

**“O desafio da intersetorialidade: a experiência do Programa Saúde na Escola (PSE) em Manguinhos, no município do Rio de Janeiro”**

*por*

***Lívia Cardoso Gomes***

*Dissertação apresentada com vistas à obtenção do título de Mestre em Ciências na área de Saúde Pública.*

*Orientadora: Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Rosana Magalhães*

*Rio de Janeiro, maio de 2012.*

*Esta dissertação, intitulada*

***“O desafio da intersetorialidade: a experiência do Programa Saúde na Escola (PSE) em Manguinhos, no município do Rio de Janeiro”***

*apresentada por*

***Lívia Cardoso Gomes***

*foi avaliada pela Banca Examinadora composta pelos seguintes membros:*

Prof. Dr. Carlos dos Santos Silva

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Maria de Fátima Lobato Tavares

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Rosana Magalhães – Orientadora

*Dissertação defendida e aprovada em 14 de maio de 2012.*

Catálogo na fonte  
Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica  
Biblioteca de Saúde Pública

G633 Gomes, Livia Cardoso  
O desafio da intersetorialidade: a experiência do Programa  
Saúde na Escola (PSE) em Manguinhos, no Município do Rio de  
Janeiro. / Livia Cardoso Gomes. -- 2012.  
ix, 173 f. : il. : tab. ; mapas  
  
Orientador: Magalhães, Rosana  
Dissertação (Mestrado) – Escola Nacional de Saúde Pública  
Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2012  
  
1. Saúde Escolar. 2. Promoção da Saúde. 3. Ação  
Intersetorial. 4. Programas Governamentais. I. Título.

CDD - 22.ed. – 371.71098153

# **Dedicatória**

**Não poderia deixar de dedicar este trabalho...**

**...Ao meu Marido Leandro Couto Rosa e  
minha Mãe Ivonete Cardoso Gomes por  
compreenderem minha ausência em alguns  
momentos e pelo total apoio ao longo  
desses dois anos de muito estudo e  
dedicação. Amo Vocês!**

## Agradecimentos...

... À Deus, em primeiro lugar, por ter me concedido força, saúde e coragem para desenvolver todas as atividades ao longo desses dois anos de mestrado e por nunca me abandonar nos momentos difíceis.

... Ao meu Marido pelo apoio mais que suficiente em todos os processos da dissertação, quase se tornou um especialista em saúde pública e em transcrição, pelas várias noites dormidas sozinho, almoços improvisados e muita, mas muita paciência. Seu apoio foi muito importante. Te Amo!

... À minha mãe, por estar sempre ao meu lado me incentivando, me apoiando nas dificuldades e compartilhando comigo todas as minhas conquistas.

... À minha irmã pelas discussões que travamos em alguns temas em comum e pelo incentivo diário.

... À minha família, pais, tios, primos, padrinhos, cunhado, sogra e sogro pela compreensão e importância dada a essa trajetória de muito estudo.

... À minha orientadora Rosana Magalhães, pela oportunidade, paciência, colaboração e apoio. Por sua atenção e dedicação incansável durante essa trajetória. Muito Obrigada!

... À Milena Ferreira, Ângela Virginia, Bianca Borges, Fábio Peres e Juliana pela convivência, troca, colaboração e crescimento acadêmico no grupo de pesquisa.

... Aos professores e pesquisadores de ENSP/FIOCRUZ que a tornam uma instituição de excelência acadêmica na área da saúde pública.

... À Banca examinadora dessa pesquisa, pelas valiosíssimas contribuições dadas a esta dissertação.

... Aos grandes amigos, todos vocês que acompanharam uns mais de perto, outros de longe, esta minha jornada de dedicação ao mestrado e por compreenderem meu distanciamento e ausências em alguns eventos.

... Aos colegas de turma do mestrado pelo período que compartilhamos saberes e experiências e nossas poucas fugas da teoria para o lazer (Lapa, Almoços).

... Aos gestores das Secretarias de Saúde, Educação e Assistência Social que, com respeito e disponibilidade forneceram informações valiosas sobre o PSE no Município do Rio de Janeiro.

... Aos colegas de trabalho da CAP 5.1 que acompanharam parte de meu processo acadêmico, me apoiando e incentivando na reta final do trabalho teórico. Em especial Eliane, Tatiane e Rita pelo grande apoio.

... Enfim a todos que de alguma forma passaram pela minha vida e estiveram comigo ao longo dessa trajetória difícil, porém compensatória e enriquecedora.

## Resumo

O Programa Saúde na Escola (PSE), instituído no Brasil em 2007, busca fortalecer as experiências desenvolvidas no ambiente escolar e promover a articulação das ações vinculadas ao Sistema Único de Saúde (SUS) com a rede pública de ensino. Este estudo teve como objetivo acompanhar o processo de implementação do PSE no contexto de Manguinhos, zona norte do Município do Rio de Janeiro, no que se refere à articulação entre saúde e educação, identificando os desafios e possibilidades para a ação intersetorial, no âmbito do programa. A abordagem metodológica adotada privilegiou a análise de implementação, a partir do estudo de caso, com a realização de entrevistas semiestruturadas com gestores e profissionais das áreas da saúde, educação e assistência social; acompanhamento de reuniões e levantamento documental, no período de março de 2010 a dezembro de 2011. A pesquisa identificou fatores facilitadores e impeditivos na trajetória de implementação do PSE, identificando os atores envolvidos, suas concepções, os papéis que desempenham e as interações entre eles. Os resultados apontam que o PSE desenvolvido no município, a partir de investimentos federais e municipais, ganha uma nova característica: a expansão e o estímulo das ações de saúde na escola para todo o território, com ações descentralizadas, a partir dos Núcleos de Saúde na Escola e Creche (NSEC's), e ações de assistência à saúde, por meio de equipes de saúde contratadas. Em Manguinhos foi possível observar que a comunicação e a articulação entre os atores locais apresentaram-se frágeis e descontínuas, principalmente após a entrada das equipes contratadas, levando à sobreposição de algumas ações no território e à sua interrupção. Em contrapartida a atuação de atores chave representou a expectativa de viabilizar parcerias e interlocuções para a construção de iniciativas envolvendo saúde e educação. O estudo aponta para a necessidade de se repensar dinâmicas e processos para o fortalecimento dessas ações locais, de forma mais articulada e sustentável; a viabilização da capacitação de técnicos, a partir de metodologias participativas; e o estímulo à participação comunitária na construção das ações e atividades voltadas para as reais necessidades da comunidade escolar.

**Palavra Chave:** Saúde na Escola, Promoção da Saúde, Intersetorialidade.

## **Abstract**

The School Health Program (PSE), established in Brazil in 2007, seeks to strengthen the experience developed in the school environment and promote the coordination of actions related to the Unified Health System (SUS) with the public school system. This study aimed to monitor the implementation process of the PSE in the context of Manguinhos, north of the city of Rio de Janeiro, with regard to the relationship between health and education, identifying the challenges and possibilities for intersectoral action within the program. The methodological approach adopted favored the analysis of implementation, from the case study, with semi-structured interviews with managers and professionals in the areas of health, education and social assistance; monitoring meetings and documentary survey, from March 2010 to December 2011. The research identified factors that facilitate and impede the course of implementation of the PSE, identifying the actors involved, their views, their roles and interactions between them. The results indicate that the PSE developed in the city, from federal and provincial investments, gains a new feature: the expansion and encouragement of health in the school for the whole territory, with decentralized, from the School Health Centers and Creche (NSEC's), and actions of health care through contracted health teams. In Manguinhos was possible to observe that communication and coordination between local actors presented themselves weak and discontinuous, especially after the entry of teams contracted, leading to overlapping of some actions in the territory and its interruption. By contrast the performance of key players represented the expectation of facilitating partnerships and dialogues to build initiatives involving health and education. The study points to the need to rethink processes and dynamics to the strengthening of these local actions in a more coordinated and sustainable viability of the training of technicians from participatory methodologies, and to encourage community participation in the construction of actions and activities focused on the real needs of the school community.

**Key words:** School Health, Health Promotion, Intersectoral Action.

# SUMÁRIO

<b>Introdução</b> .....	1
<b>Capítulo 1: Promoção da Saúde na Escola: O desafio da Intersetorialidade</b> .....	10
1.1 Novas perspectivas e abordagens para as práticas de saúde .....	11
1.2 A Intersetorialidade como estratégia prioritária para promoção da saúde .....	24
1.3 Saúde Escolar, Escolas Promotoras de Saúde e o Programa Saúde na Escola: principais referenciais teóricos.....	33
<b>Capítulo 2: A Abordagem Metodológica</b> .....	48
2.1 Cenário da pesquisa .....	55
2.2 Técnicas e instrumentos para a coleta dos dados .....	57
<b>Capítulo 3: O Programa Saúde na Escola no contexto local</b> .....	62
3.1 O desenho do PSE no município do Rio de Janeiro.....	62
3.2 O contexto de Manguinhos.....	83
<b>Capítulo 4: O desafio da intersectorialidade em Manguinhos</b> .....	98
4.1 Estrutura organizacional do programa e o contexto de implementação.....	99
4.1.a Organização gerencial e processos institucionais.....	101
4.1.b A estratégia de investimento municipal ao PSE .....	116
4.1.c Sistema de Informação e compartilhamento dos dados .....	126
4.2 O diálogo intersectorial em Manguinhos .....	130
4.2.a Atores, concepções e dinâmicas de interação .....	130
4.2.b As ações do programa no contexto local.....	139
<b>Considerações finais</b> .....	146
<b>Referências Bibliográficas</b> .....	154
<b>Anexos</b> .....	165

## **Lista de Quadros:**

<b>Quadro 1:</b> Concepções de promoção da saúde, principais estratégias e diretrizes intersetoriais abordadas nas Conferências Internacionais sobre Promoção da Saúde.....	17
<b>Quadro 2:</b> Modelos Teóricos de Saúde na Escola .....	39
<b>Quadro 3:</b> Perfil dos serviços de saúde, educação e assistência social no município do Rio de Janeiro em 2011 .....	67
<b>Quadro 4:</b> Comunidades pertencentes a Manginhos e ano de ocupação/formação.....	87

## Lista de Figuras:

<b>Figura 1:</b> Determinantes Sociais da Saúde – modelo de Dahlgren e Whitehead .....	25
<b>Figura 2:</b> O Município do Rio de Janeiro e suas áreas de planejamento de saúde, agrupadas pelas RA's.....	64
<b>Figura 3:</b> Estrutura esquemática da organização municipal do PSE no Rio de Janeiro .....	77
<b>Figura 4:</b> O Bairro de Manguinhos e seus limites territoriais .....	84
<b>Figura 5:</b> Mapa de Manguinhos e suas comunidades .....	86
<b>Figura 6:</b> Estrutura esquemática da organização do PSE no nível local - Região de Manguinhos .....	94

## **Lista de Tabelas:**

<b>Tabela 1:</b> Total de matrículas na rede pública municipal de ensino, segundo segmento escolar, no Município do Rio de Janeiro, 2011 .....	65
<b>Tabela 2:</b> População residente segundo Município, Região Administrativa e o bairro de Manguinhos, no Município do Rio de Janeiro, 2010 .....	89
<b>Tabela 3:</b> Distribuição da População por faixa etária no bairro de Manguinhos – 2010 .....	90
<b>Tabela 4:</b> Proporção de pessoas com 5 anos ou mais e de crianças entre 5 e 14 anos de idade alfabetizadas, segundo Município, Região Administrativa X e o bairro de Manguinhos, no Município do Rio de Janeiro, 2010.....	91
<b>Tabela 5:</b> Unidades escolares municipais e oferta de serviços de educação na região de Manguinhos, 2012 .....	95

## **Lista de abreviaturas e siglas**

CAP – Coordenação de Área Programática da Saúde  
CAS – Coordenadoria de Assistência Social  
CRAS – Centro de Referência de Assistência Social  
CRE – Coordenadoria Regional de Educação  
CSEGSF – Centro de Saúde Escola Germano Sinval Faria  
ENSP – Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca  
EPS – Escolas Promotoras de Saúde  
ESF – Equipe de Saúde da Família  
FIOCRUZ – Fundação Oswaldo Cruz  
FIOTEC – Fundação para o Desenvolvimento Científico e Tecnológico em Saúde.  
IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística  
IDH – Índice de Desenvolvimento Humano  
MEC – Ministério da Educação  
MS – Ministério da Saúde  
OPAS – Organização Pan-Americana de Saúde  
ONG – Organização Não-Governamental  
OMS – Organização Mundial de Saúde  
OSS – Organização Social em Saúde  
PNPS – Política Nacional de Promoção da Saúde  
PAC – Programa de Aceleração do Crescimento  
PS – Promoção da Saúde  
PSE – Programa Saúde na Escola  
RLEPS – Rede Latino Americana de Escolas Promotoras de Saúde  
SIMAS – Sistema Matricial da Assistência Social  
SMAS – Secretaria Municipal da Assistência Social  
SME – Secretaria Municipal da Educação  
SMSDC – Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil  
SUS – Sistema Único de Saúde  
TEIAS – Territórios Integrados da Atenção a Saúde

## INTRODUÇÃO

Este estudo é fruto de inquietações vivenciadas ao longo de meu percurso acadêmico e atuação profissional. No curso de graduação em Nutrição, participei de iniciativas no campo da atenção básica em saúde, desenvolvendo práticas educativas diferenciadas e colaborando em projetos de pesquisa na área. Esta trajetória contribuiu para os questionamentos acerca dos paradigmas e abordagens teóricas e práticas no campo da saúde pública, que me levaram a refletir sobre os aspectos ligados à integralidade<sup>a</sup> e à Promoção da Saúde (PS), proporcionando um novo olhar sobre as práticas em saúde e a valorização dos atores e sua inserção social.

O ingresso na Residência Multiprofissional em Saúde da Família, da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca (ENSP/FIOCRUZ), potencializou o desejo de compreender questões referentes à complexidade do processo saúde-adoecimento e à dinâmica com que são construídas as necessidades de saúde e, também, as respostas institucionais.

A experiência no âmbito da residência permitiu observar as dificuldades de interlocução e comunicação entre o serviço de saúde local e as unidades escolares para o desenvolvimento de ações voltadas ao ambiente escolar. As práticas de saúde nas escolas, em geral, fundamentam-se no paradigma tradicional de saúde escolar, com intervenções do setor saúde no âmbito da escola a partir de atendimento médico, vacinação, palestras dos profissionais de saúde, entre outras. Os professores seguiam esta mesma linha, realizando ações ligadas à prevenção de doenças, identificando e encaminhando os problemas de saúde aos especialistas, sem nenhum planejamento conjunto entre esses profissionais, e sem considerar os objetivos pedagógicos da escola.

Sendo assim, esta vivência despertou o interesse em estudar a articulação entre os setores da saúde e da educação a partir do Programa Nacional Saúde na Escola (PSE)<sup>1</sup>, no contexto de Manguinhos, buscando a construção de novos saberes e novas práticas. Considerou-se, portanto, a

---

<sup>a</sup> A integralidade é aqui compreendida como uma abordagem integral do indivíduo, sem fragmentação da atenção à saúde, quer oferecida por um ou por vários serviços. Considera o indivíduo como sujeito histórico, social e político, articulado ao seu contexto familiar, ao meio ambiente e à sociedade na qual se insere.

intersectorialidade como uma estratégia importante para o fortalecimento de políticas públicas saudáveis e para a consequente redução das desigualdades sociais. Segundo Junqueira<sup>2</sup>, a intersectorialidade pressupõe articulação de saberes, troca de experiências e informações no desenvolvimento de ações sinérgicas entre os diferentes atores envolvidos, em um mesmo processo coletivo de alcance de soluções de problemas complexos. Trata-se de criar uma nova dinâmica para o aparato governamental setorializado, com uma rede de compromisso entre instituições, organizações e pessoas que se articulam, programam e realizam ações integradas, focando-se no território e na ampliação da participação social para decisões compartilhadas<sup>3</sup>.

O Programa Saúde na Escola (PSE) foi recentemente instituído (2007) pelos Ministérios da Saúde e da Educação. Tem como objetivo ampliar o acesso da comunidade escolar<sup>b</sup> aos serviços de saúde e contribuir para a formação integral dos estudantes, por meio de ações de promoção, prevenção e atenção à saúde. É uma iniciativa de política integrada que considera o conceito de Promoção da Saúde (PS) e tem como uma de suas principais diretrizes a intersectorialidade. O PSE reforça a importância da articulação entre os setores da saúde e da educação e, também, entre os diversos setores da sociedade, de modo a contribuir para a melhoria das condições de vida da comunidade escolar e fortalecer o acesso aos serviços de saúde de atenção básica<sup>1</sup>. O processo de implementação do Programa deu-se a partir de 2009, com a adesão dos municípios que apresentaram seus projetos aos Ministérios da Saúde e da Educação.

Apesar do Programa ter sido instituído recentemente, essa ideia de realizar ações e intervenções para enfrentamento das condições de saúde a partir da escola é muito antiga e disseminada<sup>4-7</sup>. Durante muito tempo, o espaço escolar foi alvo de intervenções sanitárias, com a predominância de ações de educação em saúde normativas e prescritivas, envolvendo condutas e procedimentos para reduzir ou controlar danos à saúde, sendo denominada higiene escolar<sup>5, 6, 8</sup>. Além disso, os problemas de aprendizagem e de rendimento escolar eram associados a distúrbios orgânicos patológicos, havendo forte medicalização da educação. Neste sentido, o contato com a

---

<sup>b</sup> Composta por alunos, pais / comunidade e professores.

literatura possibilitou identificar as principais tendências no campo da saúde escolar, as controvérsias e a força da abordagem higienista, apesar dos estímulos e incentivos à revisão desses conceitos e práticas, avançando em perspectivas mais amplas para além da tendência medicalizante<sup>5-8</sup>.

A partir da década de 80, com a inserção de novas formas de pensar o campo da saúde, deslocando o discurso hegemônico tradicional para uma concepção mais ampliada da mesma, houve a necessidade de implementação de outras estratégias para alcançar melhores condições de saúde e de qualidade de vida, tendo como base os princípios da PS apresentados na Carta de Ottawa (1986)<sup>4-8</sup>. No âmbito desta discussão, diversos são os estudos que apontam para a importância da realização de ações integradas e abrangentes, de característica interdisciplinar e intersetorial<sup>4-12</sup>. Esses estudos referem ainda, que as ações devem incorporar os conceitos da PS e permitir a construção de cenários mais favoráveis à qualidade de vida, na busca do bem-estar individual e coletivo, superando as condutas focadas apenas em estilos de vida saudáveis<sup>5, 8</sup>.

Neste contexto, a escola emerge como locus privilegiado para o desenvolvimento dessas práticas por ser considerada um espaço de convivência e de intensas interações sociais, no qual os fatores determinantes das condições de saúde e doença podem ser problematizados, a partir de cada realidade e com os diferentes atores envolvidos<sup>10, 11</sup>. A escola pode e deve trabalhar a saúde como parte integrante da vida das pessoas, considerando as experiências e o saber da comunidade escolar, de modo a favorecer nesse espaço uma ação mais reflexiva e crítica, onde a saúde pode ser pensada enquanto tema de ensino/aprendizagem para a produção do conhecimento.

Com o objetivo de integrar as ações de saúde ao currículo escolar e considerando as mudanças conceituais e metodológicas no campo da saúde, bem como os questionamentos da educação acerca da efetividade dessas ações, o Ministério da Saúde (MS), a partir da Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS), recomenda a criação de espaços e ambientes saudáveis nas escolas<sup>4-6, 12</sup>. Além disso, diversas outras iniciativas<sup>4, 6, 7</sup> têm estimulado o desenvolvimento de práticas e intervenções de saúde na escola, que se caracterizam por suas especificidades territoriais, culturais e sociais,

valorizando os interesses e desejos das comunidades e atores envolvidos para mudanças e transformações sociais efetivas.

A partir de contextos políticos, estímulos e incentivos organizacionais, documentos oficiais e outras publicações, as iniciativas e experiências de saúde na escola vêm ocorrendo no mundo e no Brasil, contribuindo efetivamente para a melhoria das condições de saúde no ambiente escolar<sup>4, 7</sup>. Nesta perspectiva, o PSE<sup>1</sup> Nacional surge para fortalecer e estimular a implementação dessas práticas de saúde na escola no âmbito da PS, a fim de articular as ações do Sistema Único de Saúde (SUS) com as da rede de ensino público.

Com base nesta discussão, o presente estudo teve como objetivo analisar a articulação entre os setores da saúde e da educação no PSE, no contexto de Manguinhos, identificando os desafios e possibilidades para a ação intersetorial. Neste contexto, pretendeu contribuir para a reflexão sobre o processo de implementação do Programa Nacional no nível local de modo a identificar atores locais, interesses, pontos relevantes e principais estratégias para o desenvolvimento do programa. As questões norteadoras da pesquisa foram: “Há integração entre setores no âmbito do PSE?”, “Como esta articulação é possível?”, “Quais as principais barreiras?”, “Quais são as possibilidades de fortalecimento da ação intersetorial no programa?”.

A partir dessas questões emergiram novas indagações e desdobramentos:

- Quais são as estratégias utilizadas pelos atores locais para facilitar a integração da saúde e da educação?
- Quais as principais concepções dos atores para desenvolver, no território, as atividades de saúde na escola? Essas ações são compartilhadas entre os profissionais da saúde e os educadores?
- Quais as principais questões que dificultam o planejamento das ações e a efetiva parceria entre os setores?
- A perspectiva assistencialista/medicalizante faz-se presente nessa articulação saúde e educação? Como ela está sendo problematizada?

A estratégia metodológica adotada pela pesquisa foi o estudo de caso, que, segundo Yin (2003)<sup>13</sup>, é o estudo de uma unidade social que contempla uma análise profunda e intensa, mediante um mergulho exaustivo em um objeto delimitado, observável através de algum contexto da vida real, buscando apreender a totalidade de uma situação. Além disso, considerou-se essa estratégia favorável à análise da implementação de programas sociais. Buscou-se investigar os motivos pelos quais esses programas alcançam determinados resultados; as escolhas e os interesses locais que tendem a contribuir ou inviabilizar o alcance dos objetivos, não focando apenas na análise dos resultados finais obtidos pelo programa<sup>14-16</sup>.

Na análise da implementação de um programa, os diversos aspectos envolvidos nesse processo devem ser considerados, pois interferem no alcance de resultados e podem levar a mudanças nos arranjos locais. As diferentes conexões, interesses, controvérsias, conflitos e consensos que se estabelecem entre os atores que participam do programa, assim como as características do contexto em que aquele programa está sendo implementado, são aspectos pertinentes para esta análise<sup>11, 14, 16</sup>. Nesta perspectiva, Potvin *et al.*<sup>14</sup> afirmam que os programas devem ser compreendidos a partir de seus processos de mudança, tanto em seus elementos constituintes de estrutura, atividades e recursos, quanto em sua interação com o contexto e sua rede de atores relevantes.

O estudo foi desenvolvido no período de março de 2010 a dezembro de 2011. Foram realizadas dezessete entrevistas semiestruturadas com gestores das Secretarias Municipais de Saúde (SMSDC), de Educação (SME) e de Assistência Social (SMAS), além de gestores regionais das três secretarias, gestores do Teias Escola-Manguinhos e profissionais de Saúde e de Educação que atuavam em Manguinhos. Houve também a participação em algumas reuniões e encontros promovidos pelos atores envolvidos no Programa, nos níveis de gestão central, regional e local, o que possibilitou maior aproximação e identificação dos atores-chave na região estudada.

Vale destacar a experiência do município do Rio de Janeiro na saúde escolar, que desde a década de 90, com a Gerência do Programa de Saúde Escolar, tinha a proposta de integrar e articular o trabalho e as ações dos órgãos e gestores no desenvolvimento de políticas públicas de saúde,

educação e desenvolvimento social. No decorrer dos anos 2000, influenciado pela iniciativa da Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) para a construção de uma Rede Latino Americana de Escolas Promotoras de Saúde (RLEPS), o município introduziu esses referenciais nas atividades do seu programa de saúde escolar, priorizando os investimentos para a melhoria da qualidade de vida da comunidade escolar e para o desenvolvimento de ações locais participativas<sup>11</sup>. Para Silva e Pantoja<sup>11</sup> essa trajetória do município, anterior à criação do PSE Nacional, permitiu a formação de parcerias e interlocução com atores e instâncias estratégicas nacionais e internacionais, além de servir de base para alimentar o debate sobre a construção de uma política nacional de saúde na escola, assim como para as diversas outras experiências em todo o Brasil.

A estratégia do Município foi investir no fortalecimento das ações comunitárias e na participação dos sujeitos, estimulando-os à tomada de decisões individuais e coletivas que culminariam em empoderamento das pessoas e da comunidade. Considerou-se, ainda, a importância da criação de ambientes favoráveis à saúde e a reorientação dos serviços de saúde na perspectiva da PS e da ação intersetorial<sup>11, 17</sup>. Essa estratégia municipal trouxe contribuições para a consolidação do programa e viabilizou a construção de um Plano Municipal de Saúde na Escola e na Creche (PMSEC)<sup>17</sup>. O principal objetivo do PMSEC era garantir à comunidade escolar o acesso às ações e serviços de saúde, estimulando a participação comunitária na construção de ambientes saudáveis para a produção da saúde<sup>17</sup>. Este Plano constituiu-se, no nível municipal, em uma forma de operacionalizar o PSE Nacional, servindo de base para elaboração do projeto de adesão do município do Rio de Janeiro ao Programa.

A partir da adesão ao PSE Nacional, o Município, com todo o seu histórico e experiência em saúde na escola, tem conduzido a implementação desse Programa, levando em consideração a sua trajetória enquanto Programa Municipal e dando continuidade a processos já iniciados. Sendo assim, o Programa Municipal tinha como pressupostos a ação intersetorial, a formação de grupos intersetoriais e descentralizados e a promoção da saúde a partir dos determinantes sociais. São características que se aproximam das propostas do Programa Nacional, ao qual o Município aderiu e segue em sua

implementação, atendendo aos critérios estabelecidos para o desenvolvimento do Programa, associados às especificidades da experiência municipal.

Compreende-se, portanto, que o desenvolvimento de estratégias como estas, que possibilitem a articulação entre os diversos setores, constitui-se em elemento essencial para a efetividade das ações de PS na escola, contribuindo para o enfrentamento das vulnerabilidades sociais e redução das iniquidades. São estratégias que podem permitir o diálogo e a cooperação de políticas de saúde e de educação, de forma coletiva e participativa, criando potências e possibilitando ações intersetoriais e mais efetivas nos diversos ambientes.

A realização dessa pesquisa enfrentou alguns desafios, pois o PSE Nacional é uma iniciativa recente de um programa com foco no modelo da PS, o que torna sua análise complexa e multifacetada. Esse tipo de programa requer avaliações abrangentes e qualitativas, que considerem os aspectos presentes em sua implementação e identifiquem as evidências em PS<sup>18</sup>. Além disso, os mecanismos e ações de programas como este têm efeitos a médio e longo prazo, podendo influenciar no processo de avaliação do programa. No entanto, os resultados intermediários e os dados do contexto, referentes ao processo de implementação do programa, podem permitir identificar sinais de efetividade do mesmo, conforme mencionado por Mukoma e Flisher<sup>18</sup>. Esses autores relatam que, apesar da dificuldade de se atribuir diretamente os resultados alcançados às intervenções, é possível identificar transformações que apontam para mudanças no *setting* da escola e nas comunidades ao seu redor, considerando a natureza e o conteúdo das ações de PS.

Outro fator relevante para esta pesquisa é a experiência do município do Rio de Janeiro que atualmente, encontra-se sob a influência dos critérios do Programa Federal. Destacam-se ainda, os investimentos municipais para algumas ações de saúde na escola e o seu histórico de atividades na ótica de Escolas Promotoras de Saúde (EPS), envolvendo diversos outros atores não previstos no documento normativo que seguem nesta trajetória. Vale ressaltar, portanto, que todos os aspectos considerados como desafios para este estudo, tornam-se relevantes para a análise de implementação de um programa, pois possibilitam identificar variáveis contextuais, aspectos da realidade local, bem como concepções teóricas que podem apontar para divergências e convergências, trazendo consequências para a condução do Programa.

O local de escolha para a realização desta pesquisa foi a região de Manguinhos, situada na zona Norte da cidade do Rio de Janeiro, sendo composta por 13<sup>c</sup> comunidades. Esta região é marcada por inúmeras vulnerabilidades sociais, pelo reduzido acesso a serviços básicos (educação, saúde, habitação e lazer), baixa renda e violência urbana<sup>19-21</sup>. Além disso, o bairro tem passado por intensas transformações, tais como as obras do Programa de Aceleração do Crescimento (PAC); a ampliação da Estratégia de Saúde da Família, a partir do projeto Territórios Integrados da Atenção a Saúde (TEIAS); e a gestão das Equipes de Saúde da Família (ESF), sob a responsabilidade da Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ), por meio do projeto Teias Escola-Manguinhos. Vale destacar que as características do território de Manguinhos e as transformações ocorridas no bairro, podem influenciar ou serem influenciadas pelo processo de implementação do PSE.

No âmbito do estudo de implementação do PSE na região de Manguinhos, esses aspectos também se constituíram como um importante desafio e contribuíram para identificar fluxos, mecanismos, pontos fortes e pontos fracos, bem como permitiram identificar outros arranjos locais que integraram esse processo no território. Neste sentido, este estudo buscou fornecer subsídios para compreender o Programa no contexto local, a articulação entre a saúde e a educação, os principais entraves e potencialidades da ação intersetorial e, desta forma, gerar informações úteis para gestores, técnicos, profissionais e usuários. Outra contribuição importante é poder agregar conhecimento aos esforços de estudos sobre programas sociais e a ação intersetorial, possibilitando a construção de novas agendas de pesquisa sobre o tema.

Destaco aqui a importante participação, durante o mestrado, no projeto de pesquisa “Metodologia de Avaliação de Estratégias Intersetoriais para Promoção da Saúde e o Desenvolvimento Social”<sup>d</sup>. Esse projeto teve como finalidade dar continuidade aos esforços para o desenvolvimento de metodologias e estratégias avaliativas de políticas intersetoriais, atualmente em

---

<sup>c</sup> Comunidade de Manguinhos: Parque Carlos Chagas, Parque João Goulart, Parque Oswaldo Cruz, Comunidade Samora Machel, Comunidade Nelson Mandela, Comunidade Mandela de Pedra, Comunidade Agrícola de Higienópolis, Conjunto Habitacional Provisório 2 (CHP2), Vila São Pedro, Vila Turismo, Vila União, Comunidade Vitória de Manguinhos (Conab) e Monsenhor Brito.

<sup>d</sup> Projeto de pesquisa CNPq, coordenado pela Professora Doutora Rosana Magalhães.

desenvolvimento no território de Manguinhos, no Rio de Janeiro. Foi um período de valiosas trocas entre pesquisadores, profissionais e estudantes, a partir de conteúdos teóricos e práticos relacionados ao campo acadêmico e à experiência profissional dos participantes. As discussões travadas no grupo de pesquisa contribuíram imensamente para o avanço no aprendizado acadêmico e, principalmente, para a redefinição dos objetivos e desenho do estudo, bem como para a sistematização e análise dos resultados.

Considerando as discussões levantadas nesta introdução, a dissertação aqui apresentada foi estruturada da seguinte forma: o primeiro capítulo, intitulado Promoção da Saúde na Escola: o desafio da intersetorialidade, apresenta uma abordagem teórica das relações entre PS e intersetorialidade para as políticas públicas atuais, em particular no que se refere aos programas de saúde na escola e seus referenciais teóricos. No segundo capítulo é descrita a abordagem metodológica do estudo, apresentando o modelo avaliativo adotado, o cenário da pesquisa e as técnicas utilizadas para levantamento de dados. Na sequência, o capítulo 3 aborda o desenho do Programa Saúde na Escola (PSE) no município do Rio de Janeiro, sobretudo no contexto de Manguinhos, apresentando as principais estratégias e ações desenvolvidas no processo de implementação do programa no município e no contexto local. No capítulo 4 são abordados os principais aspectos organizativos da implementação do Programa que influenciaram na construção da intersetorialidade, bem como são discutidas as concepções dos atores-chave e as inter-relações entre atores e instituições para a questão da intersetorialidade, no que se refere à constituição de parcerias e espaços coletivos para o desenvolvimento das ações do Programa na realidade local. Por fim, são apresentadas as considerações finais acerca dos desafios da intersetorialidade na implementação de um programa como o PSE, considerando o contexto de Manguinhos, no Rio de Janeiro.

## Capítulo 1: Promoção da Saúde na Escola: O desafio da Intersetorialidade

Ao considerar a promoção da saúde a partir de uma visão integral e ampliada, relacionando saúde à qualidade de vida e aos seus determinantes políticos, econômicos e sociais, torna-se importante a articulação de mais de um setor para o enfrentamento dos problemas sociais que incidem sobre a população, a partir da ação interdisciplinar e intersetorial. É necessário que os diversos atores trabalhem de forma integrada e planejada para realizar intervenções e diagnósticos adequados, dentro do contexto histórico e social da comunidade em que estejam atuando<sup>2, 3, 8, 11</sup>. Sendo assim, a intersetorialidade surge como uma ferramenta fundamental para a realização da Promoção da Saúde (PS) a partir da ação compartilhada, visando à construção coletiva de uma nova forma de compreender e agir em saúde<sup>22</sup>.

As discussões acerca dessas temáticas e o estímulo para a realização de experiências envolvendo a PS, a participação comunitária, o desenvolvimento social e a ação intersetorial ganharam repercussão mundial a partir do Informe Lalonde (1974)<sup>23</sup>; das Cartas de Promoção da Saúde, como por exemplo, a Carta de Otawa (1986)<sup>24</sup>; e da criação da Comissão de Determinantes Sociais da Saúde pela Organização Mundial de Saúde (WHO)<sup>25</sup>. Esses marcos contribuíram para o debate das novas formas de conceber saúde, promovendo avanços na ampliação dos campos de ação e em abordagens mais efetivas para reverter condições desfavoráveis de vida, apontando, ainda, para a importância da participação comunitária, do protagonismo dos sujeitos e da ação intersetorial, levando o setor saúde a interagir e compartilhar seus propósitos com outros setores e atores<sup>22</sup>.

Nesta perspectiva, a intersetorialidade tem sido amplamente considerada como uma estratégia de gestão para atuar contra as iniquidades sociais, bem como para superar e minimizar as características históricas de fragmentação das políticas sociais, favorecendo sua integração<sup>27</sup>. A intersetorialidade é entendida como *“ação na qual o setor saúde e os demais setores pertinentes colaboram para o alcance de uma meta comum, mediante estreita coordenação das contribuições dos outros setores”*<sup>28</sup> (OMS apud Zancan p.54). Essa concepção pressupõe o desenvolvimento de estratégias e políticas

ampliadas que priorizem a articulação intersetorial no conjunto de suas intervenções, conforme pode ser observado na proposta do Programa Saúde na Escola (PSE), que adota o conceito atual de PS e fomenta a articulação entre a saúde, a educação e os diferentes setores, tendo como sua principal diretriz para o alcance de seus resultados a intersetorialidade.

O desenho do PSE parte dessa necessidade de articular e integrar os setores da saúde e da educação para ampliar o alcance e o impacto das ações de saúde aos estudantes e seus familiares, por meio de ações intersetoriais, envolvendo assistência, promoção da saúde e prevenção de agravos. No PSE, a proposta é que essa articulação ocorra, principalmente, entre as Equipes de Saúde da Família (ESF) e as escolas do território de adscrição dessas equipes, atendendo às diversas demandas da comunidade escolar, na perspectiva da atenção integral e considerando o conceito positivo de saúde apresentado desde a Carta de Ottawa (1986)<sup>24</sup>, reafirmado na Constituição Federal brasileira (1988).

Nesse contexto, a proposta deste capítulo é apresentar uma revisão sobre a PS, a Intersetorialidade e o PSE, enfatizando as principais relações entre essas temáticas, no debate atual, e seus avanços e perspectivas ao longo dos anos.

### ***1.1 Novas perspectivas e abordagens para as práticas em saúde***

Nas últimas décadas, a Promoção da Saúde (PS) tem sido um dos temas correntes e mais abordados nos diferentes espaços de produção de conhecimento e de práticas em saúde, disseminado em diversos países do mundo, inclusive no Brasil. Ao longo do tempo, suas formulações conceituais passaram por grandes mudanças que estiveram relacionadas às discussões acerca da necessidade de superar modelos tradicionais e avançar em novas abordagens de saúde e práticas de atenção para alcançar melhores resultados<sup>29, 30</sup>. A evolução histórica desse conceito permite identificar tendências de aproximação e distanciamento de modelos do campo da saúde voltados à qualidade de vida, o que leva a diferentes interpretações e influencia no discurso e nas práticas em saúde<sup>29, 30, 31</sup>. Para Rabello<sup>31</sup>, a inserção da PS

no campo das ciências sociais pode ser interpretada de diversas maneiras, como sendo: a cobertura de todos os serviços sanitários; sinônimo de prevenção ou um campo em construção para um novo paradigma de saúde.

No bojo dessas discussões, podemos destacar diversos aspectos que motivaram e contribuíram para a necessidade de ir além de abordagens exclusivamente médicas no enfrentamento dos problemas de saúde. Dentre eles estão as contribuições dos estudos da medicina social que resgataram esse conceito, afirmando a importância da relação da saúde com as condições de vida da população<sup>29</sup>. Outros aspectos que merecem destaque são: o avanço das pesquisas epidemiológicas, principalmente relacionadas às doenças não transmissíveis, nas quais prevalecia o modelo multicausal de identificação de fatores de risco dos agravos; o elevado gasto público com os problemas de saúde que não correspondiam aos resultados alcançados; e a crescente medicalização dos problemas sociais<sup>29, 32</sup>.

As primeiras indicações no que se refere à associação entre a situação de saúde/doença dos sujeitos e suas condições de vida e trabalho ocorreram no final do século XVIII e início do século XIX, a partir do processo de urbanização e industrialização da Europa, que provocou intensas transformações sociais. Esse processo se configurou em um movimento denominado Medicina Social, onde intelectuais, médicos e lideranças políticas, preocupados com essas mudanças, começaram a considerar o ambiente e a importância da construção de políticas direcionadas ao espaço social. De fato, são considerações que já apontavam para as propostas contemporâneas de cidades e municípios saudáveis<sup>29, 31, 33, 34</sup>.

Inicia-se também, no século XIX, com a organização da classe operária, o movimento sanitarista, principalmente na Inglaterra e nos Estados Unidos, frente às precárias condições de saúde em que vivia a população, afirmando a necessidade de intervenções sociais, além das condutas médicas. Esse período foi marcado também, pela incorporação de tecnologias em saúde, privilegiando intervenções específicas e individualizadas, considerando o enfoque biológico na gênese das doenças. Tal discussão ganhou reforço com o “boom” da revolução pasteuriana, que fundamentou o paradigma biomédico do processo de adoecimento e produziu, no campo da saúde, um discurso e uma prática voltados para essas questões de controle e profilaxia<sup>33, 34, 35</sup>. De acordo

com Andrade (2006)<sup>34</sup>, é neste contexto que entra em disputa a discussão das duas formas de se conceber saúde: o enfoque biomédico e o enfoque ampliado que considera os determinantes sociais da saúde.

Vale destacar que esse discurso, centrado na importância da dimensão socioambiental na determinação da saúde, apresentado desde o movimento da Medicina Social, serviu de base para a construção do conceito atual de PS. Somente no século XX, o termo Promoção da Saúde (PS) surge pela primeira vez (em 1946) com o médico historiador canadense Henry Sigerist, quando, em um de seus trabalhos, apontou as quatro tarefas essenciais da medicina: promoção da saúde, prevenção da doença, restauração do doente e reabilitação<sup>29, 30, 33</sup>. Para Sigerist, promover a saúde significava garantir boas condições de vida e de trabalho, a partir de esforços coordenados entre políticos, setores sindicais e empresariais, educadores, médicos e a população em geral<sup>36</sup>. Sendo assim, conforme afirmado por Rabelo (2006)<sup>35</sup>, as proposições do médico canadense já traziam indicações da importância da intersectorialidade nas questões de saúde.

Posteriormente, Leavell & Clark, em 1965, delinearam o modelo da História Natural das Doenças (HND), formulação teórica bastante reconhecida entre os que discutem o conceito de PS<sup>30, 36</sup>. Neste modelo, a Promoção apresentava-se como o primeiro nível da prevenção primária (medidas para se manter saudável), privilegiando ações educativas normativas, direcionadas a indivíduos, famílias e grupos<sup>33</sup>. Esses autores afirmavam que entre os componentes para a PS estavam a educação sanitária; a alimentação e a nutrição adequadas; as boas condições de trabalho e moradia; o lazer; e outras medidas ligadas ao bem-estar.

Havia uma associação da PS e dos determinantes sociais com o estilo de vida dos indivíduos, o que trouxe repercussões importantes à saúde no mundo<sup>37</sup>. Entretanto, a perspectiva da medicina preventiva tinha suas bases fundadas em modelos explicativos de causa e efeito, gerando uma relação de causalidade e linearidade das variáveis que reduziam e/ou descaracterizavam os aspectos sociais do processo saúde e doença<sup>32, 33</sup>. Com isso, as ações propostas pelo modelo de Leavell & Clark foram sendo questionadas, principalmente em função das tensões paradigmáticas do conceito de saúde, que sofriam influência da conjuntura político-econômica da época, da transição

epidemiológica para as doenças não transmissíveis, além das críticas dos estudiosos e pensadores acerca da necessidade de conferir maior importância a esta relação entre saúde e sociedade<sup>38, 39</sup>.

A partir destes questionamentos, novos modelos foram desenvolvidos e incorporados às propostas de saúde daquele período, o que repercutiu na construção do conceito de campo da saúde apresentado no Relatório Lalonde (1974)<sup>23</sup>. Para Buss<sup>40</sup>, as discussões que emergiram deste relatório estavam relacionadas, principalmente, às questões políticas, técnicas e econômicas, pois a proposta do relatório era enfrentar os custos crescentes da assistência médica; apoiar o questionamento da abordagem exclusivamente médica no manejo das doenças crônicas que refletiam em resultados pouco significativos; e relacionar as questões de saúde ao meio ambiente e ao estilo de vida.

O Informe Lalonde, publicado no Canadá, em 1974, foi um marco inicial importante para a mudança de paradigma e para a ampliação do campo da saúde. Segundo Sícoli e Nascimento<sup>41</sup>, o principal destaque naquele momento eram as limitações da assistência médica curativa para atuar sobre os determinantes de saúde e os elevados gastos do setor. Apesar de já apresentar alguns deslocamentos importantes, influenciados pelo movimento da Medicina Social e pelas discussões iniciadas por Leavell & Clark, a PS ainda voltava-se para questões biológicas e abordagens médicas, com medidas de proteção e controle centradas principalmente no indivíduo e em seu estilo de vida. Este relatório constitui-se em um documento de reorientação da política de saúde, uma vez que definiu a concepção de PS como formada por quatro componentes: biologia humana, meio ambiente, estilo de vida (comportamento que afeta a saúde) e organização dos serviços<sup>23</sup>.

Neste caso, o foco era o estilo de vida e a ação individual em uma perspectiva comportamental e preventivista, apesar de mencionar a importância do meio ambiente e da reorganização dos serviços<sup>33, 38, 39</sup>. Sendo assim, as práticas de saúde se desenvolviam a partir de propostas que visavam, principalmente, a mudanças de comportamentos relativos à alimentação, exercícios físicos, fumo, drogas, álcool, conduta sexual, resgatando a importância das condições gerais de vida sobre a saúde, porém ainda de forma restrita<sup>33</sup>.

Esse caráter behaviorista da PS, identificado no Informe, possibilitou o desenvolvimento de uma série de estratégias de educação para a saúde, a partir do investimento em programas voltados para promover a mudança de comportamentos individuais.

*“A categoria estilo de vida [...] consiste em um agregado de decisões individuais que afetam a saúde e sobre o qual as pessoas têm maior ou menor controle. [...]. Decisões pessoais e maus hábitos [...] criam riscos auto-impostos. Quando tais riscos resultam em doença ou morte, pode-se dizer que o estilo de vida da vítima contribuiu ou causou sua própria enfermidade ou morte”*<sup>42</sup> (Lalonde *apud* Barros p.32).

Essa abordagem de estilo de vida como principal explicação para a situação de saúde da população e caminho central para a sua transformação, foi fortemente criticada, pois à medida que colocava sobre o indivíduo a responsabilidade pela sua saúde, negligenciava o contexto social, econômico e político no qual os comportamentos se consolidam. Com isso, diversas foram as discussões travadas para avançar nesse conceito ampliando a visão do cuidado à saúde, incentivando o envolvimento da população e valorizando a atenção primária como componente central do desenvolvimento humano. Esses aspectos culminaram na I Conferência Internacional sobre Atenção Primária à Saúde, em 1978<sup>5, 35, 42</sup>.

Esta Conferência, realizada em Alma Ata, e a I Conferência Internacional sobre Promoção à Saúde (1986) que aconteceu em Ottawa, também são consideradas marcos importantes para a constituição do conceito contemporâneo de PS que tinha como referência inicial o Informe Lalonde. A I Conferência Internacional sobre Atenção Primária à Saúde gerou a Declaração de Alma Ata (1978), de grande repercussão em quase todos os sistemas de saúde do mundo, que estabeleceu as estratégias para se alcançar “Saúde para todos no ano 2000”. As principais características apresentadas neste documento foram participação da comunidade, autonomia e mudanças na relação de poder entre os serviços e usuários, valorizando a atenção primária como componente central do desenvolvimento humano<sup>35</sup>.

Segundo Valadão<sup>5</sup>, a Declaração de Alma-Ata marca o início da afirmação da saúde enquanto direito universal, sendo assumida como responsabilidade dos governos, incorporando a equidade e a justiça social na agenda da Organização Mundial de Saúde (OMS). Essa Declaração reafirma a concepção positiva de saúde, desafiando o reducionismo biomédico, e incorpora a ação de outros setores sociais e econômicos como exigência fundamental para a consecução das metas em saúde. É neste contexto que a intersectorialidade emerge como eixo estruturante das políticas públicas de saúde, de modo a ampliar o escopo de suas intervenções, unindo esforços para o alcance de melhores níveis de saúde da população.

A I Conferência Internacional sobre Promoção à Saúde (1986) incorporou abordagens importantes para a revisão dos conceitos e práticas da saúde pública, tendo como resultado a chamada Carta de Ottawa, bastante difundida em todo o mundo. A referida Carta apresentava os princípios integrativos da PS e a definia como *“processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria de sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle desse processo”*<sup>24 - p.1</sup>. Ou seja, incorpora a estratégia da Atenção Primária à Saúde proposta em Alma Ata, a intersectorialidade, a participação social, o empoderamento<sup>e</sup> e a reorientação dos serviços assistenciais, considerando os determinantes das condições de saúde, bem como a importância do protagonismo das pessoas<sup>24, 35, 41</sup>. Conforme Sícoli e Nascimento afirmam<sup>41</sup>, esta Conferência trouxe contribuições importantes para a questão da intersectorialidade no âmbito da PS, pois a Carta que resultou desta explicita que todos os setores devem assumir a saúde como meta. Além disso, assume que a intersectorialidade coloca o setor sanitário como mediador e a população como meio essencial para a operacionalização da PS, alcançando o bem-estar desses indivíduos.

Entendendo que a saúde necessariamente deve articular-se com os diferentes setores da sociedade, a OPAS/OMS, em 1990, propôs a complementação desse enfoque a partir de uma definição operacional abrangente, na qual a PS é *“a soma das ações da população, dos serviços de saúde, das autoridades sanitárias e de outros setores sociais e produtivos,*

---

<sup>e</sup> Processo de desenvolvimento de habilidades e poder de atuar em benefício da própria qualidade de vida, enquanto sujeitos e/ou comunidades ativas.

dirigidas ao desenvolvimento das melhores condições de saúde individual e coletiva”<sup>43</sup> - p.21 .

A Carta de Ottawa contribuiu para o desenho de políticas públicas comprometidas com os direitos universais, o desenvolvimento sustentável e a redução das desigualdades sociais e de saúde, bem como serviu de subsídio para a realização das demais Conferências Internacionais de Promoção à Saúde. Cada uma dessas conferências apresentou contribuições importantes, agregando elementos para ampliar e/ou aprofundar as bases conceituais e políticas da PS discutida em Ottawa. Dentre estas Conferências, as principais foram as ocorridas em: Adelaide (1988) - Políticas Públicas Saudáveis; Sundswall (1991) - Meio Ambiente, Saúde e Qualidade de Vida; Bogotá (1992) - Justiça Social, Saúde, Desenvolvimento; Jakarta (1997) - Responsabilidade Social e Parcerias; México (2000) - Ratificação de compromissos e equidade; Bangkok (2005) - Promoção da Saúde e Globalização<sup>35</sup>. No quadro a seguir é possível analisar as principais estratégias e diretrizes referentes à PS e à intersectorialidade que marcaram tais documentos.

**Quadro 1** – Concepções de promoção da saúde, principais estratégias e diretrizes intersectoriais abordadas nas Conferências Internacionais sobre Promoção da Saúde.

Carta (Ano)	Concepção de promoção da saúde	Estratégias para a promoção da saúde/áreas de atuação	Concepção de intersectorialidade
Ottawa (1986)	Processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria de sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo. Define como pré-requisitos para a saúde: paz, habitação, educação, alimentação, renda, ecossistema estável, recursos sustentáveis, justiça social e equidade.	Defesa de causa da saúde como o maior recurso para o desenvolvimento social econômico e pessoal, assim como uma importante dimensão na qualidade de vida. Identifica cinco campos de ação: elaboração de políticas públicas saudáveis; criação de meio ambientes que protejam a saúde; fortalecimento da ação comunitária ( <i>empowerment</i> ); desenvolvimento de habilidades pessoais e; reorientação dos serviços de saúde; Consolida a proposta de Cidades Saudáveis (Canadá, 1984).	Isenta o setor saúde da responsabilidade exclusiva pela promoção da saúde; Indica as ações intersectoriais como forma de promover saúde, através de uma ação coordenada entre todos os setores (saúde, sociais e econômicos) articulados: governo, ONGs, organizações voluntárias, empresas, mídia; Estabelece um papel mediador dos profissionais da saúde nas ações intersectoriais.

Adelaide (1988)	Mantém a direção estabelecida na Carta de Ottawa	<b>Políticas Públicas Saudáveis:</b> Caracterizam-se pelo interesse explícito de todas as áreas das políticas públicas em relação à saúde e à equidade, e os compromissos com o impacto de tais políticas sobre a saúde da população. Identifica quatro áreas prioritárias para promover ações imediatas: apoio à saúde da mulher; alimentação e nutrição; tabaco e álcool; e criação de ambientes saudáveis.	Estimula a formação de novas alianças, visando promover o incremento das ações de saúde. O campo da saúde é influenciado pelo governo e por interesses corporativos e econômicos, e pela atuação de organizações não governamentais e comunitárias;
Sundsvall (1991)	Não refere concepção	<b>Ambientes favoráveis à saúde;</b> Enfatiza a promoção de “ambientes favoráveis”, em seus componentes econômico e político, identificando quatro estratégias no nível da comunidade: reforço da proposta através da ação comunitária, capacitação da comunidade e indivíduos no controle de sua saúde e ambiente, reforço da aliança entre as áreas da saúde e ambiental e mediação de conflitos para assegurar acesso igualitário a ambientes favoráveis à saúde.	Refere que as iniciativas devem vir de todos os setores que possam contribuir para a criação de um ambiente mais favorável e fomentador de saúde, e devem ser levadas a cabo em todos os níveis pelas pessoas nas suas comunidades, nacionalmente pelos governos e ONGs, e, globalmente, através das organizações internacionais.
Jacarta (1997)	Processo para permitir que as pessoas tenham maior controle sobre sua saúde. A promoção da saúde mediante investimentos e ações atua sobre os determinantes da saúde para criar maior benefício, contribuir de maneira significativa para a redução das iniquidades em questões de saúde, assegurar os direitos humanos e a formação do capital social.	Promover a responsabilidade social para com a saúde; Aumentar os investimentos no desenvolvimento da saúde; Consolidar e expandir parcerias para a saúde; Aumentar a capacidade comunitária e dar voz aos indivíduos; Considera as cinco estratégias de Ottawa, que quando utilizadas em conjunto tornam-se mais eficazes.	Identifica a necessidade evidente de derrubar as fronteiras tradicionais dentro dos setores públicos, entre organizações governamentais e não governamentais e entre o setor público e privado; Requer criação de novas parcerias entre os diferentes setores, em prol da saúde. Inclui o setor privado no apoio à promoção da saúde.
México (2000)	Não refere concepção	<b>Recomenda:</b> Colocar a promoção da saúde como prioridade fundamental das políticas e programas locais, regionais, nacionais e internacionais; Apoiar a preparação de planos de ação nacionais para promoção da saúde; Instituir ou fortalecer redes nacionais e internacionais promotoras da saúde	Reconhece que a promoção da saúde e o desenvolvimento social são dever e responsabilidade dos governos, compartilhada por todos os setores e níveis da sociedade e, para isto, é necessário o fortalecimento e a ampliação de parcerias na área da saúde.

Bangkok (2005)	É o processo de capacitação das pessoas para aumentar o controle sobre sua saúde e seus determinantes, e, conseqüentemente melhorar sua saúde.	Identifica ações, compromissos e empenhos necessários para direcionar os determinantes da saúde em um mundo globalizado, através da Promoção da Saúde. Reconhece que todos os setores e cenários devem atuar para: defesa da saúde baseada em direitos humanos e solidariedade; investir em política sustentável, ações e infraestrutura para apontar os determinantes da saúde; construir espaços para o desenvolvimento de políticas, lideranças, práticas de promoção da saúde; regular e legislar para assegurar um alto nível de proteção dos danos e possibilitar oportunidades iguais para a saúde e bem estar de todas as pessoas; buscar parcerias e construção de alianças com os diversos setores, para criar ações sustentáveis. Aponta que o setor da saúde tem um papel chave para prover liderança na construção de políticas e parcerias para a promoção da saúde.	Refere que para gerenciar os desafios da globalização, as políticas devem ser coerentes através de todos: níveis de governo, participantes das Nações Unidas, e outras organizações, incluindo o setor privado. Direciona que governos locais, regionais e nacionais devem dar prioridade para investimentos na saúde, dentro e fora do setor saúde. Afirma que parcerias, alianças, redes e cooperações fornecem oportunidades de conduzir pessoas e organizações juntas através de metas comuns e ações ligadas para melhorar a saúde das populações.
-------------------	--	--	---

Fonte: Adaptado de Papoula<sup>22</sup>

Todas essas iniciativas foram fundamentais para a manutenção do interesse sobre a PS e para a construção de suas bases conceituais, promovendo a expansão dos campos de ação e a aplicação de outras abordagens para o alcance dos objetivos previstos. De fato essas Conferências permitiram a ampliação da concepção de PS ao longo dos anos que passou a considerar, além da responsabilidade das pessoas e comunidades<sup>24</sup>, a importância do investimento em ações focadas nos determinantes gerais de saúde para alcançar melhores condições de vida<sup>22</sup>. As estratégias voltam-se, portanto, para a articulação de saberes técnicos e populares, a mobilização de recursos institucionais e comunitários, públicos e privados, envolvendo parcerias entre setores governamentais e não governamentais para o enfrentamento e resolução dos problemas, a fim de reduzir as desigualdades entre os grupos e garantir os direitos humanos<sup>22, 44</sup>.

Na realidade, o conceito de PS vem sendo construído e discutido, ao longo dessas últimas décadas, por diferentes atores técnicos e sociais,

tomando por base conjunturas políticas, eventos e publicações de caráter conceitual, contemplando uma gama de estratégias técnicas e políticas em torno do processo saúde-doença<sup>33, 44</sup>. Segundo Buss (2000)<sup>44</sup>, as diversas conceituações disponíveis para a PS podem ser agrupadas em duas grandes tendências: o enfoque comportamental relacionado a fatores de risco e estilo de vida, que para muitos autores tem uma tendência a culpabilizar o sujeito; e o enfoque sobre os determinantes gerais de saúde, atuando na melhoria da qualidade de vida da população<sup>30, 44</sup>.

O primeiro enfoque consiste em atividades centradas em componentes educativos direcionados aos indivíduos, focando em seus estilos de vida, a partir do ambiente familiar e cultural, e nos riscos comportamentais passíveis de mudanças pelos próprios sujeitos. Nesta visão, o âmbito do problema é reduzido ao nível individual e comportamental, considerando fatores como hábito de fumar, dieta e atividade física, e transferindo para o sujeito a responsabilidade por sua saúde<sup>30, 38, 44</sup>. Já o segundo enfoque, em uma perspectiva mais ampla, busca articular a saúde com a temática dos determinantes sociais, entendendo que diversos fatores relacionados à qualidade de vida são importantes para a manutenção da saúde. Neste caso, as atividades são voltadas para o coletivo e para o ambiente, por meio de políticas públicas intersetoriais e de “*condições favoráveis ao desenvolvimento da saúde e do reforço (empowerment) da capacidade dos indivíduos e das comunidades*”<sup>44 - p. 167</sup>.

Este segundo enfoque aproxima-se do paradigma da PS aprovado na Carta de Ottawa, pois considera a saúde produto de um amplo espectro de fatores relacionados à qualidade de vida, incluindo padrões adequados de alimentação, habitação e saneamento, além de boas condições de trabalho, acesso à educação, entre outros aspectos<sup>30, 35, 44</sup>. Além disso, a PS ampara-se no discurso de que o enfrentamento dos múltiplos problemas que afetam as comunidades deve contar com os parceiros e a mobilização da sociedade<sup>35</sup>.

Neste contexto, vale destacar as contribuições de Westphal<sup>39 - p.646</sup>, ao afirmar que este modelo está vinculado “*a uma visão holística e socioambiental do processo de saúde e doença, colocando-se como uma prática emancipatória e um imperativo ético*”. Sendo assim, a PS constitui-se como campo de conhecimento e de prática, envolvendo um conjunto de ações com

características multisetoriais e multifocais, com ênfase nos determinantes, na participação da comunidade, no empoderamento, na qualidade de vida e no desenvolvimento local, possibilitando a adoção de políticas que priorizem a articulação intersetorial<sup>45</sup>.

Considerando o ideário da PS com sua abordagem socioambiental, onde saúde é produzida a partir da relação entre os sujeitos e seus ambientes, há um entendimento de que as pessoas não são apenas identidades de risco, ou seja, fumantes, hipertensos, diabéticos e etc<sup>42</sup>. É preciso considerar os ambientes físicos e sociais, introduzindo novos conceitos, ideias e caminhos, principalmente no que se refere à elaboração de alternativas para as práticas educativas que se restringem à intervenção nos os hábitos e estilos de vida individuais. No entanto, apesar das inflexões e reorientações introduzidas pelos ideários da PS, ainda há forte tendência para o foco nas escolhas individuais, onde o aspecto educativo, agregado à mudança comportamental, permanece como estratégia. Segundo Carvalho *apud* Papoula<sup>22</sup>, *“parte importante dos projetos de promoção da saúde tem dificuldade para superar o enfoque behaviorista e mantém o foco de sua atenção para ações voltadas para a regulação da vida social e para a criação de critérios que delimitem o sentido do viver saudável”*<sup>22 - p 16</sup>.

Apesar das críticas à PS e da dificuldade para colocar em prática seus princípios e proposições, o tema tem sido bastante discutido no campo teórico e prático da saúde pública, principalmente no que se refere ao desenvolvimento de políticas públicas e ações de âmbito coletivo que extrapolem o enfoque de risco (campo da prevenção)<sup>41</sup>. Toda essa discussão pressupõe uma nova forma de conceber as políticas públicas em seu contexto mais integral e intersetorial, de modo que estas políticas gerem oportunidades e facilitem as opções favoráveis à saúde. Esta noção de políticas públicas saudáveis implica envolvimento do Estado em seu caráter público e em sua responsabilidade social, o que leva a um compromisso com o interesse coletivo e com o bem comum, sendo necessária a formulação de iniciativas para além do aparato estatal<sup>42, 44</sup>. Portanto, essas políticas devem ser fruto de interlocução e pactuação entre atores sociais de diversos setores, realizando-se na prática a partir de ações concretas para a construção de um projeto coletivo de bem comum<sup>42</sup>.

De acordo com Buss<sup>44</sup>, as políticas públicas saudáveis se materializam a partir de *“legislação, medidas fiscais, taxas, mudanças organizacionais, entre outras, e ainda por ações intersetoriais coordenadas que apontem para a equidade em saúde, distribuição mais equitativa da renda e políticas sociais”*<sup>44 - p.171</sup>. A II Conferência Internacional sobre Promoção de Saúde, realizada em Adelaide (1988), elegeu como tema central as políticas públicas saudáveis, caracterizando-as como *“interesse e preocupação explícitos de todas as áreas das políticas públicas em relação à saúde e à equidade, e pelos compromissos com o impacto de tais políticas sobre a saúde da população”*<sup>42 - p.34</sup> (Ministério da Saúde *apud* Barros). Com isso, a intersectorialidade insere-se na discussão da PS, assim como é enfatizada a responsabilidade do setor público pelas políticas sociais, com propostas de avaliação sistemática das ações; abordagem integrada do desenvolvimento econômico e social e a participação ampla dos atores sociais<sup>35, 40</sup>.

As conferências internacionais têm difundido os conceitos básicos e as principais estratégias relacionadas ao fortalecimento da saúde pública para alcançar o compromisso de saúde para todos, consolidando os vínculos entre saúde, qualidade de vida, equidade, cidadania, direitos humanos e desenvolvimento sustentável. De acordo com Barros<sup>42</sup>, esse é um percurso que revela o movimento da PS como marco paradigmático, considerando-a uma prática social de natureza interdisciplinar, intersectorial e de ação coletiva, tanto do Estado como da sociedade civil, destinada a proteger e melhorar a saúde das pessoas.

No cenário nacional, o marco para o reconhecimento dos limites do modelo hegemônico foi a VIII Conferência Nacional de Saúde, que ocorreu em 1986, mesmo ano da Conferência de Ottawa. Nesta Conferência, afirmou-se a necessidade de considerar os aspectos ligados aos determinantes da saúde, postulando *“a idéia da saúde como qualidade de vida resultante de complexo processo condicionado por diversos fatores, tais como, entre outros, alimentação, justiça social, ecossistema, renda e educação”*<sup>33 - p.10</sup>. Os aspectos que emergiram a partir desta Conferência contribuíram para a Constituição Federal de 1988 e para a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), um sistema universal e integral para toda a população. Dentre os principais aspectos apresentados nesta Conferência estão: a valorização da

intersectorialidade na concretização das práticas e políticas sociais, a proposta do controle social como estratégia para a construção de caminhos mais democráticos e a ineficiência do setor sanitário para atuar nas questões que afetam as condições de vida<sup>5, 42</sup>.

Em março de 2006, passados 20 anos dos dois marcos importantes, a Carta de Ottawa (1986) e a VIII Conferência Nacional de Saúde (1986), o Ministério da Saúde (MS) aprovou a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS). Esta Política aponta as diretrizes e estratégias de organização das ações de PS nos três níveis de complexidade, de modo a integrar os diversos setores da sociedade civil organizada, com a proposta de uma política transversal, integrada e intersectorial. Define a PS como sendo “*estratégias de produção de saúde, ou seja, modo de pensar e de operar articulado às demais políticas e tecnologias desenvolvidas no sistema de saúde brasileiro, que contribui na construção de ações que respondam às necessidades sociais em saúde*”<sup>12 - p. 10</sup>. Desta forma, preconiza-se que as práticas em saúde ampliem seu escopo, de modo que as ações e os serviços se deem para além dos efeitos do adoecer, incidindo sobre as condições de vida e favorecendo a ampliação de escolhas saudáveis pelos sujeitos e coletividades, no território onde vivem e trabalham.

A partir desta discussão e baseada na ideia de que a saúde é produzida em espaços de convivência, onde “*as pessoas vivem, amam, trabalham e divertem-se*” e que, portanto “*existe um potencial de desenvolvimento da saúde em praticamente toda organização ou comunidade*”<sup>5 - p. 22</sup>, a escola representa um importante cenário, onde diversas estratégias de bem-estar podem ser fomentadas. Além disso, Valadão<sup>5</sup> refere que dos cinco campos prioritários da PS: implementação de políticas públicas saudáveis, criação de ambientes saudáveis, capacitação da comunidade, desenvolvimento de habilidades individuais e coletivas e reorientação dos serviços de saúde<sup>30, 44</sup>, os quatro primeiros aplicam-se diretamente ao ambiente escolar.

A PS, por sua grande relevância, tem sido fortemente recomendada em diferentes espaços sociais, principalmente no ambiente escolar, por diversos órgãos internacionais e nacionais<sup>7, 9, 10</sup>. No âmbito internacional, tem sido estimulada pela iniciativa Escolas Promotoras de Saúde (EPS), de diversos países da Europa e da América. Enquanto que no Brasil, tem ocorrido via

Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), a partir da Iniciativa Regional de EPS, implantada em alguns estados, e também por meio da PNPS e mais recentemente, pelo PSE reforçando principalmente a importância de articulação e integração entre os setores. Essas iniciativas, estratégias e programas apresentam-se como tentativas de reforçar a interação entre os diversos setores e de operacionalizar os princípios da PS, considerando os determinantes sociais de saúde, a intersetorialidade, a participação social e as ações multiestratégicas, vislumbrando a melhoria das condições de vida da população e o reconhecimento do direito de cidadania.

### ***1.2 A Intersetorialidade como estratégia prioritária para promoção da saúde***

Considerando a complexidade do setor saúde e a necessidade de abordagens mais amplas para o enfrentamento dos problemas que afetam a saúde da população, a intersetorialidade surge como um caminho para a estruturação de ações coletivas mais complexas, que deem conta da realidade e de suas diversas nuances. Nesta linha de pensamento, Junqueira<sup>2</sup> afirma a importância da integração de diversos olhares, saberes e práticas, no sentido de entender e construir soluções que garantam à população uma vida com qualidade.

Conforme descrito anteriormente, o debate acerca da intersetorialidade remonta à discussão conceitual das novas formas de se pensar saúde, desde o relatório Lalonde, no Canadá, ganhando força a partir da Carta de Ottawa e das outras Conferências internacionais e regionais. Todo esse movimento converge para o incentivo ao desenvolvimento de ações de PS, com foco nas propostas das cidades saudáveis, das políticas públicas saudáveis e da ação intersetorial<sup>46, 47, 48</sup>. A intersetorialidade tem marcado o discurso da PS, sendo considerada uma prática integradora de ações de diferentes setores que se complementam e interagem para um objetivo comum<sup>49</sup>.

Convém destacar que a intersetorialidade pressupõe a incorporação dos determinantes sociais de saúde na construção de intervenções específicas e concretas que visem atuar sobre os diversos fatores que influenciam na saúde

e na redução das iniquidades sociais, articulando os vários setores da sociedade<sup>49</sup>. Diante desse enfoque, torna-se pertinente resgatar a discussão acerca dos determinantes sociais de saúde, pois diversos modelos são apresentados na tentativa de entender tanto as características específicas do contexto social que afetam a saúde, quanto à maneira como as condições sociais traduzem esse impacto sobre a saúde<sup>51</sup>. Um dos modelos clássicos de discussão dos determinantes sociais utilizado pela Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS) é o de Dahlgren e Whitehead (1991) *apud* CNDSS (2005)<sup>51</sup> (Figura 1), apresentado a seguir.

**Figura 1** – Determinantes Sociais da Saúde – modelo de Dahlgren e Whitehead



Fonte: Dahlgren e Whitehead, 1991 *apud* CNDSS, 2005<sup>51</sup>.

Este modelo é de fácil compreensão e de simples representação gráfica. Distribui os determinantes sociais de saúde em diferentes camadas, onde a primeira camada (de dentro para fora) representa os determinantes individuais e a última faz referência aos macrodeterminantes. São os fatores biológicos, sócio-culturais, econômicos, ambientais e institucionais que atuam em diferentes níveis hierárquicos de causalidade, produzindo resultados de saúde.

Portanto, há fatores relacionados diretamente às características individuais que incidem sobre as condições pessoais de saúde, representados no centro do modelo. Na camada seguinte aparece o estilo de vida, que é influenciado por fatores sociais e ambientais, relacionados a valores, prioridades e situações culturais, sociais e econômicas específicas. A outra camada expressa a influência das redes comunitárias e de apoio social, que representa os laços de coesão social. No nível subsequente estão representados os fatores associados às condições de vida e de trabalho, disponibilidade de alimentos e acesso a ambientes e serviços essenciais, como saúde e educação. Por fim, estão colocados os macrodeterminantes referentes às condições econômicas, culturais e ambientais da sociedade, que exercem grande influência sobre as demais camadas representadas, incluindo segundo Barros<sup>42</sup>, determinantes supranacionais, como o processo de globalização.

Diante dessa discussão, é importante assinalar que cada um desses níveis de determinantes representa uma relação com as diferentes propostas de políticas. Dentre elas estão: o fortalecimento dos indivíduos a partir da construção de conhecimento; competências e habilidades que favoreçam opções saudáveis; fortalecimento das comunidades, estimulando a capacidade de organização e participação ativa nas decisões da vida social; melhoria do acesso a locais e serviços essenciais; encorajamento macroeconômico; e mudanças culturais<sup>42</sup>. Sendo assim, as intervenções sobre os determinantes sociais de saúde devem contemplar os diversos níveis assinalados neste modelo, o que torna a ação intersetorial importante e central, no sentido de articular os diversos atores envolvidos, promovendo espaços e oportunidades de interação entre eles e, sobretudo, possibilitar mudanças na realidade de saúde da população.

A CNDSS *apud* Silva<sup>52</sup> aborda também questões relacionadas ao ambiente escolar, levantando a reflexão acerca da necessidade de se enfrentar esses determinantes de saúde que podem influenciar na qualidade de vida da comunidade escolar. Considera que para trabalhar estas questões, diversos modelos de programas podem ser pensados, inclusive no cenário da escola: programas intersetoriais com desenho e formulação de ações transversais em diferentes setores governamentais; programas setoriais, formulados em diferentes Ministérios, que se articulem com contexto local, visando a um

público alvo e a problemas específicos; e programas setoriais formulados por um único Ministério, mas abrangendo vários problemas e grupos. Para Silva<sup>52</sup>, com base na discussão da CNDSS, a ação intersectorial envolve “*relações horizontais (entre setores) e verticais (entre níveis de esfera de governo)*”<sup>52 - p.66</sup>, além disso, a implementação de um programa ocorre no nível local (municipal), a partir de condições políticas, organizacionais e de gestão daquele contexto.

Em outubro de 2011, aconteceu no Rio de Janeiro, a Conferência Mundial sobre Determinantes Sociais de Saúde. Um dos documentos oficiais, produto desta conferência, foi a “Declaração Política do Rio Sobre os Determinantes Sociais da Saúde”<sup>53</sup>, que teve como pontos centrais a equidade em saúde e o acesso da população a serviços, medicamentos e bens essenciais à vida. Este documento não poderia deixar de fazer referência à questão da intersectorialidade, pois além de afirmar que para alcançar boa saúde, o sistema precisa ser universal, integral, eficaz, acessível e de qualidade, ratificou a importância do envolvimento e do diálogo com outros setores e atores, bem como, a colaboração em ações políticas coordenadas e intersectoriais, conforme apresentado:

*“Saúde em todas as políticas, juntamente com a cooperação e ação intersectorial é uma abordagem promissora para aumentar a responsabilização de outros setores para a saúde, bem como para a promoção da equidade em saúde e de sociedades mais inclusivas e produtivas”* <sup>52 - p:2</sup>.

Nesta perspectiva, é pertinente apresentar as contribuições do relatório da OMS sobre avaliação de experiências mundiais com ações intersectoriais em saúde<sup>53</sup>, onde estas são entendidas como formas estratégicas de atuar junto aos determinantes sociais de saúde, que demandam múltiplos esforços e a realização de atividades em diferentes áreas, visando o bem-estar da população. Diversos seminários promovidos pela OPAS tem destacado a noção de intersectorialidade, o que contribuiu para que, em 1997, a OMS realizasse uma conferência internacional dedicada a discutir especificamente a “ação intersectorial para a saúde”. Naquela ocasião, por meio de consenso entre os participantes, ficou estabelecido que “ação intersectorial para a saúde” corresponde a:

*“uma relação reconhecida entre uma ou várias partes do setor saúde com uma ou várias partes de outro setor que se tenha formado para atuar em um tema visando a alcançar resultados de saúde (ou resultados intermediários de saúde) de uma maneira mais efetiva, eficiente ou sustentável do que poderia alcançar o setor saúde agindo por si só”<sup>47</sup> – p.3 (WHO apud Teixeira e Paim)*

No debate travado pela Rede Unida<sup>55</sup>, a intersetorialidade acontece a partir do protagonismo dos sujeitos, sendo necessários determinação e empenho, pois pressupõe um novo olhar e um novo agir sobre a realidade, focando em problemas prioritários, definidos de forma democrática. Além disso, a redução ou controle desses problemas exige conhecimentos, habilidades e compromissos de vários setores, cujos sujeitos precisam encontrar novas formas de relação com os outros. Nas palavras de Burlandy<sup>56</sup>, a intersetorialidade concretiza-se quando os setores “identificam determinantes-chave do problema em pauta e formulam intervenções estratégicas para além de programas implementados setorialmente, e perpassam os vários setores”.

Tanto a PNPS quanto o PSE consideram a intersetorialidade uma diretriz importante no sentido de formar parcerias que propiciem o desenvolvimento integral das ações em saúde, dialogando com diversas áreas do setor sanitário e de outros setores do governo, setores privado e não governamental, de modo a compor redes de compromissos com a qualidade de vida da população<sup>1, 12</sup>. Desta forma, vale destacar que na PNPS (2006)<sup>12</sup> a intersetorialidade é compreendida como *“uma articulação das possibilidades dos distintos setores de pensar a questão complexa da saúde, de co-responsabilizar-se pela garantia da saúde como direito humano e de cidadania, e de mobilizar-se na formulação de intervenções que a propiciem”<sup>12</sup> - p.13*. Pode ser considerada, portanto, enquanto uma estratégia de integração de políticas públicas para atender às necessidades sociais e contribuir para ir além da reprodução de práticas cada vez mais fragmentadas, sem integração, que tendem a dificultar o alcance de resultados positivos para a população.

Cabe destacar que a escola é um ambiente de importantes interações sociais, entre professores, alunos, familiares e profissionais de saúde, onde surgem as diversas demandas e necessidades que podem ser problematizadas em seu contexto mais amplo. Nesta perspectiva, trabalhar a saúde na escola, a

partir da proposta do PSE, requer compreender o espaço escolar como local estratégico para a PS e articulação intersetorial e conferir uma outra lógica às ações voltadas para a escola, no sentido de possibilitar a construção de conhecimento compartilhado e a formação de atitudes saudáveis à vida. Para tanto, resgatamos as considerações de Junqueira<sup>2</sup> e Inojosa<sup>3</sup>, que afirmam que a intersetorialidade consolida-se a partir da troca, articulação e complementaridade de saberes e práticas, da integração de recursos e ações em torno da resolução dos problemas sociais, superando a fragmentação dos serviços em cada política social e focando em objetivos mais amplos e comuns. Neste sentido, para que as diferentes demandas sociais, de uma determinada realidade, sejam atendidas no âmbito da qualidade de vida faz-se necessária a conjugação de múltiplos esforços que se efetivem, segundo Inojosa *apud* Coelho<sup>46</sup>, a partir da construção da intersetorialidade na estrutura governamental. A autora<sup>3</sup> afirma que para a adoção de uma abordagem intersetorial na gestão pública é importante priorizar algumas ações e práticas, entre elas: criação de uma nova forma de pensar, considerando a complexidade das demandas sociais; transformação estrutural das políticas públicas, de modo a promover a inclusão social e a equidade, contemplando a superação das políticas assistencialistas; planejamento regional com a participação social visando atender às necessidades locais e a atuação do aparato governamental em redes de compromisso com instituições, pessoas e organizações para enfrentamento das questões sociais.

Segundo Inojosa<sup>3</sup>, essa abordagem intersetorial da organização pública pressupõe um planejamento regional e participativo com o envolvimento de outros atores que possam contribuir com sua visão para o planejamento, além de prever políticas voltadas ao desenvolvimento social. Neste contexto, é importante que o Estado passe a ter uma atuação em conjunto com atores da sociedade, assumindo responsabilidades nesse processo.

A intersetorialidade deve ser construída de forma pactuada, onde os setores devem identificar “situações problema” e formular intervenções que transcendam os programas implementados setorialmente e perpassem os vários setores<sup>56</sup>. Neste sentido, é preciso um esforço de mudança para superar um tipo de atuação marcado por ações isoladas e setorializadas, onde os serviços são ofertados separadamente, para avançar na resolução dos

problemas coletivos, a partir das inter-relações entre os diferentes setores<sup>3</sup>. A partir desta discussão, Fernandes<sup>57</sup> afirma que a falta de articulação pode levar os diferentes setores de governo e da sociedade a atender aos mesmos segmentos da população, por meio de programas diferentes. Sendo assim, a população é forçada a manter relação com diferentes instituições, consumindo tempo, recursos e informação, para fazer uso dos recursos ofertados e conseguir cadastrar-se nos programas para receber o atendimento necessário.

Entretanto, compor e desenvolver políticas públicas mais integradas e convergentes é um desafio, uma vez que envolve a necessidade de mudanças de valores, de cultura organizacional e política, além de estratégias para o enfrentamento de barreiras burocráticas e corporativas<sup>22</sup>. Neste sentido, de acordo com Westphal e Mendes<sup>26 - p. 54</sup>, a ação intersetorial está muito mais no discurso do que na prática em si, pois ao se tratar de colaboração, defende-se a ideia de que os atores tem igual poder de colaborar, entretanto, na lógica da parceria, há de se considerar os conflitos, pois os atores apresentam condições estruturais diferenciadas, tais como acesso a recursos financeiros, informação ou poder. Assim, a intersetorialidade exige uma mudança da “lógica de governo, de organização do trabalho para a prevenção ou solução de problemas existentes em um território geográfico, e não em setores específicos como vem ocorrendo”<sup>26-p.55</sup>, envolvendo ainda, o enfrentamento das contradições, restrições e resistências.

Segundo Magalhães et. al.<sup>58</sup>, os arranjos intersetoriais ocorrem a partir de diferentes níveis de articulação, pactuação e cooperação entre os setores, envolvendo, ainda, compromissos em torno de objetivos comuns e deslocamentos de poder que influenciam em novas configurações institucionais de organização da governança. Governança é entendida como conjunto de instituições e processos ligados à solução de questões sociais, considerando a participação da sociedade na gestão das políticas públicas<sup>58, 59</sup>. A partir desta concepção, novos processos de gestão se fazem presentes, havendo estímulo à mobilização dos diversos recursos do governo, da sociedade e dos entes privados para o sucesso das políticas públicas, possibilitando a ampliação do espaço público, democratização e o fortalecimento da cidadania<sup>59</sup>.

No Brasil, o debate da intersetorialidade ganhou destaque na década de 80, a partir do processo de descentralização política, onde os municípios

começaram a vislumbrar uma nova realidade, atendendo às demandas que vão além das suas competências setoriais<sup>22, 46</sup>. De acordo com Viana *apud* Papoula<sup>22</sup>, nos municípios brasileiros, muitas políticas sociais inovadoras, com programas de desenho intersetorial, têm sido implementadas. Porém, barreiras burocráticas e corporativas, entre elas a resistência a mudanças em seus modelos de serviço, que levam a transferência de recursos financeiros, humanos e técnicos para novos espaços organizacionais, têm impedido o desenvolvimento destas experiências.

De acordo com Ferreira e Silva<sup>48</sup>, a efetivação da intersectorialidade requer a incorporação de novas concepções para o planejamento, execução e controle dos serviços prestados, de modo que os diversos segmentos governamentais possam articular-se. Além disso, exige disponibilidade e interesse dos atores envolvidos para o estabelecimento de diálogo permanente com os representantes de órgãos, instituições, grupos sociais, entre outros, em um esforço de que as contribuições e responsabilidades de cada setor permitam a intervenção nos principais fatores determinantes da saúde. O modelo ideal de intersectorialidade deve atender ao cidadão e à família de forma integral, assim como visualizar a “administração pública como um todo”, porém não é algo fácil<sup>60</sup>. Santos afirma que integrar os setores para que atuem de forma conjunta, também se configura em uma tarefa árdua e desafiadora, sendo necessária mudança no caráter setorializado e especializado e o aprimoramento das gestões setoriais.

Neste sentido, a intersectorialidade é uma estratégia para viabilizar a comunicação, a interação e o compartilhamento de saberes e de poder entre diferentes setores, em torno de metas e objetivos comuns para o enfrentamento das questões sociais<sup>2, 46, 61</sup>. Desta forma, torna-se um processo difícil e em constante construção, pois tais interações poderão gerar conflitos de interesses e interferir na tomada de decisões, sendo necessária boa capacidade de negociação e flexibilidade para contornar os conflitos e respeitar as particularidades de cada setor<sup>46</sup>. Assim, as novas práticas organizacionais e as relações sociais entre os diversos atores devem privilegiar a integração de saberes e experiências, superando a setorialização e a autonomização.

Nesta perspectiva, é importante afirmar que o diálogo entre os setores saúde e educação para a formulação, implantação, acompanhamento ou

avaliação conjunta de políticas e programas de PS no cenário da escola, ainda se apresenta como um grande desafio<sup>5</sup>. Além disso, trabalhar na lógica da intersetorialidade requer rupturas importantes nas concepções e práticas cristalizadas em cada um dos setores, exigindo novos arranjos institucionais integrados e participativos, de modo que os atores envolvidos possam interagir e desenvolver ações que realmente influenciem nas condições de vida e de saúde dos sujeitos<sup>2, 48</sup>.

As políticas públicas, entre elas as de educação e de saúde, constituem-se a partir de acordos com os movimentos sociais, de formalização em lei, dos diversos interesses apresentados em suas agendas e das responsabilidades determinadas para cada esfera de governo, estruturando-se historicamente para o seu funcionamento, de forma fragmentada e setORIZADA<sup>62</sup>. No entanto, na perspectiva da PS, as práticas em educação e saúde devem considerar os diversos contextos, com o objetivo de realizar construções compartilhadas de saberes sustentados pelas histórias individuais e coletivas da comunidade escolar, e, ainda, viabilizar o diálogo entre os setores, produzindo aprendizagens significativas e ratificando uma ética inclusiva, por meio da articulação intersetorial<sup>5, 63</sup>.

Sendo assim, a intersetorialidade no campo da saúde na escola constitui-se como uma estratégia para a concretização da PS na área. Para tanto, a parceria entre educação e saúde precisa representar um espaço de negociação e solidariedade, no enfrentamento de divergências e conflitos internos a cada um dos setores que estejam vinculados a modelos de atenção e paradigmas de base biomédica. Esses modelos não se traduzem em práticas que geram novos conhecimentos para a transformação da realidade e consequente mudança para indivíduos e comunidades<sup>5, 52</sup>.

Para que, de fato, haja processo de produção do conhecimento a partir das políticas públicas, torna-se necessária a aplicação de práticas inovadoras que levem em consideração a escolha de uma agenda comum, identificando os principais componentes para o trabalho integrado, pois a valorização da identidade de cada um dos parceiros determina a sua potencial contribuição e a sua importância na parceria<sup>5, 52</sup>. A escola, portanto, pode promover a saúde sendo “escola” e cuidando da educação de forma crítica, mesmo quando não considera dimensões interpretadas como saúde<sup>5</sup>. E a saúde deve desenvolver

alianças e parcerias com outros setores, incluindo a educação, para o desenvolvimento de ações locais mais sustentáveis e ambientes favoráveis às condições de saúde e qualidade de vida da população<sup>52</sup>.

Enquanto práticas sociais, saúde e educação sempre estiveram articuladas, pois assim como questões de saúde surgem nas salas de aula com diferentes representações, por professores, alunos e familiares, as questões relacionadas à educação, não superadas nas escolas, por vezes, surgem como sendo de resolução, única e exclusiva, dos serviços de saúde, a partir da assistência médica<sup>52</sup>. Entretanto, essa articulação nem sempre se traduz numa prática intersetorial inovadora e efetiva, podendo configurar-se em uma simples justaposição de agendas setoriais distintas, sem uma integração de fato, em detrimento de parcerias efetivas e compartilhadas, de responsabilização múltipla dos dois setores<sup>19, 40</sup>. Assim sendo, vale destacar as afirmações de Silva<sup>52</sup> acerca da importância de se propor a articulação setorial de programas integrados por meio do fortalecimento de políticas de saúde e de educação, pois esses programas podem representar ganhos mais efetivos para a qualidade de vida da comunidade escolar, desenhando-se nas propostas de Escolas Promotoras de Saúde (EPS).

### ***1.3 Saúde Escolar, Escolas Promotoras de Saúde e Programa Saúde na Escola: principais referenciais teóricos***

Os pressupostos conceituais da PS contribuíram para a construção de um novo paradigma que tem influenciado nas propostas de saúde, inclusive, na elaboração de programas e políticas públicas que visam à melhora da qualidade de vida e à redução das desigualdades sociais. Tanto a concepção de saúde quanto a visão do processo ensino-aprendizagem foram modificando-se ao longo do tempo, possibilitando uma nova maneira de se considerar educação e saúde. Neste sentido, os programas de saúde escolar foram sendo organizados, estruturados e desenvolvidos a partir de distintas representações de concepções sobre saúde e sobre educação, repercutindo em práticas de saúde na escola, que assumem diferentes justificativas e permitem a construção de diversos modelos.

As ações de saúde na escola datam do final do século XVIII e início do século XIX. Iniciaram-se principalmente na Alemanha, com a institucionalização da “polícia médica”<sup>f</sup> e a publicação do Sistema Frank, elaborado pelo médico alemão Johann Peter Frank (1745-1821), que contemplava, além da saúde escolar, múltiplos aspectos da saúde pública e individual, tais como sociais, culturais, econômicos, demográficos, entre outros<sup>64</sup>. O chamado “Sistema Frank” foi publicado na Alemanha e divulgado em diversos países da Europa e nos Estados Unidos, favorecendo a difusão da ideia da “polícia médica”, que exerceu influência em diversos campos de atuação e, também, na saúde escolar. No Brasil, essa discussão ganhou força no século XX, a partir do deslocamento da ação da “polícia médica” para a educação sanitária, que se baseava na imposição de normas comportamentais, a fim de disciplinar os alunos por meio de hábitos de higiene<sup>64</sup>. Segundo Lima *apud* Figueiredo<sup>58</sup>, a saúde escolar ou higiene escolar naquele início de século deu-se a partir de três doutrinas: a polícia médica, o sanitarismo e a puericultura (difusão de regras de viver para professores e alunos).

Vale destacar que ao longo de décadas, o perfil das intervenções na área mostra-se fortemente influenciado pelo paradigma biomédico, que na atuação na escola busca, basicamente, controlar o adoecimento e a propagação das enfermidades e minimizar situações de risco<sup>4, 11, 64</sup>. De acordo com Valadão<sup>5</sup>, as práticas de saúde na escola, iniciadas pela Organização Mundial de Saúde (OMS) a partir de 1960, caracterizavam-se pelo viés assistencialista e verticalizado.

Por um longo período, até início dos anos 2000, as iniciativas e abordagens desenvolvidas no ambiente escolar tinham como aspecto central a educação em saúde, desenvolvida a partir da transmissão de informações e desenvolvimento de habilidades e atitudes que levassem os indivíduos a adotarem escolhas saudáveis, no que diz respeito ao estilo de vida e comportamento<sup>6, 18</sup>. As experiências estavam voltadas para cuidados básicos de higiene e de primeiros socorros, além do acesso à assistência médica e/ou odontológica, focalizando principalmente o estudante.

---

<sup>f</sup> O termo “polícia médica” é entendido como mecanismo pelo qual o Estado assumiu a função de zelar pela saúde da população, cabendo aos médicos não somente a responsabilidade de tratar os doentes, mas também, de controlar todos os aspectos da vida dos indivíduos<sup>63</sup>.

Naquele momento a prioridade de programas e políticas de saúde era atender especificamente a crianças de zero a cinco anos e a mulheres, sendo valorizadas ações como vacinação, crescimento e desenvolvimento da criança, amamentação, controle de diarreias e de doenças respiratórias, e ainda ações voltadas para a concepção, pré-natal, parto e puerpério, com o propósito de prevenir e evitar os agravos nesses grupos<sup>8, 52, 64</sup>. Com essa organização dos programas de saúde a partir da faixa etária, as crianças acima de sete anos de idade tinham dificuldade de acesso aos serviços de saúde, o que contribuiu para que as dificuldades geradas nas escolas por esses grupos fossem encaradas como problemas de saúde, independente de sua origem ou causa. Tal fato reforçou a demanda do setor educação por saúde, que não dava conta do excesso de atendimentos e conduzia suas ações com foco na atenção especializada<sup>52</sup>.

Essa abordagem contribuiu, portanto, para o processo de medicalização da educação, onde os problemas de aprendizagem, mau desempenho, repetência e evasão escolar foram atribuídos a questões relacionadas à saúde, que, por sua vez, precisaria responder a essas demandas<sup>6, 65</sup>. Segundo Silva<sup>52</sup>, há uma tendência histórica em responsabilizar a saúde pela resolução destas questões, que são fenômenos complexos e precisam ser trabalhados na perspectiva da PS, de modo a alcançar mudanças efetivas.

*“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”<sup>52 - p.26</sup>.*

Com o debate e a crítica a esta perspectiva, centrada nas consultas com especialistas e desconsiderando a realidade dos sujeitos, a partir das décadas de 70 e 80 surgiram outros modos de entender esta relação entre a produção do conhecimento e viver saudável, os quais estão centrados no conceito ampliado de saúde, na integralidade e na produção de cidadania e autonomia.

Neste contexto, é possível afirmar que o modelo de atenção à saúde escolar ligada à questão da higiene e da polícia médica tem evoluído paralelamente com o conceito de PS<sup>64</sup>. Portanto, conforme afirma Silva<sup>65</sup>,

esses diferentes enfoques conceituais tendem a influenciar no desenvolvimento de programas, projetos ou propostas de implementação de práticas voltadas para a atenção à saúde dos escolares. O autor afirma ainda que os modelos higienistas de saúde escolar, além de não atenderem às necessidades de saúde da população, geram uma concepção errônea de medicalização dos problemas de aprendizagem de crianças e adolescentes, fortalecendo a prática terapêutica como principal modelo de intervenção na área.

No final do século XX as práticas de saúde na escola ganham novas configurações em função da ampliação das concepções teóricas da saúde e da educação<sup>4</sup>. A saúde passa a ser considerada a partir da complexidade de seus determinantes sociais e a escola apresenta-se como um espaço social diversificado, no qual ocorrem processos de ensino/aprendizagem que englobam uma variedade de ações, desde apropriação cultural até o bem-estar social<sup>4</sup>. É neste cenário que “*a afirmação dos princípios de universalidade, de direitos e de equidade*” tornam-se centrais nos discursos sobre o acesso a serviços básicos de saúde e à educação fundamental<sup>5 - p.14</sup>.

Neste sentido, criam-se esforços para a abordagem dessas temáticas de forma mais integrada, na tentativa de avançar no trabalho educativo em saúde e de reduzir as iniquidades sociais. Ou seja, a concepção da saúde na escola foi sendo ampliada e moldada a partir de processos ligados a universalidade de direitos e de equidade, tendo como foco a ampliação do acesso à atenção básica em saúde e à educação fundamental<sup>5, 52</sup>. Todo esse processo favoreceu a entrada dos conteúdos de saúde no currículo da formação de crianças e adolescentes de forma transversal e interdisciplinar, a partir das Diretrizes Curriculares Nacionais (1996)<sup>66</sup>. Essas diretrizes, elaboradas pelo Conselho Nacional de Educação, estabelecem eixos gerais para a organização curricular, pautados em princípios democráticos, incluindo temas de relevância social, tais como saúde, sexualidade e meio ambiente, entre os conteúdos relevantes para uma educação cidadã, tendo como referência para essa concepção a PS.

Sendo assim, no decorrer da década de 90, o ambiente escolar passou a ser visto como cenário fundamental para PS, ganhando destaque na agenda dos órgãos internacionais. Diversas são as iniciativas internacionais para incentivar e instrumentalizar os sistemas nacionais de educação na elaboração de políticas e programas de saúde na escola, a partir do paradigma da PS,

focado em atores coletivos (cidade, escola, comunidade)<sup>5</sup>. Entre elas estão a Rede Européia de EPS, a Iniciativa Global de Saúde Escolar e a Rede Latino Americana de EPS. Esta última foi de grande relevância para os países da América Latina, desenvolvendo a iniciativa EPS para os países membros.

No âmbito nacional a VIII Conferência Nacional de Saúde e a instituição do Sistema Único de Saúde (SUS), a partir da lei 8080/90, alinham-se enquanto marcos para os novos referenciais do conceito de saúde, valorizando-a como qualidade de vida e de direitos de cidadania no país. Sendo assim, a proposta de saúde na escola volta-se para um modelo participativo, construído coletivamente, a partir do empoderamento e da autonomia dos sujeitos e da comunidade, na busca de transformações significativas na comunidade escolar, com base nessas iniciativas internacionais.

Nesse processo, a iniciativa criada pela Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), em 1996, incentivou a incorporação das práticas educativas em saúde, no cotidiano didático-pedagógico das escolas. Era uma proposta estratégica para que os países membros revisassem seus programas de saúde na escola e construíssem uma Rede Latino Americana de EPS. Tinha a intenção de ampliar as concepções e práticas assistencialistas<sup>8</sup> e fortalecer o papel da escola na preservação da saúde e da educação, fortemente influenciado pelas discussões travadas desde a I Conferencia Internacional de Promoção da Saúde em Ottawa (1986).

Assim sendo, diversos países, inclusive o Brasil, lançaram mão desses referenciais como estratégia de PS no espaço escolar<sup>1</sup>. No Brasil, há registros de uma variedade de experiências bem sucedidas, em escolas públicas de alguns de seus municípios, voltadas a esta temática e com base em características e especificidades de cada uma dessas regiões. Entre esses municípios estão Rio de Janeiro/RJ, Sobral/CE, Embu/SP, Maceió/AL, Curitiba/PR e Palmas/TO<sup>4</sup>. São experiências que se identificam com a iniciativa de EPS, uma vez que valorizam o desenvolvimento de práticas educativas no sentido integral, a partir de metodologias participativas que possibilitam a construção de ambientes mais saudáveis na comunidade escolar; estimulam o acesso aos serviços de saúde; estão reorientadas para o enfrentamento dos

problemas sociais; além de incentivarem o desenvolvimento de ações intersetoriais.

Segundo Harada (2010)<sup>8</sup>, a EPS é uma importante estratégia mundial, que tem como principal característica a visão integral do ser humano, a partir de seu ambiente familiar, comunitário e social. Contribui para o desenvolvimento humano saudável, promove habilidades e atitudes para a saúde, bem como autonomia, criatividade e participação dos alunos e da comunidade escolar. Nessa ótica, é uma estratégia que possibilita “*uma análise crítica e reflexiva sobre os valores, condutas, condições sociais e estilos de vida, buscando fortalecer tudo que contribui para a melhoria da saúde*” e para a construção da cidadania<sup>8 - p. 6</sup>. Sendo assim, Silva<sup>65</sup> afirma que a EPS deve ser inclusiva e garantir a participação de todos os atores envolvidos, de modo a possibilitar a criação de ambientes saudáveis e estimular a tomada de decisões por meio da co-responsabilização.

No modelo de EPS, tem-se como pressuposto que crianças e jovens precisam ter boa saúde, para aprender e beneficiar-se dos investimentos da escola. De acordo com Silva<sup>52</sup>, essa era a argumentação para propor a articulação entre saúde e educação para a PS na escola, enquanto construção coletiva e participativa, que poderia representar mudanças promissoras na direção da integralidade das ações e do cuidado em saúde. Para este autor o acompanhamento de experiências como esta, deve identificar as relações estabelecidas entre os setores, entendendo a importância do protagonismo da comunidade escolar para as questões determinantes da saúde.

É possível perceber que o desenvolvimento histórico da saúde escolar passou por distintos enfoques e conceitos que sustentaram teoricamente as práticas de saúde na escola. O que significa dizer que os diferentes modelos de saúde na escola foram sendo desenhados e implantados a partir dos pressupostos conceituais de saúde e de educação. São esses referenciais teóricos que podem trazer mudanças nas concepções e práticas dos serviços de saúde e de educação. Neste contexto, Silva<sup>52</sup>, em sua análise dos referenciais teóricos que subsidiaram as práticas de saúde na escola, identificou desde modelos com viés médico-assistencialista até modelos com certo enfoque na perspectiva da PS. O autor construiu uma matriz (quadro 2) onde foram sistematizados os principais modelos teóricos de saúde na escola.

**Quadro 2: Modelos Teóricos de Saúde na Escola**

<b>Modelo de Saúde na Escola</b>	<b>Teoria</b>	<b>Articulação entre os Setores</b>	<b>Principais Características</b>
Higienista	Prática para mudança de comportamentos. Evitar disseminação de doenças. Saúde como ausência de doença. O indivíduo responsável por sua saúde.	Autoritária e normativa. Setor saúde define o que deve ser feito e a escola acata passivamente. Conhecimento pronto.	Autoritária e disciplinar Preventivista. Ação centralizada. Não permitir participação.
Biomédico especializado	Prática assistencialista e curativa. Medicalização da aprendizagem. Fragmentação do cuidado. Saúde como ausência de doença, dependente do especialista.	Na ótica da atenção médica. Prioridade de acesso aos serviços especializados de saúde. Não permite construção de novo conhecimento. Não há troca de conhecimento.	Prioriza medicina especializada. Não valoriza atenção primária em saúde. Medicaliza o fracasso escolar.
Uso do espaço da escola para equipamentos e serviços de saúde	Serviços de ambulatório para atendimento na escola. Profissionais de saúde e de educação no mesmo espaço físico: a escola. Conceito de saúde ainda como ausência de doença. Caráter preventivista.	Presença física em espaço comum. Não compartilhamento de metas, objetivos e decisões. Ações na maioria das vezes, desconectadas. Territorialização não contextualizada – campos distintos: escolas e serviços de saúde. Não gera novo conhecimento.	Ações de saúde descontextualizadas da rede de serviços de saúde. Prioridade para práticas assistenciais. Caminham na contramão do SUS. Não propõe a participação ativa.
Promoção da Saúde	Protagonismo do sujeito. Ação descentralizada. Articula conhecimento e diferentes saberes. Favorece o diálogo e a interação das questões sociais com a saúde.	Enfoque nas experiências. Compartilha objetivos, metas e recursos. Os dois setores reconhecidos como parceiros ativos do processo. Poder decisório compartilhado entre os dois setores e a comunidade escolar. Articulação entre diferentes esferas de governo e outros parceiros.	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. Valorização da atenção primária em saúde no contexto do território.

Fonte: Adaptado de Silva<sup>52</sup>.

Conforme pode ser observado, para cada modelo de saúde na escola foram apresentadas suas respectivas: teoria, natureza e dimensão da articulação saúde-educação e principais características. A construção desses modelos foi baseada em publicações, marcos e documentos legais sobre o percurso da saúde escolar, bem como em cenários políticos e contextos históricos relacionados à temática. Nessa perspectiva, Silva<sup>52</sup> afirma que, no contexto brasileiro, os modelos mais recentes que tem por base a PS, expressam-se na iniciativa de EPS.

Conforme referido anteriormente, no âmbito das experiências de EPS em algumas regiões do Brasil, apesar dessa proposta não ter sido oficializada enquanto política de saúde na escola, foi possível acumular conhecimento sobre a questão da saúde no espaço escolar a partir desses referenciais, possibilitando a construção de uma rede nacional de PS na escola. Essas experiências, os contornos políticos e as diversas políticas, entre elas a PNPS (2006) e a Comissão Nacional de Determinantes Sociais de Saúde (DNSS), consistem em iniciativas que corroboram para melhorar os investimentos na qualidade de vida e no contexto das políticas de educação e saúde no país. De fato, essas políticas foram implementadas com o intuito de gerar mudanças e de fortalecer inter-relações comunitárias e territoriais, que sejam promotoras de saúde.

Neste cenário, o PSE foi instituído pelo Decreto Presidencial nº 6.286 de 05 de dezembro de 2007 e lançado pelos Ministérios da Saúde e da Educação em setembro de 2008<sup>1</sup>. Os principais objetivos do programa são: contribuir para a formação integral de educandos e a construção de um sistema de atenção social, com foco na promoção da cidadania e nos direitos humanos; promover a saúde e a cultura da paz; articular as ações do Sistema Único de Saúde (SUS) às ações das redes de educação básica pública; favorecer a articulação das redes de saúde e educação nas etapas de planejamento, desenvolvimento, monitoramento e avaliação de ações.

A perspectiva é ampliar o alcance e o impacto das ações de saúde aos estudantes da educação básica e seus familiares, por meio da intersetorialidade, envolvendo ações de prevenção, promoção e atenção à saúde<sup>1</sup>. O Programa busca reduzir as vulnerabilidades sociais que possam comprometer o pleno desenvolvimento escolar e fortalecer a participação

comunitária nas políticas de educação básica e saúde, nos três níveis de governo. Além disso, visa fortalecer e integrar as ações desenvolvidas nas escolas e nas Equipes de Atenção Básica / Saúde da Família<sup>1</sup>, uma vez que prevê a realização de ações interdisciplinares dirigidas a crianças, adolescentes e jovens alunos do ensino básico.

De acordo com a legislação Federal, no artigo 3º, o PSE aponta, especificamente, as ESF como parceiras importantes, juntamente com a comunidade escolar para a realização das ações nas escolas. Afirma no parágrafo único do artigo 4º que:

*“[...] as equipes de Saúde da Família realizarão visitas periódicas e permanentes às escolas participantes do PSE para avaliar as condições de saúde dos educandos, bem como para proporcionar o atendimento à saúde ao longo do ano letivo, de acordo com as necessidades locais de saúde identificadas”<sup>1</sup>.*

O Caderno de Atenção Básica de Saúde na Escola<sup>9</sup> expressa a importância do trabalho das ESF enquanto protagonistas, co-responsáveis pela saúde e qualidade de vida das populações inseridas em seu território<sup>6</sup>. Essas equipes devem ter o papel de agentes desencadeadores das iniciativas de promoção da saúde escolar no território de referência, atuando ativamente nos processos de educação permanente de professores, funcionários, pais e estudantes. Também é papel das ESF garantir o acesso e a parceria das escolas com a Unidade de Saúde da Família, na realização de ações contínuas e longitudinais. Do mesmo modo, os profissionais da educação podem apoiar essas Equipes na utilização e incorporação de ferramentas pedagógicas e educacionais na abordagem da educação em saúde.

A partir de seus objetivos e do fato da intersetorialidade – junto com a interdisciplinaridade – construir-se como uma das diretrizes de implementação do PSE, pode-se afirmar que a ação intersetorial é a estratégia fundamental do Programa. Ou seja, a ação intersetorial está focada no fortalecimento da relação entre as redes públicas de saúde e de educação, articulando suas ações por meio da comunicação e da participação comunitária direta nas

---

<sup>9</sup> Caderno de Atenção Básica Saúde na Escola – Publicação elaborada pelo Ministério da Saúde direcionada às ESF. Apresenta os principais conceitos e práticas de Avaliação das Condições de Saúde das Crianças, Adolescentes e Jovens, a partir de uma abordagem contemporânea de promoção da saúde escolar.

políticas dos seus respectivos setores<sup>1</sup>. Além da intersetorialidade e da interdisciplinaridade, o Programa apresenta, também como suas diretrizes a descentralização, a integração e a articulação das redes públicas de ensino e de saúde, a territorialidade (valorizando os aspectos locais), a integralidade, o cuidado ao longo do tempo, o controle social e o monitoramento e a avaliação permanentes<sup>1</sup>.

O PSE é uma proposta que pretende exprimir uma nova perspectiva no desenho da política de saúde na escola, ultrapassando as dimensões biomédicas do processo de saúde e doença, tendo como referência o conceito de saúde que engloba os diversos aspectos determinantes da qualidade de vida. Neste sentido, os mecanismos de ação para o Programa alcançar seus objetivos baseiam-se em quatro grandes componentes, que deverão ser desenvolvidos articuladamente entre os setores, em conformidade com os princípios e diretrizes do SUS. São eles:

- I. Avaliação das condições de saúde das crianças, adolescentes e jovens;
- II. Promoção da saúde e prevenção;
- III. Educação permanente e capacitação de profissionais da saúde e da educação e de jovens;
- IV. Monitoramento e avaliação da saúde dos estudantes por intermédio de duas pesquisas – Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (Pense) e o Encarte Saúde no Censo Escolar (Censo da Educação Básica). Além disso, está previsto o monitoramento e a avaliação do Programa em si<sup>1</sup>.

Com base nesses componentes de ação do Programa, as principais atividades a serem desenvolvidas, relacionadas ao componente I, são a avaliação nutricional; avaliação da saúde bucal, oftalmológica e auditiva; além da avaliação das condições de saúde nas perspectivas clínica e psicossocial, principalmente em relação ao calendário vacinal e à detecção precoce da Hipertensão Arterial Sistêmica. Em relação às ações de Promoção da Saúde e Prevenção de Agravos e Doenças, os focos são a promoção da segurança alimentar, da alimentação saudável e da saúde bucal; prevenção do uso de álcool, tabaco e outras drogas; promoção de atividades físicas; educação para a Saúde Sexual, Saúde Reprodutiva e Prevenção das DST/AIDS (SPE-MS);

promoção da Cultura de Paz e prevenção dos diversos tipos de violência; e promoção do desenvolvimento sustentável.

De acordo com o Ministério da Educação<sup>67</sup> o PSE, mais do que uma estratégia de integração das políticas setoriais, propõe-se a ser um novo desenho das políticas de educação e saúde, uma vez que as considera parte de uma formação ampla para a cidadania e usufruto dos direitos humanos. Com base nos documentos normativos do programa, a intervenção permitirá a ampliação das ações realizadas no âmbito da saúde e da educação, visando à atenção integral à saúde de crianças e adolescentes, articulação de saberes, participação de estudantes, pais, comunidade escolar e sociedade em geral na construção e controle social da política pública<sup>67</sup>.

Com a intenção de beneficiar a população, no ano de 2008, o Programa priorizou os municípios considerados pelo programa “*Mais Educação*”<sup>h</sup> e os que possuíam cobertura da Estratégia de Saúde da Família. Além disso, dentre os critérios de adesão para o PSE inserem-se os municípios com Índice de Desenvolvimento da Educação Básica (IDEB) menor ou igual a 2,69, nos anos iniciais do ensino fundamental, e que tenham 100% de cobertura populacional por ESF; os municípios com os 20 menores IDEB abaixo da média nacional e os municípios que possuam em seu território escolas participantes do Programa “*Mais Educação*”<sup>68</sup>. Esses são critérios repactuados a cada ano pela Comissão Intersetorial de Saúde e Educação na Escola – CIESE e publicados em Portaria.

A CIESE foi instituída por meio da Portaria Interministerial nº 675 de 04 de junho de 2008<sup>69</sup>, pelos Ministérios da Saúde e da Educação, diante da necessidade de promover articulação institucional entre os mesmos, para a execução de ações de saúde nas escolas, de forma transversal e com a participação da comunidade escolar. A Portaria teve como finalidade estabelecer diretrizes da política de educação e saúde na escola, em conformidade com as políticas nacionais de educação e com os objetivos,

---

<sup>h</sup> O Programa *Mais Educação*, instituído pela portaria normativa interministerial nº 17, de 24 de abril de 2007, visa fomentar a educação integral de crianças, adolescentes e jovens, por meio do apoio a atividades sócio-educativas no contra turno escolar. Segundo o documento de “orientações sobre o PSE para a elaboração dos Projetos Locais”, o Programa *Mais Educação* constitui-se em um dos instrumentos do Plano de Desenvolvimento da Educação (PDE) e propõe a ampliação da jornada e a promoção de um conceito de Educação Integral e Integrada.

princípios e diretrizes do SUS. Essa comissão, além de ter como principal função a articulação desses setores, tem como competência o acompanhamento da execução do Programa Saúde na Escola – PSE, sendo de coordenação do Ministério da Saúde.

No documento de orientação que apresenta o Programa Saúde na Escola aos profissionais e gestores da saúde e da educação<sup>70</sup> consta que o PSE deve ser implantado nos municípios que aderirem ao Programa e que tiverem as ESF implantadas. Além disso, faz referência ao fato de que o sucesso do Programa está no compromisso e na pactuação entre os entes federados, bem como na articulação em todas as esferas dos setores Saúde e Educação<sup>70</sup>.

O documento considera, ainda, que cada contexto local tem características culturais próprias e as práticas devem buscar garantir a construção compartilhada de saber, considerar os diferentes contextos em que são realizadas e respeitar tanto o saber popular quanto o formal<sup>70</sup>. Conforme descrito na Portaria nº 1.861, de 4 de setembro de 2008<sup>68</sup>, do Ministério da Saúde, as ações inovadoras de saúde na educação deverão, progressivamente, ser incorporadas ao Projeto Político Pedagógico da escola, para isso é fundamental a participação ativa dos diversos integrantes da comunidade escolar, dos profissionais de saúde e, principalmente, dos adolescentes e jovens na construção do programa em cada realidade local.

A Portaria nº 1.861 (2008)<sup>68</sup> estabelece os recursos financeiros e os critérios de adesão ao PSE para municípios com equipes de Saúde da Família, priorizados a partir do Índice de Desenvolvimento da Educação Básica (IDEB). A Portaria também define a criação de Grupo de Trabalho Intersetorial (GTI), a partir da nomeação, por parte dos gestores municipais, de representantes das Secretarias de Saúde e Educação. Uma das responsabilidades do GTI é a elaboração do Projeto do PSE para o respectivo município<sup>68</sup>.

Os recursos do PSE são repassados pelo Ministério da Saúde (MS) para as Secretarias Municipais de Saúde, a partir do componente variável do Piso da Atenção Básica (PAB)<sup>i</sup> da Estratégia Saúde da Família, considerando que

---

<sup>i</sup> Uma apresentação com orientações do Tesouro Nacional sobre PAB pode ser encontrada no endereço eletrônico: [http://www.tesouro.fazenda.gov.br/contabilidade\\_governamental/download/relatorios/Apresentacao\\_PSF.pdf](http://www.tesouro.fazenda.gov.br/contabilidade_governamental/download/relatorios/Apresentacao_PSF.pdf)

várias ações desenvolvidas pelo Programa estão diretamente vinculadas às rotinas realizadas pelas ESF. A regulamentação do repasse de recursos consta também na portaria nº 3.146, de 17 de dezembro de 2009<sup>71</sup>, que estabelece os recursos financeiros para Municípios com ESF que aderirem ao PSE. Esta Portaria atualiza as outras (1.861/2008 e 2.931/2008<sup>73</sup>), que estabeleceram os recursos financeiros do PSE, e apresenta, ainda, os critérios e o passo a passo para a elaboração do plano de ação do projeto de adesão do PSE. De acordo com o inciso 1º do artigo 2º desta Portaria, o valor dos recursos financeiros referentes à adesão ao PSE corresponde a uma parcela extra do incentivo mensal às ESF que atuam nesse Programa.

Este recurso destina-se à implantação do conjunto de ações de promoção, prevenção e atenção à saúde, realizadas pelas ESF de forma articulada com a rede de educação pública básica e em conformidade com princípios e diretrizes do SUS. Para que o município receba, é necessário que as ESF estejam cadastradas no sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) e identificadas como atuantes no PSE<sup>71</sup>. Vale destacar que, apesar de ser um Programa de enfoque intersetorial, o financiamento parte apenas do setor saúde, tendo a educação uma participação apenas no fornecimento do material para implementação das ações do Programa, porém as Portarias não explicitam esses materiais.

De acordo com o documento “Passo a Passo PSE”<sup>63</sup>, publicado pelos Ministérios da Saúde e da Educação no ano de 2011, após a assinatura do Termo de Compromisso, o município recebe 70% do valor total do recurso financeiro do PSE e os 30% restantes, são pagos após o cumprimento de 70% das metas pré-determinadas. Estas informações estão contidas também na Portaria nº 1.910, de 8 de agosto de 2011, que estabelece o Termo de Compromisso Municipal como instrumento para o recebimento de recursos financeiros do PSE<sup>72</sup>. Esta Portaria define, ainda, as metas do programa a partir de seus componentes, sendo estipulado para o componente I, de avaliação clínica e psicossocial, que cada ESF deve atender no mínimo 500 escolares por ano e para o componente II, de promoção e prevenção à saúde dos escolares, o atendimento de 1000 escolares por ano ou 100% dos escolares, em caso inferior a 1000 escolares. Cabe ressaltar que no período de

realização das entrevistas essas metas não estavam disponíveis e também não foram mencionadas pelos gestores e profissionais entrevistados.

A definição das metas de cobertura das ações do Programa é de responsabilidade do GTI Municipal e são pactuadas a partir da adesão do Termo de Compromisso. Nesse Termo, os gestores se comprometem com um conjunto de metas anuais de cobertura de educandos beneficiados pelas ações do PSE, e vinculam as ESF às escolas do território de responsabilidade. De acordo com o documento “Passo a Passo PSE”<sup>63</sup>, as metas pactuadas de implantação/implementação das ações serão monitoradas por meio do Sistema Integrado de Monitoramento Execução e Controle (SIMEC)<sup>j</sup>. É por meio deste Sistema que os gestores municipais cadastram as informações acerca do Programa e identificam as ações e metas pactuadas. Posteriormente, este mesmo Programa deve ser utilizado pelas ESF e escolas para preenchimento do conjunto de ações em execução a cada seis meses.

Na sequência, desde 2008, outras Portarias<sup>68, 69, 71 - 74</sup> foram e estão sendo publicadas no sentido de alterar algumas legislações vigentes e de simplificar o processo de implementação e credenciamento do PSE para a realização, o quanto antes, das ações de saúde nas escolas. Para fomentar o processo de implementação do Programa e fortalecer as parcerias com as Secretarias Estaduais de Saúde e Educação, os Ministérios vêm realizando, desde abril de 2009, oficinas de trabalho com os municípios que aderiram ao PSE.

Convém destacar que o grande desafio enfrentado na implementação do PSE é exatamente a ruptura da lógica do paradigma biomédico de atenção à saúde, que visa principalmente à assistência médica – que de alguma forma tem perdurado na trajetória da saúde escolar –, bem como reforçar o debate atual da PS. A escola é identificada enquanto um espaço favorável à construção de ambientes saudáveis e ao desenvolvimento de ações locais mais sustentáveis, com foco na qualidade de vida, principalmente em territórios marcados pela vulnerabilidade. Nesta lógica, as ações devem representar

---

<sup>j</sup> SIMEC - Portal operacional e de gestão do MEC, que trata do orçamento e monitoramento das propostas on-line do governo federal na área da educação. É no SIMEC que os gestores verificam o andamento dos Planos de Ações Articuladas em suas cidades. Encontrado no endereço eletrônico: [http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com\\_content&view=article&id=143:simec&catid=114:sistemas-do-mec&Itemid=187&msg=1](http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_content&view=article&id=143:simec&catid=114:sistemas-do-mec&Itemid=187&msg=1)

mudanças e transformações sociais, fundamentando-se nos princípios da participação social, do empoderamento, da autonomia e da intersectorialidade, vinculados à discussão do SUS e da PS.

A proposta do PSE traduz-se em uma iniciativa de política integrada que considera os princípios da PS e valoriza a intersectorialidade, estimulando a articulação dos diversos setores da sociedade, em particular a saúde e a educação, e contribuindo para o enfrentamento dos principais problemas da comunidade escolar. Para alcançar a efetividade das ações, nesta perspectiva, é essencial a construção de novos arranjos institucionais integrados, intersectorializados e participativos; a ressignificação da escola enquanto espaço de construção de territorialidades e subjetividades; a discussão sobre os determinantes sociais; e o fortalecimento da participação da comunidade escolar e de gestão participativa do SUS<sup>4</sup>.

Considerando a complexidade dos programas de PS, que requerem abordagens amplas e diferenciadas tanto no desenvolvimento de suas ações quanto em seu processo avaliativo, este estudo buscou, por meio de uma pesquisa avaliativa, analisar uma experiência local de implementação do PSE, identificando os principais aspectos da articulação entre os setores da saúde e da educação. Deste modo, procurou-se identificar como se dá a articulação entre os setores no Programa, os pontos facilitadores e os obstáculos para essa integração, bem como as principais concepções e estratégias para colocar em prática a intersectorialidade e romper com o caráter prescritivo e desarticulado de algumas ações desenvolvidas no ambiente escolar. Sendo assim, a proposta foi realizar uma avaliação reflexiva, considerando o contexto local e os atores envolvidos. Para tanto, o capítulo seguinte descreve a abordagem metodológica escolhida e as técnicas de pesquisa.

## Capítulo 2: Abordagem Metodológica

Considerando que a Carta de Ottawa (1986) foi um marco para mudanças profundas nas práticas de saúde e para o desenvolvimento de políticas e programas com base em princípios de participação, autonomia empoderamento e desenvolvimento sustentável, as pesquisas avaliativas de programas sociais tendem a tomar outros rumos<sup>75</sup>. Entretanto, observa-se ainda, a reprodução de modelos tradicionais, com atividades padronizadas que são prescritas como um conjunto de práticas corporais ou comportamentais para a redução do risco na população. Com base nesta discussão, Potvin et. al.<sup>75</sup> afirmam que essas novas propostas de intervenção, resultantes da Carta de Ottawa, apresentam-se como um desafio, pois implicam mudança no paradigma de planejamento dos programas, com envolvimento de múltiplos atores e outros saberes, bem como impõem a necessidade de repensar modelos avaliativos que permitam problematizar as ações desenvolvidas em programas voltados para mudança da realidade.

Na perspectiva de avançar em enfoques mais abrangentes, há uma tendência a trazer as questões de saúde para esfera social, possibilitando ampliar as propostas clássicas de programas de saúde para ações que incorporem os determinantes de saúde e visem a mudanças sociais<sup>14, 75</sup>. Neste sentido, a avaliação desses programas requer uma abordagem que promova uma reflexão sistemática de suas práticas, considerando contextos e rede de atores, entendendo que os programas podem ser monitorados e seus mecanismos transformados e adaptados<sup>75</sup>. Potvin et. al.<sup>75</sup> afirmam ainda, que propostas avaliativas que consideram os programas como meros objetos, aplicáveis a qualquer contexto de maneira indiscriminada, não permitem identificar a dinâmica e a natureza social das intervenções<sup>75</sup>.

Segundo Pawson & Tilley<sup>76</sup> a avaliação é um campo do conhecimento bastante recente, entretanto, amplamente utilizada e ainda em construção, com diversas tipologias e discussões conceituais. Muitos autores<sup>14, 76 - 79</sup> consideram que a avaliação orienta a tomada de decisões servindo para melhorar a prestação de um serviço ou aumentar a efetividade e a eficácia de um programa ou política pública. A área contempla desde autores clássicos até autores mais contemporâneos, que questionam a perspectiva tradicional de

avaliação de impactos e resultados<sup>75 - 77, 79, 80</sup> dos programas de saúde pública, que, em geral, define o destino desses programas. Para a avaliação de políticas e programas sociais, alguns autores<sup>75, 76, 79</sup> consideram esse tipo de avaliação, também chamado modelo “caixa preta”, bastante reducionista, pois se baseia em um modelo experimental onde o avaliador tem o controle total das variáveis, estabelecendo uma relação direta de causa e efeito. Com isso, ignora a possibilidade de qualquer influência das características do contexto e da implementação, bem como os passos intermediários para alcançar resultados.

Vale destacar que a avaliação é marcada pela preocupação em contribuir para a solução de problemas, a partir de um julgamento de valor acerca de uma intervenção ou um programa, enquanto uma pesquisa avaliativa pressupõe a produção de um novo conhecimento, por meio da investigação científica<sup>81</sup>. Na pesquisa avaliativa, portanto, seus objetivos, natureza e tipo de avaliação são definidos a partir de um conjunto de decisões que integram o desenho avaliativo do pesquisador<sup>80</sup>. Nesse processo é importante destacar que o pesquisador deve assumir uma posição frente aos diversos modelos conceituais e metodológicos de avaliação, tais como avaliação somativa ou formativa, de processo ou de resultado, baseada em *stakeholders*, na teoria do programa, entre outros<sup>76</sup>.

Uma pesquisa de avaliação de políticas públicas pode ser considerada *policy oriented* quando seus objetivos permitem detectar obstáculos e dificuldades, propondo correções e alterações de programas para a melhoria da qualidade do processo de implementação e do desempenho da política, disseminando ainda lições e aprendizagens<sup>80</sup>. Para Draibe (2001)<sup>80</sup>, pesquisas com foco no desenho, nas características organizacionais e de desenvolvimento dos programas são consideradas avaliações de processo, ou também denominadas por alguns autores como avaliação de implementação, a partir da qual se pode identificar os fatores que influenciaram o alcance dos resultados de um dado programa.

Esse trabalho foi desenvolvido com base na premissa de que a avaliação tem um papel fundamental no acompanhamento de todas as etapas do ciclo da política pública (*policy cycle*), subsidiando e reorientando os processos decisórios e a própria política pública<sup>80, 82</sup>. Sendo assim, para

análise de um programa importa saber, não somente os resultados alcançados, mas avançar para além, identificando como os processos vêm ocorrendo, suas principais dificuldades para o alcance dos resultados e as facilidades encontradas no decorrer de sua implementação.

As etapas que constituem o ciclo de vida de uma política (*policy cycle*) incluem a construção da agenda, formulação, implantação, implementação e avaliação<sup>80, 82</sup>. Na visão clássica do processo de uma política pública, a implementação seria apenas a fase subsequente à formulação, constituída a partir de um diagnóstico prévio, com metas e recursos já definidos em seu planejamento e com seus resultados pré-definidos<sup>78</sup>. Essa perspectiva de implementação da política de “cima para baixo” ficou conhecida como *top down*, ou seja, após definida a política, esta seria implementada exatamente como seu desenho original, desconsiderando influências externas ou internas<sup>60</sup>. Entretanto, conforme afirma Silva e Melo<sup>78</sup>, as etapas do ciclo da política não representam um processo simples e linear, em geral são bem dinâmicas e complexas, e durante sua implementação também ocorrem processos decisórios que podem contribuir, inclusive, para a formulação de outra política. Essas etapas do programa são caracterizadas por um complexo processo de negociações, fortemente influenciado pelos distintos interesses dos atores envolvidos<sup>78, 83</sup>.

Segundo Arretche<sup>83</sup>, na formulação de uma política ou programa seus objetivos e estratégias expressam as decisões e as preferências de uma autoridade central, enquanto que na implementação esses objetivos e estratégias, inevitavelmente, sofrerão (re) traduções a partir da perspectiva do implementador. Nesta lógica, é importante lembrar as contribuições de Draibe<sup>80</sup>, ao destacar que programas são desenvolvidos por pessoas e para pessoas, sendo assim, as pessoas ou grupos que gerenciam e implementam um programa o fazem segundo seus valores, interesses, perspectivas, que não são consensuais e nem unânimes. É um processo que envolve uma série de relações, negociações, disputas, conflitos, consensos e graus de adesão diferenciados entre os atores envolvidos, levando inclusive a mudanças no desenho original do programa<sup>83</sup>. Para Arretche<sup>83</sup> todos esses aspectos devem ser incorporados na análise de implementação, em particular a influência do contexto nesse processo.

Ao afirmar a importância do contexto, das divergências e disputas de interesse e também fluxos de cooperação e diálogo, Rootman et. al.<sup>84</sup> consideram necessário compreender como os programas foram desenhados, suas dimensões ou componentes de fato implementados e modificados. Tais aspectos possibilitam mostrar que o contexto em que o programa está inserido influencia tanto na sua implantação quanto nas mudanças produzidas, dificultando a aplicação de uma avaliação baseada apenas em efeitos e impactos<sup>85</sup>.

É importante destacar que os programas sociais de desenvolvimento local e de PS, são desenvolvidos com o foco na intersetorialidade e na participação, baseando-se em princípios como equidade e *empowerment*<sup>45</sup>. Tais programas visam a mudanças sociais abrangentes, na tentativa de superar as propostas assistencialistas e as práticas políticas tradicionais e fragmentadas que tornam a população dependente. Para Magalhães e Bodstein<sup>61</sup>, assim como para Weiss<sup>79</sup> em sua análise das iniciativas comunitárias, esse tipo de programa pressupõe a efetiva participação em todos os processos de seu desenvolvimento, propondo gestão integrada, formação de parcerias e participação comunitária. Deste modo, é necessário considerar a complexidade da dinâmica desses programas, as ações intersetoriais, os objetivos multiestratégicos, seu processo de implementação, entre outros aspectos. Neste caso, a avaliação pode ser entendida como uma forma de contribuir para o processo decisório, na medida em que produz conhecimento sobre a relevância dos objetivos, a relação entre estes e os resultados alcançados e a coerência entre as atividades programadas<sup>84, 85</sup>. Sendo assim, alguns elementos são cruciais à análise de programas, com propostas intersetoriais, quais sejam, as redes de mobilização, o perfil de atores envolvidos, os tipos de incentivos os níveis de integração institucional<sup>61</sup>.

Segundo Potvin et. al.<sup>85</sup>, os programas sociais devem ser vistos como “sistemas vivos”, ou seja, sistemas de ação que visam modificar aspectos do contexto, ao mesmo tempo em que são modificados por este. Entendendo contexto enquanto ambiente (espaço) de ação num determinado tempo; as interações entre os atores envolvidos e as suas diversidades; e também as relações de poder entre os indivíduos. E os atores envolvidos como sendo tanto os que desenvolvem/planejam o programa, como os que executam e os

que participam (público alvo), considerando as interações e os saberes cotidianos entre esses atores.

Nesta linha, deve-se compreender que os programas constituem-se a partir de uma rede complexa de circuitos políticos, envolvendo atores e interesses, que vão definir e transformar objetivo e atividade ao longo da implementação do programa, bem como responder pela diversidade de efeitos, incluindo resultados previstos e imprevistos<sup>45, 78</sup>. Sendo assim, as contribuições de Potvin *et. al.*<sup>14</sup> demonstram que o programa é um objeto em transformação, com todos os sujeitos implicados formando rede de relações.

*“Desse modo, considerar todos os atores pertinentes como fazendo parte do espaço de um dado programa permite situar a avaliação como um conjunto de ações e de atores em relação com o programa e, portanto, potencialmente implicados na sua transformação”<sup>14</sup> (p. 16).*

Este enfoque avaliativo propõe-se a compreender os motivos pelos quais os programas apresentam determinados resultados e não apenas a dizer se a intervenção foi bem sucedida ou não. Pressupõe a compreensão dos elementos constitutivos do programa e de suas características multiestratégicas, considerando, além dos aspectos já mencionados, a teoria do programa<sup>45, 61</sup>. Nessa discussão, é preciso considerar as contribuições de Chen<sup>15</sup> e Weiss<sup>79</sup> ao destacarem que os programas possuem teorias que lhes sustentam, e que, em geral, são contextualizados e implementados nos espaços sociais complexos.

De acordo com Chen<sup>15</sup> e Weiss<sup>79</sup> teorias sustentam os programas e revelam os pressupostos que relacionam objetivos, metas e resultados. A abordagem centrada na teoria do programa permite a análise do mesmo como um todo, ao evidenciar os fatores e os processos que originam os efeitos observados<sup>86</sup>. A construção do modelo teórico do programa relaciona seus resultados esperados com as ações e estratégias desenvolvidas para atingir seus objetivos. O PSE visa melhorar as condições de saúde no ambiente escolar, ampliando as ações de saúde para os estudantes, e tem como base a perspectiva da PS e da atenção integral à comunidade escolar. Neste contexto, as ações de saúde no PSE integram práticas desenvolvidas no ambiente escolar e na unidade de saúde, considerando em seus objetivos a importância

dessa articulação para alcançar os resultados esperados de uma escola produtora de cidadania<sup>52</sup>.

Manzmanian & Sabatier<sup>86</sup> afirmam, também, a necessidade de incorporar à avaliação questões relacionadas à teoria do programa, identificando nesse processo a estrutura técnica disponível, a relação entre os níveis de gestão e a população alvo. Eles consideram que o processo de implementação de uma política sofre influência de variáveis contextuais, tais como a complexidade do problema a ser atingido, disputas de metas, consistência de estrutura decisória e desenho operacional, não adesão, alternância de poderes, liderança de atores envolvidos, entre outras variáveis.

Neste sentido, de acordo com Chen<sup>15</sup>, conhecer a teoria do programa e a teoria da ação ou da implementação se faz necessário, uma vez que os problemas relacionados ao fracasso do programa podem ser em função de falhas nestas teorias. Para Weiss<sup>79</sup> uma pesquisa avaliativa que leva em consideração a teoria do programa pode orientar a avaliação, focando a atenção e os recursos nos aspectos-chave do programa, permitindo acúmulo de conhecimento e o acompanhamento das variáveis do contexto que influenciam o mesmo. Além disso, possibilita identificar os principais pressupostos utilizados e incorporados, as convergências e divergências entre atores envolvidos e os fatores que afetam o alcance dos objetivos legais e das metas previstas na formulação, auxiliando na (re) formulação dos programas, no seu aperfeiçoamento e na construção de aprendizados<sup>77, 79, 87</sup>.

Esse arcabouço teórico e a apropriação dos conceitos acima descritos tornam-se importantes para a realização de um estudo que visa acompanhar o processo de implementação do PSE, na perspectiva da intersectorialidade. Nesse processo esta pesquisa procurou, além de identificar os atores envolvidos no PSE na região de Manguinhos, conhecer as principais concepções e estratégias dos atores para desenvolver as atividades previstas pelo programa e apontar os fatores que facilitam ou dificultam a articulação intersectorial. Com base nos aspectos citados, em relação à abordagem avaliativa, às características de programas de promoção da saúde e à necessidade de se considerar sua teoria e as influências do contexto, essa pesquisa foi realizada utilizando a metodologia de estudo de caso. De acordo com Yin<sup>13</sup>, o estudo de caso possibilita investigar ou compreender um

fenômeno contemporâneo no contexto a ser analisado, ou seja, em tempo real, principalmente quando os limites entre o fenômeno e o contexto não estão bem definidos.

Para Denis & Champagne<sup>16</sup> essa estratégia metodológica do estudo de caso mostra-se bastante favorável e promissora nos estudos de implementação, pois possibilita explicar o fenômeno, a partir da própria lógica da estrutura existente entre seus elementos constituintes. Tal estratégia possibilita maior aproximação dos atores-chave, identificação dos diversos efeitos previstos e imprevistos com a implementação do programa e maior conhecimento do programa no nível local<sup>46</sup>. Vale acrescentar que nos estudos de caso as suposições iniciais podem ou não ser confirmadas, mas frequentemente são enriquecidas por outras, surgidas no caminho. Tem uma natureza flexível que favorece exatamente o crescimento do âmbito do estudo para abrigar novas suposições que expliquem os problemas e questões constatados<sup>88</sup>.

O presente estudo se constituiu-se como uma pesquisa qualitativa que, segundo Minayo<sup>89</sup>, envolve o universo de significados, motivações, aspirações, crenças, valores, atitudes dos entrevistados. É um método que revela processos sociais ainda pouco conhecidos, referentes a grupos particulares e propicia, durante a investigação, a construção de novas abordagens, revisão e criação de conceitos e categorias<sup>89</sup>. A abordagem qualitativa privilegia sujeitos sociais que detêm os atributos que o investigador pretende conhecer, além disso, considera um número suficiente de indivíduos para permitir uma certa reincidência das informações, não desprezando informações ímpares que podem ser relevantes<sup>89</sup>. Esse tipo de abordagem requer o aprofundamento e a abrangência da compreensão, seja de um grupo social, de uma organização, de uma instituição ou de uma representação, assim como nos estudos de caso, que possibilitam uma investigação mais abrangente e em profundidade de um fenômeno específico que está completamente relacionado ao seu contexto<sup>16, 89</sup>.

## **2.1 Cenário da pesquisa**

O local de realização da pesquisa foi a região de Manguinhos. Dentre os motivos para esta escolha estão a minha participação no projeto de pesquisa explicitado anteriormente, bem como as diversas transformações e processos políticos, estruturais e econômicos que tem ocorrido na região, além de ser importante cenário de pesquisa, pela presença da FIOCRUZ. É um território marcado por inúmeras vulnerabilidades sociais, pela violência e pelo acesso restrito a serviços básicos, como saúde, educação e cultura / lazer<sup>19-21</sup>.

As principais transformações ocorridas em Manguinhos estão relacionadas às obras do Programa de Aceleração do Crescimento (PAC) e à ampliação da Estratégia de Saúde da Família a partir do projeto Territórios Integrados da Atenção a Saúde (TEIAS). Outra questão importante é a coordenação e gestão das ESF que, atualmente, estão na responsabilidade da FIOCRUZ, por meio do projeto Teias Escola-Manguinhos.

O PAC é um investimento de infraestrutura (transporte, energia, saneamento, habitação e recursos hídricos) do governo federal, em parceria com o governo estadual, aliado a medidas econômicas, que tem como objetivo estimular os setores produtivos e levar benefícios sociais para todas as regiões do país, reduzindo desigualdades regionais e sociais. Está em sua segunda fase de execução, incorporando mais ações nas áreas social e urbana, quando comparamos à primeira fase<sup>k</sup>. O TEIAS é uma das estratégias de atenção à saúde, proposta pelo Ministério da Saúde para organizar as unidades de apoio, e referência para a atenção básica em Territórios Integrados de Atenção à Saúde (TEIAS), ampliando a abrangência e a resolutividade das ações das ESF e expandindo a rede de atenção<sup>l</sup>. São realidades que podem influenciar o contexto e o processo de implementação de um programa na região.

Além das influências locais, é importante considerar o histórico do programa no município do Rio de Janeiro antes da criação do PSE Nacional em 2007. O município já apresentava algumas experiências locais de Escolas Promotoras de Saúde e possuía uma Coordenação do Programa Saúde

---

<sup>k</sup> Disponível em: <http://www.brasil.gov.br/pac/conheca>.

<sup>l</sup> Disponível em: [http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/projeto\\_territorios\\_versao\\_fev2010.pdf](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/projeto_territorios_versao_fev2010.pdf).

Escolar, que tinha a proposta de integração das Secretarias de Saúde, Educação e Assistência Social. Com a instituição do PSE Nacional, o Município se organizou para aderir ao programa, a partir de suas características municipais, criando os Grupos de Trabalhos Intersectoriais (central e regional) e desenvolvendo estratégias de integração entre os setores saúde, educação e assistência social e outras instituições. Vale destacar que uma das especificidades do município em relação ao programa Federal é o envolvimento da assistência social no planejamento e execução das ações do programa, sendo assim, a pesquisa também considerou esses profissionais na realização das entrevistas. O município também conseguiu negociar a inserção das creches nas atividades do PSE, porém a atuação prioritária estava sendo nas escolas. Além disso, o programa no Rio de Janeiro contou com um investimento financeiro proveniente da SME, com recursos do tesouro municipal que tem contribuído para vislumbrar novos rumos em sua implementação.

A proposta do PSE tem seu enfoque nos paradigmas da PS, visando à intersectorialidade e à formação de parcerias entre atores e instituições envolvidas. Convém ressaltar que é uma proposta que se confronta com a estrutura e a cultura político-administrativa do nosso País, dividida em setores e hierarquias independentes, o que pressupõe mudanças estruturais e organizacionais importantes nos aparatos públicos, para viabilizar a realização desta proposta. Entretanto, a partir da experiência municipal no programa saúde escolar e das características da gestão da Prefeitura do Rio de Janeiro em integrar as políticas sociais, o município tem um histórico de tentativa de integração entre os setores que pode representar o início de uma colaboração intersectorial e o avanço dessas questões. Desta forma, o estudo procurou identificar os principais fatores e mecanismos viabilizados pela estrutura política que possam interferir na formação de parcerias, além das ações integradas e articuladas entre os setores e atores envolvidos em torno do programa.

## **2.2 Técnicas e instrumentos para a coleta dos dados**

Esta pesquisa ocorreu ao longo dos anos de 2010 e 2011, foi aprovada pelos Comitês de Ética em pesquisa da Escola Nacional de Saúde Pública - ENSP/FIOCRUZ e da Prefeitura do Rio de Janeiro. Considerando as disposições éticas, todos os participantes foram esclarecidos sobre os objetivos, a metodologia, os benefícios e os riscos de participação no estudo, por meio do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (anexo 5), garantindo-lhes o sigilo, o anonimato e o direito de retirar-se a qualquer momento sem prejuízos.

A estratégia metodológica privilegiada por essa pesquisa, conforme já apresentada, foi o estudo de caso, por ser uma abordagem que permite entender a implementação da política no contexto local, possibilitando problematizar os limites e potencialidades identificados no processo de construção da intersetorialidade, a partir da análise do PSE. É considerada uma estratégia de pesquisa relevante para estudar as condições contextuais e dos processos de implementação local das ações do programa<sup>13</sup>. Essa metodologia de pesquisa é muito utilizada quando se quer responder a questões do tipo “como” e “porque”, quando o pesquisador não tem controle sobre os acontecimentos e quando se pretende estudar um fenômeno inserido em um contexto de vida real<sup>13</sup>.

Voltada para o cotidiano dos processos de trabalho e dos serviços de saúde, educação e assistência social no âmbito do programa estudado e considerando que alguns aspectos podem ser melhor observados nessas circunstâncias, esta pesquisa foi desenvolvida a partir de uma perspectiva qualitativa. Considerando que o estudo de caso pode contemplar várias fontes de evidências, sendo complementares entre si<sup>13</sup>, além do levantamento de informações a partir de documentos oficiais e publicações, houve o acompanhamento das reuniões realizadas pelos grupos gestores e locais envolvidos com o PSE e a aplicação de entrevistas com os mesmos. A entrevista é um método fundamental de coleta de dados em pesquisa qualitativa na área da saúde, pois, segundo Minayo<sup>89</sup>, é uma forma de se produzir conhecimento sobre um determinado tema, de uma dada realidade. A entrevista precisa incorporar o contexto de sua produção e, sempre que

possível, pode ser acompanhada pela observação do campo, considerando as percepções do pesquisador<sup>89</sup>.

Neste sentido, foram realizadas dezessete entrevistas, sendo oito com profissionais do nível da gestão (central e regional) do PSE, ou seja, os que compõem o GTI (central) e o NSEC4 (regional). Dentre esses profissionais, estavam os respectivos representantes de cada secretaria (saúde, educação e assistência social). Em relação aos representantes da gestão do Teias Escola-Manguinhos foram entrevistadas duas pessoas, e da região de Manguinhos (nível local) envolvidos com o programa nas escolas e unidades de saúde da área, foram entrevistados sete profissionais, sendo cinco da educação e dois da saúde.

Com o objetivo de garantir o sigilo da identidade dos sujeitos, os nomes dos entrevistados foram substituídos por códigos correspondentes aos cargos que representavam no momento da pesquisa, seguidos de um número sequencial de acordo com a ordem da entrevista. Para os representantes do GTI, utilizou-se o código GTI - 1, 2 e 3; para os representantes dos Núcleos, NSEC4 – 1, 2, 3, 4, 5; para os representantes do Teias-Escolas Manguinhos, o código adotado foi TM – 1 e 2; para os representantes da saúde no nível local consideramos PS – 1 e 2 (Profissional de Saúde) e para Educação PE – 1, 2, 3, 4, 5 (Profissional da educação).

As informações foram coletadas a partir de roteiros semiestruturados (anexos 1, 2, 3 e 4), de forma que os entrevistados pudessem expressar sua visão e experiência acerca do tema. De acordo com o nível de gestão e a especificidade do profissional entrevistado, os roteiros sofreram algumas adaptações. Em linhas gerais, o objetivo dos roteiros foi identificar concepções, abordagens sobre o PSE, desafios e obstáculos no processo de implementação, estratégias avaliativas utilizadas e pontos positivos. Também foram exploradas as estratégias de fortalecimento para articulação entre os setores e as relações (positivas ou negativas) dessa articulação com os resultados do programa.

Na perspectiva de abordar os aspectos acima citados e considerando o caráter estruturante da intersectorialidade no processo de implementação do PSE, esta pesquisa procurou identificar ações convergentes e/ou divergentes para a articulação entre os setores envolvidos no PSE, a partir das dimensões

previamente selecionadas: a) modelo lógico e funcionamento do programa, visando compreender até que ponto sua estrutura organizacional e suas estratégias de implementação, no contexto local, contribuem para a efetiva articulação entre os setores; (b) ações intersetoriais, a partir desta dimensão foram identificados os atores envolvidos e as articulações estabelecidas ao longo do programa, bem como as características e referenciais teóricos que embasam as ações intersetoriais. A dimensão das (c) concepções acerca da intersectorialidade possibilitou agregar informações sobre as principais concepções dos atores envolvidos e seus pontos de convergência para um trabalho de integração das políticas. Por fim, (d) avaliação do programa, considerando os fatores que facilitam ou dificultam a articulação intersectorial.

Essas dimensões também foram utilizadas para a análise do estudo. Destaca-se ainda, que para estruturar as informações coletadas por meio das entrevistas e das observações nas reuniões oportunamente acompanhadas, bem como para aprofundar a análise do material, foram utilizadas referências, tais como legislações, portarias, documentos, levantamentos bibliográficos e publicações sobre a temática. As falas foram transcritas em textos e analisadas sistematicamente associando-as com as observações do campo, de modo a compreender o processo de implementação do PSE no território de Manguinhos, a partir da experiência prévia do município e das dinâmicas e processos instituídos no período de análise.

A análise de implementação de um programa social nos permite utilizar diversos métodos articulados, considerando o contexto, a visão dos atores a partir de sua posição, o processo de formulação e execução do programa e o desenvolvimento de suas atividades no cotidiano dos serviços. Em relação aos dados levantados nas entrevistas, estes foram analisados considerando a análise de conteúdo, que concentra em afirmações sobre determinado assunto<sup>89</sup>. Essa proposta de análise, segundo Bardin<sup>90</sup>, se refere a um conjunto de técnicas de análise das comunicações, que tem como objetivo obter a descrição dos conteúdos das mensagens. A partir da análise de conteúdo, pode-se caminhar na descoberta do que está por trás das mensagens reveladas, para além das aparências do que está sendo comunicado.

Para Gomes<sup>91</sup>, a fase da análise e interpretação dos dados é a etapa mais importante da pesquisa, e está totalmente relacionada com as etapas que

precedem sua realização, pois é o momento de olhar atentamente para os dados coletados. Além disso, em pesquisa qualitativa essa análise inicia-se ainda durante a coleta de informações. Esse processo permite fazer inferências e identificar áreas que precisam ser mais exploradas, aspectos que devem ser enfatizados ou eliminados e novas direções a serem tomadas.

Ludke<sup>88</sup> afirma que durante a análise e a descrição do caso o pesquisador precisa fazer escolhas em relação aos pontos relevantes que farão parte de sua descrição, diante de seu vasto material coletado. Nesse processo, a seleção torna-se restrita a determinadas questões, uma vez que o pesquisador tem que eleger alguns dos aspectos mais representativos da realidade e aprofundá-los. Sendo assim, a análise dos dados, no âmbito dessa pesquisa, se ateuve à análise dos fatores facilitadores ou impeditivos colocados na trajetória do programa, ao exame dos atores envolvidos, dos papéis que desempenham e das interações entre eles e o contexto de implementação do programa.

Outro ponto importante a se destacar durante a análise dos dados são as categorias, que segundo Gomes<sup>91</sup>, abrangem elementos ou aspectos com características comuns ou que se relacionam entre si. São empregadas para agrupar elementos, ideias ou expressões em torno de um conceito.

As categorias podem ser estabelecidas antes do trabalho de campo, na fase exploratória da pesquisa, ou a partir da coleta de dados. Para Gomes<sup>91</sup>, o ideal é que o pesquisador defina as categorias antes do trabalho de campo e, também, após a coleta dos dados (as chamadas categorias empíricas), visando à classificação dos dados encontrados em seu trabalho de campo. Para o presente estudo as categorias foram desenvolvidas antes do trabalho de campo, conforme já mencionadas anteriormente, contudo, durante o trabalho de campo algumas novas categorias foram identificadas a partir das informações coletadas, entre elas: a discussão acerca das divisões territoriais de cada setor; sistema de informação e compartilhamento de dados e as especificidades da estratégia municipal do PSE.

Discutimos neste capítulo que o processo de implementação de uma política sofre uma série de influências que vão desde questões ligadas à formulação do Programa e como se desenvolvem na prática suas intervenções, passando pelas interferências dos atores (formuladores, implementadores e

beneficiários) até fatores relacionados ao contexto e a realidade social em que o Programa é implementado. Sendo assim, a implementação é um processo dinâmico de interação, criação e recriação da política pública, que implica em tomada de decisões, além de ajustes incrementais de metas, recursos, prazos, entre outros fatores<sup>60, 83</sup>. Segundo os argumentos de Patton<sup>77</sup>, é um processo que busca compreender como o Programa acontece e a sua dinâmica interna.

Considerando esses aspectos aqui discutidos e a concepção de que os programas são readaptados a partir de suas dinâmicas e atores envolvidos a proposta foi realizar uma análise da articulação entre os setores da educação e da saúde no processo de implementação do PSE em Manguinhos. Buscou-se identificar os atores envolvidos, as parcerias e as sinergias entre as ações e iniciativas realizadas no território, trazendo para a reflexão as possibilidades de arranjos intersetoriais no contexto local e os limites e dificuldades identificados neste processo.

Com base neste referencial teórico, foi importante incorporar aos resultados o cenário no qual o programa é implementado, pois as características do contexto são imprescindíveis para a análise da implementação de um programa, permitindo identificar os principais fatores relacionados à operacionalização do mesmo. Assim, o capítulo a seguir apresenta o cenário municipal de implementação do PSE, explorando inicialmente as principais características e processos que conduziram o programa no município como um todo e, posteriormente, trazendo um retrato do contexto de Manguinhos nesse processo de implementação.

### **Capítulo 3: O Programa Saúde na Escola no contexto local**

O presente capítulo apresenta o percurso das práticas de saúde na escola na cidade do Rio de Janeiro, as principais estratégias utilizadas e as ações realizadas para o desenvolvimento do programa, a partir da experiência municipal. Expõe ainda, como se deu o início da implementação do PSE Nacional com base no que foi instituído pelo decreto presidencial de 2007, apresentando seus principais fluxos e mecanismos, somados às novas estratégias de incentivo municipal incorporadas ao Programa já em curso no município.

Para descrever o contexto de Manguinhos foi traçado um perfil da região a partir de dados sócio-demográficos considerados relevantes para este estudo. Foram identificadas as comunidades que fazem parte da região de Manguinhos, as características do território, os equipamentos públicos e parceiros relacionados com a implementação do programa, entre outros aspectos que promovem a construção desta realidade local.

#### ***3.1 O desenho do PSE no município do Rio de Janeiro***

As ações de saúde na escola, no município do Rio de Janeiro, foram iniciadas na década de 90, com a criação da Gerência do programa de saúde escolar que tinha como foco a integração intersetorial e a descentralização de suas atividades a partir da formação de grupos de trabalho regionais e locais. Essa foi uma estratégia fundamentada no referencial de Macrofunção de Políticas Sociais<sup>m</sup>, proposto pela prefeitura da cidade do Rio de Janeiro<sup>91</sup>, que visava à articulação dos órgãos e gestores no desenvolvimento de políticas públicas de saúde, educação e desenvolvimento social<sup>11</sup>. Essa integração entre os setores foi para além dos órgãos oficiais da prefeitura, havendo interlocução com diversas instituições e atores, entre eles, universidades, diversas secretarias (saúde, educação, esporte, lazer), organizações não

---

<sup>m</sup> Macrofunção de Políticas Sociais – metodologia de trabalho voltada para identificar demandas específicas em diversas áreas da cidade e de integrar ação intersetorial das secretarias da área social com outros movimentos da cidade.

governamentais, entre outros<sup>52</sup>. Esta proposta organizativa do município possibilitou a aproximação da assistência social no processo de estruturação do programa saúde escolar, que passou a se envolver com as ações do programa junto à saúde e à educação.

A partir dos anos 2000, como estratégia para integrar ações de educação e de saúde no âmbito da PS, os gestores municipais do programa saúde escolar desenharam uma proposta de programa que tinha por base os princípios da PS e do SUS. Foi um período de grandes articulações com órgãos internacionais, como a OPAS, e de discussões nacionais para a revisão dos programas de saúde na escola e a implantação da iniciativa Escolas Promotoras de Saúde (EPS). A principal proposta dos gestores no município era desenvolver um programa de saúde escolar com foco na articulação intersetorial, tendo em vista o diálogo, a cooperação e a construção participativa para o alcance de objetivos de PS.

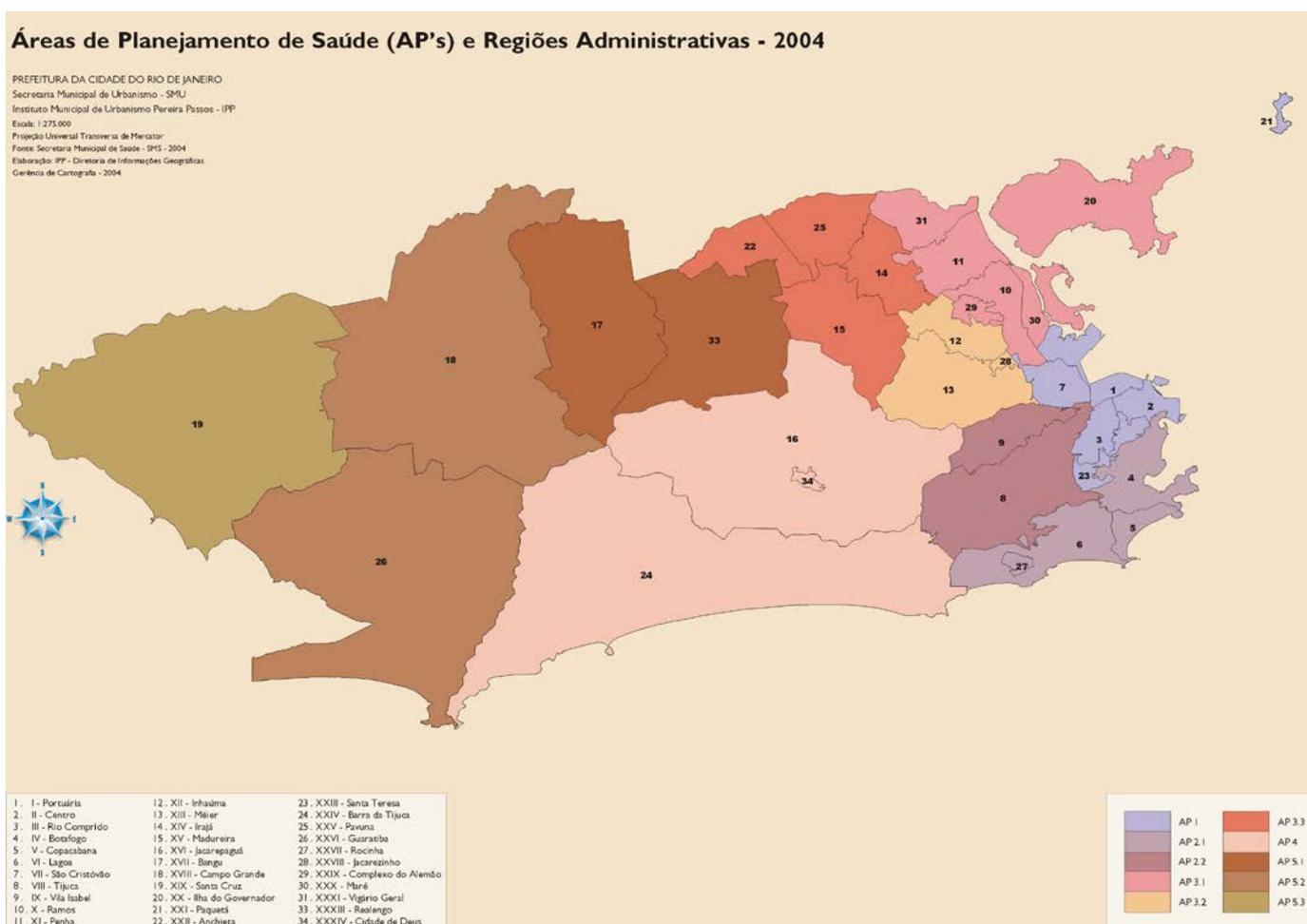
De acordo com Silva<sup>52</sup>, a atuação do município propiciou trocas e reflexões importantes com diferentes instâncias (nacionais e internacionais), no que se refere à implementação de práticas de saúde na escola e aos seus referenciais teóricos, considerando desde os mais tradicionais, centrados na doença, até os mais amplos, voltados para o empoderamento e o fortalecimento da comunidade. Essas discussões repercutiram no âmbito nacional, levando o Brasil a ampliar e enriquecer o debate sobre saúde na escola, bem como a repensar estratégias para construção de programas voltados para a promoção da saúde na escola.

Para compreender o processo de implementação de um programa com tais características, alguns dados históricos, políticos, sociais e demográficos sobre o município são apresentados neste capítulo. Tais dados permitem também compreender como se deu o desenvolvimento histórico do programa, anterior à proposta Federal (PSE - 2007), e sua continuidade a partir desta adesão.

A cidade do Rio de Janeiro é uma das grandes metrópoles mundiais, de referência cultural e política, com grande diversidade social e econômica entre suas regiões. É formada por dez regiões geográficas em seus distritos

sanitários, a partir de um conjunto de regiões administrativas (RA)<sup>n</sup>. Há também a divisão setorial que tem o objetivo de facilitar a administração dos serviços públicos de saúde, educação, assistência social, lazer, entre outros, garantindo um atendimento mais eficiente à população. Com isso cada uma das 10 regiões da cidade possui uma Coordenadoria Regional (gestão regional) de cada setor que coordena e gerencia suas ações naquela região e, faz referência à Secretaria Municipal (gestão central) que apoia e direciona suas regionais. O Mapa a seguir apresenta as dez áreas do município com suas RA's, de acordo com a divisão do setor saúde (Figura 2).

**Figura 2:** O Município do Rio de Janeiro e suas áreas de planejamento de saúde, agrupadas pelas RA's.



Fonte: IPP – Armazém de Dados – Disponível em: [http://www.armazemdedados.rio.rj.gov.br/arquivos/1370\\_áreas%20de%20planejamento%20de%20saúde.JPG](http://www.armazemdedados.rio.rj.gov.br/arquivos/1370_áreas%20de%20planejamento%20de%20saúde.JPG)<sup>93</sup>.

<sup>n</sup> Atualmente o Rio de Janeiro se divide em 33 regiões administrativas, 05 Áreas de Planejamento que se subdividem chegando a 10 Áreas Programáticas e, é formado por 160 bairros.

O município é bastante complexo em sua conformação, possuindo áreas com acesso a serviços e infraestrutura, em ótimas condições sociais, e áreas menos favorecidas formadas por favelas e reduzido número de equipamentos e suportes sociais. Esses contrastes, vivenciados na cidade, levam-nos a concordar com Silva e Pantoja<sup>11</sup> sobre a necessidade da construção de políticas públicas que realmente façam a diferença e que provoquem mudanças nas situações de desigualdade e exclusão social dessa população.

Segundo dados do IBGE (2010)<sup>93</sup>, a cidade possuía cerca seis milhões trezentos e vinte mil habitantes e mais de um milhão e meio de crianças e adolescentes na faixa etária entre 0 e 19 anos<sup>93</sup>. Destes, cerca de um milhão duzentos e vinte seis mil eram crianças de 0 a 14 anos e em torno de quatrocentos e sessenta e três mil, adolescentes (de 15 a 19 anos). Matriculados na rede pública de ensino no ano de 2011, entre creches, pré-escola, ensino fundamental, classe especial e educação de jovens e adultos (EJA), eram seiscentos e setenta e sete mil trezentos e vinte um, de acordo com a tabela 1, a seguir.

**Tabela 1:** Total de matrículas na rede pública municipal de ensino, segundo segmento escolar, no Município do Rio de Janeiro, 2011.

<b>Segmento Escolar</b>	<b>Nº de Matrículas (N)</b>
Creche	38.036
Pré-escola	72.809
Ensino Fundamental	537.177
Classe Especial	4.991
Educação de Jovens e adultos - EJA	23.540
<b>Total</b>	<b>677.321</b>

Fontes: IPP – Bairros Cariocas – Acesso em: Fevereiro de 2011.  
Disponível em: <http://www.armazemdedados.rio.rj.gov.br/>

Em relação à evasão escolar, diversas são as suas causas, dentre as quais estão: as condições socioeconômicas, culturais, geográficas, ou mesmo questões relacionadas a processos didáticos pedagógicos, e a baixa qualidade

do ensino. No município, em 2005, a taxa de evasão escolar chegou a 3,2% e no Brasil esta taxa é bastante elevada, alcançando até 13,2%, em alunos do ensino médio no ano de 2007<sup>o</sup> e 4,8% no ensino fundamental neste mesmo ano.

O Índice de Desenvolvimento da Educação Básica (IDEB) foi criado em 2007 para medir a qualidade do ensino<sup>p</sup>. Em 2009, o Brasil apresentou um IDEB para ensino fundamental de 3,7 e no município do Rio de Janeiro, no mesmo ano, de 3,6. Esses dados mostram que o município apresenta índices bem próximos daqueles encontrados no país. Além disso, são dados que precisam ser considerados para direcionar a construção das políticas.

O Rio de Janeiro possui equipamentos e uma estrutura de serviços que compõem as redes municipais de saúde, educação e assistência social. Conforme apresentado no quadro 3, o município, em 2011, possuía 264 unidades de saúde, com um total de 25% de cobertura da estratégia de saúde da família em intensa ampliação no período de realização da pesquisa<sup>q</sup>. O serviço de educação divide-se em educação infantil (0 a 5 anos); ensino fundamental (1º ao 9º ano) e educação de jovens e adultos<sup>r</sup>. A SME possuía 1065 escolas, 255 creches próprias e 178 conveniadas, além de 22 Espaços de Desenvolvimento Infantil (EDI). Em relação aos serviços de assistência social, vale destacar que a SMAS<sup>s</sup> possui em suas regionais dois tipos de equipamentos: os Centros de Referência da Assistência Social (CRAS) e os Centros de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS). Os CRAS atuam como núcleos de articulação da rede social, tendo como função atender à política de vigilância da exclusão social. São responsáveis pelo acompanhamento sócio familiar e são a porta de entrada para os programas sociais da Prefeitura do Rio. Os CREAS funcionam como polo de referência das ações de proteção especial de média e alta complexidade e tem como foco fortalecer e potencializar as ações em benefício das famílias em situação de vulnerabilidade social.

---

<sup>o</sup> <http://www.infoescola.com/educacao/evasao-escolar/>

<sup>p</sup> <http://portaldeb.inep.gov.br/>

<sup>q</sup> Informações disponíveis em: <http://www.rio.rj.gov.br/web/smsdc/>

<sup>r</sup> Informações disponíveis: <http://www.rio.rj.gov.br/web/sme/exibeconteudo?article-id=94101>

<sup>s</sup> Informações no endereço eletrônico <http://www.rio.rj.gov.br/web/smas/exibeconteudo?article-id=153203>

Segundo entrevista com profissionais da assistência social dos dois níveis de gestão (central e regional), a SMAS inseriu-se no PSE a partir da experiência do município, no que se refere à integração de ações de desenvolvimento social (macrofunção de políticas sociais), e também a partir do trabalho do PROINAPE (Programa Interdisciplinar de Apoio às Escolas Municipais), formado por psicólogos, pedagogos e assistentes sociais. Neste Programa, a assistência, em parceria com a educação, disponibilizava profissionais para atuarem diretamente no ambiente escolar, na perspectiva interdisciplinar, pretendendo a reversão do fracasso escolar.

**Quadro 3:** Perfil dos serviços de saúde, educação e assistência social no município do Rio de Janeiro em 2011.

<b>Secretaria Municipal</b>	<b>Equipamentos existentes</b>
Saúde	264 Unidades de Saúde 223 Postos de saúde, Centro de Saúde e Clínica especializada. 56 Clínicas de Família* 403 Equipes de Saúde da Família (ESF)
Educação**	1065 Escolas 255 Creches (horário integral) 178 Creches conveniadas 48 Espaços de Desenvolvimento Infantil 39.832 Professores 671.702 Alunos matriculados
Assistência Social	44 CRAS 12 CREAS

Fonte: Instituto Pereira Passos - IPP. Rio em síntese: <http://www.armazemdedados.rio.rj.gov.br> e Prefeitura da cidade do Rio de Janeiro: <http://www.rio.rj.gov.br>.

\* Dados atualizados em 24/01/2012 em <http://www.rio.rj.gov.br/web/smsdc/>.

\*\*Dados atualizados em 04/11/2011 em <http://www.rio.rj.gov.br/web/sme>.

Ao considerar os equipamentos da saúde, educação e assistência social distribuídos pelo município, é possível observar que a rede pública de ensino municipal é muito maior em relação aos outros equipamentos apresentados. Neste contexto, uma unidade de saúde ou de assistência social tem diversas unidades escolares de referência para desenvolver o trabalho de articulação

das ações de saúde na escola. Entretanto, vale destacar que a ampliação da Estratégia de Saúde da Família, no município, traz desdobramentos importantes para esse trabalho, pois as ESF, estando em maior número, poderão responsabilizar-se pelas unidades escolares de seu território, ampliando o acesso à saúde e articulando com outros serviços locais na busca da qualidade de vida da comunidade escolar.

A expectativa do programa na experiência municipal era de uma gestão com base na colaboração intersetorial, visando ao fortalecimento das ações de PS na rede pública de ensino municipal. Sendo assim, em 2000, o município integrou os referenciais da Iniciativa EPS às suas atividades da saúde escolar, na perspectiva de promover alianças entre setores, atores e instituições. A proposta era agregar conhecimento, habilidades e tomada de decisões para a construção de ambientes favoráveis à vida, reduzindo as iniquidades sociais<sup>94</sup>. Silva e Pantoja<sup>11</sup> destacam que a introdução desses referenciais no município do Rio de Janeiro foi traduzida para o contexto e as especificidades da cidade, considerando as discussões travadas naquele período, acerca da PS.

Segundo a Secretaria Municipal de Saúde (SMSDC)<sup>92</sup>, a prioridade desse programa em nível local, uma vez que ainda não existia o Programa Nacional (PSE - 2007), era trabalhar na ótica da Iniciativa EPS, priorizando os investimentos para a melhoria da qualidade de vida da comunidade escolar e para o desenvolvimento de ações locais participativas. A condução do trabalho se deu para além de propostas verticais e modelos médico-terapêuticos, essencialmente assistenciais e medicalizantes. Era uma iniciativa para que a escola, a comunidade e os serviços de saúde, por meio de parcerias e otimização de recursos locais, pudessem construir alianças para efetivação de práticas de PS.

Todo esse processo impulsionou, na prática, o desenvolvimento de ações de saúde para a comunidade escolar, para além dos muros da escola, valorizando o entorno e estimulando em todos os atores envolvidos a capacidade de pensar, atuar e de tomar decisões. Entretanto, durante o acompanhamento desta iniciativa no município foram observadas inadequações e fragilidades no que se referia à proposta inicial de EPS, em particular a questão assistencial e os processos participativos junto à comunidade escolar, que naquele período passaram a ser discutidos<sup>9, 52</sup>. A

partir dessa primeira iniciativa o programa municipal passou por diversas avaliações e redefinições de seus objetivos, no sentido de consolidar e ampliar as ações de saúde na escola direcionadas à construção de ambientes favoráveis e sustentáveis<sup>11, 92</sup>.

No decorrer dos anos, apesar das mudanças de contextos, das atividades realizadas e dos próprios objetivos, o programa permaneceu com o foco em ações e atividades voltadas para a perspectiva da PS, tomando como base a participação comunitária, intersetorialidade, descentralização, fortalecimento e sustentabilidade da ação local, ênfase na dinâmica da territorialização, capacitação e gestão participativa<sup>52</sup>. Neste contexto, para compreender o desenvolvimento do programa no município do Rio de Janeiro faz-se necessário apresentar algumas de suas estratégias, adotadas ao longo desses anos, para conduzir as ações de saúde na escola na ótica da iniciativa EPS.

Entretanto convém destacar que o processo histórico e conceitual de desenvolvimento do PSE municipal, no período de 2000 a 2009, pode ser revisitado na tese intitulada “Promoção da saúde na escola: modelos teóricos e desafios da intersetorialidade no município do Rio de Janeiro”<sup>52</sup>. O autor apresenta as diferentes etapas constituintes do Programa e os principais componentes que o caracterizaram no Município, identificando os impasses, conflitos e interesses distintos que conduziram a mudanças e ajustes em seu curso e influenciaram no processo de implementação do PSE Nacional.

Para a implantação dos referenciais da iniciativa EPS na rede municipal de educação, o município contou com um projeto-piloto que aconteceu entre os anos de 2000 e 2002, por meio de um convênio com a Universidade Federal do Rio de Janeiro e a Prefeitura. Foram criadas 10 equipes de saúde, formadas por dinamizadores (professores e/ou psicólogos), odontólogos, estagiários de odontologia e fonoaudiologia. Além disso, o Projeto foi acompanhado por uma equipe de avaliação que procurou identificar o grau de satisfação dos usuários e indicar aos gerentes e planejadores necessidades de mudança de rumos e acertos nas ações do Projeto<sup>11, 92</sup>. Estiveram envolvidas, nesse período, 120 escolas e 119.000 alunos<sup>11</sup>.

A proposta do Projeto era desenvolver ações assistenciais (saúde bucal, ocular e auditiva) demandadas pela educação, a partir das equipes de saúde e

da rede de serviços, em paralelo com ações voltadas a PS conduzidas por meio de debates e reflexões com as escolas e suas comunidades. Nesse percurso houve articulação com os diferentes programas da Secretaria Municipal de Saúde e com outras instâncias setoriais<sup>52</sup>. De acordo com Silva e Pantoja<sup>11</sup>, o processo avaliativo permitiu identificar erros e possibilidades de correção para o redirecionamento do programa.

Dentre os pontos abordados na avaliação deste projeto, a inserção de equipes de saúde compostas por profissionais que não faziam parte da rede pública de serviços de saúde foi apontada como um fator negativo, pois houve dificuldade de formação de vínculos entre escolas e unidades de saúde. As equipes externas não reconheciam as redes de ensino e de saúde, o que inviabilizava essa articulação entre os setores e dificultava o acesso dos escolares ao serviço de saúde. Além disso, a SME não participou da construção do projeto, o que segundo Silva<sup>52</sup>, gerou alguns conflitos, principalmente para a interlocução intersetorial. Neste sentido, não foram criados vínculos efetivos entre as equipes externas ao Programa e as redes de saúde e educação, dificultando a sustentabilidade das ações conjuntas.

Em 2002, após a experiência do projeto-piloto e a partir das contribuições de sua avaliação, os objetivos dessa estratégia municipal foram redefinidos, priorizando então a consolidação da ação intersetorial, reconstruindo e re-significando a relação dos serviços de saúde com a comunidade escolar. Naquele momento investiu-se em processos de capacitação de atores estratégicos do programa, com metodologias participativas, no sentido de fortalecer essa rede de atores e propiciar ações locais com maior participação da comunidade<sup>52, 92</sup>. Nesse processo, ocorreram diversas estratégias no município que possibilitaram fortalecer a proposta municipal de saúde na escola, entre elas destaca-se a criação de Núcleos de Saúde Escolar regionais, compostos por representantes da saúde, educação e assistência social; a produção de materiais educativos disponíveis na página da SMSDC; e a realização de diversos seminários e oficinas locais para a formação dos profissionais, a partir de metodologias participativas<sup>11, 92</sup>. Entretanto, as principais dificuldades identificadas eram o acesso da comunidade escolar aos serviços de saúde e a expansão e universalização das

ações no município como um todo, inviabilizando o desenvolvimento do Programa.

Desta forma, na sequência de processos que movimentavam a estratégia municipal, em 2006 e 2007 foi elaborada uma versão preliminar do Plano Municipal de Saúde na Escola e na Creche (PMSEC)<sup>17</sup>, consolidado em 2008, a partir das Oficinas de Saúde na Escola que aconteceram em três áreas programáticas de saúde do município (Grande Méier, Centro e Acari)<sup>11, 92</sup>.

As Oficinas de Saúde na Escola constituíram-se em um novo modelo de capacitação e tiveram como foco a formação de atores locais e regionais, priorizando os temas de intersetorialidade, territorialidade, participação e empoderamento. Seus principais objetivos foram: consolidar as ações municipais de saúde na escola e na creche, através do PMSEC; aprofundar o diálogo entre os setores da educação, saúde e assistência social e explorar ferramentas metodológicas e conceituais fortalecessem práticas participativas e ações de PS; incentivar a articulação intersetorial; reconstruir fluxos ou mecanismos que facilitassem o acesso da comunidade escolar aos serviços de saúde; criar ou fortalecer Núcleos de Saúde Escolar<sup>52</sup>.

Após apreciação do PMSEC pelos atores regionais e locais nestas Oficinas, o mesmo foi revisado coletivamente por profissionais da saúde, educação e assistência social. Seu principal objetivo foi consolidar e ampliar as ações de saúde na escola, dentro das diretrizes do SUS, servindo de instrumento para a reflexão, fortalecimento e consolidação das referências de serviços de saúde à comunidade escolar<sup>17, 52</sup>. O plano estimulou a participação da comunidade escolar na construção de melhores condições de saúde dos estudantes, focando na co-responsabilização entre os setores e na formação de rede de parcerias.

*“Pretende-se que a construção do PMSEC possa ter por base o diálogo entre profissionais da saúde, da educação, da assistência social e de outros atores. E que se reforce a ação parceira estratégica para o desenvolvimento de ações intersectoriais, para a reafirmação de compromissos e corresponsabilidades entre os setores envolvidos [...]. Para tal, serão viabilizados canais permanentes de articulação, comunicação e atuação em redes”<sup>17</sup>.*

Com o foco na intersetorialidade, o PMSEC<sup>17</sup> constituiu-se, no nível local, em uma forma de operacionalizar o PSE Nacional, instituído em 2007. Um aspecto importante apontado pelo Plano e, posteriormente identificado no PSE Nacional, foi a importância da Estratégia de Saúde da Família, como referência de serviço de saúde para a escola<sup>52</sup>. O PMSEC serviu de base para elaboração do projeto de adesão ao Programa Federal pelo município do Rio de Janeiro. Esse projeto foi elaborado pela Coordenação do programa saúde escolar, que considerou as especificidades do município, principalmente no que se refere à histórica relação entre as três Secretarias que já integravam esses setores públicos e desenvolviam ações, articulando projetos e programas, no âmbito da iniciativa de Escolas Promotoras de Saúde.

Essa experiência municipal, assim como outras experiências no Brasil e no mundo, trouxe contribuições importantes para a discussão e elaboração de uma política de saúde na escola que de fato ampliasse o acesso aos serviços de saúde e contribuísse para melhorar os índices da educação básica. De acordo com Silva<sup>52</sup>, entre os anos de 2008 e 2009, o Programa Saúde na Escola em curso no município passou por um processo de institucionalização, tomando por base a Política Nacional de Saúde na Escola, compreendida a partir da criação do PSE Nacional. O autor afirma que o programa municipal, em suas etapas iniciais, foi inspirado na iniciativa “Escolas Promotoras de Saúde”, impulsionando diversos processos que contribuíram para a sua consolidação e interação com o Programa Nacional.

A interação entre o programa em curso no município e o Programa Nacional, bem como a nova gestão da prefeitura em 2009 e, ainda, a mudança na coordenação do programa saúde escolar, constituíram transformações importantes na trajetória do Programa e em seu processo de implementação no Município. Além disso, os processos avaliativos aos quais o Programa foi submetido em suas diversas etapas favoreceram, segundo Silva<sup>52</sup>, a sua continuidade, principalmente pela sistematização das atividades realizadas e pelos aspectos positivos apresentados na avaliação, que levaram a nova gestão a atribuir maior importância ao programa. Com isso, o município aderiu ao PSE Nacional e passou a receber recursos financeiros, incidindo diretamente sobre o programa municipal. Todo esse processo redireciona o Programa, que inicia uma nova etapa de articulação e (re) articulação com os

setores/atores envolvidos. Nesse contexto, Silva<sup>52</sup> afirma que o grande desafio do desenvolvimento do PSE Nacional nos diferentes municípios seria o de respeitar a autonomia da gestão, a capacidade de organização e a política de saúde que define o modelo de saúde na escola em cada um desses municípios.

De acordo com os dados do Ministério da Saúde<sup>t</sup>, o PSE, em seus anos iniciais (2008 e 2009), contemplou diversos municípios em todos os estados brasileiros. No Estado do Rio de Janeiro foram 17 municípios, com cerca de 132.000 beneficiários.

O PSE foi lançado no município do Rio de Janeiro em maio de 2009, a partir de um seminário que envolveu secretários e profissionais da Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil (SMSDC), da Secretaria Municipal de Educação (SME) e da Secretaria Municipal de Assistência Social (SMAS)<sup>u</sup>, entre eles os representantes do nível central da Secretaria Municipal e os representantes regionais de cada um desses setores. O principal objetivo desse evento era a criação de colegiados regionais e intersetoriais de gestão de saúde na escola.

De acordo com entrevistas realizadas, no seminário de lançamento do PSE discutiu-se a necessidade de realizar um trabalho intersetorial e a importância da formação de grupos de trabalho para facilitar a implementação e a gestão do Programa Saúde na Escola no município. Foram organizados grupos de trabalho com profissionais e gestores do nível central e regional, contemplando cada uma das dez áreas da cidade. Cada grupo elaborou o seu plano de ação para a saúde na escola em sua área e seus respectivos cronogramas para dar continuidade, no nível local, aos trabalhos iniciados neste seminário.

Neste evento foram lançadas as Diretrizes Gerais do Programa para o município, que atualmente, encontra-se em consulta pública<sup>v</sup>. Com base no Decreto Presidencial<sup>1</sup> que institui o PSE e no PMSEC<sup>11</sup>, a proposta das

---

<sup>t</sup> Dados retirados do site: [http://dab.saude.gov.br/programa\\_saude\\_na\\_escola.php#situacaopse](http://dab.saude.gov.br/programa_saude_na_escola.php#situacaopse).

<sup>u</sup> Busca exploratória - informações obtidas junto a representantes dos NSEC's e GTI do município do Rio de Janeiro, concedidas por e-mails, entrevistas e reuniões, em setembro de 2010.

<sup>v</sup> Informações no endereço eletrônico: [http://www.saude.rio.rj.gov.br/media/PSE\\_Diretrizes\\_Gerais\\_LEITURA](http://www.saude.rio.rj.gov.br/media/PSE_Diretrizes_Gerais_LEITURA).

diretrizes é a efetivação de um trabalho articulado e integrado entre as três Secretarias (saúde, educação e a assistência social), a atuação nas escolas e creches do município e a garantia de acesso aos serviços de saúde pela comunidade escolar como um direito de cidadania.

Segundo este documento, os gestores das respectivas secretarias têm como principal foco a valorização da “intersectorialidade, territorialidade e participação ativa dos sujeitos envolvidos na busca por melhorar as condições de saúde e de vida da comunidade escolar carioca”<sup>v</sup>, p.3. Os gestores reconhecem a importância de se trabalhar com equipamentos sociais, setores e atores existentes/pertencentes ao território e com a participação comunitária para a atenção integral à saúde da comunidade escolar.

O documento<sup>v</sup> pressupõe, ainda, o reconhecimento de ações já existentes, desde que tenham impactado positivamente a qualidade de vida da comunidade escolar. Nesse contexto, faz referência às experiências anteriores desenvolvidas no Município a partir dos princípios da Estratégia de EPS, afirmando que tal movimento possibilitou compromissos técnicos e políticos entre os serviços de saúde e educação, tendo como base três eixos principais: (a) práticas educativas na perspectiva de promoção da saúde; (b) construção de ambientes mais favoráveis à saúde; (c) o acesso aos serviços de saúde com qualidade.

Diante de todo o histórico e a experiência do município em relação às ações de saúde na escola, destacam-se as particularidades do Programa no município do Rio de Janeiro, em relação ao PSE Nacional. Ao fazer adesão ao PSE, o Município agregou, além do trabalho da Secretaria de Assistência Social na gestão e na incorporação das ações, a participação das creches municipais junto às escolas da rede básica de educação pública. Com isso, o Programa ficou conhecido como Programa Municipal de Saúde na Escola e na Creche. Para as ações de saúde, o Município articulou, além das ESF, as unidades básicas de saúde, tais como Postos de Saúde, Centros Municipais de Saúde e algumas Policlínicas, nas regiões do Município em que a cobertura da Estratégia de Saúde da Família ainda era baixa<sup>u</sup>. No entanto, uma das prioridades da gestão municipal atual é a expansão da Estratégia de Saúde da Família em todo o município, ampliando o acesso aos serviços de saúde, o que

possibilitará a atuação do PSE de forma mais efetiva e contínua dentro de cada território.

Uma das estratégias do Município para a implementação do PSE e para seu gerenciamento intersetorial foi o investimento na gestão do programa com a criação de um Grupo de Trabalho Intersetorial (GTI), conforme previsto na Portaria 1.861 de 4 de setembro de 2008<sup>68</sup>. Inicialmente, para a conformação deste grupo, os gestores do Programa levaram em consideração as contribuições do plano avaliativo realizado a partir das Oficinas de Saúde na Escola. Uma das recomendações era a inserção/participação de gestores regionais, junto ao grupo de gestão central, na construção de processos mais efetivos e promissores de articulação intersetorial. Essa estruturação possibilitou imprimir uma visão regional das propostas atuais do Programa, facilitando sua consolidação na realidade local das escolas e serviços de saúde, a partir da experiência desses profissionais<sup>52</sup>.

Torna-se pertinente apontar que essa configuração pressupõe um desenho de programa de PS que considera a participação dos atores, envolvendo os tomadores de decisão e a compreensão dos processos que se fortalecem nas bases comunitárias. São os chamados programas *bottom up* que valorizam a descentralização do Programa e a construção de processos colaborativos, considerando os atores envolvidos em todas as suas etapas, valorizando a participação e o empoderamento comunitário<sup>95</sup>.

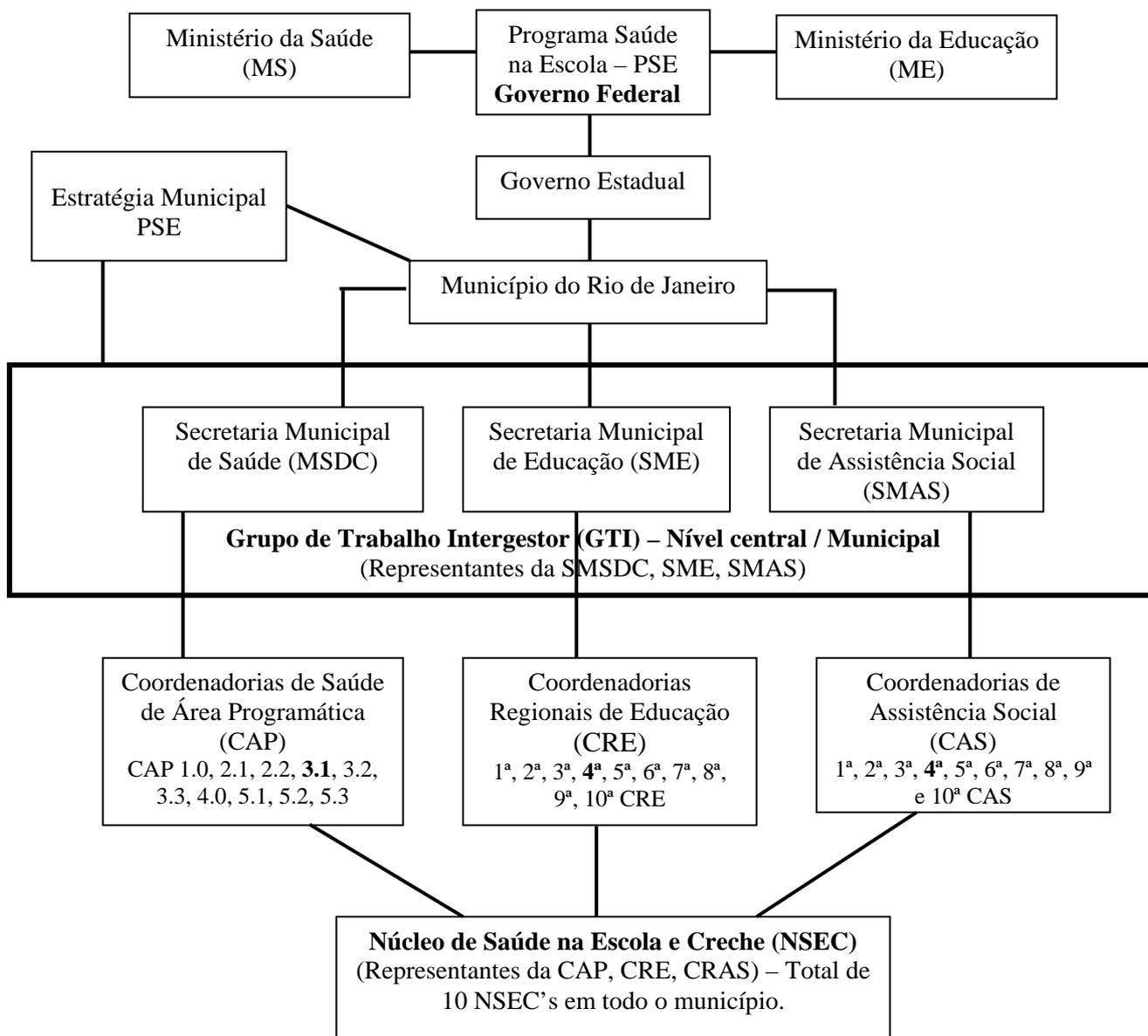
Após alguns processos avaliativos, a proposta do Município era ampliar, para todas as áreas da cidade, as práticas de saúde na escola que haviam sido iniciadas em algumas regiões da cidade, a partir das Oficinas de Saúde na Escola. Sendo assim, as bases do Programa estavam voltadas para as estratégias de capacitação, valorização da dinâmica territorial e interseção das escolas com os serviços de saúde, em especial, a estratégia de saúde da família. Para tanto, foi preciso considerar a descentralização das ações e a gestão participativa do Programa.

Na perspectiva de estimular a elaboração de planos de ação regionais que considerassem a realidade local e seus atores-chave e de garantir o acompanhamento e avaliação do Programa foram criados também os Núcleos de Saúde na Escola e na Creche (NSEC's). Esses NSEC's estão no nível das Coordenadorias Regionais, atendendo ao município de acordo com sua divisão

por áreas de planejamento. Conforme explicitado anteriormente, o Rio de Janeiro possui dez regiões que são coordenadas em seu território por cada um dos setores, Saúde, Educação e Assistência Social.

Cada região possui uma Coordenadoria Regional de Educação (CRE), uma Coordenadoria de Área Programática da Saúde (CAP) e uma Coordenadoria de Assistência Social (CAS) que fazem referência à Secretaria Municipal no nível central. Sendo assim, foram criados dez NSEC's, ficando cada um vinculado à região de uma CRE, articulando com a CAP e a CAS de referência da mesma região. Esses núcleos receberam a denominação correspondente à área da CRE<sup>t, 17</sup>. A figura 3 apresenta de forma esquemática essa configuração do município, de modo a facilitar o entendimento de como se constituíram esses grupos e seus principais atores.

**Figura 3:** Estrutura esquemática da organização municipal do PSE no Rio de Janeiro



O município iniciou sua adesão ao PSE cadastrando as 151 escolas que faziam parte do projeto municipal “*Escolas do Amanhã*” e que estavam vinculadas ao programa “*Mais Educação*”. Este projeto foi criado pelos gestores da SME, em 2009, para combater a evasão escolar e diminuir a defasagem idade/série nas escolas situadas nas regiões conflagradas ou recém-pacificadas da cidade. Nessas unidades escolares os alunos dispõem de uma metodologia de ensino diferenciada, com o objetivo de reduzir a

evasão e melhorar os índices de desempenho escolar<sup>w</sup>, que envolve também, ações comunitárias, de saúde e de assistência social<sup>96</sup>.

Após esta adesão inicial ao PSE, os NSEC's começaram um processo de mapeamento de escolas, creches, equipamentos da assistência social, serviços da Estratégia de Saúde da Família entre outros equipamentos, na perspectiva de iniciar o processo de articulação dos serviços no nível local. Em seguida, os NSEC's foram orientados a cadastrar novas escolas no PSE a partir de critérios definidos localmente. Até o final do trabalho de campo o Município já havia cadastrado 587 unidades escolares, sendo 317 escolas vinculadas ao "Mais Educação", 254 Creches e 16 Espaços Desenvolvimento Infantil (EDI's). Além disso, as ações de saúde na escola foram incluídas na Carteira de Serviços da SMSDC, conforme relato de um representante do GTI: *"existe uma carteira de serviços formulada pela secretaria de saúde, que tem alguns itens do Programa Nacional de Saúde na Escola e outros que tratam desde a parte de assistência até a parte de promoção e prevenção"* (GTI - 2). Essa estratégia teve como principal intenção estimular a atuação das ESF no ambiente escolar, apesar de ser algo já previsto no processo de trabalho das equipes.

A carteira de serviços de saúde é um documento que visa nortear as ações de saúde na atenção primária oferecidas à população no município do Rio de Janeiro. Foi desenvolvida pelo coletivo de gestores do nível central e das coordenações de áreas programáticas da SMSDC/RJ<sup>x</sup>. Dentre os diversos serviços apresentados na carteira básica de saúde, estão previstas ações nas escolas e a inclusão da saúde no Projeto Político Pedagógico das mesmas. Essas ações constam na lista de serviços relacionados à atenção centrada na criança e no adolescente. Além disso, são apresentadas diversas temáticas de promoção da saúde que podem ser trabalhadas e discutidas no ambiente escolar.

O recurso financeiro do Programa chega até a SMSDC através do repasse do Piso da Atenção Básica (PAB) Variável, como forma de incentivo financeiro (incentivo mensal) às equipes da Estratégia da Saúde da Família

---

<sup>w</sup> Outras informações podem ser encontradas no endereço eletrônico: <http://www.rio.rj.gov.br/web/gbp/exibeconteudo?article-id=1575254>

<sup>x</sup> Informações disponíveis em: <http://www.rio.rj.gov.br/web/smsdc/exibeconteudo?article-id=1233196>.

que atuam no PSE. As ações desenvolvidas pelo Programa estão diretamente relacionadas à lógica das ESF que tem como proposta o atendimento em saúde na perspectiva da integralidade, de uma população definida em um território adstrito. O repasse financeiro compõe o Bloco de Financiamento da Atenção Básica<sup>68</sup>, de modo que o recurso não é direcionado especificamente para o programa em si e quem define a utilização dos recursos são os Gestores Municipais da Saúde (nível central). A seguir, dois fragmentos da entrevista dos representantes do GTI complementam essa informação:

*“... a gente tem aí os recursos do ministério focados na Estratégia de saúde da Família... Então especificamente para o desenvolvimento dos projetos que a ponta planeja e constrói, a gente não tem recursos destinados pra isso [...] porque é da estratégia de saúde da família, entendeu” (GTI - 2).*

*“... entra no “bolo” da conta da atenção primária que divide um pouco também com a superintendência de promoção da saúde, então acaba que a coordenação de saúde escolar, tem algum recurso pra fazer formações, pra questão de educação permanente, de profissionais, de jovens...” [...] Aqui no próprio GTI, quando a gente precisa fazer algum evento que envolva recursos [...] a gente tem um recurso da coordenação do saúde escolar (GTI - 3).*

Além dos recursos federais, o Programa também recebeu financiamento municipal para a realização de suas ações, em função de algumas prioridades da gestão municipal da cidade. No planejamento estratégico da Prefeitura do Rio de Janeiro 2009 – 2012<sup>97</sup> foram apresentadas 37 iniciativas de atuação do Governo. Dessas, quatro estavam relacionadas à Educação, focando nas Escolas do Amanhã, nos Espaços de Desenvolvimento Infantil, no reforço escolar e na Saúde nas Escolas. No caso da Saúde, o plano estratégico focou, além de outras três iniciativas relacionadas à assistência, na criação dos Territórios Integrados de Atenção a Saúde (Teias) e na saúde presente, que tem relação com a expansão da Estratégia de Saúde da Família no Município. Tais iniciativas traduzem a importância dada por esta gestão à Saúde e à Educação, o que, em certa medida, podem contribuir para realização de ações de saúde na escola e ampliação do acesso.

Segundo relatos de representantes do GTI, o investimento municipal se efetivou com o desenvolvimento de um projeto elaborado pelo Prefeito e a

Secretária de Educação que tinha como proposta intensificar as ações de saúde em unidades escolares prioritárias, complementando as ações do SUS a partir de recursos da SME. Neste contexto, o esforço do GTI foi para incorporação de tal proposta ao PSE municipal, no sentido de conduzir o projeto para cumprir as ações assistenciais previstas no Programa Nacional, evitando a criação de um programa paralelo ao que estava se estabelecendo no município do Rio de Janeiro. Esse investimento municipal foi denominado “Saúde nas Escolas”, conforme relata um membro do GTI.

*“É porque o nome do programa oficial do ministério é PSE (Programa Saúde na Escola). No Rio de Janeiro, o prefeito junto com a secretária de educação e junto com o secretário de saúde, pensaram num programa específico, focado pras escolas do amanhã, e alguns EDIs, que se chama “saúde nas escolas”, entendeu...” (GTI - 2).*

Esse projeto municipal foi lançado pelo Prefeito Eduardo Paes, em fevereiro de 2011 e tinha o objetivo de fornecer assistência integral a cerca de 105 mil alunos da rede municipal. Contava com equipes de profissionais de saúde percorrendo, inicialmente 151 Escolas do Amanhã, 8 Espaços de Desenvolvimento Infantil (EDI) e a Escola Municipal Tarso da Silveira para cuidar da saúde dos estudantes. A principal justificativa para este incremento era a necessidade de identificar e tratar os problemas de saúde das crianças para melhorar o desempenho dos alunos dentro da sala de aula. Para os gestores da Prefeitura, este Programa traria impactos ao aprendizado e à qualidade de ensino, uma vez que se propunha fornecer atenção especial à saúde do aluno, cuidando e prevenindo doenças, evitando absenteísmo e orientando-o sobre os cuidados em saúde.

Para o desenvolvimento desse projeto “Saúde nas Escolas”, a SME e a SMSDC lançaram um Edital de Convocação Pública para parcerias com Organizações Sociais de Saúde (OSS). A OSS selecionada deveria fazer gerenciamento, operacionalização e execução das ações do Programa<sup>96</sup>. Neste edital constava o projeto básico de criação de 160 Núcleos de Educação e Saúde (NES) nas unidades escolares, como uma das ações do PSE Nacional e como uma estratégia suplementar de atendimento à saúde dos educandos

matriculados nas unidades escolares pertencentes à rede pública municipal de ensino.

Dentre as principais funções desses NES estavam a garantia de visitas regulares de equipes de saúde nas escolas para prestar atendimento médico e odontológico; a manutenção de uma “equipe fixa” nas escolas para prestar um primeiro atendimento; a realização de atividades de prevenção e de promoção da saúde com os alunos e a comunidade escolar; encaminhamento de alunos à rede pública de saúde quando necessário; integração das ações de educação, saúde e assistência social por meio dos NSEC’s de referência<sup>98</sup>.

Para a composição dos NES foram contratados 160 técnicos de enfermagem, nomeados no edital por “técnicos em educação e saúde” (compondo a “equipe fixa”), para permanecerem em tempo integral nas escolas. A principal função desses técnicos era fazer a mediação entre as unidades escolares e as suas respectivas unidades de saúde municipais no território, como um canal direto entre elas. Além dos técnicos de educação em saúde, o projeto previa a contratação, em caráter temporário, de profissionais de saúde para a composição de 8 equipes de referência a esses técnicos, contendo psicólogos, médicos, dentistas, auxiliares de saúde bucal e enfermeiros. Essas equipes, chamadas de “equipes móveis”, tinham como atribuição avaliar as condições de saúde das respectivas comunidades escolares: estudantes e profissionais, incluindo professores, diretores e auxiliares. Suas ações também contemplavam a realização de procedimentos básicos de baixa complexidade, como avaliação clínica, curativo e encaminhamentos pertinentes, na perspectiva de uma ação integral em saúde, envolvendo a prevenção de agravos e doenças, a promoção e a assistência à saúde<sup>98</sup>.

Após aprovação do Edital, o projeto passou a ser desenvolvido por um contrato de gestão firmado com a SME e a Organização Social de Saúde (OSS) Instituto de Atenção Básica e Avançada em Saúde (IABAS). Além deste contrato, foi feito um convênio com a Fundação Bio-Rio para atender a algumas demandas assistenciais em toda rede de educação, priorizando inicialmente as “*Escolas do Amanhã*”. Financiados pela SME, ambos tinham como principais parceiros, para apoio técnico e logístico, as unidades básicas da SMSDC, na execução das ações assistenciais e de promoção da saúde.

A SME e a SMSDC também ficaram como responsáveis pelo treinamento e capacitação dos profissionais contratados para a execução das atividades nas escolas. Uma vez integrada as ações do programa federal, às ações do projeto “Saúde nas Escolas” passaram a ser supervisionadas pelos diretores das escolas através de relatórios, além de serem monitoradas pelo GTI e pelos NSEC’s, no nível regional. Com isso, essas atividades passaram a fazer parte da programação de trabalho dos gestores (central e regional) do Programa, sendo incorporadas à estratégia municipal apresentando-se como mais uma peculiaridade do Programa no Município. Este fato preocupou os gestores e técnicos que até então conduziam as atividades na perspectiva da EPS, estimulando a articulação local entre as escolas e os serviços de saúde e a participação comunitária, de modo a ampliar para a comunidade escolar o acesso a esses serviços.

*“Olha a gente tem falado, do final do ano passado até então, muito desses 2 novos convênios, Bio-Rio e IABAS, é, o que pra mim também é uma preocupação, porque foram convênios pensados no gabinete do prefeito, da casa civil, e que viram no PSE a possibilidade de fazer essa interface, só que, eu espero que a gente retome discussões que são importantes e que a gente deixou em segundo plano, principalmente do final do ano passado até então” (GTI - 1).*

*“O Prefeito resolveu junto com a secretária de educação colocar nas escolas prioritárias uma pessoa da saúde, quarenta horas. Então isso foi uma decisão do Prefeito e aí chamou o pessoal da saúde pra conversar e aí foram feitas muitas críticas, mas não adiantou... essa política foi implementada assim mesmo...” (PE – 5).*

Nota-se, entre os interesses políticos municipais da cidade e da gestão do PSE municipal, a ocorrência de divergências no que se refere aos projetos apresentados entre esses atores, levando a dificuldades de entendimento sobre as concepções do Programa. Segundo Weiss<sup>79</sup>, isso dificulta o consenso entre os atores envolvidos na implementação e pode comprometer os resultados. Daí a importância da criação de espaços de discussão e capacitações entre formuladores e implementadores no sentido de resgatar as propostas do programa e se necessário redefini-lo a partir de seus objetivos iniciais e de seu contexto de implementação.

Após adesão ao PSE Nacional e com os investimentos municipais, o PSE no Rio de Janeiro estava sendo desenvolvido em todas as áreas da cidade, a partir da atuação dos NSEC's que estimulavam a realização de ações em seus respectivos territórios. Com a ampliação das ações de saúde na escola junto aos NSEC's e considerando a dimensão do Município e as características locais de Manguinhos, optou-se por analisar a experiência do PSE nesta região. Vale destacar que as variáveis contextuais e a atuação de atores sociais e grupos de interesse são primordiais para explicar como se dá o processo de implementação de um programa, seus limites e desafios para o alcance de resultados, e, ainda, podem fornecer subsídios para reorientar o programa, se necessário.

Neste contexto, Manguinhos constitui-se em um rico cenário para análise da implementação de um programa como o PSE. Apesar de seus aspectos socioeconômicos, caracterizados pela violência, pobreza e precariedade dos equipamentos públicos, a região tem sido alvo de várias pesquisas, em função da presença da FIOCRUZ. Também tem passado por mudanças importantes como as obras do PAC e a construção do Teias Escola-Manguinhos. A seguir, abordamos as principais características do território de Manguinhos que contribuem para a construção da realidade local.

### **3.2 O contexto de Manguinhos**

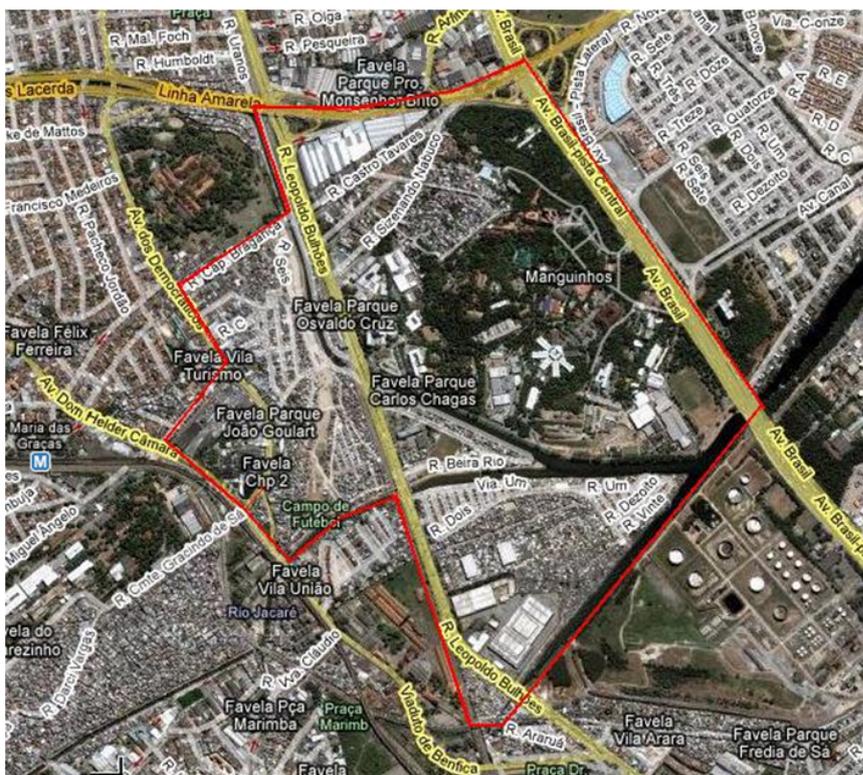
Manguinhos está localizado na zona Norte do Município do Rio de Janeiro. Também denominado complexo<sup>18</sup>, o bairro foi criado em julho de 1981, faz parte de Área de Planejamento 3 e está inserido na Região Administrativa RA X (Ramos X), formada pelos bairros de Bonsucesso, Manguinhos, Olaria e Ramos<sup>y</sup>. Seus limites territoriais foram descritos no Decreto nº 7.980 de agosto de 1988<sup>99</sup> (Figura 4). É cortado pelos rios Faria Timbó e Jacaré e pelo Canal do Cunha. O nome do bairro faz referência às características da área, pois era formada por manguezais e constantemente inundada pela ação das marés. Além disso, as pavimentações irregulares, os aterros e as demais construções

---

<sup>y</sup> Fonte: IPP – Armazém de Dados – Portal Geo encontrado em maio de 2007 no endereço eletrônico: <http://portalgeo.rio.rj.gov.br/bairros cariocas/>

facilitavam as inundações e os desabamentos no local. Até o final do século XIX, Manguinhos era uma região de chácaras e fazendas que deu início a seu processo de urbanização em 1886, com a implantação da Estrada de Ferro da Leopoldina e com a instalação do Instituto Soroterápico em 1900, que hoje é a Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ)<sup>z, 100</sup>.

**Figura 4:** O Bairro de Manguinhos e seus limites territoriais.



Fonte: <http://participacaocidade.blogspot.com/p/manguinhos.html>

A região começou a ser ocupada no início do século XX, de forma lenta e por iniciativas isoladas, com a formação da primeira comunidade, conhecida como Parque Oswaldo Cruz. A partir dos anos 50, com a instauração da política oficial de remoção de outras áreas da cidade, os moradores das favelas da Zona Sul, Centro e Zona Portuária da cidade foram alocados em conjuntos habitacionais provisórios em Manguinhos para posterior remoção. Entretanto, não houve investimento em políticas públicas para o local, o que levou à

<sup>z</sup> Fonte: [http://www.conhecendomanguinhos.fiocruz.br/?q=historias\\_manguinhos](http://www.conhecendomanguinhos.fiocruz.br/?q=historias_manguinhos).

formação de outras comunidades como Centro de Habitação Provisório 2 (CHP2), Parque João Goulart e Vila Turismo<sup>2</sup>.

Atualmente, Manguinhos divide-se em diversas comunidades que vivem em difíceis condições de habitação e saneamento, com pouca ou nenhuma opção cultural e de lazer e reduzido acesso aos serviços básicos de saúde, educação, entre outros, além da influência do tráfico de drogas<sup>18</sup>. Por suas características, Manguinhos constitui um cenário de desafios para ações sociais, políticas públicas e para a reorientação de práticas e projetos de PS mais efetivos e que promovam mudanças naquela realidade.

Demarcar as comunidades que integram a região de Manguinhos é algo bastante complexo, pois diversas são as indicações quanto a esse aspecto, principalmente, se considerarmos o lugar como bairro ou como complexo. De acordo com o relatório de Valla et. al.<sup>21</sup>, o complexo de Manguinhos é formado por 13 Comunidades<sup>aa</sup>. Enquanto que de acordo com o decreto oficial do Município, o bairro de Manguinhos possui apenas 10 comunidades, são elas Parque Oswaldo Cruz (POC) ou Morro do 'Amorim'; Parque Carlos Chagas (PCC) ou 'Varginha; Vila Turismo, Parque João Goulart; CHP2; Nelson Mandela 1; Samora Machel ou Mandela 2; Vitória de Manguinhos ou 'Conab'; Nova Era, Embratel ou 'Mandela 3'; e Mandela de Pedra ou 'Mandela 4'.

Nas entrevistas com os profissionais da Estratégia de Saúde da Família que atuam do território de Manguinhos, outras comunidades foram citadas, além das apresentadas, tais como Ex-combatentes, Desup 1 e 2, formadas a partir da obra do PAC, e Embratel ou Nova Mandela. A figura 5 apresenta um mapa de Manguinhos com suas comunidades, elaborado pelo *Laboratório Territorial de Manguinhos*.

---

<sup>aa</sup> Parque Carlos Chagas (PCC), Parque João Goulart (PJG), Parque Oswaldo Cruz (POC), Comunidade Samora Machel (CSM), Comunidade Nelson Mandela (CNM), Comunidade Mandela de Pedra (CMP), Comunidade Agrícola de Higienópolis (CAH), Conjunto Habitacional Provisório 2 (CHP2), Vila São Pedro (VSP), Vila Turismo (VT), Vila União (VU), Comunidade Vitória de Manguinhos (Conab) e Monsenhor Brito

**Figura 5:** Mapa de Manguinhos e suas comunidades



Fonte: <http://www.conhecendomanguinhos.fiocruz.br/>. Acesso em: 10/10/2011.

Essas comunidades apresentam características sociais e ambientais bastante heterogêneas e expressivos contrastes socioeconômicos, decorrentes do processo de ocupação, no qual as mais antigas tendem a apresentar melhores condições de vida do que as mais recentes (quadro 4)<sup>100</sup>. Parque Oswaldo Cruz é a comunidade mais antiga de Manguinhos, foi ocupada em 1901, inicialmente pelos funcionários do Instituto Oswaldo Cruz. Até meados do século XX havia um estreito contato dos moradores com o Instituto Oswaldo Cruz, pois não existiam muros e os pátios do Instituto eram, praticamente, uma extensão das casas. Era no campus da FIOCRUZ que os moradores passeavam, jogavam bola e buscavam água<sup>2</sup>.

A segunda comunidade ocupada foi o Parque Carlos Chagas (1941), também conhecido como Varginha, por estar localizada em área de manguezal e por ter tido seus rios aterrados para a ocupação das moradias. Entre as décadas de 50 e 60, com o processo acelerado de ocupação de Manguinhos, outras comunidades foram formando-se, entre elas, Parque João Goulart, Conjunto Habitacional Provisório 2 (CHP-2) e Vila Turismo. As comunidades

Nélson Mandela, Samora Machel e Mandela de Pedra foram construídas pela Prefeitura durante a década de 80, com o objetivo de abrigar famílias moradoras de áreas de risco e possibilitou também o assentamento de desabrigados decorrente de enchentes e incêndios ocorridos na época. Mandela de Pedra é uma das comunidades mais precárias da região de Manguinhos, pois seu terreno pedregoso e acidentado não viabilizou a realização de obras; havendo casas com saída de esgoto ainda sem canalização e outras com canalização inapropriada.

A comunidade Embratel ou Samora II foi formada em 2000, decorrente de um processo de ocupação do terreno que pertencia a esta empresa. Nessa comunidade os lotes foram sendo ocupados aleatoriamente, com certa dificuldade, em função do padrão de ocupação, a partir de casas de alvenaria. Em 2002, foi criada a comunidade Vitória de Manguinhos, fruto da ocupação dos galpões da antiga Companhia Nacional de Abastecimento (CONAB). A estrutura dos galpões, que dispunha de paredes altas e instalações de água e esgoto, facilitou a edificação de casas menos precárias que as anteriores. Nova Mandela ou Embratel II originou-se de invasão de uma área pertencente à Embratel que ainda não havia sido ocupada por moradias. Sua ocupação teve início em fevereiro de 2005 e entre 2006 e 2007, o restante do terreno foi tomado pela Prefeitura e serviu como ampliação da Comunidade Nova Mandela.

**Quadro 4:** Comunidades pertencentes a Manguinhos e ano de ocupação/formação.

<b>Comunidade de Manguinhos</b>	<b>Ano de formação</b>
1- Parque Oswaldo Cruz (POC)	1901
2- Parque Carlos Chagas (PCC) ou Varginha	1941
3- Parque João Goulart (PJG)	1951
4- Conjunto Habitacional Provisório (CHP2)	1951
5- Vila Turismo (VT)	1951
6- Vila União (VU)	1951
7- Vila São Pedro (VSP)	1983
8- Comunidade Agrícola de Higienópolis (CAH)	1990

9- Conjunto Habitacional Nelson Mandela (CNM)	1990
10- Comunidade Samora Machel (CSM)	1991
11- Comunidade Mandela de Pedra (CMP)	1995
12- EMBRATEL	2000
13- Comunidade Vitória de Mangueiros (Conab)	2002
14-Monsenhor Brito	2003
15-Nova Mandela ou Embratel II	2005
16-Desup 1 e 2 <sup>bb</sup>	2011

**Fonte:** [http://www.conhecendomanguinhos.fiocruz.br/?q=nova\\_mandela](http://www.conhecendomanguinhos.fiocruz.br/?q=nova_mandela).  
<http://participacaocidada.blogspot.com/p/manguinhos.html>.

Cumpra-se destacar a presença da FIOCRUZ como um dos principais equipamentos públicos existentes na região. Por meio de parcerias, a Instituição desenvolve projetos sociais integrados àquela realidade, com a participação de líderes comunitários e moradores das comunidades do entorno, discutindo propostas voltadas à melhoria da qualidade de vida das famílias ali residentes. Além disso, contribui para a região com oferta de serviços de saúde e oportunidades de trabalho e de educação para esta população.

Segundo informações apresentadas pelo Instituto Municipal de Urbanismo Pereira Passos (IPP), baseadas nos dados do IBGE (2003), o bairro possui 2.618,4 quilômetros quadrados de área total. De acordo com os dados do IBGE de 2010, a população residente no bairro de Mangueiros é de cerca de 36.000 habitantes em todo território (sendo 18.876 do sexo feminino e 17.284 do sexo masculino), ocupando a 61ª posição no *ranking* de bairros em relação ao número de habitantes. Pode-se identificar o predomínio da população feminina em relação à masculina, em cada uma das estratificações apresentadas na tabela 2, ou seja, no município do Rio de Janeiro, na X Região Administrativa de Ramos e em Mangueiros. Os dados da tabela 2 permitem-nos observar ainda, que a população de Mangueiros corresponde a 23,6% da população total da RA de Ramos.

<sup>bb</sup> Informações fornecidas em entrevista com profissionais da ESF, em agosto de 2011.

**Tabela 2:** População residente segundo Município, Região Administrativa e o bairro de Manguinhos, no Município do Rio de Janeiro, 2010.

Região	Total (N)	População Feminina		População Masculina	
		N	%	N	%
Município do Rio de Janeiro	6.320.446	3.362.477	53,2	2.957.968	46,8
RA X - Ramos	153.177	82.024	54	71.153	46
Manguinhos	36.160	18.876	52	17.284	48

Fontes: IPP – Bairros Cariocas – acesso em outubro de 2011. Disponível em: <http://www.armazemdedados.rio.rj.gov.br/>

Vale ressaltar que os resultados do Censo Demográfico 2010 estão sendo divulgados paulatinamente, a partir de um calendário que contempla todo o ano de 2012, finalizando em 2013. Sendo assim, ainda há poucos dados referentes ao censo de 2010, no que diz respeito ao Bairro de Manguinhos, pois a maioria dos resultados refere-se principalmente aos Estados e Municípios, com poucas informações acerca dos bairros. Um exemplo disso são as informações sobre os aglomerados subnormais (“assentamentos irregulares conhecidos como favelas, invasões, grotas, baixadas, comunidades, vilas, ressacas, mocambos, palafitas, entre outros”)<sup>cc</sup> que já começaram a ser divulgadas. Entretanto, não é possível identificar ainda o total de população que vive em aglomerados subnormais no bairro de Manguinhos, pois tais informações ainda não foram desagregadas segundo bairros. São dados importantes, uma vez que permitem identificar a característica do bairro em relação a sua extensão de favelas e áreas em condições precárias de moradias, além de demonstrar o quantitativo de pessoas residentes nessas áreas, os principais serviços públicos existentes e algumas de suas características socioeconômicas (composição da população por sexo e idade; analfabetismo e rendimento). Segundo os dados do Censo 2000, cerca de 22.475 pessoas moravam em comunidades de baixa renda.

<sup>cc</sup> Definição segundo site do IBGE. Disponível em: [http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/noticia\\_visualiza.php?id\\_noticia=2051](http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/noticia_visualiza.php?id_noticia=2051)

Ainda com base nos dados do IBGE de 2010, a população residente no bairro de Manguinhos é predominantemente jovem, sendo 73,87% de pessoas nas faixas etárias abaixo de 40 anos, conforme a tabela 3. Segundo os dados atuais do IBGE, o bairro possui um total de 10.622 domicílios, sendo 77,6% (8.243) próprios e quitados e 21,1% alugados; 99,5% (10.570) desses domicílios possuem rede geral de abastecimentos de água; e 100% rede de energia elétrica. O recolhimento do lixo é feito pelo serviço público de limpeza em apenas 49,0% das casas, o que é facilmente observado ao longo das ruas da região. Há grande volume de lixo espalhado pelas calçadas, refletindo negativamente na condição ambiental do bairro.

**Tabela 3:** Distribuição da População por faixa etária no bairro de Manguinhos – 2010

<b>População por Faixa Etária</b>	<b>N</b>	<b>Percentual (%)</b>
0 a 4 anos	3101	8,58%
5 a 9 anos	3498	9,67%
10 a 14 anos	3828	10,59%
15 a 19 anos	3140	8,68%
20 a 24 anos	3301	9,13%
25 a 39 anos	9844	27,22%
40 a 59 anos	7268	20,10%
60 a 79 anos	1960	5,42%
80 anos ou mais	220	0,61%
<b>Total</b>	<b>36160</b>	<b>100%</b>

Fontes: IPP – Bairros Cariocas – acesso em outubro de 2011. Disponível em: <http://www.armazemdedados.rio.rj.gov.br/>

Segundo os dados do Censo (2010), em Manguinhos a população alfabetizada com 5 anos de idade ou mais é de 90,3% (29.875), sendo ligeiramente maior no sexo feminino. O percentual de analfabetismo entre crianças de 5 a 14 anos era de 20,2% e entre as pessoas com 25 anos ou mais era 8,24%, o que em relação ao Censo 2000 apresentou uma pequena melhora, já que o percentual de analfabetismo nessa faixa etária era de 10,6%

da população. Dados relacionados aos indicadores de educação no Bairro, ainda não foram totalmente divulgados. A tabela 4 expressa o percentual de pessoas alfabetizadas com 5 anos ou mais e de crianças entre 5 a 14 anos de idade, segundo Município, RA e bairro de Manguinhos.

**Tabela 4:** Proporção de pessoas com 5 anos ou mais e de crianças entre 5 e 14 anos de idade alfabetizadas, segundo Município, Região Administrativa X e o bairro de Manguinhos, no Município do Rio de Janeiro, 2010.

Região	Pessoas com 5 anos ou mais (N)	Pessoas alfabetizadas com 5 anos ou mais		Crianças entre 5 e 14 anos (N)	Crianças entre 5 e 14 anos alfabetizadas	
		N	%		N	%
Município do Rio de Janeiro	5.956.414	5.705.308	95,8%	862.326	761.318	88,3%
RA X - Ramos	144.440	137.753	95,3%	21.572	18.746	86,7%
Manguinhos	33.059	29.875	90,3%	7.326	5.847	79,8%

Fontes: IPP – Bairros Cariocas – acesso em outubro de 2011. Disponível em: <http://www.armazemdedados.rio.rj.gov.br/>

Cerca de 91,6% dos responsáveis pelos domicílios, em 2010, eram alfabetizados, entretanto, não foi possível identificar o tempo de estudo. De acordo com os dados do IBGE (2000), aproximadamente um terço dos responsáveis apresentava menos de quatro anos de estudos e apenas 2,4% estudaram por 15 anos ou mais. A média de anos de estudo dos chefes de domicílios correspondeu a 5,14 anos, no ano de 2000.

O Índice de Desenvolvimento Humano (IDH)<sup>dd</sup>, proposto pelo Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD), é considerado um importante instrumento de avaliação comparativa das condições de vida dos países e regiões. De acordo com os dados do censo 2000, Manguinhos esteve entre os bairros que apresentaram os piores Índices, chegando a 0,72, junto com Maré, Acari, Costa Barros e Complexo do Alemão<sup>101</sup>. Em relação ao Índice de Desenvolvimentos Social (IDS), analisado por Cavalieri e Lopes<sup>102</sup>, que

<sup>dd</sup> O IDH considera três dimensões: educação (IDH-educação), renda (IDH-renda) e saúde (IDH-longevidade). No IDH Educação são considerados os indicadores de taxa de alfabetização e taxa bruta de frequência à escola. Para o IDH renda utiliza-se o indicador de renda *per capita* e o IDH longevidade inclui a esperança de vida ao nascer. O valor do IDH varia de 0 a 1 e expressa o nível de desenvolvimento humano de diferentes regiões.

considera dez indicadores, entre eles, acesso ao saneamento básico, qualidade habitacional, grau de escolaridade e disponibilidade de renda, Manguinhos alcançou 0,473, enquanto que o bairro da Lagoa atingiu a primeira posição, com IDS de 0,854<sup>101, 102</sup>.

Manguinhos tem sido palco de grandes investimentos das três esferas de governo, em função do PAC, com a realização de obras de urbanização e habitação. O Projeto prevê obras de saneamento básico, implantação de rede de abastecimento de água, pavimentação das ruas, construção de casas populares, áreas de lazer e equipamentos sociais. As obras permanecem a todo vapor com diversas melhorias na região, como a construção de um Colégio Estadual, uma Unidade de Pronto Atendimento (UPA) e uma Clínica da Família, um Posto de Orientação Urbanística e Social, um Centro Vocacional Tecnológico dos Correios, conjuntos de casas populares, entre outros<sup>103</sup>. Foi inaugurada também, em 2010, a Biblioteca Parque de Manguinhos, oferecendo serviços de Internet, sala de estudos, sala de leitura e sala de brincar. A coordenação da Biblioteca prevê várias oficinas e projetos socioeducativos e culturais. No mesmo complexo está incluído o Centro de Referência para a Juventude (CRJ), que oferece ao aluno diversos cursos e oficinas.

Esses abundantes investimentos representam, em seu conjunto, uma perspectiva de melhores oportunidades para os jovens da região e para a população como um todo, à medida que existem também incentivos para maior integração desses projetos locais e as diversas Secretarias. Isso permite à população a utilização destes espaços e participação efetiva na construção de projetos para o estabelecimento de políticas públicas locais.

A gestão dos serviços de saúde, educação e assistência social na região de Manguinhos se dá pelas Coordenadorias Regionais de cada um desses setores. Em relação aos serviços de saúde, Manguinhos faz parte da Área de Planejamento 3.1 (AP 3.1), enquanto que para os serviços de educação, a maior parte do bairro é de responsabilidade de 4ª CRE, com algumas unidades escolares ainda dentro do bairro pertencentes à 3ª CRE. O mesmo acontece com os serviços de Assistência Social, onde o bairro é atendido pela 3ª e 4ª CRAS.

É importante ressaltar que a região de Manguinhos está em uma área limítrofe de cobertura da educação e da assistência social, com isso, parte do

bairro possui equipamentos que são de responsabilidade da 3ª CRE e 3ª CAS. Isso ocorre porque a região de Manguinhos considerada extrapola os limites territoriais do bairro, fazendo com que haja essa divisão administrativa da região, em relação à SMAS e a SME. Esta divisão traz uma reflexão importante sobre a necessidade de se desenvolver ações conjuntas e complementares, que respeitem as características históricas, culturais, econômicas e sociais do contexto local. Sendo assim, era preciso levar em consideração tais aspectos nesse processo de negociação entre os territórios limítrofes.

Essa adscrição do território dificultava a aproximação e/ou integração de equipamentos da saúde, educação ou assistência social que não eram de responsabilidade das Coordenadorias que compunham o NSEC4. Com isso, fazia-se necessário o contato dos representantes do NSEC4 com os gestores regionais da região da 3ª CRE e 3ª CAS, para estabelecer parcerias e possibilitar o envolvimento com os equipamentos locais. Em Manguinhos há algumas unidades escolares (E.M. Brício Filho e EDI Padre Nelson Carlos Del Mônico) que são da 3ª CRE, porém as unidades de saúde de referência para essas escolas estão sob a gestão da CAP 3.1, que compõe o NSEC4.

Com base nesta discussão, foi possível identificar, a partir das entrevistas, que os representantes da Saúde no NSEC4 pertencentes à CAP 3.1 estavam fazendo contato com o NSEC3, de modo a articular com as escolas que não faziam parte da 4ª CRE. Além disso, expressavam grande preocupação com tal problemática, conforme o relato a seguir.

*“A territorialidade é uma coisa que a gente pode apontar para ser resolvido, pois a divisão territorial tem que ser a mesma, da saúde, da educação e da assistência social. Esse é um dos fatores que mais atrapalham... isso dificulta o contato, as relações” (PE - 5).*

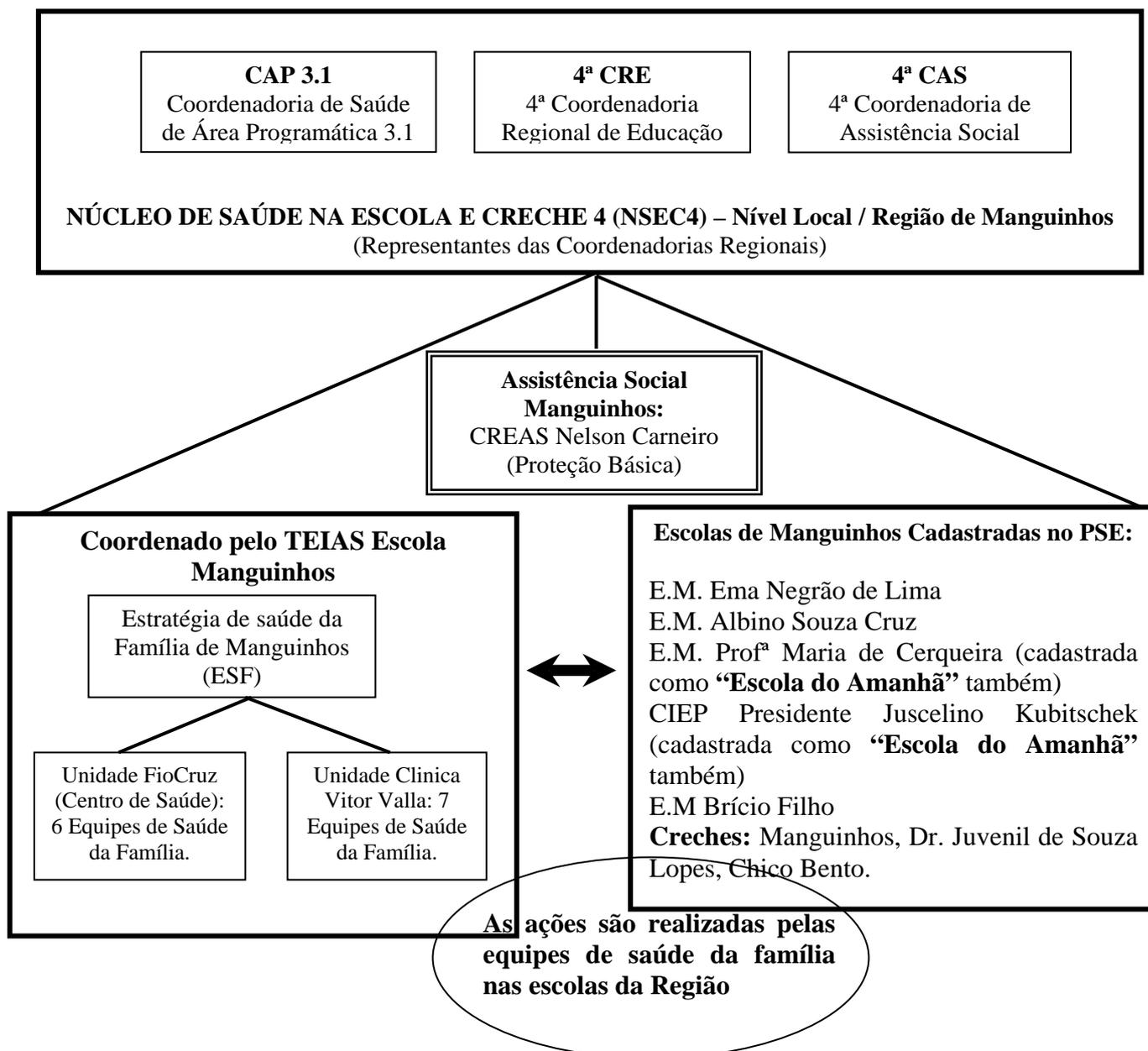
As entrevistas permitiram observar que tanto NSEC4 quanto o Teias tinham como proposta desenvolver parceria para o planejamento das ações de saúde, nas escolas que não estão na 4ª CRE, mas que estão incluídas no território de Manguinhos, pelos critérios de território adscrito utilizados pelo Teias Manguinhos.

De acordo com a configuração que o Município tem estabelecido para o desenvolvimento das ações do PSE, o bairro de Manguinhos encontra-se

inserido no Núcleo de Saúde na Escola e na Creche da 4ª região (NSEC4), que é composto por representantes da 4ª CRE, da 4ª CAS e da CAP 3.1. O NSEC4 é responsável por diversos bairros<sup>ee</sup> entre eles Manguinhos.

A figura 6 apresenta de forma esquemática a organização do PSE no nível local.

**Figura 6:** Estrutura esquemática da organização do PSE no nível local - Região de Manguinhos.



<sup>ee</sup> Bairros de responsabilidade do NSEC4: Bancários, Benfica, Bonsucesso, Braz de Pina, Cacuia, Cidade Universitária, Cocotá, Complexo do Alemão, Cordovil, Galeão, Jardim América, Jardim Carioca, Jardim Guanabara, Manguinhos, Maré, Moneró, Olaria, Parada de Lucas, Penha, Penha Circular, Pitangueiras, Portuguesa, Praia da Bandeira, Ramos, Ribeira, Tauá, Vigário Geral, Zumbi, Freguesia - Ilha, Cidade Alta e Nova Holanda.

Na 4ª CRE existiam 171 unidades escolares municipais, das quais 61 foram cadastradas no PSE, sendo 27 escolas (25 eram “Escolas do Amanhã”), 01 Espaço de Desenvolvimento Infantil (EDI) e 33 creches. No bairro de Manguinhos encontramos 11 unidades escolares, sendo 6 escolas, 2 EDI’s e 3 creches. Entre as escolas, 2 são “Escolas do Amanhã”, assim como 1 dos EDI’s. Havia também 1 escola e 1 EDI pertencente a 3ª CRE. Nestas unidades da educação os atores envolvidos com o PSE são os diretores, os coordenadores pedagógicos e os professores. Na maioria delas quem coordena é o próprio diretor e, em algumas, o coordenador pedagógico. Das unidades escolares apresentadas, 5 foram cadastradas inicialmente no PSE e foram as mais citadas nas entrevistas realizadas, por estarem envolvidas em ações do Programa. A tabela 5 apresenta as unidades escolares municipais localizadas na região de Manguinhos e o número de alunos para cada escola, bem como os tipos de serviços ofertados em 2012. Com base nesses dados pode-se observar o quantitativo de alunos do bairro de Manguinhos, que chega a 5494 crianças e jovens que frequentam a escola.

**Tabela 5:** Unidades escolares municipais e oferta de serviços de educação na região de Manguinhos, 2012.

<b>Unidade Escolar</b>	<b>Ciclo de Formação</b>	<b>Nº de Alunos</b>	<b>CRE</b>
<b>Escola Municipal Ema Negrão de Lima*</b>	Pré - escola	96	4ª
	1º ao 5º ano	281	
<b>Escola Municipal Albino Souza Cruz</b>	Pré - escola	92	4ª
	1º ao 5º ano	280	
<b>Escola Municipal Professora Maria de Cerqueira e Silva* (Escola do Amanhã)</b>	Pré - escola	296	4ª
	1º ao 5º ano	754	
<b>CIEP Juscelino Kubitschek*** (Escola do Amanhã)</b>	Pré - escola	76	4ª
	1º e 7º ano	890	
<b>Escola Municipal Teotônio Vilela***</b>	Pré - escola	255	4ª
	1º ao 9º ano	1327	
<b>Escola Municipal Brício Filho</b>	Pré - escola	133	3ª
	1º ao 3º ano	283	
<b>Creche Municipal Manguinhos</b>	Ed. Infantil	144	4ª

<b>Creche Municipal Chico Bento</b>	Ed. Infantil	137	4 <sup>a</sup>
<b>Creche Municipal Dr. Juvenil de Souza Lopes</b>	Ed. Infantil	148	4 <sup>a</sup>
<b>EDI Dr. Domingos Arthur Machado Filho</b>	Ed. Infantil	151	4 <sup>a</sup>
<b>EDI Padre Nelson Carlos Del Mônico</b>	Ed. Infantil	151	3 <sup>a</sup>

\*Turmas de Aceleração. \*\* Classe Especial

Fonte: Secretaria Municipal de Educação da Prefeitura do Rio de Janeiro, disponível em: <http://www.rio.rj.gov.br/sme>. Atualizado em 05 de Janeiro de 2012.

Em relação aos serviços de saúde, até Janeiro de 2010, havia 8 ESF, alocadas no Centro de Saúde Germano Sinval Farias (CSEGSF/ENSP - FIOCRUZ), correspondendo a uma população cadastrada de 31.841 (trinta e um mil, oitocentos e quarenta e um) moradores e 9.315 (nove mil, trezentos e quinze) famílias acompanhadas<sup>ff</sup>. Na atual gestão do Município e a partir da proposta de construção de Territórios Integrados da Atenção a Saúde (TEIAS), os serviços de saúde da Estratégia de Saúde da Família (Atenção Básica) na região de Manguinhos estão sendo gerenciados pela FIOCRUZ, a partir do projeto Teias Escola-Manguinhos, com base em um contrato de gestão firmado com a SMSDC.

A proposta de regionalização do sistema de saúde a partir da Atenção Básica, com a construção dos TEIAS, levou a FIOCRUZ, em 2009, a assumir a gestão da rede de equipamentos da Atenção Básica em Manguinhos com o Projeto Teias Escola-Manguinhos. Conforme havia sido estabelecido pela Secretaria Estadual de Saúde, as Unidades de Atenção Básica, a partir daquele momento, seriam geridas por Organizações Sociais de Saúde (OSS). Com isso, para que a FIOCRUZ fizesse a gestão de todo o território de Manguinhos, foi preciso que a Fundação para o Desenvolvimento Científico e Tecnológico em Saúde (FIOTEC) se tornasse uma OSS e participasse da seleção pública.

Sendo assim, o acesso à saúde na região foi ampliado com a criação da Clínica da Família Victor Valla (CFVV) contendo 6 ESF, mantendo no Centro de Saúde Escola Germano Sinval Faria (CSEGSF/ENSP-FIOCRUZ) o Centro Municipal de Saúde (CMS) Manguinhos (com 7 equipes). Atualmente, portanto,

<sup>ff</sup> Dados levantados durante as entrevistas.

a região de Manguinhos possui um total de 13 ESF e 3 Equipes de Saúde Bucal. Além de uma Unidade de Pronto Atendimento (UPA – Manguinhos).

A previsão era que até o segundo semestre de 2011 Manguinhos tivesse 100% de cobertura de Estratégia de Saúde da Família, o que poderia facilitar a realização de ações do PSE, uma vez que está prevista no documento normativo do Programa a integração e articulação das ações por meio das equipes. Além das equipes em atuação, em Manguinhos, as ESF contam também com um Núcleo de Assistência à Saúde da Família (NASF), formado por um assistente social, um cardiologista, um ginecologista, um pediatra, dois psiquiatras (um em cada clínica) e dois educadores físicos (um em cada unidade), também contratados através do Teias Manguinhos.

Considerando os serviços de assistência social, com base no site da SMAS, a 4ª CAS possui 5 CRAS e 2 CREAS que são equipamentos para cobertura de todo o seu território. Segundo informações levantadas em entrevista, quem está atuando de imediato no PSE pela assistência social é a proteção social básica, ou seja, o CRAS. Entretanto, o equipamento que fornece assistência a maior parte da população de Manguinhos é o CREAS Nelson Carneiro, que possui uma equipe de proteção social básica. Como estratégia para atuação no PSE, a 4ª CAS, junto ao NSEC4, organizou-se para que cada um desses equipamentos de proteção social básica (CRAS) elencasse apenas duas escolas do território para atuar diretamente, com temáticas e ações planejadas a partir do NSEC4, conforme abordado a seguir.

*“... cada CRAS e a Proteção Básica do Nelson Carneiro elencaram duas escolas que estaríamos atuando nesse momento. E aí uma assistente social ou pedagogo estaria entrando em contato com essa escola [...] a Família Carioca em casa tá sendo o nosso ponto mesmo de trabalho” (NSEC4 - 5).*

As escolas selecionadas pelo CREAS Nelson Carneiro para fazer parte das ações ligadas à assistência social no PSE foram escolas do território da 4ª CAS, entretanto, não estavam na área de Manguinhos. Como a estratégia da assistência foi desenvolver ações e/ou atuar em apenas duas escolas para cada equipamento, as escolas de Manguinhos, neste desenho inicial, não foram contempladas pelas ações do serviço social. A partir disso, durante a

pesquisa de campo, não foi possível realizar entrevistas com profissionais representantes da assistência social no nível local. Além disso, não foi observada a presença desses profissionais nas reuniões locais.

A descrição do contexto local permitiu conhecer o cenário de implementação do PSE na região de Manguinhos, a partir de suas características, com baixos indicadores sociais e econômicos, e acesso precário aos serviços públicos de saúde e educação, retratando a realidade daquela população e suas influências nesse processo. Nesse contexto, tornam-se pertinentes as afirmações de Potvin *et. al.*<sup>75</sup> acerca da influência das variáveis contextuais na implementação de um programa, sendo importante considerar todas essas variáveis, bem como identificar os principais agentes implementadores e sua atuação, no sentido de entender o percurso da política pública, seus avanços e desafios.

#### **Capítulo 4: O desafio da intersetorialidade em Manguinhos**

A intersetorialidade dá-se no campo das relações e a partir da complexidade dos problemas sociais, influenciada pela realidade local no que se refere à tomada de decisão e definição de prioridades. Sendo assim, os principais responsáveis pela intersetorialidade são os atores envolvidos naquele contexto<sup>104</sup>. Daí a importância do trabalho sinérgico, participativo e a construção de redes sociais de cooperação num determinado território, promovendo a convergência de políticas sociais para o desenvolvimento de ações intersetoriais integradas e sistêmicas, na resolução dos problemas sociais locais<sup>105, 106</sup>.

Para o processo de análise desta pesquisa alguns eixos principais foram considerados, entre eles: a) Estrutura organizacional do programa e o contexto da implementação, ou seja, a partir da organização estrutural do Programa e de como ele tem sido conduzido no Município, quais os aspectos que influenciam na construção da intersetorialidade. b) O desafio intersetorial em Manguinhos, de modo a refletir acerca da intersetorialidade no processo de implementação do PSE e como esta se constitui enquanto concepção e prática entre os atores-chave desse processo. Procurou-se compreender a

estruturação do Programa para articulação entre os setores, o compartilhamento de informações e o desenvolvimento das ações no contexto de Manguinhos. Para tanto, foram considerados como relevantes o contexto local; as divisões territoriais nos três Setores (Saúde, Educação e Assistência Social), os mecanismos de incentivo e adesão ao Programa; os atores-chave, suas convergências e divergências; e as parcerias estabelecidas no nível local.

#### ***4.1 Estrutura organizacional do programa e o contexto de implementação***

Desde a década de 90, o município do Rio de Janeiro possuía uma gerência de saúde escolar que tinha como principal objetivo a integração da saúde e da educação a partir dos referenciais da PS, com a proposta de superar a perspectiva higienista e assistencialista. Em 2009, com a mudança de gestão da prefeitura da cidade essa gerência transformou-se em Coordenação de Saúde Escolar, fazendo parte da Superintendência de Promoção da Saúde, inserida na Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil (SMSDC). Apesar de estar vinculada diretamente a SMSDC, a Coordenação do PSE no município também era composta por profissionais das Secretarias Municipais de Educação e de Assistência Social (SME e SMAS). Naquele momento, o município já havia feito adesão ao PSE Nacional e contava com a entrada de novos atores e saída de outros, constituindo um novo cenário para o processo de implementação do programa a partir das diretrizes nacionais.

Para o desenvolvimento e monitoramento das ações relacionadas ao PSE, a coordenação do Programa criou os grupos de trabalho de gestão central e regional (GTI e NSEC, respectivamente), conforme já abordado. Esses grupos eram formados por representantes de cada um dos setores envolvidos, tendo como proposta acompanhar e avaliar as ações e estratégias desenvolvidas no território, de forma a integrar os setores nas atividades do programa e ampliar o acesso à saúde da comunidade escolar.

O GTI, responsável pela gestão municipal do Programa, era composto por representantes da SME, SMSDC e SMAS no nível central e, contava com a participação das Coordenações e Gerências existentes em cada um desses setores. Na SME, os principais representantes eram os responsáveis pela

coordenação pedagógica, ensino fundamental, educação infantil com as creches, programa de jovens e adultos e os responsáveis pelo PROINAPE na coordenação de educação. Na SMSDC havia também representantes de diversas coordenações e assessorias da promoção da saúde compondo o GTI, entre eles, a Coordenação de Educação em Saúde, a Coordenação de Ações e Políticas Intersectoriais, a Coordenação de Saúde Escolar, a Assessoria de Tabagismo, de Atividade Física, a Coordenação de Saúde da Família, Saúde da criança e Saúde do Adolescente, entre outros, conforme exposto pelos entrevistados no âmbito do GTI. Na SMAS, a representação do GTI foi instituída pela subsecretaria de proteção social básica e pelo SIMAS – Sistema Matricial da Assistência Social. O SIMAS foi criado para assessorar os recursos humanos desta secretaria, na perspectiva da Macrofunção de Políticas Sociais, onde se criou uma Gerência da Saúde e uma Gerência da Educação, para acompanhar as ações dos assistentes sociais nas respectivas secretarias.

A inserção da SMAS no programa foi garantida pela histórica relação entre os três setores no desenvolvimento de ações de saúde na escola no município. No entanto, incomodados com o não reconhecimento de sua atuação no programa, tanto pelo texto normativo do PSE quanto pelo próprio secretário da assistência social, os gestores da SMAS demonstravam grande preocupação em reafirmar o seu lugar no programa. Nesse processo, iniciaram um movimento, junto às Coordenações de Assistência Social (CAS) distribuídas pelas áreas do município, para repensar o papel deste setor no PSE, na tentativa de consolidar suas ações e programas a partir de metas e objetivos previamente determinados, relacionando-os ao PSE e legitimando sua atuação. Esta estratégia fortaleceu o envolvimento dos assistentes sociais no âmbito da gestão regional para a atuação no PSE, porém não viabilizou a ampliação do trabalho desses profissionais no nível local, que se restringiu ao alcance de apenas algumas unidades escolares do município. Nas escolas de Manguinhos, por exemplo, não foi identificada a participação do serviço social nas ações do programa.

Os NSEC's eram compostos por dois representantes de cada uma das coordenadorias de saúde (CAP), educação (CRE) e assistência social (CAS) e se responsabilizavam por uma determinada área do município, totalizando dez NSEC's. Foram criados para facilitar e acompanhar a implementação do PSE

no âmbito regional com os atores locais<sup>ff</sup>. O território de Manguinhos, conforme já apresentado, era de responsabilidade do NSEC4.

Para facilitar o processo de acompanhamento das ações do Programa e vincular as escolas às unidades de saúde, o NSEC4 dividiu todo o seu território em três partes, denominadas de Subsistema Ilha, Subsistema Norte e Subsistema Sul. Manguinhos faz parte do Subsistema Sul, que segundo entrevista com um representante do NSEC4, era a região que possuía maior número de ESF, o que facilitava a pactuação de ações. Sendo assim, o planejamento das ações era organizado a partir desses subsistemas, onde os gestores regionais viabilizavam a articulação entre os atores locais, para implementação das ações do Programa. Vale destacar que o NSEC4 passou por uma reformulação entre os anos de 2010 e 2011, onde a maioria dos representantes foi substituída à exceção de um representante da educação e um da assistência social, que já haviam participado do grupo anteriormente. Este processo trouxe repercussões importantes para a articulação no território de Manguinhos que serão melhor discutidas mais adiante.

Outro aspecto a ser considerado no contexto de implementação de Manguinhos, também discutidas ao longo deste capítulo, é a presença do Teias Escola-Manguinhos, responsável pelo conjunto de ações e serviços voltados à garantia de acesso, equidade e resolutividade no modelo assistencial e na atenção básica, integrando os serviços no contexto local. Deve-se considerá-lo um ator estratégico importante na implementação do PSE em Manguinhos, pois as ESF estão sob sua responsabilidade, sendo regida por um contrato de gestão firmado com SMSDC que prevê, em uma de suas metas, ações dessas equipes nas escolas do território.

#### 4.1.a Organização gerencial e processos institucionais

Os grupos gestores - GTI e NSEC foram organizados para viabilizar parcerias e interlocução entre as três secretarias na construção de iniciativas comuns ao PSE no âmbito central e regional. Esse processo de interlocução era firmado principalmente pelos encontros mensais pré-determinados por uma agenda de reuniões. No período de realização da pesquisa, foi possível

acompanhar algumas das reuniões programadas para o ano de 2011 entre os grupos de trabalho.

Essas reuniões eram consideradas o principal fórum de discussão para definir estratégias e processos de operacionalização das ações do PSE, além de representar o início de uma construção intersetorial. Esse modelo de encontros mensais foi adotado pelo GTI e estimulado aos NSEC's, que também seguiram em suas atividades reunindo-se periodicamente. Segundo relatos de representantes do GTI, esses encontros aconteciam desde 2009 e, além das reuniões, o GTI acompanhava o trabalho dos NSEC's, participando localmente de suas atividades (encontros, seminários, ações de saúde), o que segundo eles, permitia um direcionamento do trabalho e uma aproximação das experiências locais.

*“... A gente trazia para as reuniões do GTI, como estavam andando as iniciativas e planejava as ações para fortalecer aquelas que não estavam indo muito bem, isso foi muito produtivo no ano de 2009 todo” (GTI – 2).*

No entanto, esse acompanhamento, no início do ano de 2011, não estava acontecendo periodicamente e, a proposta do GTI era retomar essa estratégia junto aos NSEC's para maior aproximação das iniciativas regionais, no sentido de construir diretrizes para o programa e apoiar as ações que aconteciam em cada território.

*“... pegar o que tá acontecendo na ponta e trazer pro GTI, é que vai dar pra gente, a direção para o apoio dessas iniciativas, mas sem essas coisas de levar para reunião dos núcleos uma coisa já pronta, olha executem isso...” (GTI – 2).*

No decorrer da realização das entrevistas e participação nas reuniões, foi possível observar a retomada do GTI nesse acompanhamento dos NSEC's em suas regionais. Os representantes do GTI organizavam-se para que cada membro acompanhasse um NSEC, frequentando os encontros programados nas regionais e apoiando as ações desenvolvidas. Durante alguns dos encontros ocorridos entre os representantes do NSEC4, no território de Manginhos, houve a participação deste membro do GTI que se caracterizou

como uma forma apoio ao NSEC4. Porém essas visitas não eram sistemáticas, e não havia nenhum instrumento de registro, de modo a permitir uma continuidade desse acompanhamento. Permitia apenas uma análise bem geral de como cada núcleo estava caminhando no momento da visita.

Ao longo do ano de 2011 foram programadas reuniões internas do GTI, reuniões do GTI com representantes dos NSEC's e reuniões dos próprios NSEC's em suas regionais. Havia ainda, encontros descentralizados, organizados nos territórios, onde o NSEC reunia-se com os atores locais de uma determinada área para discutir as ações do PSE, como no caso de Manguinhos em que o NSEC4 promoveu alguns encontros em suas três sub-regiões. As reuniões entre os grupos gestores (GTI e NSEC) tinham periodicidade mensal, entretanto, nas regionais as agendas eram organizadas de acordo com a necessidade e disponibilidade desses gestores e dos parceiros do território.

As reuniões internas do GTI tinham como objetivo a definição e organização das diretrizes e dos planos de ação do Programa no Município, reunindo seus representantes e os parceiros considerados relevantes para integrar às ações do PSE. Nesta reunião, eram discutidas as principais estratégias para o desenvolvimento do Programa, na perspectiva da intersectorialidade; as abordagens para apresentação das demandas de outras secretarias e do próprio Prefeito aos NSEC's; as formas de apoio às regionais e o papel do GTI enquanto órgão gestor do Programa.

*“As reuniões do GTI são momentos em que a gente pensa como a gente pode apoiar os núcleos, quais são as ações que a gente vai propor” (GTI – 2).*

*“O GTI funciona articulando coordenações, gerências que estão mais a frente do trabalho e as que não estão mais a frente também, na verdade é um coletivo articulador, pra dentro e pra fora das suas pastas na medida da necessidade...” (GTI – 3).*

A partir desses encontros o GTI articulava as coordenações e os parceiros possíveis para atuação no nível local, discutindo as prioridades e necessidades identificadas junto aos NSEC's, de modo a compor um trabalho intersectorial no PSE. Entretanto segundo relatos e a partir da própria

observação no acompanhamento das reuniões era comum e frequente a não assiduidade e a rotatividade dos profissionais representantes de outras coordenações, o que dificultava a continuidade das discussões e a pactuação de ações para o território. Um ponto a se destacar foi exatamente a ausência da coordenação de Saúde da Família nesses encontros, uma vez que havia uma indução para a realização de ações nas escolas a partir das ESF, tanto pelo PSE Nacional quanto nas propostas do município, via carteira de serviços<sup>99</sup>. Esta ausência inviabilizou o processo de discussão e pactuação de ações e prioridades, no nível central, acerca das ações que as ESF poderiam desenvolver no território junto às escolas. No entanto no nível local o contato com as ESF ocorreu por intermédio dos representantes da saúde nos NSEC's.

Os encontros do GTI com os NSEC's visavam acompanhar e direcionar o processo de implementação nas regionais, apresentando as diretrizes do Programa, discutindo as demandas e estimulando a troca de experiências entre os dez NSEC's do Município. Nesses momentos, o GTI apresentava as diversas frentes de trabalhos, projetos e programas vinculados às suas respectivas Secretarias ou parceiros e outras Secretarias que julgava importantes para o trabalho de saúde na escola, de modo que cada Núcleo priorizasse as ações a partir das necessidades locais. O acompanhamento dessas reuniões permitiu identificar que as atividades do Programa eram pactuadas nesse coletivo, como proposta de ação, conferindo um caráter de horizontalidade nessa relação GTI – NSEC. Havia uma tentativa de pactuar e negociar as decisões, para cada regional, de forma bem democrática, levando em consideração as suas diversas demandas.

*“... esses espaços [o encontro do GTI com os NSEC's] é um espaço importante de pactuações de algumas questões, e também a gente às vezes levanta alguma proposta no GTI e valida com os núcleos” (GTI – 1).*

---

<sup>99</sup> Carteira de Serviços da Atenção Primária à Saúde (APS): Documento que visa nortear as ações de saúde na atenção primária oferecidas à população no Município do Rio de Janeiro. Desenvolvido pela SMSDC/RJ. Disponível em: <http://www.rio.rj.gov.br/web/smsdc/exibe conteudo?article-id=1233196>

Sendo assim, eram apresentadas as diversas frentes de ação e cada NSEC direcionava seu trabalho de acordo com a sua realidade local, realizando suas atividades em tempos distintos com prioridades diferentes. Ou seja, os processos e mecanismos pensados e sugeridos pelos gestores centrais (GTI) do Programa eram conduzidos em cada área de forma bem particular, na medida da necessidade e da prioridade na prática cotidiana. Os representantes do GTI afirmavam ter núcleos bem avançados em suas iniciativas locais, enquanto outros estavam iniciando alguma articulação, sendo necessário um suporte e aproximação maior, conforme ocorreu com o NSEC4 no período de sua reformulação.

Neste contexto, torna-se pertinente as contribuições de Arretche<sup>83</sup> sobre o processo de implementação de uma política, que em geral, pode alterar o seu desenho original. Os diferentes interesses, perspectivas pessoais e objetivos entre os atores que movimentam o programa podem modificar suas propostas originais, influenciando nos resultados do programa quanto ao seu sucesso ou fracasso e ainda podem favorecer a construção de práticas inovadoras nesse processo. Poderíamos, portanto considerar esses Núcleos como “agentes implementadores” responsáveis por executarem a política, a partir de suas diretrizes e de valores e interesses próprios que levam a uma recriação da política. A autora afirma que para estimular a adesão dos agentes implementadores aos objetivos do programa, é importante criar estruturas de incentivos e condições institucionais para implementá-las. Neste caso, as reuniões podiam ser consideradas como uma forma de incentivo, pois possibilitavam o acompanhamento e direcionamento das ações, bem como a discussão das diretrizes e a troca de experiências para impulsionar, apoiar e incentivar as atividades previstas no programa.

Entretanto vale destacar que foi possível observar também, nestas reuniões, uma espécie de burocratização do trabalho, onde a grande preocupação dos gestores estava sendo colocar em prática o PSE Nacional no município do Rio de Janeiro atendendo aos critérios estabelecidos pelas Portarias regulamentadoras. Sendo assim, além dos direcionamentos acerca do trabalho a ser desenvolvido no território e das prioridades para o Programa, nesses encontros eram abordados temas como cadastramento das escolas no mesmo, mapeamento das ESF que atuariam no PSE, número de escolas

cadastradas, atividades a serem desenvolvidas nas escolas e a institucionalização do GTI enquanto gestor do programa no município. Com isso, em muitos momentos a proposta de fortalecer as ações de acordo com as dinâmicas territoriais era secundarizada pelas induções feitas pelo próprio GTI para o cumprimento de algumas atividades ou demandas emergenciais.

Um exemplo disso, eram as demandas apresentadas aos NSEC's relacionadas ao projeto de investimento municipal que contava com a atuação de duas instituições (IABAS e Bio-Rio) para a implementação de ações de saúde em unidades escolares prioritárias. Conforme descrito anteriormente, este projeto foi denominado "Saúde nas Escolas", tinha como foco ações de caráter assistencialista e estava por influenciar os rumos e propostas do programa até então instituído no município, sendo o principal tema das reuniões no ano de 2011. A inclusão deste tema nos encontros entre GTI e NSEC's partiu da necessidade, identificada pelo GTI, de direcionar as ações previstas para este projeto a partir do PSE, na tentativa de agregá-lo à proposta municipal de saúde na escola. De acordo com as entrevistas a intenção do GTI, ao responsabilizar-se pelo projeto, era possibilitar uma melhor condução de suas atividades na rede de educação e viabilizar que as ações desse projeto atendessem as propostas de atenção à saúde apresentadas no componente I do programa Nacional no qual o município havia feito adesão.

*“A gente espera que isso aconteça com essa OSS que foi contratada, especialmente para as 160 unidades. [...] Com profissionais, exclusivamente, trabalhando dentro da escola, a gente espera que consiga toda a agenda do PSE, todo o componente de avaliação clínica, psicossocial, nutricional, detecção precoce da hipertensão arterial, todo aquele temário” (GTI – 3).*

A problemática desse projeto estava em relação à sustentabilidade das ações, uma vez que era um contrato que tinha tempo para ser desenvolvido, não contemplava toda a rede de educação e não parecia facilitar a articulação entre as escolas e os serviços de saúde do entorno. Além disso, corria-se o risco de ser mais um desses projetos pontuais de baixa resolutividade que não traziam avanços significativos para pensar a atenção à saúde dos estudantes,

e nem possibilitava a reflexão acerca dos determinantes sociais de saúde no ambiente escolar.

Todos esses atravessamentos, adesão ao PSE Nacional, burocratização do processo de adesão e inserção das atividades assistenciais do projeto municipal, levaram a um direcionamento do programa, onde foram priorizadas essas questões em detrimento das experiências presentes no território e das iniciativas de promoção da saúde nas escolas conduzidas pelo município ao longo de sua trajetória. Esses aspectos conferiram ao programa um tom inaugural, bastante presente nas entrevistas, tanto dos gestores quanto dos profissionais locais, que afirmavam ser recente esta estratégia, não associando as atividades e ações anteriormente desenvolvidas, como práticas que poderiam se caracterizar como um programa de saúde na escola.

Diversas foram as iniciativas desenvolvidas ao longo da experiência do município, em várias regiões da cidade, estimulando o desenvolvimento de ações na perspectiva da construção coletiva e da articulação entre os parceiros no território para a construção de projetos voltadas a realidade local e que envolvessem a comunidade escolar em ações efetivas. Além disso, o município produziu uma série de materiais com temáticas relacionadas à promoção da saúde na escola para estimular processos mais reflexivos e críticos no âmbito dessa discussão. Essas experiências trouxeram aprendizados que viabilizaram a adesão do município ao PSE Nacional.

Entretanto diante da extensão municipal, essas iniciativas aconteceram de forma mais consolidada em algumas áreas do Rio de Janeiro, onde foi possível a aproximação da gestão municipal para o desenvolvimento de projetos piloto, seminários e oficinas ampliadas de saúde na escola e também, a partir das iniciativas do próprio território, por meio dos incentivos municipais<sup>52</sup>. Neste sentido, apesar do programa Nacional ter sido implementado em um contexto fértil de aprendizados e fortalecimento de parcerias no nível da gestão, essa prática não se efetivou de forma homogênea em todo o município.

Em Manguinhos, por exemplo, as ações do PSE, na perspectiva dos professores, estavam vinculadas às atividades desenvolvidas, nos últimos dois anos, pela FIOCRUZ ou pelas equipes contratadas para as escolas prioritárias. Não fazendo relação com outras atividades que já teriam ocorrido no território e que se caracterizavam como ações de saúde na escola.

Na sequência, os NSEC's também programavam encontros internos para pensar as ações em seu território e as formas de articulação entre os equipamentos de saúde, educação e assistência social e seus parceiros locais. O NSEC4 priorizava ainda reuniões locais com atores estratégicos do território para realizar levantamento das principais demandas, limitações e recursos disponíveis para o desenvolvimento das ações de saúde na escola e para planejá-las e articulá-las no território.

O NSEC4 iniciou sua atuação na área, logo após a adesão do Município ao PSE. Seu primeiro passo foi identificar as demandas e necessidades das unidades escolares a partir de um diagnóstico situacional, de modo a traçar planos de ação para o desenvolvimento do Programa. De acordo com informações levantadas nas entrevistas, nos anos de 2009 e 2010, o NSEC4 realizou diversas reuniões entre seus representantes e profissionais das escolas, unidades de saúde e parceiros locais de sua regional, visando construir processos e mecanismos de operacionalização do PSE em cada uma de suas sub-regiões.

Em Manguinhos, o NSEC4 no ano de 2010, ainda com representantes que posteriormente seriam substituídos, promoveu encontros com os principais atores da região, entre eles, professores, profissionais de saúde, Teias Escola Manguinhos e outros. Esses encontros tinham como objetivo traçar as estratégias de articulação entre os atores para desenvolver as ações nas escolas ligadas ao PSE, organizar a atenção à saúde dos estudantes de Manguinhos e pensar os próximos passos para esse território, a partir das demandas identificadas pelos representantes do NSEC4. Os trechos abaixo demonstram a participação dos professores nos encontros:

*“O pessoal do Teias tinha uma reunião, eu me lembro que participei de umas três, lá mesmo na CAP 3.1. E lá cada um ia dizendo sua prioridade, mas não chegamos a ser atendidos em tudo que nós pedimos [...] Não está mais acontecendo. Porque existia a reunião com o pessoal do TEIAS e o NSEC, discutia essas coisas..” (PE - 1).*

*“No início quando começou teve uma reunião com os grupos e cada um ia colocando quais os assuntos que precisavam de uma ênfase maior” (PE - 2).*

No final do ano de 2010, atropeladas pelas diversas demandas em cada um dos setores e com inúmeras atividades e atribuições, associadas à saída dos representantes do NSEC4, as reuniões locais deixaram de acontecer. Entretanto, cada setor manteve suas atividades específicas, atuando no território de acordo com a necessidade setorial. Foi o momento de reformulação do NSEC4 e, as ações que aconteciam no nível local deixaram de ser acompanhadas pelos gestores regionais e centrais do Programa. Nesse período, o Teias Escola-Manguinhos estimulava a atuação das ESF nas escolas da região, pois uma de suas metas enquanto gestor das unidade de Saúde da Família era a realização de atividades no ambiente escolar.

Durante a pesquisa foi possível acompanhar reuniões com os representantes do NSEC4 no território de Manguinhos, antes e após sua reformulação, bem como as reuniões internas do NSEC4 com os novos representantes. Após a reformulação do NSEC4, em 2011, os encontros internos desse grupo tornaram-se mais frequentes, entretanto os encontros em Manguinhos ficaram mais espaçados, pois o Núcleo estava em processo de (re) organização do trabalho e de (re) redefinição das estratégias para a área. Desta forma, inicialmente, este novo grupo organizou diversos encontros internos para entender o Programa, o que havia acontecido até aquele momento e quais eram as propostas a partir dali, para em seguida discutir e planejar como seriam desenvolvidas as ações do Programa em toda área de responsabilidade deste NSEC.

Com isso, em um primeiro momento, as ações no território ficaram sem direcionamento da gestão regional. As reuniões começaram de fato em abril de 2011 e eram organizadas na CAP, na CRE ou na CAS, quinzenalmente a princípio, pois a prioridade era conhecer os processos e fluxos do Programa que para a maioria deles era algo novo e que demandava maior envolvimento. Nesse processo de estabelecimento e organização do NSEC4 enquanto gestor do Programa na região, esses novos representantes tiveram o apoio do GTI que passou a acompanhar o trabalho do NSEC4, orientando e direcionando as atividades do programa.

*“Agora, esse ano nossas reuniões estão sendo acompanhadas por uma pessoa do GTI, ele participa, toma ciência de nossas ações e às vezes traz informações para o núcleo...” (NSEC4 - 1).*

A reformulação desse grupo promoveu um distanciamento no processo de estruturação das ações e articulação em nível local por um determinado período, pois com a chegada dos novos representantes houve um retrocesso do que havia sido instituído e o recomeço de algumas pactuações, principalmente em relação ao que já havia sido definido no território de Manguinhos, questões que serão melhor discutidas no item 4.2.

Como o principal foco, no ano de 2011, era o investimento da prefeitura no projeto “Saúde nas Escolas” (IABAS e Bio-Rio), os encontros do NSEC4 também se resumiram em discussões acerca dessas ações, assim como aconteceu no GTI. Com isso, as experiências desenvolvidas no território, entre os atores locais, não foram estimuladas e nem tampouco acompanhadas pelos gestores regionais, de maneira que houvesse maior integração entre os atores/setores, garantindo a sustentabilidade das ações desenvolvidas localmente. No território de Manguinhos, por exemplo, algumas atividades já aconteciam ou estavam acontecendo em função de contatos anteriores e de sua trajetória com atividades nas escolas ligadas a FIOCRUZ, que poderiam ser fortalecidas naquele momento.

A atuação do Teias Escola-Manguinhos no território permitiu a (re)aproximação de seus representantes com o NSEC4 que os convidou a participar de seus encontros periódicos. Sendo assim, as reuniões do NSEC4 começaram a contar com a participação dos gestores do Teias Escola-Manguinhos e tinham o propósito de construir mecanismos de articulação e integração entre as unidades de saúde da família de Manguinhos e suas escolas de referência, para viabilizar o início de um trabalho intersetorial.

A partir disso, foi criada uma agenda de reuniões entre NSEC4, gestores do Teias e as equipes vinculadas ao projeto de investimento municipal, na tentativa de restabelecer contatos e de impulsionar as ações de saúde na escola na região, integrando esses atores e as escolas de Manguinhos. Conforme informou um representante do NSEC4, as reuniões locais estavam sendo realizadas para corrigir a sobreposição de ações, evitar o retrabalho e organizar os papéis de cada ator.

*“... hoje a gente tem um encontro para apresentar o projeto IABAS e para trabalhar algumas questões que estão acontecendo. E junto disso a gente já está adequando algumas ações. A tendência é de se respeitar, de se apropriar das ações que já são desenvolvidas pelas equipes das unidades de saúde na escola... e a Bio-Rio e principalmente IABAS, entrarem com ações complementares” (NSEC4 – 2).*

Segundo relatos das entrevistas, essas reuniões visavam ao planejamento das ações e à articulação entre os atores locais. O planejamento era construído em parte pelo NSEC4, em parte pelas unidades de saúde e escolas do território, mas, também, em parte pelo nível central, a partir de projetos e programas do município, como no caso das parcerias com a IABAS e a BIO-RIO. Esses encontros permitiram, ainda, que os representantes do NSEC4 tomassem conhecimento das estratégias lançadas no território pelo Teias Escola-Manguinhos, que havia desenvolvido um projeto para implementação de ações de saúde nas escolas locais, conforme discutido mais adiante.

No âmbito da organização dos grupos gestores, torna-se primordial compreender como esses atores percebem seu papel e importância no Programa e que relação estabelecem entre si, enquanto gestores do Programa e entre os setores que articulam. Sendo assim, a partir das entrevistas realizadas foi possível perceber que os gestores (GTI e NSEC) compartilhavam da mesma opinião em relação aos seus papéis no Programa. Tanto o GTI quanto o NSEC4 entendiam que eram grupos gestores que deveriam direcionar o Programa no nível local, articular com outras parcerias, monitorar e supervisionar as ações realizadas nas áreas da cidade. Segundo um representante do NSEC4, o papel do GTI é monitorar, avaliar e apoiar a implementação do PSE pelos NSEC's e contribuir na troca de experiências entre eles; de auxiliar na materialização das ações e fortalecer institucionalmente a intersetorialidade no Programa.

Os representantes do GTI afirmam ainda que por coordenarem o Programa no nível central, são responsáveis por identificar necessidades, definir e deliberar políticas que perpassam pelo seu coletivo, discutindo formas de operacionalizá-las. Organizam o trabalho a partir das demandas e

necessidades do território em parceria com os NSEC's e, quando necessário, fazem induções de ações a serem implementadas nas regiões.

*“Eu acho que seria mesmo um papel de monitorar as atividades de todas as áreas, fazer um papel de articulador, de monitoramento, pra ver o que está sendo realizado dentro da área. E promover também alguns outros eventos, para melhorar as atividades, tanto da saúde, quanto da assistência e da educação no território” (GTI – 5).*

*“... é representar a ponta no nível de gestão, mobilizar jovens, implantar redes, oferecer metodologias, propiciar espaços para o diálogo, capacitar os profissionais, oferecer os recursos, apoiar as estratégias da ponta, os projetos, os programas que eles pretendam implementar” (GTI – 2)*

Entretanto, vale destacar que em função da preocupação de viabilizar as ações determinadas nas diretrizes do PSE Nacional e as definidas pelo projeto municipal, o foco estava principalmente na realização das atividades assistenciais, secundarizando as ações ampliadas de construção coletiva entre os envolvidos no território. Apesar de afirmarem que estimulavam o trabalho no território a partir das demandas e necessidades locais, as induções no nível central estavam voltadas principalmente para a realização de ações pré-determinadas como avaliação nutricional, atividade educativa sobre dengue, atividade de saúde bucal, triagem oftalmológica e auditiva. Não havia uma discussão acerca das reais necessidades daquela escola ou comunidade, as ações chegavam de forma verticalizada e eram implementadas nas escolas sem planejamento conjunto e participação da comunidade escolar.

É importante ressaltar que a missão do GTI é promover articulação permanente entre as políticas e ações de educação e de saúde, com a participação da comunidade escolar, envolvendo intersetorialmente as ESF e da educação básica<sup>107</sup>. Suas principais atribuições no município são: elaborar o Projeto do PSE e o diagnóstico situacional das escolas que estão no espectro de atuação das ESF; realizar o mapeamento da Rede SUS e da Rede de Escolas; definir as atribuições das ESF e das escolas em cada um dos territórios de responsabilidade e definir os responsáveis das áreas da saúde e da educação dentro de cada território; programar as atividades do PSE que

deverão ser incluídas no Projeto Político-Pedagógico de cada uma das escolas e fortalecer a gestão intersetorial regional e local<sup>6, 107</sup>.

Quanto ao NSEC4, assim como os demais NSEC's, tem como função o acompanhamento da implementação do programa no território, articulando e monitorando as ações desenvolvidas nas escolas e auxiliando na comunicação entre os parceiros e na devolução da avaliação dos resultados ao GTI. Desta forma, os representantes do NSEC4 entendem que seu papel é bastante semelhante ao trabalho do GTI, porém em suas regionais, com maior aproximação do nível local.

*“... O papel do núcleo é exatamente articular todas as ações que vão ser feitas junto às escolas e essa comunidade que a escola acompanha e atende. A gente tem que propiciar esses encontros, coordenar, acompanhar” (NSEC4 – 1).*

A relação estabelecida entre esses grupos gestores era de parceria, suporte e, sobretudo, de troca de experiência onde, em geral, as questões eram pactuadas e definidas conjuntamente. Para estreitar essa relação, uma das estratégias do GTI era participar das atividades dos Núcleos, entretanto esse acompanhamento não era sistemático e contínuo. Com base nas entrevistas, observou-se que a relação do NSEC4 com o GTI era considerada positiva, tendo se estabelecido a partir das reuniões que ocorriam entre esses atores. Porém um complicador era a dificuldade de participação de todos os integrantes do NSEC4, em função de suas agendas setoriais, fazendo com que muitas vezes, somente um membro do Núcleo participasse. Neste caso, algumas definições que poderiam ser iniciadas nesses espaços aconteciam apenas, após o encontro desses gestores em suas regionais e muitas vezes, acabavam atropelados por outras demandas, impedindo sua continuidade.

Os gestores do NSEC4 apontaram como uma das dificuldades para o direcionamento e organização das ações do programa em todo seu território, a conciliação das agendas setoriais e as diversas outras demandas que esse grupo também precisava responder. Ou seja, os profissionais que representavam o NSEC nas suas respectivas coordenadorias tinham sob sua responsabilidade, além do PSE, outras funções, ações e programas, conjugando diversas atribuições para o mesmo profissional, o que influenciava

na qualidade do serviço prestado e limitava sua atuação integral no programa. Esse processo dificultou a operacionalização do programa juntos aos técnicos locais da região de Manguinhos.

*“A gente não tem tido tempo para se dedicar melhor, porque a demanda não é só do PSE, têm várias outras demandas que também são obrigatória de cada órgão, são poucas pessoas para dar conta de uma porção de coisas, mas assim, eu acho que isso é a única coisa de dificuldade” (NSEC4 – 1).*

*“O tempo da gente é muito complicado, acho que o que dificulta é a nossa agenda, de tá conciliando esse tempo da saúde, o tempo da assistência e da educação. [...] nas nossas reuniões o que surge como maior dificuldade é a falta de tempo” (NSEC4 – 5).*

Esta problemática foi recorrente ao longo das entrevistas com os representantes do NSEC4, sendo identificado, por eles, como um ponto frágil para o direcionamento das ações do programa junto aos atores locais, tais como professores e profissionais da saúde. Esses atores estão no processo de execução das atividades do programa e precisam do contato e suporte da gestão regional e do apoio sistemático para viabilizar o desenvolvimento das ações e possibilitar a continuidade das já implementadas naquela região. No entanto é preciso pensar em estratégias e incentivos para fortalecer e consolidar a articulação no nível local, de modo que professores, profissionais de saúde e comunidade escolar mantenham um diálogo que leve a construção de metodologias de trabalho, de projetos em conjunto e de conhecimento.

Outro ponto a se destacar no âmbito da organização do programa é o desconhecimento por parte dos profissionais da educação e da estratégia de saúde da família que atuavam no território de Manguinhos, em relação a organização municipal do programa, no que se refere à existência e função dos grupos de gestão (GTI e NSEC). Somente um profissional da educação fez referência ao NSEC, com pouca clareza, enquanto que os outros relataram não conhecer e nem ter contato com essas instâncias. Já os profissionais de saúde, durante a entrevista, relataram algum conhecimento desses grupos gestores, porém com pouca proximidade, principalmente em função de algumas reuniões mais ampliadas que o NSEC4 e o próprio GTI realizaram em Manguinhos. Esta

realidade demonstra a frágil relação e reduzida comunicação entre a gestão regional e o nível local nesse processo de direcionamento das ações do PSE no território.

Nesse aspecto convém levantar a discussão de governança<sup>108</sup> que pode ser entendida como a gestão do curso dos acontecimentos em um sistema social, envolvendo as múltiplas formas que indivíduos e instituições, públicas e privadas, têm para planejar e gerir os assuntos comuns. Prevê a colaboração vertical e horizontal entre os diversos níveis e setores de gestão, onde a colaboração horizontal ocorre a partir dos diferentes setores com grupos no mesmo nível de decisão, em direção a um conjunto definido de objetivos. Enquanto que a colaboração vertical se dá a partir dos diferentes níveis da gestão enfrentando os desafios políticos que exigem decisões por mais de um nível de governo (local, regional, central e nacional). A governança se coloca no território como um novo arranjo institucional, para mobilizar e otimizar recursos, inclusive humanos, fortalecendo as bases de um programa, na medida em que amplia a incorporação de novos atores em uma posição mais igualitária<sup>108,109</sup>.

A forma como estava organizada a gestão do PSE, a partir do GTI e dos NSEC's no que se refere a sua composição e estrutura de trabalho refletiu em contribuições importantes para o avanço e superação de políticas fragmentadas e setoriais, uma vez que viabilizava encontros, espaços de articulação e comunicação entre os setores. Para Mendes *et. al.*<sup>110</sup>, os gestores têm papel central na efetivação das ações intersetoriais por meio da reorientação do desenho institucional, reforçando a comunicação entre gestores, profissionais, parceiros e população. Portanto, esses atores desempenham importante função na definição de políticas e na execução de programas que beneficiam a população, sendo fundamental o delineamento de aprendizagem e inovação que impulse a capacidade de adaptação às mudanças<sup>111</sup>.

Entretanto vale destacar que o GTI e o NSEC, enquanto gestores do programa, precisam criar mecanismos para fortalecer o trabalho intersetorial, a partir da integração de estruturas, recursos e processos organizacionais com responsabilidade múltipla desses setores. Esse envolvimento ainda é muito pessoal, dependente da vontade e disponibilidade dos atores envolvidos,

conforme mencionado em algumas das entrevistas realizadas. Além disso, a comunicação com o nível local ainda é um grande desafio, que precisa ser superado no sentido de fortalecer a articulação local e possibilitar a sustentabilidade das ações.

Destaca-se ainda a atuação do Teias Escola-Manguinhos no programa que se constituiu como positiva, na medida em que impulsiona o trabalho das equipes de saúde da família nas escolas, cria processos de interlocução com a gestão central e regional do programa saúde na escola e fortalece a articulação e integração entre instituições e atores locais e, inclusive a comunidade. No entanto, é preciso consolidar essa prática que está em seu processo de construção no território, de modo que o Teias configure-se como ator estratégico para o trabalho intersetorial no território de Manguinhos e, sobretudo no desenvolvimento do PSE.

#### 4.1.b A estratégia de investimento municipal ao PSE

O Programa Municipal Saúde na Escola e na Creche (PSE municipal), em 2011, integrou a suas atividades as ações do projeto proposto pelo Prefeito e pela Secretária de Educação, desenvolvido a partir de um contrato de gestão firmado com a OSS IABAS e um convênio com a Fundação Bio-Rio. Ambos os contratos tinham como prioridade as primeiras escolas cadastradas no PSE, que foram as identificadas como “Escolas do Amanhã” – total de 152 escolas localizadas em áreas conflagradas e de grande vulnerabilidade social – e 8 Espaços de Desenvolvimento Infantil (EDI’s), totalizando 160 unidades escolares e 136 mil alunos atendidos<sup>hh</sup>.

O contrato firmado com a IABAS tinha como proposta trabalhar com ações de prevenção de doenças e promoção da saúde, além da detecção de demandas por atendimento e primeiros socorros, integrando a educação básica à rede de saúde, incluindo a estratégia Saúde da Família. No caso da Fundação Bio-Rio, o convênio tinha como foco apoiar ações de saúde auditiva, oftalmológica e bucal em toda a rede municipal de educação, priorizando inicialmente as escolas já cadastradas no PSE, com a proposta de ampliação

---

<sup>hh</sup> Encontrado no endereço eletrônico: <http://www.rio.rj.gov.br/web/gbp/exibeconteudo?article-id=1575254>

da rede em 50%, no segundo semestre de convênio. Ou seja, todas as atividades previstas pelos dois investimentos estavam voltadas para essas 160 unidades escolares, entretanto, a rede de educação possuía cerca de 1065 escolas.

Com a integração desse projeto ao PSE que o município havia aderido, a responsabilidade pela sua condução passou a ser dos coordenadores /gestores do PSE, principalmente, das Secretarias Municipais de Educação e Saúde (SME e SMSDC). Apesar da Secretaria de Assistência Social não ter participado da elaboração do projeto em si, seu envolvimento deu-se durante a condução do trabalho no nível da coordenação do Programa, principalmente no processo de formação dos profissionais contratados para a execução das atividades nas escolas.

Para melhor conduzir esse projeto, o GTI promoveu um seminário de dois dias com a presença dos atores envolvidos no Programa, entre eles os representantes dos dez NSEC's, diretores e professores das 160 unidades escolares e os profissionais contratados para atuar nessas escolas. No primeiro dia foi apresentado o Programa Municipal e seus respectivos responsáveis, bem como o GTI. No segundo dia foi realizada uma capacitação direcionada aos técnicos de educação e saúde, com orientações sobre suas atividades nos NES e sobre a utilização do material que receberiam para atuar.

Vale destacar que este Seminário não foi bem divulgado e discutido entre as unidades escolares. Uma representante da Educação, que receberia o técnico de enfermagem em sua escola, fez referência a este Seminário, porém com pouca clareza do conteúdo. Além disso, o Seminário aconteceu após a entrada dos técnicos de enfermagem nas escolas. Ou seja, o professor recebeu o técnico sem saber quais seriam suas atribuições e responsabilidades no ambiente escolar, o que fica claro no relato a seguir:

*“Quando foi esse ano, em julho, a técnica de enfermagem veio se apresentar. Eu não sabia de nada até então. Quando eu cheguei no seminário fiquei sabendo que era um convênio da Bio-Rio e IABAS. Pelo o que eu entendo, eles foram terceirizados para fazer esse trabalho na escola” (PE - 1).*

De acordo com o edital do contrato IABAS, as demandas de assistência em saúde dos estudantes seriam identificadas e caracterizadas na escola, em

um primeiro momento, pelo técnico de educação e saúde – chamado de “equipe fixa” – que deveria adotar as providências e os encaminhamentos devidos, conforme a especificidade da situação. Num segundo momento, essas demandas seriam atendidas pelos profissionais das unidades móveis, por meio das visitas regulares, ou encaminhadas para as unidades de saúde da rede SUS<sup>98</sup>. Com base neste edital e nos documentos que foram enviados às escolas que receberam o projeto IABAS, os profissionais da educação entenderam que o principal papel do técnico de educação e saúde nas escolas era fazer os atendimentos de saúde surgidos no dia-a-dia e realizar uma espécie de triagem dos casos que precisassem de outra especialidade, conforme descrito no trecho abaixo:

*“... essa técnica veio com computador e recebeu orientação de pesar, medir e aferir a pressão dos alunos. Seria o primeiro passo dela. E observar alguma coisa assim, bem gritante que ela visse, para quando a equipe móvel, que vem uma vez por mês, chegasse à escola, ela já repassar” (PE - 1).*

No entanto, no nível do GTI, havia uma orientação para que tanto as salas de atendimento quanto os técnicos de enfermagem fossem conduzidos nas escolas, a partir de um contexto de promoção da saúde. Ou seja, as salas denominadas de Núcleo de Educação e Saúde (NES), precisavam representar um ambiente acolhedor dentro das características de uma escola, com cartazes, livros, brinquedos e etc. Os técnicos de enfermagem, denominados técnicos de educação e saúde, eram considerados “agentes promotores de saúde” e tinham como principal função articular os serviços de saúde a unidade escolar e desenvolver ações de educação em saúde na escola. Para isso este profissional foi cadastrado na unidade de saúde de referência da escola e precisava cumprir parte de sua carga horária na própria unidade, na tentativa de facilitar possíveis intervenções e tratamento.

De acordo com os profissionais do GTI, esses técnicos de educação e saúde tinham como papel aproximar o serviço de saúde à escola e criar no ambiente escolar um espaço de promoção de saúde. Porém ao chegar ao nível local, no domínio dos professores e das escolas, a sala era caracterizada como ambulatório e/ou ambiente para o atendimento “médico” e o técnico como profissional de saúde responsável pela triagem e encaminhamento dos

problemas de saúde. Neste aspecto, tornava-se clara a caracterização do programa para um viés médico-assistencial, restringindo a atuação da saúde e reforçando a questão da especialização para a resolução de problemas complexos. Deste modo, vale destacar as afirmações de Rocha *et. al.*<sup>112</sup> sobre a dificuldade da superação desta lógica:

*“Esta mudança radical nas concepções e ações escolares não se dá de forma fácil e imediata. Este compartilhar de saberes e de práticas requer capacitação, ruptura, esforço e persistência, pois a tendência é a manutenção de práticas há muito cristalizadas”<sup>112</sup>.*

No convênio firmado com a Fundação Bio-Rio, as ações de saúde seriam realizadas por estagiários de fonoaudiologia, com supervisão de profissionais contratados pela Fundação. Segundo relatos, para as situações onde fosse detectada a necessidade de consulta oftalmológica, a Fundação se responsabilizava pela realização em serviços privados contratados. Este convênio previa o fornecimento de óculos e de próteses auditivas. Para a avaliação da saúde bucal e a realização das ações de promoção e de prevenção – incluindo o Tratamento Restaurador Atraumático (TRA) – a Bio-Rio contava com a participação dos profissionais e estagiários do Dentescola<sup>ii</sup> um projeto de Promoção da Saúde da SMSDC. Conforme esclarece um representante do NSEC4, durante entrevista:

*“... Na saúde visual eles fazem aquele teste de Snellen [...] é uma avaliação inicial pra selecionar aqueles que podem ter uma deficiência visual [...] é feito na escola por estagiários de fonoaudiologia capacitados [...] Estes estagiários de “fono” também atuam junto a fonoaudiólogos na avaliação com impedanciômetro e audiômetro. Avaliação de saúde auditiva é a mesma coisa, assim que detectada a necessidade eles vão ser encaminhados para o CIAD (Centro Integrado de Atenção à pessoa com Deficiência da Secretaria Municipal da Pessoa com Deficiência) que vai cuidar do fornecimento de aparelhos, [...] o programa Dentescola também vai estar inserido no PSE” (NSEC4 - 2).*

---

<sup>ii</sup> Informações no endereço eletrônico:

<http://www.rio.rj.gov.br/web/smsdc/exibeConteudo?article-id=130618>

Entretanto, essas ações não foram sistemáticas, e, segundo relatos das entrevistas foram ações pontuais e sem continuidade que, em princípio, não foram acompanhadas por profissionais dos NSEC's. As atividades previstas pelo projeto municipal foram chegando direto às escolas, onde eram recebidas pelos diretores como sendo mais um projeto para ser aplicado. Com isso não foi possível identificar o que efetivamente aconteceu nas escolas e quais foram os critérios estabelecidos. Não havia um diálogo prévio entre as escolas para a estruturação e planejamento dessas ações, elas simplesmente chegavam como um bloco padronizado e eram implementadas. Este fato dificultava o diálogo intersetorial; a sustentabilidade das ações que teriam seu tempo de ação vinculado à presença da equipe na escola e não considerava as reais necessidades daquela realidade escolar. Rocha *et. al*<sup>112</sup> criticam esta problemática, ainda bastante comum, da entrada de diversas equipes nas escolas, em forma de projetos desarticulados muitas vezes com superposição das ações e com diretrizes e intencionalidades dispares.

Das cinco escolas cadastradas no PSE em Manguinhos, somente duas receberam as equipes contratadas do IABAS, escolas estas que já tinham certa articulação com os atores locais, principalmente FIOCRUZ e ESF. Nas entrevistas realizadas com profissionais das escolas, foram relatadas, de forma muito imprecisa, algumas ações ocorridas, sendo enfatizada a presença do técnico de enfermagem na escola como representação do PSE. Ou seja, os educadores fizeram uma associação entre PSE e técnico de enfermagem, como se o PSE se resumisse apenas às atividades ligadas aos técnicos e à equipe móvel. Nas escolas contempladas pelo projeto, havia um discurso de que o PSE era recente e que as ações ainda não estavam acontecendo. Os trechos abaixo retratam a visão dos profissionais de educação sobre a atuação desses técnicos no ambiente escolar.

*“Olha, deu um conforto muito grande pra nós, pelo seguinte: no dia a dia, a criança se machuca [...] desce com a criança pra lá, e lá ela se vira. É claro que nós acompanhamos, mas a professora já pode ficar na turma porque sabe que tem uma pessoa capacitada [...]” (PE - 1).*

*“Na visita da equipe móvel vem o psicólogo... um aluno que a gente percebe que tem um problema, vai lá e conversa com a psicóloga [...]” (PE - 1).*

*“Uma criança que não consegue aprender, ela tem algum problema neurológico, um psicólogo precisa atender, uma fono” (PE – 4).*

Os relatos acima traduzem algumas questões importantes que devem ser consideradas nessa discussão, entre elas as dificuldades de acesso ao serviço de saúde pelos estudantes, que muitas vezes são reais, dificultando ou sobrecarregando o educador em suas atividades rotineiras, que tentam suprir essa problemática. Entretanto, reflete também uma visão de que os problemas de aprendizagem são causados por problemas de saúde, “medicalizando” qualquer problema educativo e/ou social. Esta perspectiva aproxima-se dos modelos de saúde na escola em que prevalece a intervenção para o controle e prevenção do adoecimento e de situações de risco e agravos à saúde, considerados modelos higienistas.

*“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”<sup>62- p.53</sup>*

No entanto, existem controvérsias em relação ao alcance e à pertinência da inclusão de técnicos e profissionais de saúde no cotidiano das escolas. Para os gestores e profissionais de saúde do Teias Escola-Manguinhos a alternativa é questionável, pois desarticulava o trabalho desenvolvido por eles no território e as parcerias já estabelecidas. Além disso, segundo esses gestores havia uma dificuldade, por parte da CRE, de definir as responsabilidades das unidades de saúde da família e o que, de fato, fazia parte do projeto IABAS, colaborando para a atuação de equipes diferentes, realizando ao mesmo tempo, as mesmas atividades. Os gestores do Teias, também afirmavam que a assistência prestada pelas escolas, a partir das equipes móveis, estava atropelando um trabalho de continuidade e gerando encaminhamento de demandas por atendimento, às quais estavam sendo pressionados a atender em desacordo com a lógica da ESF. Estas situações podem ser melhor compreendidas através de um trecho da entrevista de um gestor do Teias Manguinhos, conforme a seguir:

*“Passa uma equipe de supervisão uma vez ao mês na escola e encaminha para a clínica da família? [...] uma atitude absolutamente desatrelada da lógica de um programa de saúde na escola [...] e isto tem causado um transtorno. [...] Também neste “bolo” tem a Bio-Rio que é outro projeto relacionado [...] que também tem dentista pra fazer TRA e faz também a Saúde e Promoção...” (TM - 1).*

Uma das questões abordadas pelos profissionais de saúde, no que se refere à atuação dos técnicos nesse encaminhamento à unidade de saúde, estava relacionada à integralidade da atenção preconizada na estratégia de saúde da família. Para esses profissionais, o encaminhamento da criança para um atendimento pontual, sem o conhecimento mínimo de seu histórico familiar, dependendo do caso em questão, poderia não ser resolutivo, uma vez que as ESF trabalham com a abordagem familiar e com a longitudinalidade da atenção. Segundo relatos de um profissional da saúde no nível local, em uma das visitas à unidade de saúde, o técnico de enfermagem e os profissionais da equipe móvel do projeto, relataram a necessidade de vários encaminhamentos ao serviço. Segundo o profissional entrevistado, seria impossível absorver todas as demandas apresentadas pela educação:

*“... Ainda mais escola demandando problemas psicológicos, vocês sabem quais são, não é? os Hiperativos da vida, os déficits de aprendizado, tudo diagnosticado por eles [...] a Psicóloga chorou as pitangas aqui comigo pela lista de problemas que a escola passou e que ela tinha que resolver” (PS – 2).*

Sendo assim, essas e outras situações contribuíram para o surgimento de conflitos e um certo estranhamento e resistência por parte dos profissionais do Teias. Esta reação foi em resposta a alguns fatos que ocorreram no território, a partir da entrada das equipes de saúde do projeto municipal (IABAS e Bio-Rio) nas escolas de Manguinhos, onde o Teias atuava e já havia pactuado algumas ações em momentos anteriores. Porém, sem conhecimento de que as escolas receberiam as equipes de saúde, as atividades das equipes de saúde da família junto ao Teias foram sendo realizadas na região. Isso ocorreu no momento em que o NSEC4 estava sendo reformulado e os encontros no território haviam sido interrompidos. As mudanças provocaram

transtornos e sobreposição de ações em algumas escolas de Manguinhos. Também levaram à descontinuidade de algumas atividades desenvolvidas pelo Teias e que estavam em curso, o que fez com que a equipe do Teias questionasse e revisse suas ações, a partir do que já estava sendo desenvolvido, conforme relatado no trecho abaixo:

*“... eu cheguei aqui um dia e vi que as meninas (ESF e do convênio PSE-IABAS) estavam fazendo a mesma coisa. Porque essa técnica veio com computador e recebeu orientação de pesar, medir e aferir a pressão dos alunos. Seria o primeiro passo dela [...] E aí o grupo que estava aqui do TEIAS, ia fazer esse trabalho de pesar e medir as crianças [...] Depois as meninas (TEIAS Manguinhos) pararam as ações para ver que projeto vai seguir a diante” (PE – 1).*

Outro ponto a se destacar é a proposta do projeto municipal de atuação dos técnicos de educação e saúde na unidade de referência. Esses técnicos ficavam lotados nas escolas por 36 horas e as outras 4 horas eram destinadas à atividade na unidade de saúde de referência da escola, na perspectiva de articular com a rede para os encaminhamentos das necessidades de saúde dos estudantes. Essa prática permitiria uma aproximação dos técnicos com o trabalho desenvolvido na estratégia de saúde da família e com o conhecimento da rede de saúde. Porém, não garantia a consolidação de parcerias entre educação e saúde.

É importante ressaltar que essa proposta de um técnico de enfermagem na escola com o suporte de uma equipe móvel, que passaria apenas uma vez por mês, aproxima-se de uma estratégia adotada pelo Município em uma das etapas do Programa, quando era apenas de condução municipal. Tomando por base o plano avaliativo desenvolvido para aquela etapa, Silva<sup>52</sup> afirma que no período em que o Programa Municipal contou com equipes externas a ele e às redes de educação e saúde, a maior fragilidade apontada foi exatamente a dificuldade de construir vínculos efetivos entre as escolas e os serviços de saúde e que refletissem em ações sustentáveis, apesar de suas metodologias terem contribuído para a revisão do conceito ampliado de saúde. Neste contexto a estratégia atual pode caracterizar-se por esse caminho e, ainda corre-se grande risco de reproduzir uma lógica assistencialista, em lugar de

viabilizar parcerias e permitir que os sujeitos construam novos saberes para o enfrentamento das demandas identificadas na comunidade escolar.

O PSE foi construído na perspectiva da PS, entretanto essas “inovações” propostas pela gestão municipal da cidade, a partir de uma decisão do Prefeito e da Secretária de Educação, vêm paradoxalmente reatualizando o modelo assistencialista medicalizante, pois insere um “ambulatório” dentro da escola, onde são desenvolvidos os atendimentos da equipe da saúde. Segundo relatos dos gestores do Programa, a tentativa era vincular as atividades do projeto a discussões mais amplas ligadas aos determinantes sociais de saúde, a intersetorialidade e a participação da comunidade escolar. Afirmavam que os profissionais das equipes contratadas deveriam ser considerados atores estratégicos para a proposta de saúde na escola no âmbito da PS, conforme relatos a seguir:

*“a gente tá fazendo esse esforço de incorporar isso dentro do PSE, porque a gente avaliou que não seria o mais correto, porque correto era fortalecer o SUS, mas a gente não teve força política pra mudar isso, então decidimos incorporar...” (PE – 5).*

*“... o programa “saúde nas escolas” chegou de cima, não foi uma coisa construída pelo território, é uma ideia da gestão e aí como é que a gente faz isso acontecer de uma forma produtiva pra todo mundo? É conversando, revendo de que forma, esse programa agrega. Um programa que traz um profissional que pode discutir a promoção da saúde, o ambiente saudável, podendo ser favorável para escola, pra saúde, pra assistência social” (GTI - 2).*

O projeto municipal precisou sofrer alguns ajustes para que pudesse ser levado a diante, no sentido de potencializar o PSE, ao qual o município havia aderido, e dar continuidade à perspectiva de Escolas Promotoras de Saúde, a partir da experiência do Município ao longo desses anos. Conforme apresentado nas falas dos gestores do PSE, esse projeto surgiu muito desarticulado da proposta que vinha sendo construída no Município e que já tinha toda uma característica de articulação das redes para a construção de ambientes saudáveis, na perspectiva da PS; participação comunitária e fortalecimento de parcerias, levando o Programa no Município a seguir rumos não previstos.

A preocupação dos gestores era com o risco de perder todo um trabalho de articulação das redes, além de favorecer o retrocesso das discussões no que se refere à ruptura do modelo biomédico de assistência à saúde e medicalização da educação. Estas questões foram intensamente discutidas, desde a implantação da Gerência do Programa Saúde Escolar no Município, a partir de oficinas, seminários, materiais educativos entre outros subsídios, fornecidos pela gestão do Programa em outros momentos. Com isso o GTI e os NSEC's estavam empenhando-se em capacitar os profissionais contratados pela OSS e fortalecer a relação entre estes e o PSE no nível local – com as escolas, as unidades de saúde e os NSEC's. Os relatos abaixo traduzem a preocupação da gestão quanto a esse investimento municipal no Programa.

*“acho que a gente tá muito voltado pro pragmatismo das ações desses dois convênios e aí com isso a gente tá perdendo... inclusive, uma das atribuições, que é a condução do trabalho junto aos núcleos [...] a gente pensou o ano passado, num formato de reuniões que privilegiasse um espaço de formação continuada, a gente não tá conseguindo garantir essas pautas nas nossas reuniões” (GTI - 1).*

*“Então, na última reunião do GTI, estava se falando muito dos problemas da Bio-Rio e do IABAS e não priorizando as atividades que estavam acontecendo fora disso” (NSEC4 – 5).*

*“... a gente espera que essas equipes, inclusive com o técnico lá dentro da escola, que eles sejam agentes promotores de saúde e articuladores das redes. Que ações educativas sejam mais sustentáveis, melhor planejadas com a direção, com o corpo docente da escola e com as famílias, porque senão a gente não dá conta dessa atenção integral” (GTI - 3).*

No decorrer do ano de 2011, em função desse investimento e essa preocupação com os rumos do Programa, o foco ficou todo voltado para as discussões em torno desta estratégia. Naquele momento, ficaram de lado os investimentos da gestão em experiências e ações de saúde na escola, que aconteciam nas diversas regiões da cidade, inclusive em escolas em que não estavam previstas a atuação das equipes de saúde. Em Manginhos aconteceu o mesmo, o NSEC4 priorizou o acompanhamento das atividades dessas equipes nas duas escolas do território, as ESF deixaram de desenvolver suas atividades por terem identificado a sobreposição de ações e

as escolas que não possuíam os técnicos de enfermagem e a sala de educação em saúde, eram identificadas pelos seus próprios representantes como não tendo o Programa Saúde na Escola. Percebe-se, portanto, que o componente assistencial do Programa Saúde na Escola (avaliação clínica e psicossocial) tem sido intensamente operacionalizado por essas equipes em detrimento do componente que prevê ações de PS com a comunidade escolar.

Diante das configurações que foram sendo estabelecidas ao longo do processo de implementação do PSE, foi possível observar os diversos aspectos que interferem na condução de uma política ou programa, desde recursos materiais, estrutura político-institucional, atores-chave, parcerias e rede de apoio, até divergências, contradições, conflitos e consensos pessoais, políticos e de interesses<sup>80, 113</sup>. Além disso, são processos que ocorrem em ambientes com modificações constantes, com avanços e recuos em direção aos objetivos, metas e ao próprio desenho original do Programa. Os pontos críticos e entraves criados nessa dinâmica vão influenciar nos resultados do Programa, independente dos interesses e da conduta dos atores envolvidos em sua formulação e implementação<sup>83</sup>.

#### 4.1.c Sistema de Informação e compartilhamento dos dados

No que se refere ao Sistema de Informação para o compartilhamento de dados, vale destacar que o PSE não possuía um banco de dados próprio, que pudesse ser alimentado pelo o GTI e/ou os NSEC's e, ao mesmo tempo, acessado para busca de informações sobre as ações desenvolvidas. Como alternativa, o GTI criou junto aos NSEC's um endereço eletrônico do PSE para possibilitar a inserção e o acompanhamento de dados, informações e relatórios. Com isso as formas de consolidação das informações eram as mais variadas possíveis, não havendo um sistema específico e integrado. Além disso, essa ferramenta representava apenas uma possibilidade de melhorar a comunicação entre os grupos, uma vez que não havia nada sistematizado para o envio de dados.

Conforme abordado por Fernandes<sup>57</sup>, a comunicação e o compartilhamento de informações entre os atores envolvidos são elementos fundamentais para o sucesso na implementação de Programas sob a

perspectiva intersetorial. Lara *apud* Fernandes<sup>57</sup> afirma que diversos aspectos podem interferir no processo de comunicação, entre eles, a departamentalização, a competência dos envolvidos e o interesses de grupos específicos. Tais aspectos devem ser considerados na análise de implementação de programas.

Os Sistemas de Informação relacionados ao PSE, identificados no âmbito deste estudo, foram o Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES) e o Sistema Integrado de Monitoramento Execução e Controle do Ministério da Educação (SIMEC). O Primeiro é referido na Portaria Federal nº 1.861 (2008)<sup>68</sup> que reza sobre os recursos financeiros pela adesão ao PSE. Nesta Portaria consta que a SMS deve preencher no sistema a identificação das ESF que atuarão no PSE, para que os recursos financeiros do Programa sejam repassados. O SIMEC foi referido apenas por alguns entrevistados, principalmente pelos gestores (GTI e NSEC4) e profissionais da Educação. No entanto, com base nas informações levantadas pelas entrevistas, esses sistemas não pareciam ser de acompanhamento e/ou inserção de dados relacionados ao Programa. Tinham um caráter informativo/cadastral de que aquele estabelecimento de saúde ou aquela escola desenvolvem ações de saúde. Além disso, eram sistemas independentes, de acesso apenas para seus respectivos setores.

O SIMEC foi citado no âmbito do GTI como sendo um sistema próprio da educação para a inserção das ações desenvolvidas nas escolas ao longo do ano, porém não era sistematicamente utilizado. Muitos dos entrevistados não demonstraram propriedade ao falar sobre o mesmo. Era utilizado apenas para o cadastramento das escolas no Programa. Segundo relatos, o SIMEC possui um campo chamado Unidade Local Integrada (ULI), que os diretores ou professores responsáveis pelo Programa precisaram preencher no momento do cadastramento da escola, informando sobre as atividades e os atores envolvidos no PSE.

*“... tem o SIMEC, que é o sistema de informação do MEC, onde tem umas telas chamadas ULI [...] Unidade Local Integrada, que são telas onde as escolas alimentam que ações do PSE [...] quem tem acesso é a educação, a direção das escolas”*  
(GTI - 2).

O SIMEC é um sistema on-line que, a partir da ULI, capta as ações de saúde realizadas nas escolas, garantindo sua adesão ao PSE Nacional. Reúne as informações para a criação de um banco de dados que permitirá o acompanhamento e avaliação do PSE Nacional. De acordo com o “Passo a Passo PSE”<sup>63</sup>, o SIMEC deve estar disponível para todos os profissionais da Educação e da Saúde, para que estes cadastrem as ações realizadas pelo Programa e acompanhem o alcance das metas ao longo do ano. Entretanto, isto ainda não era uma realidade no período da pesquisa. Mesmo considerando o histórico do Município, a sistematização das informações não era uma prática, havendo apenas alguns mecanismos para compartilhar experiências, tais como seminários, relatórios e fóruns de discussão.

Outro sistema citado durante as entrevistas foi o Prontuário Eletrônico, de utilização apenas das escolas contempladas com os técnicos de enfermagem. De acordo com as entrevistas, o prontuário seria implantado para que as equipes de saúde fizessem o cadastro dos estudantes e de todas as informações relacionadas a eles, incluindo as atividades das quais os alunos tivessem participado. Todavia, não estava previsto que o sistema fosse implementado em todas as escolas do Município e, com isso, somente as ações desenvolvidas nas escolas do projeto IABAS seriam registradas e possivelmente compartilhadas, uma vez que o prontuário utilizado por elas seria o mesmo utilizado nas ESF. No momento em que foram realizadas as entrevistas (julho/agosto de 2011) nas escolas contempladas pelo projeto, o prontuário ainda não estava sendo utilizado pelos profissionais de enfermagem, que estavam em processo de adaptação e treinamento para o trabalho que iriam desenvolver nas escolas.

Em relação ao Prontuário Eletrônico utilizado pelas ESF, é importante ressaltar que o Município tem trabalhado com mais de uma versão, instaladas nas diversas áreas programáticas da cidade, que não estão articulados com o previsto para ser utilizado pelo PSE, conforme apresentado nos relatos a seguir.

*“[...] O prontuário instalado nos NES é o Vita Care. São vários prontuários instalados no município. Em pelo menos 5 áreas da cidade, também é o Vita Care. Então onde tiver o mesmo prontuário, o nosso ganho é que é um prontuário integrado, a*

*escola vai alimentar alguma questão em relação ao aluno, e vai ver lá na unidade de saúde” (GTI - 3).*

*“Na CAP 3.1 o prontuário é o Alert, a 2.1 também, mas já parece que na 5.1 e na 5.2 é o Vita Care. Então eu acho que tem 3 ou 4 prontuários no Rio de Janeiro” (PS - 2).*

Apesar do relato de um representante do GTI de que o prontuário eletrônico utilizado pelas ESF podia ser integrado ao prontuário utilizado nas escolas do projeto IABAS, em Manguinhos, isso se configurava em um entrave, pois o prontuário utilizado pelas ESF não era o mesmo que estava previsto para ser instalado nas salas de educação em saúde das escolas. O prontuário eletrônico escolhido para ser instalado nas escolas foi o “Vita Care”, mesmo sistema utilizado em algumas unidades de Saúde da Família do Município, porém diferente do que era utilizado pelas ESF do Teias Manguinhos, o “Alert”. Desta maneira, dificilmente estes prontuários permitiriam o compartilhamento das informações registradas. Além disso, em Manguinhos apenas duas escolas (vinculadas ao projeto IABAS), teriam o sistema, limitando o acompanhamento das ações do Programa em toda a região. Neste contexto, faz-se necessária a construção de ferramentas que viabilizem o acompanhamento das atividades por todos os profissionais envolvidos, de modo que as ações fossem compartilhadas.

No âmbito do NSEC4, estava sendo criado um sistema próprio de monitoramento por meio do programa “*EplInfo*”, no qual constavam as escolas do território e as respectivas unidades de saúde e de assistência social. Este sistema seria alimentado com as informações sobre as ações desenvolvidas no PSE. Foi uma iniciativa dos representantes do NSEC4 e tinha como propósito sistematizar as informações e acompanhar as ações desenvolvidas em toda a área do NSEC4. A iniciativa parecia interessante, pois possibilitaria a organização de um banco de dados do PSE na região de responsabilidade do NSEC4 que, futuramente, poderia fornecer informações relevantes para acompanhamento e avaliação do Programa naquela região, ou até mesmo para o planejamento das ações subsequentes. Como estava em fase de teste, não foi possível considerá-lo como um instrumento de acompanhamento das ações.

A partir do contexto apresentado foi possível observar que os sistemas de informações para o PSE não estão consolidados e tampouco integrados, o que dificulta a sistematização dos dados e os processos avaliativos das ações desenvolvidas no território. Com isso, as informações sobre o Programa perdem-se em meio a tantas outras atividades realizadas e acabam não sendo utilizadas pelos gestores e técnicos locais. Vale considerar a importância de bancos de dados integrados que viabilizem a inserção das informações de cada setor, de modo que se complementem, qualificando as ações conjuntas, mesmo nas políticas setoriais.

O resgate dessas informações pode ser importante para consolidar as estratégias de cooperação e adotar novas alternativas, facilitando o aprendizado institucional e a possibilidade de mudanças na gestão local<sup>110</sup>. Neste contexto, vale lembrar que os bons resultados de um Programa dependem tanto da manutenção das estratégias bem sucedidas, quanto da capacidade de evitar a repetição dos mesmos erros, sendo que para isso é preciso sistematizar os dados obtidos, para posteriores análise<sup>114</sup>.

## **4.2 O diálogo intersetorial em Manguinhos**

### **4.2.a Atores, concepções e dinâmicas de interação**

A proposta normativa do PSE expressa a importância da articulação entre os setores, sobretudo da Educação e da Saúde, portanto as parcerias desenvolvidas entre as Secretarias de Saúde, Educação e também de Assistência Social, permitiram atribuir uma configuração particular ao PSE, no município do Rio de Janeiro. Essas parcerias contavam, ainda, com o envolvimento de OSS's para a realização de algumas de suas ações e a atuação das ESF nas áreas da cidade. Desta forma, diversos atores estavam envolvidos no processo de implementação do PSE no Município, desde o nível da gestão com os representantes do GTI e dos NSEC's, até o nível local, com as mais variadas articulações entre parceiros governamentais e não governamentais presentes no território.

No contexto de Manguinhos, as unidades escolares, as equipes da estratégia de saúde da família, os gestores do Teias Escola-Manguinhos, os gestores das Unidades de Saúde da Família e os profissionais da Cooperação Social e do Museu da Vida, vinculados a FIOCRUZ, tiveram papel de destaque no desenvolvimento das ações. Em seguida, com a proposta do investimento municipal (IABAS e Bio-Rio), Manguinhos contou também, com a participação de equipes de saúde contratadas, atuando especificamente, em ações pré-determinadas para o Programa, em apenas duas escolas da região. Essas escolas foram definidas como prioritárias para a atuação de equipes de saúde contratadas no projeto “Saúde nas Escolas”.

Vale destacar, como ator estratégico importante desse contexto, o Teias Escola-Manguinhos, um projeto assumido por profissionais da FIOCRUZ, na figura de sua OSS FIOTEC, para conduzir a gestão da atenção básica na região. A proposta do Teias estava vinculada a uma modalidade de gestão regionalizada e de caráter intersetorial, prevendo intervenções coletivas, pautadas em práticas de atenção à saúde, norteadas pela integralidade do cuidado<sup>115</sup>. Seu principal objetivo era oferecer uma melhor qualificação da atenção à saúde da comunidade de Manguinhos, a partir da integração entre o CSEGSF e outras unidades da FIOCRUZ. Pretendia também, implementar um Território Integrado de Atenção à Saúde, que promovesse maior qualidade e efetividade dos serviços de saúde, ensino e pesquisa, por meio de ações intersetoriais, visando melhorar a qualidade de vida da comunidade<sup>115</sup>.

Com a responsabilidade de organizar a atenção básica e fazer a gestão das ESF, integrando as redes de serviços essenciais no território, diversas foram as iniciativas desenvolvidas pelo Teias Escola-Manguinhos, como por exemplo, as articulações para desenvolver ações de saúde na escola, a partir dos encontros entre o NSEC4 e os diferentes atores do território. Esse processo deu-se principalmente em função do contrato de gestão firmado com a SMSDC, que previa, em uma de suas metas, a realização de atividades nas escolas a partir das ESF. Com isso os gestores do Teias Manguinhos desenvolveram um projeto para implementação do PSE no território, baseado na proposta Nacional do PSE.

O projeto foi denominado “Programa Saúde na Escola em Manguinhos”. Possuía cinco vertentes, dentre elas a ação de promoção da saúde, o cuidado

(assistência ao aluno), atenção aos professores, vigilância (denominado sinal de alerta) e pesquisa, para atuação nas escolas pertencentes a todo o território de Manguinhos. De acordo com entrevista com os gestores do Teias, o eixo da promoção também envolvia a prevenção, inclusive considerando a sazonalidade das doenças, com destaque para o combate à dengue. Dessa forma, segundo os gestores e os próprios profissionais de saúde, a ideia era não se restringir a fazer palestras nas escolas, mas atuar de forma contínua e preventiva, a partir de levantamento das necessidades junto às direções das escolas. No acompanhamento de alguns encontros não foi possível perceber o desenvolvimento desta proposta. As atividades eram previamente determinadas pelos profissionais de saúde e o próprio projeto de saúde na escola desenvolvido pelo Teias, não foi compartilhado com os profissionais da educação, para de fato, viabilizar o alcance de reais necessidades de saúde dos estudantes de Manguinhos.

Nesse sentido, sem a integração das escolas e do próprio NSEC4, este projeto do Teias, inicialmente, levou a um descompasso do trabalho no território, pois as equipes do projeto municipal iniciaram suas atividades neste mesmo período. Esse processo gerou conflitos, divergências, repetições de ações entre outras consequências, influenciando na continuidade e/ou articulação das ações pré-determinadas para aquela região e que haviam sido estimuladas no início da implementação do Programa. Com isso, foi possível observar a ocorrência de diversas atividades no território conduzidas por diferentes atores, que até convergiam em parte, em suas ideias e conceitos, entretanto com diferentes interesses e prioridades e sem articulação, deixando os educadores confusos em relação aos projetos que chegavam até a escola.

*“Essa reunião foi com o pessoal da CRE, PSE TEIAS e esse PSE que está entrando agora do IABAS. E aí como ficou assim, percebido que ninguém estava se entendendo” (PE – 1).*

Ao identificarem tal problemática e preocupados com sobreposição de ações, de processos descontínuos e conflitos que foram surgindo nesse processo, o NSEC4 juntamente com os gestores do Teias e as equipes contratadas, iniciaram um processo de (re) restabelecimento de fluxos do Programa, de modo a compor e integrar esses atores ao território. No decorrer

da pesquisa de campo foi possível acompanhar os avanços e retrocessos que foram surgindo ao longo do processo de implementação do PSE Nacional, com suas características municipais, no território de Manguinhos, apresentando-se bastante dinâmicos.

Neste contexto, entendemos que o Programa tem se configurado com uma complexa rede de parceiros, que de certo, possuem concepções, interações, valores e interesses distintos, que possivelmente irão influenciar nas dinâmicas previstas para o trabalho entre as escolas, unidades de saúde e comunidades. Sendo assim, a pesquisa contribuiu para identificar as principais concepções dos atores em relação à intersectorialidade e ao que se refere ao papel de cada setor nesse processo. A intersectorialidade é aqui entendida como processo que envolve parcerias entre atores, instituições e políticas em torno de um objetivo central, implicando a necessidade de um planejamento conjunto, convergência de ações e compartilhamento de informações para a construção de uma rede de interação e cooperação social.

No que se refere à concepção de intersectorialidade observou-se certa convergência de opinião entre os grupos gestores (GTI e NSEC4), especialmente quanto à importância da integração dos diversos setores para melhorar índices, alcançar metas setoriais, potencializar recursos e dividir responsabilidades, conforme pode ser observado a seguir.

*“... É a integração das políticas, é a otimização de recursos, é principalmente entender que o cidadão que a gente atende nas várias secretarias é o mesmo... É otimização de recursos, de pessoal, de tudo...” (GTI – 2)*

*“A gente poder potencializar os nossos recursos, dividir responsabilidades, dividindo decisões ir para além da nossa compreensão setorial de um fenômeno, de uma questão... considerar outros olhares e outras possibilidades de solução” (GTI – 3)*

Além disso, os gestores consideravam importante a prática da intersectorialidade no desenvolvimento do Programa Saúde na Escola. Afirmavam que para conduzir um programa como esse, deve-se trabalhar intersectorialmente, para que as ações não se configurem apenas como ações

específicas da Saúde ou da Educação, mas que possibilitem a formação de um espaço integrado, participativo e em transformação, sob a perspectiva da PS.

Entretanto, era um discurso que encontrava muita dificuldade de operacionalização, principalmente em função da cultura organizativa dos órgãos públicos, das agendas setoriais, de alguns interesses e prioridades em cada um dos setores, o que acabava dificultando a efetivação e manutenção das parcerias estabelecidas em especial no nível local. Além disso, ao serem questionados quanto ao papel de cada setor no PSE, surgiram as mais variadas opiniões, desde questões relacionadas à complementariedade das ações até questões mais restritas, onde foi considerado que o papel de cada setor estava ligado à sua especificidade.

Sob esse aspecto, entre os representantes do GTI, a concepção de intersetorialidade estava mais relacionada ao entendimento de que esses papéis se consolidavam a partir da ação conjunta, complementando a atuação do outro na construção de alternativas para enfrentamento do problema identificado. De acordo com Campos *apud* Santos<sup>60</sup>, a ação intersetorial pressupõe o respeito à diversidade e às particularidades de cada setor, envolvendo a criação de espaços comunicativos, a capacidade de negociação e intermediação de conflitos para conferir maior potência às ações. Enquanto os representantes do NSEC4 apresentaram diferentes interpretações quanto aos papéis de cada setor, havendo relatos que reforçavam a ideia de que cada setor deveria atuar dentro de suas funções e competências e outros que convergiam para uma ação mais articulada e complementar, conforme apresentado nos trechos abaixo.

*“Quando a gente fala de intersetorialidade fica difícil definir o papel de cada um, mas como eu já disse, existe um papel que é emanante da saúde, da educação e da assistência... mas existe aquela interseção que cabe a todos esses setores juntos, e a gente coletivamente soma nossos esforços para desenvolver a ação que é do coletivo, não é de um setor isoladamente” (NSEC4 – 3).*

*“O papel da Educação é mais em relação à estruturação física, e junto com o núcleo, com a saúde, com a assistência, desenvolver projetos locais, as experiências... E o papel saúde é envolver os atores, os profissionais de saúde nas questões de saúde na escola..., e a assistência, ela vai dar suporte, vai*

*ter um papel de interlocução, de encaminhamento de ações junto ao conselho tutelar...” (NSEC4 – 2).*

Em contrapartida, os profissionais da educação tiveram certa dificuldade em definir o termo e consideraram a intersectorialidade como de grande importância para o “atendimento” dos estudantes na escola. Esses profissionais estavam focados em questões direcionadas a saúde em seu conceito estrito. Relacionavam as ações de saúde às necessidades fisiológicas e orgânicas do corpo, não considerando os aspectos do processo saúde e doença que envolve condições econômicas, de moradia, de educação e de vida das pessoas. Com isso, a intersectorialidade foi referida por eles como uma forma da área da saúde realizar seu papel assistencial nas escolas, ou seja, os setores estariam juntos, porém cada um realizando ou respondendo a suas demandas específicas.

Essa discussão remete-nos às considerações de Santos<sup>60</sup> sobre a aplicação da intersectorialidade, que em muitos casos pode simplesmente possibilitar a articulação entre os setores para resolução de problemas ou encaminhamento do sujeito/beneficiário que necessite do atendimento de outro setor, sem que essas ações estejam condicionadas a qualquer processo de articulação entre os setores. Outro ponto a se destacar são as afirmações de Inojosa<sup>3</sup> quanto aos rumos que podem tomar a intersectorialidade, culminando, por exemplo, em reunião de diferentes profissionais num mesmo lugar ou com um mesmo objeto, sem fomentar o diálogo e a cooperação entre os setores.

A educação persiste com o discurso de que a saúde na escola está diretamente relacionada à presença do enfermeiro e do médico na escola, atendendo às demandas referentes a alguma situação clínica e/ou fisiológica que comprometa a saúde. No campo da educação, poucas são as discussões acerca da importância da realização de um trabalho que considere questões amplas relacionadas aos determinantes da saúde, para alcançar qualidade de vida e melhorar as condições de saúde da comunidade escolar. Neste contexto, convém destacar as contribuições do estudo de Mukoma & Flisher<sup>18</sup> que referem a importância das escolas e da comunidade, em particular do professor, para o sucesso das intervenções em PS. Segundo esses autores, os professores são figuras-chave nesse processo, por estarem em contato direto

com os alunos e familiares, porém é preciso que eles entendam, aceitem e abracem o conceito de PS, incorporando-o a suas práticas pedagógicas, de modo a criar ambientes favoráveis à vida.

Silva<sup>52</sup> também expressa a importância da participação dos professores em projetos locais de enfrentamento de problemas para favorecer a qualidade de vida da comunidade escolar. Segundo o autor, com base no plano avaliativo que acompanhou alguns projetos desenvolvidos no município do Rio de Janeiro, os projetos que eram elaborados e desenvolvidos por professores apresentavam-se mais consistentes e alcançavam uma maior mobilização e envolvimento da comunidade na sua execução. Isso não acontecia ou era menos visível, quando os projetos eram impulsionados por profissionais de saúde.

Tais considerações remetem a importância de se discutir, no âmbito da construção de um programa como este, questões referentes à inclusão da saúde no Projeto Político Pedagógico (PPP) da escola e a necessidade de condução do cuidado em saúde a partir da incorporação de práticas educativas, no sentido de “educar para a saúde”. São aspectos que precisam ser considerados para de fato trabalhar as questões de saúde na escola na perspectiva da ação intersetorial. O PPP deve se constituir em uma ferramenta de gestão participativa, que seja elaborado por um coletivo representativo e responsável, capaz de dar sustentação às ações do programa, a partir de uma postura de promoção da saúde construída entre a escola e o serviço de saúde<sup>8, 52, 65</sup>. Assim como, o serviço de saúde precisa criar estratégias para a construção de projetos de cuidado que tragam a prática pedagógica como ferramenta importante nesse processo de desenvolvimento de habilidades e capacidades individuais e coletivas, visando à qualidade de vida.

A partir das entrevistas pode-se perceber que a educação apresentava-se de forma muito passiva nessa articulação entre os parceiros, aguardando os projetos acontecerem, “*estamos disponíveis*”, “*estamos abertos*”. Com uma visão de que o PSE deveria, única e exclusivamente, suprir as necessidades dos estudantes que, segundo a educação, eram de saúde, especialmente no que diz respeito aos déficits de aprendizagem.

*“a gente necessita nessa escola é uma coisa efetiva. Precisamos de um tratamento de saúde sério, principalmente a parte psicológica [...] Uma criança que não consegue aprender, ela tem algum problema neurológico, um psicólogo precisa atender [...] Uma criança que já passou na mão de muitos professores, então teria que todos os professores serem ruins e não é o caso aqui.” (PE- 4).*

Os relatos acima remetem à discussão sobre os problemas de aprendizagem na escola, que por muito tempo foram tratados pelos profissionais de saúde, a partir de condutas terapêuticas específicas, ligadas a aspectos biológicos. Neste contexto, para Moyses; Collare apud Gaiva e Ferriani<sup>116</sup>, o processo de biologização do aprendizado aponta para a associação do fracasso escolar a qualquer doença apresentada pela criança, sem considerar questões político-pedagógicas e/ou metodológicas do ensino, que podem não garantir a educação como um direito de todos. Entretanto, atualmente o fracasso escolar é visto como um complexo, resultante de fatores educacionais, sociais, culturais e econômicos, e que tem relação com a criança, a família e o ensino<sup>52, 116</sup>.

Ao considerar que as dificuldades de aprendizagem estão associadas a problemas complexos que englobam comportamento, fala, relações familiares, desigualdades sociais e estrutura de ensino, dentre outros, coloca-se em pauta a importância do trabalho multiprofissional e interdisciplinar na abordagem dessa problemática, na tentativa de ampliar o âmbito da atenção a criança<sup>116</sup>. Essa perspectiva vai de encontro às propostas do PSE que focam na atenção integral ao estudante, no sentido de melhorar a relação aluno/professor e aluno/pais, ampliando a atuação da escola e trazendo consequências positivas no que se refere à evasão escolar, ao processo de aprendizagem, bem como às questões de saúde<sup>5</sup>.

O PSE estava sendo entendido por esses atores como um projeto pontual, com isso não vislumbravam a perspectiva da integração e articulação entre parceiros locais, principalmente saúde e educação. Os profissionais da educação não reconheciam as diversas atividades desenvolvidas na escola junto aos alunos, com parceiros locais ou com a própria FIOCRUZ, como sendo atividades ligadas ao PSE. Enquanto os profissionais de saúde, “soberanos” em sua atuação, apesar de trazerem consigo os ideais da PS e do

conceito ampliado de saúde, na prática conduziam as ações de saúde a partir do que podiam oferecer, sem repensar processos participativos e integrados que pudessem facilitar a atuação de todos no território.

Nesse contexto, é preciso pensar em um trabalho inicial, na perspectiva da construção compartilhada, de discussão com os educadores da temática saúde no seu sentido mais amplo, para que estes possam entender e vislumbrar como as ações de saúde na escola podem produzir mudanças na realidade, sem necessariamente focar no atendimento individualizado. Além disso, deve-se estimular os profissionais de saúde a terem uma escuta mais qualificada para as demandas da educação, que apesar de serem recorrentes, precisam ser problematizadas naquele ambiente e em alguma medida, atendidas, pois muitas vezes são passíveis de necessidade de atendimento. Torna-se importante considerar as diversas prioridades e ações na construção de um projeto de saúde para garantir atenção integral à saúde da população e favorecer a mudança da realidade social.

Um dos atores locais do PSE em Manguinhos, representante da educação, propôs que a articulação entre a saúde, a educação e a assistência social levasse à construção de um trabalho onde cada setor atuasse a partir de sua especificidade. Neste sentido, identificou que o papel da saúde nas escolas seria fazer atendimento à atenção básica: *“é tratar o menino que tá doente mesmo e fazer essa coisa de funcionar o SUS, pra eles terem acesso a tudo que tem direito”* (PE - 5). No seu entendimento as ações relacionadas à PS caberiam ao setor da educação: *“isso é uma coisa que é mais um papel da educação, porque é quem tem esses alunos o tempo inteiro, podendo construir conhecimentos, valores, hábitos que são necessários pra produção social da saúde, que são necessários pra promoção da saúde...”* (PE - 5). E a assistência, segundo este ator, encaminharia e acompanharia as famílias para os programas sociais a que têm direito

Na opinião de um representante do NSEC4, o papel da Educação no PSE era estar aberta às ações que podiam ser desenvolvidas pelos parceiros. Em relação à saúde, era esperado o atendimento integral das famílias, potencializado pela participação da escola e da assistência social com programas como o Bolsa Família e o Cartão Família Carioca. E esses papéis poderiam articular-se através do próprio NESC, conforme a seguir:

*“O NSEC é um ponto fundamental para ajudar essa articulação, porque é difícil. Porque a gente percebe até pela questão dos benefícios, esses papéis, meio que se misturou. Não dá para dizer, isso é meu e, isso é teu [...] Acho que os papéis têm uma interseção, que é a família. Então, a gente se articula através dessa interseção que existe e que é o atendimento às famílias, cada um dentro da sua área de atuação” (NSEC4 - 1).*

Considerando as interações entre os atores, principalmente numa estrutura organizacional setORIZADA, um aspecto-chave apresentado entre os gestores do Programa foi a adscrição dos territórios de cada um dos setores envolvidos. Ou seja, os recortes territoriais para a gestão regional das Coordenadorias de Saúde, Educação e Assistência Social, em cada região do Município, apresentavam limites diferentes. Este fato certamente poderia gerar algumas dificuldades de implementação das ações do Programa, conforme observado durante a pesquisa. Tanto os representantes do GTI quanto os do NSEC4 referiram tal problemática e afirmaram, ainda, que algumas regiões acabavam por ficar sem referência, em função desses limites, interferindo diretamente no trabalho intersectorial.

#### 4.2.b As ações do programa no contexto local

A presença da FIOCRUZ e as características socioeconômicas da região de Manguinhos, no que se refere a questões relacionadas à vulnerabilidade social, violência, tráfico de drogas entre outros, contribuíram para o desenvolvimento de ações de saúde nas escolas da área. Estas já possuíam algum tipo de relação com os departamentos e atores da FIOCRUZ, em particular com o CSEGSF, o Museu da Vida e a Casa de Oswaldo Cruz que realizavam ações de saúde nas escolas na perspectiva da promoção da saúde, antes mesmo da criação do PSE. As ESF, dentro da lógica da Vigilância em Saúde e do trabalho por população adstrita, têm como uma de suas responsabilidades a realização de atividades de promoção da saúde nas escolas de seu entorno. Em conformidade com esse entendimento, as ações de saúde nas escolas de Manguinhos, também aconteciam a partir das ESF, sob a gestão do Teias Manguinhos. Portanto, as atividades que aconteciam

nas escolas de Manguinhos contavam com a atuação de atores vinculados à FIOCRUZ e às ESF.

Com a adesão ao PSE Nacional, as ações nas escolas de Manguinhos começaram a ser estimuladas pelos representantes do NSEC4, que já haviam realizado um levantamento prévio das demandas consideradas prioritárias para trabalhar nas escolas do território. Foram programadas reuniões entre o NSEC4, Teias Escola-Manguinhos, escolas locais e outros parceiros da FIOCRUZ como a Cooperação Social, CSEGSF e o Museu da Vida para discutir essas demandas e o processo de desenvolvimento das ações para iniciar as atividades ligadas ao PSE.

Em princípio, a participação maior foi do Museu da Vida, por meio do projeto Tecendo Redes por um Planeta Saudável, visando garantir o atendimento das escolas do entorno da FIOCRUZ. Este projeto já acontecia nas escolas desde 2007 e, passou a desenvolver ações com as escolas do PSE a partir dos temas identificados pelo NSEC4. Tal proposta foi possível principalmente porque um profissional que trabalhava no Museu da Vida fazia parte do NSEC4, como representante do GTI na área, e visava estreitar as relações entre esses dois grupos gestores e o Teias Escola-Manguinhos.

No ano de 2010, as articulações no território de Manguinhos aconteceram principalmente, por intermédio desse ator-chave vinculado ao Museu da Vida que tinha proximidade com o GTI e o NSEC4 e também articulava-se no nível local com os diversos parceiros. A partir desta articulação, foram programados encontros com o intuito de planejar e organizar o trabalho de saúde na escola no território de Manguinhos. A reunião que oficializou o trabalho de articulação entre esses parceiros aconteceu no Museu da vida e contou com a participação dos representantes do NSEC4, do GTI, da FIOCRUZ, da gestão do Teias Escola-Manguinhos e os gestores das Unidades de Saúde da Família do território, a citar a Clínica da Família Victor Valla e o CMS Manguinhos. Neste primeiro encontro foram discutidas as principais fragilidades do território e as possíveis ações a serem desenvolvidas nas escolas, além de ter sido definida uma agenda de reuniões para o planejamentos das atividades. Era o início de uma possível construção de rede de atores envolvidos com o PSE em Manguinhos.

Ao longo do ano de 2010 os encontros aconteceram no território de modo a articular as ações programadas pelos diversos atores com as escolas do entorno. Naquele ano, foram realizadas nas escolas reuniões educativas sobre a dengue e a saúde bucal com distribuições de kits e escovação supervisionada.

*“... sobre a Dengue teve um trabalho excelente aqui na escola, teve teatrinho [...] a escola está sendo toda monitorada. Tem as armadilhas, vem o grupo leva as crianças. Eles passaram pelos microscópios, viram as fases todas... E aí a “M” (da FIOCRUZ) trouxe um jornalzinho informativo para dar aos pais” (PE - 1).*

Para o segundo semestre de 2010 foram programadas três atividades nas escolas de Manguinhos, com temáticas diferentes, que seriam realizadas em parceria com os profissionais da estratégia de saúde da família e os profissionais do Núcleo de Apoio as ESF do CSEGSF, que também faziam parte do Teias. Eram ações de nutrição, triagem oftalmológica e atividade de saúde bucal. O Teias responsabilizou-se por desenvolver essas atividades a partir das ações das ESF, uma vez que o desenvolvimento de atividades de PS na escola já era uma das atribuições das equipes. A partir desse momento alguns planos de ação foram traçados e as atividades foram desenvolvidas de forma bem pontual e esporádica, como podemos perceber a partir de trechos das entrevistas de profissionais da educação:

*O ano passado também teve uma ação de exame de vista para as crianças do primeiro ano. Nós encaminhamos todos os alunos do primeiro ano para fazer exame de vista. Foi por esse do TEIAS (PE - 1).*

*Então eles fizeram mais a escovação e teatrinho, depois eles fizeram com o 5º ano e a turma de aceleração. Já fizeram uma avaliação e um procedimento que quando tá iniciando a Carie (PE - 2).*

*“Olha só, o ano passado, nós só tivemos reuniões. Realmente... na escola só aconteceu escovação para as crianças da educação infantil e primeiro ano” (PE - 1).*

Com base nas informações levantadas, foi possível observar que as ações eram bem pontuais, com metodologias pré-determinadas pelos

profissionais da saúde e com pouca integração entre os professores. Apesar dos encontros instituídos no território, com os professores, profissionais de saúde e gestores do NSEC4, para viabilizar o planejamento e discussão das necessidades da comunidade escolar, esses espaços não eram bem aproveitados. Os encontros permitiam alguma redefinição dessas ações, porém não se traduzia em planejamento conjunto. Em geral, a articulação dos atores da educação e da saúde para essas ações ficava mais no nível da ação realizada, ou seja a saúde desenvolvia e aplicava a atividade e a educação recebia e preparava a escola e o aluno para “recebe-la”.

Essas ações foram iniciadas no território em outubro de 2010 com a perspectiva de continuidade no ano seguinte devido às férias escolares. Tais ações envolveram diretamente o gerente da CFVV que atendia às escolas municipais: Professora Maria de Cerqueira e Silva; Ema Negrão de Lima; o Centro Integrado de Educação Pública (CIEP) Juscelino Kubitschek (essas três ligadas à 4ª CRE); e a Brício Filho (ligada a 3ª CRE, porém no território de assistência da CFVV e de responsabilidade da CAP 3.1).

No ano de 2011, as reuniões deixaram de acontecer, em função de diversos fatores, entre eles a mudança de representantes do NSEC4, que por um tempo, deixaram de acompanhar as atividades no território de Manguinhos. Neste espaço de tempo, os projetos aconteciam em paralelo: o Teias mantinha suas atividades no território, articulando-se com as escolas do entorno; enquanto o NSEC4 era reformulado e a gestão do Programa no nível central organizava ações que seriam desenvolvidas pelo projeto “Saúde nas Escolas” (IABAS e Bio-Rio), nas unidades escolares cadastradas no PSE Nacional.

Com isso o processo de implementação do PSE, no ano de 2011, encontrava-se bastante dinâmico e em constante modificação, em função dos diversos acontecimentos que impulsionavam mudanças na condução do Programa. Sendo assim, no território de Manguinhos, o Teias realizava as ações previamente pactuadas em outros encontros, mesmo sem o contato do NSEC4 por num dado período. Essas ações foram acontecendo nas escolas de Manguinhos, mas de forma lenta e com certa dificuldade de comunicação com os gestores regionais da educação. Isso aconteceu principalmente, porque para que as ações fossem desenvolvidas no ambiente escolar, era necessária

uma autorização da CRE e, como isso aconteceu no momento de ausência do NSEC4, houve certa dificuldade de comunicação entre esses atores.

Neste mesmo período, as equipes contratadas (IABAS e BIO-RIO) também estavam atuando em duas das cinco escolas de Manguinhos, o que repercutiu negativamente na continuidade das ações na região e na manutenção das parcerias estabelecidas até aquele momento. As escolas recebiam os técnicos de enfermagem, ao mesmo tempo em que contavam com a presença das ESF realizando suas ações, e ainda, com a atuação dos profissionais de saúde contratados, que não faziam parte da rede de atores do território (Teias ou FIOCRUZ).

Esse processo culminou em sobreposição de ações nessas escolas, forçando uma (re) aproximação dos gestores do Teias com os gestores do Programa (NSEC4), para organizar as atividades na região e, de fato, criar redes de interação entre os principais parceiros do Programa. Foi um momento em que o NSEC4, em contato com o Teias Escolas-Manguinhos, retomou os encontros no território na tentativa de intensificar e apoiar a articulação entre as escolas e ESF. Tais mudanças dificultaram o entendimento dos atores locais quanto a essas ações, principalmente entre os educadores.

*“... em janeiro do ano passado (2010) eu tive que cadastrar a escola nesse programa. Só que esse programa aqui é outro (referindo-se a entrada do técnico de enfermagem). Até pra nós é difícil entender, esse trabalho que nós tínhamos, que associava o TEIAS e escolas de Manguinhos, era com o SUS, “Saúde Presente”, agora, esse aqui é outra coisa” (PE - 1).*

Os profissionais da Educação não conseguiam associar as ações anteriormente desenvolvidas na escola em parceria com os atores locais, com as ações previstas para serem desenvolvidas a partir do Programa Saúde na Escola. Para estes profissionais, as atividades do Programa resumiam-se ao trabalho realizado pelas equipes contratadas, não fazendo interlocução com outras ações que aconteciam na escola e que poderiam ser incorporadas às atividades do mesmo. O Programa prevê a realização de ações em diversas temáticas, não só de atenção à saúde, mas também de promoção e prevenção.

De acordo com representantes dos grupos gestores (GTI e NSEC), as ações do PSE municipal estavam para além das atividades contratadas pelo

projeto IABAS e Bio-Rio. Acontece que o forte investimento nessa estratégia, com prazo para início e término, levou os gestores do programa a priorizarem essas atividades, fazendo com que o mesmo seguisse essa característica mais assistencial. Sendo assim, o foco das reuniões em 2011, entre os grupos gestores, passou a ser as ações desse Projeto Municipal que estavam acontecendo em algumas escolas. Isso secundarizou e adiou o início de um processo de articulação entre as redes de atenção integral e longitudinal à saúde da comunidade escolar. De fato, essas questões prejudicaram a continuidade das ações que aconteciam em Manguinhos, como podemos observar no trecho da entrevista de um representante da saúde, no nível local:

*“O PSE vinha num ritmo bastante interessante de acertos e ajuste. Ano passado fizemos atividades com a Nutrição e a Odonto, para que esse ano a gente pegasse com o mais pesado, a Oftalmo, a Odonto, a Nutrição, com outras ações e aí a gente é surpreendido com outras iniciativas da própria Prefeitura, que é quem fomenta o PSE. A gente teve que parar as atividades. A ideia agora é ir de escola em escola pra saber quem não tem nada” (PE - 1).*

Para minimizar estas questões, foi pactuado entre o Teias e o NSEC4 que as ações no território seriam divididas a partir da necessidade da escola. Ou seja, o Teias desenvolveria nas escolas do território as atividades que não haviam sido contempladas pelos convênios. E nas escolas com ações já previstas, o Teias desenvolveria ações complementares, ampliando o trabalho das equipes que estavam vinculadas às escolas e possibilitando discussões mais ampliadas e sustentáveis de saúde na escola, junto aos estudantes.

Nesse contexto, o PSE municipal seguiu com todas essas “inovações”, que influenciaram na condução do trabalho no decorrer do ano de 2011. O Programa teve seu foco nas ações assistenciais, o que, de certa forma, desprivilegiou os processos de articulação intersetorial e as ações de PS com as demais escolas da rede no território. Apesar das tentativas de minimizar os problemas e falhas da articulação intersetorial em função das sobreposições de ações identificadas no território, os gestores do programa precisam viabilizar estratégias de integração e comunicação entre esses atores, fortalecendo as iniciativas locais e estimulando a participação da comunidade escolar para a construção de redes cooperativas no território.

Segundo Potvin *et. al.*<sup>14</sup>, na perspectiva da ontologia realista crítica, os programas, como forma de ação e intervenção, constituem-se em uma sequência de ações definidas, envolvendo uma rede de relações entre seus elementos e contextos e, explicitando as categorias necessárias para dar conta de sua dinâmica e evolução. Daí a importância de processos avaliativos que permitam analisar as relações existentes entre os diferentes componentes do Programa, compreendendo as ações estratégicas e o modo pelo qual o Programa alcança seus objetivos. Nesse sentido, a avaliação pode contribuir para identificar os efeitos, processos e resultados intermediários que ajudam a definir o rumo do Programa, mantendo-o, interrompendo-o ou transformando-o. Ela permite, ainda, aprimorar os conhecimentos produzidos a partir da evolução do Programa e de seus achados.

A análise da articulação entre a Saúde e a Educação no processo de implementação do PSE, a partir da experiência de Manguinhos, permitiu identificar algumas questões importantes, que podem contribuir para a busca de “novos caminhos” e “novas formas de organização” da política pública municipal para consolidação do Programa. A estrutura institucional do Programa tem colaborado para a construção da intersectorialidade, entretanto, é preciso focar em mecanismos que fortaleçam e consolidem essa prática, tais como compartilhamento de informações, melhor distribuição de recursos entre os setores e formação de redes de governança. No nível local essa articulação precisa ser mais efetiva e viabilizar os processos intersectoriais entre as instituições. Há dificuldade de integração e articulação entre as atividades propostas pelo projeto municipal e as já desenvolvidas no nível local. A concepção de intersectorialidade entre os gestores do Programa esteve relacionada a uma visão de atuação conjunta e de complementariedade das ações entre os setores. Para os profissionais da Educação, a intersectorialidade envolvia a atuação específica daquele setor no problema identificado, apresentando uma visão bastante restrita do conceito.

Nesse contexto, faz-se necessária a construção de estratégias que promovam discussões ampliadas, entre os educadores e profissionais da saúde para a construção de um conhecimento crítico e reflexivo. Permitindo, ainda, que esses atores compreendam e identifiquem outras dinâmicas que podem promover mudanças na realidade, sem necessariamente focar no

atendimento individualizado ou em questões mais restritas de saúde. Esse processo pode ser viabilizado a partir de espaços de discussão ou oficinas, fazendo uso de metodologias participativas e de processos dinâmicos que qualifiquem o tema e possibilitem o fortalecimento da proposta de colaboração intersetorial entre os envolvidos. A experiência do Município no Programa Saúde Escolar privilegiou a condução do Programa Federal, em termos de discussão conceitual para a PS e em algumas práticas já consolidadas. Apesar de ser um Programa com base no modelo da PS e de seus principais aspectos operacionais, em sua prática cotidiana tem se constituído em uma lógica assistencial, priorizando ações de acompanhamento clínico, em detrimento de práticas inovadoras que protagonizem o espaço escolar.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

O Programa Saúde na Escola (PSE) foi criado a partir de uma articulação entre os Ministérios da Saúde e da Educação com a finalidade de contribuir para a formação integral dos estudantes de educação básica da rede pública e ampliar o acesso aos serviços de saúde para a comunidade escolar. Considera o conceito ampliado de Promoção da Saúde e tem como diretriz central a intersetorialidade, viabilizando as ações a partir da articulação entre a atenção básica de saúde, por meio da estratégia de saúde da família e as escolas da rede pública de ensino. Desta forma, a intersetorialidade pode ser aqui entendida como uma estratégia para garantir condições favoráveis ao alcance de metas e objetivos do programa, considerado que o PSE propõe congregar as políticas de educação e de saúde.

Esta pesquisa buscou contribuir para a reflexão sobre o processo de implementação do PSE, no que se refere à articulação entre os setores da saúde e da educação. Estudados alguns aspectos do processo de implementação do PSE no município do Rio de Janeiro, haja vista, seu histórico com o Programa, observa-se que, tal como foi instituído o PSE Nacional, o Programa no município está em seu processo de implementação fortalecendo alguns mecanismos e estruturando outros. Foram identificados fatores facilitadores e aspectos impeditivos, bem como características

institucionais, ações incrementais e atores relevantes que podem influenciar no alcance de seus objetivos, os quais estão voltados principalmente para a intersectorialidade. Sendo assim, a intersectorialidade foi considerada como uma possibilidade de ação governamental para superar a fragmentação dos serviços, influenciando no planejamento, na execução e na avaliação de resultados alcançados. Identificada como um processo difícil e não espontâneo, exige habilidades para lidar com conflitos, contradições e divergências.

Com características próprias, provenientes da experiência municipal, o Programa seguiu em sua implementação organizando-se a partir do Grupo de Trabalho Intersetorial (GTI) que se encarregava de coordenar a articulação entre as Secretarias e acompanhar o processo de implementação no município. E, ainda, com os Núcleos de Saúde na Escola e Creche (NSEC's) que representavam a gestão regional e tinham o papel de facilitar o processo de articulação entre unidades de saúde e escolas no nível local. Apesar do Município já conduzir suas ações de saúde na escola na perspectiva da PS, estimulando parcerias, ações comunitárias e processos participativos para tomada de decisão, as prioridades, naquele momento, levaram o Programa a seguir outros rumos que não priorizavam as iniciativas já existentes.

Neste contexto, observou-se que as possibilidades de articulação intersectorial no processo de implementação do PSE no município estiveram relacionadas principalmente, aos interesses da gestão do Programa em cumprir as exigências para a adesão ao programa Nacional e em inserir o projeto de investimento municipal na perspectiva do programa em curso. Estas questões estiveram fortemente presentes nas entrevistas, onde ao serem indagados acerca do programa saúde na escola, os atores envolvidos faziam referência ao processo de adesão ao PSE Nacional e sua organização no Município. Com isso afirmavam ser algo novo que estava em processo de estruturação. Em Maguinhos, por exemplo, a experiência de EPS, foi vagamente lembrada pelos profissionais da educação, que inclusive afirmaram que o PSE era recente no território, além de desconsiderarem as iniciativas anteriores desenvolvidas na escola, fazendo referência apenas às atividades desenvolvidas nos últimos dois anos.

A organização dos grupos gestores (GTI e NSEC), a partir de reuniões e encontros periódicos para o direcionamento e acompanhamento das atividades foi considerada uma estratégia de articulação intersetorial, pois era um espaço que reunia representantes dos diversos setores, possibilitando a comunicação para a tomada de decisões em conjunto. Permitia ainda, o reconhecimento das metas e objetivos dos outros setores e a realização de um planejamento conjunto para desenvolver as ações do PSE no município. Porém, os principais entraves identificados foram a rotatividade de atores/gestores nesses espaços, a ausência de uma cultura avaliativa e a falta de sistematização das informações que enfraqueciam e dificultavam a continuidade das discussões e o envolvimento efetivo dos atores.

Em relação ao nível local, apesar da existência de espaços de articulação para discutir e planejar as ações a serem desenvolvidas em Manguinhos, estes não ocorriam com frequência e em geral, eram condicionados à presença de representantes do NSEC4. Quando ocorriam, esses encontros permitiam a comunicação entre os atores e uma possibilidade de articulação, porém a sua descontinuidade dificultava a manutenção de um diálogo intersetorial. Observou-se que a ausência desses encontros, em um determinado momento, produziu distanciamento entre os profissionais locais, dificultando a troca de informações, o planejamento, a execução das ações e até o entendimento de cada setor em relação ao Programa, suas atribuições e dos demais parceiros, levando a sobreposição de ações e interrupção das atividades no território. Sendo assim, a articulação entre os atores no território era frágil, descontínua e não viabilizava planejamento conjunto ou discussão crítica acerca das demandas e realidades da comunidade escolar. É preciso, portanto, fortalecer esses espaços para que, de fato, possam ser considerados mecanismos de incentivo ao desenvolvimento de ações interssetoriais e à construção de redes de cooperação no território.

Vale destacar que a presença do Teias Escola-Manguinhos, com o seu envolvimento no PSE e suas características de articulação com os parceiros da região, em particular a sua proximidade com o NSEC4, favoreceu o processo de articulação entre as escolas, as ESF e a FIOCRUZ, representando uma possibilidade de viabilizar a ação intersetorial no PSE em nível local. Sendo assim, o fortalecimento de iniciativas locais, já existentes no território, e a

incorporação de lideranças comunitárias, alunos e responsáveis nesse processo, pode se constituir como um caminho interessante para a implementação das ações de saúde na escola nesta região.

A comunicação e o compartilhamento de informações entre os atores envolvidos são considerados elementos fundamentais para o sucesso da implementação de programas sob a perspectiva intersetorial. De fato, apesar de bastante frágil no nível local e melhor estruturado no nível da gestão, a comunicação acontecia por meio dos encontros (reuniões, seminários) instituídos entre os envolvidos no programa. Torna-se necessária, portanto, a implementação de estratégias para incentivar e subsidiar mecanismos de comunicação entre os atores locais e a comunidade, favorecendo e consolidando parcerias no território. Esses mecanismos podem ser viabilizados pelos próprios setores envolvidos no programa, conforme descrito no Relatório da Conferência Internacional da OMS em Halifax<sup>54</sup> que coloca para os setores a responsabilidade de conduzir adequadamente uma ação Intersetorial e alcançar resultados sustentáveis.

Em relação ao compartilhamento de informações no PSE, ainda há muito que avançar, pois o sistema de informação citado durante as entrevistas, não era de conhecimento de todos e, os que conheciam, tinham poucas informações a respeito do mesmo. Além disso, somente a educação tinha acesso, sendo utilizado apenas para cadastrar as escolas. Entretanto, de acordo com um documento (Passo a Passo PSE)<sup>63</sup> publicado em 2011, este sistema consiste em um banco de dados, onde devem ser inseridas as ações desenvolvidas nas escolas, devendo ser acessado pelas ESF e pelas escolas. Os técnicos do programa não relataram tal informação e as ações desenvolvidas até então, no município, eram sistematizadas em relatórios e apresentadas em diferentes formatos por cada um dos setores e regiões.

Outra dificuldade identificada para o trabalho intersetorial foi a divisão territorial do município nos diferentes setores envolvidos, pois parte do bairro de Manguinhos encontra-se em uma área limítrofe entre as coordenações de educação e assistência social. Sendo assim, ao considerar todo o território de Manguinhos para o desenvolvimento das ações de saúde na escola, a partir das decisões e planejamento do NSEC4, era necessário fazer contato com as regionais limítrofes responsáveis pela educação e assistência social, para

pactuar as ações e responsabilidades. Esse movimento havia sido iniciado por iniciativa do NSEC4 e recomendação do GTI, permitindo a comunicação entre as regionais e a organização no território. Assim, a construção de fóruns que congreguem representantes de diferentes coordenadorias, em territórios como o de Manguinhos é fundamental para a construção de redes e fortalecimento da intersectorialidade.

O processo de reconhecimento das experiências locais e o incentivo e estímulo de ações a partir da realidade e demandas do território, foram iniciativas apresentadas pela gestão como prioridade, porém durante o desenvolvimento desta pesquisa não foi possível perceber o estímulo a essas questões no nível local, principalmente em função da prioridade conferida às ações do projeto municipal. Conduzir as ações de um programa a partir das demandas territoriais traz uma reflexão acerca da identidade de programas de PS. Tais programas são caracterizados, por sua natureza complexa que envolve uma multiplicidade de ações e interações em seu desenvolvimento, sendo necessário considerar os diferentes atores envolvidos e seus contextos de implementação, que em geral, podem influenciar em diversos aspectos do programa<sup>14, 43, 61, 85</sup>. Nessa perspectiva, torna-se necessário focar no desenvolvimento de propostas vinculadas aos atores e contextos locais, valorizando a descentralização das ações no programa, a participação comunitária e fortalecendo as bases para viabilizar a mudança da realidade.

No entanto, as ações desenvolvidas no território ainda eram pontuais, prescritivas e assistenciais, sem articulação e planejamento conjunto e nem envolvimento da comunidade escolar. A fim de mudar esta realidade, torna-se necessário fomentar processos democráticos no espaço escolar, incentivando a participação ativa dos estudantes e de professores/diretores na construção de um trabalho que deve ser coletivo e deve permitir que crianças e jovens protagonizem processos participativos. Além de permitir que esses estudantes expressem entre si e com professores, familiares e profissionais de saúde suas demandas, desejos, fragilidades e dúvidas. Outra questão importante é a inserção do tema saúde no Projeto Político Pedagógico da escola, de modo a integrá-la ao processo de ensino-aprendizagem, favorecendo maior envolvimento da comunidade escolar e re-significando suas necessidades de saúde a partir de práticas pedagógicas e do apoio do setor saúde.

Deve-se destacar também, o investimento do município no projeto “Saúde nas Escolas” (Bio-Rio e IABAS). Esta foi uma estratégia desenvolvida de forma pouco articulada entre os atores envolvidos, principalmente no que se refere aos atores locais e às experiências já existentes no território. Apesar do PSE ter como foco a intersetorialidade, ações de promoção e prevenção da saúde, bem como ações assistenciais, as atividades desenvolvidas a partir desta estratégia municipal, estavam principalmente ligadas à assistência à saúde. Neste contexto, a presença do técnico de enfermagem integralmente na escola e a visita de uma equipe móvel de saúde mensalmente para atender as demandas de saúde das crianças, conferiam ao Programa municipal uma característica assistencialista. Sendo assim, o componente assistencial do PSE foi fortemente operacionalizado em detrimento de ações mais amplas e sustentáveis que tivessem o foco na construção de ambientes saudáveis.

Considerando ainda, esta estratégia de investimento municipal, é importante lembrar que é um contrato por tempo determinado que não contempla todas as escolas, podendo ser caracterizado apenas como mais um projeto oferecido à escola, que ao finalizar não garante sua sustentabilidade no ambiente da escola e nem pelos atores envolvidos. Outro destaque é este projeto lançar mão de equipes que não fazem parte da rede de serviços de saúde, o que dificilmente favorecerá a articulação entre os setores da educação e da saúde a partir da rede de serviços do município. Além disso, a condução desse projeto tem contribuído para reforçar a medicalização da educação e, dificilmente irá suprir as enormes demandas da educação para saúde em termos assistenciais. Se estamos focando em abordagens mais amplas de saúde e bem-estar para o enfrentamento de problemas estruturais complexos que, em geral, envolvem diferentes esferas de governos, instituições, recursos, habilidades e níveis de informação, é preciso conduzir para a construção de políticas sociais que fortaleçam o processo de articulação, envolvam a comunidade e estimulem o protagonismo dos sujeitos.

De modo geral as dificuldades para o avanço da articulação intersetorial estiveram associadas a aspectos estruturais, institucionais e conceituais. Os aspectos estruturais dizem respeito aos limites territoriais diferentes entre os setores; à reformulação dos representantes do NSEC4; à entrada de uma equipe de forma verticalizada para realização de ações pontuais, em parte da

rede. Os institucionais se referem à ausência de sistemas de informação ou banco de dados para o programa; formas de financiamento federal, a partir apenas das ESF, não sendo os recursos financeiros compartilhados entre os setores. Além disso, há uma descontinuidade dos processos, pois as atividades no território iniciam e, ao longo do ano, por não haver interesses convergentes e um plano de trabalho com objetivos e metas determinadas, essas ações programadas se perdem e deixam de acontecer. E por fim os aspectos conceituais que tem relação com a formação profissional, vivências, cultura e valores dos atores envolvidos, interesses próprios, concepção de intersectorialidade vinculada à concepção de saúde, entre outros.

Os aspectos conceituais precisam ser problematizados e trabalhados no nível local principalmente, pois o fato de que os problemas de uma população não encontram solução em um único setor já é algo instituído, entretanto a dificuldade está em encontrar caminhos estratégicos para a ação intersectorial. Ainda há uma perspectiva de que os problemas educacionais se resolvem com a assistência à saúde, tornando-se restrita a atuação desses profissionais no ambiente escolar. Neste sentido, faz-se necessário investir em metodologias participativas, viabilizando a construção de espaços e oportunidades que congreguem ações efetivas, com a participação de diversos atores e representantes da comunidade, na busca de práticas mais sustentáveis.

Entendemos que a intersectorialidade como um modelo de gestão de políticas públicas institucionalizado é uma estratégia importante para a implementação de políticas de promoção da saúde e que apesar da experiência e do investimento do município em atividades de promoção da saúde na escola, a partir de práticas inovadoras, o Programa ainda enfrenta muitos desafios. Destaca-se ainda, a (re) organização do programa após adesão federal que engendra novos arranjos institucionais para o programa no município possibilitando aprendizados e outras reflexões à gestão e a sociedade. Neste sentido, torna-se pertinente e necessário o investimento em estudos futuros, visto que tal pesquisa não pretendeu esgotar o debate sobre o assunto, mas apenas levantar algumas questões, abordar aspectos do funcionamento do PSE no município e a apresentar os principais processos de articulação intersectorial, após adesão ao PSE federal. E ainda a riqueza da

empíria permite o desdobramento e as contribuições para outras questões relevantes na ampla discussão de promoção da saúde na escola.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Brasil. Decreto nº. 6286, de 5 de dezembro. Dispõe sobre o Programa de Saúde na Escola – PSE, Brasília, 2007. Disponível em: <[http://200.214.130.35/dab/programa\\_saude\\_na\\_escola.php#monitoramento\\_pse](http://200.214.130.35/dab/programa_saude_na_escola.php#monitoramento_pse)>.
2. Junqueira LAP. Descentralização e inter-setorialidade na gestão pública municipal. In: CLAD 97. São Paulo: FUNDAP-Textos Técnicos. 1997. Disponível em: <<http://www.fundap.sp.gov.br/publicacoes/TextosTecnicos/textec4.htm>>.
3. Inojosa RM. Sinergia em Políticas e Serviços Públicos: Desenvolvimento Social com Intersetorialidade. São Paulo: Cadernos FUNDAP 2001; 22 (1): p.102-110. Disponível em: [http://www.fundap.sp.gov.br/index.asp?link=publicacoes/cadernos/cadernos\\_texto.asp&linktitfigtxt=publicacoes/publicacoesfiguraxt.asp&linknoticia=publicacoes/publicacoesnoticias.asp&linktitfig=publicacoes/publicacoesfigura.asp](http://www.fundap.sp.gov.br/index.asp?link=publicacoes/cadernos/cadernos_texto.asp&linktitfigtxt=publicacoes/publicacoesfiguraxt.asp&linknoticia=publicacoes/publicacoesnoticias.asp&linktitfig=publicacoes/publicacoesfigura.asp).
4. Brasil. Ministério da Saúde. Escolas promotoras de saúde: experiências do Brasil. Organização Pan-Americana da Saúde. 2006; Brasília.
5. Valadão MM. Saúde na escola: um campo em busca de espaço na agenda intersectorial. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública; 2004. Tese apresentada a Universidade de São Paulo. s.n; 148 p.
6. Brasil. Ministério da Saúde. Caderno de Atenção Básica – Saúde na Escola. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. 2009; Brasília.
7. Organización Pan-Americana de La Salud – OPAS. Rede Latino americana de Escuelas Promotoras de la Salud. Washington (DC) 1999; FAO.
8. Harada J, Mattos PCA, Pedroso GC, Moreira AMM, Guerra AB, Silva CS, Neves MBP, Santos MLM. Cadernos de Escolas Promotoras de Saúde – I. Sociedade Brasileira de Pediatria. Departamento Científico de Saúde Escolar. Disponível em: <<http://www.sbp.com.br/img/cadernosbpfinal.pdf>> Acesso em: 30/09/2010.
9. Ferreira VA, Magalhães R. Nutrição e promoção da saúde: perspectivas atuais. Cad. de Saúde Pública 2007; 23(7): p. 1674-81.
10. Goulart RMM. Promoção de saúde e o programa escolas promotoras da saúde. Caderno de Pesquisa em Ciências da Saúde 2006; 1(1): p. 05-13.
11. Silva CS, Pantoja AF. Contribuições da avaliação na identificação de efetividade da promoção da saúde na escola no município do Rio de Janeiro. B. Téc. Senac: a R. Educ. Prof. 2009; 35(2): p. 37-49.

12. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Política Nacional de Promoção da Saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. 2006; Brasília.
13. Yin RK. Estudo de Caso: planejamento e métodos. 2003; Porto Alegre: Bookman.
14. 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 (org.) Avaliação qualitativa de programas de saúde. 2006; Petrópolis: Editora Vozes.
15. Chen HT. Theory-Driven Evaluations. Newbury Park: Sage; 1990.
16. Denis J, Champagne F. Análise da implantação. In: Hartz ZMA. Avaliação em saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas. Rio de Janeiro: FIOCRUZ. 1997; p. 49-88.
17. Plano Municipal de Saúde na Escola e na Creche do Rio de Janeiro – PMSEC. 2008. Secretaria Municipal de Saúde. Rio de Janeiro.
18. Mukoma W, Flisher AJ. Evaluations of health promoting schools: a review of nine studies. Health Promotion International. 2004; 19 (3): p. 357-368.
19. Peres FF, Bodstein R, Ramos CL, Marcondes WB. Lazer, esporte e cultura na agenda local: a experiência de promoção da saúde em Manguinhos. Ciênc. saúde coletiva 2005; 10(3): p.757-769.
20. Bodstein R, Zancan L, Ramos CL, Marcondes WB. Avaliação da implantação do programa de desenvolvimento integrado em Manguinhos: impasses na formulação de uma agenda local. Ciência & Saúde Coletiva 2004; 9(3): p. 593-604.
21. Valla VV et. al.. Relatório da pesquisa: vigilância civil da saúde na atenção básica - uma proposta de ouvidoria coletiva na ap 3.1, Rio de Janeiro “os impasses da pobreza absoluta”. 2005; Rio de Janeiro: FIOCRUZ.
22. Papoula SR. O processo de trabalho intersectorial das Equipes de Saúde da Família no município de Petrópolis-RJ: fatores restritivos e facilitadores Dissertação de Mestrado apresentada a Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca. 2006; 186p.
23. Lalonde M. A new perspective on the health of Canadians: a working document. 1974; Ottawa: Government of Canada.
24. Organización Pan-Americana de La Salud – OPAS. Carta de Ottawa. Disponível em: <<http://www.opas.org.br/coletiva/uploadArq/Ottawa.pdf>>.

25. Comissão Nacional de Determinantes Sociais. Escola Nacional de Saúde Pública. Fundação Oswaldo Cruz ENSP-FIOCRUZ. Disponível em: [www.determinantes.fiocruz.br](http://www.determinantes.fiocruz.br). Acesso em: 12/01/ 2010.
26. Westphal MF, Mendes R. Cidade saudável: uma experiência de interdisciplinaridade e intersetorialidade. *Revista de Administração Pública*. 2000; 34(6): p. 47-61.
27. Monnerat GL, Souza RG. Política social e intersetorialidade: consensos teóricos e desafios práticos / *Social*. SER Social. Brasília. 2009; 12(26): p. 200-220.
28. Zancan L. Cidades Saudáveis: a intersetorialidade como desafio para um novo modelo de gestão. In: O processo de construção da rede de municípios potencialmente saudáveis (A. M. G. Sperandio, org). 2003; Campinas, São Paulo: Unicamp: Pró reitoria de Extensão e Assuntos Comunitários, p. 49-64.
29. Czeresnia D e Machado CF (Orgs). Promoção da Saúde: conceitos, concepções e tendências. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ; 2002.
30. Verdi M, Caponi S. Reflexões sobre a promoção da saúde numa perspectiva bioética. Universidade Federal de Santa Catarina - SC: Texto & contexto enfermagem, 2005; 14(1): p. 82-88.
31. Rabello LS. Promoção da saúde: a construção social de um conceito em perspectiva comparada. Rabello LS. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2010. 228p.
32. Goldberg M. “Este Obscuro Objeto da Epidemiologia”, in Costa, D. C. (org.) *Epidemiologia, Teoria e Objeto*, São Paulo: Hucitec-Abrasco; 1990.
33. Czeresnia D. Ações de promoção à saúde e prevenção de doenças: o papel da ANS. Texto elaborado para o Fórum de Saúde Suplementar. Julho de 2003.
34. Buss, P.M. Promoção da Saúde. In: IV Seminário sobre Promoção da Saúde e prevenção de riscos e doenças em saúde suplementar. Apresentação. 2007; Rio de Janeiro: Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS).
35. Rabello LS. Promoção da Saúde: Desafio ou Adaptação? A construção social do conceito, de Alma-Ata aos dias atuais, no Brasil e no Canadá. 2006; Tese de Doutorado em Ciências Sociais. Programa de Pós-Graduação em Estudos Comparados sobre as Américas. Centro de Pesquisas para as Américas /CEPPAC. Universidade de Brasília.
36. Andrade LOM de. A saúde e o dilema da intersetorialidade. 2006; São Paulo: Hucitec.

37. Pereira J, Dias VA. Atuação do enfermeiro na promoção em saúde escolar. Monografia apresentada à Universidade do Vale de Itajaí, Centro de Educação. 2009; Biguaçu.
38. Heidmann ITSB, Almeida MCP, Boehs AE, Wosny AM, Monticelli M. Promoção à saúde: trajetória histórica de suas concepções. *Texto Contexto Enferm.* 2006; 15(2): p. 352-358.
39. Westphal MF. Promoção da saúde e prevenção de doenças. In: Campos, Gastão Wagner de Sousa; Minayo, Maria Cecília de Souza; Akerman, Marco; Drumond Júnior, Marcos; Carvalho, Yara Maria de. *Tratado de saúde coletiva.* Rio de Janeiro: Hucitec FIOCRUZ. 2006; p. 635-667.
40. Buss, P. M. Uma introdução ao conceito de Promoção da Saúde. In: *Promoção da Saúde: conceitos, reflexões, tendências* (D. Czeresnia & C. M. de Freitas, org.); 2003, pp. 9-37, Rio de Janeiro: Editora: FIOCRUZ.
41. Sicoli JL; Nascimento, PR. Promoção de saúde: concepções, princípios e operacionalização. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação* 2003; 7(12): p. 91-112.
42. Barros CMS. Mediação Intersetorial para a Promoção da Saúde – o Projeto Transando Saúde do SESC. Dissertação de Mestrado Apresentada a Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca. 2009; s.n; xv, 224 p.
43. Salazar L. Evaluación de Efectividad en Promoción de la Salud, Guía de Evaluación Rápida. 2004. CEDETES, Universidad del Valle, Cali, Colômbia.
44. Buss PM. Promoção da saúde e qualidade de vida. *Ciência & Saúde Coletiva* 2000; 5(1): p.163-177.
45. Bodstein R. Complexidade da discussão sobre efetividade e evidência das práticas de Promoção da Saúde. In: IV Congresso Bras. Ciências Sociais e Humanas em Saúde – Equidade, Ética e Direito à Saúde: desafios à Saúde Coletiva na mundialização. 2007; Salvador.
46. Coelho AVAG. Construção da Intersetorialidade no Programa Bolsa Família em Manguinhos, no Rio de Janeiro. Dissertação de Mestrado Apresentada a Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca. 2009; s.n; xv, 138 p.
47. Teixeira CF, Paim JS. Planejamento e programação de ações intersetoriais para a promoção da saúde e da qualidade de vida. Rio de Janeiro: FGV-Revista de Administração Pública 2000; 34(6): p. 63-80.
48. Ferreira VSC, Silva LMV. Intersetorialidade em saúde: um estudo de caso. In: Hartz ZMA, Silva LMV. *Avaliação em saúde: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde.* 2005; Salvador/Rio de Janeiro: FIOCRUZ, p.103-150.

49. Wimmer GF, Figueiredo GO. Ação coletiva para qualidade de vida: autonomia, transdisciplinaridade e intersectorialidade. *Ciência & Saúde Coletiva*, 2006; 11(1):145-154.
50. Buss PM; Pellegrini FA. A saúde e seus determinantes sociais. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*. 2007; 17(1): p. 77-93.
51. CDSS. Rumo a um modelo conceitual para a análise e ação sobre os determinantes sociais de saúde. Ensaio para apreciação da CDSS [Rascunho] 5 de maio de 2005. Disponível em: <http://www.determinantes.fiocruz.br>.
52. Silva CS. Promoção da saúde na escola: modelos teóricos e desafios da intersectorialidade no município do Rio de Janeiro. Tese de doutorado apresentada a Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca. 2010; 199p.
53. World Conference on Social Determinants of Health. World Health Organization (WHO). Rio Political Declaration on Social Determinants of Health. 2011; Rio de Janeiro, Brazil.
54. Organização Mundial da Saúde (OMS). Ação Intersectorial para a Saúde: Pilar do Saúde para Todos no Século XXI. 1997; Halifax, Nova Escócia, Canadá: Relatório da Conferência Internacional.
55. Rede Unida. Intersectorialidade na Rede UNIDA. *Saúde em Debate* 2000; 24(55).
56. Burlandy, L. Comunidade solidária: engenharia institucional, focalização e parcerias no combate à fome, à pobreza e à desnutrição. Tese de doutorado. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública/ Fiocruz, 2003.
57. Fernandes DM. "Análise da articulação intersectorial na implementação de um programa social em nível local – experiência do município de Petrópolis/ RJ". 2005; Dissertação para título de Mestre em Saúde Pública da Escola Nacional de Saúde Pública.
58. Magalhães R, Coelho AV, Nogueira MF, Bocca C. Intersectorialidade, Convergência e Sustentabilidade: Desafios do Programa Bolsa Família em Manguinhos, RJ. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2011; 16(11):4443-4453.
59. Zancan L, Carvalho AI, Lobato MF, Rocha MR. Articulação intersectorial na gestão para a promoção da saúde. In: Gondim R, Grabois V, Mendes Junior WV, organizadores. *Qualificação dos Gestores do SUS*. 2. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz/ENSP/EAD; 2013; p. 297-310. Disponível em: <<http://www4.ensp.fiocruz.br/biblioteca/home/exibedetalhesBiblioteca.cfm?ID=12565&Tipo=B>>.
60. Santos NN. A intersectorialidade como modelo de gestão das políticas de combate à pobreza no Brasil. O Caso do Programa Bolsa Família no

Município de Guarulhos. Dissertação apresentada à Escola de Administração de Empresas de São Paulo da Fundação Getúlio Vargas, São Paulo, 2011.

61. Magalhães R, Bodstein R. Avaliação de iniciativas e programas intersetoriais em saúde: desafios e aprendizados. *Ciênc. saúde coletiva* 2009; 14(3).
62. Ferreira IRC. Diplomas Normativos do Programa Saúde na Escola: análise de conteúdo associado à ferramenta ATLAS TI. Universidade Federal do Paraná. 2011. Disponível em: <[http://www.cienciae saudecoletiva.com.br/artigos/artigo\\_int.php?id\\_artigo=8359](http://www.cienciae saudecoletiva.com.br/artigos/artigo_int.php?id_artigo=8359)> Acesso em: 10/01/2012.
63. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Ministério da Educação. Passo a Passo PSE. Programa Saúde na Escola: tecendo caminhos da intersectorialidade. 2011; Brasília.
64. Figueiredo TAM, Machado VLT, Abreu MMS. A saúde na escola: um breve resgate histórico. *Ciência & Saúde Coletiva* 2010; 15(2): p. 397-402.
65. Silva, CS. Escola Promotora de Saúde: uma visão crítica da saúde escolar. In: *Cadernos de Escolas Promotoras de Saúde - I*. Sociedade Brasileira de Pediatria. Departamento Científico de Saúde Escolar. Disponível em: <<http://www.sbp.com.br/img/cadernosbpfinal.pdf>.> Acesso em: 30/09/2010.
66. Conselho Nacional de Educação. Diretrizes Curriculares Nacionais de Educação Básica. Resolução do Conselho de Educação Básica nº 2, de 7 de abril de 1996.
67. Ministério da Educação. Programas e ações. Programa Saúde na Escola, 2010. Disponível em: <[http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com\\_content&view=article&id=14578%3Aprograma-saude-nas-escolas&catid=194%3Asecad-educacao-continuada&Itemid=817#top](http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_content&view=article&id=14578%3Aprograma-saude-nas-escolas&catid=194%3Asecad-educacao-continuada&Itemid=817#top)>.
68. Brasil. Portaria nº 1.861 de 4 de setembro de 2008. Estabelece recursos financeiros pela adesão ao PSE para Municípios com equipes de Saúde da Família, priorizados a partir do Índice de Desenvolvimento da Educação Básica (IDEB), que aderirem ao Programa Saúde na Escola (PSE). Disponível em: <[http://200.214.130.35/dab/programa\\_saude\\_na\\_escola.php#monitoramentopse](http://200.214.130.35/dab/programa_saude_na_escola.php#monitoramentopse)>.
69. Brasil. Portaria Interministerial Nº 675, de 4 de junho de 2008. Institui a Comissão Intersetorial de Educação e Saúde na Escola. Disponível em: [http://dtr2004.saude.gov.br/dab/docs/geral/orientacoes\\_pse .pdf](http://dtr2004.saude.gov.br/dab/docs/geral/orientacoes_pse.pdf).
70. Brasil. Ministério da Saúde. Ministério da Educação. Orientações sobre o Programa Saúde na Escola para a elaboração dos Projetos Locais. Disponível em: <[http://dtr2004.saude.gov.br/dab/docs/geral/orientacoes\\_pse .pdf](http://dtr2004.saude.gov.br/dab/docs/geral/orientacoes_pse.pdf)>.

71. Brasil. Portaria nº 3.146, de 17 de dezembro de 2009. Estabelece recursos financeiros para Municípios com equipes de Saúde da Família, que aderirem ao PSE. Disponível em: <[http://200.214.130.35/dab/programa\\_saude\\_na\\_escola.php#monitoramentopse](http://200.214.130.35/dab/programa_saude_na_escola.php#monitoramentopse)>.
72. Brasil. Portaria nº 1.910, de 8 de agosto de 2011. Estabelece o Termo de Compromisso Municipal como instrumento para o recebimento de recursos financeiros do Programa Saúde na Escola (PSE). Disponível em: [http://189.28.128.100/dab/docs/legislacao/portaria1910\\_08082011.pdf](http://189.28.128.100/dab/docs/legislacao/portaria1910_08082011.pdf).
73. Brasil. Portaria nº 2.931, de 4 de dezembro de 2008. Altera a Portaria Nº 1.861 de 4 de setembro de 2008, que estabelece recursos financeiros pela adesão ao PSE para Municípios com equipes de Saúde da Família, priorizados a partir do Índice de Desenvolvimento da Educação Básica (IDEB). Disponível em: <[http://200.214.130.35/dab/programa\\_saude\\_na\\_escola.php#monitoramentopse](http://200.214.130.35/dab/programa_saude_na_escola.php#monitoramentopse)>.
74. Brasil. Portaria nº 790, de 12 de abril de 2010, Altera a Portaria nº 3.146 de 17 de dezembro de 2009, que estabelece recursos financeiros para Municípios com equipes de Saúde da Família, que aderirem ao PSE. Disponível em: <[http://200.214.130.35/dab/programa\\_saude\\_na\\_escola.php#monitoramentopse](http://200.214.130.35/dab/programa_saude_na_escola.php#monitoramentopse)>.
75. Potvin L, Gendron S, Bilodeau A, Chabot P. Integrating Social Theory into Public Health Practices. *American Journal of Public Health*. 2005; 95(4): p. 591-595.
76. Pawson R, Tilley N. A history of Evaluation in 28 ½ pages. In: Pawson R, Tilley N. *Realistic Evaluation*. Los Angeles, London, New Delhi, Singapore: Sage Publications; 1997; p. 1-29.
77. Patton MQ. From evaluation issues to evaluation models. In: Patton MQ. *Qualitative research & evaluation methods*. 3a Ed. 2002; Thousand Oaks/London/New Delhi: Sage Publications.
78. Silva PLB, Melo MAB. O processo de implementação de políticas públicas no Brasil: características e determinantes da avaliação de programas e projetos. *Caderno do Núcleo de Estudos de Políticas Públicas/UNICAMP* 2000; 48: p. 1-17.
79. Weiss CH. Nothing as practical as a good theory: exploring theory-based evaluation in complex community initiatives for children and families In: Connell JP, Kubich AC, Schorr L, Weiss CH. *New Approaches to evaluating community initiatives*. Washington, DC: Aspen Institute; 1995.
80. Worthen B, James S. Avaliação versus pesquisa. In: Scriven, M. *O Conceito de Avaliação*. In: Peres, J. *Introdução à avaliação de programas sociais - coletânea de textos*, SP Instituto Fontes; 2004.

81. Draibe SM. Avaliação de implementação: esboço de uma metodologia de trabalho em políticas públicas. In: Barreira MCRN, Carvalho MCB. Tendências e perspectivas na avaliação de políticas e programas sociais. São Paulo: IEE/PUC 2001; p. 15-42.
82. Viana AL. Abordagens metodológicas em políticas públicas. Revista de Administração Pública 1996; 30(2): p. 5-43.
83. Arretche MTS. Uma contribuição para fazermos avaliações menos ingênuas. In: Barreira MCRN, Carvalho MCB. Tendências e perspectivas na avaliação de políticas e programas sociais. São Paulo: IEE/PUC 2001; p. 43-56.
84. Rootman I, Goodstadt M, Potvin L, Springett J. A framework for health promotion evaluation. In: Rootman I, Goodstadt M, Hyndman B, McQueen DV, Potvin L, Springett J. et al, org. Evaluation in Health Promotion: principles and perspectives denmark: Wolrd Health organization; 2001.
85. Potvin L, Haddad S, Frohlich K. Beyond process and outcome evaluation: a comprehensive approach for evaluating health promotion programmes. In: ROOTMAN I, (org). Evaluation in Health Promotion: principles and perspectives; 2001.
86. Furtado JP. Um método construtivista para a avaliação em saúde. Ciência & Saúde Coletiva. 2001; 6 (1): p.165-181.
87. Manzmanian DA, Sabatier PA. A framework for implementation analysis. In: Implementation and Public Policy. 2ª Ed. New York: Lahan; London: University Press of America; 1989; p. 18-47.
88. Ludke M, André MEDA. Pesquisa em Educação: Abordagens Qualitativas. Editora EPU. São Paulo/SP, 1986.
89. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo, Rio de Janeiro: HUCITEC, ABRASCO; 1992.
90. Bardin, L. **Análise de conteúdo**. 3. ed. Lisboa: Edições 70, 2004.
91. Gomes, R. A análise de dados em pesquisa qualitativa. MINAYO, M.C.S. (org.), In Deslandes, S.F., Neto, O.C. & GOMES, R., 1994. *Pesquisa social: teoria, método e criatividade*. Petrópolis, RJ: Vozes.
92. Secretaria Municipal de Saúde – SMS. Escola Promotora de Saúde - de Projeto à Iniciativa. Publicação do Site da Secretaria municipal de saúde datado de: 26/09/2003. Disponível em: <<http://www.saude.rio.rj.gov.br/>>.
93. Instituto Municipal de Urbanismo Pereira Passos. Armazém de Dados. Rio de Janeiro. Disponível em: <[www.armazemdedados.rio.rj.gov.br](http://www.armazemdedados.rio.rj.gov.br)> Acesso em: 10/10/2010.

94. Silva CS. (Org.) Escola Promotora de Saúde. Rio de Janeiro: Revista Promoção da Saúde na Escola, Secretaria Municipal de Saúde 2005; 1(1).
95. Carvalho AI, Bodstein R, Hartz Z, Matida AH. Concepções e abordagens na avaliação em promoção da saúde. Cien Saude Colet. 2004; 9(3): p.521-530.
96. Lucas S. Projeto Escolas do Amanhã: Possibilidades Multiculturais? Dissertação de Mestrado apresentada a Faculdade de Educação da Universidade Federal do Rio de Janeiro. 2011. Disponível em: [http://www.educacao.ufrj.br/ppge/dissertacoes/dissertacao\\_sonia\\_lucas.pdf](http://www.educacao.ufrj.br/ppge/dissertacoes/dissertacao_sonia_lucas.pdf).
97. Plano estratégico da prefeitura do rio de janeiro 2009 - 2012 o Rio mais integrado e competitivo. Disponível em: <[http://200.141.78.79/dlstatic/10112/2116763/DLFE-234720.pdf/planejamento\\_estrategico\\_site.pdf](http://200.141.78.79/dlstatic/10112/2116763/DLFE-234720.pdf/planejamento_estrategico_site.pdf)> . Acesso em 20/10/2011.
98. Secretarias Municipais de Educação e de Saúde e Defesa Civil do Rio de Janeiro – SME e SMSDC, 2010. Edital de Convocação Pública Para Parcerias Com Organizações Sociais. Edital conjunto SME/SMSDC - Nº. 01/2010.
99. Decreto n.º 7980 de 12 de agosto de 1988. Delimita a XXX Região Administrativa - Maré, criada pelo Decreto n.º 6. 011, de 4 de agosto de 1986, e altera os limites da X Região Administrativa Ramos e dos Bairros de Manguinhos, Ramos, Bonsucesso e Olaria, constantes do Decreto n.º 5.280, de 23 de agosto de 1985. Disponível em:<<http://www2.rio.rj.gov.br/smu/buscafacil/Arquivos/PDF/D7980M.PDF>>. Acesso em: 12/11/2011.
100. Zancan L, Bodstein R, Marcondes WB. Promoção da Saúde como caminho para o desenvolvimento local. A experiência em Manguinhos – RJ. Rio de Janeiro: ABRASCO/FIOCRUZ; 2002.
101. Adalberto C.(coord). Desenvolvimento humano e condições de vida na cidade do rio de janeiro. Rio de Janeiro: IPP/IUPERJ/IPEA, 2004. Relatório Final.
102. Cavallieri F, Lopes GP. Índice de Desenvolvimento Social – comparando as realidades microurbanas da cidade do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro: IPP, 2008. Disponível em: [http://www.armazemdedados.rio.rj.gov.br/arquivos/2247\\_indice%20de%20desenvolvimento%20social%20\\_%20ids.PDF](http://www.armazemdedados.rio.rj.gov.br/arquivos/2247_indice%20de%20desenvolvimento%20social%20_%20ids.PDF). Acesso em: 05/10/2011.
103. Santos CRB. “Portas de saída” da pobreza: A implementação de Programas Complementares do Programa Bolsa Família em Manguinhos, Rio de Janeiro. Dissertação de Mestrado apresentada a Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca. 2010.
104. Public Health Agency of Canada. Crossing Sectors – Experiences in Intersectoral Action, Public Policy And Health - Prepared in collaboration with

- the Health Systems Knowledge Network of the World Health Organization's Commission on Social Determinants of Health and the Regional Network for Equity in Health in East and Southern Africa (EQUINET), Canada; 2007. Disponível em: <http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/2007/cro-sec/index-eng.php>
105. Junqueira LAP. Novas formas de gestão na saúde: descentralização e intersetorialidade. São Paulo: Saúde e Sociedade; 1997b; 6(2): p. 31-46. Disponível em: <http://www.fsp.usp.br/boletim.php?lang=pt&homepage=true&style=homepage>.
106. Junqueira LAP. Intersetorialidade, transetorialidade e redes sociais de saúde. Rio de Janeiro: FGV-RAP; 2000; 6: p. 35-45. Disponível em: <http://www.ebape.fgv.br/comum/asp/index.asp>.
107. Programa de Saúde na Escola e na Creche no Município do Rio de Janeiro. Carioquinhas Saudáveis. Disponível em: <[http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/palestras/humanizacao/brasileirinhos\\_saudaveis\\_carioquinhas.pdf](http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/palestras/humanizacao/brasileirinhos_saudaveis_carioquinhas.pdf)> Acesso em: 10/11/2010.
108. Burris S, Hancock T, Lin V, Herzog A. Emerging Strategies for Healthy Urban Governance. *Journal of Urban Health: Bulletin of the New York Academy of Medicine*. 2007; 84 (1): p. i154-i163.
109. Tavares MFL, Zancan L, Carvalho AI, Rocha RM. Articulação intersetorial na gestão para a promoção da saúde. . In: Gondim R, Grabois V, Mendes Junior WV, organizadores. *Qualificação dos Gestores do SUS*. 2. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz/ENSP/EAD; 2011. p. 309-324. Disponível em:<<http://www4.ensp.fiocruz.br/biblioteca/home/exibedetalhesBiblioteca.cfm?ID=12563&Tipo=B>>.
110. Mendes R, Bógus CM, Akerman M. Agendas urbanas intersetoriais em quatro cidades de São Paulo. *Saúde Soc*. 2004;13(1):47-55
111. Magalhaes R, Coelho AV, Nogueira MF, Bocca C. Intersetorialidade, convergência e sustentabilidade: desafios do programa Bolsa Família em Manguinhos, RJ. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro. 2011; 16(11): p.4443-4453.
112. Rocha DG, Marcelo VC, Pereira IMTB. Escola promotora da saúde: uma construção interdisciplinar e intersetorial. *Rev. Bras. Cresc. Desenv. Hum.*, São Paulo, 12 (I), 2002 <http://www.abmp.org.br/textos/455.htm>
113. Patton MQ. Implementation evaluation: What happened in the program? In M.Q. Patton (Ed.), *Focusing evaluations: choices, options, and decisions*. 1997; Utilization-focused evaluation.
114. Pawson R. *Evidence-based policy: the promise of realist synthesis*. London: Sage; 2002.

115. Galvão CAV, Costa CL, Soveral CC, Silva LLB. Teias Escola Manguinhos: o desafio da ação conjunta. Trabalho de Conclusão de Curso apresentado no Curso de Especialização em Saúde da Família nos moldes de Residência da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, 2010.
116. Gaiva MAM; Ferriani, MGC. Dificuldades de aprendizagem: um desafio para profissionais de saúde. Acta Paul. Enf. 1997; 10 (3): 73-81.

## ANEXO 1

### **Roteiro de entrevista para profissionais que compõem o GTI (Grupo de Trabalho Intersectorial)**

**- IDENTIFICAÇÃO DO ENTREVISTADO: (Nome, Formação Profissional, Cargo/Função e tempo de atuação no cargo atual)**

#### **Eixo 1: Modelo lógico e funcionamento do programa**

1. Como o Programa Saúde na Escola (PSE) está sendo desenvolvido no Município?
  - Principais diretrizes, estratégias, prioridades e ações desenvolvidas.
  - Atores/profissionais envolvidos.
2. Como está organizada a coordenação/gestão do PSE?
  - Papel do GTI / Principais atribuições e funcionamento.
  - Relação entre o GTI e os NSEC's (NSEC4).
3. A questão da territorialização é importante para o programa? Por quê?
4. No âmbito do GTI existe algum canal/fórum para representação social ou interlocução com organização civil? Como ele funciona?
5. Existe um banco de dados do programa? Quem alimenta? Como ele é utilizado?

#### **Eixo 2: Ações intersectoriais**

6. Como as ações do PSE são definidas e planejadas? Quem participa?
  - Critérios e metas estabelecidos pelo Programa (existência de metas supra setoriais).
7. Existem ações conjuntas com outros setores ou programas além dos previamente estabelecidos? Quais? (existência de metas supra setoriais).
8. Quais os critérios utilizados para o estabelecimento dessas parcerias?
  - Principais parceiros e atuação junto ao GTI
9. Como o GTI avalia e acompanha as ações do PSE?

#### **Eixo 3: Concepções dos atores acerca da intersectorialidade**

10. Como você define ação intersectorial? Qual a sua importância? Por quê?
11. Na sua opinião, qual é o papel de cada secretaria (saúde, educação, assistência social) nas ações do PSE? Como esses papéis se articulam?
12. No âmbito do município, o que você percebe de positivo e de negativo na articulação entre os setores? (Em relação ao NSEC4)
  - Principais conflitos e como são contornados. Exemplificar
13. Que aspectos você considera importantes para o desenvolvimento de ações entre setores ou instituições?

#### **Eixo 4: Avaliação do programa**

14. Existe alguma avaliação dos resultados do programa?
  - Ação intersectorial bem-sucedida e uma situação problemática (Exemplo NSEC4)
15. De modo geral como você avalia as ações do PSE? (pontos positivos e negativos).

## ANEXO 2

### **Roteiro de entrevista para profissionais que compõem o NSEC4 (Núcleo de Saúde na Escola e Creche da 4ª região)**

**- IDENTIFICAÇÃO DO ENTREVISTADO: (Nome, Formação Profissional, Cargo/Função e tempo de atuação no cargo atual)**

#### **Eixo 1: Modelo lógico e funcionamento do programa**

1. Como o PSE está sendo desenvolvido nesta região?
  - Principais estratégias, prioridades e ações.
  - Atores/profissionais envolvidos e mecanismo de financiamento.
2. Qual é o papel do NSEC4 no programa?
  - Principais atribuições / Funcionamento
  - Como se dá a relação entre os setores (saúde, educação e assistência)
  - Relação entre o NSEC4 e o GTI.
3. Como é feito o contato do NSEC4 com Manguinhos?
  - Atores envolvidos em Manguinhos
  - Atividades que aconteceram ou estão acontecendo em Manguinhos.
4. Como é pensada a territorialização no PSE? Qual o território de abrangência do Programa no NSEC4? E em Manguinhos, como está acontecendo?
5. No âmbito do NSEC4, existe algum canal/fórum para representação social ou interlocução com organização civil? Em Manguinhos há participação da comunidade no desenvolvimento do programa?
6. Existe um banco de dados do programa? Quem alimenta?

#### **Eixo 2: Ações intersetoriais**

7. Como as ações do PSE são definidas e planejadas? Quem participa?
  - Critérios e metas estabelecidos pelo Programa (metas supra setoriais).
  - Planejamento das ações é para toda a área do NSEC4 ou é por área/região (exemplificar com a área de Manguinhos). Identificar se a região influencia o desenvolvimento das ações e de que maneira.
8. Existem ações conjuntas com outros setores ou programas além dos previamente estabelecidos (saúde, educação e assistência social)? Quais? (articulação com organização da sociedade civil e/ou não governamental).
  - Como essas parcerias se desenvolveram ou estão se desenvolvendo
  - Principais parceiros e atuação desses no programa (Exemplificar Manguinhos)
9. Como se dá a avaliação e acompanhamento das ações do NSEC4?
10. Como o NSEC4 avalia e acompanha as ações do PSE nas escolas de sua região?

#### **Eixo 3: Concepções dos atores acerca da intersetorialidade**

11. Como você define ação intersetorial? Qual a sua importância? Por quê?
12. Na sua opinião, qual é o papel de cada setor (saúde, educação, assistência social) nas ações do PSE? Como esses papéis se articulam?

13. No âmbito regional, o que você percebe de positivo e de negativo na articulação entre os setores? (Em relação à Manguinhos)
  - Principais conflitos e como são contornados. Exemplificar (e em Manguinhos)
14. Que aspectos você considera importantes para o desenvolvimento de ações entre setores ou instituições?

#### **Eixo 4: Avaliação do programa**

15. Existe alguma avaliação dos resultados do programa?
  - Exemplificar uma ação intersetorial bem-sucedida e uma situação problemática (algum exemplo do Manguinhos)
16. De modo geral como você avalia as ações do NSEC4? (pontos positivos e negativos). E em Manguinhos?

## ANEXO 3

### Roteiro de entrevista para profissionais que atuam na região de Manguinhos (Unidade de Saúde da Família e Escolas)

- **IDENTIFICAÇÃO DO ENTREVISTADO:** (Nome, Formação Profissional, Cargo/Função e tempo de atuação no cargo atual)

#### Eixo 1: Modelo lógico e funcionamento do programa

1. Como as ações do PSE estão sendo realizadas em Manguinhos?
  - Principais estratégias, prioridades e ações.
  - Atores/profissionais envolvidos.
2. Qual é o papel da **Unidade de saúde / Escola** nas ações do PSE?
3. A quem você se reporta ou quem faz o contato para as questões do PSE? Como é esse contato/relação? Conhece o NSEC4.
4. Há participação da comunidade/usuários no programa em Manguinhos? Como acontece?
5. Existe alguma forma de sistematização das informações do programa? Quem alimenta?
6. **Qual o território de abrangência dessa unidade de saúde?**

#### Eixo 2: Ações intersetoriais

7. Como são definidas e planejadas as ações do PSE? Quem participa?
  - Identificar se as ações são desenvolvidas em conjunto (professores, diretores, profissionais de saúde entre outros).
  - Como se dá a colaboração entre a escola e o serviço de saúde? (**qual a unidade de referência para a escola?/ Quais as escolas de referência para esta unidade de saúde?**)
8. **Você conhece o responsável pelo serviço de saúde de referência da escola?** Há participação de algum profissional da saúde no Centro de Estudos da escola? (perguntar para ambos os setores)
9. Foram estabelecidas outras parcerias para as ações do PSE? Quais? (Parcerias ou articulação com organização da sociedade civil e/ou não governamental). (perguntar para ambos os setores)
  - Como ocorre a interlocução com a escola?
10. **Fale sobre o Projeto Político Pedagógico da escola? E como ele foi construído?**
11. Há algum incentivo para o desenvolvimento de ações conjuntas?

#### Eixo 3: Concepções dos atores acerca da intersetorialidade

12. Como você define ação intersetorial? Qual a sua importância?
13. Na sua opinião, qual o papel do setor (saúde, educação, assistência social) no Programa? Como você vê a relação entre esses setores no PSE aqui em Manguinhos?
14. O que você percebe de positivo e de negativo na articulação entre os diversos setores aqui em Manguinhos?
  - Principais conflitos e como são contornados. Exemplificar
15. Que aspectos você considera importantes para realizar ações conjuntas?

#### Eixo 4: Avaliação do programa

16. Como se dá a avaliação e acompanhamento das ações do PSE em Manguinhos? A avaliação é realizada junto ao NSEC4 (**CAP ou CRE**)?

17. Existe alguma avaliação dos resultados do PSE?
  - Exemplificar uma ação conjunta bem-sucedida e uma situação problemática.
18. De modo geral como você avalia as ações do PSE nesta região? (pontos positivos e negativos).

**OBS:** As questões em negrito foram consideradas apenas para um ou outro setor, dependendo da representação do entrevistado (saúde ou educação). Não foram entrevistados profissionais da assistência social, pois estes profissionais não foram identificados no território de Manguinhos desenvolvendo ações do PSE.

## ANEXO 4

### **Roteiro de entrevista para profissionais que atuam na gestão do TEIAS**

#### **Escola-Manguinhos**

- IDENTIFICAÇÃO DO ENTREVISTADO: (Nome, Formação Profissional, Cargo/Função e tempo de atuação no cargo atual)

#### **Eixo 1: Modelo lógico e funcionamento do programa**

1. Como foi a inserção do Teias Escola-Manguinhos no PSE local?
  - O contrato de gestão prevê ações do PSE.
  - Ações desenvolvidas (estratégias e prioridades).
  - Atores/profissionais envolvidos.
2. Qual o papel do Teias Escola-Manguinhos no PSE e sua relação com o NSEC4 e/ou CAP 3.1.?
  - A relação entre os setores no território (saúde, educação e assistência)
3. Qual o conceito de território que o Teias trabalha?
4. Quais são as escolas do território de Manguinhos que estão sobre a abrangência do Teias e PSE?
5. Há participação da comunidade/usuários no PSE em Manguinhos?
6. As ações do programa são registradas/cadastradas em algum programa ou sistema? Quem alimenta?

#### **Eixo 2: Ações intersetoriais**

7. As ações do PSE em Manguinhos são coordenadas pelo Teias Escola? Quem coordena e de que maneira?
8. Existe algum tipo de incentivo para fomentar o processo de articulação entre as equipes de saúde da família e os outros setores do território no PSE?
9. Quais foram as principais parcerias estabelecidas para o desenvolvimento do PSE em Manguinhos? Como esses parceiros participam do programa?
10. Como se dá a avaliação e acompanhamento das ações do PSE das equipes de saúde da família?
  - Alguma relação com o NSEC4 e/ou com as escolas de Manguinhos.

#### **Eixo 3: Concepções dos atores acerca da intersectorialidade**

11. Como você define ação intersectorial? Qual a sua importância? Por quê?
12. Na sua opinião, qual é o papel de cada setor (saúde, educação, assistência social) nas ações do PSE? Como esses papéis se articulam?
13. O que você percebe de positivo e de negativo nesta articulação entre os setores aqui em Manguinhos?
  - Principais conflitos e como são contornados. Exemplificar.
14. Que aspectos você considera importantes para favorecer a realização de ações conjuntas com outros setores em Manguinhos?

#### **Eixo 4: Avaliação do programa**

15. Como se dá a avaliação e acompanhamento das ações do PSE das equipes de saúde da família? A avaliação é realizada junto ao NSEC4 e às escolas de Manguinhos? Existe algum protocolo ou ficha de avaliação?
  - Exemplificar uma ação intersectorial bem-sucedida e uma situação problemática.
16. De modo geral como você avalia as ações do PSE nesta região? (pontos positivos e negativos).

**MESTRADO EM CIÊNCIAS NA ÁREA DE SAÚDE PÚBLICA  
SUBÁREA – SAÚDE E SOCIEDADE**

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

**Pesquisa:** O desafio da intersetorialidade: a experiência do Programa Saúde na Escola (PSE) em Manguinhos, no Município do Rio de Janeiro.

Você foi selecionado (a) e está sendo convidado(a) para participar da pesquisa intitulada “O desafio da intersetorialidade: a experiência do Programa Saúde na Escola (PSE) em Manguinhos, no Município do Rio de Janeiro”. O objetivo da pesquisa é analisar a articulação entre os setores da saúde e da educação no Programa Saúde na Escola (PSE), no contexto de Manguinhos, identificando os desafios e possibilidades para a ação intersetorial.

A qualquer momento você pode desistir de participar e retirar seu consentimento. Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com os pesquisadores. Você não terá nenhum tipo de despesa por participar dessa pesquisa. Também nada será pago por sua participação. Não haverá riscos aos participantes da pesquisa. Os benefícios relacionados com a sua participação dizem respeito à contribuição para a realização de um trabalho que visa compreender o processo de implementação do PSE em Manguinhos.

As informações obtidas através dessa pesquisa serão confidenciais e asseguramos a não divulgação de seu nome como participante em todos os escritos referentes a este trabalho. Os resultados serão apresentados em conjunto, o que minimiza o risco de identificação. Os dados serão coletados através de roteiro de entrevista e com o auxílio de um gravador de áudio para posterior transcrição e análise. Todo material será utilizado apenas nesta pesquisa e ficarão sob o poder dos pesquisadores por um período de 5 anos. Após esse período serão inutilizados e descartados.

Você receberá uma cópia deste termo onde consta o e-mail do pesquisador e do Comitê de Ética e Pesquisa (CEP), podendo, sempre que quiser, pedir mais informações sobre a pesquisa.

Tendo em vista os itens acima apresentados, eu, de forma livre e esclarecida, declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa e concordo em participar.

---

(nome do entrevistado)

(assinatura)

(data)

---

(nome do pesquisador)

(assinatura)

(data)

**Em caso de dúvidas, entre em contato com:**

**Pesquisador:** Livia Cardoso Gomes – (liviagc.rj@gmail.com) Tel: 8812-9058

**Orientador:** Rosana Magalhães – (rosana@ensp.fiocruz.br) Tel: 2598-2644

**Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) ENSP/Fiocruz**

Rua Leopoldo Bulhões, 1.480 – Térreo - Manguinhos - Rio de Janeiro – RJ

Tel: (21) 2598-2863 E-mail: cep@ensp.fiocruz.br.

## ANEXO 6

### **Legislação, Portarias e Instruções Operacionais Programa Saúde na Escola.**

Atualizado em: Outubro/2011

- 1) **DECRETO PRESIDENCIAL No. 6.286, DE 5 DE DEZEMBRO DE 2007:** Institui o Programa Saúde na Escola - PSE, e dá outras providências.<sup>i</sup>
- 2) **PORTARIA MS Nº 33, DE 23 DE JANEIRO DE 2008:** no âmbito do Projeto Olhar Brasil define os objetivos e o público alvo; determina o período de vigência; estabelece financiamento, atribuições e responsabilidades; inclui insumos na Tabela de procedimentos; e estabelece mecanismo de fornecimento de óculos.<sup>ii</sup>
- 3) **PORTARIA INERMINISTERIAL ME/MS No. 140, DE 23 DE JANEIRO DE 2008:** Altera a redação do § 2º do art. 1º da Portaria Normativa Interministerial ME/MS nº 15, de 24 de abril de 2007.<sup>iii</sup>
- 4) **PORTARIA INTERMINISTERIAL ME/MS No- 675, DE 4 DE JUNHO DE 2008:** Institui a Comissão Intersetorial de Educação e Saúde na Escola.<sup>iv</sup>
- 5) **PORTARIA MS Nº 1.861, DE 04 DE SETEMBRO DE 2008:** Estabelece recursos financeiros pela adesão ao PSE para Municípios com equipes de Saúde da Família, priorizados a partir do Índice de Desenvolvimento da Educação Básica - IDEB, que aderirem ao Programa Saúde na Escola – PSE.<sup>v</sup>
- 6) **PORTARIA ME/MS Nº 1.399, de 14 de novembro de 2008:** Designar os membros para compor a Comissão Intersetorial de Educação e Saúde na Escola – CIESE.<sup>vi</sup>
- 7) **PORTARIA MS No - 2.931, DE 4 DE DEZEMBRO DE 2008:** Altera a Portaria No. - 1.861/GM, de 4 de setembro de 2008, que estabelece recursos financeiros pela adesão ao Programa Saúde na Escola - PSE e credencia Municípios para o recebimento desses recursos.<sup>vii</sup>
- 8) **PORTARIA MS-SAS Nº 254, DE 24 DE JULHO DE 2009:** Projeto Olhar Brasil.<sup>viii</sup>
- 9) **PORTARIA MS Nº 3.146, DE 17 DE DEZEMBRO DE 2009:** Estabelece recursos financeiros para Municípios com equipes de Saúde da Família, que aderirem ao Programa Saúde na Escola - PSE.<sup>ix</sup>
- 10) **PORTARIA MS Nº 790, DE 12 DE ABRIL DE 2010:** Altera a Portaria nº 3.146/GM, de 17 de dezembro de 2009, que estabelece recursos financeiros pela adesão ao Programa Saúde na Escola (PSE). Estende, para até 30 de junho de 2010, o prazo para o envio do Termo Adesão e do Projeto do PSE Municipal.<sup>x</sup>
- 11) **PORTARIA MS No- 1.537, DE 15 DE JUNHO DE 2010:** Define os Municípios credenciados a receber recursos financeiros pela adesão ao PSE (não inclui o Rio).<sup>xi</sup>
- 12) **PORTARIA MS Nº 3.696, DE 25 DE NOVEMBRO DE 2010:** Estabelece critérios para adesão ao Programa Saúde na Escola (PSE) para o ano de 2010 e divulga a lista de Municípios aptos para Manifestação de Interesse.<sup>xii</sup>

13) **PORTARIA MS Nº 3.918, DE 10 DE DEZEMBRO DE 2010:** Estabelece recursos financeiros para Municípios com equipes de Saúde da Família, credenciados no Programa Saúde na Escola - PSE.<sup>xiii</sup>

14) **PORTARIA MS Nº 1.910, DE 08 DE AGOSTO DE 2011:** Estabelece o Termo de Compromisso Municipal como instrumento para o recebimento de recursos financeiros do Programa Saúde na Escola (PSE)<sup>xiv</sup>.

---

<sup>i</sup> [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2007-2010/2007/decreto/d6286.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2007/decreto/d6286.htm)

<sup>ii</sup> <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2008/PT-33.htm>

<sup>iii</sup> [http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Portaria\\_ Interministerial\\_ N\\_ 140\\_ Retificacao.pdf](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Portaria_ Interministerial_ N_ 140_ Retificacao.pdf)

<sup>iv</sup> [ftp://ftp.saude.sp.gov.br/ftpsessp/bibliote/informe\\_eletronico/2008/iels.agosto.08/iels163/U\\_PT-INTER-ME-MS-675-REP\\_040608.pdf](ftp://ftp.saude.sp.gov.br/ftpsessp/bibliote/informe_eletronico/2008/iels.agosto.08/iels163/U_PT-INTER-ME-MS-675-REP_040608.pdf)

<sup>v</sup> [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt1861\\_04\\_09\\_2008\\_rep.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt1861_04_09_2008_rep.html)

<sup>vi</sup> [http://dab.saude.gov.br/docs/legislacao/portaria1399\\_14\\_11\\_08.pdf](http://dab.saude.gov.br/docs/legislacao/portaria1399_14_11_08.pdf)

<sup>vii</sup> [http://189.28.128.100/dab/docs/legislacao/portaria2931\\_04\\_12\\_08.pdf](http://189.28.128.100/dab/docs/legislacao/portaria2931_04_12_08.pdf)

<sup>viii</sup> [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2009/prt0254\\_24\\_07\\_2009.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2009/prt0254_24_07_2009.html)

<sup>ix</sup> [http://189.28.128.100/dab/docs/legislacao/portaria3146\\_17\\_12\\_09.pdf](http://189.28.128.100/dab/docs/legislacao/portaria3146_17_12_09.pdf)

<sup>x</sup> <http://www.brasilsus.com.br/legislacoes/gm/103639-790>

<sup>xi</sup> <http://www.brasilsus.com.br/legislacoes/gm/104403-1537.html?q=>

<sup>xii</sup> [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/pri3696\\_25\\_11\\_2010.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/pri3696_25_11_2010.html)

<sup>xiii</sup> <http://www.brasilsus.com.br/legislacoes/gm/106609-3918.html>

<sup>xiv</sup> [http://189.28.128.100/dab/docs/legislacao/portaria1910\\_08082011.pdf](http://189.28.128.100/dab/docs/legislacao/portaria1910_08082011.pdf)