saúde na Escola



Fonte: PENNA FIRME, T. Relatório Final da Avaliação das Oficinas de Saúde na Escola. Secretaria Municipal de Saúde e Centro de Criação da Imagem Popular, janeiro de 2009

4º CAPÍTULO

O Programa Municipal de Saúde na Escola e o Programa Nacional: Inter-relações (2009)

Após eleições municipais, o ano de 2009 iniciou com novo quadro de gestores na Prefeitura (prefeito e secretários municipais). Para o Programa Municipal de Saúde na Escola, isto representou um novo cenário, com outras importantes mudanças na sua rede sociotécnica, com ingresso de novos ou pela saída de antigos atores que a constituíam. Há diferentes contextos e expectativas em relação à mobilidade e ao desenvolvimento do Programa. A estrutura organizativa da SMS foi alterada com a criação de uma Superintendência de Promoção da Saúde aumentando o Programa Municipal aumenta do status de gerência para o de coordenação de Saúde Escolar. A própria Secretaria Municipal de Saúde absorveu o papel de defesa civil e passou a se denominar de Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil (SMSDC).

Em primeiro lugar caberia indagar quais seriam as decisões tomadas pelos novos gestores em relação direta com a continuidade do programa de saúde escolar. Certamente, algumas dessas decisões foram originárias de propostas anteriores já trazidas pelo grupo que assumiu a Prefeitura, mas é preciso ressaltar os aspectos positivos para sua permanência a despeito das mudanças de gestão, decorrentes da existência de um plano avaliativo acompanhando o Programa. A apresentação da proposta de saúde na escola, que estava em curso, foi feita com base nos processos identificados pelo plano avaliativo. Este qualificou o programa pela sistematização das atividades realizadas e das propostas sugeridas para sua continuidade a partir das recomendações feitas pela avaliação. Deste modo, a apresentação aos novos gestores do Programa acoplado a um sistema de avaliação, sinalizou mais seriedade, cuidado e comprometimento gerencial com as atividades de saúde na escola na Secretaria.

Outro evento que marcadamente interferiu com o Programa no Rio de Janeiro foi a criação do Programa Nacional de Saúde na Escola (PSE) pelo Ministério da Saúde em parceria com o Ministério da Educação. O município do Rio de Janeiro, através de seus secretários municipais de saúde e de educação, havia assinado um termo de adesão¹⁴² ao Programa Nacional no final de 2008. Adesão esta, que implicava ainda no aporte de recursos federais aos cofres municipais. Além de interessar diretamente aos gestores municipais em geral, o aporte de recursos, por si, tem ação direta sobre o programa municipal. Como será visto mais adiante, dimensionar a relação/interação entre os PSE

no âmbito municipal e federal trouxe contribuições no tocante ao entendimento do desenvolvimento da saúde na escola no município do Rio de Janeiro.

O desafio da intersectorialidade como componente instituído no Programa de Saúde na Escola no município do Rio de Janeiro persistia. Os processos avaliativos anteriores sinalizavam possibilidades e condições mais favoráveis para o fortalecimento da ação intersectorial. Contudo, era preciso ter mais clara, na base teórica do Programa, a compreensão de como este cumpria seus objetivos e se eles se consubstanciavam com a colaboração intersectorial das três Secretarias envolvidas até então. Para isso, não foi possível se ater em análise isolada restrita ao esquema de comparabilidade linear de casualidade. Entretanto, considerar a multiplicidade das condições/ações/interações de desenvolvimento de programa complexo, que envolve atores distintos, pressupõe vulnerabilidade das suas articulações sob interferência do tempo decorrido e do contexto em que ele acontece. É importante destacar que tais contextos se modificavam mesmo entre os diferentes níveis da gestão: central, regional e local.

Hartz ¹³¹ chama a atenção para as abordagens que favorecem a adequação das intervenções quando considerada a noção de sistema que representa uma ruptura da ação de determinismo pela de interação entre um dado objeto e seu ambiente. Esta interação é capaz de gerar transformações no sentido do todo presente no sistema de programa, mas também de possibilitar melhor compreensão na sua perspectiva de unidade, composta de um conjunto de subproblemas. Ao destacar a constatação da incerteza e da provisoriedade, Hartz ¹³¹ assinala ainda que é a circunstancialidade que torna a pesquisa um processo de aprendizagem contínua sobre o sujeito/objeto e que dá coragem a sua aplicação permitindo incluir a complexidade como forma de pensar e não apenas de investigar. A identificação das etapas da trajetória do Programa Municipal de Saúde na Escola, de certo modo, expõe sua (re) criação permanente e sua capacidade enquanto programa de resistir/interagir ou de evoluir como sistema, considerando os ambientes externos, as mudanças de contextos e as relações de poder decisório da gestão centralizada das Secretarias envolvidas como visto na etapa anterior.

Ao examinar as relações que existem entre os diferentes componentes que compreendem o Programa, através de procedimentos científicos que expliquem a prática empírica, é fundamental procurar ter claro não só como o programa cumpre seus objetivos, mas principalmente, quais as ações estratégicas postas em prática. Neste sentido, a avaliação tem contribuído para identificar os efeitos, processos e resultados intermediários que ajudam a decidir se o programa deve ser mantido, interrompido ou transformado, ou ainda se ele se modifica por si, de forma significativa além de

contribuir para avanços no conhecimento produzido a partir da elaboração teórica da evolução do programa ¹¹⁸.

A avaliação como instrumento da gestão, sustenta as discussões, deliberações e decisões. Assim, os resultados produzidos pela avaliação precisam ser compartilhados com os gestores para além daqueles que estiveram mais diretamente envolvidos no próprio processo de avaliação. Além de comprometer os atores nas diferentes instâncias do programa, socializar e discutir com eles os achados permitirá outras leituras e traduções para os processos identificados. No caso do município do Rio de Janeiro, a divulgação da avaliação das Oficinas de Saúde na Escola, realizadas em três das dez áreas programáticas de saúde da cidade motivou gestores, técnicos e comunidades de outras áreas a repensarem e refletirem sobre suas estratégias regionais e locais de Saúde na Escola e, de certo modo, desejarem que suas atividades também pudessem ser avaliadas. Tal avaliação permitiu argumentar e justificar junto aos novos gestores sobre a importância de impulsionar o desenvolvimento do Programa. As contribuições dadas tanto pelos participantes das Oficinas de Saúde na Escola, como pelos resultados da avaliação e pela consulta pública a que foi submetido, deixaram clara a necessidade de mudanças e, portanto, de revisar e (re) escrever o PMSEC ¹⁸⁶. Foi esse Plano que serviu de base para a elaboração do documento de referência desta nova etapa, o Documento de Diretrizes Gerais do Programa de Saúde na Escola e na Creche no Município do Rio de Janeiro ¹⁸⁷, que em versão preliminar como o anterior, também foi posto à apreciação crítica dos gestores e profissionais de saúde, educação e assistência social e em consulta pública no site do Programa em 19 de agosto de 2009.

Nesta etapa foi restabelecida então, principalmente no âmbito central, a gestão do PSE Municipal com (re) articulação das três Secretarias: Educação, Saúde e Assistência Social. Para dar conta dessa colaboração intersetorial no nível central foi constituído um colegiado, ou seja, o Colegiado Intersetorial de Gestão de Saúde na Escola e na Creche, também chamado de forma simplificada, de GTI (grupo de trabalho intersetorial, do nível central da gestão). O diferencial deste grupo em relação aos anteriores se referiu a sua composição, que incluiu gestores regionais da saúde, educação e assistência social, com destaque para os da CAP.3.3. 6ª CRE e 6ª CAS. A justificativa para inclusão de gestores especificamente dessa área recaía nas informações e resultados da avaliação das Oficinas de Saúde na Escola que sinalizaram a existência de processos mais efetivos e promissores de articulação intersetorial. Contar com a experiência dos gestores regionais, portanto, dessa área (CAP.3.3. 6ª CRE e 6ª CAS) foi considerada estratégica para a gestão desta etapa do Programa. Outros gestores

regionais como da CAP.4.0 e 7ª CRE participaram das reuniões desse colegiado e contribuíram para o novo desenho da proposta a partir do olhar regional. A ideia foi validar as propostas do PSE Municipal com aqueles profissionais que estavam atuando praticamente na ponta do programa, quer dizer, na gestão de saúde na escola na sua região e incluindo o exercício de entender na prática, como isso ocorria nas escolas e nos serviços de saúde locais.

Do ponto de vista macro, vale apontar que foi criado na Prefeitura, através de Decreto do Prefeito, o Comitê Integrado de Gestão Governamental do Desenvolvimento Social, ²⁴ com a responsabilidade sobre a definição, gestão e acompanhamento de projetos que envolviam mais de um órgão ou entidade da administração e com o propósito de que facilitasse o alcance de determinadas metas governamentais. Este Comitê, de certo modo, repetia a proposta de articular as políticas sociais numa função macro da Prefeitura como visto nas gestões de prefeitos anteriores. Desta vez a condução protagonista era da Secretaria Municipal de Assistência Social e o PSE Municipal participou efetivamente desse Comitê.

A estrutura do PSE Municipal foi (re) construída com base nas informações, relatórios e recomendações da avaliação anterior, entre elas, a ampliação da estratégia desenvolvida com as Oficinas de Saúde na Escola para todas as áreas programáticas do município do Rio de Janeiro. Neste sentido, a avaliação assinalava como positiva a estratégia metodológica seguida e reforçava a continuidade do processo ampliando-o para outras áreas da cidade. A teoria de descentralização das ações e da gestão participativa do PSE Municipal saiu fortalecida. As estratégias de capacitação, da valorização da dinâmica territorial e de interseção das escolas com os serviços de saúde prioritariamente na atenção primária (estratégia de saúde da família), tidas como as bases do programa, seriam definidas de baixo para cima, *bottom up*, na qual a participação comunitária seria a sua base. Como repensar as estratégias do programa de modo que baseado na concepção teórica inicial se constituísse ainda, numa prática inovadora? Uma questão referida na literatura ¹¹¹ nos diz que mais importante do que ter clara a teoria, é entender quais os processos que foram desencadeados para que o programa alcançasse seus objetivos. No caso em análise, os processos intersetoriais e promotores da saúde através do modelo *bottom up*.

A proposta desta etapa do programa foi criar novo ponto de partida que agregasse os gestores das três Secretarias em torno da questão da saúde da escola nas dez áreas programáticas de saúde do município. E ainda: estimular a elaboração de planos de ação regionais para cada uma dessas áreas; priorizar que esses planos fossem

construídos coletivamente a partir da ação local e com a participação dos atores envolvidos; investir na implementação e institucionalização de núcleos regionais e intersetoriais de saúde na escola em todas as áreas programáticas de saúde do município; e garantir estratégias de acompanhamento e avaliação desses processos com a perspectiva entre outras de garantir *feed-back* ao sistema do programa.

O ponto de partida se constituiu no Seminário Municipal de Saúde na Escola e na Creche realizado em maio de 2009, na sede do Palácio Gustavo Capanema, antigo prédio do Ministério da Educação quando o Rio de Janeiro era a capital federal e patrimônio histórico da cidade. A escolha desse local teve um valor simbólico, não só pela relevância do prédio como valor histórico no desenvolvimento da educação brasileira, mas também porque, do ponto de vista prático, foi nesse local que em meses antes, representantes do PSE Municipal participaram do encontro estadual de municípios que haviam aderido ao PSE Nacional. Essa ocasião, de certo modo, representou na prática as primeiras atividades de ligação do PSE Nacional com o PSE Municipal no cotidiano da gestão. Vale registrar que o município do Rio de Janeiro participou desse evento, tendo sido convidado a expor aos outros municípios sua experiência em saúde na escola.

Como as mudanças da nova gestão também envolveram os gestores regionais das três Secretarias, a proposta básica do seminário foi reuni-los, de modo a estimular que eles se (re) conhecessem como potenciais parceiros e que estivessem sensibilizados e mobilizados para atuarem intersetorialmente em suas respectivas áreas.

Esperava-se que esse investimento na colaboração intersetorial regional contribuísse para sua consolidação no PSE Municipal e possivelmente, na formulação da política de saúde da Prefeitura, como pretendido na criação do Comitê Integrado de Gestão Governamental do Desenvolvimento Social ²⁴. Para que fosse bem sucedida, a proposta de retomada da saúde na escola na nova gestão reforçava ainda o repensar de seu caráter inclusivo e transversal, bem como o controle social pressuposto na participação ativa e no exercício de poder decisório dos atores envolvidos na construção do programa. Para tanto, do ponto de vista das práticas de educação e saúde, esse novo desenho se baseava na concepção teórica da educação popular na saúde ^{132, 77, 58, 54}, que prevê a perspectiva dialógica, emancipadora, participativa e criativa capaz de contribuir para a autonomia desses autores enquanto sujeitos de direitos e autores de sua própria trajetória. Contribui também para uma maior autonomia dos profissionais e gestores diante da possibilidade de reinventarem, de forma compartilhada, diferentes e inovadores modos de cuidados e de atenção integral à saúde ¹³².

O desenho metodológico do seminário também foi diferente do que se observa habitualmente: abertura oficial do evento com a presença dos secretários municipais ou seus representantes legais para referencial político, várias atividades expositivas de conteúdos teóricos e frequentemente grupos de trabalho cujas atividades são apresentadas em plenárias esvaziadas no final do dia, que ficam, portanto, com seus desdobramentos comprometidos. Ao contrário, o seminário com a proposta de valorizar a participação ativa dos que estavam presentes, inverteu essa ordem: a abertura para congregação dos participantes foi feita com apresentação dos resultados da avaliação anterior (das Oficinas de Saúde na Escola) seguida imediatamente dos trabalhos em grupos, com formação de 11 grupos de trabalho constituídos por profissionais e gestores do nível central e de cada uma das áreas programáticas de saúde; plenária para apresentação dos produtos desses grupos; intervalo para almoço no local do evento; um painel com técnicos e gestores das três secretarias valorizando as apresentações dos grupos de trabalho e debates; e sendo encerrado com a presença dos secretários municipais de educação e de assistência social (apenas o Secretário de Saúde foi representado por seu subsecretário).

Se a concepção teórica do programa era a participação ativa e coletiva, as atividades que pretendiam consubstanciá-lo do ponto de vista prático deveriam garantir técnicas e métodos participativos. Por isso, foram observados os seguintes pontos: (a) valorização do componente avaliativo desde o início e integrado às atividades; (b) atribuição do nome de rodas de conversas aos grupos de trabalho que tinham como referencial teórico o da educação popular na saúde (fazer citação); (c) formação intersetorial desses grupos de trabalho, sendo um deles com gestores do nível central e dez outros por suas respectivas áreas de atuação; (d) questões predefinidas^{IX} para que os grupos de trabalho elaborassem um plano de ação para a saúde na escola em sua respectiva área, agendando data para reencontro do grupo na sua área de atuação para rediscuti-lo com outros atores em outras rodas de conversa; (e) garantia de infraestrutura básica facilitadora dos processos e registros das atividades, como questões motivadoras do debate, disponibilidade de computador para cada grupo de trabalho, com limite de até três slides para sua apresentação em plenária, entre outras; (f) dinamizadores

^{IX} As questões propostas como motivadoras para essas rodas de conversa foram: (a) O que você tem a dizer sobre saúde na escola? (b) Quais suas demandas prioritárias, seus desejos e sonhos para sua CAP/CRE/CAS? (c) Qual (is) o (s) espaço (s) que você tem na sua área para escuta e conversas? (d) Quem são as pessoas que estão nessa roda de conversa em sua área? Quem são as outras pessoas/instituições que você gostaria que estivessem também nessa roda de conversa? Outra tarefa solicitada foi que os grupos listassem num clip-chart os aspectos referentes a saúde na escola que eram bons e aqueles que precisavam melhorar em cada área.

treinados previamente para dar suporte técnico e dinamicidade aos trabalhos em grupo; (g) almoço no local do evento para incentivar a troca informal entre os participantes; (h) convite aos secretários municipais para respaldo político da proposta.

A resposta ao convite para o Seminário foi bem sucedida, pois contou com cerca de 210 participantes, ultrapassando a previsão inicial de 180 gestores. Todas as áreas apresentaram seus planos de ação, identificaram os responsáveis mais diretos em cada área pela continuidade do processo de revisão e implementação desses planos e agendaram encontros regionais, no período previsto de até dois meses depois do seminário. Estes encontros regionais tiveram, como acertado previamente, a presença de representantes do Grupo Intersetorial de Saúde na Escola (GTI) através de visitas locais com a finalidade de subsidiar e acompanhar os processos de desenvolvimento dos planos de ação e de constituição de núcleos regionais e intersetoriais de saúde na escola, nas diferentes áreas.

A parceria com o CECIP, além de facilitar as questões conceituais e metodológicas, foi decisiva para garantir a dinâmica ágil e prática do seminário e de seus desdobramentos. Com essa infraestrutura foi possível registrar as atividades, planos de ação, propostas dos grupos de trabalho, acordos na plenária, datas dos encontros regionais e outro fatos que foram significativos na observação externa do seminário, além de produzir relatórios que já alimentariam o novo plano avaliativo do PSE Municipal.

Dois aspectos merecem ser destacados como encaminhamentos bem sucedidos, quais sejam: primeiro, a participação no seminário de alunos da rede municipal de ensino, que integravam o Pólo de Educação pelo Trabalho da Escola Municipal Presidente Arthur da Costa e Silva, na 2ª CRE, que numa ação protagonista, documentaram em imagens todo o evento, incluindo entrevistas com alguns atores presentes e produção de um vídeo sobre o seminário; e segundo, o encaminhamento dado para atender o desejo expresso por alguns membros do Grupo de Trabalho Intersetorial, que na organização do seminário propunham que várias outras secretarias municipais fossem convidadas, como por exemplo, a de Cultura, a de Esporte e Lazer, a de Habitação e/ou a de Meio ambiente. Entretanto, a manutenção do foco nos objetivos do seminário para que ele tivesse maiores chances de êxito prevaleceu, considerando a interlocução inicial apenas com os gestores da saúde, educação e assistência social. Nesse sentido, a solução dada era a de que os grupos de trabalho estivessem sensibilizados e mobilizados a convidar outros parceiros estratégicos, a partir de seus territórios para as quais poderiam contar com apoio e subsídios da gestão central do

programa. Mesmo nos investimentos em práticas participativas, é preciso considerar que o alcance dos objetivos exige o cuidado de que os processos se integrem, sejam plausíveis e, por vezes, mais focalizados.

Os desdobramentos do seminário (maio de 2009) foram promissores. No período de até três meses depois desse evento, representantes do Grupo Intersetorial de Saúde na Escola (GTI) já tinham feito, no mínimo, duas visitas a cada área programática de saúde cumprindo a agenda para acompanhamento dos seus respectivos planos de ação com vistas à consolidação dos núcleos regionais e intersetoriais de saúde na escola. Durante as reuniões locais, os representantes do GTI apresentavam os encaminhamentos, acordos e resultados gerais do seminário, tanto na perspectiva do município como um todo, quanto especificamente daqueles referentes aos da área visitada. Os relatos dessas visitas eram compartilhados, por sua vez, nas reuniões do GTI e constituíam oportunidades de análise e revisão dos procedimentos empreendidos com as áreas regionais. Relatórios eram gerados para dimensionar a situação das atividades regionais e os processos que nelas se estabeleciam para implementação da saúde na escola como um programa de saúde. Essas estratégias permitiam decisões quanto aos rumos das atividades e as providências necessárias para subsidiar a caminhada regional de cada área. Mais uma vez, na análise da trajetória do PSE Municipal, foi observado que os movimentos regionais tinham suas próprias características, e que estas se processavam em tempos distintos, ou seja, os processos e mecanismos pensados pelos formuladores do nível central eram diferentes e distintos para cada área. E mais, tinham expectativas e tempos diferentes também do que era atribuído ou esperado pelo próprio GTI, pois seguiam as demandas, necessidades e decisões construídas com os gestores e diversos atores, que lhes eram, portanto prioritárias, factíveis e mais urgentes na prática cotidiana.

Para o avaliador, realizar o acompanhamento e a análise das diversas regiões foi enriquecedor e oportuno, pois permitiu a observação de resultados similares obtidos por processos, mecanismos e estratégias diferentes, na busca pela articulação intersetorial do programa de saúde na escola em cada região. Embora não resultasse de um somatório linear que constituísse o Programa, cada área representava parte integrante do todo. Vale resgatar que esse mesmo tipo de registro e observação, ocorreu anteriormente, no acompanhamento da etapa inicial que também pretendia a formação de Núcleos Regionais e Intersetoriais de Saúde Escolar (2003) feitos em relação à área de Santa Cruz e a de Campo Grande. Isto representa indícios de que a implementação de um programa de saúde na escola na perspectiva da promoção da saúde e da

participação ativa dos sujeitos é processada por caminhos distintos e diferentes, na dependência das prioridades e da percepção que tem os atores regionais, o que é considerado também, uma especificidade do modelo de programa. Nesse sentido, é possível relacionar a importância dos cursos de capacitação que valorizem com os atores e multiplicadores, a reflexão sobre metodologias e práticas participativas para a construção de um programa de saúde na escola.

O relatório geral do GTI, de setembro de 2009, especificou do ponto de vista metodológico as diferenças entre as áreas. Algumas delas, para atender seus planos de ação, usaram da mesma metodologia do seminário, reproduzindo-a no sentido de congregar os diretores das escolas, serviços de saúde e de assistência social da área que distribuídos por territórios, formaram grupos de trabalho com a proposta de desenharem também planos de ação voltados para a ação intersetorial local. Outras áreas optaram por reuniões ampliadas e periódicas com atores estratégicos locais estimulando o aumento do escopo de parceiros locais e realizando levantamento situacional de demandas, entraves e de recursos disponíveis para levar a termo uma ação de saúde na escola.

Para os avaliadores nas discussões e análises com os gestores do programa, duas questões pareciam determinantes:

- (a) Considerar que existiam demandas mais gerais do ponto de vista do contexto municipal que interferiam, mas sem necessariamente se transformarem em fatores impeditivos ao seu desenvolvimento.

Por exemplo, situações referentes a agravos e riscos de adoecimento com comprometimento da saúde dos munícipes, que nem sempre estavam apenas diretamente ligados ou dependentes da região em que viviam, como: questões da universalidade da violência na cidade e do conflito e barreiras de circulação dos indivíduos produzidas pelo narcotráfico; a entrada do uso de crack na cidade, preocupação de gestores com os altos índices de gravidez na adolescência e a situação de pandemia com a presença do vírus da gripe H1N1 no município, entre outras.

Isto implicava compreender que a organização de um programa de saúde na escola não ocorreria de forma descontextualizada. Esses fatores, por si só, produziam novos cenários e estabeleciam prioridades que, mais do que serem de exclusividade municipal, transformavam-se em prioridades regionais. Ao se transformarem em desafios aos gestores centrais e regionais, tinham a possibilidade de oportunizar, por exemplo, atividades que se concretizavam como ações/intervenções de saúde na escola. A diferença estava em perceber a amplitude do contexto e evitar afirmações ou análise

simples e reducionistas como: o risco de alastramento do H1N1 no Rio de Janeiro paralisou as atividades de saúde na escola de determinada área programática de saúde porque essa situação foi prioritária. Isto, principalmente quando a gestão da referida área foi capaz de mobilizar, por vezes, todas as escolas de sua área de abrangência para atividades, trabalhos relativos aos cuidados com a prevenção e a necessidade de enfrentamento do H1N1 com a comunidade escolar. Problematizar essa questão foi estratégia importante, inclusive entre os membros do GTI para que a gestão central reconhecesse essas situações como oportunidades e evitasse a condução do programa de saúde na escola de forma linear sem permitir mudanças de rumo.

É preciso aceitar o contexto que impõe determinadas demandas ou situações vistas como inerentes à lógica da articulação intersetorial, já que o que se pretende é consolidar a construção de um programa de saúde na escola de forma integral e participativa.

(b) Considerar que quando se pretende desenhar um programa de saúde na escola há diferentes concepções teóricas em jogo e que muitas vezes podem se articular.

Em áreas que relatavam experiências anteriores na inter-relação de suas escolas, serviços de saúde e de assistência social, a observação feita pelas visitas locais permitiu verificar que esses parceiros, ou estavam se reunindo pela primeira vez, ou que a interlocução entre eles não acontecia como o esperado ou como havia sido programado. Ao contrário, existiam situações em que essa interseção decorria da atividade e do conhecimento pessoal e particular de alguns profissionais mais próximos. A precariedade dos processos de comunicação entre os atores estratégicos pode ser responsável pela dificuldade de institucionalização entre os pares e entrave frequente na construção de modelos ou na efetividade da colaboração intersetorial.

Uma dinâmica que favoreceu tal observação foi propor que em encontros entre esses diferentes atores e setores, cada um deles pudesse apresentar para seus parceiros, serviços que tinham para oferecer, horários e disponibilidade da equipe de saúde, da escola ou dos equipamentos de assistência social, além da troca de expectativas que cada um tinha com o propósito de que pudessem integrar atividades comuns e afinadas.

Acompanhar a apresentação desses relatos foi oportuno, como visto na etapa de descrição de projetos locais, por promover a chance de perceber o modo como os gestores expunham suas ideias e propostas ao oferecer sugestões e serviços, e que a concepção teórica de cada um e das práticas, em particular, são diferentes. Esses discursos representam a possibilidade de encontrar ideias que se originam de distintos modelos, quer higienistas, especializados e, por vezes, também voltados para práticas

participativas. Essa diversidade de visão gera controvérsias e precisa ser muito bem articulada para permitir uma proposta mais consensual a respeito do programa.

Algumas áreas exigiram maior número de visitas e de reuniões locais com a participação do GTI, frequentemente, provocadas pelo próprio gestor central ou apontadas como necessárias pelo âmbito regional para tentar contornar as resistências locais, ora do setor Saúde, ora do setor Educação. Houve sucessos na reversão dessas resistências, na medida em que os gestores regionais passavam a ter que responder a demandas que, com a presença de seus pares do âmbito central, pareciam fortalecer os gestores locais. Contudo, em outras áreas ficaram pendências que levariam algum tempo para que fossem reconsideradas e que representavam entraves na ação intersetorial (como dificuldades na 1ª CRE e dificuldades na CAP.3.2;). A assistência social não chegava a protagonizar os encontros regionais, no sentido de coordená-los, mas manteve papel importante nessa articulação regional. A questão da entrada e do consumo do crack na cidade foi pauta do Comitê Integrado de Gestão Governamental do Desenvolvimento Social ²⁴ e ficou sob a coordenação da Secretaria Municipal de Assistência Social a proposta de integrar os demais órgãos nesse enfrentamento. Vale registrar que a ideia de constituir núcleos regionais por áreas do município do Rio de Janeiro, aproximou essa demanda específica dos processos de organização do programa de saúde na escola. Em alguns momentos, os Núcleos Regionais e Intersetoriais de Saúde na Escola e na Creche (NSEC) priorizaram o tema de enfrentamento do crack nas suas atividades. Mesmo porque o risco do uso desta droga acometia negativamente tanto a comunidade escolar como os escolares da rede municipal de ensino e/ou seus familiares. Essa correlação de temas e demandas ligadas às atividades de saúde na escola funcionavam como parâmetro positivo da integração com outras frentes de atuação e/ou programa e projetos parceiros, como por exemplo, o projeto Família Brasileira Fortalecida, compartilhado com a área de educação infantil da SME, Oficinas de Culinária; com o Instituto de Nutrição Annes Dias; o Programa Dentescola, com o Programa de Saúde Bucal; a Plataforma de Centros Urbanos, com o UNICEF, entre tantos outros.

Ao final de 2009, com a finalidade de promover o reencontro dos atores estratégicos regionais e locais e investigar sobre o que cada área estava desenvolvendo como as supostas atividades dos NSEC, foi realizada a 1ª Mostra dos Núcleos Regionais e Intersetoriais de Saúde na Escola e na Creche, como programada. Essa Mostra possibilitou um campo de observação do que se processava como atividades nos diferentes NSEC. A metodologia utilizada foi a de criar no primeiro momento da

Mostra, espaço para apresentação sucinta do que cada um dos dez NSEC estava realizando, sem permitir debates. Só ao final de todas as exposições, os NSEC, subdivididos por grupos, dispunham-se a processos de troca para retirar dúvidas e responder questões sobre o que haviam apresentado e desenvolvido. Assim, cada interessado teria oportunidade de buscar informações específicas sobre as experiências e seus temas de maior interesse com outros NSEC, que também se colocavam à disposição para atender aos outros grupos.

Identificar esses processos e analisá-los através de observação participante foi estratégia que se juntou ao desenvolvimento de outro plano de avaliação para essa etapa do PSE Municipal ainda em 2009. No novo contexto na Prefeitura da Cidade e em suas Secretarias, o principal objeto de avaliação foi a institucionalização de ações intersetoriais no PSE Municipal, através da consolidação dos Núcleos Regionais e Intersetoriais de Saúde na Escola e na Creche (NSEC) previsto para cada área programática de saúde.

As contribuições do plano avaliativo anterior foram significativas e, ao mesmo tempo, apontaram a necessidade de repensar as estratégias e os rumos do programa, pois essas foram insuficientes para a institucionalização da colaboração intersetorial, apesar de terem sido observados avanços nesse sentido. Como no modelo inicial, a teoria do Programa se mantinha tendo como variáveis as estratégias utilizadas e os processos que impulsionavam o programa. Deste modo, nesta etapa do PSE Municipal, foi relevante o desafio de entender o alcance dos seus objetivos e a possibilidade de compará-los e analisá-los.

Se a mudança de contexto pode paralisar o programa, ela pode também lhe propiciar novos e importantes impulsos. Neste sentido, para efeito de análise, é relevante considerar que a nova gestão da Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil propôs investimentos maciços e apontou prioridade para a expansão da estratégia de saúde da família, com organização dos Territórios Integrados de Atenção à Saúde (TEIAS) ¹³³ no município do Rio de Janeiro. De acordo com Viana e colaboradores ¹³³, esse territórios representam no Brasil, modelo mais recente de propostas de descentralização e regionalização das atividades do SUS. Os TEIAS decorrem da aplicação das Normas Operacionais de Assistência à Saúde (NOAS-SUS, 2000) que deram ênfase à descentralização do SUS como estratégia fundamental de ampliação das ações e serviços de saúde tendo por base, principalmente, a distribuição e organização dos serviços nos territórios. Contudo, o modelo pode ser criticado porque ele não representou mudanças significativas nos processos de descentralização,

considerando o Estado como um todo. Foi apenas em 2006, a partir do Pacto pela Saúde, que novas diretrizes vieram alterar a perspectiva de descentralização pretendida com as ações de saúde.

Mais do que uma estratégia governamental que interfere no desenvolvimento do programa, essa perspectiva de descentralização fortalece a concepção teórica que daria base ao componente de descentralização que se pretendeu com a criação dos Núcleos Regionais e Intersetoriais de Saúde na Escola e na Creche, bem como sua lógica dentro dos princípios do SUS para identificar um modelo de saúde na escola.

A referência de descentralização da gestão, como uma das diretrizes estratégicas para construção do SUS e como processo de transferência de poder e de responsabilidades do nível central aos níveis periféricos do sistema, são os argumentos utilizados para propor a lógica de descentralização de ações e gestão do Programa Municipal de Saúde na Escola do nível central para as dez diferentes áreas programáticas de saúde no Rio de Janeiro.

As diretrizes do Pacto pela Saúde²⁸ reforçam a regionalização do sistema de saúde com base na pactuação política dos entes federados, sobretudo no âmbito municipal e na diversidade econômica, cultural e social das diferentes regiões¹³³. Mesmo como sistema único em todo território brasileiro, o SUS não se realiza por igual e a regionalização como estratégia de centralização necessita de um processo político que garanta a diversidade. Por analogia, a expectativa de consolidar núcleos regionais e intersetoriais de saúde na escola se apresenta como uma questão complexa do ponto de vista analítico, institucional e também político. Essa complexidade se faz presente quando os processos de descentralização se pretendem articuladores de diferentes setores da saúde, (como os setores da educação e da assistência social, neste estudo de saúde na escola) que na ótica do território possuem cenário mais favorável para sua dinâmica de aproximação. É por esse motivo que a implementação dos TEIAS pela gestão municipal em algumas das áreas, como de Santa Cruz, Grande Méier e Manguinhos, pode vir a produzir mecanismos que facilitem o desenvolvimento do programa municipal de saúde na escola. Esses Territórios Integrados de Atenção à Saúde consideram em tese que questões como a descentralização e territorialidade se iniciam com nova possibilidade de garantir que a regionalização traga conteúdos do território para dentro das lógicas de sistema de saúde e da descentralização, com vistas a buscar maior coerência entre essas lógicas.

De certa forma, através da organização e distribuição dos serviços de saúde (e aqui seriam acrescentados os serviços de educação e de assistência social), foi

observada uma aproximação estratégica do programa de saúde na escola com o modelo de estratégia de saúde da família, fortalecendo a atenção primária à saúde ¹³⁴. Elaborar a saúde na escola a partir dessa articulação implica em dar destaque aos espaços da escola na dinâmica dos seus territórios e, com o aumento da abrangência da estratégia de saúde da família, favorecer melhor acesso da comunidade escolar aos serviços de saúde. A questão é esclarecer se a lógica do trabalho, a partir do território, facilita a colaboração e ação intersetorial pretendida para o programa de saúde na escola. Como visto anteriormente, as práticas educativas têm representação mais significativa e sólida quando elas ocorrem entre sujeitos sociais coerentes com uma política de participação social com possibilidades transformadoras por processos conceituais e metodológicos de práticas pedagógicas comprometidas com a dignidade das condições de vida das pessoas ⁸⁹.

Outro aspecto a considerar na elaboração de programa de saúde na escola e que valoriza a política de saúde interagindo e se articulando com outras políticas sociais é o princípio da integralidade do SUS ¹³². Este não se resume ao princípio da ação integral em todos os níveis do sistema, mas implica também na integralidade de todos os saberes, práticas, vivências e espaços de cuidados. Pretender institucionalizar determinada ação de programa ou de política no âmbito da dinâmica de territorialidade é preciso explicitar o constante movimento dos sujeitos que convivem e das relações interpessoais que se configuram ¹¹³.

Campos e colaboradores ressaltam que na gestão participativa (ou na forma de co-gestão) é fundamental a institucionalização de mecanismos que permitam a participação e o controle social como um diferencial democrático, princípio da reforma sanitária brasileira. Estes mecanismos devem estar presentes nas atividades e ações da gestão dos serviços de saúde, nas organizações e movimentos locais e na forma metodológica como serão implantados ou implementados em determinado território. No caso dos Núcleos Regionais e Intersetoriais de Saúde na Escola e na Creche ou em outras propostas de modelo intersetorial, é fundamental que tais mecanismos estejam também contemplados na gestão dos serviços de educação e de assistência social.

Assim, não é apenas suficiente saber se os Núcleos Regionais e Intersetoriais de Saúde na Escola e na Creche foram criados e constituídos, mas também como se deu essa institucionalização, quais mudanças ela gerou para os atores, os sistemas de saúde, de educação e de assistência social, e quais as implicações da ação intersetorial na institucionalização dos núcleos bem como as eventuais transformações produzidas. Assim, do ponto de vista da análise de implementação desses núcleos, vários outros

aspectos precisaram ser desvelados para compreensão da dimensão subjetiva que qualifica esse processo.

A análise desta etapa do Programa cujo desenvolvimento ocorreu na mudança de contexto político pós-eleitoral e sob influência de fator externo não menos importante, que foi a criação do PSE Nacional pela esfera de gestão federal, permitiu investigar alguns componentes chave na consolidação de modelo de promoção da saúde. Isto quer dizer investigar a forma como se deu o processo de descentralização das ações e da gestão do Programa com valorização da lógica territorial e do viés participativo pressuposto com a criação dos NSEC nas dez áreas programáticas de saúde do município do Rio de Janeiro.

Desenvolver novo plano de avaliação para contemplar tais investigações nesta etapa representou no âmbito da gestão avanço importante e estratégico para o próprio desenvolvimento do Programa, retroalimentado sistematicamente pela avaliação. Nesse sentido, os objetivos gerais do plano avaliativo desenhado foram os de dimensionar a institucionalização das instâncias regionais e identificar se elas representaram espaços facilitadores da descentralização da gestão, da intersetorialidade e da participação comunitária para construção coletiva das ações e intervenções do programa. Por outro lado, a questão inicial dessa avaliação foi entender se o poder decisório se deslocou, de fato, do âmbito da gestão governamental para os atores locais envolvidos com o programa e comprometidos com melhores condições de saúde e qualidade de vida, como pretende um modelo de promoção da saúde.

Do ponto de vista mais específico, a avaliação buscou identificar o grau de mérito do processo de implantação dos planos de ação local e intersetorial, desenhados por cada área programática de saúde da cidade e dimensionar a relevância daqueles que já teriam sido implementados como estratégia de fortalecimento dos processos, efeitos e resultados intermediários produzidos.

Do mesmo modo que os anteriores, o plano avaliativo foi elaborado com os gestores do nível central das três Secretarias e a equipe do CECIP, e ainda conduzido por uma equipe externa contratada para operacionalizá-lo na prática ^X. Assim, foram realizadas reuniões e negociações em diversas instâncias setoriais para identificação das questões de interesse da equipe da gestão central do programa, representada agora pelo GTI. As questões avaliativas que nortearam a avaliação desde a sua concepção até a obtenção dos resultados finais e das recomendações foram:

^X O desenho, desenvolvimento e execução do plano avaliativo desta etapa foram coordenados pela Prof. Thereza Penna Firme da UFRJ, com auxílio da Prof.^a Dinah Oliveira Santos da UERJ.

- a) Até que ponto o processo de implantação dos planos locais intersetoriais se desenvolveu favoravelmente no sentido de alcançar o propósito da articulação e colaboração intersetorial (*considerada uma questão de mérito*);
- b) Em que medidas houve indícios de resultados positivos da implementação dos planos intersetoriais como medidas de institucionalização dos Núcleos Regionais e Intersetoriais de Saúde na Escola nas das áreas do município do Rio de Janeiro (*considerada uma questão de impacto*);

No anexo 01, podem ser vistas as questões indicativas que conectam a intenção expressa da avaliação e a realidade a ser descoberta na implementação dos Núcleos Regionais e Intersetoriais de Gestão da Saúde na Escola e na Creche.

É interessante destacar que nas discussões para delinear os principais indicadores de processo foi sugerido inicialmente, dimensioná-los diretamente nas unidades escolares. Contudo, essa perspectiva foi rejeitada pela equipe porque já se previa que dificilmente se encontrariam referenciais da formação/institucionalização dos Núcleos nessas instâncias. Embora houvesse, por parte das escolas, contato e reconhecimento do programa, estes não estavam sistematizados; logo, uma análise a partir diretamente das escolas não responderia as questões de maior interesse dessa avaliação.

Mesmo com estratégias metodológicas e avaliação detalhada (a descrição de métodos utilizados pode ser vista no anexo 02), vale acentuar a importância da observação de algumas das atividades e eventos realizados pelo programa, como, reuniões internas do GTI, reuniões do GTI com representantes dos Núcleos Regionais e Intersetoriais de Saúde na Escola e da I Mostra municipal dos Núcleos de Saúde na Escola.

Foi realizada a representação gráfica das respostas do *checklist*, apresentando as tendências apreciadas por cada setor em relação a determinado tema em geral. O desenho das respostas, quando identificadas por cada NSEC durante esse período de investigação, só tem significado se forem associadas as observações realizadas em relação a cada NSEC em particular, por meio das visitas, dos encontros e ou dos eventos gerais, regionais e/ou locais. Portanto, foi importante que os avaliadores cuidassem de cruzar os dados obtidos e analisar o conjunto das diferentes fontes de informação para possibilitar a compreensão das respostas apuradas, descrevendo-as, sobretudo, como tendências observadas em relação às afirmações.

Na avaliação qualitativa de programas sociais é fundamental considerar, como discute Bodstein ¹¹, quanto as observações de Patton ³⁷, ao afirmar de que programas dessa natureza não se consolidam com características tradicionais, como definição de insumos padronizados, consistência de tratamentos desenvolvidos, expectativa de uniformidade de resultados e expectativa de que haja clareza sobre as relações causais. Ao contrário, programas de saúde com essa complexidade social podem ser analisados no sentido de compreender a multicausalidade dos seus eventos, a diversidade de resultados e efeitos durante seu processo de implementação, seguidos da questão de alguns deles nem sempre serem previstos ou desejáveis, bem como a inconsistência das próprias intervenções e efeitos de interação relacional. Neste sentido, espera-se que a avaliação contribua de forma decisiva para o programa e para o alcance das mudanças pretendidas ¹¹.

Na tentativa de compreender os resultados das respostas obtidas por profissionais da saúde, da assistência social e da educação, a partir, prioritariamente, da análise dos gráficos de colunas gerados pelo *checklist*, estão apresentadas, a seguir, as principais descrições generalizadas sobre as questões de mérito e de impacto do ponto de vista desses profissionais. As sínteses a serem apresentadas expressam as tendências de respostas dadas pelos profissionais que participaram do processo de avaliação. No *checklist* foram apuradas suas reações referentes a afirmativas apresentadas com a dimensão de concordar totalmente, concordar parcialmente, discordar e de não saber responder. Entretanto, vale assinalar que algumas das respostas analisadas foram apuradas através das entrevistas e dos grupos focais.

Para o mérito do Programa, os principais aspectos foram:

a) Intersetorialidade

Embora na opinião dos profissionais que responderam ao questionário, haja dificuldade de reconhecer na área os seus interlocutores, eles entendem que ainda é preciso melhorar a articulação entre os atores dos três setores envolvidos no programa e que as parcerias serão importantes para que o programa tenha resultados melhores do ponto de vista da colaboração intersetorial.

b) Participação

Na opinião dos profissionais que responderam ao questionário, as ações do programa estão sendo construídas coletivamente. Ao mesmo tempo em que se observa tendência nessas respostas de que os diferentes saberes dos profissionais desses três setores estão sendo respeitados, eles assumem que em relação ao saber

da comunidade, ainda será necessário um aumento relevante da escuta direcionada a este público para que haja como resultado, um componente mais participativo.

c) Institucionalização do Programa

De acordo com as respostas apresentadas, os profissionais de saúde são os que mais reconhecem as metas do PSE Municipal, seguidos pelos da assistência social e consecutivamente pelos profissionais da educação. Profissionais dos três setores concordam que reconhecem as questões relevantes sobre a qualidade de vida da comunidade escolar, mas os da assistência social aparecem com menor concordância quanto ao fato desse aspecto implicar na implementação do Programa.

d) Inserção das questões de saúde no projeto político pedagógico da escola

Essa é uma questão que não dispõe da concordância dos profissionais consultados. De modo geral, eles só concordam parcialmente com essa afirmativa. Os profissionais da saúde são os que menos reconhecem essa inserção pedagógica das questões de saúde. Há, entretanto, importante discordância com essa afirmação pelos profissionais da educação. Para os profissionais dos três setores e principalmente para os profissionais da saúde, o Programa está se institucionalizando como uma ação governamental.

e) Estratégias do Programa

Há concordância pelos três setores de que o PSE Municipal inclui em seu planejamento curso de capacitação de profissionais e da comunidade escolar. Quanto à acessibilidade da comunidade escolar aos serviços de saúde os profissionais dos três setores sinalizam que é preciso melhorar essa estratégia. Há indícios nas respostas apresentadas de que a estratégia de saúde da família irá melhorar essa situação e facilitar o desenvolvimento do PSE Municipal nesse sentido. De modo geral os profissionais responderam que há apoio das escolas para o PSE Municipal, embora os profissionais da educação concordam apenas parcialmente com esse aspecto.

Para o impacto do Programa, os principais aspectos foram:

f) Constituição dos NSEC

Os profissionais dos três setores sinalizaram mais parcialmente do que totalmente, que os NSEC estão constituídos na sua região. Eles, de um modo geral, afirmam concordar totalmente que a constituição dos NSEC inclui a participação dos três setores envolvidos. O setor saúde é mais enfático, seguido do setor educação que respondem com concordância parcial, já o setor da assistência social, em parte,

concorda totalmente, mas mantendo a ideia de que ainda não tem opinião sobre essa informação. Ao mesmo tempo, sobre a participação da comunidade escolar na constituição dos NSEC, as respostas indicam concordância parcial. Entre os profissionais de saúde e de educação surge a discordância quanto à existência da participação da comunidade escolar nos NSEC. Ao considerarem a afirmativa de que essa constituição dos NSEC ocorre na perspectiva intersetorial, os profissionais da saúde são os que mais significativamente concordam com esse aspecto. Seguem os profissionais de educação concordando parcialmente e entre os da assistência social pode ser observada alguma discordância diante dessa afirmativa, ainda que em menor grau.

g) Estratégias do Programa

Ao considerar as estratégias de gestão participativa, ação intersetorial, educação permanente e elaboração de planos e metas, os profissionais do setor saúde são os que mais concordam quanto à clareza dessas estratégias para o programa. Os profissionais da educação, ao contrário, conduzem suas respostas com menos reconhecimento sobre o fato desse aspecto estar claro para eles como impulsionadores do desenvolvimento do programa. Entretanto, a formulação da pergunta não possibilitou dimensionar a diferença entre essas três estratégias.

h) Outros aspectos de organização do Programa

A observação da questão da territorialidade foi um dos aspectos do Programa que recebeu maior índice de respostas de concordância total dos profissionais dos três setores que responderam ao questionário, mesmo que entre os profissionais da educação tenham sido observadas respostas de concordância apenas parcial. Houve concordância total por parte dos profissionais de saúde e de assistência social quanto à continuidade dos planos de ação e das metas implementadas, enquanto que no setor educação houve concordância apenas parcial e pequeno índice de discordância ou de não saber responder. Concordância predominantemente parcial foi verificada entre os profissionais de educação e de saúde quanto à parceria estabelecida com as famílias e representantes da comunidade escolar; contudo, em menor escala para os de assistência social. Nos profissionais de saúde pôde ser observado ainda, índice significativo de discordância.

i) Quantitativo de profissionais suficientes para suprir as necessidades

Nos setores da educação e da saúde há maior discordância de que o número de profissionais seja suficiente para as necessidades do programa. A assistência social

foi o setor que mais concordou com essa afirmativa. De qualquer modo, foram observadas respostas negativas no tocante a não saberem informar.

Enfim, vale ressaltar que a análise dessas respostas apuradas tem maior significado quando comparadas com as observações feitas durante as atividades listadas anteriormente. Essas observações foram importantes para contextualizar a coleta de instrumentos de avaliação auto-reenchidos posteriormente. E, algumas lições poderiam ser aproveitadas dos registros feitos da apresentação dos dez NSCE na I Mostra municipal dos Núcleos de Saúde na Escola, como seguem:

- a) Na totalidade das apresentações, surgiram envolvimento com outros projetos e articulações com parceiros que eram temas gerais das Secretarias e da Prefeitura;
- b) Alguns grupos regionais, sobretudo, considerando a extensa área de abrangência, subdividiram-se em outros grupos (ou subgrupos) com a perspectiva de redimensionar as ações/atividades na perspectiva de territorialização. O mapeamento da área por territórios também foi destacado. Esse exercício, contudo, também se relacionava com o contexto geral da Secretaria Municipal de Saúde em desenvolver suas atividades na organização dos Territórios Integrados de Ações em Saúde (TEIAS) e o mapeamento das equipes de estratégia de saúde da família;
- c) Diversos depoimentos sugeriram que aquela oportunidade de elaborar e executar um plano de ação para a área favoreceu sobremaneira, a chance de um conhecimento e aproximação mais efetivos entre os parceiros dos três principais setores mais diretamente envolvidos;
- d) Alguns NSEC apontaram como oportuna, a realização de parcerias específicas com outros segmentos regionais como a COMLURB (companhia de limpeza urbana), a associação de moradores, a Secretaria Municipal de Esporte e Lazer e, em situação particular, a coordenação do Projeto de Aceleração do Crescimento do Governo Federal (PAC). Os Grupos dos Articuladores Locais (GAL) da Plataforma dos Centros Urbanos, projeto do UNICEF em parceria com a Prefeitura da Cidade e que mantinha interface com o programa saúde na escola, também foram citados algumas vezes;
- e) O exercício de elaboração de planos regionais incentivou a preparação de planos de ação para os próximos períodos e próximo ano de atividades;

- f) Alguns grupos desenvolveram logos e materiais como camisetas, banners, viseiras que davam uma identidade visual ao seu NSEC, considerando estratégias de advocacia da proposta;
- g) Houve indícios de que os NSEC procuraram focar suas ações definidas como prioritárias com valorização de atividades e trabalho locais por recortes geográficos de atuação e, algumas vezes, atendendo a prioridade da gestão da Secretaria Municipal de Educação, como por exemplo, nas áreas de atuação das Escolas do Amanhã ^{XI};
- h) Alguns NSEC preferiram identificar profissionais que seriam responsáveis pela ação do programa em cada escola e serviço de saúde da área;
- i) Houve NSEC que subdividiram suas atividades constituindo diferentes grupos de trabalho, com finalidade mais específica como, por exemplo, articular e pensar a saúde na creche em sua área;
- j) Várias citações foram feitas sobre o programa ter propiciado melhor (re) conhecimento dos parceiros. Uma delas chamou a atenção ao assinalar que reconheceu as especificidades dos profissionais de educação e os de saúde, destacando que enquanto os da educação permaneciam presentes quase que diariamente junto à comunidade, os de saúde tinham presença irregular pela diferença da distribuição de carga horária. E isso foi visto como um fator que dificulta a ação intersetorial, porque exige, por parte da saúde, constantes mudanças, sobretudo, em seus representantes nas reuniões;
- k) A divisão geográfica das CAPS/CRE/CAS, que é feita de forma diferente por cada Secretaria, foi apontada como elemento que dificulta a articulação intersetorial;
- l) Houve identificação de diferentes demandas temáticas em determinado NSEC, como: drogas, particularmente o uso de crack; violência, particularmente a violência doméstica; e sexualidade, com questões afetas a gravidez na adolescência. Assim, foi decidido que elas seriam pensadas e articuladas no processo de construção do programa de saúde na escola, com vistas a otimizar a organização e os recursos.
- m) Houve NSEC que investiu na ação protagonista de adolescentes como estratégia de fortalecimento das ações do programa de saúde na escola;

^{XI} Escolas do Amanhã foram 150 escolas da rede pública municipal de ensino selecionadas pela Secretaria Municipal de Educação para investimentos maciços estruturais e pedagógicos por estarem localizadas em áreas de conflito, baixo índice de desenvolvimento humano e que apresentavam baixo desempenho escolar e altos índices de evasão escolar.

- n) Um NSEC apontou a importância de articulação dos setores em sua área com a inauguração de uma Clínica de Saúde da Família, que representou a instalação de seis equipes de estratégia de saúde da família na área;
- o) Como fator impeditivo ao desenvolvimento de consolidação dos NSEC e a ação intersetorial, foi citada a constante troca de profissionais na área, principalmente no setor Saúde;
- p) Embora alguns grupos tenham citado que a elaboração e execução dos planos regionais tinham aumentado a sobrecarga de demandas por assistência a saúde, outros relataram que, ao contrário, esse planejamento permitiu reorganizar a demanda, aparentemente diminuindo-a;
- q) Um NSEC apresentou dados quantitativos que, a título de registro, anotamos a seguir: *“tivemos a abrangência de nossas atividades nesse período em 45 escolas da área e cerca de 18.000 alunos envolvidos”*;
- r) O único NSEC que parecia mais desarticulado na sua região apresentou planos a serem desenvolvidos com a perspectiva de superar a perda de profissionais decorrentes de mudanças do gestor regional, coordenador de saúde.

Por fim, essas observações sinalizam uma movimentação ativa entre os gestores e profissionais da saúde representando a sua rede sociotécnica e sugerindo riqueza de processos e a oportunidade de alimentar o plano de avaliação qualitativa da implementação do programa de saúde na escola no município do Rio de Janeiro, como será visto em seguida.

Os resultados e recomendações da avaliação da etapa desenvolvida em 2009

De forma geral, a avaliação sugeriu que:

- a. Os dez núcleos do PSE Municipal estão em processo de consolidação, ainda que em diferentes níveis de organização e de articulação. Os encontros promovidos pelo GTI e pelos gestores regionais a partir do desenvolvimento dos planos de ação no seminário têm consubstanciado e incentivado esses processos ainda que haja importante diversidade de propósitos.;
- b. Os profissionais do PSE Municipal, de modo geral, consideram que a estratégia de saúde da família e a sua ampliação nos territórios serão fundamentais para o sucesso do programa;

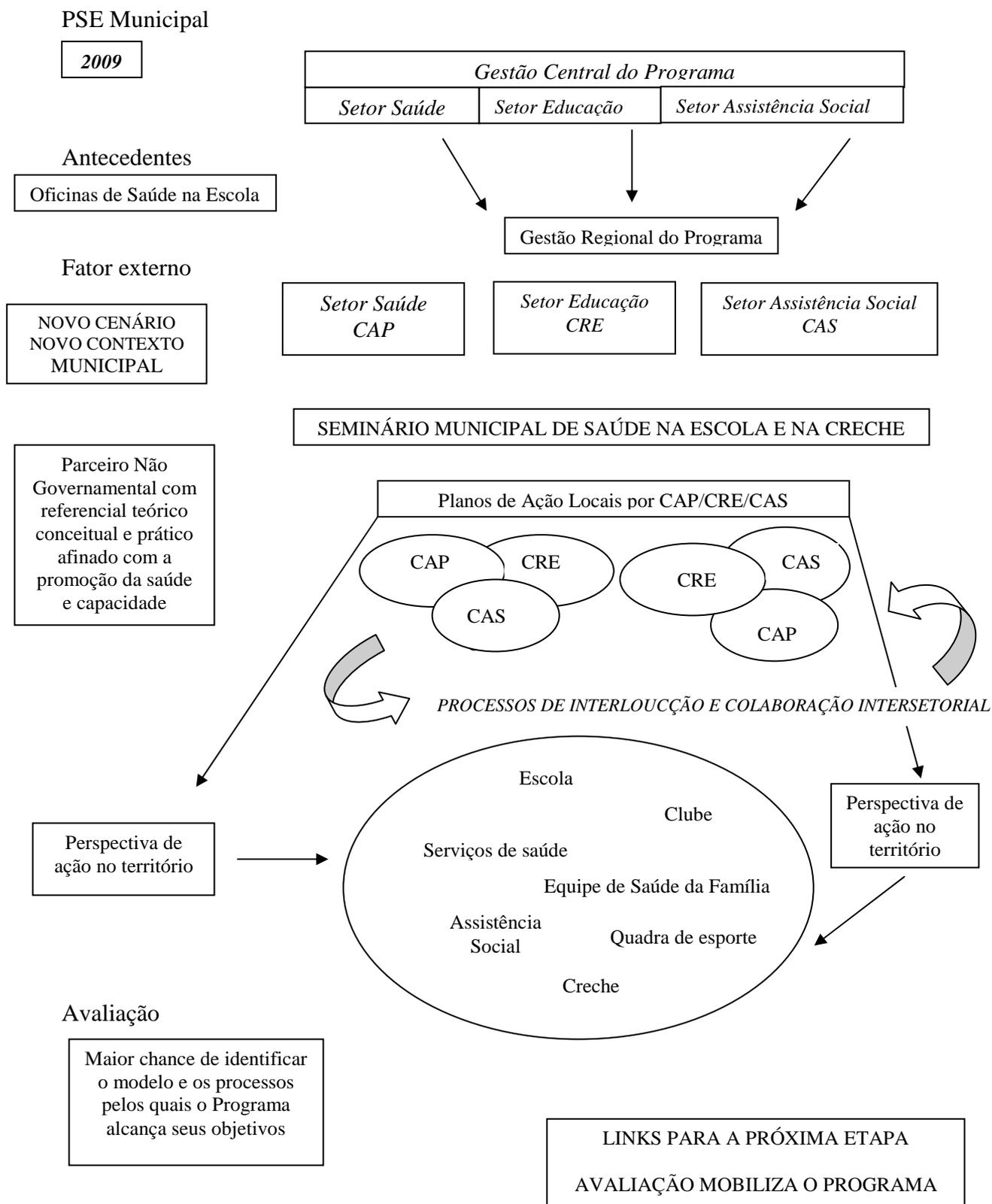
- c. Nos níveis regionais e locais do PSE Municipal diferentes atores se descrevem como motivados quanto ao desenvolvimento e implementação das ações e atividades, que representam o caminho para a criação de um programa de saúde na escola;
- d. A organização do PSE Municipal, na perspectiva de território, vem ganhando importância por parte dos profissionais das três áreas e dos três níveis de organização e gestão;
- e. Os gestores de nível central reconhecem a importância da institucionalização do PSE Municipal para ampliar as suas possibilidades de desenvolvimento, sem que isso represente o engessamento de seus propósitos;
- f. O processo de integração está sendo aprendido na prática pelos profissionais do PSE Municipal, precisando ainda ser consolidado plenamente;
- g. É opinião dos profissionais das três áreas que o empenho dos gestores de cada região e localidade é fundamental para o desenvolvimento do PSE Municipal;
- h. A realização de encontros, seminários e reuniões entre os profissionais das três Secretarias tem favorecido que o trabalho seja construído com colaboração intersetorial;
- i. A identificação dos profissionais quanto às suas atribuições no PSE Municipal precisa ser mais bem definida e conhecida, inclusive nos três níveis da gestão, quais sejam: central, regional e local;
- j. Existe noção do compromisso e da necessidade por parte dos profissionais em discutir idéias e ter escuta mais ativa com a comunidade, embora o envolvimento da comunidade ainda esteja muito aquém do que se pretendia;
- k. O conteúdo específico e as suas prioridades do PSE Municipal ainda estão muito concentrados no âmbito do setor Saúde e da Assistência Social. Para o setor Educação há necessidade de constante lembrança e atualização desses aspectos;
- l. O setor Educação parece desconhecer suas grandes e reais potencialidades no desenvolvimento do PSE Municipal;
- m. A família não parece ainda, estar considerada pelo setor Saúde como parceira na construção do PSE Municipal, o que contribui para dificultar os processos e limitar a ação participativa do PSE Municipal;
- n. Questões estruturais interferem negativamente com a perspectiva de consolidar o PSE Municipal, quais sejam: número insuficiente de profissionais nas três áreas envolvidas; grande rotatividade dos profissionais que atuam no programa; e falta de

- capacitação técnica dos profissionais em curso e daqueles que são iniciantes na organização do programa;
- o. O fato das escolas e creches estarem frequentemente em áreas de risco, deixando sua população vulnerável a diferentes agravos, como a violência e o narcotráfico que são situações complicadoras para a implementação do PSE Municipal;
 - p. A observação de importantes vulnerabilidades socioeconômicas aponta sérios desafios para a consolidação de PSE Municipal e, muitas vezes não se vislumbra melhoria da qualidade de vida para essas comunidades vulneráveis mesmo que ele fosse implantado;
 - q. A falta de correspondência na divisão geográfica da cidade em áreas de planejamento entre as três Secretarias, principalmente entre a de Saúde e de Educação, representa fator impeditivo das parcerias regionais e locais;
 - r. A proposta federal de implantação do PSE Nacional representou esforço importante para o desenvolvimento do PSE Municipal e contribuiu para que alguns de seus objetivos se tornassem mais claros;
 - s. Foram identificadas iniciativas importantes da escola no aprendizado e no desenvolvimento da autoestima de crianças e jovens, que podem corroborar para a consolidação do PSE Municipal.

Ainda que por parte da equipe de avaliação, tivesse surgido nessas recomendações a indicação de que existem muitas ações realizadas em unidades escolares com o objetivo de promoção da saúde, não foi possível validar ou confirmar tal afirmativa. Isto resulta do fato de que, no processo de coleta de dados para análise, não foi explorado por aquela equipe o significado real do que representaria para os profissionais respondentes as ações de promoção da saúde. Para isso, serão necessários outros momentos exploratórios referentes a questões conceituais.

Embora tenham sido mantidas referências às questões como intersetorialidade e gestão participativa, estes termos também não foram explorados do ponto de vista teórico conceitual com os respondentes de forma mais exaustiva. Neste sentido, para não comprometer a análise das respostas, foi considerado que intersetorialidade implicaria de modo geral na ação conjunta dos três setores: saúde, educação e assistência social. E por gestão participativa, a melhor compreensão foi a de que esses três setores estariam se articulando ou permitindo a participação da comunidade escolar na elaboração das ações do Programa. Na figura 08, a seguir, pode ser observada esquematicamente a estrutura dos elementos e links entre os objetos do programa na 5ª etapa do PSE Municipal

Figura 08 - Programa Municipal de Saúde na Escola - 5ª ETAPA (Núcleos Regionais e Intersetoriais de Saúde na Escola)



Será necessário um novo desenho de avaliação que permita condições de analisar melhor essa inter-relação entre o programa municipal e o programa federal de saúde na escola, pois o tempo dedicado a este estudo não contemplou tempo suficiente para levar a termo essa análise.

Com a adesão oficial do município do Rio de Janeiro ao PSE Nacional em dezembro de 2007¹⁴², como em outros municípios que tinham as condições pré-estabelecidas para a adesão, o PSE Nacional, de modo geral, iniciou suas atividades municipais em meados de 2008 de forma mais irregular na compreensão dos gestores municipais, que foram informados de disponibilidade de recursos como parcela extra do incentivo mensal às Equipes de Saúde da Família e de Saúde Bucal que atuam no programa. Tais recursos seriam repassados aos municípios com competência no mês de novembro do ano em questão por Portaria Ministerial e, em contrapartida, ao envio de base de dados no cadastro nacional de estabelecimentos de saúde e de materiais que chegavam esparsos em diferentes setores da Prefeitura da cidade. E recursos que eram oriundos do Ministério da Educação, representado por materiais e equipamentos médicos e materiais impressos para a formação e qualificação dos profissionais e para subsidiar o trabalho das equipes de saúde da família e das escolas.

Esse aspecto de gerar recursos foi uma das primeiras molas propulsoras de incentivo do PSE Nacional sobre o PSE Municipal, pois os gestores maiores das Secretarias Municipais de Saúde e de Educação e da Prefeitura, passam a valorizar as ações dos técnicos de saúde na escola com a expectativa de obterem mais recursos para a sua gestão. Vale assinalar a similaridade de apoio desses gestores aos técnicos da mesma forma como da inclusão de práticas de promoção da saúde no Pacto pela Saúde, possibilitando a arrecadação de recursos de outras fontes para além do tesouro municipal.

Outro ponto de interesse para o estudo de impacto no âmbito municipal da criação do PSE Nacional foi que, por definição, esse Programa previa a relação dialógica entre diferentes atores envolvidos e pretendia articular as Secretarias de Educação e de Saúde, no âmbito estadual e municipal, e destas com a comunidade escolar valorizando a estratégia de saúde da família e a lógica territorial. Estes princípios foram apresentados como resultantes da articulação entre os Ministérios da Saúde e da Educação, como se viu proposto no âmbito municipal^{187, 189}. Como visto no desenvolvimento histórico dos programas de saúde escolar, no primeiro capítulo, o PSE

Nacional surge também como estratégia para integração e articulação permanente entre as políticas e ações de educação e de saúde, com a participação da comunidade escolar. Neste caso, envolvendo as equipes de saúde da família e da educação básica ^{10, 189}.

Ao retomar os referenciais de intersectorialidade, como base deste estudo ¹², uma avaliação dessa inter-relação entre esses Programas poderá dimensionar se a criação na esfera federal impulsiona o programa municipal respeitando-o nas suas diretrizes participativas ou, ao contrário, se ele representa uma intervenção verticalizada capaz de suplantar os objetivos municipais de desenhar um programa de saúde na escola com perspectivas de promoção da saúde.

Essa foi a questão que esteve na pauta da avaliação do PSE Municipal e que somente estudos posteriores ou mais focalizados poderão trazer algumas respostas, considerando que apenas em junho de 2008 o PSE Nacional constituiu através de Portaria Interministerial ¹⁷⁷, a Comissão Intersetorial de Educação e Saúde na Escola (CIESE). Em setembro de 2008 foi republicada a Portaria ¹⁸⁸ que regula a adesão dos municípios ao Programa, além do documento de base do PSE Nacional ¹⁸⁹ publicado em 2009 pelo Departamento de Atenção Básica/SAS/MS e Secretaria de Educação Básica/ME.

Em setembro de 2009, os Ministérios da Saúde e o da Educação realizaram o I Encontro Nacional de Representantes Estaduais do Programa de Saúde na Escola, em Brasília, para o qual convidou representantes da saúde e da educação do PSE Municipal. Nessa ocasião, mais uma vez ao apresentar a experiência de saúde na escola no âmbito municipal, os representantes do Rio de Janeiro conseguiram negociar aspectos importantes que garantiam a autonomia municipal para a saúde na escola, quais sejam:

- a. Inclusão de outras Secretarias no modelo do Programa, como a Secretaria Municipal de Assistência Social no Rio de Janeiro;
- b. Inclusão das creches como instâncias pedagógicas para as quais o programa direcionaria suas atividades e ações;
- c. Valorização das ações que já estavam em curso com a perspectiva de descentralizar a gestão do Programa municipal através de Núcleos Regionais e Intersetoriais de Gestão da Saúde na Escola e na Creche;
- d. Garantia de cadastrar as escolas envolvidas no programa a partir das unidades de atenção primária, mesmo as que não fossem ainda da estratégia de saúde da família, considerada a baixa cobertura dessa estratégia no município e o grande

- número de escolas envolvidas, inclusive como do Programa do Ministério da Educação de “Mais Educação”^{XII}, um dos critérios de adesão ao PSE Nacional;
- e. Ampliação do tempo de cadastro das escolas e das creches municipais no PSE Nacional, considerada a complexidade da rede municipal de ensino do Rio de Janeiro.

Como pode ser visto, o sucesso das negociações com os gestores federais sinalizavam o respeito pelos programas e atividades em curso, particularmente no município do Rio de Janeiro. Essa ideia pode ser sinalizada no manual do PSE Nacional, em que seus gestores dizem reconhecer as ações já existentes e que têm impactado positivamente na qualidade de vida dos brasileiros. Certamente, estudos posteriores terão mais dados para uma avaliação da implantação do PSE Nacional e poderão trazer novas contribuições.

Em 2009, o PSE Nacional abriu as inscrições para cadastros das escolas municipais do Rio de Janeiro que quisessem participar do programa, desde que cumprida as exigências em curso. Foi através do Sistema Integrado de Monitoramento, Execução e Controle do Ministério da Educação (SIMEC), sistema on-line que tem uma ULI (Unidade Local Integrada) como ferramenta que quando preenchida por representante da escola interessada, capta as ações de saúde realizadas nas escolas para garantir sua adesão ao PSE Nacional. Na verdade, esse sistema é um coletor de dados para a criação de um banco de dados que permitirá o acompanhamento e avaliação do PSE Nacional. Esse foi um aspecto interessante que mobilizou, para além dos gestores centrais e regionais do PSE Municipal, os gestores locais quais sejam, diretores de escolas e de unidades de saúde e equipes da estratégia de saúde da família. Foram cadastradas 579 escolas municipais interessadas em aderir ao PSE Nacional e exigiu no âmbito municipal a organização de treinamentos e de logística operacional para que eles pudessem efetivar seu cadastro. Além de trabalho operacional com o uso regular da internet para cadastro on-line, foi preciso exercício de (re) leitura de inúmeras atividades de saúde realizadas nas escolas para que fossem reconhecidas como ações de saúde na escola. Tratava-se de um aspecto positivo para que os diretores de escola se envolvessem mais de perto com o PSE Municipal e que reconhecessem suas atividades como ligadas a um programa de saúde na escola.

Como apresentado por representantes dos Ministérios da Saúde e da Educação, no Encontro de Representantes Estaduais do PSE Nacional, os indicadores desse

^{XII} Esse programa envolve os Ministérios da Educação, Cultura, Meio Ambiente, Esportes, Ciências e Tecnologia, Desenvolvimento Social e Combate à Fome, com articulação da Presidência da República e da Secretaria Nacional da Juventude. Uma das suas propostas centrais é a ampliação do horário escolar.

programa ainda são essencialmente quantitativos, como por exemplo, quantidade de adolescentes vacinados completamente contra a Hepatite B. Como criticado anteriormente, o PSE Nacional prioriza forte componente assistencial como avaliação das condições de saúde, clínica, psicossocial, nutricional, e a valorização dos aspectos preventivos ao risco do uso de drogas, má alimentação e sedentarismo, bem como ações específicas de saúde bucal e de saúde ocular. O desenvolvimento de algumas dessas ações, como por exemplo, a de saúde ocular, denominada *Olhar Brasil*, foi desenhada com sérias barreiras administrativas e burocráticas que por si impedem sua execução no âmbito municipal, apesar de várias tentativas de adesão do PSE Municipal a essa ação federal.

Enfim, os desafios permanecem quando se recorre ao quadro matriz dos diferentes modelos de programa de saúde na escola, como visto no 1º capítulo. Muito similar às diretrizes escritas e defendidas por técnicos do setor Saúde e do setor Educação, o PSE Nacional, bem como o PSE Municipal, tem aspectos de interseção e parecem se aproximar quando comparados seus pressupostos que representam um novo desenho da política de educação em saúde articulada com a comunidade escolar. Entretanto, algumas dessas similaridades favoreceram a interlocução entre eles desde que garantidas a colaboração intersetorial entre essas diferentes esferas da gestão e seus diferentes parceiros ¹².

O PSE Nacional em seu manual descreve que: (a) aborda a saúde e educação integrais como parte de uma formação ampla para a cidadania e o usufruto pleno dos direitos humanos; (2) pressupõe ampliação das ações executadas pelos sistemas de saúde e educação com vistas à atenção integral à saúde de crianças, adolescentes e jovens e à educação em saúde; e (3) que pretende promover a articulação de saberes, a participação de alunos, pais, comunidade escolar e sociedade em geral na construção e controle social da política.

É possível sugerir que será através da avaliação de implementação desses programas que se dará o reconhecimento ou não, dos aspectos de efetividade das suas ações como modelos de programas de promoção da saúde. Para tanto, o processo avaliativo precisará integrar distintos e específicos contextos e uma rede sociotécnica consolidada nas suas conexões suscetíveis a se reagruparem e se (re) conectarem para vencer os conflitos e controvérsias gerados por interesses diferentes dos atores, gestores e pesquisadores envolvidos no desenvolvimento do programa e do seu sistema de avaliação.

A tabela 03, a seguir, apresenta resumidamente, as principais dimensões do Programa e as características e especificidades de cada uma de suas etapas. É possível assim, reconhecer de forma esquemática em cada etapa do Programa: (a) antecedentes que originaram a ação desenvolvida; (b) foco da ação e os atores estratégicos; (c) dimensão da participação dos setores e parceiros envolvidos; (d) dimensão das funções dos parceiros não governamentais; (e) natureza das ações, processos e/ou resultados intermediários; (f) características principais da avaliação ou do plano avaliativo implementado; (g) dimensão de atividade participativa; e (h) dimensão da sustentabilidade das ações e processos produzidos.

A observação desse quadro a partir da linha horizontal (da 1ª para a última etapa) permite perceber eventuais avanços com indícios de processos mais efetivos representados pela progressiva densidade das dimensões. Na mesma perspectiva, a observação da linha vertical assinala que resultados intermediários em uma dada etapa não parecem suficientes para atender a todos os objetivos previstos e que a última etapa parece mais densa e completa que as anteriores. Esse exercício esquemático contribuiu para perceber que as etapas não são excludentes. Ao contrário, estão interligadas e cada uma delas contribuiu para o desenvolvimento do programa como um todo, quer com seus acertos quer com erros.

Tabela 03 - Principais dimensões do Programa de Saúde na Escola no Rio de Janeiro

<i>Períodos</i> <i>Dimensões</i>	1ª etapa 2000-2001	2ª etapa 2002-2004	3ª etapa 2005-2006	4ª etapa 2007-2008	5ª etapa 2009
<i>Antecedentes da ação</i>	Implementar Iniciativa de EPS no município do Rio de Janeiro	Capacitar atores chave em práticas metodológicas	Descentralizar a capacitação, gestão e a ação	Negociar situação de controvérsia e conflito	Consolidar núcleos regionais e intersetoriais saúde na escola
<i>Foco da ação e atores estratégicos</i>	Generalizada em escolas selecionadas	Focalizada em capacitação de atores chave	Gestores regionais esparsos	Gestores regionais ocasionais das três secretarias	Gestores centrais e gestores regionais das três secretarias
<i>Coordenação setorial do programa</i>	Setor Saúde com suporte de parceiro não governamental	Setor Saúde com suporte de parceiro não governamental	Setor Saúde com suporte de parceiro não governamental	Setor saúde, gestores regionais das três áreas e parceiro não governamental	Setores da saúde, educação e assistência social (central e regionais) e parceiro não governamental
<i>Função da parceria não governamental</i>	Suporte operacional e suporte clínico assistencial	Afinidade conceitual com a promoção da saúde e prática metodológica	Suporte operacional	Suporte organizacional e afinidade conceitual com promoção da saúde e metodologia	Suporte organizacional e afinidade teórico conceitual com a promoção da saúde e metodologia
<i>Natureza das ações, processos e resultados intermediários</i>	Sensibilização esparsa de atores da escola e comunidade Assistência clínica específica	Apropriação de práticas metodológicas desenvolvimento de ações locais	Desenvolvimento de ações no âmbito regional e menos consistentes no âmbito local	Articulação e colaboração intersetorial no âmbito regional	Articulação e colaboração intersetorial no âmbito central e regional
<i>Características da avaliação</i>	Plano avaliativo externo – corrigiu rumos e apontou o que não deveria ser feito	Sistematização e acompanhamento de ações locais com identificação de modelos diferentes	Descentralização sem plano avaliativo sistematizado e valorização da observação e registros	Identificação de processos mais bem sucedidos e de dificuldades. Apontou estratégias para nova etapa	Dimensionou as atividades e identificou processos e mecanismos, impulsionando o próprio Programa
<i>Dimensão da atividade participativa gerada</i>	Limitada e restrita a passividade da comunidade escolar	Presente no desenvolvimento dos projetos locais com suas especificidades	Ênfase na participação dos gestores regionais e não da própria comunidade	Processos de construção participativa dos gestores regionais e locais	Maior interação com a comunidade, mas com necessidade de ampliar a escuta
<i>Sustentabilidade</i>	Muito baixa e restrita a ação das equipes externas	Importante nas ações locais e específicas para atores envolvidos	Contribuiu para a organização regional, mas restritas a área e não duradoura	Fortalecida com ação intersetorial e avanços para a etapa seguinte	Processos distintos para cada área na criação de Núcleos Intersetoriais e Regionais

Rede sociotécnica na contextualização do programa de saúde escolar

Embora o foco deste estudo tenha sido o programa de saúde na escola, é importante registrar algumas das inúmeras conexões estabelecidas por uma rede sociotécnica ampliada no escopo das parcerias com outros programas e iniciativas, que em diferentes esferas da gestão, deram suporte ao programa. De modo geral, essas parcerias além de favorecerem resolução de conflitos e controvérsias geradas por distintos interesses ao longo das etapas descritas, subsidiaram o encaminhamento de demandas temáticas e específicas e constituíram, sobretudo, o contexto macro no qual o PSE Municipal se desenvolveu. São exemplos dessas parcerias:

Programa de prevenção às doenças sexualmente transmissíveis e à aids.

Proposto em 1995 pela esfera federal (MS e MEC), foi crucial para institucionalizar a abordagem das questões afetas à sexualidade na adolescência, prevenção às DST/AIDS e ao uso abusivo de drogas no campo da saúde na escola municipal.

Registra-se a capacidade de negociação dos atores municipais com a esfera federal na alteração do foco do programa, inicialmente proposto para a prevenção de aids em usuários de drogas intra-venosas, para a de priorizar atividades na perspectiva ampliada e de interesse local, no campo da sexualidade e do uso abusivo de drogas em geral (foi chamado *Projeto Ser Vivo*, no município do Rio de Janeiro e, posteriormente, no Ministério da Saúde se consolidou como o Programa de Saúde e Prevenção nas Escolas (SPE), sendo hoje um dos componentes do PSE Nacional).

A base desse programa foi capacitar professores e profissionais de saúde quando, por exemplo, em 1997 contava com 350 atores multiplicadores. Como desdobramento, foi criado o Programa de Orientação Sexual e Prevenção ao Uso Abusivo de Drogas (PÓS) na Secretaria Municipal de Educação (RJ)¹⁹⁰. Este originou os chamados Núcleos de Adolescentes Multiplicadores em escolas da rede que, por ação protagonista, mobilizava em 2008 cerca de 3.000 adolescentes.

Agenda 21 da Cidade do Rio de Janeiro

A criação de ambientes saudáveis como componente importante da saúde na escola foi significativamente impulsionado nas atividades do PSE Municipal pelo trabalho articulado com a Agenda 21 na cidade do Rio de Janeiro⁸³. O Fórum 21 reuniu as 22 Secretarias Municipais e outras esferas governamentais, organizações não

governamentais, universidades e instituições privadas. Através dos cinco comitês regionais, foram elaborados planos para enfrentamento dos problemas locais. Esse processo contou com a participação do Programa de Meio Ambiente e Saúde (SME/RJ) e do Programa de Saúde Escolar (SMS/RJ). Nessa ação descentralizada e participativa, estiveram envolvidas mais de 50% das escolas da rede municipal com atividades relacionadas ao meio ambiente e a saúde como qualidade de vida.

Outra estratégia utilizada pelo PSE Municipal foi estreitar parceria com a Coordenação de Epidemiologia que transformou o enfrentamento das epidemias de dengue como estratégias de preservação e cuidados ambientais. Ao otimizar recursos foram produzidos materiais educativos impressos e audiovisuais para alunos e professores privilegiando a reflexão sobre os determinantes sociais da saúde levando a mobilização expressiva de grande número de escolas na prevenção de risco e adoecimento, mas valorizando uma agenda propositiva para o meio ambiente.

Alimentação saudável

Para atender esse componente como prática de promoção da saúde na escola, foi estratégica a parceria do PSE Municipal com o Instituto de Nutrição Annes Dias. De inúmeras atividades, registra-se: a implantação do cardápio completo no programa de alimentação escolar para a totalidade das 1.064 escolas municipais e 240 creches; estratégias pedagógicas com práticas educativas e elaboração de material de apoio, nas semanas de alimentação escolar, no projeto “Com Gosto de Saúde” e nas Oficinas de Culinária, entre outros.

Destaca-se ainda, a implantação do monitoramento da saúde do escolar do município do Rio de Janeiro ¹⁹², com pesquisas periódicas e sistemáticas (1999, 2003 e 2007) quanto às condições nutricionais dos escolares. Outros aspectos monitorados foram as prevalências de fatores de risco para doenças e agravos não transmissíveis, como perfil de consumo alimentar, nível de atividade física e sedentarismo, consumo de cigarros, álcool e outras drogas, auto-percepção dos alunos e de suas relações familiares e dos fatores protetores à vida com qualidade. Além de contribuir para a formulação de políticas, essa experiência municipal foi relevante para que técnicos desses programas municipais integrassem o Grupo de Trabalho do Ministério da Saúde e Ministério da Educação para elaboração da PeNSE (Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar) ¹⁰⁷.

Diagnósticos situacionais

Além do monitoramento da saúde dos escolares, o componente de análise e investigação do PSE Municipal garantiu antes de suas etapas iniciais, a realização de uma pesquisa, *Solta a Voz*¹³⁵, para o diagnóstico situacional das condições de saúde dos escolares. Foi desenvolvida em parceria com a Faculdade de Educação da UERJ com o objetivo de identificar indicadores sobre fatores de risco e proteção aos escolares da rede municipal de ensino do Rio de Janeiro. A investigação partiu de questões que consideraram, sobretudo, as vivências dessas crianças e adolescentes, como: suas relações com a escola e a família; acidentes e algumas situações de conflito; uso de tabaco, álcool e outras drogas; e questões relacionadas à sexualidade como práticas contraceptivas e doenças sexualmente transmissíveis e AIDS. Publicada posteriormente, foi divulgada pela OPAS como sinais de evidências de promoção da saúde na escola.

Prevenção ao Tabagismo

Da parceria com o Programa de Prevenção ao Tabagismo, foi possível capacitar alunos e professores das escolas da rede municipal de ensino na área de promoção da saúde estimulando escolhas por práticas mais saudáveis que valorizassem a vida. Ao priorizar a ação protagonista dos alunos, essas atividades avançaram para além da prática preventivista de combate ao fumo. A articulação com instâncias legislativas permitiu a criação de escolas como ambientes livres de tabaco no município do Rio de Janeiro.

Saúde bucal

Como desdobramento do Projeto Piloto de Escolas Promotoras da Saúde no município do Rio de Janeiro, surgiu o Projeto Dentescola. Criado por Decreto do Prefeito, este projeto investiu na melhoria das condições de saúde bucal dos escolares envolvendo quase a totalidade das escolas da rede pública municipal. Ainda que sem um plano de avaliação que dimensionasse de fato seus resultados, suas atividades de escovação, fluoretação e de técnicas simplificadas de cuidados bucais nas escolas, de certo modo, representaram melhoria das condições de saúde bucal dos alunos da rede.

Saúde ocular

Durante este estudo (de 2000 a 2009), apenas no desdobramento do projeto piloto, foi possível desenvolver na prática, ações de saúde ocular com triagem, exame oftalmológico e doação de óculos aos alunos, quando necessária. Em grande medida, foi

atribuída a interação dos técnicos dos Pólos de Atendimento Extra-Escolar do Instituto Helena Antipoff (SME) no Programa de Saúde Escolar. Vale registrar que de 2004 a 2005 foram envolvidos cerca de 50.000 alunos, dos quais 35.000 eram turmas de alunos com defasagem idade/série. Menos de 2.000 alunos precisaram de óculos sinalizando a equivocada relação de deficiência visual e mau desempenho escolar. Apesar de relação custo-benefício, bastante positiva e de boa resolutividade dessa ação, não foi possível obter recursos financeiros que permitissem a continuidade ou a retomada da ação. Mesmo com o PSE Nacional prevendo essa atividade, as estratégias propostas não foram suficientes para o seu desenvolvimento.

Por fim, é importante registrar que essas parcerias, ao longo de todo o processo, constituíram inúmeras conexões que efetivamente, contribuíram para a sustentabilidade do PSE Municipal. Trata-se de reconhecer a amplitude da rede sócio-técnica e a capacidade que ela tem de acionar mecanismos que mobilizam e favorecem o desenvolvimento do programa.

Considerações Finais

A análise do Programa aponta que mesmo considerando mudanças dos contextos e das atividades realizadas, as principais concepções teóricas são mantidas ao longo de seu desenvolvimento entre os anos de 2000 a 2009. Ainda que nas suas diferentes etapas, as atividades e seus objetivos específicos tenham mudado, o Programa permaneceu voltado para perspectiva de ser um programa modelo em promoção da saúde. Tomou por base os principais componentes da promoção da saúde, como por exemplo: participação comunitária, intersetorialidade, descentralização, fortalecimento e sustentabilidade da ação local, ênfase na dinâmica da territorialização, capacitação e gestão participativa. A expectativa identificada foi de que o Programa gerasse transformações desde a percepção conceitual teórica sobre saúde e educação a partir dos profissionais envolvidos, bem como se traduzisse na prática em melhoria da qualidade de vida da comunidade escolar.

As observações e registros do período antecedente (1992-1999) ao do foco deste estudo, foram importantes para desenhar o marco lógico e por representar o período prévio de amadurecimento do programa como tal, assim como sua organização, seus objetivos, seus propósitos e suas metas iniciais. Descrever o marco lógico de seu desenvolvimento e acompanhar suas diversas etapas e trajetórias permitiu analisar e identificar suas principais características e processos.

A reconstrução dos principais processos de articulação entre saúde e escola foi crucial e permitiu descrever, em cada etapa analisada, suas respectivas bases conceituais e teóricas. Apesar de terem características comuns, foi possível identificar a ênfase dada a determinados mecanismos e processos em cada etapa, relacionando-os a uma microteoria do programa desenhado para o município do Rio de Janeiro. Assim, na análise da trajetória do Programa de Saúde na Escola, foram apontadas diferenças e ênfases distintas entre seus objetivos, metas, atividades, recursos e resultados intermediários. As mudanças ocorridas no seu desenho são evidenciadas na medida em que os contextos, sua rede de atores e o marco institucional do programa também se modificam.

Ao final de cada capítulo, representando suas diferentes etapas, foi feita uma figura sintetizando os principais acontecimentos, estratégias, mecanismos e resultados intermediários do desenvolvimento do programa no município do Rio de Janeiro. Vale registrar que as etapas desse processo contínuo, são ilustrativas, onde acertos e erros

foram identificados, apontando para novos caminhos e redirecionamento da promoção da saúde no PSE Municipal.

Uma das principais lições apreendidas foi sobre a importância de se ter uma estratégia avaliativa acoplada ao programa em suas principais etapas, sinalizando a utilidade em registrar e observar processos em curso, bem como o cuidado em documentar os principais acontecimentos internos e externos ao programa. Trata-se da capacidade da gestão do programa em incentivar e apoiar abordagens avaliativas, bem como em reconhecer a importância da reflexão, da pesquisa e do conhecimento para o processo decisório, proporcionando sustentabilidade organizacional e legitimidade ao programa.

Foi nesse sentido que a estratégia metodológica aqui utilizada teve como suporte as avaliações acumuladas nas diversas etapas do programa, todas elas baseadas em um processo reflexivo e pedagógico, que não dependeu só da expertise metodológica, mas do conhecimento estratégico sobre contextos, mecanismos, interesses e valores culturais. A avaliação foi vista como uma estratégia para criar, informar, (re) conhecer e dar *feedback* ao Programa, mobilizando suas estruturas, atividades e componentes de forma decisiva para ajustar, quando necessário, o rumo do seu desenvolvimento, e, portanto, capaz de qualificar a própria intervenção.

Para conduzir essa avaliação, foi preciso garantir estratégias que possibilitassem apreender os sentidos dos fenômenos e, ao mesmo tempo, que respeitassem sua complexidade, riqueza e profundidade ¹³⁶. Um plano avaliativo dessa natureza teve que lançar mão de métodos científicos que captassem também, o significado dos fenômenos localizados no espaço subjetivo nas quais se encontrava a vivência dos informantes e a do próprio pesquisador, através de compreensões e interpretações compartilhadas ¹³⁶.

Só através da análise sobre a constituição das diversas redes sociotécnicas descritas e analisadas nas diversas etapas do programa, foi possível compreender o amadurecimento e continuidade do programa. São essas redes que permitem estreitar relações e estabelecer conexões entre os atores estratégicos, tornando possível responder as controvérsias e incertezas. As soluções para os conflitos gerados são complexas tanto que só através de negociações que ultrapassam a heterogeneidade de atores e de interesses foi possível avançar. Daí, a enorme contribuição de Potvin ^{1, 6} para a discussão sobre a avaliação de programas de promoção da saúde quando chama a atenção para a capacidade das redes sociotécnicas de se expandirem, explorando novas relações e novas conexões vitais para os desdobramentos e sustentabilidade dos programas.

Na perspectiva da relevância das redes sociotécnicas, é preciso fazer referências a outros profissionais, gestores, pesquisadores e interessados para que estes possam refazer novas (re) leituras.

Na primeira etapa analisada (3º capítulo, figura 02, pág. 93) foi possível observar que as principais fragilidades estavam na expectativa de que as equipes externas ao programa e às redes municipais de saúde e de educação pudessem criar vínculos entre os profissionais e as instituições pensadas para compor o PSE Municipal. A frágil parceria do setor saúde com o setor Educação, bem como sua ligação com um parceiro não governamental sem expertise no campo da promoção da saúde foram outros fatores que dificultaram a ação intersetorial.

Já na segunda etapa (3º capítulo, figura 03, pág. 102) foi destacada a importância de investimentos na capacitação de atores estratégicos, voltada sobretudo, para os aspectos metodológicos. Além de reconhecê-los como atores chave, esse grupo foi decisivo para a continuidade do programa, assim como as estratégias dessa etapa foram cruciais para fortalecer a rede sociotécnica do Programa. Os investimentos feitos na qualificação dos profissionais dentro da lógica e dos princípios da promoção da saúde constituíram o principal mecanismo que explica as mudanças favoráveis ao amadurecimento do programa. Nessa etapa, apresentamos indícios de que além do componente de capacitação, houve ênfase no desenvolvimento de ações locais que propiciaram maior participação da comunidade escolar e, portanto, maior apoio e sustentabilidade. Embora representasse avanços, a dificuldade de expansão e de universalização da ação foi determinante para que se partisse para outra fase marcada pela descentralização das ações no município do Rio de Janeiro como um todo. Vale destacar que a metodologia ali aplicada fosse bastante relevante, envolvia processos bastante complexos e muitos investimentos.

Na figura 04 no 3º capítulo (pág.109) foi possível observar os investimentos nos processos de descentralização, mas em contrapartida, essa fase do programa se ressentiu pelo fato de não ter tido um plano avaliativo mais sistematizado. As visitas técnicas e as observações e reflexões constantes com os diferentes grupos regionais envolvidos deram o tom ao processo marcado pela não capacidade de resposta para a descentralização das ações como previsto. No que se refere à parceria com uma organização não governamental, foi observada uma contribuição limitada diferente da natureza da parceria que ocorreu na etapa anterior. Nessa, a Fundação João Goulart por sua natureza mais administrativa, se limitou a desenvolver processos operacionais e não compartilhou das questões conceituais e metodológicas mais relevantes para programas

de promoção da saúde. Apesar disso e por conta de desenho original de projeto local desenhado na etapa anterior, é que esse período se começa a observar os primeiros núcleos descentralizados de saúde na escola, nas áreas de Santa Cruz e Campo Grande. Somente em 2009, contudo, o processo de avaliação apontará para sinais de evidência de consolidação desses Núcleos, representando assim, ações efetivas de descentralização da gestão do Programa.

Na figura 06 (pág., 132) referente ao período de 2007 a 2008, analisado no 3º capítulo, observa-se que o marco mais importante foi dado pelas controvérsias e conflitos, que causou uma ruptura do núcleo intersetorial de gestão central das três secretarias envolvidas (Saúde, Educação e Assistência Social). Esta ruptura foi gerada por uma ação autoritária e verticalizada de contratação de psicólogos para a Secretaria Municipal de Educação, por ordem e determinação do prefeito da cidade. Apesar disso, a rede sociotécnica do Programa não deixou que esse fosse um impedimento para o seu desenvolvimento. Assim, diferentes estratégias se estabeleceram para a continuidade e renovação do Programa. Há indícios de que a ação, a partir de gestores regionais, foi a principal saída para resgatar as atividades e intervenções do programa, até porque eram instâncias que não estavam diretamente envolvidas no impasse criado pelo nível central. Além do aspecto de descentralização, novos investimentos em processos de capacitação foram cruciais para a mudança do quadro de conflito. Desta vez, uma metodologia de expansão para outras áreas e o viés da educação popular em saúde resultou em recursos úteis ao desenvolvimento do Programa e ao tempo dos gestores em assumirem novas decisões. Entretanto, o fato que chama a atenção nessa etapa, foi o plano de avaliação bastante robusto cujas informações e resultados apresentados aos gestores demonstraram grande aplicabilidade prática. Enfatizaram ainda, a importância do programa de saúde na escola para formatar processos de ação e colaboração intersetorial e descentralizados que valorizaram a participação da comunidade na construção do modelo.

As Oficinas de Saúde na Escola e o processo de avaliação dessa estratégia foram de certo modo, as responsáveis mais diretas pela continuidade do Programa no período pós-eleitoral (2009). Esses processos inauguraram outra etapa do Programa que se traduziu pelo que, então, foi denominado ***Programa Municipal de Saúde na Escola ou PSE Municipal***, como pode ser visto no 4º capítulo (figura 08, pág. 162). A análise, de modo geral, aponta esta, como a etapa mais rica em comparação com as anteriores, sobretudo, porque aparece (r) estabelecida a gestão central do Programa articulando, em igualdade de condições e de comprometimento, as três secretarias (Saúde, Educação e

Assistência Social). Os avanços observados estavam relacionados ao acompanhamento e registros de que no âmbito regional, em quase todas as áreas do município, também apareceram articuladas as coordenações regionais de saúde, de educação e de assistência social. Houve valorização do espaço territorial com ênfase na estratégia de saúde da família e indícios de que as inter-relações regionais entre instituições de ensino, de saúde e dos equipamentos da assistência social continuam caminhando para uma atuação articulada. A grande diferença foi que a avaliação desta etapa apontou fortes sinais de consolidação dos Núcleos Regionais e Intersetoriais de Gestão da Saúde na Escola e na Creche, reforçando a característica de descentralização da gestão e das ações do Programa. Nessa etapa, descreveu-se a participação da comunidade na construção do Programa como uma proposta exequível ainda que os profissionais apontassem clara necessidade de melhorar a escuta dos gestores em relação à comunidade escolar. Os aspectos metodológicos de organização do programa, a relevância de considerar os contextos nos quais ele se desenvolveu e a parceria com a organização não governamental, o CECIP, com expertise e comprometida com a promoção da saúde, pareceu produzir uma ação muito mais efetiva. Além desta ONG não restringir sua articulação apenas com o setor Saúde, mas também dela se articular com os outros setores parceiros, como a Educação e a Assistência Social, pressupõe indícios de que para uma ação intersetorial é fundamental que todos os setores e atores envolvidos estejam, de fato, compartilhando desde seus objetivos e metas, as atividades, os processos, as questões, as dúvidas, os resultados, os erros e os acertos.

Espera-se, pois, que ao longo da análise algumas observações alimentem a reflexividade do conhecimento sobre o Programa.

Ao investir na abordagem avaliativa em promoção da saúde foi necessário, portanto, ir além da aplicação de métodos e técnicas que focam o cumprimento de determinada meta, objetivo ou problema a ser resolvido pelo programa. Ou seja, foi preciso buscar compreender o programa como um todo, não como somatório de partes, mas com a identificação de modelos e teorias que sustentam suas estratégias, e que são (re) traduzidas pelos atores com capacidade de acionar mecanismos e processos que mobilizam o programa.

Mais importante do que resultados finais, foi a identificação de processos que implicam no desenvolvimento de vínculos entre os atores e na construção de diálogo e escuta que geram confiabilidade e inter-relações que se estabelecem entre eles e com as diferentes instituições envolvidas na dinâmica da vida cotidiana nos territórios.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Potvin L, Gendron S, Bilodeau A. Três posturas ontológicas concernentes à natureza dos programas de saúde: implicações para a avaliação. In: Bosi MLM, Mercado, FJ, organizadores. Avaliação qualitativa de programas de saúde: enfoques emergentes. Petrópolis (RJ) Vozes, 2006.p.65-86.
2. Ludke M, André MEDA. Pesquisa em Educação: Abordagens Qualitativas. Editora EPU. São Paulo/SP, 1986.
3. Guba EG, Lincon YS. Effective evaluation improving the usefulness of evaluation results through responsive and naturalistic approaches, San Francisco, CA. Jossey Bass, 1981.
4. Silva CS. O Fracasso do (a) Escola (r): questão de ótica. Rompendo o ciclo fechado de educação e saúde com a anamnese. Dissertação de mestrado. Universidade Federal Fluminense; 1991.
5. Ministério da Saúde e Organização Pan-Americana de Saúde. Escolas Promotoras de Saúde: experiências no Brasil. Brasília /DF, 2007.
6. Potvin L, Haddad S, Frohlich L. Beyond process and outcome evaluation: a comprehensive approach for evaluation health promotion programmes. In: Rootman I, et al. Editors. Evaluation in Health Promotion: Principles and Perspectives. Geneva. World Health Organization, 2001. WHO Regional Publications, European Series, nº 92, 2001.
7. Quivy R, Campenhoudt LV. Manual de Investigação em Ciências Sociais. Gradiva Publicações Ltda., Lisboa, Portugal. 2ª edição, 1998.
8. Guimarães A Z. Desvendando Máscaras Sociais. Livraria Francisco Alves, Rio de Janeiro. Editora S.A., 2ª edição, 1980.
9. Organização Pan-Americana de Saúde. Escuelas Promotoras de Salud: Modelo y Guía para la Acción. HSP/SILOS-36. Washington DC, 1996.
10. Brasil, República Federativa. Decreto presidencial Nº. 6.286, de 5 de dezembro de 2007 que cria o Programa Nacional de Saúde na Escola. Brasília, DF. Diário Oficial da União, de 06 de dezembro de 2007. Seção 2, p. 02.
11. Bodstein RC. O debate sobre avaliação das práticas e estratégias em promoção da saúde. Boletim Técnico do SENAC: Revista Educação Profissional, Rio de Janeiro, v.35, n.2, maio/agosto, 2009; 07-15.
12. Burris S, Hancock T, Lin V, Herzog A. Emergency Strategies for Healthy Urban Governance. Journal of Urban Healthy: bulletin of the New York Academic of Medicine. Vol. 84, n. 1. New York, EUA. 2007.
13. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n. 687 de 30 de março que cria a Política Nacional de Promoção da Saúde. Série B. Textos Básicos de Saúde. Série Pactos pela Saúde 2006, v.7. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção Básica. Brasília, DF.

14. Comissão Nacional de Determinantes Sociais. Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz ENSP-FIOCRUZ. www.determinantes.fiocruz.br acessado 12/Jan/ 2007.
15. Kickbush, 1986. Life-Styles and Health. *Social Science & Medicine*, 22, 117-124.
16. Susser M, Susser E. Choosing a Future to Epidemiology: Eras and Paradigms. *American Journal of Public Health*, 1996.
17. Breslow. From disease prevention to health promotion. *JAMA*, 1999. 281, 1030-1033.
18. Rootman I, Goodstadt M, Potvin L, Sprigett J. A Framework for Health Promotion. In Rootman et al. Editors. *Evaluation in Health Promotion: Principles and Perspectives*. Geneva. World Health Organization, 2001. WHO Regional Publications, European Series, nº 92, 2001.
19. Hartz Z. Avaliação em saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas. Rio de Janeiro: Ed FIOCRUZ; 2000.
20. Carvalho AI, Bosdtein RC, Hartz Z, Matida AH. Concepts and approaches in the evaluation of health promotion. *Revista Ciência & Saúde Coletiva*, 9 (3): 521 - 529, 2004, Rio de Janeiro/RJ.
21. Buss PM. Uma introdução ao conceito de promoção da saúde. In Czeresnia D, & Freitas C.M. (org.) *Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2005.
22. Bodstein RC. The complexity of the discussion on effectiveness and evidence in health promotion practices. *Promotion & Education*, 14, no. Supplement 1 (2007): 16-20. HUIPE.
23. Silva CS. (Org). *Saúde Escolar numa Perspectiva Crítica*. Rio de Janeiro: Secretaria Municipal de Saúde. Prefeitura da Cidade do Rio de Janeiro. 3ª edição; 1999.
24. Prefeitura do Rio de Janeiro. Decreto n. 30.350 de 01 de janeiro de 2009 que cria o Comitê Integrado de Gestão Governamental do Desenvolvimento Social Diário Oficial do Município do Rio de Janeiro jan/2009.
25. Brasil. Ministério da Saúde. Lei Orgânica da Saúde nº 8080 de 19 de setembro de 1990, que cria o Sistema Único de Saúde.
26. Ministério da Saúde. Portaria n. 648/GM de 28 de março de 2006 que cria a Política Nacional Atenção Básica. Série Pactos pela Saúde. 2006. Volume 4. http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_atencao_basica_2006.pdf Acessado em 10/abr/2010.
27. Silva CS. A escola promotora de saúde na agenda política do município do Rio de Janeiro. *Saúde em Foco: promoção da saúde*. Rio de Janeiro: Secretaria Municipal de Saúde, n. 23, jul. 2002.

28. Brasil. Ministério da Saúde. Pacto Pela Saúde 2006. Brasília Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde, Brasília/DF, 2006. Acessado em 20/Jul/2008. http://www.abennacional.org.br/download/pacto_pela_saude_2006.pdf
29. Brasil. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Câmara de educação Básica Resoluções do Conselho Nacional de Educação (1998) <http://zinder.com.br/legislacao/dcn.htm>. Acessado em 25/Set/2010
30. Netto JAS. Urbanização e saúde escolar no município do Rio de Janeiro. In Binsztok J, e Benathar RL. Organizadores. Regionalização e Urbanização. Civilização Brasileira, Rio de Janeiro/RJ, 1979.
31. Rússia. Conferência de Atenção Primária em Saúde, Alma-Ata, 1978.
32. Canadá. Conferência Internacional sobre a Promoção da Saúde, 1. Ottawa, 21/Nov/1986. Carta de Ottawa. Acessado em 05/Ago/2008. http://www.mpes.gov.br/anexos/centros_apoio/arquivos/6_20901863120102005_Carta%20de%20Ottawa%20para%20a%20Promo%C3%A7%C3%A3o%20da%20Sa%C3%BAde.doc>
33. Brasil VIII Conferência Nacional de Saúde. Brasília (DF), 7 a 21 de março de 1986. Relatório final. Brasília: Ministério da Saúde, 1986. http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio_8.pdf> Acessado em 05/Ago/2008
34. Assis R. Multieducação. Núcleo Curricular Básico. Secretaria Municipal de Educação. Prefeitura da Cidade do Rio de Janeiro, 1996.
35. Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro. Organograma de Nova Estrutura da Secretaria Municipal de Saúde, que cria a Gerência do Programa de Saúde Escolar, publicado em D.O.M. em 19/Ago/1992. Rio de Janeiro/RJ, 1992.
36. Ministério da Saúde e Ministério da Educação. Orientações sobre o programa saúde na escola para elaboração de projetos locais. assessoria do programa saúde na escola no Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde. Mimeo. Brasília, 2008.
37. Patton MQ. Qualitive Research & Evaluation Methods. 3 ed. Thousand Oaks. Sage Publications. 2002.
38. Bodstein RC et al, 2001. Desafios no monitoramento e na avaliação de programas de DLIS: o caso de Manguinhos no Rio de Janeiro. Oficina Social. Centro de Tecnologia, Trabalho e Cidadania. RJ. In Bodstein, Zacan & Marcondes (Org.) Promoção da Saúde como caminho para o desenvolvimento Local. A experiência em Manguinhos- RJ. Abrasco, 2002.
39. Potvin L. Sobre a natureza dos programas: os programas de promoção da saúde como ação. Ciência e Saúde Coletiva. Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, p.731-738, 2004.
40. Lalonde M. O conceito de “campo da saúde”: uma perspectiva canadense. In Organização Pan-americana de Saúde: uma antologia. Publicação Científica; 557. Washington DC, 1996.
41. Buss PM. Promoção da saúde e qualidade de vida. Ciência e Saúde Coletiva, 5(1):163-177, 2000. Rio de Janeiro/RJ.

42. Westphal MF. Avaliação participativa e a efetividade da promoção da saúde: desafio e oportunidades. In Boletim Técnico do SENAC: Revista Educação Profissional, Rio de Janeiro, 2009, p. 17-27.
43. Czeresnia D. O conceito de saúde e a diferença entre prevenção e promoção. In Czeresnia D, Freitas CM. (organizadores) Promoção da Saúde: conceitos, reflexões, tendências. Editora Fiocruz, 2005 Rio de Janeiro/RJ.
44. Westphal MF. O movimento cidades/municípios saudáveis: um compromisso com a qualidade de vida. Ciências e Saúde Coletiva 2000, volume 5 (1): 39-51. 2000. Rio de Janeiro.
45. Melo JAC. Educação Sanitária: uma visão crítica. Caderno do Cedes. Cortez Editora. São Paulo/SP, 1987.
46. Ramos LC, Melo JAC, Soares JCRS. Quem educa quem? Repensando a Relação Médico Paciente. In Costa, N.R et alli (organizadores) Demandas Populares, Políticas Públicas e Saúde. Vol II. Movimentos Sociais e Cidadania. Editora Vozes. Petrópolis/RJ. 1989.
47. Valla VV, Hollanda E. Fracasso Escolar, Saúde e Cidadania. In Rosário, N. et all (organizadores) Demandas Populares, Políticas Públicas e Saúde. Vol II. Editora Vozes. Petrópolis/RJ. 1989.
48. Freire Paulo. A educação na cidade. Cortez Editora, 6ª edição, São Paulo/SP, 2005.
49. Dimenstein G. Cidade Escola Aprendiz Acessado em 21/Mar/2010 <http://rossetti.sites.uol.com.br/pdf/aprendiz.pdf>
50. UNICEF, Ministério da Educação, Prefeitura de Nova Iguaçu. Bairro Escola: passo a passo. Rio de Janeiro/RJ. http://www.unicef.org/brazil/pt/bairro_escola.pdf (acessado em 21/março/2010).
51. Moll J. Apresentação na mesa temática trilhas educativas: articulação comunitária como elemento articulador da aprendizagem; com o tema: Juventude, cidade e espaços de convivência e aprendizagem: novos olhares. Teatro do Colégio Santa Cruz, em 27 de setembro de 2005, São Paulo/SP.
52. Bydlowsky, Westphal, MF, Pereira. Promoção da Saúde. Porque sim e porque ainda não! Revista Saúde e Sociedade v. 13, n.1, p.14-24, Jan-Abr 2004. USP. SP/São Paulo.
53. Ministério da Saúde/Fiocruz. O território e a vigilância em saúde. Curso de desenvolvimento profissional de agentes locais de vigilância em saúde. Unidade 1, módulo3. Fundação Oswaldo Cruz, Manguinhos/Rio de Janeiro, 2004.
54. Freire P. Los pirncipios claves de Freire In Wallerstein N, Gutierrez M, Gonzáles, M. Taller de Empdeoramiento, participación socila y promocioón de la salud. OPAS e USP, SP/SP, mimeo, 2005.

55. Rubio EM. Freire: consciência e libertação (a pedagogia perigosa). Rev. Fac. Educ. vol. 23 n. 1-2 São Paulo Jan./Dec. 1997. Acessado em 09/Out/2010. http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S010225551997000100003&script=sci_arttext
56. Freire P. Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa. São Paulo: Paz e Terra; 1997.
57. Carvalho SR, Gastaldo D. Revista Ciência e Saúde Coletiva vol. 13(supl.2): 2029-2040, dez. 2008. Rio de Janeiro Dec. 2008. Acessado em 25 de julho de 2010. http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S141381232008000900007&script=sci_arttext
58. Pedrosa JI. Promoção da saúde e educação em saúde (pág. 85-86). In Castro A, Malo M. (Organizadores) SUS: Ressignificando a promoção da saúde. OPAS. Ed. HUCITEC, 96-119-132, 2006. SP.
59. Brasil. Constituição da República Federativa do Brasil: promulgada em 05 de outubro de 1988.
60. Ministério da Educação e do Desporto. Secretaria de Educação Fundamental. Parâmetros Curriculares Nacionais. Introdução aos Parâmetros Curriculares Nacionais. Brasília, DF, MEC/SEF, 1997.
61. Ministério da Educação e do Desporto. Programa Toda Criança na Escola. Brasília, DF, setembro de 1997.
62. Brasil. Presidência da República. Casa Civil. LEI Nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996, que estabelece as diretrizes e bases da educação nacional.
63. Ministério da Educação e do Desporto. Secretaria de Educação Fundamental. Parâmetros Curriculares Nacionais; meio Ambiente e Saúde. Brasília, DF. Secretaria de Educação Fundamental, 1997.
64. Conferência Mundial sobre Educação para Todos. Jomtien, Tailândia realizada de 5 a 9 de março de 1990. Declaração de Jomtien (Tailândia) 09 de Março de 1990. UNESCO, 1998. <http://unesdoc.unesco.org/images/0008/000862/086291por.pdf> Acessado em 25 de julho de 2010
65. Declaração de Nova Delhi sobre Educação para Todos. 6 de dezembro de 1993. UNESCO, 1998. <http://unesdoc.unesco.org/images/0013/001393/139393por.pdf> Acessado em 24 de julho de 2010.
66. UNESCO. Educação para todos – o compromisso de Dakar. CONSED. Ações Educativas, Brasília, 2001. Acessado em 02/Out/2010. <http://unesdoc.unesco.org/images/0012/001275/127509porb.pdf>
67. Vasconcellos P, Rossetti F. Relatório da Central de Projetos Educação, Comunicação e Participação: perspectivas para as políticas públicas. EDUCARTE e UNICEF. <http://rossetti.sites.uol.com.br/pdf/integral.pdf>. Acessado em 22/mar/2010
68. Schall VT, Struchiner M. Educação no contexto da epidemia de HIV/AIDS: teorias e tendências pedagógicas, in: Czerina D; (organizadora). AIDS: pesquisa social e

- educação. Rio de Janeiro – São Paulo. HUCITEC/ABRASCO, 1995. 206p. p. 84-105.
69. Veiga IPA. Projeto político-pedagógico da escola: uma construção coletiva. 11ª ed. Papirus. Campinas, 2000.
70. Maia BP, Bogoni GA, Feigs MMF, Machado VMP. A elaboração do texto do projeto político pedagógico da escola pública. Caderno de apoio para elaboração do regimento escolar. Secretaria de Estado da Educação. Governo do Paraná, Curitiba, 2007. http://www.diaadiaeducacao.pr.gov.br/diaadia/diadia/arquivos/File/escola/REGIMENTO_ESCOLAR_08_04.pdf. Acessado em 18 Jul/2010.
71. Silva CS. A inserção da saúde no projeto político pedagógico da escola. MEC, Escola de Gestores. Brasília, DF. 2008. Acessado em 25/Jul/2010 http://escoladegestores.mec.gov.br/site/8biblioteca/pdf/texto02_saude_na_escola.pdf.
72. Borba A, Werner J, Alves K. Desenvolvimento e Aprendizagem. In Silva C. (Organizador) Saúde Escolar numa Perspectiva Crítica. Secretaria Municipal de Saúde. Prefeitura da Cidade do Rio de Janeiro. 3ª edição. Rio de Janeiro/RJ, 1999.
73. Fosnot CT. Construtivismo: teoria, perspectivas e prática ARTMED, Porto Alegre, RGS. 1998.
74. Vygotsky LS. In (Cole M et al – Organizadores) A Formação Social da Mente. Martins Fontes Editora. São Paulo/SP.
75. Moreira COF. Entre o indivíduo e a sociedade: um estudo da filosofia da educação de John Dewey. Série Historiografia CDAPH. Universidade de São Francisco. Bragança Paulista, SP, 2002.
76. Freire P. Pedagogia do Oprimido. Editora Paz e Terra, 8ª edição, 1980. Rio de Janeiro/RJ.
77. Vasconcellos EM. Educação Popular e a Atenção à Saúde da Família. Editora HUCITEC, 2ª edição, Sobral, São Paulo, 2001.
78. Valla VV, Guimarães MB, Lacerda A. Construindo a resposta à proposta de educação e saúde. Mimeo, Rio de Janeiro/RJ, ENSP, 2003.
79. Paim JS, Almeida FN. Saúde Coletiva: uma “nova saúde pública” ou campo aberto a novos paradigmas? Revista de Saúde Pública, 32 (4): 299-316, 1998. USP. SP.
80. Oliveira DL. A “nova saúde pública” e a promoção da saúde via educação: entre a tradição e a inovação. Revista Latino-americana de Enfermagem, 2005, maio-junho, 13 (3): 423 -431. www.eerp.usp.br/rlae (acessado em 15/dez/2009).
81. Comissão de Determinantes Sociais da Saúde. Relatório Final. Escola Nacional de Saúde Pública/FIOCRUZ. Pág. 138, Brasília, DF, abril, 2008. mimeo.

82. Conferência da Organização das Nações Unidas (ONU) do Meio Ambiente e Desenvolvimento, realizada no Rio de Janeiro em 1992, também denominada de ECO 92. <http://www.infoescola.com/ecologia/eco-92/> Acessado em 14/Abr/2010.
83. Agenda 21. Compromisso assinado por 170 países, inclusive o Brasil como produto da ECO, 92. <http://www.ecolnews.com.br/agenda21/> (Acessado em 14/Abr/2010).
84. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégia e Participativa. SUS. Painel de Indicadores do SUS n.06. Temático Promoção da Saúde. Brasília, DF. Novembro de 2009. <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/painel6.pdf> Acessado em 24/Jul/2010
85. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégia e Participativa. SUS. Painel de Indicadores do SUS n.04. Temático Saúde da Família. Brasília, DF. Novembro de 2009. bvsmms.saude.gov.br/bvs/.../painel_indicadores_saude_familia_n4.pdf Acessado em 24/Jul/2010.
86. Campos RO. A promoção à saúde e a clínica: o dilema promocionista. In Castro A, Malo M (Organizadores) SUS ressignificando a promoção da saúde. Editora HUCITEC, OPAS, São Paulo, SP, 2006.
87. Arouca SO. O dilema preventivista: contribuição para a compreensão e crítica da medicina preventiva. São Paulo - Rio de Janeiro. UNESP-FIOCRUZ, 2003.
88. Campos GWS, Gutiérrez AC, Guerrero AVP, Cunha GT. Reflexões sobre a atenção básica e a estratégia de saúde da família. IN Campos, GWS, Guerrero AVP (organizadores) Manual de Práticas de Atenção Básica – saúde ampliada e compartilhada. Editora HUCITEC, São Paulo, 2008. p. 132-153.
89. Ministério da Saúde. A Educação que Produz Saúde. Série F. Comunicação e Educação em Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Brasília/DF, 2005. Acessado em 14/Abr/2010. http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/a_educacao_que_produz_saude.pdf
90. Schall V. Alfabetizando o corpo: o pioneirismo de Hortênsia Hollanda na educação em saúde. Cadernos de Saúde Pública. 15 (Sup 2): 149-159. Rio de Janeiro, 1999.
91. Torres RM. (organizadora) Educação Popular: um encontro com Paulo Freire. Coleção Educação Popular 09. Edições Loyola. São Paulo/SP, 2002.
92. Wallerstein N, Gutierrez M, & Gonzáles, Mario. Taller de Empdeoramiento, participaci3n social y promoci3n de la salud. OPAS e USP, SP/SP, mimeo, 2005.
93. Junqueira LAP. A gestão intersetorial das políticas sociais e o terceiro setor. Saúde e Sociedade V 13, n1, p.25-36, jan-abr 2004. USP, São Paulo/SP, 2004.
94. Peres FF, Bodstein RC, Ramos CL, Marcondes WB. Lazer, esporte e cultura na agenda local: a experiência de promoção da saúde em Manguinhos. Revista Ciência & Saúde Coletiva, vol.10, n.3, pp. 757-769. Rio de Janeiro/RJ.
95. Patto MHS. A produção do fracasso escolar. Pág. 63 e pág. 78. T.A. Queiroz Editor Ltda. São Paulo/SP, 1990.

96. Collares CAL, Moyses MAA. Educação ou saúde? educação x saúde. educação e saúde. In Fracasso Escolar: uma Questão Médica? Caderno Cedes n ° 15. São Paulo/SP. pág. 7 -16. Cedes/Cortez, 1985.
97. Moysés MAA, Lima GZ, Collares CAL. Desnutrição, rendimento escolar, merenda uma querela artificial. In Valente FLS (organizador) Fome e desnutrição, determinantes sociais. Editora Cortez, 2ª edição, São Paulo/SP, 1989.
98. Marques AN. Pediatria social: teoria e prática. Ed. Cultura Médica Ltda, Rio de Janeiro/RJ, 1986.
99. Mattos PC. Equipe multiprofissional e interdisciplinaridade. In Ramos B, Loch J. (Org.) Manual de Saúde Escolar II. Sociedade Brasileira de Pediatria. Rio de Janeiro/RJ, 1994.
100. Souza JCF. Introdução, objetivos e importância da equipe multiprofissional. In Souza JCF. (Organizador) Manual de Saúde Escolar Sociedade Brasileira de Pediatria, Rio de Janeiro/RJ, 1988.
101. Fernandez JCA, Mendes R. Subprefeituras da Cidade de São Paulo e políticas públicas para a qualidade de vida. São Paulo, CEPEDOC Cidades Saudáveis e Mídia Alternativa, 2003.
102. Cerqueira MT. A Iniciativa Escolas Promotoras de Saúde. In OPAS e Ministério da Saúde da Costa Rica. Memoria de la Primera Reunión y Asamblea Constitutiva Red Latinoamericana de Escuelas Promotoras de la Salud. San Jose, Costa Rica, 1996.
103. Cerqueira MT. A Construção da Rede Latino Americana de Escolas Promotoras de Saúde. In Ministério da Saúde e OPAS (Organizadores) Escolas Promotoras de Saúde: Experiências do Brasil. Brasília/DF, p. 33-39, 2006.
104. Cerqueira MT. Preâmbulo. In Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS) Escuelas Promotoras de la Salud. La experiencia Centroamericana. Washington DC, 2002, p. 9-12.
105. Meresman S, Pantoja A, SILVA CS. Brazil Addressing the Social Determinants of Health: The Experience of a Municipal School in Rio de Janeiro”, page 133-142. In Whitman VC, Aldinger CE (editors.) Case Studies in Global School Health Promotion. Ed. Springer, New York, USA. 2009.
106. Pedrosa JI. Educação popular e promoção da saúde: bases para o desenvolvimento da escola que produz saúde. In Ministério da Saúde e Organização Pan-Americana De Saúde. Escolas Promotoras de Saúde: experiências no Brasil. Ministério da Saúde, Brasília /DF, 2007.
107. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) Ministério da Saúde. Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (PeNSE). Rio de Janeiro, 2009.
108. Potvin L. McQueen DV. Practical Dilemmas for Health Promotion. In Potvin L. McQueen DV (editors) Health Promotion Evaluation Practices in the Americas. Springer, Quebec. Canadá, 2008. p.25-45.

109. Akerman M, DUHL L, BÓGUS C.M. A questão urbana e a saúde: impactos e respostas necessárias. In Castro A, Malo M (organizadores) SUS: ressignificando a promoção da saúde. Editora HUCITEC, OPAS, São Paulo, SP, 2006.
110. Magalhães R, Bodstein R. Avaliação de iniciativas e programas intersetoriais em saúde: desafios e aprendizados. Ciênc. saúde coletiva vol.14 no.3 Rio de Janeiro maio/jun. 2009.
111. Weiss CH. Evaluation, 2/E Harvard University. Pearson Editor. EUA, 1998.
112. Hollanda E. Participação popular. In Silva C. (Organizador) Saúde Escolar numa Perspectiva Crítica. Secretaria Municipal de Saúde. Prefeitura da Cidade do Rio de Janeiro. 3ª edição. Rio de Janeiro/RJ, 1999.
113. Carvalho AI, Silva CS, Matida AH, Monteiro H, Chauvim J. (organizadores). Ações Intersetoriais em Promoção da Saúde. Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca e Canadian Public Health Association. Rio de Janeiro, 2010.
114. Silva CS, Rocha CA, Soares MC. Nessa escola eu fico: uma experiência de promoção da saúde. Revista Promoção da Saúde, Brasília, Ministério da Saúde, v.1 2, nov./dez, 1999.
115. Thurston WE, Potvin L. Evaluability Assesment: a tool for incorporating Evaluation in Social Change Programmes. SAGE Publications. London Thousand Oaks and New Delhi; 1356-3890 (2003) 9:4; 453-469.
116. Organização Pan-Americana de Saúde. Promoción y educación de la salud escolar. Una perspectiva integral: marco conceitual y operativo. In Taller de Capacitación con Metodología de Diagnostico y Análisis Rápido. Mimeo. Washington DC, 1995.
117. Salazar L. Efectividad em Promoción de La Salud y Salud Pública. Reflexiones sobre la práctica en América Latina y propuestas de cambio. CEDETES. Programa Editorial Universidad del Valle, Santiago de Cali, 2009.
118. Contandriopoulos AP, Champagne F, Denis JL, Pineault R. A avaliação na área da saúde: conceitos e métodos. In Hartz Z. MA (organizadora). Avaliação em Saúde: dos Modelos Conceituais à Prática a Análise da Implantação do Programa. Editora FIOCRUZ, Rio de Janeiro, 1997.
119. Bosi MLM, Pontes RJS. Notas sobre a segunda avaliação externa do programa de treinamento em epidemiologia aplicada aos serviços do sistema único de saúde do Brasil - EPISUS: potencialidades do enfoque qualitativo-participativo. Saúde e Sociedade. vol.18 n. 3 São Paulo Jul/Set. 2009.
120. Dreyfus Health Foundation. Connections. July-Sept. 2002. Vol. 8, no. 3. Local Happenings in Brazil. Community Fórum. New York. EUA, 2002.
121. Prefeitura do Rio de Janeiro. Escolas Promotoras da Saúde em Ação. Construção Compartilhada de Soluções Locais nas Escolas Promotoras da Saúde do município

- do Rio de Janeiro. Secretaria Municipal de Saúde, Secretaria Municipal de Educação e CEDAPS. Rio de Janeiro/RJ, 2006.
122. Yon RK. Estudo de Caso. Planejamento e Métodos. Bookman 2005. Porto Alegre, RGS. Reimpressão 2007.
 123. Becker D, Bonatto D, Edmundo K, SILVA C.S. Problem Solving for Better Health (PSBH) and Health Promoting Schools: Participatory Planning and Local Action in the Rio de Janeiro Program. International Journal of Health Promotion & Education. IUHPE volume XII number 3-4 2005.
 124. Silva CS. Pantoja AF. Contribuições da avaliação de efetividade da promoção da saúde na escola no município do Rio de Janeiro. Boletim Técnico do SENAC: Revista Educação Profissional, Rio de Janeiro, v.35, n.2, maio/agosto, 2009; 35-49.
 125. Ministério do Desenvolvimento Social. SUAS. IV Conferência Nacional de Assistência Social, dezembro de 2003. Brasília/DF.
 126. Ayres JR. Norma e formação: horizontes filosóficos para s práticas de avaliação no contexto da promoção da saúde. Revista Ciência e Saúde Coletiva volume 9 número 3 jul/set 2004, p 583-592. Rio de Janeiro.
 127. Salazar L. La evaluación- sistematización: una propuesta metodológica para la evaluación en promoción de la salud. UN estudio de caso en Cali, Colombia. Revista Ciência e Saúde Coletiva volume 9 número 3 jul/set 2004, p. 545-555. Rio de Janeiro.
 128. Centro de Criação de Imagem Popular (CECIP). Acessado em 25/Jun/2010. http://www.cecip.org.br/index.php?option=com_content&task=view&id=12&Itemid=28
 129. Joint Committee on Standards for Educational Evaluation. The Program Evaluation Standards, 1994. <http://www.jcsee.org/> Acessado em 07/Jul/2010.
 130. Firme TP. Relatório final de avaliação das Oficinas de Saúde na Escola, março de 2009. Prefeitura da Cidade do Rio de Janeiro, Secretaria Municipal de Saúde, mimeo.
 131. Hartz ZMA. Explorando novos caminhos na pesquisa avaliativa das ações em saúde. In Hartz ZMA (organizadora) Avaliação em Saúde: dos modelos conceituais à prática a análise da implantação do programa. Editora FIOCRUZ, Rio de Janeiro, 1997.
 132. Ministério da Saúde. Caderno de Educação Popular e Saúde. Serie B. Textos Básicos de Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio a Gestão Participativa. Brasília, DF, 2007.
 133. Viana DAL, Ibañez N, Elias PEM, Lima LD, Albuquerque MV, Iozzi FL. Novas Perspectivas para regionalização da saúde. São Paulo em Perspectiva, v.22, 1, p. 92-106, jan - jun, 2008. Disponível em: < <http://www.seade.gov.br>> Acessado em 05/Ago/2008.

134. World Health Organization. Primary Health Care Now More Than Ever. The World Health Report 2008. Geneva. Switzerland.
135. Silva CS, Mendes SR. Solta a Voz: saúde e risco em escolares. Prefeitura da Cidade do Rio de Janeiro. Secretaria Municipal de Saúde, RJ, 2002.
136. Bosi MLM, Uchimura KY. Avaliação qualitativa de programas de saúde: contribuições para propostas metodológicas centradas na integralidade e na humanização. In: Bosi MLM, Mercado, FJ, organizadores. Avaliação qualitativa de programas de saúde: enfoques emergentes. Petrópolis (RJ) Vozes, 2006.p.65-86.
137. Bechara E. O que muda com o Novo Acordo Ortográfico. Rio de Janeiro: Nova Fronteira; 2008.

Tabela 01. Referências das principais publicações e documentos utilizados no levantamento sobre o desenvolvimento histórico da saúde escolar, de acordo características e natureza das fontes.

Características dos documentos	Publicações / Referências Documentais de legislação e de marcos conceituais
Publicações e documentos relativos aos primórdios da saúde escolar	148. Instituto Pereira Passos. O Rio de Pereira Passos. Acesso em 21 de junho de 2009. http://www.arelquia.com.br/Artigos%20Anteriores/44mobimp.htm
	150. Oliveira CA. Projeto de saúde escolar. Rio de Janeiro/RJ, 1983. SEE/IMS. mimeo.
	151. Frank JP. Sistema Completo de Polícia Médica apud in Trindade, J. Saúde Escolar, editorial da Revista de Pediatria Moderna XX (9) outubro de 1985. Sociedade Brasileira de Pediatria. RJ/RJ, 1985.
	152. Costa, NR. Estado, Educação e Saúde: a higiene da vida cotidiana. In Educação e Saúde. Caderno Cedes n. 4. pág.5-24. 3ª ed. São Paulo/SP. Cortez, 1987.
	153. Fontenelle JP. Compêndio de Higiene, RJ/RJ (1948). Editora Guanabara, citado por COSTA, N.R. Estado, Educação e Saúde: a higiene da vida cotidiana. In Educação e Saúde. Caderno Cedes n. 4. pág. 24. 3ª ed. São Paulo/SP. Cortez, 1987.
	154. Governo do Estado da Guanabara. Decreto 253 de 08/07/64 que cria a Divisão de Saúde e extingue Departamento de Saúde Escolar e o Serviço de Saúde de Ginásio e Escolas Técnico-Profissionais
	155. Governo do Estado do Rio de Janeiro Decreto “E” n. 5.703 de 13/09/1972) que transfere a saúde escolar no Rio de Janeiro da Secretaria de Educação para a Secretaria de Saúde, no Departamento de Saúde Pública da Superintendência de Serviços Médicos – SUSEME.
	156. Governo do Estado do Rio de Janeiro. Secretaria Estadual da Saúde. Ordens de Serviço. “E”, SCS/18 – SCS/19 e SCS/21 de 1974 /1975, que normatizam as funções da medicina escolar
	158. Ramos e Loch (Organizadores) Manual da de Saúde Escolar II da Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP). Rio de Janeiro/RJ, 1994.
	159. Revista Brasileira de Saúde Escolar da Associação Brasileira de Saúde Escolar. Vol 1. (n1). Campinas/SP, 1991 Acessado em 15 de agosto de 2010 http://portal.revistas.bvs.br/index.php?mfn=5046&holding_code=9424&about=collection
	160. Souza JCF. (Org.), Manual de Saúde Escolar Sociedade Brasileira de Pediatria, Rio de Janeiro/RJ, 1988.
	161. Secretaria Municipal de Saúde e Secretaria Municipal de Educação do Rio de Janeiro Resolução Conjunta SMS/SME de 13/05/1977 que constitui o Plano Integrado de Atuação, Rio de Janeiro, 1977
	162. Secretaria Municipal de Saúde e Secretaria Municipal de Educação do Rio de Janeiro e a Resolução Conjunta 02 SMS/SME de 13/04/1978 que cria as Comissões Mistas de Saúde e de Educação em nível central, regional e local. Rio de Janeiro, 1978
	163. Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro. Portaria S/DGSP n. 92 de 06/02/79 que determina as atribuições da Medicina Escolar com Programas Especiais.
	164. Ribeiro D. O Livro dos CIEPS, Rio de Janeiro, Ed. Bloch. 1986
	165. Menezes EST. CIEP (Centros Integrados de Educação Pública) (verbetes). Dicionário Interativo da Educação Brasileira – Educa Brasil. São Paulo: Mídiamix Editora, 2002, http://www.educabrasil.com.br/eb/dic/dicionario.asp?id=83 , visitado em 30/6/2009.
166. Melo JAC (Org.) Educação, Saúde e Democracia: Perspectiva de Transformação. Secretaria Municipal de Saúde e Secretaria Municipal de Educação, mimeo. Rio de Janeiro,1985.	

Características dos documentos	Publicações / Referências Documentais de legislação e de marcos conceituais
Publicações de referência da cronologia do desenvolvimento histórico da saúde escolar	<p>(4) SILVA, C.S. O Fracasso do(a) Escola(r): questão de ótica. Rompendo o ciclo fechado de educação e saúde com a anamnese. Tese de mestrado. Mimeo. Universidade Federal Fluminense. Niterói/RJ. 1991</p> <p>(30) NETTO, J. A.S. Urbanização e saúde escolar no município do Rio de Janeiro. In Binsztok e Benathar(Org.) Regionalização e Urbanização.Rio de Janeiro/RJ, Civilização Brasileira, 1979.</p>
Documentos relativos ao Programa de Saúde Escolar no município do Rio de Janeiro	<p>142. Prefeitura da Cidade do Rio de Janeiro. Termo de adesão desta Prefeitura ao Programa Nacional de Saúde na Escola (PSE), instituído pelo Decreto Presidencial n. 6.286, de 05 de dezembro de 2007.</p> <p>149. Zanetta LG, Turini B. Exame médico periódico para educação física: vale a pena? In Fracasso Escolar: uma Questão Médica? Caderno Cedes n ° 15. São Paulo/SP. pág. 62-70. Cedes/Cortez, 1985</p> <p>157. Souza DM, Bustamante MFG. A seção de medicina escolar na Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro. RJ/1977, mimeo.</p> <p>173. Escola Municipal 06.25.024 Alexandre de Gusmão da Rede Pública Municipal de Ensino do Rio de Janeiro. Em Acari, na 6ª Coordenadoria Regional de Educação da Secretaria Municipal de Educação do Rio de Janeiro/RJ, 2007.</p> <p>179. Silva CS. (Org.) Escola Promotora de Saúde. Revista Promoção da Saúde na Escola. Ano 1 n.1, agosto de 2005. Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, RJ/2005.</p> <p>180. Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, Termo de Referência para desenvolvimento de Projeto Piloto de Escolas Promotoras de Saúde que subsidiou Convênio da SMS com Instituto de Biotecnologia da Universidade Federal do Rio de Janeiro, 2000, mimeo.</p> <p>181. Mendes SR. Relatórios da avaliação do Programa de Saúde Escolar Secretaria Municipal de Saúde. Rio de Janeiro/ RJ. 2000/2002</p> <p>182. Cedaps. Escola e Saúde: um encontro ideal. Interação: Saúde, Desenvolvimento. Solidariedade. Boletim n. 18 de setembro de 2002. CEDAPS. Rio de Janeiro/RJ.</p> <p>183. Dreyfus Health Foundation. Connections. July-Sept. 2002. Vol. 8, no. 3. Local Happenings in Brazil. Community Fórum. New York. EUA, 2002.</p> <p>184. Cedaps. Escola Promotora da Saúde. Interação: Saúde, Desenvolvimento. Solidariedade. Boletim n. 19 de setembro de 2003. CEDAPS. Rio de Janeiro/RJ.</p> <p>185. Cedaps. PSBH: Projetos que Acontecem. Interação: Saúde, Desenvolvimento. Solidariedade. Boletim n. 20 de dezembro de 2004. CEDAPS. Rio de Janeiro/RJ.</p> <p>186. Rio de Janeiro. Secretaria Municipal de Saúde. Plano municipal de saúde na escola e na creche, Coordenação de Saúde Escolar, 2008.</p> <p>187. Prefeitura da Cidade do Rio de Janeiro. Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil. Diretrizes Gerais do Programa de Saúde na Escola e na Creche no Município do Rio de Janeiro (versão preliminar). Rio de Janeiro/RJ, 2010. http://www.saude.rio.rj.gov.br/saudeescolar Acessado em 10/Jul/ 2010</p>

Características dos documentos	Publicações / Referências Documentais de legislação e de marcos conceituais
Documentos referentes aos marcos conceituais da promoção da saúde	<p>(40) LALONDE M. O conceito de “campo da saúde”: uma perspectiva canadense. In Organização Pan-americana de Saúde: uma antologia. Publicação Científica; 557. Washington DC, 1996.</p> <p>(31) Rússia. Conferência de Atenção Primária em Saúde, Alma-Ata, 1978.</p> <p>(32) CARTA DE OTAWA, 1a Conferência Internacional de Promoção da Saúde, 1986. Ministério da Saúde. Promoção da Saúde. 1996.</p> <p>(33) Brasil Conferência Nacional de Saúde, 8. Brasília (DF), 7 a 21, mar/1986. Relatório final. Brasília: Ministério da Saúde, 1986. Acesso em 25, nov., 2009<http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio_8.pdf></p> <p>(14) Comissão Nacional de Determinantes Sociais. Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz ENSP-FIOCRUZ. www.determinantes.fiocruz.br acessado 12/Jan/2007.</p>
Documentos relativos às Agencias Internacionais	<p>137. Organización Panamericana de la Salud. Memoria de la Primera Reunión y Asamblea Constitutiva Red Latinoamericana de Escuelas Promotoras de la Salud. San Jose, Costa Rica, 1996. acessado em 20/Out/2010. http://www.paho.org/Spanish/AD/SDE/HS/EPSTMemoria_Indice.pdf</p> <p>138. Organización Panamericana de la Salud. Escuelas Promotoras de Salud: Modelo y Guia para la Acción. HSP/SILOS-36. Desarrollo y Fortalecimiento de los Sistema Locales de Salud. Washington D.C, 1996.</p> <p>139. Organización Panamericana de la Salud. Memória da 2ª, 3ª e 4ª Reunião da Rede Latino-Americana de Escolas Promotoras de Saúde. Acessado em 20/Out/2009. http://www.paho.org/Spanish/AD/SDE/HS/EPS_Red.htm</p> <p>140. World Health Organization. 2nd, 3rd, 4th Reports of Meetings of the school health component of the Mega Country Health Promotion Network Acessado em 11/Jan/2010. http://www.who.int/school_youth_health/mega/meetings/en/index.html</p> <p>141. Organización Panamericana de la Salud/OPS. Escuelas Promotoras de la Salud. Fortalecimiento de la Iniciativa Regional. Estrategias y Líneas de Acción 2003-2012. Serie Promoción de la salud n. 4. Washington D.C. 2003.</p> <p>143 Organización Panamericana de la Salud/OPS. Memoria de la Primer Reunión de la Red Latinoamericana de Escuelas Promotoras de la Salud acceso em 14/04/2010 http://www.paho.org/Spanish/AD/SDE/HS/EPSTMemoria_Indice.pdf</p> <p>144. Organización Panamericana de la Salud/OPS. Memoria de la Cuarta Reunión de la Red Latinoamericana de Escuelas Promotoras de la Salud. San Juan, Puerto Rico, 11-16 de julio de 2004. Washington, DC, 2006. Acesso em 14 de abril de 2010 em: http://www.cepis.opsoms.org/bvsacd/cd53/seriepromocion11/Serie_prom_11_ppi_491_a.pdf</p> <p>145. OPS/OMS. Escuelas por la Salud, la Educación y el Desarrollo. Vancouver, Declaração produzida por especialistas participantes da Reunião Técnica da OMS com Consorcio Pan-canadiense de Salud Escolar, de 05 a 08 de junho. Vancouver, 2007. Acessado em 23/Set/2010 http://new.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc...</p> <p>146. Organización Panamericana de la Salud/OPS. Reunión Técnica Regional de Promoción de la Salud en el Ámbito Escolar. 30 de março a 01 de abril. Havana, Cuba, 2010. http://new.paho.org/hq/index.php?option=com_joomlabook&Itemid=259&task=display&id=147 Acessado em 08/Ago/2010.</p> <p>147. Organização Pan-Americana de Saúde. Reunião Técnica de Promoção da Saúde no Âmbito Escolar. Brasília. Março/2008. Relatório técnico em mimeo.</p> <p>167. World Health Organization (WHO). Promoting Health Through Schools. Global School Health Initiative Geneva 1996.</p>

168. World Health Organization. (WHO) The European Network of Health Promoting Schools. WHO Regional Office for Europe. Denmark, 1992.

169. World Health Organization (WHO). Health Promoting Schools. Regional Guidelines Development of Health-Promoting-Schools - a Framework for Action. Regional Office for the Western Pacific WHO/WPRO. Manila, Philippines, 1996. Series 5

170. World Health Organization (WHO). Jack TJ, Matthew F. (org). WHO's Global School Health Initiative. Health Promoting Schools. Geneva, 1998. (WHO/HPR/HEP/98.4)

171. OPAS/OMS, PROINAPSA, EDC. I Concurso Ibero-americano de Boas Práticas em Promoção da Saúde no Âmbito da Escola, 2007.

172. OPAS/OMS, PROINAPSA, EDC. II Concurso Ibero-americano de Boas Práticas em Promoção da Saúde no Âmbito da Escola, 2009.

174. Organização Pan-Americana de Saúde. Taller de Transferencia Crítica Realizado em agosto de 2007, na Nicarágua com representantes das doze escolas premiadas no II Concurso Ibero-Americano de Boas Práticas em Promoção da Saúde no Âmbito da Escola, 2009.

175. Education Development Center e Organização Pan-Americana de Saúde. Meresman, S. (Org). Promoción de Salud, Escuela y Comunidad: el Laberinto de la Implementación. Notas y Aprendizajes desde la Experiencia Iberoamericana. Relatório Impresso, 2007.

177. Organização Pan-Americana de Saúde. Escola Promotora de Saúde. Audiovisual em Videocassete de 11 minutos. Washington DC, 1997.

178. Séptima Cumbre de las Primeras Damas, reunião organizada no Panamá, em 1997, pela Organização Pan-americana de Saúde com apoio do Banco Mundial. Registro em OPAS. Escuelas Promotoras de la Salud: la Experiencia Centro-Americana. Washington, DC, 2002, pág. 07.

Documentos
relativos ao
Ministério da
Saúde e ao PSE
Nacional

176. Costa H. Carta as Educadoras e Educadores. In "A Educação que Produz Saúde". Ministério da Saúde. Série F. Comunicação e Educação em Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Brasília/DF. 2005.

191. Ministério da Saúde e Ministério da Educação. Portaria Interministerial nº 675 em junho de 2008 que cria a Comissão Intersetorial de Educação e Saúde na Escola (CIESE) e estabelece diretrizes da política de educação e saúde na escola, em conformidade com as políticas nacionais de educação e com os objetivos, princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde. Brasília, DF. 2008.

(36) Ministério da Saúde e Ministério da Educação. Orientações sobre o Programa Saúde na Escola para Elaboração de Projetos Locais. Assessoria do Programa Saúde na Escola no Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde. Mimeo. Brasília, 2008,

(10) Brasil, República Federativa. Decreto presidencial Nº. 6.286, de 5 de dezembro de 2007 que cria o Programa Nacional de Saúde na Escola. Diário Oficial da União, de 06 de dezembro de 2007. Seção 2, pág. 02. Brasília, DF.

188. Ministério da Saúde e Ministério da Educação. Portaria nº. 1.861, republicada em 04 de setembro de 2008, com a finalidade de regulação da adesão dos Municípios ao Programa Nacional de Saúde na Escola. Brasília, DF. 2008.

189. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Ministério da Educação. Secretaria de Educação Básica. Manual do Programa Saúde na Escola: Ministério da Saúde, Ministério da Educação, Brasília 2009.

190. Secretaria Municipal de Educação do Rio de Janeiro. Programa de orientação sexual e prevenção ao uso de drogas do Projeto de Extensão Saúde e Meio Ambiente. <http://www.rio.rj.gov.br/web/sme/exibeconteudo?article-id=125559> Acessado em 05/Set/2010.

192. Secretaria Municipal de Saúde/RJ. Monitoramento Saúde Escolar. Boletim Informação para Ação. Vigilância em Saúde. RJ. Jun/ 2007 www.armazemdedados.rio.rj.gov.br Acessado em 12/Mar/2009.

ANEXO 01

Indicadores construídos para a avaliação da etapa de 2009 do PSE Municipal elaborados pela equipe de avaliação, coordenada pela Prof. Thereza Penna Firme e com os gestores do Programa das Secretarias Municipais de Saúde, de Educação e da Assistência Social da Prefeitura da Cidade do Rio de Janeiro.

(I) Do ponto de vista do Mérito:

- 1º. Clareza sobre o PSE
- 2º. Identificação de atribuições dos que atuam no PSE
- 3º. Identificação dos interlocutores das áreas
- 4º. Conhecimento das questões relevantes quanto à qualidade de vida
- 5º. Inserção do PSE no PPP
- 6º. Institucionalização do PSE
- 7º. Estabelecimento de parcerias
- 8º. Capacitação sobre o PSE, de profissionais da educação, da saúde e da assistência social e da comunidade
- 9º. Reconhecimento dos saberes profissionais entre os atores das três áreas
- 10º. Reconhecimento do saber da comunidade
- 11º. Construção coletiva do plano e das ações
- 12º. Acessibilidade ao serviço de saúde e de assistência social
- 13º. Apoio da escola ao PSE Municipal
- 14º. Suporte entre profissionais para a busca de solução dos problemas da comunidade escolar
- 15º. Articulação entre profissionais da educação, da saúde e da assistência social do PSE e desses com a comunidade

(II) Do ponto de vista do Impacto:

- 1º. Constituição dos núcleos
- 2º. Estratégia para constituição dos núcleos
- 3º. Composição dos núcleos
- 4º. Gestão participativa entre as três áreas e a comunidade
- 5º. Respeito à realidade do território
- 6º. Continuidade de planos e ações
- 7º. Envolvimento da família e da comunidade na busca de solução dos casos
- 8º. Institucionalização da intersetorialidade
- 9º. Quantitativo de profissionais de educação, saúde e assistência social compatível com as necessidades do PSE

ANEXO 02

Instrumentos de coleta de dados utilizados no plano avaliativo da etapa do PSE Municipal em 2009, definidos pela equipe de avaliação, coordenada pela Prof. Thereza Penna Firme e com os gestores do Programa das Secretarias Municipais de Saúde, de Educação e da Assistência Social da Prefeitura da Cidade do Rio de Janeiro.

a. Checklists

Técnica que se direciona a coletar dados considerando quantitativo maior de informações e de forma mais ágil e rápida. Através de questionário autoaplicável o intuito foi obter contribuições dos atores que estiveram de modo geral, convidados ao processo de implementação do PSE Municipal e dos Núcleos Regionais e Intersetoriais de Saúde na Escola. Entretanto, vale destacar o enfoque qualitativo dado mesmo a esse tipo de informação no sentido de investigar as dimensões de intensidade, frequência e qualidade de cada um dos componentes a serem avaliados. Os *checlist* tinham itens objetivos e solicitações de justificativas de respostas apresentadas. Dos 300 questionários enviados aos profissionais das três áreas nos níveis central, regional e local, sobretudo com cobertura dos participantes do seminário de maio de 2009, foram devolvidas 59.

b. Entrevistas

Desenhadas em caráter semiestruturado, com flexibilidade para atender cada entrevistado e captar as informações, as visões e os significados que eles tinham sobre a implementação do PSE Municipal. Guardadas as condições técnicas, inclusive do anonimato das respostas, as entrevistas foram conduzidas por um dos membros da equipe de avaliação. No total de oito entrevistas, elas envolveram profissionais das três áreas do nível central, a saber: 3 da saúde; 2 da assistência social; e 3 da educação.

c. Grupos Focais

Técnica que ao reunir profissionais das três áreas do nível regional do PSE Municipal teve por finalidade coletar a partir do diálogo e debate entre eles, informações sobre a implementação do programa. Foram realizados três grupos

focais, coordenados pela equipe de avaliação, com a duração de aproximadamente duas horas cada encontro.

d. Observação

Método utilizado com a finalidade de aproximar mais a avaliação/avaliador da perspectiva dos sujeitos do programa e permitir entender melhor o significado ou a compreensão que eles têm da realidade do programa. Esse método foi utilizado em dois eventos realizados para troca de ideias, diálogos e planejamento das ações e atividades do programa com profissionais das três áreas dos níveis central e regional.

Livros Grátis

(<http://www.livrosgratis.com.br>)

Milhares de Livros para Download:

[Baixar livros de Administração](#)

[Baixar livros de Agronomia](#)

[Baixar livros de Arquitetura](#)

[Baixar livros de Artes](#)

[Baixar livros de Astronomia](#)

[Baixar livros de Biologia Geral](#)

[Baixar livros de Ciência da Computação](#)

[Baixar livros de Ciência da Informação](#)

[Baixar livros de Ciência Política](#)

[Baixar livros de Ciências da Saúde](#)

[Baixar livros de Comunicação](#)

[Baixar livros do Conselho Nacional de Educação - CNE](#)

[Baixar livros de Defesa civil](#)

[Baixar livros de Direito](#)

[Baixar livros de Direitos humanos](#)

[Baixar livros de Economia](#)

[Baixar livros de Economia Doméstica](#)

[Baixar livros de Educação](#)

[Baixar livros de Educação - Trânsito](#)

[Baixar livros de Educação Física](#)

[Baixar livros de Engenharia Aeroespacial](#)

[Baixar livros de Farmácia](#)

[Baixar livros de Filosofia](#)

[Baixar livros de Física](#)

[Baixar livros de Geociências](#)

[Baixar livros de Geografia](#)

[Baixar livros de História](#)

[Baixar livros de Línguas](#)

[Baixar livros de Literatura](#)
[Baixar livros de Literatura de Cordel](#)
[Baixar livros de Literatura Infantil](#)
[Baixar livros de Matemática](#)
[Baixar livros de Medicina](#)
[Baixar livros de Medicina Veterinária](#)
[Baixar livros de Meio Ambiente](#)
[Baixar livros de Meteorologia](#)
[Baixar Monografias e TCC](#)
[Baixar livros Multidisciplinar](#)
[Baixar livros de Música](#)
[Baixar livros de Psicologia](#)
[Baixar livros de Química](#)
[Baixar livros de Saúde Coletiva](#)
[Baixar livros de Serviço Social](#)
[Baixar livros de Sociologia](#)
[Baixar livros de Teologia](#)
[Baixar livros de Trabalho](#)
[Baixar livros de Turismo](#)