



Alvaro Augusto Bermudo de Oliveira

**Programa Saúde na Escola Carioca e
Educação Infantil: implementação de uma po-
lítica pública intersetorial na cidade do Rio de
Janeiro**

Dissertação de Mestrado

Dissertação apresentada como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Informática pelo Programa de Pós-Graduação em Educação, do Departamento de Educação da PUC-Rio.

Orientadora: Professora Cynthia Paes de Carvalho

Coorientadora: Professora Alexandra Coelho Pena

Rio de Janeiro,
Março de 2023



Alvaro Augusto Bermudo de Oliveira

**Programa Saúde na Escola Carioca e
Educação Infantil: implementação de uma po-
lítica pública intersetorial na cidade do Rio de
Janeiro**

Dissertação de Mestrado

Dissertação apresentada como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Informática pelo Programa de Pós-Graduação em Educação, do Departamento de Educação da PUC-Rio.

Prof^a. Cynthia Paes de Carvalho

Orientadora
Departamento de Educação - PUC-Rio

Prof^a. Alexandra Coelho Pena

Coorientadora
Departamento de Educação - PUC-Rio

Prof. Marcelo da Silva Machado

Secretaria Municipal de Educação de Macaé/RJ

Prof. Ralph Ings Bannel

Departamento de Educação - Puc-Rio

Rio de Janeiro, 7 de março de 2023

Todos os direitos reservados. A reprodução, total ou parcial, do trabalho é proibida sem autorização do autor, das orientadoras e da universidade.

Alvaro Augusto Bermudo de Oliveira

Graduou-se em Administração de Empresas pela Faculdade de Economia e. Finanças do Rio de Janeiro – FEFRJ. É professor estatutário da educação infantil e anos iniciais do ensino fundamental da rede municipal de ensino da cidade do Rio de Janeiro. Atualmente é gestor de um Espaço de Educação Infantil -EDI e pesquisa sobre políticas interseccionais que sejam afins com a educação infantil e suas especificidades

Ficha Catalográfica

Oliveira, Alvaro Augusto Bermudo de

Programa Saúde na Escola Carioca e Educação Infantil: implementação de uma política pública interseccional na cidade do Rio de Janeiro / Alvaro Augusto Bermudo de Oliveira ; orientadora: Cynthia Paes de Carvalho ; coorientadora: Alexandra Coelho Pena. – 2023.

120 f. : il. color. ; 30 cm

Dissertação (mestrado)–Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro, Departamento de Educação, 2023.

Inclui bibliografia

1. Educação – Teses. 2. Intersetorialidade. 3. Programa Saúde na Escola. 4. PSE Carioca. 5. Educação Infantil. 6. Implementação. I. Carvalho, Cynthia Paes de. II. Pena, Alexandra Coelho. III. Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro. Departamento de Educação. IV. Título.

CDD: 370

Para os meus filhos e esposa.

Agradecimentos

A Deus que me permitiu o dom da vida, saúde e perseverança nos momentos de incerteza.

A família linda que construí com minha amada esposa, Eline. Aos nossos filhotes Pedro e Luana que por diversas vezes participaram das aulas e precisaram ser compreensivos com as minhas ausências. Minha motivação sempre veio de vocês.

Aos meus pais, pela educação, atenção, carinho e sacrifícios diários, pois formar 3 seres humanos não é fácil, principalmente na adolescência. Meus parabéns pelo esforço de vocês! As nossas conquistas são suas também.

A orientação da Professora Cynthia Paes de Carvalho e co-orientação da Professora Alexandra Coelho Pena pela parceria e paciência para a realização deste trabalho. O conhecimento e a paixão das senhoras pela educação são um exemplo para mim. Muito obrigado por tudo!

Às minhas amigas Luciana e Raquel que sempre me deram apoio nessa jornada. A segurança e confiança que tenho em vocês tornaram esse desafio possível.

Ao CNPq e à PUC-Rio, pelos auxílios concedidos, sem os quais este trabalho não poderia ter sido realizado.

Ao meu professor no ensino médio, Marcos Antônio, o seu exemplo me fez querer ser um professor de excelência.

Aos meus colegas da PUC-Rio e do EDI Karine Lorraine Chagas de Oliveira.

Aos professores que participaram da Comissão examinadora

O presente trabalho foi realizado com o apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – Brasil (CAPES) – Código de Financiamento 001.

Resumo

OLIVEIRA, Alvaro Bermudo de; PAES DE CARVALHO, Cynthia (Orientadora); PENA, Alexandra Coelho (Coorientadora). **Programa Saúde na Escola Carioca e Educação Infantil: implementação de uma política pública intersetorial na cidade do Rio de Janeiro**. Rio de Janeiro, 2023. 115p. Dissertação de Mestrado – Departamento de Educação, Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro.

O presente estudo se propõe a problematizar o monitoramento da implementação do Programa Saúde na Escola (PSE) executado no município do Rio de Janeiro – PSE Carioca. Trata-se de uma política intersetorial municipal derivada de uma política federal com potencial para se constituir em instrumento efetivo na construção de uma Rede de Proteção Integral principalmente para as crianças da Educação Infantil. O trabalho apresenta a trajetória histórica da relação entre saúde e escola para discutir o conceito de intersetorialidade utilizado no Programa Saúde na Escola e a relevância de sua implementação na Educação Infantil. Analisamos os dados disponibilizados publicamente para avaliação e monitoramento do Programa em uma região específica do município do Rio de Janeiro. Trata-se de uma pesquisa documental e bibliográfica que conclui que o referido programa dentro da cidade do Rio de Janeiro, em especial na Educação Infantil, tem problemas no registro de suas informações, o que prejudica a avaliação e o monitoramento do Programa. Com base nas informações disponíveis também pudemos notar indícios de desigualdades em sua implementação, o que seria justamente o oposto do objetivo do Programa. Os dados obtidos em consonância com a literatura sobre o tema nos levam a questionar se estamos diante de um programa de fato intersetorial ou se o que existe é apenas uma ação de saúde pontual que ocorre no espaço físico da escola.

Palavras-chave

Intersetorialidade; Programa Saúde na Escola; PSE Carioca; Educação Infantil; implementação

Abstract

OLIVEIRA, Alvaro Bermudo. de; PAES DE CARVALHO, Cynthia (Supervisor); PENA, Alexandra Coelho (Co-supervisor). The Carioca School Health Program and Early Childhood Education: implementing an intersectorial public policy in the city of Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, 2023. 115p. Master's dissertation - Department of Education, Pontifical Catholic University of Rio de Janeiro.

This study aims to problematize the monitoring of the implementation of the Health at School Program (PSE) in the municipality of Rio de Janeiro - PSE Carioca. This is an intersectoral municipal policy derived from a federal policy with the potential to become an effective instrument in the construction of a Comprehensive Protection Network, especially for children in Early Childhood Education. The paper presents the historical trajectory of the relationship between health and schools in order to discuss the concept of intersectoriality used in the Health at School Program and the relevance of its implementation in Early Childhood Education. We analyzed publicly available data for evaluating and monitoring the Program in a specific region of the municipality of Rio de Janeiro. This is a documentary and bibliographical study which concludes that this program in the city of Rio de Janeiro, especially in Early Childhood Education, has problems in recording its information, which hinders the evaluation and monitoring of the Program. Based on the information available, we also noticed signs of inequalities in its implementation, which would be the exact opposite of the program's objective. The data obtained, in line with the literature on the subject, leads us to question whether we are dealing with a truly intersectoral program or whether what exists is just a one-off health action that takes place in the physical space of the school.

Keywords

Intersectoriality; School Health Program; PSE Carioca; Early Childhood Education; implementation

Sumário

1 - Introdução	12
2 - A integração entre saúde e educação: formas de efetividade de políticas sociais	15
2.1 - Concepções de saúde escolar	15
2.2 -Saúde como um direito social	20
2.3 - A criação do SUS	23
2.4 - A relevância das ações e políticas intersetoriais	25
3 - O Programa Saúde na Escola	31
3.1 - O PSE Nacional: uma política pública intersetorial	31
3.2 - O que dizem as pesquisas sobre a implementação do PSE	38
3.3 - As peculiaridades do PSE no município do Rio de Janeiro	43
3.4 - As atividades realizadas pelo PSE Carioca	51
4 - O PSE na Educação Infantil	55
4.1 - Contexto histórico da educação infantil	55
4.2 - As dificuldades no acesso à educação infantil	59
4.3 - A intersetorialidade na educação infantil do Rio de Janeiro	62
4.4 - A educação infantil no município do Rio de Janeiro	67
5 - A intersetorialidade em uma Coordenadoria de Área de Planejamento	73
5.1 - A CAP 3.3 como ponto privilegiado de pesquisa	73
5.2 - A estrutura do PSE carioca na CAP 3.3	75
5.3 - As discrepâncias no atendimento das ações do PSE: os registros das ações no SISAB	76
5.4 - Os implementadores como possíveis modificadores do desenho da política pública no PSE Carioca	89
6 - Conclusão	100
7 - Referência Bibliográficas	105
8 - Anexos	112

Lista de figuras

Figura 1 - Histórico das concepções de saúde escolar	32
Figura 2 - Modelo de adesão, monitoramento e financiamento do PSE	35
Figura 3 - Mapa das áreas programáticas da cidade do Rio de Janeiro	50
Figura 4 - Ficha de Atividade Coletiva	52

Lista de tabelas

Tabela 1 - Desigualdades regionais nos gastos com assistência médica no Brasil em 1986	22
Tabela 2 - Quantitativo de estudantes por CRE	48
Tabela 3 - Motivo para as crianças não frequentarem a creche	60
Tabela 4 - Idade ideal para acessar a creche	61
Tabela 5 - Quantitativo de ações e participantes do PSE Carioca	78
Tabela 6 - Quantitativo de ações, participantes e temas do PSE Carioca na educação infantil	80
Tabela 7 - Temas mais recorrentes nas ações do PSE Carioca na educação infantil	82
Tabela 8 - Quantidade de ações do PSE Carioca em cada UBS da CAP 3.3	85

Lista de quadros

Quadro 1 - Divisão dos NSEC e suas regiões correspondentes.	49
Quadro 2 - Resultados C.F. Mestre Molequinho 2022	91
Quadro 3 - Resultados C.F. Aderson Fernandes 2022	92
Quadro 4 - Resultados C.F. Maestro Celestino 2022	93
Quadro 5 - Resultados C.F. Candido Ribeiro 2022	95
Quadro 6 - Resultados C.F. Amaury Bottany 2022	96
Quadro 7 - Resultados C.F. Souza Marques 2022	97

Enquanto existir desigualdade social, por menor que seja, nenhum governo pode se orgulhar de feito algum.

Fram Paulo

1 Introdução

Sou professor do Ensino Fundamental dos anos iniciais e de Educação Infantil da Secretaria Municipal de Educação da cidade do Rio de Janeiro onde, atualmente, estou gerindo um Espaço de Desenvolvimento Infantil – EDI¹, na Zona Norte carioca.

Na função de regente no ensino Fundamental e na Educação Infantil pude participar na execução das ações planejadas que integravam o Programa Saúde na Escola (PSE). Agora, como gestor, sou responsável por realizar o planejamento das ações que serão desenvolvidas na minha unidade em parceria com gestores locais da saúde, da assistência social e com os representantes regionais da Coordenadoria Regional de Educação (CRE) na qual se insere a unidade que dirijo.

Tal desejo parte da crença que ao adotarmos a concepção de intersetorialidade na oferta de serviços sociais como educação, saúde e assistência social poderemos combater e diminuir problemas mais complexos e inalcançáveis setorialmente.

Dessa maneira, possibilitar um desenvolvimento integral das crianças daquela comunidade escolar. Foi esta experiência que me motivou a estudar a implementação de políticas intersetoriais como o PSE.

Nossa proposta inicial era avaliar o PSE em nível regional, ou seja, analisar o monitoramento da implementação do Programa Saúde na Escola executado no município do Rio de Janeiro – PSE Carioca e sua efetividade enquanto programa intersetorial que visa garantir o desenvolvimento integral dos alunos da rede pública de ensino e diminuir as desigualdades sociais com atenção especial a primeira infância. Isso porque durante o levantamento bibliográfico se percebeu que as ações intersetoriais representam maior efetividade quando são desenvolvidas de zero a cinco anos.

Não obstante, após levantamento dos dados públicos percebemos a dificuldade para atingir esse objetivo dentro do prazo que uma pesquisa de mestrado se propõe e

¹ Unidade de Ensino para atendimento exclusivo de crianças público-alvo da Educação Infantil modalidade creche e/ou Pré-Escola.

dos recursos existentes para sua realização. Por isso, foi necessária uma reorganização nas propostas de investigação sobre o programa.

Sendo assim, nesta pesquisa nos limitaremos a apresentar a trajetória da relação entre saúde e escola, discutir o conceito de intersetorialidade utilizado no Programa Saúde na Escola, bem como analisar os registros das 33 Unidades Básicas de Saúde (número de ações e participantes) dados disponibilizados publicamente para avaliação e monitoramento do Programa em uma região específica do município do Rio de Janeiro e suas limitações enquanto instrumento para controle e monitoramento para gestores públicos e toda sociedade organizada.

Para atingir os objetivos propostos para este estudo optamos pela realização de uma pesquisa documental com abordagem qualitativa, ou seja, reunindo informações disponíveis nos documentos originais que não tenham recebido tratamento científico (OLIVEIRA, 2007; MOREIRA e CALEFFE, 2008) disponibilizados de maneira pública nos sites federais dos Ministérios da Educação e da Saúde, Portal da Secretaria de Atenção Primária a Saúde e nos sites municipais da secretaria de educação e da saúde da Prefeitura do Rio de Janeiro. Além disso fizemos um levantamento de dados quantitativos sobre as ações do PSE disponíveis no sistema informatizado que o Ministério da Saúde disponibiliza para seu registro. Os dados quantitativos e qualitativos nos ajudarão a compreender se os instrumentos estabelecidos para monitorar e avaliar este programa intersetorial são suficientes para permitir uma análise fidedigna da sua contribuição para o desenvolvimento integral das crianças de zero a 5 anos.

A dissertação foi dividida em cinco capítulos, além desta introdução. No capítulo dois trataremos os modelos de integração entre educação e saúde classificando os modelos de saúde escolar que tivemos no Brasil até chegarmos ao modelo atual de promoção de saúde. No mesmo capítulo falaremos sobre a saúde como um direito fundamental previsto em Constituição e a importância da criação do Sistema Único de Saúde na universalização do acesso a esse direito e facilitador de políticas intersetoriais.

No terceiro capítulo discutiremos especificamente o Programa Saúde na Escola descrevendo como se desenha essa política intersetorial nacional e trazendo a revisão da literatura sobre a implementação desse programa. Em seguida falaremos especificamente sobre as peculiaridades do PSE no município do Rio de Janeiro – objeto desta pesqui-

sa – e as ações desenvolvidas por esse programa municipal, que se diferencia em certa medida da Política Nacional.

O quarto capítulo trata especificamente da educação infantil, no âmbito da qual será analisada a implementação da política no município do Rio de Janeiro. Nesse ponto trataremos um histórico sobre a educação infantil e sua oferta no município do Rio de Janeiro, a execução de ações intersetoriais, como o PSE Carioca nas creches conveniadas ao município e nesse segmento da educação básica de forma geral.

Já o quinto e último capítulo traz uma pesquisa quantitativa relativa a uma Coordenadoria de Área de Planejamento no município do Rio de Janeiro para problematizar as ações, os temas mais recorrentes e produtividade das 33 unidades da saúde durante os anos de 2018 até 2022 e a implementação desse programa intersetorial no Rio de Janeiro.

No sexto capítulo são apresentadas as conclusões desse estudo sugerindo a necessidade do aprimoramento dos registros da execução e do monitoramento do PSE Carioca assim como os desdobramentos dessa pesquisa.

2

A integração entre saúde e educação: formas de ampliação da efetividade de políticas sociais

A integração entre saúde e educação, sobretudo a que ocorre dentro das escolas, não é um esforço recente ou linear em termos de concepções e de ações. No Brasil tivemos quatro modelos de concepções de saúde escolar, quais sejam, a de higiene escolar, a do biologicismo (ou assistencialismo), a de medicina escolar até a chegada do modelo de promoção de saúde, no qual estamos atualmente e que fundamentam diversas atividades em prol do desenvolvimento integral das crianças. No presente capítulo trataremos sobre as concepções de saúde escolar, sobre a saúde como um direito social garantido na Constituição e a criação do Sistema Único de Saúde para problematizar as políticas públicas que conjugam saúde e educação na primeira infância, assim como a importância de políticas intersetoriais a fim de enfrentar as desigualdades sociais que permeiam a sociedade brasileira.

2.1.

Concepções de saúde escolar

As ações de saúde integradas ao campo educacional existem desde o século XVIII na Europa, mais especificamente, na Alemanha. Essa sinergia foi idealizada pelo médico Johann Peter Frank através da publicação de um guia de nove volumes que ficou conhecido como Sistema Frank. Esse sistema contemplava vários aspectos da saúde pública e individual da sociedade alemã e preconizava a saúde escolar como um pilar importante para promoção, manutenção da saúde e aumento populacional alemão (FIGUEIREDO, MACHADO & ABREU, 2010).

No Brasil, no século XX a modernização e a higienização dos espaços urbanos foram medidas utilizadas no combate às epidemias de varíola, cólera e febre amarela que se espalhavam pela cidade do Rio de Janeiro (SILVA, 2019). O responsável por essa mudança foi o prefeito Pereira Passos (1902-1906) que durante o seu governo buscou modernizar a arquitetura e a infraestrutura do Centro da cidade, então capital brasileira. Ele buscou substituir a estrutura colonial empobrecida e insalubre por estruturas

inspiradas na cidade de Paris (França) e sua reforma urbanística que havia ocorrido entre 1853 e 1870. A reforma urbanística da cidade de Paris - idealizada para combater as epidemias/pragas decorrentes do esgoto a céu aberto e das casas amontoadas e insalubres - foi tão eficiente que além da Reforma Passos no Rio de Janeiro (1903 a 1906) inspirou as reformas nas cidades de Buenos Aires (1883), na Argentina e da cidade de Nova Iorque (1934), nos Estados Unidos.

Além da reforma urbanística, Pereira Passos criou o primeiro serviço que tinha como público-alvo a comunidade escolar, chamado de Assistência Médica Escolar, vinculado à Secretaria de Educação. Em 1910, foi criado o Serviço de Inspeção Sanitária Escolar da Cidade do Rio de Janeiro que tinha como finalidade a vigilância das condições higiênicas das unidades escolares e suas estruturas, bem como a promoção do exercício físico escolar, inspirado nos moldes do Sistema Frank. Os programas de saúde escolar tinham como objetivo reformar e reorganizar a sociedade por meio da formação da comunidade escolar inspirada nos ideais higienistas e eugênicos, ou seja, eles deveriam criar uma sistemática de educação que ensinaria aos estudantes e suas famílias determinadas regras de etiqueta social e autocuidado que definiam uma concepção de moral voltada à formação de um “tipo superior de homem” que adota comportamentos sociais adequados (SILVA & BODSTEIN, 2016).

A concepção biomédica é uma evolução do modelo higienista, com características semelhantes ao modelo anterior (concebia a saúde como ausência de doença), mas trazendo elementos novos como o atendimento especializado e a perspectiva de setorização dos saberes, ou seja, cada área detém seus próprios conhecimentos e não há interação entre elas. Foi um modelo que pregava que através de exames clínicos e equipes multidisciplinares seria possível criar condições favoráveis ao aprendizado e melhoria do desempenho dos estudantes.

Essa concepção de medicina escolar foi idealizada e executada no período da Ditadura Militar, como Silva e Bodstein (2016) destacam:

Em 1964, no Governo Carlos Lacerda, foi criada a Divisão de Saúde no Departamento de Saúde Escolar e extinto o Serviço de Saúde de Ginásio e Escolas Técnico-Profissionais. Ao mesmo tempo, os hospitais que estavam no setor educação foram redirecionados ao setor saúde enquanto outras unidades de atendimento aos alunos foram para a Secretaria de Serviços Sociais. Vale registrar que a despeito disto, a atuação dos profissionais de saúde permanecia com base em práticas

clínico-assistenciais e terapêuticas. No regime ditatorial, formulações de políticas e programas eram definidas por Decretos do Estado e o modelo era imposto de forma autoritária sem a participação da comunidade escolar, o que diminuiu a chance de mudança de modelo de programa (SILVA & BODSTEIN, 2016, p. 1780).

No período acima os profissionais da saúde acreditavam que a desnutrição era um ponto crucial para os problemas de aprendizagem, com isso a educação investia em programas de merenda escolar e atrelava as desigualdades sociais aos próprios estudantes. Em razão do regime ditatorial, de nada adiantava os profissionais da educação sinalizarem que a despeito da importância de um programa como a merenda escolar não seria suficiente para resolver os altos índices de reprovação e desempenho insatisfatório; tínhamos à época grande influência da psicologia e da medicina nas análises de desempenho escolar que atribuíam aos estudantes oriundos de classes populares uma maior “lentidão” na aprendizagem (PATTO, 1988).

Dessa forma, foram mantidas as práticas clínicas para população escolar, com políticas impostas sem levar em conta as demandas realmente importantes para seus usuários. Neste modelo se desenvolveu também a concepção de fracasso escolar como proveniente de problemas neurológicos, psicológicos e/ou psiquiátricos (SILVA, 2019).

A partir de 1970 o modelo saúde na escola passa ser o de Medicina Escolar. Esse modelo prioriza a realização de exames nos estudantes de forma periódica, mas em razão do aumento da demanda e escassez de recursos priorizou-se o atendimento aos estudantes que possuísem algum tipo de dificuldade de aprendizagem (SILVA & BODSTEIN, 2016, SILVA, 2019). Essa concepção também atribui o fracasso escolar às condições de saúde dos estudantes. Contudo, não existia articulação entre a educação e a saúde. O que havia era a cultura do encaminhamento para especialistas médicos quando o estudante não apresentava os resultados esperados, logo, o estudante (e suas condições de saúde) seria responsável por seu próprio fracasso escolar. É nesse contexto que ocorreram experiências que trouxeram para o espaço físico da escola os setores da saúde. Como exemplo podemos citar a experiência do estado do Rio de Janeiro com os Centros Integrados de Educação Pública (CIEP), que buscavam promover ações de medicina preventiva, educativa e assistência curativa. No entanto a integração física do atendimento à saúde do alunado não foi suficiente para possibilitar transformações e ações intersetoriais realmente efetivas (SILVA, 2019).

O período compreendido entre os anos de 1970 e 1986 foi relevante para a criação do moderno conceito de promoção de saúde. Isso porque em 1974 foi publicado o Relatório Lalonde (CANADA, 1974) pelo então ministro da saúde do Canadá, Marc Lalonde, que dá origem ao conceito de promoção de saúde. O relatório revela que o principal determinante da saúde de uma pessoa está em sua qualidade de vida, ou seja, sua alimentação, atividade física, relacionamento, educação, lazer, trabalho e renda, e não na ausência de doenças. Segundo o documento citado, a qualidade de vida corresponde a 53% dos determinantes de saúde, enquanto a qualidade do cuidado e a organização do serviço médico corresponde a 10%. Outro marco relevante desse período foi a Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, realizada pela Organização Mundial da Saúde – OMS – em Alma-Ata, no Cazaquistão em 1978. O documento síntese dessa conferência foi a Declaração de Alma-Ata (BRASIL, 2002; GIOVANELLA *et al*, 2019) conceituava a saúde como o bem-estar físico, mental e social e afirmava a necessidade de que os cuidados primários de saúde deveriam ser aplicados em todos os países do mundo e, especialmente, nos países em desenvolvimento, conclamando a comunidade mundial para promover a saúde de todos os povos do mundo.

Na mesma época, no Brasil tivemos a criação do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes) em 1976 com o objetivo de lutar pela democratização da saúde e valorizar os determinantes sociais da saúde, a participação popular e a atenção primária. Já em 1979 foi criada a Associação Brasileira de Pós-graduação em Saúde Coletiva – Abrasco, formada por técnicos, profissionais, estudantes e professores dos programas de Pós-Graduação em Medicina Social e Saúde Pública no intuito de articular a comunidade técnico-científica com os serviços de saúde, com a sociedade civil e com organizações governamentais e não governamentais. Entretanto, devemos salientar que o desenvolvimento dos cursos de medicina preventiva na década de 1950 (ESCOREL, 1999) contribuiu positivamente na formação dos atores e instituições que desejavam mudanças de paradigmas no sistema de saúde nacional.

Em 1984 a OMS assumiu o compromisso de avançar nas discussões sobre promoção de saúde e em 1986 foi publicada a Carta de Ottawa, apresentada na Primeira Conferência Internacional sobre Promoção de Saúde, realizada em Ottawa, no Canadá (BRASIL, 2002). O referido documento é uma carta de intenções que traz como pré-requisitos fundamentais para a saúde a paz, a habitação, a educação, a alimentação, a

renda, o ecossistema saudável, os recursos sustentáveis, a justiça social e a equidade. Ao final, o documento conclama os participantes da Conferência a se comprometerem a estabelecer e apoiar estratégias e programas de promoção de saúde. No mesmo ano (1986) no Brasil foi realizada a 8ª Conferência Nacional de Saúde e a Abrasco teve um papel relevante na proposta de um Sistema Único de Saúde, modelo adotado dois anos depois com a promulgação da Constituição de 1988.

A partir de 1990, no Brasil, o modelo de saúde na escola incorpora as premissas defendidas e estabelecidas nos documentos divulgados na Declaração de Alma-Ata, na VIII Conferência Nacional de Saúde e na Carta de Ottawa². Esses documentos, que estabeleceram novos paradigmas e convencionaram a qualidade de vida e os direitos de cidadania como referenciais para a integralização e ampliação do conceito de saúde, trouxeram para o modelo de saúde escolar também o modelo de Promoção de Saúde. O foco deixa de ser na ausência da doença e passa a ser a articulação de diferentes saberes favorecendo o diálogo e a integração das questões sociais com a saúde. Nesse modelo de saúde escolar é criado o conceito de Escola Promotora da Saúde – EPS que se baseia em experiências bem-sucedidas em países europeus na promoção da saúde e no atendimento primário - que depois foi sendo estendido para América Latina.

Após as definições constitucionais sobre a saúde, a realização de conferências nacionais de saúde e o Plano Nacional de Saúde (2004-2007) foi possível instituir a Política Nacional de Promoção de Saúde, através da Portaria MS/GM nº 687 de 30 de março de 2006. A relevância de uma política como essa está na garantia de diálogo e construção de um modelo democrático e que reduza desigualdades de ordem sanitária. Nessa perspectiva a Política Nacional de Promoção de Saúde (2018) define que:

a promoção da saúde é um conjunto de estratégias e formas de produzir saúde, no âmbito individual e coletivo, que se caracteriza pela articulação e cooperação intrasetorial e intersetorial e pela formação da Rede de Atenção à Saúde, buscando se articular com as demais redes de proteção social, com ampla participação e amplo controle social. Assim, reconhece as demais políticas e tecnologias existentes visando

² Declaração de Alma-Ata (1976) trata sobre a importância dos cuidados primários de saúde em todos os países, em especial os mais pobres.

VII Conferência Nacional de Saúde (1986) Conferência que defendeu a saúde como direito universal, criação do SUS e seu financiamento.

Carta de Ottawa (1986) – documento que apresenta intenções para garantir saúde para todos até os anos 2000

à equidade e à qualidade de vida, com redução de vulnerabilidades e riscos à saúde decorrentes dos determinantes sociais, econômicos, políticos, culturais e ambientais. (BRASIL, 2018, p.7)

Nesse sentido, o conceito de promoção de saúde se coaduna com o conceito de desenvolvimento integral que a área da educação também busca atingir, como estabelecido na Constituição Federal de 1988 e na Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (LDB 1996). Nesta dissertação ao usarmos o termo “desenvolvimento integral” nos referindo ao conceito legal descrito no art. 29 da Lei 9.394/96 – LDB – que o define como o desenvolvimento da criança em seus aspectos físico, psicológico, intelectual e social, complementando a ação da família e da comunidade (BRASIL, 1996). Reconhecendo que a educação e a saúde são direitos sociais e que têm como objetivo o atendimento dos cidadãos em sua integralidade, consideramos que a formulação de programas e ações intersetoriais podem, a princípio, maximizar a efetividade da prestação do serviço original das pastas envolvidas ampliando o acesso a políticas públicas que promovam qualidade de vida e redução de desigualdades sociais e econômicas (BRASIL, 2018; BRASIL, 2009). É sobre essa articulação que trataremos ao longo deste trabalho.

2.2. A saúde como um direito social

A inclusão da saúde como um direito social não ocorreu de forma espontânea e natural na nova carta magna (ESCOREL, 1999), pois, antes da promulgação da Constituição de 1988, a saúde não era um direito social garantido para todos os brasileiros. Antes da promulgação da Constituição Cidadã e da criação e implementação do Sistema Único de Saúde, as pessoas que precisassem de serviços médicos poderiam buscar atendimento na rede particular, em Santas Casas e outras associações filantrópicas, nas redes próprias que atendiam os trabalhadores que contribuía para a previdência social ou através de contratação de serviços usando a rede privada por meio de convênios (BRASIL, 2003).

Os cidadãos considerados de “primeira classe” (BRASIL, 2003) eram os usuários que trabalhavam formalmente, que tinham sua “carteira assinada” e contribuía para o sistema previdenciário. Dessa forma, eles e seus dependentes possuíam melhores serviços de saúde em quantidade e qualidade de procedimentos quando comparados com a

oferta de unidades e serviços disponíveis para população que não possuía empregos formais. Os recursos da previdência eram repassados para Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social – INAMPS, uma autarquia federal subordinada ao Ministério da Previdência e Assistência Social que possuía uma rede de clínicas e hospitais próprios para atender os “previdenciários”. Além de contar com convênios estabelecidos com a rede particular para prestar serviços ambulatoriais e hospitalares de forma complementar.

Enquanto isso os demais cidadãos considerados de “segunda classe” ou “indigentes” (BRASIL, 2002; BRASIL, 2003) precisavam arcar com os tratamentos na rede privada, recorrer às entidades assistenciais como, por exemplo, as Santas Casas (que possuíam menos recursos financeiros) ou procurar os poucos hospitais públicos disponíveis (BRASIL, 2002; BRASIL, 2003). É importante destacar que os cidadãos mais abastados não foram sendo contemplados na terminologia “1ª classe” aqui anteriormente referida, pois faziam uso da rede privada de saúde de excelência. Outro aspecto interessante é o uso sem aspas dos termos indigentes ou segunda classe na definição dos usuários da rede pública de saúde do sistema anterior ao SUS. Cada termo é impregnado de significados, conceitos julgamentos e preconceitos, mostrando a percepção dos gestores públicos sobre os usuários da rede pública de saúde, em especial, os mais vulneráveis.

No modelo anterior ao SUS o serviço médico recuperativo era prestado pelo Ministério da Previdência Social e Assistência Social, enquanto competia ao Ministério da Saúde e às Secretarias de Saúde dos estados e municípios realizar ações de prevenção e promoção de saúde, tais como campanhas de vacinação e de combate a endemias.

Nesse contexto a distribuição dos recursos financeiros não correspondia ao tamanho da população das diferentes regiões do país. A tabela a seguir apresenta os dados referentes aos gastos com assistência médica no Brasil durante a vigência dessa política de acesso à saúde pública.

Regiões	Gasto da região sobre total do País (%)	População da Região sobre total do País (%)
Norte	2,27	5,48
Nordeste	18,10	28,82
Sudeste	59,28	43,79
Sul	15,14	15,12
Centro-Oeste	5,02	6,78
Total	100,00	100,00

Tabela 1: Desigualdades regionais nos gastos com assistência médica no Brasil em 1986
 Fonte: INAMPS – Secretaria de Planejamento/DIS, 1987

A distribuição ocorria conforme o número de beneficiários e suas contribuições previdenciárias. Sendo assim, uma região mais abastada, com um número maior de contribuintes como a Região Sudeste recebia mais recursos do que regiões consideradas menos favorecidas e com menor volume de trabalhadores formais que contribuíssem com a Previdência Social. De acordo com a tabela apresentada, a região sudeste era responsável por mais da metade dos gastos dos recursos disponíveis, ainda que sua população não represente mais da metade da população do país ou mesmo da população que contribuía para o sistema previdenciário à época. Dessa forma, o acesso à saúde se perpetuava de maneira desigual e essa desigualdade era promovida pelo próprio poder público, responsável por prestar serviços a todos. Enquanto isso, as regiões mais vulneráveis e necessitadas de serviços essenciais continuavam com suas fragilidades (BRASIL, 2002).

A inclusão da Saúde como um direito social, na Constituição Federal de 1988, ocorre no contexto da Reforma Sanitária, que poderia ser definida como uma reforma social que visava a democratização da saúde, do Estado e da sociedade (PAIM, 2007) em razão do cenário político da década de 1980 e da luta contra o Regime Militar em meio a um processo de reestabelecimento da democracia no país. A Constituição Federal do Brasil (1988) estipula em seu 6º artigo que “são direitos sociais a educação, a saúde, o trabalho, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, a assistência aos desamparados, na forma desta Constituição.” Atualmente, a redação deste artigo inclui no rol de direitos sociais também a alimentação, a moradia e o transporte. O art. 196 da Constituição Federal do Brasil estabelece que

A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação. (BRASIL, 1988)

Como podemos concluir, a escolha constitucional foi por uma concepção ampla de saúde compreendida pela promoção, proteção e recuperação. Assim, a Constituição define como função do Estado promover políticas sociais e econômicas que garantam a universalidade do acesso de forma igualitária aos serviços de saúde. Independente, da natureza do serviço de saúde ou da condição ou origem social dos usuários do sistema de saúde, medidas preventivas ou recuperativas de saúde deverão ser disponibilizadas para todas as pessoas. A saúde passa a ser um direito de todos os cidadãos e um dever do Estado.

2.3. A criação do SUS

A promulgação da Constituição em 1988 alterou a lógica da oferta de saúde pelo poder público, de algo ligado à Previdência Social para uma pasta própria e comprometida com todos os cidadãos. O texto constitucional também dispôs sobre a necessidade de criação de um Sistema Único de Saúde (art. 198) que atendesse a população de forma integral. Dessa maneira era preciso formar um sistema que englobasse ações de prevenção e promoção de saúde. Hábitos da sociedade como alimentação rica em sódio, açúcares e gorduras, tabagismo, sedentarismo, consumo de álcool e outras drogas deveriam ter a atenção do poder público. Ressalte-se que esses hábitos possuem relação com os Determinantes Sociais de Saúde – DSS – que são os fatores sociais, econômicos, culturais, étnicos/raciais, psicológicos e comportamentais que influenciam a ocorrência de problemas de saúde e seus fatores de risco na população (BUSS & PELLEGRINI FILHO, 2007). Portanto, além de ofertar os serviços de saúde seria necessário conhecer a população a ser atendida e as peculiaridades de cada território para planejar ações correspondentes às suas necessidades.

Em 19 de setembro de 1990 foi assinada a Lei 8.080/90 que ficou conhecida como Lei do SUS ou Lei Orgânica da Saúde (SILVA, 2019) que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento

dos serviços correspondentes, instituindo o Sistema Único de Saúde – SUS (BRASIL, 1990). Essa lei é composta por 55 artigos e regula as ações e serviços de saúde executados isolada ou conjuntamente, em caráter permanente ou eventual, por pessoas naturais ou jurídicas de direito público ou privado no território nacional (BRASIL,1990). Também são estipuladas a forma de financiamento, a gestão de recursos financeiros, a formação dos recursos humanos, a organização do sistema em 3 esferas e o caráter complementar da rede particular no SUS.

A Lei 8.080/1990 foi dividida em 5 títulos e 13 capítulos organizados e determina a saúde “é direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício.” (Lei 8.080/1990, Art. 2). O SUS, como sistema de saúde universal, apresenta três objetivos que explicitam uma concepção de saúde ampliada que se articula às condições sociais e econômicas e propõe sua promoção baseada em ações de prevenção, assistência e proteção:

Art. 5º São objetivos do Sistema Único de Saúde SUS:

I - a identificação e divulgação dos fatores condicionantes e determinantes da saúde;

II - a formulação de política de saúde destinada a promover, nos campos econômico e social, a observância do disposto no § 1º do art. 2º desta lei;

III - a assistência às pessoas por intermédio de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, com a realização integrada das ações assistenciais e das atividades preventivas.

Isto significa que no fim dos anos 1980 e início dos anos 1990 passamos a dispor de documentos legais (a Constituição como diretriz e a Lei do SUS como norma regulamentadora) que garantem o acesso universal à saúde para todos os brasileiros. Contudo, Silva (2019) alerta que desde sua criação o Sistema Único de Saúde – SUS, “enfrenta barreiras em razão de cenários e contextos políticos e econômicos, que muitas vezes são adversos e desfavoráveis” (2019, p. 16). Dentre estes desafios, o autor destaca: o subfinanciamento crônico, a má gestão do sistema e dos serviços assim como a baixa - ou mesmo falta de integração das diversas esferas de gestão. A pouca participação dos agentes implementadores e dos usuários na sua estruturação também acaba dificultando o acesso às políticas de Promoção de Saúde (SILVA, 2019).

Ferolla (2019) ressalta a importância da articulação do saber técnico com o saber popular na mobilização de recursos institucionais e comunitários para propor soluções

intersetoriais e defende que a Promoção da Saúde se baseie na concepção de responsabilização múltipla, seja pelos problemas existentes, seja pela resolução deles. Sendo assim, é de responsabilidade do Estado, da comunidade, do indivíduo e dos sistemas de saúde e parcerias intersetoriais promover e facilitar o acesso da população às políticas de promoção de saúde. Apesar dessa lógica ser aplicada a todos os cidadãos, é nos primeiros anos de vida que as potencialidades do desenvolvimento humano são mais elásticas, portanto, nessa fase o investimento do desenvolvimento integral tem a capacidade de fornecer resultados para toda a vida da criança e de seus familiares. Por esse motivo falaremos sobre a realização de ações de saúde utilizando como recorte de pesquisa as ações desenvolvidas com crianças de 0 a 5 anos, idade correspondente à Primeira Infância, conforme Lei 13.257 de 8 de março de 2016, e que contempla o público-alvo da educação infantil.

2.4.

A relevância das ações e políticas intersetoriais

Ao tratarmos da análise de políticas intersetoriais precisamos partir do pressuposto de que o termo “intersetorialidade” não possui uma única definição na literatura. Reconhecendo a polissemia do termo apresentamos algumas definições encontradas durante a revisão bibliográfica realizada para a elaboração deste trabalho. Para Chiari *et al* (2018), espera-se da intersetorialidade

(...) uma interdependência, com integração e interação entre sujeitos e processos organizacionais para alcançar os resultados esperados a partir de intervenções que transcendam as ações setoriais isoladas e que tenham sido desenhadas tomando o território como sua referência. (CHIARI *et al*, 2018, p. 2)

No mesmo sentido, Junqueira (2004) afirma que a intersetorialidade incorporaria a ideia de integração, de território, de equidade, dos direitos sociais e, por isso seria uma possibilidade no enfrentamento dos problemas sociais. Para Barbieri e Noma (2017) a intersetorialidade pode ser definida como um modelo de gestão de políticas públicas em que ocorrem planejamento integrado e articulado, assim como a integração de agendas de setores distintos de intervenção política pública.

Akerman *et al* (2014) apresentam a concepção de intersectorialidades no plural, pois acreditam que o termo vem sendo pesquisado em 6 temas diferentes (Políticas Públicas Integradas; causa e solução da promoção da equidade; gestão intersectorial; implementação fragmentada, negociação de interesses; e instrumentos de monitoramento/avaliação dos impactos na saúde) e propõem a construção de uma agenda de pesquisa para ampliação dos aportes teóricos reduzindo a possibilidade de que a ação intersectorial seja implementada como um experimento na gestão pública para se tornar uma prática gerencial de governo. Os autores também apresentam sugestões de questões de pesquisa para cada abordagem do termo intersectorialidade proposto, sugerindo a construção de uma base teórica e de instrumentos para avaliar a execução de políticas e ações intersectoriais.

Na presente dissertação adotamos a concepção de intersectorialidade como a articulação entre sujeitos de setores diversos, com diferentes saberes e poderes com vistas a enfrentar problemas complexos (WARSCHAUER; CARVALHO, 2014), buscando estabelecer relações integradas entre atores de natureza pública ou não, entre setores e instâncias que nem sempre fazem parte da mesma esfera governamental ou partilham das mesmas crenças e valores. Dessa maneira a definição do termo e as expectativas a serem alcançadas com a implementação de ações ou políticas com esta perspectiva variam entre as diversas áreas que deverão somar recursos e esforços para realização de determinada ação ou prestação de serviço.

Sendo assim, mais do que ideal, torna-se necessária a integração de diversos atores estatais ou não, na construção social da cidade. A intersectorialidade para Junqueira busca “superar a fragmentação das políticas, considerando o cidadão na sua totalidade.” (2004, p.27) e se apresenta como “uma concepção que deve informar uma nova maneira de planejar, executar e controlar a prestação de serviços, para garantir um acesso igual dos desiguais.” (2004, p.27). As políticas sociais devem atender a todos os cidadãos brasileiros. Contudo, nesse trabalho tratamos sobre as interfaces que deveriam ocorrer dentro de um programa estabelecido entre a saúde e educação a nível federal, mas com adesão e execução a nível local, com especial atenção aos bebês e crianças dentro da faixa etária de 0 até 6 anos. A perspectiva é entender essa lógica e como ela pode colaborar para a ampliação do alcance das políticas sociais num cenário de poucos recursos

disponíveis e baixa eficácia na oferta e na qualidade dos serviços públicos prestados (JUNQUEIRA, 2004).

De acordo com Lotta *et al* (2018) é importante estudar as políticas intersetoriais para propor soluções mais complexas e eficazes para a resolução dos problemas públicos e compreender de que forma ocorrem melhorias na prestação dos serviços públicos universais³. Outro ponto destacado pelos autores é a importância da ampliação dos estudos sobre a implementação das políticas públicas no Brasil para considerar a sua efetividade e a construção de um Estado que promova serviços públicos universais efetivos.

Assim, a construção de um Estado provedor de serviços públicos universais no Brasil requer o crescimento de uma agenda de estudos que seja capaz de observar como as políticas têm sido entregues, a relação das burocracias na sua implementação, como são alteradas e os resultados que efetivamente geram para os cidadãos. Além disso, dada a agenda brasileira de políticas sociais, torna-se também necessário analisar a dimensão da pobreza e inclusão e o papel da burocracia nesse processo. (LOTTA *et al*, 2018, p.800-801)

Em tese, a intersetorialidade poderia ser o elo que faltava para garantia da execução e implementação das políticas sociais universais (JUNQUEIRA, 2004), com destaque para as referentes à primeira infância (OLINI, 2020; KOSLINSKI, 2020). Dentre elas podemos elencar o Programa Bolsa Família, implementado no primeiro ano do governo do presidente Lula, depois renomeado para Auxílio Brasil, pelo presidente Jair Bolsonaro através da Lei 14.284/2021. O programa possui 7 objetivos, porém destaque os 6 primeiros:

I - promover a cidadania com garantia de renda e apoiar, por meio dos benefícios e serviços ofertados pelo Suas, a articulação de políticas direcionadas aos beneficiários, com vistas à superação das vulnerabilidades sociais das famílias; II - reduzir as situações de pobreza e de extrema pobreza das famílias beneficiárias; III - promover, prioritariamente, o desenvolvimento das crianças e dos adolescentes, por meio de apoio financeiro a gestantes, a nutrízes, a crianças e a adolescentes em situação de pobreza ou de extrema pobreza; IV - promover o desenvolvimento das crianças na primeira infância, com foco na saúde e nos estímulos às habilidades físicas, cognitivas, linguísticas e socioafetivas, de acordo com o disposto na Lei nº 13.257, de 8 de março de 2016; V - ampliar a oferta do atendimento das crianças em creches; VI - estimular crianças, adolescentes e jovens a terem desempenho científico e tecnológico de excelência (BRASIL, 2021).

³ Trata-se do conceito da universalidade dos direitos fundamentais previstos na Constituição Federal de 1988, tais como saúde, educação, energia elétrica e saneamento básico.

Os objetivos acima se coadunam com os princípios de integração entre diversos setores do governo federal e de outras esferas públicas para o combate à pobreza extrema e possibilitam o desenvolvimento integral da criança com especial atenção às crianças de 0 até 3 anos. Isso porque, além de expressar o objetivo de ampliar o acesso de crianças à creche, ele vincula a permanência da família no programa ao cumprimento das condicionalidades referentes aos setores da saúde e assistência social. As condicionalidades do programa referentes à saúde da mãe e das crianças são a realização de pré-natal, o cumprimento do calendário nacional de vacinação e ao acompanhamento do estado nutricional (BRASIL, 2021).

Enquanto isso, a condicionalidade da pasta da educação é a exigência da frequência mínima das crianças que estão inseridas no programa seja, no mínimo, na pré-escola, de 60% dos 200 dias letivos anuais e, no ensino fundamental, 75% dos dias letivos. Atualmente, a frequência dos estudantes beneficiários do Programa Auxílio Brasil é registrada, bimestralmente, no Sistema Presença através do CPF e senha do diretor da unidade escolar frequentada pelas crianças integrantes do programa. As ausências superiores ao estipulado pela LDB devem ser justificadas através das opções apresentadas no sistema⁴. Mesmo as faltas por motivo de licença médica devem ser lançadas e sinalizadas com o código correspondente a afastamento médico.

Quanto à assistência social é necessário realizar a atualização cadastral sempre que ocorrer alteração de informações ou sempre que for solicitado por meio digital ou correspondência. Caso a família beneficiária não realize o recadastramento periódico ou não cumpra as condicionalidades previstas, ela sofrerá uma advertência. Em caso de reincidência, suspensão temporária e permanecendo no não cumprimento das condicionalidades pode ocorrer o desligamento do programa e a suspensão definitiva do pagamento do benefício. Esse programa intersetorial de transferência de renda é um exemplo de política social implementada pelo governo federal que no seu Art. 2º, Inciso III prevê sua execução por meio da integração e da articulação de políticas, de programas e de ações direcionadas ao desenvolvimento da primeira infância (BRASIL, 2021).

⁴ O Sistema Presença oferece 20 opções e diversas sub opções para determinar os motivos das ausências dos estudantes que podem variar desde problemas de saúde dos mesmos e familiares, morar longe da unidade escolar até desinteresse pelo estudo.

Outro programa intersetorial muito importante para a educação infantil do Brasil é o Programa Brasil Carinhoso, criado em 2012. Esse programa realizava a transferência automática de recursos financeiros do governo federal para os municípios custearem as despesas referentes à manutenção e desenvolvimento da educação infantil, além de contribuir com as ações de cuidado integral, segurança alimentar e nutricional, e de garantir o acesso e a permanência da criança na educação infantil. O Programa também fortalecia as políticas de saúde na primeira infância e se caracterizava como um programa de erradicação da extrema pobreza com distribuição de renda.

No ano de 2016 foi criado o Programa Criança Feliz, com o objetivo de apoiar e acompanhar o desenvolvimento infantil integral na primeira infância até os primeiros 6 anos da criança, contribuindo para o acesso da gestante, das crianças na primeira infância e de suas famílias às políticas e aos serviços públicos sociais que pudessem vir a necessitar. Atualmente, o Programa é regulamentado pelo Decreto Nº 9.579, de 22 de novembro de 2018, sendo coordenado pelo Ministério de Desenvolvimento Social e tem como objetivos

Art. 99. O Programa Criança Feliz tem os seguintes objetivos:

- I - promover o desenvolvimento humano a partir do apoio e do acompanhamento do desenvolvimento infantil integral na primeira infância;
 - II - apoiar a gestante e a família na preparação para o nascimento e nos cuidados perinatais;
 - III - colaborar no exercício da parentalidade, de modo a fortalecer os vínculos e o papel das famílias para o desempenho da função de cuidado, proteção e educação de crianças na faixa etária de até seis anos de idade;
 - IV - mediar o acesso da gestante, das crianças na primeira infância e das suas famílias a políticas e serviços públicos de que necessitem; e
 - V - integrar, ampliar e fortalecer ações de políticas públicas destinadas às gestantes, às crianças na primeira infância e às suas famílias.
- (BRASIL, 2018)

Para atingir os objetivos expostos acima o programa prevê a realização de formação continuada periódica dos profissionais que realizam visitas domiciliares para fortalecer a qualificação do atendimento aos beneficiários e dessa forma fortalecer ações intersetoriais, promovendo estudos e pesquisas acerca do desenvolvimento infantil integral. Ele deve ser implementado a partir da articulação entre as políticas de assistência social, saúde, educação, cultura, direitos humanos, direitos das crianças e dos adolescen-

tes. Mas, podem participar outras pastas dessa política intersetorial destinada às crianças até 6 anos (BRASIL, 2018).

Para Nunes, Corsino e Didonet (2011) “O atendimento à primeira infância diz respeito a um processo complexo. Ele envolve diferentes políticas e setores governamentais e não governamentais, tais como educação, saúde e nutrição, assistência social e proteção da criança” (2011, p.7). Nesse sentido, as políticas intersetoriais que agregam as áreas sociais representariam uma grande janela de oportunidade para redução das desigualdades sociais brasileiras (JUNQUEIRA, 2004). Bortot e Lara (2018) pesquisam as ações intersetoriais que tenham como público-alvo as crianças com idade para frequentar a educação Infantil e desenvolvidas pelos países da América Latina. Esse estudo defende que a

educação na primeira infância é uma oportunidade para se assegurar melhores resultados nas posteriores etapas educacionais, tendo em vista que uma experiência educativa bem-sucedida nos primeiros anos ocasiona importantes benefícios sociais, educativos e econômicos no futuro (BORTOT e LARA, 2018, p.129).

Em consonância com a ideia exposta anteriormente de um Estado como provedor de serviços públicos universais temos o Decreto Nº 6.286, de 5 de dezembro de 2007 que institui o Programa Saúde na Escola – PSE. O programa foi desenhado para ser uma ação entre os Ministérios da Educação e da Saúde com a “finalidade de contribuir para a formação integral dos estudantes da rede pública de educação básica por meio de ações de prevenção, promoção e atenção à saúde” (BRASIL, 2007).

A definição proposta pelo Ministério da Saúde para a apresentação do programa intersetorial chamado “Programa Saúde na Escola” trata a intersectorialidade como um “processo de articulação de saberes, potencialidades e experiências de sujeitos, grupos e setores na construção de intervenções compartilhadas, estabelecendo vínculos, corresponsabilidade e cogestão para objetivos comuns” (BRASIL, 2014). Esse programa federal é uma política pública a ser desenvolvida nos municípios, por isso, cada município deverá adaptar as diretrizes gerais à sua realidade local. Passemos agora a uma análise mais apurada sobre o referido programa.

3 O Programa Saúde na Escola

Em documentos internacionais tais como Relatório Lalonde⁵ de 1974, Carta de Ottawa⁶ 1986 e Escolas Promotoras de Saúde⁷ da Organização Panamericana de Saúde de 1996 existe a recomendação de ações intersetoriais para otimização de recursos e melhoria no atendimento à população no que se refere aos serviços públicos sociais (BARBIERI & NOMA, 2017, JUNQUEIRA, 2004). O Programa Saúde na Escola é uma das principais políticas intersetoriais de que dispomos atualmente. Nessa ação interministerial foram postulados objetivos, diretrizes e ações para serem desenvolvidas com os estudantes da rede pública a fim de garantir sua formação integral em todas as etapas da educação básica, ou seja, da Educação Infantil ao Ensino Médio.

3.1. O PSE Nacional: uma política pública intersetorial

Em 5 de dezembro de 2007 foi instituído, através do Decreto Nº 6.286, o Programa Saúde na Escola – PSE. O programa foi desenhado como uma ação articulada entre os Ministérios da Educação e da Saúde com a “finalidade de contribuir para a formação integral dos estudantes da rede pública de educação básica por meio de ações de prevenção, promoção e atenção à saúde” (BRASIL, 2007).

Conforme exposto no capítulo anterior, passamos por diversas concepções de saúde escolar até chegarmos ao modelo atual de escola como parte de uma rede promotora de saúde sob o ponto de vista do desenvolvimento integral. Nesse sentido, a Figura 1 apresenta um quadro síntese de todos os modelos vistos anteriormente:

⁵ Relatório em que propôs que intervenções da saúde pública deveriam dar ênfase em segmentos da população de maior vulnerabilidade e foi fundamental na identificação de desigualdades sanitárias.

⁶ Primeira conferência internacional sobre promoção de saúde.

⁷ Recomenda ações integradas entre a saúde e educação para garantir a formação integral da criança

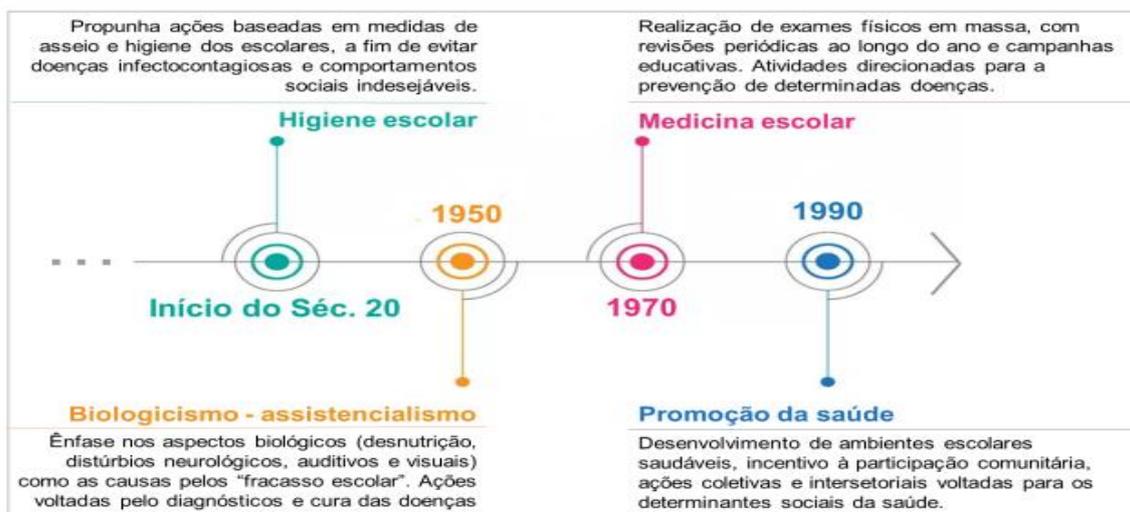


Figura 1 - Histórico das concepções de saúde escolar

Fonte: Ferolla, 2019 apud Andrade, 2015 p. 36

A proposição do PSE resulta de uma mudança de paradigma na área de saúde escolar a partir dos anos de 1990 e da necessidade de regulamentação da garantia dos direitos sociais, em particular da prioridade destacada aos direitos das crianças e adolescentes instituídos após o processo de redemocratização nacional e da primazia dos direitos sociais previstos na legislação (Constituição Federal de 1988, Estatuto da Criança e Adolescente de 1990, Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional de 1996, a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde – PNEPS de 2004 e a PNPS de 2006). Para tanto, as políticas intersetoriais assumem um papel chave por sua potência de alcance do cidadão nas mais variadas necessidades enquanto ser humano.

O decreto que institui o PSE estabelece os 7 objetivos do programa:

- I - promover a saúde e a cultura da paz, reforçando a prevenção de agravos à saúde, bem como fortalecer a relação entre as redes públicas de saúde e de educação;
- II - articular as ações do Sistema Único de Saúde - SUS às ações das redes de educação básica pública, de forma a ampliar o alcance e o impacto de suas ações relativas aos estudantes e suas famílias, otimizando a utilização dos espaços, equipamentos e recursos disponíveis;
- III - contribuir para a constituição de condições para a formação integral de educandos;
- IV - contribuir para a construção de sistema de atenção social, com foco na promoção da cidadania e nos direitos humanos;
- V - fortalecer o enfrentamento das vulnerabilidades, no campo da saúde, que possam comprometer o pleno desenvolvimento escolar;
- VI - promover a comunicação entre escolas e unidades de saúde, assegurando a troca de informações sobre as condições de saúde dos estudantes; e

VII - fortalecer a participação comunitária nas políticas de educação básica e saúde, nos três níveis de governo. (BRASIL, 2007)

O terceiro artigo do Decreto institui o PSE como estratégia de articulação entre ações e políticas de saúde e educação, apresenta as suas diretrizes e determina que a adesão ao programa deve ocorrer através de assinatura de termo de compromisso. Em seu quarto artigo o decreto define as ações de saúde que deverão ocorrer a partir dos princípios e diretrizes do SUS nas unidades escolares parceiras (piloto) que foram selecionadas para participar do programa, mas a partir de 2017, o programa passou a ser de adesão facultativa para municípios e estados. O Decreto determina que as ações⁸ serão realizadas pelas equipes da Saúde da Família – eSF⁹ em parceria com as unidades escolares participantes de seu território.

O quinto artigo estabelece as competências do Ministério da Educação (MEC) e do Ministério da Saúde (MS) para execução do PSE. Já o sexto artigo estabelece que o monitoramento e a avaliação do programa sejam realizados em conjunto por uma comissão interministerial do MEC e MS, enquanto o sétimo artigo trata das dotações orçamentárias complementares que são tratadas em portaria específica. No ano seguinte à criação do PSE foi expedida a Portaria MS/GM nº 1.861, de 4 de setembro de 2008 com a previsão de um financiamento capaz cobrir os encargos na área da saúde gerados pela implementação do PSE. Nesse momento, cabe ressaltar que mesmo sendo determinada a visita periódica das equipes de saúde da família nas unidades escolares que fossem pactuadas no momento da adesão ao PSE, o decreto não previu a ampliação do número de equipes e funcionários para garantir que as ações planejadas pudessem ser realizadas de forma rotineira, isto é, sem prejuízo aos demais atendimentos realizados pelas equi-

⁸ I - avaliação clínica; II - avaliação nutricional; III - promoção da alimentação saudável; IV - avaliação oftalmológica; V - avaliação da saúde e higiene bucal; VI - avaliação auditiva; VII - avaliação psicossocial; VIII - atualização e controle do calendário vacinal; IX - redução da morbimortalidade por acidentes e violências; X - prevenção e redução do consumo do álcool; XI - prevenção do uso de drogas; XII - promoção da saúde sexual e da saúde reprodutiva; XIII - controle do tabagismo e outros fatores de risco de câncer; XIV - educação permanente em saúde; XV - atividade física e saúde; XVI - promoção da cultura da prevenção no âmbito escolar; e XVII - inclusão das temáticas de educação em saúde no projeto político pedagógico das escolas (BRASIL, 2007).

⁹ eSF é uma equipe multiprofissional composta por, no mínimo: (I) médico generalista, ou especialista em Saúde da Família, ou médico de Família e Comunidade; (II) enfermeiro generalista ou especialista em Saúde da Família; (III) auxiliar ou técnico de enfermagem; e (IV) agentes comunitários de saúde. Podem ser acrescentados a essa composição os profissionais de Saúde Bucal: cirurgião-dentista generalista ou especialista em Saúde da Família, auxiliar e/ou técnico em Saúde Bucal (BRASIL, 2012).

pes da saúde nas Unidades Básicas de Saúde – UBS. O oitavo artigo prevê que é da competência do MEC e do MS coordenar a pactuação e a adesão dos estados, distrito federal e municípios no prazo de até 90 dias após sua publicação.

A redação do Decreto Nº 6.286, de 5 de dezembro de 2007 que estabelece a criação, objetivos, princípios e ações do PSE não foi alterada no período de 15 anos. Contudo, os critérios de adesão para os municípios e Distrito Federal, os critérios de financiamento do programa, o período do repasse dos recursos financeiros, assim como o período de duração do ciclo de adesão e as formas de registrar as ações realizadas foram alteradas diversas vezes.

Desde o “projeto piloto” de 2008 até a sua última grande mudança em 2017, é possível perceber que o modelo do PSE foi bastante alterado. As mudanças o transformaram praticamente, em um novo programa intersetorial, pois os critérios de adesão, a forma de calcular o repasse, as condicionalidades, a periodicidade da adesão ao programa, o recebimento de recursos e a forma de monitoramento das ações desenvolvidas pelos municípios são completamente diferentes da idealizada inicialmente, como detalhamos na sequência.

Mesmo que o Decreto federal não limitasse quantitativo, pelo contrário visava o desenvolvimento de todos os estudantes das escolas públicas. A Portaria MS/GM nº 1.861, de 4 de setembro de 2008 que estabelece os recursos financeiros para adesão ao PSE publica uma lista de municípios que estariam aptos a receber esses repasses. Ou seja, essa portaria limita a adesão 20 cidades por estado e impõe condicionalidades para sua adesão. O primeiro critério era que a cidade apresentar o Índice de Desenvolvimento da Educação Brasileira – IDEB igual ou menor de 2,69 nos anos iniciais de ensino fundamental. O segundo critério era ter cobertura de 100% da população pelas equipes de Saúde da Família. O terceiro e último critério era a participação das unidades que participavam do programa Mais Educação.

Em 2009 a elegibilidade permaneceu com os mesmos critérios de 2008 isto é apenas 20 cidades por estado e que contassem com 100% de cobertura pelo atendimento das equipes da Saúde da Família, mas o IDEB foi elevado para 3,10 ou menor e para o ano de 2010 o IDEB passou para 4,50 ou menor. Nos anos de 2011 e 2012 os critérios de adesão continuaram os mesmos de 2010. Em 2013, a adesão passa a ser facultativa a todos os municípios e dessa forma não delimita o número máximo de cidades partici-

pantes, a necessidade da cobertura total de eSF, nem ao desempenho escolar dos estudantes.

Ferolla (2019) acredita que esse grande volume de alterações pode dificultar a compreensão da lógica do programa por parte dos agentes implementadores, atrapalhar a avaliação e monitoramento do programa, assim como confundir e dificultar o repasse dos recursos financeiros para os entes que já participavam do PSE, dificultando ainda a realização de uma análise longitudinal sobre o programa e seus resultados.

Atualmente o modelo de adesão, monitoramento e financiamento é representado na Figura 2 a seguir:

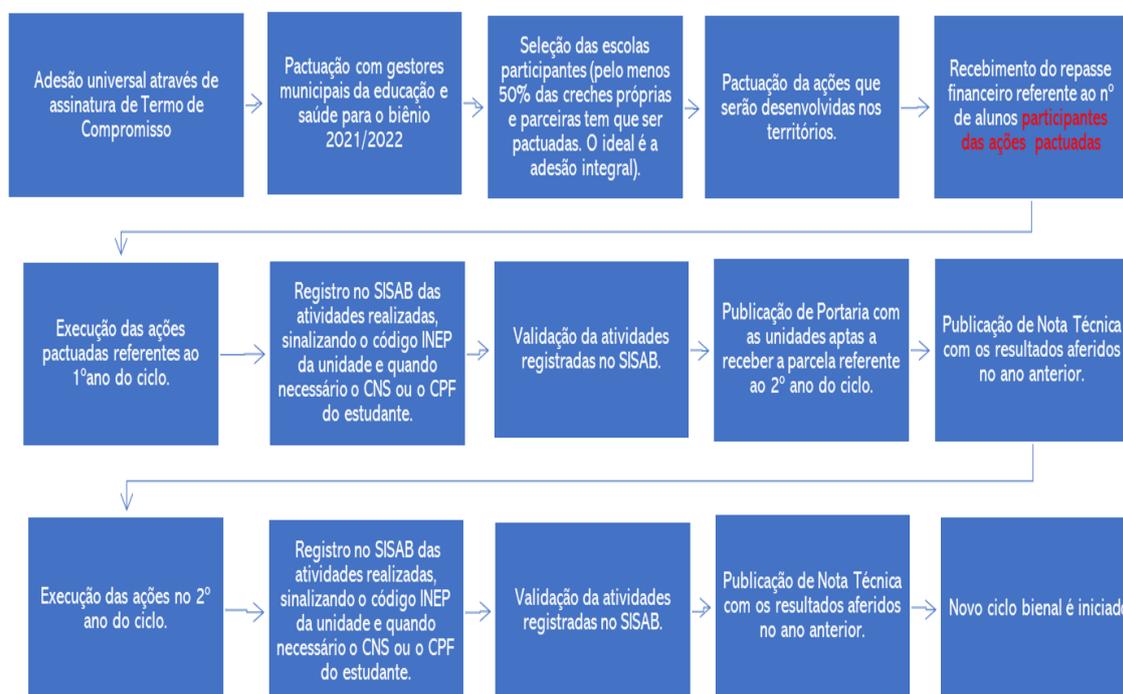


Figura 2 - Modelo de adesão, monitoramento e financiamento do PSE

Fonte: elaborado pelo autor

A legislação apresentada sobre o PSE dispõe sobre um programa intersetorial estruturado, com objetivos e mecanismos para alcançar esses objetivos. No entanto, apesar da previsão de instrumentos de avaliação e monitoramento, ao realizarmos buscas em plataformas¹⁰ de pesquisa acadêmica não encontramos estudos acadêmicos com resultados robustos sobre a eficácia do programa, que em 2022 completou 15 anos de existên-

¹⁰ Site da SciELO, Periódicos da CAPES e Banco de Teses e Dissertações da CAPES.

cia. Por essa razão posteriormente será descrito de que maneira ocorre o monitoramento das ações que possibilitam repasses de recursos financeiros para os municípios pactuados.

Na revisão de literatura encontramos poucos trabalhos científicos que evidenciassem os benefícios e desafios desse programa intersetorial sob o ponto de vista da área da Educação entre 2017 e 2022. Esse período é interessante em decorrência da modificação no processo de adesão ao programa e a mudança na forma de monitoramento das ações realizadas. Outro motivo importante da delimitação de um período foi a exequibilidade desta pesquisa no prazo disponível para conclusão do curso de mestrado.

Enquanto existem poucas pesquisas sobre o tema na área da educação, foram encontrados mais de 200 trabalhos sobre esse objeto na área da saúde. Essa lacuna de estudos no campo educacional nos motivaram a pesquisar o PSE.

A partir do ano de 2017 a adesão dos entes federados ao PSE ocorre a cada período de 2 anos e 5422 municípios assinaram o termo de adesão para o biênio 2021/2022, ou seja, 97,34% dos municípios brasileiros fazem parte do PSE¹¹. Por isso, em razão da amplitude de sua adesão, o PSE pode ser considerado o maior programa de promoção de saúde pública de estudantes da educação básica do Brasil (SOUSA, ESPERIDIÃO & MEDINA, 2017).

Cabe ao Governo estadual participar da gestão do PSE, por meio do Grupo de Trabalho Intersetorial Estadual (GTI-E), realizando um trabalho de apoio institucional e mobilização. Dentro de cada realidade haverá níveis maior ou menor interlocução com a esfera estadual, visto que é autorizado aos municípios efetivarem sua adesão, gestão e a execução do Programa independente da articulação com o GTI-E. Essa margem discricionária possibilita diversos graus de implementação e integração entres os entes pactuados em nível local, regional e nacional.

O financiamento das ações é regulamentado pela Portaria Interministerial Nº 1.055, de 25 de abril de 2017. Essa portaria estabelece os valores que serão recebidos em função do quantitativo de estudantes matriculados na rede pública de ensino que forem inscritos no programa e após a validação das ações que foram devidamente regis-

¹¹ Fonte: <https://sisaps.saude.gov.br/pse/relatorio>

tradas no Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica – SISAB. O art. 12 da referida Portaria dispõe que

Fica instituído o incentivo financeiro de custeio às ações no âmbito do PSE, que será repassado fundo a fundo, anualmente, em parcela única, por intermédio e às expensas do MS, por meio do Piso Variável da Atenção Básica - PAB Variável, em virtude da adesão do Distrito Federal e dos municípios ao PSE, no valor de R\$ 5.676,00 (cinco mil seiscentos e setenta e seis reais), para o Distrito Federal e municípios com 1 (um) a 600 (seiscentos) educandos inscritos.

§ 1º O Distrito Federal e municípios terão o valor do incentivo financeiro de custeio de que trata o caput acrescido de R\$ 1.000,00 (mil reais) a cada intervalo entre 1 (um) e 800 (oitocentos) educandos inscritos que superarem o número de 600 (seiscentos).

§ 2º O cálculo do incentivo financeiro do segundo ano do ciclo do PSE a ser repassado para o Distrito Federal e municípios levará em conta a realização das ações pactuadas na adesão e monitoradas pelo MS. (BRASIL, 2017)

Conforme a portaria acima, cada município que aderiu ao PSE fará jus a um repasse de acordo com a quantidade de estudantes inscritos que possui e se executar as ações previamente estabelecidas no termo de adesão terá direito a um novo repasse no ano subsequente. Por isso, municípios com grande número de crianças matriculadas, que optem por pactuar o total de seus estudantes, poderão receber mais recursos para realizar atividades integradas entre a escola e suas equipes de Saúde da Família (eSF) com a possibilidade de ampliar o repasse posteriormente, desde que registrem no sistema (SISAB) a realização das ações pactuadas.

Embora o programa proponha uma articulação entre saúde e educação, seu desenho, registro de ações, políticas de monitoramento e avaliação são concentradas em um sistema exclusivo da saúde: o SISAB. Até 2017 as ações referentes ao programa eram lançadas de forma conjunta, ou seja, as eSF e escolas recebiam senhas para registrar no SIMEC (Sistema Integrado de Monitoramento Execução e Controle) as ações realizadas referente ao PSE (BRASIL 2013).

No ano de 2017, após a Portaria Interministerial Nº 1.055/2017, os lançamentos das ações realizadas, tanto pela educação quanto pela saúde, passaram a ser registrados apenas no SISAB, sendo competência do gestor da saúde alimentar o sistema com os dados das atividades, observando o tipo de ação e as informações necessárias para validação do código do INEP da unidade, o público-alvo, o CPF ou o número do cartão do SUS dependendo do tipo de ação desenvolvida em parceria (BRASIL, 2021). Esse ce-

nário reforça a necessidade de investigar a participação da educação no programa e em que medida ela está como área integrante da articulação ou tão somente como área de aplicação de políticas de saúde (SOUSA, ESPERIDIÃO & MEDINA, 2017, KUSANO, 2019; LODEYRO, 2019).

3.2.

O que dizem as pesquisas sobre a implementação do PSE

Alguns estudos internacionais como o Relatório Coleman nos Estados Unidos (1966) e o Plowden Report em (1967) na Inglaterra apresentaram dados estatísticos robustos que comprovaram a forte associação entre o desempenho escolar dos estudantes e sua origem social. Também no Brasil, inspiradas nesses resultados, foram realizadas diversas pesquisas com análise dos resultados de avaliações de larga escala que confirmaram que fatores externos a escola poderiam explicar o desempenho escolar dos estudantes (ERNICA & RODRIGUES, 2020; RIBEIRO & VÓVIO, 2017; BONAMINO *et al.*, 2010; ERNICA & BATISTA, 2012).

Nessas pesquisas podemos perceber que fatores externos interferem nas oportunidades escolares de forma positiva ou negativa. Esses estudos mostram que, geralmente, os estudantes pretos e pobres, moradores de territórios mais vulneráveis e com pouca oferta de serviços como saúde, educação, segurança, cultura e lazer possuem desempenho inferior quando comparados com os demais.

Através da revisão de literatura buscamos contextualizar e localizar os conceitos e pesquisas realizadas sobre a implementação, execução e a avaliação de políticas sociais intersetoriais na educação, saúde e assistência social nas principais plataformas digitais de pesquisa. Nesta revisão inicial, foram utilizados 5 descritores (Programa Saúde na Escola, “Implementação E Programa Saúde na Escola”, “Intersetorialidade E Educação Infantil”, “Intersetorialidade E Políticas Educacionais” e “Intersetorialidade E Políticas Públicas” nos portais de periódicos da CAPES, SciELO e no Catálogo de Teses Dissertações da CAPES. No total foram encontrados 10.310 artigos, teses e dissertações. Utilizando como filtro o período de 2017 até 2022 (marco temporal onde houve a mudança na legislação do PSE que alterou a forma de adesão pelos municípios) e como área de concentração a Educação o total foi reduzido para 230 trabalhos. Ainda assim foram percebidas duplicidades entre os artigos em decorrência do compartilhamento de

bases ou por se tratar de versões dos mesmos textos em outras línguas. Após a leitura dos títulos, resumos e conclusões foi possível constatar que algumas pesquisas não contribuiriam para construção da revisão de literatura em função da sua inadequação aos objetivos desta pesquisa e/ou sua publicação em diversas línguas. Sendo assim, obtivemos como resultado 48 pesquisas mais próximas ao nosso objeto de estudo. A seguir apresentaremos e comentaremos os principais resultados das 48 pesquisas resultantes do levantamento realizado

Foi utilizado primeiramente o descritor “Programa Saúde na Escola” nas 3 plataformas (Site da SciELO, Periódicos da CAPES e Banco de Teses e Dissertações da CAPES) para analisar a produção acadêmica sobre o tema e procurar trabalhos que poderiam subsidiar a construção do arcabouço conceitual para o delineamento do objeto e das questões de pesquisa, identificando referências para a análise, conhecimentos já consolidados no campo e lacunas a investigar. Como é um descritor que nomeia o programa, foi feito um recorte de trabalhos publicados nos últimos cinco anos na área da educação, alcançando desta forma 13 trabalhos sobre o tema.

Em seguida, os descritores “Implementação” E “Programa Saúde na Escola” foram usados para fazer um levantamento dos trabalhos que exploravam a relação da implementação da política no contexto das diversas áreas que compõem o PSE como serviço social, saúde pública e educação. Para estes descritores, também foram considerados apenas os trabalhos publicados no período de 2017 até 2022, sendo então destacados 7 trabalhos.

Durante o levantamento foram encontradas produções sobre a implementação do PSE nas mais diversas perspectivas. Foram encontrados trabalhos sobre o resultado da implementação do PSE em apenas uma instituição (KUSANO, 2019; LODEYRO, 2019) e suas experiências particulares, porém com resultados semelhantes. Kusano (2019) apresenta a implementação do Programa Saúde na Escola dentro de uma escola no Distrito Federal. O estudo realiza entrevistas e análise de documentos e chega à conclusão de que naquela unidade os agentes implementadores reconhecem a importância do programa para os estudantes, mas as ações ficam restritas ao espaço escolar, ou seja, a equipe comparece e realiza uma atividade muitas vezes improvisada, sem relação com as necessidades das crianças. Além disso, existe sobrecarga de trabalho na equipe da

saúde, há poucos recursos (LIPSKY, 2019) e muitos problemas de comunicação entre as equipes da escola e da saúde.

Já Lodeyro (2019) pesquisa uma unidade escolar na região metropolitana de Porto Alegre, no Rio Grande do Sul, na qual realiza entrevistas semiestruturadas com 3 professores e uma enfermeira da unidade participante do PSE, além de análise de documentos. A pesquisa conclui que existem apenas ações isoladas, sem planejamento integrado, sem formação para os professores e com protagonismo da equipe da saúde, sinalizando ainda que faltam recursos materiais e humanos. Ainda assim foi possível perceber grande potencial na execução da política em razão da boa vontade dos agentes implementadores, embora não tenha sido possível mensurar a efetividade do programa na vida das crianças daquela unidade escolar.

Outros estudos versavam sobre a implementação do programa em redes municipais (OLINI 2020; FONTENELE, 2017; MUÑOZ, 2019, SEVERO, 2020). Muñoz (2019), pesquisa a implementação do PSE em uma cidade do interior do estado de São Paulo e se vale de entrevistas semiestruturadas com 16 profissionais da educação e da saúde, além de análise documental para realizar seu estudo. Ele conclui que mais uma vez existe um protagonismo das equipes da saúde, que possuem uma programação prévia para ser executada, e as escolas se mostram muito receptivas e interessadas na execução do programa. Nesse estudo os índices de vacinação e participação foram considerados satisfatórios e tanto os agentes da saúde, como os da educação percebem melhoras nas condições de saúde dos estudantes. No entanto, mais uma vez recomenda-se que sejam realizadas formações conjuntas entre as equipes da área da saúde e da educação para maior integração com vistas à manutenção dos resultados satisfatórios.

Já Fontenele (2017) apresenta uma análise da implementação, execução, monitoramento e avaliação do programa no município do Rio de Janeiro. A pesquisa mostrou que os fatores que podem comprometer o sucesso do programa são: a falta de recursos financeiros e humanos, baixa capacitação das equipes de saúde da família e dos profissionais da educação e ausência de padronização no processo de avaliação pois existe padrão do monitoramento e validação das ações. Contudo, não foi estabelecido como avaliar a efetividade do programa para os estudantes que participaram de suas ações. Sendo apenas possível, aferir o número e tipo de ações realizadas e registradas no sistema.

Da mesma forma, Olini (2020) pesquisa sobre a implementação de um programa intersetorial, na cidade de Campinas chamado de o PIC – Primeira Infância Campineira. Nesse caso o público-alvo é a Educação Infantil e a conclusão do estudo é que a qualidade do atendimento pode ser melhorada uma vez que na EI é mais evidente o conceito de indissociabilidade do cuidar e educar. Por isso, segundo o estudo, com a devida implementação e execução dos programas intersetoriais a formação do estudante seria mais completa, adequada e democrática. Esse resultado corrobora estudos que atribuem às políticas intersetoriais um potencial importante de efetividade no combate à pobreza em territórios vulneráveis (ERNICA & RODRIGUES, 2020; RIBEIRO & VÓVIO, 2017; JUNQUEIRA 2004).

Encontramos também pesquisas que analisam a implementação e execução do programa a partir das percepções dos enfermeiros, agentes de saúde (LOTTA, 2014), merendeiras, professores, ou seja, burocratas de nível de rua (SANTOS, 2017), gestores locais (SILVA, 2016) e burocratas de médio escalão (GONÇALVES, 2018). Nesses estudos são observadas as percepções dos agentes, suas dificuldades e expectativas para o sucesso do PSE. Essas pesquisas também reforçam a necessidade de oferta de treinamento e formação para as equipes, criticando a sobrecarga de trabalhos e dificuldades no planejamento integrado entre os participantes da execução da política (GOMES, 2019). Além disso, indicam que uma das possibilidades que podem explicar a falta de articulação das equipes da saúde e da educação – e a consequente dificuldade de planejamento integrado - seria a alta rotatividade de agentes, principalmente nas equipes da saúde, mas que eventualmente também ocorrem na educação, em função de contratos temporários ou possibilidades de ir para uma unidade mais próxima da residência ou fora de áreas conflagradas.

A revisão bibliográfica inicialmente realizada permitiu inferir que o PSE é percebido de maneira plural. Uma das pesquisas encontradas, inclusive, se posiciona contra a implementação do PSE por considerá-la uma forma de relativização da contribuição da educação para a superação das desigualdades sociais (BORTOLANZA, 2020). Nessa pesquisa considera-se que a função primeira da educação que é ensinar ficaria preterida em razão das demandas de outras áreas, uma vez que as ações são realizadas nas escolas dentro do horário escolar, reduzindo o tempo de ensino-aprendizagem dos estudantes mais pobres e vulneráveis, que já se encontram em desvantagem no acesso aos serviços

educacionais. Segundo a autora esta seria uma maneira velada de manter e ampliar as condições desfavoráveis daquela população já tão prejudicada.

Por fim, foram utilizados os descritores “Intersetorialidade E Políticas Públicas”, “Intersetorialidade E Políticas educacionais” e “Intersetorialidade E Educação Infantil” para ampliar os estudos sobre a influência e contribuição que as ações intersetoriais teriam sobre os estudantes da Educação Infantil. Com esses descritores foram selecionadas 28 pesquisas para o estudo inicial. Dentre essas pesquisas destacam-se as produções de Lima e Lima (2020), que apresenta a intersetorialidade das políticas públicas de saúde como instrumentos de transformação das cidades em locais mais saudáveis ao invés de desenvolver hábitos saudáveis coletivos ou individuais, bem como Nogueira e Forte (2019), que tratam dos efeitos da intersetorialidade na redução da pobreza, desenvolvimento de municípios do estado do Ceará e como as características da população podem influenciar na efetividade das políticas a serem implementadas.

Yannoulas e Girolami (2017) apresentam uma comparação entre as demandas e os serviços educacionais prestados pelo governo brasileiro e argentino em razão da universalização do direito à educação, pobreza do alunado e da necessidade de associar os serviços sociais nos sistemas educacionais dos dois países. Cruz, Martins e Cruz (2022) tratam da necessidade de um planejamento e integração intersetorial entre as secretarias da saúde, educação e assistência social para garantir que a criança público-alvo da Educação Infantil seja prioridade nas políticas de retorno presencial no contexto de pandemia, através da responsabilização repartida entre os integrantes dessa rede intersetorial pela manutenção da segurança das crianças, profissionais e familiares.

Após essa revisão de literatura podemos estabelecer a relevância da pesquisa proposta por alguns motivos. O primeiro deles é a pouca literatura encontrada sobre programas intersetoriais com foco na educação e em especial para Educação Infantil. O segundo aspecto é que esta etapa, em razão da faixa etária dos seus estudantes, já prevê e incentiva um atendimento integral com apoio de outros parceiros para garantia de um desenvolvimento global dos estudantes. O terceiro motivo é a possibilidade de maximizar a efetividade das políticas públicas e ampliar a qualidade dos serviços prestados. A quarta razão é a constatação que muitas comunidades vulneráveis só possuem a escola como aparelho público de referência em seu território e diversas ações intersetoriais que promovam a redução das desigualdades de oportunidades poderiam acessar esses terri-

tórios através do aparelho escolar. A quinta razão seriam os estudos que atribuem ao acesso em escolas de qualidade, assim como na indissociabilidade do educar/cuidar na Educação Infantil a um efeito positivo no desempenho escolar dos seus discentes e contribuem para a redução das desigualdades de oportunidades escolares, especialmente, para estudantes de níveis socioeconômicos menos favorecidos e que moram em territórios de maior vulnerabilidade social. O último motivo seria a necessidade de reduzirmos as desigualdades no acesso a políticas sociais. Com atenção especial as que possibilitam a quebra do paradigma (re)produtor de desigualdades na prestação dos serviços públicos. Por tudo trazido acima é que escolhemos como objeto de pesquisa o PSE.

Ao tratarmos sobre o PSE vimos que a implementação de uma política pública intersetorial tem o potencial de trazer benefícios para o desenvolvimento integral das crianças. Nessa perspectiva passaremos a analisar o PSE Carioca, uma política interseccional implementada no município do Rio de Janeiro.

3.3.

As peculiaridades do PSE no município do Rio de Janeiro

A escolha desse município para a realização dessa pesquisa se deu em razão da dimensão da rede municipal de ensino, a maior rede municipal da América Latina em número de escolas (1.546 escolas municipais). Além disso, tendo sido capital federal e onde começaram os movimentos de saúde escolar no Brasil, trata-se de um ente federativo com uma infraestrutura ampla em clínicas de família e unidades de saúde. Por fim, a escolha desse local para a pesquisa se deu em razão da relação mais próxima com a execução do Programa em decorrência de minha atuação enquanto gestor municipal em uma escola pública.

Oliveira (2007) aconselha que durante o processo de escolha do objeto a ser pesquisado, deve ser levado em conta sua familiaridade ou interesse no assunto e, por este motivo, “É preciso gostar do tema.” (p. 46), ter relação com nossa vida e que sintamos prazer em estudar tal assunto ao mesmo tempo em que desenvolvemos novos conhecimentos. Booth, Colomb e Willians (2008) também recomendam que o objeto de estudo seja referente a uma área de interesse do pesquisador pois nada contribuirá mais para qualidade do trabalho acadêmico do que saber que vale a pena desenvolvê-lo. Oliveira (2007) adverte, entretanto, que o pesquisador “deve manter-se distante de suas emoções

durante a construção do conhecimento e precisa evitar o ‘achismo’ para não interferir nos resultados da pesquisa” (p. 35), ou seja, é preciso manter o distanciamento científico e evitar o uso da subjetividade. Esse distanciamento foi observado ao longo da pesquisa que culmina nessa dissertação.

Pesquisar a implementação, execução, monitoramento e avaliação do PSE Carioca no município do Rio de Janeiro se justifica porque para o desenvolvimento de uma política pública como o PSE é importante contar com uma fonte de financiamento. Conforme visto no capítulo anterior, a regulamentação do Programa diz que o repasse de verbas depende da comprovação da realização das ações no SISAB.

O município do Rio de Janeiro recebeu o valor de R\$ 846.676,00 para execução do referido programa, como primeira parcela de repasse de verba referente ao biênio 2017/2018. Nesse ciclo foram pactuados 673.020 estudantes e, conforme publicação da Portaria N.º 3.662 de 14 de novembro de 2018, o município deixou de ser elegível para receber a segunda parcela de mesmo valor em decorrência da falta de registro adequado das ações realizadas especialmente a falta do código INEP das escolas e/ou do CPF ou Carteira Nacional de Saúde dos estudantes que participaram das atividades coletivas.

Soma-se o fato de tratar-se de um município que convive com grande desigualdade social e territórios conflagrados que restringem a circulação de pessoas e serviços públicos, locais esses onde, frequentemente, o único aparelho estatal é a escola, sendo a oferta deste serviço público uma porta importante de entrada para promoção em saúde e cidadania. Segundo Ernica e Batista (2012) as escolas são os equipamentos que se fazem presentes de forma mais capilar e distribuída pelas cidades. A efetivação de um programa intersetorial como o PSE Carioca seria de grande relevância não só para os estudantes, mas também para todas as famílias afetadas por esta política pública.

O PSE busca o fortalecimento das articulações entre as Unidades Escolares e as Unidades Básicas de Saúde que atuam dentro da mesma abrangência territorial com o objetivo de “ampliar o alcance e o impacto de suas ações relativas aos estudantes e suas famílias, otimizando a utilização dos espaços, equipamentos e recursos disponíveis” (BRASIL, 2007). Uma diretriz prevista no programa é a descentralização de sua implementação e o respeito à autonomia federativa. A partir dessa premissa é possível que os entes federados possam acrescentar outros parceiros para implementação, execução, monitoramento e avaliação do PSE no nível local com objetivo de somar esforços para

o combate às vulnerabilidades encontradas no território que possam ameaçar o desenvolvimento pleno das crianças.

Utilizando a prerrogativa discricionária prevista no escopo do programa, o governo municipal do Rio de Janeiro alterou o modelo original e determinou que, na cidade, o programa fosse desenvolvido em conjunto pela Secretaria Municipal da Saúde – SMS, Secretaria Municipal de Educação – SME e Secretaria Municipal de Assistência Social. Através da Resolução Conjunta SEGOV/SMS/SME/SMDs Nº 01 de 06 de fevereiro de 2015 o programa passa a se denominar Programa Saúde na Escola Carioca – PSE Carioca com o objetivo geral de conjugar esforços visando à proteção social, promoção e atenção à saúde integral, assim como à prevenção das doenças e agravos relacionados à saúde da comunidade escolar.

No documento norteador do PSE Carioca foi descrito o objetivo geral acima e sete objetivos específicos para o desenvolvimento das ações, quais sejam:

- Promover a saúde e a cultura da paz, reforçando a prevenção de agravos à saúde, bem como fortalecendo a relação entre as redes públicas de saúde, educação e desenvolvimento social;
- Articular as ações do Sistema Único de Saúde (SUS) às ações das redes de educação básica públicas, de forma a ampliar o alcance e o impacto dessas ações; junto aos alunos e suas famílias, otimizando a utilização dos espaços, equipamentos e recursos disponíveis;
- Contribuir para a oferta de condições favoráveis à formação integral dos alunos;
- Contribuir para a organização de um sistema de atenção social, com foco na promoção da cidadania e no respeito aos direitos humanos;
- Fortalecer o enfrentamento das vulnerabilidades, no campo da saúde, que possam comprometer o pleno desenvolvimento do aluno;
- Promover a comunicação entre as escolas e as unidades de saúde, assegurando a troca de informações acerca das condições de saúde dos estudantes;
- Incentivar e fortalecer a participação da comunidade na discussão e elaboração de políticas voltadas para a educação básica, para a saúde e para o desenvolvimento social. (RIO DE JANEIRO, 2015)

Tanto os objetivos gerais como os objetivos específicos são trazidos como diretrizes para todos os integrantes do programa intersetorial em questão. No entanto, não se explicita qual o conceito de intersetorialidade a ser utilizado, embora o texto defenda que o PSE Carioca é uma estratégia para “a integração e a articulação permanentes entre as políticas públicas e as ações de educação, de saúde e de desenvolvimento social, com a efetiva participação da comunidade escolar, com vistas ao fortalecimento das ações de

promoção de saúde nas escolas” (RIO DE JANEIRO, 2015). Por ser uma política pública municipal, todas as unidades de saúde, de educação e de assistência social obrigatoriamente fazem parte do PSE Carioca conforme determinação da Resolução Conjunta SEGOV/SMS/SME/SMDS N° 01 de 06 de fevereiro de 2015.

Para o desenvolvimento das ações do componente I, temos a atuação da Rede de Atenção Primária em Saúde do Município do Rio de Janeiro. Tendo em vista a expansão da Rede de Atenção Primária à Saúde com a Estratégia de Saúde da Família (ESF), entende-se que o momento é oportuno para o fortalecimento do PSE Carioca. Atualmente, a Rede de Atenção Primária conta com 236 (duzentos e trinta e seis) unidades. Desse modo, o atendimento à comunidade escolar fica garantido por meio da Rede de Atenção Primária à Saúde, responsável pela coordenação do cuidado de seus usuários, assim como pela Rede de Atenção Especializada e Hospitalar de referência.

A Rede Pública Municipal de Ensino conta, atualmente, com 1 457 (mil quatrocentos e cinquenta e sete) Unidades Escolares, atendendo à Educação Infantil, ao Ensino Fundamental, à Educação de Jovens e Adultos e à Educação Especial.

No âmbito da SMDS, serão asseguradas as proteções afiançadas pela política de assistência social, por meio de serviços, programas, projetos e acesso a benefícios sociais, tais como Bolsa Família e Cartão Família Carioca, e demais ações voltadas para os direitos à cidadania dos alunos e seus familiares.

A cidade do Rio de Janeiro é a segunda maior metrópole do Brasil e a sexta da América Latina. Na estrutura da Prefeitura do Rio de Janeiro, a Secretaria Municipal de Saúde possui 697 unidades que atendem ao Sistema Único de Saúde – SUS, das quais 504 são municipais. Do total de unidades municipais, 236 são Unidades Básicas de Saúde – UBS e possuem natureza pública (106 Centros Municipais de Saúde, 127 Clínicas da Família e 3 Centros de Saúde Escola).

Ressalte-se que a UBS é uma unidade de menor porte e responsáveis pelas ações mais simples e de acompanhamento de rotina, que devem possuir equipes para realizar os atendimentos referentes ao Programa Saúde da Família. Os hospitais por serem de maior porte podem ser acionados para questões específicas de forma eletiva ou emergencial (cirurgias ou atendimentos mais complexos), mas não possuem em sua estrutura organizacional a composição de equipes para participar das visitas previstas no escopo do programa PSE Carioca.

Também é importante diferenciar as competências de uma Clínica da Família e um Centro Municipal de Saúde. Ambos possuem como características o atendimento primário de saúde, isto é, são responsáveis por realizar procedimentos mais simples e rotineiros¹². Contudo, a diferença entre a Clínica da Família e o Centro Municipal de Saúde¹³ é que a primeira possui setores específicos, como por exemplo, Seções de Atenção Primária da Mulher, Criança e Adolescente, Seção de Atenção Integral ao Adulto, Setor de Odontologia, Enfermagem, Serviço de Vigilância em Saúde etc. Além disso, na esfera administrativa enquanto a Clínica da Família é gerida por um Gerente que é contratado através do regime CLT através de Organizações Sociais – OS conveniadas com o Poder Municipal. Já o Centro Municipal de Saúde é gerido por um Diretor III, ou seja, por um funcionário público com regime de trabalho estatutário.

Já a Secretaria Municipal de Educação, atualmente, conta com um público-alvo de 634.007¹⁴ estudantes que frequentam 1.546 unidades escolares distribuídas em 11 Coordenadorias Regionais de Educação – CREs. Na tabela a seguir estão distribuídas as unidades por coordenadoria e número de alunos de cada Coordenadoria:

¹² Visitas domiciliares; serviços de saúde bucal; vacinação; desenvolvimento das ações de controle da dengue e outros riscos ambientais em saúde; consultas de pré-natal e puerpério; acolhimento mãe-bebê após alta na maternidade; rastreamento de câncer de colo uterino (preventivo) e câncer de mama; realizar exames como Raio-X, eletrocardiograma, laboratoriais e ultrassonografia, fazer curativos; ações de planejamento familiar; teste do pezinho, teste do reflexo vermelho e da orelhinha; teste rápido de sífilis e HIV; teste rápido de gravidez, Programa Academia Carioca, controle do tabagismo; prevenção, tratamento e acompanhamento das DTS e HIV; acompanhamento de doenças crônicas; identificação, tratamento e acompanhamento da tuberculose; identificação, tratamento e acompanhamento da hanseníase e ações de promoção da saúde e proteção social na comunidade.

¹³ O CMS pode inclusive possuir uma Clínica da Família em sua estrutura, mas o inverso não é possível.

¹⁴ Fonte: <https://educacao.prefeitura.rio/educacao-em-numeros/> e não consideram os estudantes matriculados nas creches parceiras. Esse quantitativo não participa do programa por não serem considerados estudantes da rede pública.

CRE	Unidades Escolares	Estudantes
1ª	97	30.988
2ª	153	43.925
3ª	135	51.500
4ª	166	65.457
5ª	130	52.758
6ª	114	42.352
7ª	180	89.540
8ª	188	73.354
9ª	165	73.457
10ª	197	94.823
11ª	43	15.454
CREJA¹⁵	1	399
Total	1569¹⁶	634.007

Tabela 2 - Quantitativo de estudantes por CRE

Fonte: elaborado pelo autor a partir de dados da Secretaria Municipal de Educação

A tabela 2 mostra que os critérios para divisões por Coordenadorias Regionais não têm qualquer relação com o quantitativo de estudantes atendidos, uma vez que atende meramente a critérios políticos e de regiões administrativas do município. Em relação a 1ª etapa da educação básica, a rede pública municipal conta com 536 unidades escolares exclusivas para Educação Infantil, 549 unidades exclusivas de Ensino Fundamental, 4 unidades para atender apenas Educação Especial e 3 unidades específicas para a Educação de Jovens e Adultos – EJA. As outras 451 unidades atendem mais de uma etapa ou modalidade de ensino. São 144.206 crianças de seis meses até 6 anos¹⁷ frequentando a Educação Infantil, 445.560 estudantes frequentam do 1º ao 9º ano do Ensino Fundamental e 21.904 estudantes na Educação de Jovens e Adultos.

Já a Secretaria Municipal de Assistência Social possui 47 Centros de Referência de Assistência Social – CRAS para atender toda a cidade e ficam divididos em 10 Coordenadorias de Assistências Social – CAS. Essa secretaria fica responsável pela oferta de serviços, programas e benefícios socioassistenciais de proteção social básica no município do Rio de Janeiro ofertados no âmbito do SUAS – Sistema Único de Assistência Social. Dentro dos seus quadros existem 1354 de servidores concursados (37,14%) e 2292 co-

¹⁵ CREJA – Centro de Referência de Educação de Jovens e Adultos. A SME apresenta o CREJA fora do escopo das CREs.

¹⁶ É importante ressaltar a divergência entre o quantitativo de escolas descrito no site da Secretaria Municipal de Educação e o total de escolas constante em outra tabela dentro do mesmo site. Por isso, não fica claro se essa diferença entre o quantitativo de escolas (ora dito como 1546 escolas, ora com 1569 escolas) se refere a unidades em construção, em obras, interditadas ou se o site está com algum tipo de duplicidade.

¹⁷ Utilizamos essa idade pois os estudantes da Pré-escola II poderão ter seis anos no fim do ano letivo em razão da data de corte ser 31 de março do ano letivo.

laboradores contratados (62,86%), situação que, como a própria pasta reconhece, “vêm se constituindo em um grave problema para continuidade das ações e em relação à educação continuada e qualificação dos profissionais, devido à intensa rotatividade desse conjunto de trabalhadores.” (RIO DE JANEIRO, 2018, p. 132).

No esforço de integrar a saúde, a educação e a assistência social foram criados os Núcleos de Saúde na Escola e na Creche (NSEC), constituídos por representantes das Coordenadorias de Áreas de Planejamento (CAP) da SMS, das Coordenadorias Regionais de Educação (CRE) da SME e das Coordenadorias de Desenvolvimento Social (CDS) da SMDS, conforme organização descrita no quadro a seguir:

NSEC	CAP	CRE	CAS
NSEC 1	CAP 1.0	1ª CRE	1ª CAS
NSEC 2	CAP 2.1	2ª CRE	2ª CAS
	CAP 2.2		
NSEC 3	CAP 3.2	1ª CRE	3ª CAS
		3ª CRE	
		5ª CRE	
NSEC 4	CAP 3.1	1ª CRE	4ª CAS
		3ª CRE	
		4ª CRE	
		11ª CRE	
NSEC 5	CAP 3.3	5ª CRE	5ª CAS
NSEC 6		6ª CRE	6ª CAS
		8ª CRE	
NSEC 7	CAP 4.0	7ª CRE	7ª CAS
NSEC 8	CAP 5.1	8ª CRE	8ª CAS
NSEC 9	CAP 5.2	9ª CRE	9ª CAS
NSEC 10	CAP 5.3	10ª CRE	10ª CAS

Quadro 1 - Divisão dos NSEC e suas regiões correspondentes.

Fonte: Resolução Conjunta SEGOV/SMS/SME/SMDS Nº 01 de 06 de fevereiro de 2015

É importante perceber que essa estrutura organizacional do PSE Carioca apresenta diferentes limites regionais entre as secretarias e por isso teremos núcleos (NSEC) com estruturas mais ou menos complexas. Por exemplo, os NSEC 7, 9, e 10 tem estruturas simples: uma CAP, uma CRE e um CAS. Enquanto outros terão várias interfaces mais complexas, como a CAP 3.3 que é responsável por 2 NSEC, 3 CRE e 2 CAS e o NSEC 2 que é composto por 2 CAP e a 1ª CRE que é atendida por 3 NSEC e 3 CAS diferentes. Tecer redes intersetoriais nesse contexto é muito desafiador pois são muitos elementos para dialogar e planejar o atendimento as demandas locais com saberes diversos, expectativas diferentes e crenças que não necessariamente se coadunam (SOUSA,

ESPERIDIÃO & MEDINA, 2017; SILVA & BODSTEIN, 2016). Não há um consenso sobre a questão da intersectorialidade dentro da área da educação, menos ainda se poderia esperar de um consenso entre educação, saúde e assistência social. As concepções sobre o que é prioridade no desenvolvimento das crianças também tendem a ser diversas contudo na educação infantil, mais especificamente, essa divergência tende a ser menor em razão da crença da indissociabilidade do cuidar e educar.

No entanto, a divisão apresentada na tabela acima pode ser um indício de destaque da área da saúde sobre as demais na implementação do PSE (SILVA & BODSTEIN, 2016; LODEYRO, 2019). Possivelmente, em razão da sua divisão administrativa ser baseada na divisão administrativa da cidade. Ou seja, cada Área de Planejamento e seus desmembramentos possuem uma CAP, como podemos ver a seguir:

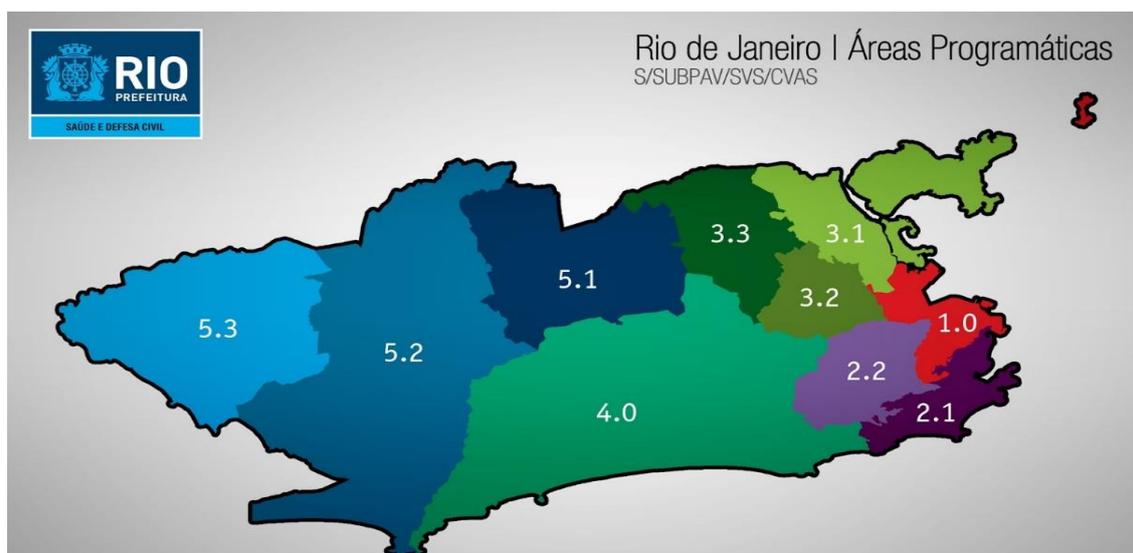


Figura 3 - Mapa das áreas programáticas da cidade do Rio de Janeiro
Fonte: S/SUBPAV/SVS/CVAS

Enquanto isso as divisões administrativas da SME e SMAS não acompanham o mesmo critério da organização municipal. São 11 CRES e 10 CAS com territórios diversos entre si.

O município do Rio de Janeiro é dividido em 5 Áreas de Planejamento – AP, cada uma com sua respectiva Coordenadoria, mas para facilitar o controle e a regionalização dos serviços de saúde algumas dessas áreas foram subdivididas. Esses são os casos das áreas de planejamento 2, 3 e 5, reorganizadas em CAP 2.1 e CAP 2.2, CAP 3.1, CAP 3.2 e CAP 3.3, e CAP 5.1, CAP 5.2 e CAP 5.3, respectivamente. Essa divisão é realizada, possivelmente, por critérios políticos discricionários, sem relação com o

quantitativo de habitantes a serem atendidos ou tamanho da área de geográfica. Tal compreensão é obtida pela análise da distribuição geográfica das áreas e seu respectivo número de habitantes divulgado pela própria Secretaria Municipal de Saúde onde a CAP mais populosa possui 951.818 habitantes com 76,89 Km² enquanto a menos populosa tem apenas 294.919 habitantes com uma área de 39,36 km² (RIO DE JANEIRO, 2018). Ou seja, o critério de divisão não possui relação com o número de habitantes, extensão territorial ou número de aparelhos da secretaria. Dessa forma, podemos suspeitar que outras motivações podem ser utilizadas para tal divisão.

Não identificamos na regulamentação do PSE Carioca nenhuma atuação em conjunto com o governo estadual. De fato, a adesão ao PSE nacional pode ser feita por cada ente, logo, o município não precisa do governo estadual para ser inserido ao programa. Contudo, entendemos que o governo do estado poderia atuar como coordenador regional das ações do PSE, dada a relevância do programa e a existência de outros 91 municípios no estado do Rio de Janeiro.

Abrucio, Segatto e Pereira (2016) em estudo sobre o regime de colaboração entre sistemas educacionais, em especial a cooperação estadual existente no Ceará, destacam a importância do papel do governo estadual como coordenador de políticas públicas federais. Inclusive esse mesmo estudo aponta o baixo nível de cooperação, horizontal ou vertical, que o estado do Rio de Janeiro possui com seus municípios. O referido estudo é interessante porque trata sobre uma experiência já existente no Brasil onde a conjugação de valores, estruturas administrativas, incentivo e ajustes na implementação da política propiciou a articulação de diversos entes e atores para a melhoria do desempenho educacional. Essa articulação seria possível de ser construída em outros estados, como o Rio de Janeiro, por exemplo.

3.4. As atividades realizadas pelo PSE Carioca

O PSE Carioca é analisado neste trabalho sob o ponto de vista de suas ações em unidades de educação infantil ante a importância das políticas intersetoriais nessa faixa de atendimento da educação básica, conforme já explicitado no capítulo anterior.

O objetivo de individualizar os registros é acompanhar a execução do programa e possibilitar evolução do atendimento em saúde do estudante. Toda via, o sistema de monitoramento não distingue as ações que foram realizadas exclusivamente pela saúde, pela educação ou em conjunto (o que deveria sempre ser). Um exemplo de ação individualizada é a avaliação antropométrica: os agentes de saúde não irão à escola para fazer a avaliação antropométrica de apenas um estudante, mas sim, de todos os estudantes da Unidade Escolar; o resultado da avaliação enseja, via de regra, encaminhamentos para atendimento individual fora da escola àqueles estudantes que estiverem com baixo peso.

A plataforma do SISAB disponibiliza como classificação possível para as ações do PSE os seguintes temas: a) Ações de combate ao mosquito *Aedes aegypti*; b) Promoção das práticas corporais, da atividade física e do lazer nas escolas; c) Prevenção ao uso de álcool, tabaco, crack e outras drogas; d) Promoção da cultura de paz, cidadania e direitos humanos; e) Prevenção das violências e dos acidentes; f) Identificação de educandos com possíveis sinais de agravos de doenças em eliminação; g) Promoção e avaliação de saúde bucal e aplicação tópica de flúor; h) Verificação e atualização da situação vacinal; i) Promoção da alimentação saudável e prevenção da obesidade infantil; j) Promoção da saúde auditiva e identificação de educandos com possíveis sinais de alteração; k) Direito sexual e reprodutivo e prevenção de DST/AIDS; l) Promoção da saúde ocular e identificação de educandos com possíveis sinais de alteração.

Após a equipe de saúde realizar a ação sobre algum destes temas na escola a própria equipe de saúde realiza o registro no sistema informatizado (SISAB).

O primeiro aporte de recursos do Programa ocorre no 1º ano após a assinatura do termo de compromisso e o segundo aporte é feito no 2º ano com base na execução das atividades em conjunto com as unidades escolares lançadas no sistema SISAB, possibilitando o monitoramento e validação das ações pactuadas previamente entre o município e o Ministério da Saúde.

No entanto para o Ciclo 2021/2022, os municípios e o Distrito Federal foram avaliados para fins de repasse financeiro de acordo com os indicadores de 3.1.1 Realização da Ação Prevenção à Covid-19 nas escolas e 3.1.2. Realização de, no mínimo, mais duas ações do PSE, não sendo obrigatória a realização dessas em todas as escolas.

Ou seja, era necessário planejar e executar no mínimo 3 ações obrigatórias para garantir os repasses financeiros do ciclo de adesão.

Essa organização dos diferentes setores responsáveis pela garantia da oferta dos serviços sociais à população mostra um panorama que indica maior facilidade de articular interesses e ações apenas das SME e SMS, pois a SMAS - em razão da sua baixíssima capilaridade, quantitativo muito reduzido de funcionários e a rotatividade destes - acaba não realizando várias ações de forma ativa e nesse escopo se incluem as ações do PSE Carioca (RIO DE JANEIRO, 2018), conforme reconhece a própria Prefeitura do Rio de Janeiro em seu Plano Municipal de Assistência Social 2018-2021.

No próximo capítulo falaremos sobre a educação infantil e sua relação com políticas intersetoriais. Para tanto trataremos o processo da construção do conceito de Infância e de Educação Infantil, seu marco teórico e legal e as interlocuções entre educação, saúde e assistência social para formação integral da criança e o combate às desigualdades sociais.

4

O PSE na educação infantil

Após a análise sobre a intersetorialidade e sobre como ela se desenvolve no PSE Carioca trataremos a seguir da educação infantil enquanto etapa de ensino privilegiada para o desenvolvimento de ações intersetoriais e como essas ações se dão no município pesquisado. A escolha por essa etapa de ensino como locus da pesquisa tem fundamento nos estudos de Olini (2020), Koslinski (2022), Ernica e Batista (2012) que afirmam que a Educação Infantil é determinante para o desempenho escolar satisfatório, a redução das desigualdades e a formação integral do estudante conforme previsto na regulamentação do PSE, nas Diretrizes Curriculares Nacionais de 2013 e nos artigos 205 e 206 da Constituição Federal. Por isso neste capítulo abordaremos a educação infantil como a primeira etapa da educação básica, seu histórico no Brasil e as interseções com a área da saúde. Também será discutida a questão da intersetorialidade na educação infantil prevista nos documentos normativos desta etapa educativa.

4.1.

Contexto histórico da educação infantil

A primeira experiência educacional destinada para o público-alvo da educação infantil é de 1862, na cidade de Castro, no Paraná, onde foi inaugurado o primeiro Jardim de Infância pela professora Emília Erichsen (LOSSNITZ, 2006). Essa escola se baseava nas premissas pedagógicas froebelianas, visto que Emília Erichsen foi aluna de Froebel na Alemanha e já no Brasil após a morte de seu marido fundou o primeiro Jardim de Infância do Brasil (LOSSNITZ, 2006). Para Froebel o desenvolvimento das crianças se dá por meio de atividades associadas a natureza, por isso o nome jardim de infância. Ainda no período do império a Santa Casa de Misericórdia atendia a população infantil vulnerável, através da roda dos expostos em caráter assistencial (NUNES, 2000; CORSINO & DIDONET, 2011; KUHLMANN, 1991). A roda dos expostos funcionava como um ponto de acolhimento institucional para crianças que eram deixadas por suas

famílias para serem colocadas para adoção. Dessa forma, existiam duas finalidades sociais para as políticas públicas para a primeira infância no fim do século XIX: a primeira era pedagógica, destinada às crianças brancas e mais abastadas e a segunda, assistencialista/higienista voltada às necessidades das crianças pobres e pretas. (LEITE FILHO & NUNES, 2013, NUNES, 2000, KUHLMANN, 1991). Nunes, Corsino & Didonet (2011) em suas pesquisas também apresentam essa dicotomia no atendimento realizado pelas creches e jardins de infância no Brasil e no mundo.

Dentre as concepções médico higienistas para educação infantil no início de século XX no Rio de Janeiro se destacam o combate à mortalidade infantil e a construção de hábitos de higiene condizentes com as reformas que a capital da recente república sofria. Ballester (2017) explica que o movimento higienista foi uma ação internacional, que possuía uma abordagem multidisciplinar e se fundamentava no desenvolvimento científico da medicina, estatística e melhoria das técnicas de saneamento das cidades, visando “estudar a influência na saúde das condições do ambiente tanto físico como social, ao mesmo tempo em que criticava a insalubridade das cidades industrializadas e as condições de vida das classes mais desfavorecidas.” (BALLESTER, 2017, p. 220). Por isso, acreditava-se que a escola “poderia se tornar um organismo regenerador de raça e impulsionador do progresso social.” (2017, p. 220) e que os professores seriam instrumentos de “melhora higiênica, moral e social.” (BALLESTER, 2017, p. 221). Segundo esse autor, a higiene seria a responsável pela melhora moral e social e teria um caráter controlador, tendo em vista que estabelece o que é considerado “urbano” e “civilizado” e o que não é de acordo com a moral e conduta das classes burguesas. A influência religiosa complementa as ações médico higienistas dentro da assistência infantil na tentativa de proteger a moral e a manutenção das estruturas sociais em vigor. Nesse sentido, Nunes (2000) destaca o papel da Igreja Católica no atendimento das crianças vulneráveis e suas famílias na construção de padrões desejáveis que seriam mais voltados para a moral do que para a formação intelectual (KUHLMANN, 1991).

O assistencialismo, enquanto uma prática social auxiliar do higienismo, será fundamentado pelo pensamento humanista e pelo pensamento católico que irá apoiar-se numa idealização do sentido de família a partir da qual a família do trabalhador deveria guiar-se. Não tendo capacidade de fazê-lo por si, pela ignorância e pela falta de moral, essa família deveria ser orientada e guiada por aqueles que tinham mais capacidade. (NUNES, 2000, p.94).

Essa concepção de educação infantil específica para as crianças mais pobres sob o paradigma do assistencialismo viveu por muitos anos e ainda encontra resquícios em algumas políticas públicas que colocam no Estado a função de ensinar aos pais e responsáveis sobre a melhor forma de cuidar das crianças.

A partir desses pressupostos higienistas em 1899, Moncorvo Filho¹⁹ inaugura o Instituto de Proteção e Assistência à Infância do Brasil – IPAI (NUNES, CORSINO & DIDONET, 2011; KUHLMANN, 1991), que era responsável pelo atendimento das crianças até 8 anos. Os objetivos desse instituto era atender aos menores de 8 anos, elaborar leis que regulassem a vida e a saúde dos recém-nascidos, regular o serviço das amas de leite, velar pelos menores trabalhadores e criminosos, atender as crianças pobres, doentes, defeituosas, maltratadas e moralmente abandonadas e criar maternidades, creches e jardins de infância.

Outra questão que permeia a história da educação infantil no Brasil é a mudança dos paradigmas sociais e trabalhistas do século XIX e XX que demandaram soluções no processo de expansão das cidades e na introdução da mulher no mercado de trabalho formal. Essas necessidades ocasionaram concepções educacionais segregadoras disfarçadas de filantropia - a assistência do filho do trabalhador não era vista como um direito e sim como uma “dádiva do filantropo” (KUHLMANN, 1991, p.20). Nesse sentido a entrada da mulher no mercado de trabalho fez com que a necessidade de oferta de espaços de cuidado infantil fosse intensificada, até então, não como um dever do poder público, mas sim um interesse dos empregadores.

A distinção entre políticas públicas para as crianças de acordo com sua classe social também estava presente na legislação da época com a distinção entre “crianças” e “menores”. Segundo Nunes et al (2011)

A “criança” era a branca, bem nutrida, de sorriso cativante, filha de família de classe média e alta, cujo futuro poderia ser previsto como de bem-estar, desenvolvimento e felicidade. O “menor” era a criança negra, desnutrida, de família pobre ou desestruturada, altamente vulnerável à doença e candidata a engrossar a estatística da mortalidade infantil ou, se sobrevivesse, a marginalizar-se e tornar-se um risco social; ou seja, o filho do proprietário (colonizador, descendente de europeu, branco) tornou-se “criança”, enquanto o filho do despossuído (negro, descendente de escravo, pobre) tornou-se “menor”. (NUNES, CORSINO e DIDONET, 2011, p. 18)

¹⁹ Arthur Moncorvo Filho (1871-1944): médico pediatra e higienista.

O Código de Menores elaborado em 1927 (Decreto nº 17.943-a de 12 de outubro de 1927) só foi substituído em 1979 pela Lei 6.697/1979. Infelizmente a influência da perspectiva assistencialista no que se refere às crianças permaneceram vigentes até a redemocratização do país, pois quando era possível romper com esses paradigmas, a Reforma do Estado e a Doutrina Neoliberal acabaram por dificultar o projeto de implementação das concepções mais progressistas sobre a qualidade da educação infantil e o combate à desigualdade social, através da universalização de uma educação pública desde sua primeira etapa, já que a criança é um sujeito de direitos hoje (BRASIL, 2009). A ideia de serviço “pobre para os pobres” ficou enraizada na prestação dos serviços sociais com destaque para educação infantil, que vivenciou toda sorte de precarização, desde as instituições escolares em locais improvisados até a prestação do serviço educacional por cuidadores e não por professores.

Já no processo de redemocratização do país ao longo da década de 1980 a questão dos direitos de todas as crianças e adolescentes ganhou cada vez mais espaço na agenda política nacional e culminou com a elaboração do ECA (Lei 8069/1990) que adota a concepção de criança e adolescente como sujeito de direitos e com absoluta prioridade inscrita no Art. 227 da nova Constituição Federal de 1988. A relevância dessa mudança de paradigma está no reconhecimento de que a criança precisa de proteção e de políticas públicas que propiciem seu desenvolvimento integral em vez de tutela do Estado, assistência em vez de assistencialismo. Aqui cabe fazer uma distinção sobre essas duas concepções. A assistência é uma característica que existe em quaisquer políticas públicas sociais que tenham por objetivo auxiliar no desenvolvimento das crianças; já o assistencialismo deriva da ideia de que as famílias não conseguem cuidar/educar suas crianças sozinhas, por isso, precisam de auxílio e orientação de outras pessoas ou órgãos públicos para a desempenhar adequadamente a função de educar e prover material ou emocionalmente uma criança.

A educação infantil (EI) no Brasil, enquanto direito universal e parte integrante da Educação Básica, possui uma história relativamente recente. Foi após a promulgação da Constituição Federal de 1988 e, mais especificamente, com a Lei de Diretrizes e Bases (LDB) de 1996 que a Educação Infantil passou a ser considerada a primeira etapa da Educação Básica – o que está diretamente ligado à garantia de direitos e à demanda pelo

estabelecimento de uma fonte de financiamento específica prevista na Constituição. Em essência, os preceitos de promoção de saúde permanecem atualmente nas unidades de educação, com atenção especial as de EI, tendo em vista seu objetivo de ser um local saudável e que permita o desenvolvimento integral das crianças. Essa concepção é respaldada nos documentos normativos da educação infantil brasileira. As DCNEI de 2009 determinam que

As instituições de Educação Infantil devem tanto oferecer **espaço limpo, seguro** e voltado para garantir a **saúde infantil** quanto se organizar como ambientes acolhedores, desafiadores e inclusivos, plenos de interações, explorações e descobertas partilhadas com outras crianças e com o professor. Elas ainda devem criar contextos que articulem diferentes linguagens e que permitam a participação, expressão, criação, manifestação e consideração de seus interesses. (BRASIL, 2009, p.10 grifo nosso)

Como podemos perceber na citação acima, o conceito de saúde está atrelado ao conceito de integralidade e indivisibilidade da criança, resultado de conquistas alcançadas com a inclusão da educação infantil dentro da competência da educação pela Constituição Federal e a concepção de criança como um sujeito de direitos, após luta dos movimentos sociais, respaldados por pesquisas acadêmicas (LEITE FILHO & NUNES 2013). A indissociabilidade entre o cuidar e o educar é mais presente na educação infantil do que em qualquer outra etapa da educação básica. Daí o destaque concedido a EI neste trabalho que trata sobre a intersetorialidade. Para aprofundarmos o debate passaremos a tratar sobre como o município do Rio de Janeiro implementa uma política pública intersetorial na educação infantil.

4.2.

As dificuldades no acesso à educação infantil

A EI é dividida em dois momentos. O primeiro é a creche, que compreende as crianças de 0 até 3 anos de idade. Embora não se trate de uma etapa de matrícula obrigatória pelas famílias, o oferecimento de vagas para quem desejar é um dever do poder público. O segundo momento é pré-escola, que atende crianças de 4 e 5 anos de idade. A pré-escola possui caráter obrigatório desde a regulamentação da Emenda Constitucional 59/2009 dada pela Lei nº 12.796, de 4 de abril de 2013, que estabeleceu o prazo para sua total implementação até 2016.

É importante destacar que apesar de 34 anos da promulgação da Constituição Federal de 1988, ainda não foi alcançado o acesso à pré-escola por todas as crianças brasileiras. Em se tratando de creche também estamos longe de alcançar o patamar mínimo previsto no Plano Nacional de Educação 2014-2024 (BRASIL, 2014), qual seja, de 50% de matrículas de crianças de 0 a 3 anos. Segundo o IBGE²⁰, 92,7% das crianças em idade de pré-escola estavam matriculadas em uma Unidade Escolar e na faixa etária de 0 a 3 anos, apenas e 35,5% das crianças estavam matriculadas.

Seria importante analisar os motivos para esse baixo número de matrículas na creche. Segundo estudo realizado pela Fundação Maria Cecília Souto Vidigal em 2019, o primeiro motivo pode ser identificado pela não percepção das famílias com crianças público-alvo da educação infantil como uma etapa importante da educação básica (FMCSV, 2019). Ou seja, muitas famílias ainda não reconhecem a função educacional das creches e isso acontece em razão do não esclarecimento e conhecimento do direito subjetivo à educação desde muito cedo ou pela crença de que a creche é um espaço para cuidar apenas das crianças cujas mães trabalham ou são muito pobres. O segundo motivo sinalizado é a falta de unidades que atendam crianças de 0 até 3 anos e o terceiro motivo a falta de vagas nas unidades existentes para essa faixa etária. Esses dados foram disponibilizados pelo IBGE através da PNAD Contínua²¹ de 2019 conforme tabela a seguir:

Principal motivo de não frequentar creche ou escola	0 a 1 ano	2 a 3 anos
Não tem escola/creche na localidade, falta vaga ou a escola não aceita a criança por conta da idade	28%	40%
Por opção dos pais ou responsáveis	67%	53%
Outro motivo	5%	7%

Tabela 3 - Motivo para as crianças não frequentarem a creche
Fonte: PNAD Contínua 2019

Como podemos verificar na tabela acima, o quantitativo de famílias que desejam e não possuem vaga em creche é expressivo no país. Nesse sentido, Nunes (2000) alerta para a necessidade de o Estado prover educação infantil para todos, destacando o fato de que a oferta de vagas em creche é um direito social e não um favor à população. O acesso à pré-escola alcança uma busca maior por parte da população, já que existe, desde

²⁰ <https://painel.ibge.gov.br/pnadc/> última revisão em 17 de outubro de 2022.

²¹ <https://sidra.ibge.gov.br/tabela/7214#resultado>

2013, a obrigação legal de matricular os meninos e meninas de 4 e 5 anos nas unidades escolares e o período de transição foi até 2016.

Segundo estudo²² da Fundação Maria Cecília Souto Vidigal (FMCSV, 2017) a maior parte das famílias acredita que existe uma idade ideal para entrar na creche.

Idade	Famílias com filhos matriculados	Família com filhos não matriculados
Menos de 6 meses	6%	2%
6 meses até 8 meses	18%	7%
9 meses até 11 meses	8%	4%
12 meses até 18 meses	27%	18%
24 meses até 30 meses	24%	29%
A partir de 36 meses	18%	40%

Tabela 4 - Idade ideal para acessar a creche

Fonte: Primeiríssima Infância – Creche. 2017, FMCSV.

O quadro acima é um indicativo de como as famílias se posicionam de forma diversa com relação ao desejo de buscar uma vaga em creche. A concepção familiar sobre a finalidade da escola, a oferta de vagas, a infraestrutura das unidades e os locais onde estão localizadas essas escolas podem ser fatores de estímulo ou postergação da busca de matrícula na educação infantil, assim como o nível socioeconômico das famílias são fatores determinantes no acesso à creche. Nessa pesquisa foram entrevistadas 991 famílias, de forma presencial e *online*. A metodologia utilizada foi estratificada, com sorteio probabilístico em cada estrato e quota de renda familiar e escolaridade do chefe de família. Nesse estudo percebeu-se que as crianças que estão inseridas em famílias mais abastadas costumam acessar a creche mais cedo do que aquelas provenientes de grupos sociais desfavorecidos (TODOS PELA EDUCAÇÃO, 2019²³; KUHLMANN, 1991; NUNES, 2000).

Leite Filho e Nunes (2013) afirmam que as dificuldades no acesso à creche somadas a dificuldade de locomoção até a unidade e a pouca flexibilidade no horário de atendimento culminam na busca de medidas alternativas às matrículas em unidades de

²² Primeiríssima Infância – Creche. 2017, FMCSV. Esse é o estudo mais recente com esse dado. Por efeito de aproximação em valores inteiros, o somatório das opções de pais que possuem seus filhos matriculados é igual a 101%.

²³ <https://www.fmcsv.org.br/pt-BR/biblioteca/politica-nacional-intersectorial-primeira-infancia/>

ensino. Mendes (2022) ressalta a situação das mães trabalhadoras que precisam fazer uso de diversas estratégias para manutenção do cuidado de seus filhos. Para a autora

com a ausência de iniciativas públicas voltadas ao cuidado e escassa proteção da política social, apoiam-se no suporte ocasional de outras mulheres que colaboram a partir do vínculo familiar ou através do circuito de ajuda, que surge como promotores de alternativas de cuidado (MENDES, 2022, p. 27).

Dessa maneira o horário de atendimento educacional para crianças em idade de creche não supre a necessidade da família trabalhadora que normalmente possui uma carga horária de 44h semanais de expediente, sem contar o tempo de deslocamento da residência para o trabalho e o seu retorno. Enquanto isso, o atendimento escolar para o estudante da rede pública municipal da cidade do Rio de Janeiro em uma unidade parcial dura 4 horas e 30 minutos no turno da manhã ou vespertino, somando 22,5h semanais ou na melhor das hipóteses 40h em unidades de turno único de 8 horas diárias. Por isso, é necessário criar uma estratégia para o período em que o familiar está no horário de trabalho e a criança não está na unidade escolar. A literatura aponta a prevalência das mulheres como apoio entre si e demais atividades relativas ao cuidado. Silveira, Meyer e Félix (2019) apontam para a generificação da intersectorialidade, tendo em vista que as ações intersectoriais requerem adaptabilidade e multifuncionalidade, que, somado ao cuidado, são características geralmente atribuídas ao gênero feminino. Vejamos então no próximo tópico algumas especificidades da intersectorialidade na educação infantil no município pesquisado nesta dissertação.

4.3.

A intersectorialidade na educação infantil do Rio de Janeiro

A necessidade de buscar ações de saúde para crianças pequenas trouxe um outro serviço público para o debate. Tendo em vista o volume de atendimentos diários, capilaridade e relevância social das escolas, as redes de ensino podem se tornar pontos estratégicos para o desenvolvimento de ações que busquem a redução das desigualdades no acesso à saúde (BRASIL, 2009). Além disso, a concepção de criança integral contém a vertente assistencial, da mesma forma que o conceito ampliado de saúde abarca a vertente social dos sujeitos.

A Política Nacional de Promoção da Saúde – PNPS apresenta como valor, em seu capítulo 1, artigo 3º, Inciso VII: “a justiça social, enquanto necessidade de alcançar repartição equitativa dos bens sociais, respeitados os direitos humanos, de modo que as classes sociais mais desfavorecidas contem com oportunidades de desenvolvimento.” (BRASIL, 2018, p. 26). O PNPS também apresenta como princípios a intersectorialidade, integralidade e territorialidade no atendimento como ferramentas para prestar de forma equânime os serviços de saúde e sua promoção. Dessa forma, para além do cumprimento dos documentos legais, se pretende diminuir as desigualdades em nossa sociedade e a construção de uma cidadania plena e transformadora, logo, a educação tem muito a colaborar nesse processo.

As ações integradas entre a saúde e a educação colaboram para o desenvolvimento integral das crianças e cada etapa apresenta especificidades e demandas próprias de sua idade, território e condições sociais. Os jovens e adolescentes possuem demandas que são comuns na juventude e que são diversas da primeira infância. Em razão das características existentes, a etapa de 0 a 6 anos, que para a educação abrange basicamente a Educação Infantil, precisa ser priorizada em razão de sua maior vulnerabilidade para muitas doenças, principalmente, às infecções por micro-organismos presentes no meio comunitário ou familiar (OLIVEIRA, 2017), por sua colaboração positiva no combate às desigualdades educacionais em especial as crianças de pertencem a níveis socioeconômicos mais fragilizados (KOSLINSKI e BARTHOLO, 2020) e uma determinação legal da Lei do Marco da Primeira Infância²⁴ (BRASIL, 2021).

Por isso, além de serem oferecidos espaços escolares adequados para controle e proteção contra doenças contagiosas é necessário organizar uma rotina estrutural de promoção de qualidade de vida na infância. Oline (2020) defende que na infância se aprende a cuidar de si, dos outros e do ambiente gerando hábitos saudáveis e sustentáveis. Sendo assim, a formação integral do discente dessa etapa surge de fatores como conforto, proteção, nutrição e bem-estar das crianças e educadores. Por outro lado, é importante não reduzir estas práticas a concepção higienista que concebia a saúde como ausência de doença, mas entender que escola é um local privilegiado na promoção de

²⁴ A Lei 13.257 de 8 de março de 2016 estabelece princípios e diretrizes para a formulação e a implementação de políticas públicas para a primeira infância em atenção à especificidade e à relevância dos primeiros anos de vida no desenvolvimento infantil.

saúde em razão da abrangência de sua ação e da sua potência na contribuição para a formação das gerações futuras.

A escola é espaço de grande relevância para promoção da saúde, principalmente quando exerce papel fundamental na formação do cidadão crítico, estimulando a autonomia, o exercício de direitos e deveres, o controle das condições de saúde e qualidade de vida, com opção por atitudes mais saudáveis (BRASIL, 2009, p.15).

O Estado também reconhece a importância da educação infantil quando afirma que “os objetivos fundamentais da República serão efetivados no âmbito da educação infantil se as creches e pré-escolas cumprirem plenamente sua função sociopolítica e pedagógica” (BRASIL, 2013, p.85). Essas funções se referem a complementariedade do Estado na formação educacional das crianças, na garantia da igualdade de oportunidades entre homens e mulheres, na criação de espaços de equidade entre crianças de classes sociais diversas, na percepção das crianças como sujeitos de direitos e desejos e no estímulo a democracia, cidadania, na defesa do meio ambiente e no combate aos mais diversos preconceitos (raciais, de gênero, regionais, religiosos, regionais e econômicos).

Destacamos ainda o reconhecimento da dificuldade de garantir a isonomia e equidade no acesso e a qualidade na educação infantil o que pode gerar ampliar e reproduzir desigualdades sociais, culturais e econômicas.

É bastante conhecida no país a desigualdade de acesso às creches e pré-escolas entre as crianças brancas e negras, moradoras do meio urbano e rural, das regiões sul/sudeste e norte/nordeste e, principalmente, ricas e pobres. Além das desigualdades de acesso, também as condições desiguais da qualidade da educação oferecida às crianças configuram-se em violações de direitos constitucionais das mesmas e caracterizam esses espaços como instrumentos que, ao invés de promover a equidade, alimentam e reforçam as desigualdades socioeconômicas, étnico-raciais e regionais (BRASIL, 2013, p. 85).

O reconhecimento da existência dessas desigualdades é feito pelo próprio poder público. Sendo assim, é possível perceber a importância das políticas intersetoriais na redução das condições desfavoráveis para formação integral das crianças, em especial aquelas em idade correspondente à Educação Infantil. Ressalte-se que a ampliação da oferta de vagas da creche e pré-escola contribui na redução das desigualdades escolares, assim como a ampliação da rede de atenção primária contribui na ampliação no atendimento da população de um determinado território. Porém, devemos levar em conta que

tanto a escola quanto a unidade de saúde pretendem atender as crianças de forma integral e, por isso, se justifica uma integração mais profunda entre esses atores para conseguirem maximizar sua influência e a efetividade das ações que visam reduzir as desigualdades existentes (JUNQUEIRA, 2004).

As ações intersetoriais podem contribuir para diminuir as desigualdades socioeconômicas e escolares (BRASIL, 2018; BRASIL, 2013 e KOSLINSKI E BARTHOLO, 2020) nos territórios que apresentam extrema vulnerabilidade e por esta razão buscamos analisar uma política intersetorial existente – Programa Saúde na Escola – e suas contribuições em termos de esforço de integração de áreas diversas na promoção de políticas públicas.

Em contrapartida outras pesquisas defendem que a intersetorialidade na verdade é a prova do fracasso neoliberal e da necessidade do retorno da política de intervenção estatal e bem-estar social (NUNES, 2000), que não produzem os efeitos esperados (CHIARI et al., 2018; FONTENELE, 2019) ou prejudicam a educação dos mais pobres (BORTOLANZA, 2020). Nessa controvérsia, é importante reconhecer que nos documentos normativos prepondera a intenção de somar esforços no combate das desigualdades sociais e melhoria das condições dos brasileiros, principalmente dos mais desfavorecidos (JUNQUEIRA, 2004; BRASIL, 2007; BARBIERI & NOMA, 2017, ERNICA & BATISTA, 2012).

Para Capilheira, Mota & Lockmann (2021) o investimento maciço na primeira infância (período entre 0 e 6 anos de idade) é reflexo da Teoria do Capital Humano neoliberal – sendo desse movimento que surge o termo “primeira infância” - que resultaria em uma postura precoce de preparação para o mercado de trabalho do cidadão idealizado e da imposição de uma moral higienista para as famílias mais pobres e vulneráveis. Isso porque as habilidades e competências que deverão ser aprendidas e desenvolvidas vão corresponder aos interesses capitalistas e, mais uma vez, através de uma política de baixo custo e alto retorno. Sendo assim, apesar da implicação do uso do termo “primeira infância”, nessa dissertação se faz a escolha pelo uso do termo para fins de uma compreensão do leitor.

Em razão da ampliação do conceito de saúde e a adoção do paradigma de criança como ser integral em desenvolvimento, produtor de cultura e sujeito de direitos surge o ambiente propício para a uma mudança no modelo de saúde na escola, como já visto

no capítulo 2, e damos início ao modelo de promoção de saúde (SILVA, 2019). Concomitantemente, a educação infantil sofre diversas alterações após sua integração à pasta da educação e não mais da assistência social, como estipula a LDB/1996 (BRASIL, 1996; SILVA, 2019). Na cidade do Rio de Janeiro essa vinculação com a assistência social, especialmente da creche, durou mais de um século.

A LDB no seu artigo 29 define a necessidade de desenvolver integralmente a criança de até 5 (cinco) anos, em seus aspectos físico, psicológico, intelectual e social, complementando a ação da família e da comunidade. As Diretrizes Curriculares Nacionais da Educação Infantil (DCNEI) também estabelecem que sejam desenvolvidas através das interações e brincadeiras os conceitos de promoção da saúde e ainda incluem um capítulo com o Índice da Qualidade na Educação Infantil (BRASIL, 2013). Contudo, o que se constatou durante a pesquisa documental realizada é que no município do Rio de Janeiro as ações do PSE Carioca ficam muito aquém de suas potencialidades. Muitas vezes em função da falta de reuniões, de treinamento, de recursos materiais e financeiros, as atividades do PSE acabam ocorrendo de maneira improvisada e sem integração (CHIARI et al, 2018), ou seja, não atendendo as especificidades do território e da comunidade escolar específica da educação infantil.

O município do Rio de Janeiro possui na estrutura da Secretaria Municipal de Educação, a Gerência de Intersetorialidade²⁵ (subordinada a Coordenação de Primeira Infância e a Subsecretaria de Ensino), ou seja, um lugar com uma equipe específica para planejar e implementar ações intersetoriais envolvendo a educação e as demais áreas de abrangência do serviço público municipal.

Contudo, também existe na SME, subordinada a Subsecretaria de Articulação e Integração da Rede, a Coordenadoria de Apoio à Gestão Escolar, a Gerência de Proteção Escolar e o Núcleo dos Programas de Saúde Escolar²⁶. Esse Núcleo dos Programas de Saúde Escolar coordena as ações específicas do PSE em cada CRE, enquanto a Gerência de Intersetorialidade cuida de todas as ações intersetoriais que a SME organiza.

Vale observar, no entanto, que ao longo da pesquisa, dentro do período analisado, não encontramos dados que justifiquem um aumento no número de ações realizadas

²⁵ <https://www.rio.rj.gov.br/documents/91257/a5a3f77a-236c-48a7-9d39-04b403e4d083>

²⁶ <https://www.rio.rj.gov.br/documents/91257/fe3d6ebd-1ba0-49b8-bd34-eb55c2247b95>

pela SME no programa intersetorial estudado após a criação desta Gerência ou do núcleo. Mais adiante serão apresentados os números de ações realizadas por cada UBS entre 2017 e 2022 e veremos que as ações que foram realizadas, exclusivamente, pela educação diminuíram desde 2017 chegando apenas 1 em 2022.

Infelizmente as pesquisas mostram que ocorreu uma redução no número de equipes da saúde da família – que são um dos grupos responsáveis por realizar as atividades nas unidades participantes do PSE – o que ampliou o número de famílias a serem atendidas pelas equipes restantes - precarizando o atendimento regular e refletindo-se na redução de atividades realizadas (FERNANDES e ORTEGA, 2020; RIO DE JANEIRO, 2018). Essa sobrecarga somada a crise sanitária resultante da pandemia de Covid-19 acabou reduzindo substancialmente as ações do PSE. Outro dificultador tem sido a falta de lançamento das atividades executadas pelas unidades escolares no sistema SISAB dentro do período estudado. Tal informação será apresentada no próximo capítulo. Na tabela de ações realizadas pelas unidades de 2017 até 2022. Essa condição desfavorável acaba tornando um programa que visa combater e romper com o ciclo de pobreza e desenvolvimento do território em ações pontuais desconexas e improvisadas (LODEYRO, 2019; KUSANO, 2019). No próximo capítulo apresentaremos como o programa tem sido desenvolvido na educação infantil do município do Rio de Janeiro a fim de compreender em que momento a educação passa a integrar essa política intersetorial.

4.4.

A educação infantil no município do Rio de Janeiro

A concepção da criança como sujeito de direitos é recente, pouco mais de 30 anos. Apesar de tal conceito estar absorvido na essência dos documentos legais editados após a redemocratização (Constituição Federal, Estatuto da Criança e Adolescente – ECA, Lei de Diretrizes e Bases - LDB, Diretrizes Curriculares Nacionais para a Educação Infantil – DCNEIs, marco da primeira infância são alguns exemplos) as políticas públicas para a primeira infância ainda não garantem o acesso pleno à esses direitos fundamentais.

O direito subjetivo à educação infantil é garantido na Constituição Federal de 1988, mas o regramento da composição da educação básica ocorre apenas em 1996 com a Lei de Diretrizes e Bases (LDB). Nessa lei, a educação infantil é colocada como parte

integrante da primeira etapa da educação básica, com objetivos e regramentos definidos nos artigos 29, 30 e 31 da referida lei. O Artigo 29 da LDB, alterado pela Lei nº 12.796, de 2013 estabelece como finalidade da educação infantil o desenvolvimento integral da criança de até 5 anos, em seus aspectos físico, psicológico, intelectual e social, complementando a ação da família e da comunidade. O Artigo 30 estabelece que as crianças até 3 anos serão atendidas em creches, enquanto as crianças de 4 e 5 anos na pré-escola.

O artigo 31 organiza a educação infantil estabelecendo a forma de avaliação, sua carga horária mínima anual, as formas de atendimento, o período para cada tipo de atendimento, a necessidade de controle de frequência e a validação de documentação escolar para esta etapa. O mesmo artigo também estabelece a carga horária mínima de 800 horas que deverá ser distribuída em, no mínimo de 200 dias letivos e estipula que o atendimento diário poderá ser parcial (com um mínimo de 4 horas diárias) ou integral (com no mínimo 7 horas diárias). Determina-se ainda que a instituição escolar controle a frequência das crianças, com exigência de 60% de presença para o público da pré-escola e produza documentação que ateste o processo de aprendizagem e desenvolvimento das crianças matriculadas na escola.

Nunes, Corsino & Didonet (2011) apontam a necessidade de “estabelecer um currículo integrado de creche e pré-escola, de forma articulada com os anos iniciais do ensino fundamental, rompendo com as segmentações” (2011, p. 75), sem perder de vista que para cada público é necessária uma adequação espacial e curricular condizente com a faixa etária e suas especificidades (BRASIL, 2009). No município do Rio de Janeiro a oferta de educação infantil se dá em creches, espaços de desenvolvimento infantil (EDI), em escolas e em centros integrados de educação pública (CIEP).

Esses espaços físicos foram construídos em diferentes épocas e com inspirações político-pedagógicas diversas para crianças pequenas. Embora, atualmente, os profissionais da educação e as propostas pedagógicas sejam as mesmas para toda a rede municipal, o espaço físico de cada unidade pode facilitar ou não o desenvolvimento infantil integral (RIO DE JANEIRO, 2010).

As creches são equipamentos públicos oriundos da secretaria de assistência social, que no município pesquisado foi responsável pelo atendimento às crianças de 0 a 3 anos até o ano de 2011. Essa demora na transição completa para a área da educação se

explica porque apenas com a LDB de 1996 foi exigida uma formação mínima para atuar na educação infantil; antes todos poderiam trabalhar na EI não sendo exigido nenhuma competência ou habilidade formal para seu exercício.

A legislação estipulou um período de três anos de transição das creches e pré-escolas públicas ou conveniadas da área da Assistência Social para a pasta da Educação. Na Secretaria Municipal de Educação do Rio de Janeiro essa adequação só ocorreu em 2007 e a convocação de professores só ocorreu em 2011, ou seja, 12 anos após o prazo previsto na LDB.

Por esse motivo as creches funcionavam em espaços que não foram pensados para o desenvolvimento educacional de crianças pequenas, já que na época em que foram criados tinham como objetivo apenas o cuidado. Sendo assim, muitas creches funcionam em prédios com escadas, sem quadra ou parquinho infantil. Já os Espaços de Desenvolvimento Infantil (EDI) são provenientes de uma política pública do governo federal através do Proinfância (Programa Nacional de Reestruturação e Aquisição de Equipamentos para a Rede Escolar Pública de Educação Infantil). Com o Proinfância o governo federal auxiliava com projeto arquitetônico e financiamento para a construção de escolas de educação infantil e aquisição de mobiliário adequado a faixa etária de atendimento. O município do Rio de Janeiro aderiu a esse programa e construiu novos espaços exclusivos de educação infantil (creche e pré-escola), para qual deu o nome de EDI, com o seguinte modelo conceitual:

Espaços de Desenvolvimento Infantil cuja proposta está centrada na criação de unidades que abrigam tanto a creche quanto a pré-escola em um mesmo ambiente físico. Essa iniciativa possibilita a permanência da criança em um grupo de colegas em uma mesma unidade durante a Educação Infantil, facilitando assim o monitoramento do seu desenvolvimento e crescimento ao longo desse percurso. Os principais pilares do EDI são: junção de creche e pré-escola, sala de primeiros atendimentos, biblioteca infantil e atendimento em período integral (RIO DE JANEIRO, 2010, p. 4).

A Prefeitura do Rio de Janeiro insere no modelo do EDI outras duas questões trazidas nesse trabalho: a saúde e a importância de um local seguro para a criança. Vejamos:

O atendimento à primeira infância, portanto, se sustenta em três importantes pilares: construção de interações positivas entre crianças e

crianças e adultos; oportunidades de aprendizagem adequadas e pertinentes; **saúde, proteção e segurança. Gozando de boa saúde** e de interações positivas, a criança usufruirá das oportunidades de aprendizagem que o Espaço de Desenvolvimento Infantil (EDI) lhe apresentará. (RIO DE JANEIRO, 2010, p. 3- grifos nossos).

Os pilares escolhidos para a explicação do município sobre o que é um EDI nos remetem aos conceitos de desenvolvimento integral associado à necessidade de assistência (e não assistencialismo) inerente a todo equipamento público educacional. Esse mesmo documento ainda prevê na estrutura física do EDI a existência de uma enfermaria dentro do prédio escolar, o que facilitaria a interação entre as áreas de saúde e educação assim como o desempenho das atividades de programas intersetoriais como é o caso do PSE Carioca.

Além desses dois espaços (creche e EDI) o município ainda oferece educação infantil dentro de escolas municipais, que atendem turmas de pré-escola e ensino fundamental, e em CIEP, estes, podendo atender desde a creche até o ensino fundamental incluindo a educação de jovens e adultos. Em todos esses quatro modelos de equipamento municipal de educação somente o EDI foi projetado para atender exclusivamente às necessidades de crianças pequenas e bem pequenas. Nos outros equipamentos são feitas as adaptações físicas necessárias para esse atendimento e em todos os modelos as crianças são atendidas por professores e incluídas no PSE Carioca.

Outra opção adotada pelo município pesquisado foi a oferta de vagas em creches parceiras. São creches particulares conveniadas ao município, de maneira que o poder municipal fica responsável pelo pagamento de R\$ 600,00 por criança matriculada²⁷ e nenhum valor é cobrado das famílias que matriculam as crianças. A necessidade de oferta de vagas em creches parceiras decorre da enorme demanda por vagas em creche que culminaram na judicialização do acesso a creche no Rio de Janeiro (OLIVEIRA, 2019).

Mesmo que a educação seja um direito fundamental de todas as crianças, ainda apresentamos ofertas de matrículas abaixo do ideal, pois, no Brasil, de acordo com o censo escolar²⁸, existem 69.865 estabelecimentos (públicos e particulares) que atendem

²⁷ Valor definido para o ano de 2022

²⁸ Censo escolar 2021

ao segmento creche alcançando 3.417.210 crianças, ou seja, apenas 31% da faixa etária dessa população. No caso do Rio de Janeiro o portal da transparência do município apontava que em novembro de 2022 existiam 15.274 crianças na fila de espera aguardando uma vaga em creche. Deste total, 6.315 são crianças para o segmento de berçário (bebês de 6 meses até 23 meses em 31 de março do ano escolar), 5.191 para o segmento de maternal I (crianças de 2 anos até 31 de março do ano letivo) e 3.768 crianças para o segmento do maternal II (crianças de 3 anos até 31 de março do ano letivo). Esse quantitativo de crianças em lista de espera poderia ser maior caso os responsáveis não tivessem a concepção de que existe uma idade ideal para matricular uma criança na creche, conforme exposto anteriormente. Essa fila maior para os grupamentos que atendem crianças de menor faixa etária (berçário e maternal I) não ocorre pela maior vontade de matrículas, mas sim pelo menor número na oferta de turmas que atendem essa faixa etária em comparação as que atendem o maternal II e a pré-escola. Para que as escolas atendam a turmas de berçário e maternal I são necessárias estruturas físicas mais especializadas (com mais agentes de educação infantil e demais funcionários de apoio e itens como berços, tatames, cadeirões etc.) o que tem ligação direta com o financiamento educacional em meio a um cenário de necessidade urgente de ampliação da quantidade de vagas para matrículas em creche.

Um exemplo do impacto da realização desses convênios pela Prefeitura do Rio de Janeiro é a ampliação do ano de 2021 para 2022 de 8.000 vagas²⁹ de creche através da assinatura de parceria com 40 creches particulares. O secretário de educação à época ressaltou a creche como estratégia de apoio para mães trabalhadoras, como podemos observar no trecho a seguir de sua entrevista:

Ter um lugar seguro e adequado para deixar suas crianças transforma a vida das famílias e permite que muitas mães tenham acesso ao mercado de trabalho. Para vencer o desafio da carência de vagas, abrimos o chamamento para que instituições sem fins lucrativos se tornem nossas parceiras. Nosso objetivo é criar 22 mil vagas em três anos. (Renan Ferreirinha, Secretário Municipal de Educação da Cidade do Rio de Janeiro)³⁰.

²⁹ Fonte: Secretaria de Educação irá abrir mais de 8 mil vagas em creches este ano - Prefeitura da Cidade do Rio de Janeiro - prefeitura.rio

³⁰ Secretaria de Educação divulga abertura de parcerias para novas vagas em creches - Prefeitura da Cidade do Rio de Janeiro - prefeitura.rio

Decerto que se compararmos a função precípua da escola como um ambiente educacional o destaque dado pelo secretário de educação – creche para filhos de mães trabalhadoras – causaria estranhamento e até mesmo uma falsa impressão de que retornamos ao assistencialismo; no entanto, se pensarmos na necessidade do desenvolvimento integral que a frequência na creche pode trazer, a expansão de vagas, mesmo que em creches conveniadas (ou creches parceiras conforme nome adotado pelo município) poderia ampliar o escopo de atendimento educacional e da realização de políticas públicas intersetoriais. Em que pese esse potencial, a realização de um convênio e o uso de estabelecimentos particulares pela Prefeitura do Rio de Janeiro tem atendido a necessidade de acesso à creche, mas em outros aspectos é insuficiente. Não só porque os espaços físicos das creches parceiras não são necessariamente projetados para o trabalho com crianças pequenas como acontece no EDI. A principal distinção para a oferta de vagas em creches municipais e em creches parceiras para este trabalho é que nas creches municipais ocorrem ações do PSE, mas nas creches parceiras essas ações não ocorrem de forma institucionalizada. Na pesquisa realizada para essa dissertação não foi encontrado nenhum motivo para a ausência desse programa intersetorial nas creches parceiras à Prefeitura, pelo contrário, a adesão das creches conveniadas é uma exigência do termo de adesão ao PSE nacional. Concluímos que a não execução regular do programa é uma escolha administrativa, cujas razões mereceriam estudos posteriores. Passemos então à análise da implementação do PSE Carioca no município do Rio de Janeiro a fim de discutir suas peculiaridades, além dessa distinção entre creches públicas e conveniadas na implementação do programa intersetorial objeto deste estudo.

5 A intersetorialidade em uma Coordenadoria de Área de Planejamento

Ao longo deste trabalho buscamos reunir informações sobre como a literatura e os documentos oficiais trazem a temática da intersetorialidade. Por se tratar de um assunto demasiadamente amplo e complexo escolhemos como objeto de análise a implementação de uma política pública intersetorial no município do Rio de Janeiro – o PSE Carioca. A fim de aprofundar o debate e cientes de que a cidade é dividida em 10 Coordenadorias de Áreas de Planejamento – CAP –, conforme narrado no capítulo 2, selecionamos como recorte as ações do PSE Carioca desenvolvidas na CAP 3.3.

5.1. A CAP 3.3 como ponto privilegiado de pesquisa

A CAP 3.3 é composta por quatro regiões administrativas (RA): Irajá, Madureira, Anchieta e Pavuna. Este último bairro em 2018 apresentou o menor IDS (Índice de Desenvolvimento Social)³¹ da cidade do Rio de Janeiro. A referida Coordenadoria possui uma extensão territorial de 76,89 Km² divididos em 29 bairros socioeconomicamente muito diversos entre si além de contar com 33 UBS para somar esforços na rede intersetorial do PSE Carioca assim como 5^a e 6^a CREs dispõem de, respectivamente, 34 e 45 unidades exclusivas de Educação Infantil.

A CAP 3.3 apresenta algumas condicionantes que a tornam interessante para este estudo. O primeiro é ser a CAP mais populosa entre as 10 existentes e a que apresenta o maior déficit de equipes de Saúde da Família (eSF) na cidade. Cada eSF deveria atender, de 3.000 a 4000 pessoas segundo a Política Nacional de Atenção Básica (BRASIL, 2012). Essa variação leva em consideração o nível de vulnerabilidade social da região atendida. Nessa região cerca de 27% da população mora em uma das 149 favelas que fazem parte desse território. Cada favela possui características únicas e muito diversas entre si, mas muitas possuem em comum a influência exercida por facções criminosas

³¹ O Índice de Desenvolvimento Social – IDS – é um índice criado pelo Instituto Municipal Pereira Passos e utiliza dez indicadores com a finalidade de analisar a renda, o grau de escolaridade dos habitantes, a qualidade das habitações e o acesso ao saneamento básico na cidade do Rio de Janeiro.

que dificultam a atuação e a prestação de serviços públicos como transporte, coleta de lixo e saneamento básico. Muitas vezes o único aparelho público que se faz presente nesses territórios são as unidades escolares. Em razão dessa omissão estatal faz-se necessária a ampliação e uma maior conjugação de esforços intersetoriais para oferecer mais oportunidades e recursos para reduzir essas desigualdades e ampliar a qualidade no acesso as políticas públicas sociais (JUNQUEIRA, 2004).

A despeito do parâmetro nacional de quantidade de equipes de Saúde da Família por quantitativo de habitantes, especialmente em territórios com maior vulnerabilidade social, o município do Rio de Janeiro passou por uma reorganização em 2018 na estrutura das Unidades Básicas de Saúde (UBS). O quantitativo que era de 179 eSF passou para 160 equipes de Saúde da Família na área da CAP 3.3 (RIO DE JANEIRO, 2018). Segundo as diretrizes do PNAB³², para atender a totalidade da população dessa região, a CAP 3.3 deveria possuir 238 equipes de Saúde da Família, tendo em vista que essa região possui, segundo estimativas municipais, 951.818 habitantes³³, ou seja, a média fica em 5.949 pessoas por equipe. Isso representa praticamente o dobro do recomendado para o devido atendimento da população. Além disso, os estudos sobre a expressão territorial das desigualdades educacionais (ERNICA e BATISTA, 2012) mostram que a segregação social que acontece nos territórios das metrópoles gera impacto no desempenho escolar, no acesso a bens e serviços e até mesmo nas relações sociais entre os indivíduos. Um dos aspectos discutidos por estes autores é a distribuição desigual dos recursos para a execução de serviços referentes as políticas públicas. Tal tese se coaduna com a realidade encontrada na CAP 3.3, um território que precisa tanto de eSF e que não tem sua necessidade contemplada pela gestão municipal.

Por essas razões optamos por analisar a implementação do PSE na Educação Infantil dentro dessa região específica.

³² Cada equipe de Saúde da Família (eSF) deve ser responsável por, no máximo, 4.000 pessoas, sendo a média recomendada de 3.000 pessoas, respeitando critérios de equidade para essa definição. Recomenda-se que o número de pessoas por equipe considere o grau de vulnerabilidade das famílias daquele território, sendo que, quanto maior o grau de vulnerabilidade, menor deverá ser a quantidade de pessoas por equipe.

³³ Tabela 3261 - População Residente e Estimada - Áreas de Planejamento e Regiões Administrativas do Município do Rio de Janeiro - 2000/2010/2013-2016/2020- IPP.

5.2. A estrutura do PSE carioca na CAP 3.3

Como visto anteriormente a Coordenadoria de Planejamento selecionada para aprofundamento da pesquisa tem grande extensão territorial. Tendo em vista que o desenho da política intersetorial que estudamos requer uma aproximação com a comunidade e com os territórios a ponto de propiciar a interação entre a população e os agentes que entregam a política a Coordenadoria destacou equipes para atuar em seus territórios. No anexo desta dissertação existe uma tabela com a divisão das unidades de saúde e as escolas, CRAS e CREAS que estão inseridas em seu território.

Cada território é atendido por uma UBS (clínica da família ou centro municipal de saúde), 2 ou 3 equipamentos da assistência social (CREAS e CRAS) e um grupo de escolas.

Esse grupo de escolas não é proporcional entre as equipes em razão do quantitativo de escolas ou do quantitativo de estudantes. Elas são decorrentes da divisão territorial da saúde. Ou seja, se dentro do território desenhado pela CAP existirem 5 escolas a UBS atenderá essas 5 escolas. Se no território existirem 15 escolas, a UBS será responsável por todas elas independentemente do número das matrículas das unidades escolares do seu território e de quantas eSF ela possua (RIO DE JANEIRO, 2015).

Por isso, algumas UBS, como é o caso da CF Josuete Santana, atende apenas a 2 escolas. Enquanto o CMS Carmela Dutra atende a 15 unidades escolares.

A área da assistência social corresponde a um serviço cujo setor não tem verba específica por destinação constitucional, como é o caso da saúde e da educação. No caso específico do Rio de Janeiro é também uma secretaria com poucos equipamentos e funcionários em meio a um imenso desafio decorrente da grande quantidade de comunidades e bolsões de pobreza.

Nesse sentido, a partir da consulta da tabela em anexo 1 desta dissertação, podemos perceber que o CREAS Márcia Lopes é responsável por 15 das 34 unidades que participam do PSE na CAP 3.3, ou seja, um único CREAS atende a, praticamente, metade de todas UBS da CAP 3.3. Cabe lembrar, que existem poucos funcionários na SMAS e menos eSF na SMS (FERNANDES e ORTEGA, 2020) para atender e participar efetivamente deste programa intersetorial (RIO DE JANEIRO, 2018).

Tal discrepância, apresentada no anexo 1 se coaduna com os estudos (FEROLLA, 2019, CHIARI et al 2018, KUSANO, 2019, LODEYRO, 2019, FONTENELE, 2017; FERNANDES e ORTEGA, 2020) sobre a escassez de recursos humanos e financeiros nas ações intersetoriais, o que faz com que o desenho da política seja realizado sem o diálogo necessário com os implementadores a ponto de prejudicar sua execução, em razão da sobrecarga de trabalho das equipes de saúde, educação e assistência social.

Dessa maneira, cabe aos gestores de alto e médio escalão (GONÇALVES, 2018) a responsabilidade pela divisão dos territórios e a quantidade de eSF em cada UBS. Isto é, tem os gestores centrais tem poder para aumentar e suprimir equipes (FERNANDES e ORTEGA, 2020; RIO DE JANEIRO, 2018) e assim interferir na execução das ações do PSE Carioca. Por isso, a diferença no quantitativo de escolas atendidas não é fruto do acaso, mas sim de escolhas que podem contribuir com a desigualdade no cotidiano de ações produzidos dentre desse programa intersetorial (GONÇALVES, 2018). Uma das hipóteses de pesquisa é que essa desigualdade na formação e distribuição das equipes no território são um aspecto na efetividade do serviço público ofertado.

Oliveira e Carvalho (2019) também sinalizam a importância do agente implementador na execução da política. Para as autoras é perceptível que, “mesmo na implementação de políticas destinadas à compensação de desvantagens de grupos historicamente desfavorecidos, diversos são os fatores que podem contribuir para uma eventual (re)produção de desigualdade” (2019, p. 567). Isso será demonstrado mais adiante. Onde apresentaremos resultados que mostram que o número de ações realizados dentro de uma escola e pela UBS, não dependem apenas da sua proximidade física entre os aparelhos, se estão localizados em áreas violentas ou do número de funcionários das UBS.

Para tanto, vejamos a seguir como as ações do PSE Carioca foram desenvolvidas nos últimos 5 anos na CAP 3.3.

5.3.

As discrepâncias no atendimento das ações do PSE e os registros das ações no SISAB

Conforme trazido no capítulo dois, todas as ações do PSE Carioca devem ser registradas no Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica – SISAB. Apesar de ser uma política pública municipal, como decorre de um programa do governo

federal todas as ações devem ser registradas em um sistema único para todo o país. É por meio desse registro que o município comprova ter realizados as ações necessárias para fazer jus ao recebimento de novos repasses de verbas federais para a execução do programa intersetorial.

Com o intuito de analisar a execução do PSE Carioca na CAP 3.3 consultamos o SISAB entre os anos de 2018-2022 para descobrir quais são as ações realizadas no referido programa intersetorial, por qual área e em que quantidade. Como já explicado, o marco temporal adotado na pesquisa decorre do fato de que em 2017 houve a alteração no PSE (programa nacional) que dentre outras coisas modificou a forma de comprovação das informações sobre as atividades realizadas. Até o ano de 2017 as ações eram registradas no Sistema Integrado de Monitoramento Execução e Controle – SIMEC. Após essa mudança o registro passou a ser feito no SISAB, sistema em que apenas a saúde detém acesso para alimentação de dados (BRASIL, 2021).

Após acessar o sistema, escolhemos a aba “saúde” e entramos na página virtual onde estão os relatórios de atenção básica em atenção primária. Os relatórios estão disponíveis mês a mês dentre os anos de 2018 a 2022 (essa consulta foi realizada entre novembro de 2022 e janeiro do ano de 2023) com informações de todo o país. Para essa pesquisa foram adotados os filtros do próprio sistema para localizar as informações apenas do município do Rio de Janeiro e do Programa Saúde na Escola.

Com relação às ações registradas no SISAB, o sistema classifica as ações por temas. São esses: agravo negligenciado, alimentação saudável, autocuidado de pessoas com doenças crônicas, ações de combate ao *Aedes Aegypti*, cidadania e direitos humanos, dependência química /tabaco/ álcool/ outras drogas, envelhecimento/ climatério /andropausa/ etc. plantas medicinais / fitoterapia, prevenção da violência e promoção da cultura da paz, saúde ambiental, saúde bucal, saúde do trabalhador, saúde mental, saúde sexual e reprodutiva e semana saúde na escola. A escolha de ações em cada um desses quinze temas disponíveis se dá, teoricamente, em razão de escolhas das equipes do PSE Carioca com base nas necessidades de cada território de forma conjunta com os parceiros do território (escola e CREAS/CAS).

A despeito da proposta de intersetorialidade do programa, as ações são registradas de maneira separada: saúde e educação contabilizam ações de modo diverso e em

temas diversos. Não há campo para registro das ações de assistência social, até mesmo porque o desenho do PSE não prevê a interlocução com esta área. A participação da assistência social é uma peculiaridade da política municipal no Rio de Janeiro. Carmo e Guizardi (2017) afirmam que a intersetorialidade ganhou repercussão nas políticas públicas sociais por seu potencial de articulação entre estruturas governamentais e não governamentais, de modo a enfrentar a complexidade dos problemas sociais com maior eficiência e menor custo.

No entanto, quando uma política intersetorial é realizada e registrada em separado temos um indício de que algo não está sendo realizado de maneira conjunta e articulada. Além disso, conforme a orientação expressa nos documentos orientadores para efeito de monitoramento do programa é necessário emitir 4 relatórios: Relatório de atividades do bloco Temas para Saúde; Relatório de participantes do bloco Temas para Saúde; Relatório de atividades do bloco Práticas em Saúde; e Relatório de participantes do bloco Práticas em Saúde (BRASIL, 2021). Mas optamos por apresentar a quantidade de ações realizadas/participantes em razão da exequibilidade da pesquisa e vamos apresentar os temas que mais foram recorrentes de 2018-2022. Vejamos a seguir o quantitativo de ações realizadas nos últimos cinco anos pelo PSE em todo o município com todas as pessoas público-alvo desse programa conforme os dados do SISAB:

Ano	Nº de ações na educação	Nº de participantes na educação	Nº de ações da saúde	Nº de participantes na saúde
2018	51	837	187	3.658
2019	2.342	69.472	5.264	143.669
2020	773	28.773	1.600	60.938
2021	1.892	50.787	4.583	175.782
2022	544	13.453	19.662	411.802

Tabela 5: Quantitativo de ações e participantes do PSE Carioca
Fonte: SISAB

De acordo com a tabela acima podemos perceber resultados diversos entre as duas áreas. A educação teve um aumento expressivo de ações entre os anos de 2018 e 2019. O decréscimo no ano de 2020 era esperado em razão do fechamento físico das escolas em função da pandemia por Covid-19; já em 2021 a quantidade de ações voltou a aumentar. No entanto, o número volta a cair em 2022 fechando em 544 ações ao longo de um ano inteiro com escolas em pleno funcionamento. Já a saúde faz movimento diverso; aumentou suas ações entre 2018 e 2019, diminuiu suas ações em 2020, possível-

mente em razão do fechamento das escolas, mas aumentou as ações de modo que em 2022 fez 4 vezes mais ações que em 2021.

Outro ponto a ser observado na tabela 5 é como a quantidade de estudantes que participaram do PSE Carioca nas ações da saúde é expressivamente maior que a quantidade de participantes na área da educação, mesmo sendo um programa com ações integradas. O que nos leva a pensar em que medida essas atividades são planejadas de forma a atender a interesses e necessidades comuns ou em verdade se trata de uma atividade de saúde realizada no ambiente da escola e/ou uma atividade escolar realizada na escola que engloba o assunto da saúde. Seguramente não estamos aqui tratando das mesmas atividades, caso contrário, o quantitativo de ações e de participantes seria mais próximo.

A tabela 5 também nos provoca a refletir por qual motivo o número das ações que são desenvolvidas e executadas pela educação diminuíram do ano de 2021 para 2022. Os diretores das escolas sabem que ao realizar uma ação devem preencher a Ficha de atividades coletivas e entregar para sua UBS de referência? Quando o fazem o responsável pelo lançamento registra fielmente essa ação como exclusiva da educação? Ou essas ações exclusivas não ocorrem? Como não existem dados públicos que determinem se foram realizadas em conjunto ou em separado, fica impossível analisar o motivo dessa redução brusca. Podemos apenas suspeitar que podem ocorrer as três situações em maior ou menor proporção. Visto que o sistema disponível para acesso público não apresenta tal informação.

Guizardi e Carmo nos provocam quando sugerem que “gestores e trabalhadores tendem a fazer um movimento, involuntário ou intencional, de guarda de suas próprias especialidades, bem como proteção de seu espaço pessoal (...) acentuado pela assimetria de poder decisório” (2017, p. 1275). Nesse sentido, a concentração de registro de ações pela área da saúde faz com que ela tenha, de certo modo, mais poder e prestígio sobre as demais. No capítulo anterior já discutimos as diferenças no conceito de intersetorialidade, mas na análise dos dados da pesquisa percebemos que a realização de ações com a área da saúde torna a relação ainda mais delicada, pois segundo algumas pesquisas, a área da saúde tende a se apropriar dos resultados da ação intersetorial e obter um protagonismo em relação as demais áreas parceiras (CARMO e GUIZARDI, 2017; LO-DEYRO, 2019; KUSANO, 2019).

Tal dificuldade de integração dos diversos setores pode ser explicada segundo as autoras em razão da “falta de priorização do desenvolvimento da diretriz da integralidade no SUS e a baixa articulação da política de saúde com outras políticas setoriais” (GUIZARDI E CARMO, 2017, p.1280) e por isso elas alertam para as possíveis consequências dessas características indesejáveis:

São essas as características que deram continuidade à fragmentação da forma de atuar que se tornou típica no âmbito das políticas sociais. Descendem deste quadro as relações intersetoriais **construídas informalmente, com base nas relações pessoais, de amizade, com pouca perspectiva de concretude e durabilidade** - o que vai na contramão da concepção de direito que as políticas analisadas buscam afirmar. (CARMO e GUIZARDI, 2017, p.1280, grifos nossos)

Dessa forma, as ações intersetoriais como o PSE e outros programas sociais intersetoriais ficariam dependendo de fatores que impedem o seu monitoramento adequado e sua avaliação. Além das condições estruturais escassas (poucos recursos financeiros e humanos, falta de oferta de capacitação adequada) ainda ficam sujeitos a fatores internos de difícil previsibilidade e continuidade, pois como garantir que com a troca de um funcionário as relações pessoais se manterão, garantindo a continuação e execução do programa social intersetorial?

Em se tratando especificamente da educação infantil os resultados são bem diversos e reduzidos. Apesar das pesquisas acadêmicas apresentadas ao longo deste trabalho situarem a etapa da primeira infância como momento particularmente propício a realização de ações intersetoriais nos parece que o PSE Carioca não compartilha dessa concepção. Vejamos a seguir a tabela com as ações realizadas nos últimos cinco anos especificamente na educação infantil:

Ano	Nº de ações na educação	Nº de participantes na educação	Nº de ações da saúde	Nº de participantes na saúde
2018	26	448	77	1.256
2019	1.028	31.863	2.153	63.039
2020	222	10.054	460	19.646
2021	659	16.760	1.659	65.875
2022	222	5.842	7.761	166.848

Tabela 6: Quantitativo de ações, participantes e temas do PSE Carioca na educação infantil
Fonte: O Autor – SISAB

Na tabela anterior podemos perceber que o quantitativo de ações da saúde e de seus participantes também é maior que na educação em todos os anos. Notamos inclusive o mesmo movimento que constatado na tabela anterior de aumento e redução das ações do PSE Carioca em cada área. Mas o que nos chama mais a atenção é a proporção de ações do PSE Carioca na educação infantil em relação ao total de ações realizadas.

Comparando as tabelas 5 e 6 vemos que no ano de 2018 as ações em educação infantil representavam 51% das ações registradas pela educação e 41% das ações registradas pela saúde. No ano de 2019 a educação reduziu a proporção para 44% das ações feitas na educação infantil, enquanto a saúde permaneceu com 41% de ações na educação infantil. Em 2020 ambas as áreas fizeram 29% do total de ações do PSE na educação infantil. Em 2021 educação e saúde ficaram mais próximas proporcionalmente, com 35% e 36%, respectivamente, de ações somente para crianças de 0 a 5 anos. Por fim, em 2022 as ações de educação para essa faixa etária representaram 41% e de saúde representaram 39% em comparação com o total de ações realizadas ao longo do ano.

A prevalência das ações no período da primeira infância já foi destacada neste trabalho no capítulo anterior, especialmente no item 4.3, não só por ser esta uma determinação legal do Marco da Primeira Infância (BRASIL, 2016), mas também pela potencialidade de efeitos na comunidade escolar. É nos primeiros anos de vida que o ser humano aprende a se relacionar consigo mesmo e com o outro. Além disso, a presença maior da família na escola propicia que as ações decorrentes do conceito ampliado de saúde tenham repercussão em um elevado número de pessoas. Investir na intersetorialidade auxilia no desenvolvimento integral, na redução de desigualdades educacionais e na justiça social, principalmente para crianças pertencentes a camadas sociais mais vulneráveis. Os números analisados a partir das tabelas 6 e 7 nos mostram que a educação infantil corresponde a um segmento significativo na execução de ações do PSE Carioca. O questionamento que resta fazer é se esse quantitativo é suficiente e se ocorre de maneira equânime entre as escolas que compõem o Programa.

Nas ações do PSE Carioca específicas para a educação infantil observamos a prevalência de alguns temas sobre os outros. Vejamos a tabela a seguir:

Ano	Temas e quantidade de ações da educação	Temas e quantidade de ações da saúde
2018	Saúde bucal (17), alimentação saudável (9)	Saúde bucal (46), alimentação saudável (16), semana de saúde na escola (12)
2019	Saúde bucal (547), combate ao Aedes Aegypti (253), alimentação saudável (251)	Saúde bucal (1.122), alimentação saudável (438), combate ao Aedes Aegypti (425)
2020	Combate ao Aedes Aegypti (114), saúde bucal (81), alimentação saudável (41)	Combate ao Aedes Aegypti (203), saúde bucal (158), alimentação saudável (72)
2021	Saúde bucal (440), alimentação saudável (121), semana de saúde na escola (60)	Saúde bucal (1.176), alimentação saudável (424), semana de saúde na escola (127)
2022	saúde bucal (122), semana de saúde na escola (59), alimentação saudável (27)	Saúde bucal (4.366), alimentação saudável (1.692), semana de saúde na escola (854)

Tabela 7: Temas mais recorrentes nas ações do PSE Carioca na educação infantil
 Fonte: O Autor a partir de dados disponíveis no SISAB

Ao analisarmos a Tabela 7 podemos concluir que os temas das ações realizadas pela saúde e educação são muito parecidos, a despeito da quantidade de ações realizadas serem bem diversas. Pela forma como o programa ocorre no município do Rio de Janeiro, no qual as equipes de saúde se dirigem até as escolas para realizar as ações, essa diferença no quantitativo causa estranheza tendo em vista que as ações planejadas e executadas sem a presença das equipes da saúde também deveriam ser registradas pelas eSF.

Outro ponto observado é a repetição de temas prevalentes ao longo do ano, o que nos leva a questionar sobre a real avaliação das necessidades do território no momento de elencar os temas a serem trabalhados. Tomando por base, por exemplo, o ano de 2020, ano em que houve o isolamento social e fechamento físico das escolas, a grande preocupação estava na insegurança alimentar ante as dificuldades do município em garantir o repasse da verba de merenda escolar para as famílias das crianças matriculadas nas escolas municipais. Santos, Oliveira e Coelho (2022) ao analisarem a intersetorialidade durante a pandemia afirmam que durante a implementação de políticas intersetoriais os setores e secretarias “precisam estar bem coordenados para gerarem soluções para os problemas sociais, não cabendo improvisos e imprevisibilidades” (p. 16). Apesar disso, o tema mais recorrente nas ações do PSE Carioca foi o combate ao *Aedes Aegypti* e a saúde bucal, ambos com presença expressiva em todos os anos. Não estamos aqui questionando a importância desses temas, mas sim, problematizando a pouca variação deles e questionando a relevância de sua conexão com necessidades das crianças e de suas famílias.

Investigamos ainda se as equipes do PSE Carioca atuavam de forma equânime nos territórios. Para isso, listamos o código INEP de cada uma das escolas que participam do programa junto a CAP 3.3 para quantas ações de saúde e quantas ações de educação elas fizeram nos últimos 5 anos. O primeiro resultado que nos intrigou foi que no ano de 2022 foram registradas 1.865 ações como sendo da saúde e apenas 1 na educação (na E. M. Frei Leopoldo). Além disso, consta no SISAB mais de 20 escolas com realização de ações destinadas a crianças de 0 a 5 anos sendo que estas escolas não tinham nenhuma turma de educação infantil.

A necessidade de debate sobre a implementação do PSE Carioca se faz urgente se pensarmos no critério de distribuição das atividades registradas no SISAB. Isso porque encontramos na CAP 3.3 apenas 1 creche conveniada (do total de 16 que estão presentes no território) e notamos que várias escolas não têm nenhuma ação, nem de saúde nem de educação, ao longo de todo o ano letivo de 2022, enquanto outras escolas chegam a registrar 99 ações na área da saúde, ou seja, praticamente 1 ação a cada 2 dias, já que o ano letivo tem cerca de 200 dias. Além disso, não há uma relação entre quantidade de ações e o tamanho de escolas ou quantidade de ações e o tamanho da unidade de saúde, pois clínicas de pequeno porte com poucos funcionários fizeram muitas ações (como por exemplo a CF Anderson Fernandes com 62 ações em 2022) e clínicas maiores fizeram poucas ações (como por exemplo o CMS Alberto Borgeth com 5 ações em 2022). Vejamos a tabela a seguir com o quantitativo de ações realizadas por cada UBS da CAP 3.3 do PSE Carioca:

Unidade	2022 Ed.	2022 S.	2021 Ed.	2021 S	2020 Ed.	2020 S	2019 Ed.	2019 S	2018 Ed.	2018 S
CF Dante Romanó Junior 5ª CRE		50		9		0	12	17		
CMS Carmela Dutra 5ª CRE		76		0		0	8	20		
CF Engenheiro Sanitarista Paulo D'Águila 5ª CRE		23		1		0	0	0		
CF Anderson Fernandes 5ª e 6ª CRE		69		11		0	1	7		
CMS Fazenda Botafo-go 6ª CRE		85		25		0	4	21		
CMS Portus e Quitanda 6ªCRE		84		1		0	4	12		
CF enf. Edma Valadão 5ªCRE e 6ªCRE		99	7	15		0	8	26		
CMS Sylvio Frederico Brauner 6ª CRE		127	8	33	4	5	7	14		
CF Manoel Fernandes 6ªCRE		68		5		0	4	3		
CMS Nascimento Gurgel 6ªCRE		101		3		1	5	11		
CF Epitácio Soares Reis 6ª CRE		63		21		0	1	0		
CF Cypriano Das Chagas Medeiros 6ª CRE e 5ªCRE		49		0		0		5		
CF Adolfo Ferreira 6ª CRE		27		2		2	2	6		
CF Marcos Valadão 6ªCRE		61		8		0	1	4		
CF Souza Marques 5ªCRE		164		4		0	4	10		
CMS Alberto Borgeth 5ª CRE	1	4		1		0	0	0		
CMS Mario Olinto 5ªCRE		20		3		0		2		
CF Carlos Nery Costa Filho 5ªCRE		42		6		0		2		
CF Mestre Molequinho Do Império 5ªCRE		153	1	11		1	9	25		
CF Ana Mª Conceição Dos Santos Correia 5ª CRE		58		1		0	6	8		2
CMS Alice Toledo Tibiriçá 5ª CRE		36		4		0		2		
CMS Carlos Cruz Lima 5ª CRE		6		0		0		0		
CMS Clementino Fraga 5ª CRE		47		3		0		5		
CF Dep. Pedro Fernandes 5ª CRE		39		14		0	27	19		
CF Candido Ribeiro 5ª CRE E 4ªcre		45		2		0	4	5		
CF Josuete Santana 5ª CRE e 6ª CRE		24		0		0	0	0		
CF Maestro Celestino		29		2		0	1	1		

Unidade	2022 Ed.	2022 S.	2021 Ed.	2021 S	2020 Ed.	2020 S	2019 Ed.	2019 S	2018 Ed.	2018 S
5ªCRE e 6CRE										
CF Raimundo Alves 6ª CRE		34	1	0		0	3	5		
CMS Augusto Do Amaral Peixoto 6ªCRE e 8ªCRE		8		0		0	0	0		
CF Maria De Azevedo Rodrigues 6ªCRE		37		8		0	2	4		0
CMS Flavio Do Couto Vieira 6ª CRE		37		12		0	4	3		
CF Ivanir De Melo 6ª CRE e 8ªCRE		69	1	23	5	0	2	14		
CF Amaury Bottany 5ª CRE		38		38		0	1	2		
CF Adv. Mario Pires da Silva 5ª CRE		12		12		0		2		
TOTAL	1	1865	18	278	9	9	120	255	0	2

Tabela 8: Quantidade de ações do PSE Carioca em cada UBS da CAP 3.3

Fonte: O Autor a partir de dados do SISAB.

Na tabela acima podemos notar a discrepância entre as ações de saúde e educação já observada nas pesquisas anteriores. Contudo, essa tabela detalha a participação de cada UBS do PSE Carioca e nos mostra o espaço que esse programa ocupa no território. Tendo em vista a grande quantidade de escolas e de Centros de Referência de Assistência Social – CRAS e Centros de Referência Especializado de Assistência Social – CREAS listamos acima cada equipe representada pela unidade de saúde correspondente. Deixaremos as informações completas sobre cada escola por cada ano pesquisado no anexo 1 deste trabalho.

A proximidade entre os aparelhos no território também interferiu no quantitativo de ações realizadas. Isso porque alguns Espaços de Desenvolvimento Infantil construídos nos últimos 10 anos já tinham construída uma clínica da família logo a seu lado. Nessas escolas tivemos mais ações do PSE Carioca que em outras escolas mais distantes da unidade de saúde ou em áreas conflagradas, embora haja unidades que, mesmo dentro de áreas perigosas, realizaram mais ações que unidades consideradas tranquilas ou mais distantes.

No momento da pesquisa de cada escola a partir do seu código INEP percebemos que em muitos casos o código no SISAB inserido no sistema é uma numeração aleatória (11111111, 18, 10 etc.). Com isso existem escolas que apesar de terem uma equipe intersetorial vinculada não realizam quaisquer ações (embora tenham o código correto registrado, a informação de ações está zerada) enquanto outras ações são vinculadas a

códigos aleatórios. Desse modo temos dúvidas sobre em que medida as ações realmente não foram realizadas ou apenas não foram registradas corretamente de modo a permitir sua localização no sistema.

Devemos lembrar que pelo desenho do programa federal o registro das ações é condição para o recebimento do repasse de verbas e o preenchimento incorreto não vincula a ação ao seu destinatário final, logo, a falha no registro tem repercussões financeiras para o município sem contar na dificuldade de monitoramento e avaliação do programa. Além disso, o volume de ações e participantes ainda nos parece inferior ao que o que seria possível em razão do grande potencial na oferta de ações integradas entre a saúde, educação e assistência social.

Destaque-se que a ausência da assistência social no SISAB prejudica a análise nesta pesquisa, pois não temos como obter a informação se a assistência social não realiza ações no PSE Carioca ou tão somente não as registra por falta de espaço para tal. A concentração de dados em um sistema específico da saúde não deixa claro se as escolas de fato realizam menos ações (ou nenhuma em muitos casos) do PSE Carioca ou se tão somente não possuem acesso para registro, a despeito do sistema destinar um espaço para esse registro. Segundo Monnerat e Souza (2011):

Embora a assistência social, dentre as áreas que compõem o tripé da Seguridade Social, seja a que tenha maior clareza política acerca da importância de se estabelecer estratégias de atuação intersetorial (e isto está presente nos documentos oficiais e no desenho da própria política), a capacidade institucional, financeira e política desta arena setorial ainda é muito baixa (MONNERAT e SOUZA, 2011, p. 46).

Tal citação reforça a realidade que foi encontrada durante a pesquisa: a área da assistência social no município do Rio de Janeiro tem baixa capacidade de atuação em comparação à saúde e à educação. Algumas hipóteses para tal situação apontadas pela citada autora são a falta de profissionais concursados e um número reduzido de CRAS e CREAS. A despeito da experiência com programas intersetoriais, como por exemplo o Bolsa Família, a atuação da assistência social no PSE Carioca parece marcada pela ausência de visibilidade que possibilite sua avaliação e monitoramento.

Verificou-se também, no processo da escrita desta dissertação como os dados públicos são de difícil acesso, sendo necessário solicitar auxílio para obter as informações desejadas para análise mais completa e correspondente com o desenho da política

investigada. Essa dificuldade na transparência dos dados dificulta a análise e avaliação da política pública. Visto que essas informações foram solicitadas diretamente a CAP 3.3 da SMS e a SME e a resposta dada pela SMS foi que as informações solicitadas estavam disponíveis no sistema.

12) Quantas ações foram desenvolvidas pelas unidades referentes ao Programa Saúde na Escola – PSE em 2016, 2017, 2018, 2019, 2020 e 2021, na cidade do Rio de Janeiro?

Para obter esse item, realizar o acesso público na plataforma de dados da Atenção Primária do Ministério da Saúde (MS).

(http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/esus/sisab_not_a_tecnica_relatorio_atividade_coletiva.pdf)

13) Quais ações foram executadas dentro desse programa (PSE), no mesmo período (2016-2021) na regional da cap. 3.3. Quantas ações foram executadas neste mesmo período?

Para obter esse item, realizar o acesso público na plataforma de dados da Atenção Primária do MS.

(http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/esus/sisab_not_a_tecnica_relatorio_atividade_coletiva.pdf) (Pedido LAI – 16499803)

Já a resposta da SME foi: “Prezado Solicitante, A Secretaria Municipal de Educação informou que em relação aos itens de 01 a 04, não dispõe dos dados conforme prevê o artigo 11 § 1º, inciso III da Lei nº 12.527/2011.” (Pedido de Acesso à Informação, RIO-24269885-0)

Por fim, analisando a legislação pertinente ao PSE Carioca e os dados de registro do SISAB encontramos como outro ponto preocupante a possível falta de informação sobre o CPF ou Carteira Nacional de Saúde dos participantes de algumas ações. Posso afirmar que até hoje não me foi solicitado nenhuma vez o CPF dos alunos que participaram de atividades. Porém, também sei que com o nome completo deles é possível pesquisar o CNS de cada criança.

As ações do PSE Carioca são feitas de maneira coletiva, por exemplo, em uma ação de aplicação de flúor, por mais que essa aplicação seja feita em cada criança a equipe do PSE não agenda a atividade se tiver que aplicar flúor em apenas uma criança, mas sim, se ela for até a escola para realizar esta ação com um grupo de crianças. Por esse motivo, o momento do registro no SISAB requer a descrição da ação realizada de acordo com a ficha de atividade coletiva (anexo 2), observando o quantitativo de participantes e o CPF ou o CNS de cada um envolvido naquela ação (salvo para as ativida-

des de educação em saúde e mobilização social). Segundo o documento orientador do PSE (BRASIL, 2021) podem ser realizadas quatro tipos de atividades:

a) Educação em saúde: Indica uma ação de educação ou ensino ou instrução em saúde, como encenações teatrais sobre algum tema em saúde, rodas de conversa com temas da saúde, campanhas pontuais ou sazonais de saúde, etc... Essa opção não exige que os usuários da atividade sejam identificados pelo CNS ou CPF.

b) Atendimento em grupo: Campo utilizado para indicar a realização de grupos terapêuticos, grupos operativos, oficinas, grupos temáticos por ciclo de vida ou condição de saúde, grupos de atividade física, terapia comunitária, entre outros. Essa opção exige que os usuários que participaram da atividade sejam identificados, pelo CNS ou CPF, mesmo que não apresentem alterações na avaliação.

c) Avaliação/Procedimento Coletivo: Indica avaliações ou procedimentos realizados em um grupo, como avaliação antropométrica, testes de acuidade visual, escovação dental supervisionada, aplicação tópica de flúor, entre outros. Exige a identificação dos usuários que participaram da atividade por meio do preenchimento do CNS ou CPF.

d) Mobilização social: Ações de promoção de mobilização comunitária com a constituição de redes sociais de apoio e ambientes de convivência e solidariedade. Essa opção não exige que os usuários da atividade sejam identificados pelo CNS ou CPF.

Dessa forma, como já descrito no capítulo anterior e revisitado no trecho acima, ainda que as atividades do PSE sejam coletivas, em algumas delas os participantes dos atendimentos em grupo ou das avaliações/procedimentos coletivo, precisam ter seus dados pessoais registrados para monitoramento do programa (BRASIL, 2021). A ausência dessa informação acarreta a não validação da ação e pode resultar no não recebimento de verbas federais (a primeira parcela o município que aderiu ao programa recebe, mas a segunda parcela depende dessa comprovação). Isso significa que não será toda ação registrada no SISAB que terá validade para fins de repasse de verba federal.

O Ministério da Saúde divulga uma vez por ano uma nota técnica com a apresentação dos resultados do PSE e as ações que foram validadas e contabilizadas em termos financeiros. Com isso, o município do Rio de Janeiro não recebeu a segunda parcela proveniente do governo federal no ano de 2018, já que não inseriu informações imprescindíveis para tanto.

5.4.

Os implementadores como possíveis modificadores do desenho da política pública no PSE Carioca

Diante do estudo ao longo dessa pesquisa para dissertação e das especificidades observadas na CAP 3.3 podemos nos questionar sobre o motivo pelo qual somente a saúde recebe a verba oriunda do governo federal e detém o controle sobre as informações de registro. Esse questionamento se torna maior ao observarmos a estrutura da CAP 3.3, repleta de profissionais contratados pelo regime da CLT (Consolidação das Leis Trabalhistas), logo, com maior facilidade para admissões e demissões. Todas as UBS possuem colaboradores contratados pelo regime da CLT e 20 são compostas, exclusivamente, por empregados públicos ou terceirizados. As outras possuem empregados públicos, servidores públicos e terceirizados³⁴.

Vieira-da-Silva (2014) associa a rotatividade dos gestores e a consequente reorganização das equipes técnicas como fatores que alteram as prioridades e os programas de saúde a serem desenvolvidos, ampliados ou descontinuados, sem necessariamente refletir as demandas da comunidade a ser atendida. Isso ocorreria por um simples motivo: a existência de um plano ou programa ou política não significa unanimidade ou consenso. Por isso, a simples troca de gestores e elementos de equipe podem significar mudança de prioridades e descontinuidade de uma política de saúde para ficarem mais adequadas aos interesses ou concepções dos gestores de cada momento e não, necessariamente, às demandas do território e da comunidade onde são executadas as ações.

Cada agente de nível de rua, médio ou alto escalão carrega concepções, valores e crenças (LOTTA, 2019). Cada alteração nos quadros pode gerar novas negociações ou imposições que acabam interferindo na implementação e execução de uma política pública. Além disso, Lotta alerta que “enquanto na formulação é possível pensar padrões mais homogêneos, é na implementação que as diversidades e desigualdades se manifestam, levando a resultados potencialmente distintos das mesmas políticas” (2019, p. 527). Por essa razão nos questionamos quanto a diferença no quantitativo de ações registradas por escola na CAP 3.3, onde algumas escolas não registram nenhuma ação enquanto outras escolas registram um quantitativo alto.

³⁴ Pedido LAI – 16499803.

Dessa maneira, podemos perceber que a universalização da saúde não garante isonomia, equidade ou qualidade dos serviços oferecidos para os cidadãos sem distinção. Além da possibilidade de a política refletir os interesses dos gestores imposta aos usuários de forma vertical, ainda existe a chance do implementador, em razão das suas limitações na prestação dos serviços públicos, “julgar os merecedores da política” e distribuir os serviços conforme tais julgamentos (LOTTA, 2019; OLIVEIRA & CARVALHO, 2019). Decerto em um trabalho sem dados qualitativos como o presente estudo seria difícil demonstrar a ocorrência desse tipo de julgamento no momento da entrega da política. Contudo, ao observarmos a tabela 9 (no tópico 5.3) podemos acreditar que acompanhar as necessidades e desenvolver ações em duas escolas municipais, provavelmente, é menos desafiador do que planejar e executar ações intersetoriais em quinze escolas em virtude de todos os aspectos que podem contribuir, positivamente ou não, para entrega de uma política intersetorial.

Para tentar entender como essas diferenças podem se refletir no desempenho selecionamos 3 unidades que atendem escolas com perfil NSE³⁵ médio-baixo, dentro e fora de comunidades e 3 unidades de saúde que atendem unidades com perfil NSE médio-alto.

A primeira UBS fica localizada no Bairro de Engenheiro Leal, na Rua Iguazú S/N. É uma unidade que atende 5 escolas. Entre elas uma unidade fica a 1 km da unidade e as outras 4 ficam a mais de 2 km de distância. Ela possuía no início do ano de 2022, 78 funcionários e em dezembro 90 colaboradores. Segue abaixo os registros encontrados no SISAB para o ano de 2022. Acrescentamos as informações de alunos matriculados nas escolas segundo o censo escolar de 2022 e a distância da UBS até as unidades escolares a pé, ou seja, não é uma linha reta e sim o menor caminho possível de ser feito a pé pelas equipes responsáveis pelo PSE Carioca na UBS.

³⁵ O Nível Socioeconômico da Escola (NSE) é um indicador que reflete as condições de vida (família, renda e bens básicos) dos alunos. Quanto maior o NSE, melhor a condição de vida dos alunos de uma escola.

UBS	U E	Ações e participantes até 5 anos	Alunos na EI	Distância a pé entre as unidades
CF Mestre Molequinho do Império	Creche Municipal Vovó Maria Joana	28 ações/ 232 participantes	89	2,4 km
	Creche M. Tia Maria do Jongo	16 ações/ 202 participantes	134	2,3 km
	E.M. Mestre Darcy do Jongo	38 ações/ 372 participantes	203	2,5 km
	E.M. República Dominicana	7 ações/ 70 participantes*	0	2,3 km
	CIEP Metalúrgico Benedito Cerqueira	64 ações/ 727 participantes	143	1 km

Quadro 2 – Resultados C.F. Mestre Molequinho 2022

Fonte: Elaborado pelo autor – SISAB – Censo Escolar 2022.

A unidade Mestre Molequinho apresenta, dentro da região selecionada, o segundo lugar de ações desenvolvidas no ano de 2022. Por isso, já seria importante analisar seus resultados. Contudo, outros aspectos a tornam mais interessante. O primeiro motivo é estar numa área vulnerável, aos pés do morro São José da Pedra que, atualmente, faz parte do complexo da Serrinha. Uma área extremamente violenta e que está em confronto contínuo com o Morro do Cajueiro e do Congonhas que estão sob domínio de uma facção rival. O segundo motivo é que 4 unidades de sua responsabilidade ficam relativamente mais longe de seu prédio (mais de 2 km) e mesmo assim possuem um número elevado de ações quando comparado com UBS que ficam em locais de fácil acesso e com escolas fora de comunidades dominadas pelo poder paralelo.

Por último, é possível inferir que existe algum tipo de preferência em realizar atividades em uma unidade em contraste com outras. Um exemplo, é que a unidade com mais ações registradas é a mais próxima da UBS. Nela foram realizadas 64 ações para um público de 143 alunos da educação infantil (totalizando 727 participantes), no CIEP metalúrgico Benedito Cerqueira. Outro exemplo de priorização é que foram realizadas 38 ações na educação infantil da Escola Municipal Mestre Darcy. No entanto, mesmo juntando todos os segmentos (educação infantil e ensino fundamental) da Escola Municipal República Dominicana foram registradas apenas 22 ações e as duas escolas dividem o mesmo quarteirão, ou seja, é possível que exista alguma facilidade para executar ações do programa em uma escola em comparação com a outra. Tal fato não nos causa estranheza visto que essa possibilidade já era apresentada nos estudos de Carmo e Guizardi (2017) quanto as relações de amizade para estabelecer e realizar as ações interse-

toriais. Já Lotta (2019) e Vieira-da-Silva (2014) alertam sobre a importância da discriminação dos implementadores na efetividade da execução de políticas públicas.

Mesmo assim, todas unidades escolares tiveram um número bastante positivo de atividades quando comparadas a outras escolas dentro ou fora de comunidade. Logo, é possível supor que os funcionários desta UBS e as escolas tenham uma maior facilidade na execução das atividades do programa. Mesmo que a escola viesse a ser utilizada apenas como um local de execução de ações de saúde.

A segunda unidade selecionada que atende a escolas com NSE médio-baixo é a Clínica da Família Anderson Fernandes. Ela fica no bairro de Honório Gurgel, na Rua Ururaí 550. Seu prédio foi construído ao lado do EDI Karine Lorraine Chagas de Oliveira e da Vila Olímpica de Honório Gurgel. Fica em uma região residencial, mas atende a 3 comunidades (Proença Rosa, Mundial e Guaxindiba). Ela é a unidade de referência de 5 escolas, sendo três da 5ª CRE e duas da 6ª CRE. Seguem as ações registradas no ano de 2022.

UBS	U E	Ações e participantes até 5 anos	Alunos na EI	Distância a pé entre as unidades
CF Aderson Fernandes	E.M. Fornovo	15 ações/ 498 participantes	23	350 m
	E. M. Sílvio Romero	0 ações/ 0 participantes	0	950 m
	EDI Karine Lorraine	29 ações /315 participantes	244	36 m
	E.M. Alípio de Miranda Ribeiro	7 ações /100 participantes	0	600 m
	EDI Firmino Costa	18 ações /323 participantes	142	1 km

Quadro 3 – Resultados C.F. Aderson Fernandes 2022

Fonte: Elaborado pelo autor – SISAB – Censo Escolar 2022.

Esta unidade merece ser apreciada pois ela apresenta algumas condições importantes para entender como tanto as condições estruturantes e as concepções dos implementadores são importantes na execução das ações intersectoriais do PSE Carioca. Todas as unidades escolares ficam a menos de 1 km de distância da Clínica da Família. Isso já chama atenção pois foram realizadas quase metade das ações realizadas pela CF Mestre Molequinho, mesmo com unidades mais distantes e dentro de áreas conflagradas. Contudo diferente da primeira que aumentou o número de funcionários, a CF Aderson Fernandes possuía 86 funcionários em janeiro de 2022 e em dezembro apenas 67 colabora-

dores³⁶. Comparando os nomes dos funcionários cadastrados no início do ano e o nome dos que estavam registrados no fim de 2022 foi constatado que dos atuais 67 funcionários 41 eram novos, inclusive o gerente da unidade. Lodeyro (2019) e Kusano (2019) já alertavam a alta rotatividade dos colaboradores da saúde como um dificultador na execução do PSE. Toda via, ainda conseguiu realizar mais atividades que 22 outras unidades.

A CF Aderson Fernandes realizou mais ações na escola mais próxima de seu prédio e que fica fora das comunidades carentes sob sua responsabilidade. No EDI Karine Lorraine foram realizadas 29 ações. O segundo lugar ficou com o EDI Firmino Costa com 18 ações na educação infantil. Mas, nos chama atenção ao fato de terem sido realizadas 15 ações com 498 participantes de 0 até 5 anos na E.M Forno quando a escola só tinha 23 alunos matriculados na educação infantil. Ou a eSF realizou muitas ações com esses 23 alunos ou sinalizou de forma equivocada a idade do público-alvo das ações e, infelizmente, não é possível verificar a veracidade dos dados apresentados para confirmar a primeira opção ou descartar a segunda.

A terceira unidade que vamos analisar atendendo escolas de NSE médio-baixo, se chama Maestro Celestino e fica localizada no Bairro de Marechal Hermes, na Rua Lourenço Marques 70. Ela foi construída no meio da comunidade da Palmeirinha e apresentou os seguintes registros em 2022.

UBS	U E	Ações e participantes	Alunos na EI	Distância a pé entre as unidades
CF Maestro Celestino	E.M. Emílio Carlos	0 ações/ 0 participantes	0	1 km
	E.M. Isaias Alves	1 ação/ 25 participantes	0	1 km
	CIEP João do Rio	7 ações/ 90 participantes	90	1 km
	Creche M. Sempre Vida Palmeirinha	12 ações/ 294 participantes	45	500 m
	EDI Prof. Ubirajara de Paula de Castro	9 ações/ 100 participantes	182	5 m

Quadro 4 – Resultados C.F. Maestro Celestino 2022

Fonte: Elaborado pelo autor – SISAB – Censo Escolar 2022.

Além de estar dentro de uma comunidade vulnerável essa unidade apresenta a particularidade de ter realizado mais ações em uma unidade mais longe e com menos

³⁶ Fonte: Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde – CNES

alunos do que ações realizadas na unidade mais próxima do seu prédio. A Clínica fica ao lado do EDI Professor Ubirajara de Paula Castor e participou de apenas 9 ações com 100 participantes, mesmo tendo 182 alunos matriculados no EDI. Enquanto a C.M. Sempre Vida Palmeirinha recebeu 12 ações com 294 participantes e apenas 45 alunos em suas 2 turmas de maternal. Essa discrepância nos mostra que foram realizadas mais de uma ação por aluno numa escola e em outra houve alunos que não foram atendidos nenhuma vez. Isso mais uma vez comprova que durante o processo de execução da política pública o agente implementador pode produzir e reproduzir desigualdade (LOTTA, 2019; PIRES, 2019; OLIVEIRA e CARVALHO, 2019)

Mais uma vez percebemos na unidade algumas situações desafiadoras para executar de forma adequada as ações do PSE. A primeira é que, segundo dados do CNES, de janeiro até abril a unidade Maestro Celestino não tinha gerente, ou seja, uma enfermeira respondia pela unidade acumulando funções de gestão e atendimento regular de sua agenda de pacientes. Depois em maio chegou uma gerente e que foi substituída em novembro, ou seja, não permaneceu na unidade nem 7 meses. Foram realizadas apenas 29 ações e a unidade contava com 39 funcionários em janeiro de 2022 e em dezembro do mesmo ano possuía 48 colaboradores registrados no CNES. Dos 39 iniciais apenas 32 permaneceram até dezembro. Ou seja, mesmo o número de agentes tendo aumentado houve uma alteração de 16 trabalhadores dentro do ano de 2022. Esse quadro dificulta muito a execução de qualquer planejamento realizado em conjunto no início do ano letivo, primeiro pela escassez de funcionários, sua rotatividade e a falta de uma chefia administrativa para efetivamente cobrar a execução das ações programadas para o ano.

Em contraponto iremos analisar resultados de 2 unidades de saúde que atendem escolas com alunos de NSE médio-alto e a UBS que mais registrou ações no ano de 2022 e avaliar se, por estarem fora de áreas vulneráveis, ela tem mais ou menos facilidades para executar ações do PSE carioca.

A primeira UBS a ser analisada é a Clínica da Família Candido Ribeiro. Ela foi construída dentro do terreno da Lona Cultural de Vista Alegre e fica situada na Av. São Félix, 201. Vista Alegre é um bairro de classe média alta, criado em 1954 e conta, predominantemente, com descendentes de portugueses, italianos e espanhóis. Essa UBS atende 6 escolas nos bairros de Vista Alegre, Brás de Pina e Vila da Penha, começou o ano de 2022 com 52 funcionários e em dezembro possuía 65 colaboradores. Entretanto

apenas 38 permaneceram da lista de janeiro, ou seja, foram trocados 27 colaboradores no período de 12 meses, inclusive a gerente da unidade foi substituída durante o ano de 2022. Esse dado corrobora quão grave e elevado é o número de trocas na composição das UBS que visam um atendimento de proximidade. Mesmo em uma área que não é considerada vulnerável socialmente. Seguem seus resultados em 2022.

UBS	U E	Ações e participantes até 5 anos	Alunos na EI	Distância a pé entre as unidades
CF Candido Ribeiro	E.M. Maria Baptista D.T. Lotte	1 ação/ 30 participantes	0	500 m
	E.M. Albert Sabin	33 ações/ 792 participantes	85	1,9 km
	E.M. Quintino do Vale	7 ações/ 73 participantes	0	1,7 km
	E.M. Grécia	0 ações/ 0 participantes	0	1,5 km
	E.M. Marcilio Dias	14 ações/ 153 participantes	0	1,2 km
	Creche Casulo São Rafael Arcanjo	12 ações/ 181 participantes	65	1,1km

Quadro 5 – Resultados C.F. Candido Ribeiro 2022

Fonte: Elaborado pelo autor – SISAB – Censo Escolar 2022.

O grande diferencial dessa UBS é que ela executa ações na única creche parceira da prefeitura da CAP 3.3, pactuada no PSE Carioca. Quando na verdade, como dito anteriormente, elas seriam prioritárias e todas deveriam participar desse movimento. Ela se chama Creche Casulo de São Rafael e possui 65 alunos divididos nos segmentos do Maternal I e Maternal II. Ela fica a pouco mais de 1 km do prédio da clínica de referência e no ano de 2022 recebeu 12 ações, totalizando 181 participantes. Dessa maneira, podemos inferir que é provável que os alunos participaram de mais de uma ação. Mas não parece possível que todas as crianças tenham participado das 12 ações.

Outro ponto interessante é que apenas 2 unidades atendem a educação infantil, porém, 5 unidades têm ações registradas para esse público-alvo. Mais uma vez fica a dúvida se todas as ações foram registradas de forma incorreta, o que pode ser explicado também pela alta rotatividade dos funcionários, ou se não aconteceram e foram registradas sem se atentar que aquele código INEP não corresponde ao público-alvo selecionado.

Além disso, a unidade escolar que possui mais ações e participantes é a que fica mais distante da Clínica. Ela fica a quase 2 km de distância, mas acumulou 33 ações e

792 participantes enquanto a mais próxima teve apenas 26 ações (realizadas com o ensino fundamental). Mais uma vez podemos perceber que mesmo fora de áreas vulneráveis poderão ocorrer mais ou menos ações em razão das relações existentes entre a UBS e a unidade escolar e a disparidade de uma unidade a outra. Quando numa creche são realizadas 12 ações e em outro aparelho são realizadas quase que o triplo dentro do mesmo período. Claramente o programa não foi executado de forma equânime entre as unidades escolares dentro do território de abrangência da UBS.

Outra unidade que atende escolas de NSE médio-alto é a Clínica da Família Amaury Bottany. Ela fica ao lado da sede da subprefeitura no bairro de Irajá, na Av. Monsenhor Félix, 512 e atende 5 escolas (3 atendem a creche e pré-escola) que ficam a até 1km do prédio da UBS. Ela possuía em janeiro de 2022, 57 funcionários. Felizmente, em dezembro de 2022 a unidade contava com 68 colaboradores. Desse total se mantiveram 51 dos colaboradores desde o início do ano. Ou seja, a unidade recebeu 17 novos funcionários em 2022.

UBS	U E	Ações e participantes até 5 anos	Alunos na EI	Distância a pé entre as unidades
CF Amaury Bottany	E. M. José do Patrocínio	0 ações/ 0 participantes	0	1 Km
	E.M. Alfredo de Paula Freitas	11 ações/ 410 participantes	89	950 m
	E. M. Mato Grosso	7 ações/ 73 participantes	224	550 m
	E.M. Claudio Ignácio de Oliveira	20 ações/ 257 participantes	103	600 m
	E.M. Barcelona	0 ações/ 0 participantes	0	900 m

Quadro 6 – Resultados C.F. Amaury Bottany 2022

Fonte: Elaborado pelo autor – SISAB – Censo Escolar 2022.

A partir do quadro acima percebemos similaridades com outras UBS já analisadas. A primeira semelhança é não realizar o maior número de atividades na unidade mais próxima da Clínica da Família. A segunda semelhança é a não padronização do número de ações entre as unidades escolares. Em uma unidade são realizadas poucas ações e poucos alunos são atendidos e em outras unidades são realizadas muitas ações ofertando ao mesmo aluno diversos tipos ações. Um exemplo é a E. M. Alfredo de Paula Freitas. Nessa escola ocorreram 11 ações para 89 alunos e foram registrados 410 participantes (a mesma criança pode ter participado de diversas ações). No entanto, na E.

M. Mato Grosso foram registradas 73 participantes, em 7 ações para um universo de 224 estudantes da educação infantil. Dessa forma, certamente, existiram alunos que não participaram de nenhuma ação do programa em 2022. Ou se participaram não tiveram suas ações lançadas no SISAB. Ressalte-se que nessa UBS não percebemos registros indevidos para o público-alvo da educação infantil, ou seja, não foram sinalizadas ações em escolas que não possuem EI.

A última UBS a ser analisada fica no bairro de Madureira, na Praça do Patriarca e foi a unidade que mais registrou ações no ano de 2022. Ela atende tanto a unidades dentro e fora de áreas vulneráveis e unidades com NSE médio-baixo e médio alto. A distância entre a unidades variam entre 150 metros até quase 2 km. Essa UBS possuía 131 funcionários em janeiro de 2022 e terminaram o ano com 146 colaboradores para atender 7 escolas nos bairros de Madureira, Cascadura e Campinho. Os números da UBS em 2022 foram:

UBS	U E	Ações e participantes até 5 anos	Alunos na EI	Distância a pé entre as unidades
CF Souza Marques	E. M. Paraná	99 ações/ 1755 participantes	151	1,1 km
	Creche M. Josué de Castro	47 ações/ 640 participantes	171	1,8 km
	E.M. Maria das Dores Negrão	10 ações/ 651 participantes	55	1,9 km
	E.M. Cardeal Arcoverde	3 ações/ 79 participantes	41	180 m
	E. M. Rugendas	0 ações/ 0 participantes	0	1 km
	E.M. Ministro Edgard Romero	0 ações/ 0 participantes	0	750 m
	E.M. Mozart Lago	5 ações/ 174 participantes	156	1,3 km

Quadro 7 – Resultados C.F. Souza Marques 2022

Fonte: Elaborado pelo autor – SISAB – Censo Escolar 2022.

A unidade com mais ações registradas apresenta números muito discrepantes em comparação a outras UBS e entre as escolas que atende. Enquanto a CF Souza Marques realizou 164 ações distribuídas por 7 escolas, a UBS que registrou o menor número de ações foi o CMS Alberto Borgeth (4 ações).

Analisando o PSE Carioca sob o ponto de partida das escolas atendidas pela CF Souza Marques temos que a E. M. Paraná, como apresentado anteriormente, teve 99

ações registradas e 1755 participantes de 0 até 5 anos. Porém, se for contar todas as atividades realizadas nessa escola, os números sobem para 105 ações e 1834 participantes do PSE Carioca em 2022. Ela fica na Avenida Ernani Cardoso, 316, no bairro de Cascadura. Uma via importante da cidade que liga os bairros da Praça Seca, Campinho, Madureira e Cascadura. Essa unidade tinha, em 2022, 868 alunos matriculados na educação infantil e no 1º e 2º segmentos do ensino fundamental e fica a 1,1 km de distância da CF Souza Marques.

A segunda escola com mais ações e participações é a C.M. Josué de Castro. Está situada na Rua Sagrado Coração de Jesus, S/N, no bairro do Campinho. Ela fica dentro de uma área vulnerável daquele bairro. Mas, mesmo assim conseguiu registrar 47 ações e 640 participantes, em um universo de 171 estudantes matriculados. Os agentes da eSF, caminham 1,8 km para chegar na creche para realizar cada uma dessas ações.

Essas duas primeiras escolas são interessantes, pois acumulam quase que a totalidade das ações realizadas pela Clínica da Família Souza Marques, que realizou apenas 18 ações fora dessas unidades.

Na escola Cardeal Arcoverde foram realizadas apenas 3 ações no ano de 2022. Mesmo sendo uma unidade que atende educação infantil e fica a apenas 180 metros da UBS e fora de área vulnerável. Enquanto, duas unidades mais distantes receberam 15 ações no mesmo período. Essa diferença nos permite inferir que exista uma facilidade maior em realizar ações em uma escola do que em outra conforme estudo de Carmo e Guizardi (2017), onde as relações pessoais podem favorecer a realização de ações inter-setoriais e a sua falta pode ser um dificultador e ampliador de desigualdades na medida que os agentes implementadores executam mais ou menos ações em determinadas unidades (LOTTA, 2019; PIRES, 2019; OLIVEIRA e CARVALHO, 2019).

Dessa forma conseguimos perceber como a efetividade do programa é frágil e varia de UBS para UBS e de escola para escola. Seriam necessários 33 estudos de casos para entender como ocorreu o PSE em cada unidade de saúde e como ocorreu com a escola parceira. Uma possibilidade para tal variação é o sentimento de pertencimento, compreensão do programa, rotatividade dos funcionários, pouco treinamento, sobrecarga de trabalho e a relação que os gestores da saúde/educação e agentes possuem entre si e para com a comunidade escolar. Fica evidente que existem fatores que motivaram a

ser realizadas mais ações em uma ou outra unidade e seria interessante entender como essas escolhas se deram. Mas, observando os números é evidente a existência de fatores ocultos na execução do PSE Carioca dentro de cada UBS.

Ressalte-se que além das atribuições com o programa intersetorial em análise, cada unidade de saúde ainda tem que atender a população do território sob sua responsabilidade em questões exclusivas da área da saúde, tais como vacinação, prevenção de doenças, acompanhamento por equipes de saúde da família, planejamento familiar etc. Por esse motivo nos questionamos sobre o espaço que um programa intersetorial como o PSE Carioca tem em cada unidade de saúde. Talvez isso explique o desempenho variado entre uma unidade e outra como mostrou a tabela 9. Esse dado de pesquisa confirma a necessidade de futuros estudos, também qualitativos sobre a implementação do PSE na cidade do Rio de Janeiro e nas diversas etapas da educação carioca.

6 CONCLUSÃO

A proposta inicial para o desenvolvimento da presente pesquisa era analisar a implementação de uma política intersetorial – PSE Carioca – para a educação infantil no município do Rio de Janeiro. Ao longo da pesquisa documental e bibliográfica foi possível encontrar um arcabouço que consolidava os conceitos preconizados pelos textos legais, ou seja, a importância do desenvolvimento integral da criança, a prevalência das ações intersetoriais durante a primeira infância e a articulação entre as áreas de saúde, educação e assistência social com o potencial de reduzir desigualdades educacionais e ampliar a justiça social.

Segundo a literatura de implementação de políticas, especialmente as lições de Lotta (2019), a avaliação é uma das fases da política pública, assim como a agenda, a formulação e a implementação. Por meio da avaliação seria possível verificar se a implementação de uma política alcançou os fins a que se destinou. No caso da presente pesquisa, o PSE nacional possui um desenho de avaliação e monitoramento previamente estipulado. Inclusive vincula o monitoramento da execução ao financiamento para a execução da política. Em tese, se já existe um sistema de monitoramento posto seria possível à sociedade civil acompanhar a execução e até mesmo avaliar o impacto da política. Só que a realidade não acompanha a teoria. Por esse motivo, o objetivo desta dissertação foi alterado para a análise da trajetória da implementação do PSE Carioca, discutindo as particularidades do caso da cidade do Rio de Janeiro, a relevância desse programa para a Educação Infantil e problematizando o sistema de monitoramento e avaliação do referido programa.

Ao longo da dissertação diversos temas relevantes para pensarmos a intersetorialidade na Educação Infantil foram trazidos. Iniciamos com o conceito de saúde, que deixou de ser a ausência de doenças para ser relacionado à qualidade de vida. Ressalte-se que apesar de destacarmos no texto o período de 1970 a 1986, o conceito de promoção de saúde já era discutido antes desse período e ainda passa por discussões na área da saúde atualmente. Esse período foi frisado porque é um marco na inserção da saúde de

forma global, incluindo alimentação, moradia, lazer, atividade física, educação, trabalho e renda nas discussões de políticas públicas sociais, em especial no que se refere à universalização ao direito à saúde. Estando a saúde na Constituição de 1988 como um direito fundamental fica mais propício ao poder público debater e implementar ações intersetoriais. Essa intersetorialidade potencializa também a área de assistência social que, em conjunto com a saúde e a educação, amplia seu escopo de atendimento mesmo com ausência de recursos humanos e financeiros como as demais áreas.

Outro ponto discutido no texto foi o conceito de intersetorialidade. O referido termo não é um consenso nem mesmo na área da saúde. Da mesma forma, não é um consenso entre a saúde, a educação e a assistência social. O PSE trouxe em seu documento norteador seu próprio conceito de intersetorialidade, o que não foi encontrado no PSE Carioca. O único ponto em comum foi a ideia de que as políticas intersetoriais melhoram a eficiência e reduzem os custos do serviço público, por isso a relevância de investir nelas. O conceito de saúde integral presente no PSE vai de encontro à proteção integral preconizada pela educação. Nesse âmbito a Educação Infantil, com origem em políticas de assistencialismo prioriza inicialmente a assistência.

Diante de tudo o que foi trazido neste trabalho, fazemos o seguinte questionamento: o PSE carioca é mesmo um programa intersetorial ou é um programa de saúde escolar higienista que usa tão somente o espaço físico escolar para ser executado? O Programa parece idealizar uma articulação entre os setores da educação, saúde e assistência social com base na teoria social e em atenção às experiências dos sujeitos e necessidades dos territórios. Os documentos oficiais preveem o compartilhamento de saberes, recursos, objetivos e metas entre os três setores, assim como o poder decisório junto da comunidade e os conselhos locais de saúde, mas quando chegamos nos registros no SISAB não está clara toda essa integração. Ao contrário, os registros mostram que o desempenho entre as áreas é independente, desigual e equivocado.

Para o Programa Saúde na Escola, seja o nacional seja o municipal, o registro das ações é concentrado em único sistema, o SISAB. Ao analisarmos os dados desse sistema foram encontradas diversas inconsistências, conforme buscamos descrever detalhadamente nesta dissertação. A inconsistência e a ausência de informações fizeram com que a análise do impacto da política pública fosse inviável de ser feito de forma consistente. Não se pode nem mesmo afirmar que o programa atende ou não aos fins a

que se destina. Não há dados claros para isso. O que os dados nos mostram é a preponderância da área da saúde sobre a educação e a invisibilidade da área da assistência social. Sendo assim, o que nos resta é analisar aquilo que foi possível ser encontrado nestes dados.

O maior problema da inconsistência dos dados do SISAB é a inviabilidade da avaliação e do monitoramento da política pública implementada. Ao longo desta dissertação pudemos discutir o quanto a intersetorialidade tem o potencial de redução de desigualdades na primeira infância. No entanto, não basta apenas existirem ações ditas intersetoriais; elas precisam existir na prática e precisam ser acompanhadas publicamente para que possam ser rediscutidas e reavaliadas em consonância com o desenho e os objetivos do Programa.

A Constituição de 1988 reconhece tanto a saúde quanto a educação como direitos sociais universais da população brasileira. Contudo, a análise deste programa intersetorial nos mostra que o município do Rio de Janeiro não consegue desenvolver um programa como precisaria fazer, sobretudo em razão das desigualdades socioeconômicas dessa cidade. Tais dificuldades são reflexo não só do subfinanciamento das políticas públicas sociais (JUNQUEIRA, 2004) de prevenção e promoção da saúde (SILVA, 2019; ESCOREL, 1999), mas também de falhas na implementação da política pública e da possível falha na coordenação do programa à nível local. Partindo do princípio de que os dados do SISAB estavam corretos, encontramos muitas ações sendo realizadas por uma escola enquanto não foram feitas ações em outras escolas, de modo que a falha na execução do programa reforçaria desigualdades sociais e educacionais. Do mesmo modo encontramos escolas que faziam tantas ações de saúde que era como se praticamente todos os dias houvesse ações do PSE Carioca, o que dificilmente corresponde a uma realidade na escola.

Acreditamos que a coordenação da União é importante para gerenciar e possibilitar uma integração entre as redes e os sistemas, assim como (re)estabelecer as diretrizes nacionais do PSE após a avaliação da implementação do programa. Dessa forma ela poderia contribuir mais na implementação de ações e programas intersetoriais que promovam o desenvolvimento integral dos estudantes brasileiros e a cultura de paz (BRASIL, 2007), sobretudo em razão da diversidade de capacidades administrativas dos municípios brasileiros. Da mesma forma é importante aprimorar a ferramenta que é utiliza-

da para o monitoramento da execução das ações e reforçar o treinamento para o uso da mesma, pois, durante a pesquisa, constatamos que é um problema recorrente e ocorre em nível nacional o registro de forma equivocado. Cabe registrar que observamos no decorrer da pesquisa que o governo estadual esteve ainda mais ausente que o governo federal. Um exemplo desse afastamento é que a última vez que o site da Secretaria Estadual de Saúde foi atualizado foi em 14/07/2017 e consta apenas os materiais daquele ciclo (2017-2018).

O estudo apresentado no capítulo 4 deste trabalho mostrou que o PSE Carioca não tem uma constância em seu desenvolvimento. Decerto a pandemia por Covid-19 interferiu no funcionamento das escolas, mas não seria justamente num período de emergência sanitária que esse programa intersetorial deveria ser mais atuante? Compreendemos que o PSE, que é uma política pública social intersetorial que tem como objetivo integrar ações entre saúde e educação para contribuir no desenvolvimento integral do estudante da rede pública (BRASIL, 2007), deveria/poderia ter destaque dentro desse período de emergência sanitária quando os estudantes passaram por momentos delicados de segurança alimentar e saúde mental, onde as ações intersetoriais seriam fundamentais para mitigar os efeitos do distanciamento social e contribuir para o desenvolvimento integral das crianças num contexto absolutamente adverso. Todavia, não foi o que aconteceu. Partindo da premissa de que as ações realizadas foram inseridas no SISAB, as ações intersetoriais não aconteceram durante a pandemia por Covid-19 no município do Rio de Janeiro. O PSE ficou esquecido, preterido pela necessidade de atender presencialmente os infectados e com uma enorme falta de recursos humanos, materiais e financeiros para manter e estruturar as redes intersetoriais no combate à uma nova doença, conforme, informações divulgadas na Nota Técnica 10/2021- CGPRO-FI/DEPROS/SAPS/MS. Cabe salientar, que nesse período de afastamento social foi autorizado pelo Ministério da Saúde que as ações do PSE fossem realizadas por meios presenciais, remotos ou híbridos e as atividades registradas no SISAB regularmente, entretanto os dados indicam que a expectativa dos formuladores não foi atingida. Um indicador dessa afirmação foi o fato de que, tendo em vista o contexto de escolas fechadas poucas ações foram realizadas com a temática e no Rio de Janeiro a ação mais realizada conforme dito anteriormente foi o combate à arboviroses.

Acrescenta-se que, de julho a dezembro, com relação a ação de Prevenção à Covid-19, foram realizadas 4.094 atividades, 3,12% do total

de ações do PSE, com 194.240 participantes, em 1.512 escolas pactuadas (1,65% das pactuadas), de 203 municípios aderidos (3,84% dos aderidos). (Nota Técnica 10/2021- CGPROFI/DEPROS/SAPS/MS)

Diante de tudo o que foi visto neste trabalho observamos que o PSE Carioca tem como desafios a notificação falha das ações no SISAB, o número significativo de ações registradas como realizadas somente por equipes da saúde em comparação aos seus parceiros da educação, a ausência de registro de ações em assistência social, a predominância de ações realizadas em poucas unidades do território e a prevalência dos mesmos temas em saúde em todos os anos pesquisados (2018 a 2022). Mesmo após o período mais crítico da pandemia não observamos nos registros das ações o aumento de atividades ligadas à saúde mental, por exemplo.

A despeito das inconsistências no SISAB que inviabilizam uma análise mais precisa do PSE Carioca, podemos refletir sobre os desafios da intersetorialidade, considerando a complexidade de reunir esforços entre três áreas diversas – saúde, educação e assistência social – sobretudo quando cada área age sozinha, ainda que no mesmo espaço – a escola – e registra sozinha, ou seja, presta contas de sua atividade sem articulação com as outras áreas, ou mesmo nem recebe um espaço adequado para inserir seus registros. A pesquisa mostrou fortes indícios de que as áreas não estão coesas entre si para o desenvolvimento das ações e que existe uma assimetria no poder decisório que não condiz com os objetivos de uma política pública intersetorial dificultando a redução das desigualdades sociais e a promoção de saúde dos estudantes, em especial, da educação infantil carioca.

Referência Bibliográficas

ABRUCIO, F. L.; SEGATTO, C. I.; PEREIRA, M. C. G. **Regime de colaboração no Ceará: funcionamento, causas do sucesso e alternativas de disseminação do modelo**. São Paulo: Instituto Natura, FGV, CEAPG, 2016.

AKERMAN, M. et al. Intersetorialidade? IntersetorialidadeS! **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 19, n. 11, p. 4291–4300, nov. 2014.

BARBIERI, A.F; NOMA, A.K. A intersetorialidade nas políticas brasileiras de educação: a articulação setorial no Programa Saúde na Escola. **Educação Unisinos**, v. 21, n. 2, p. 137-145, maio/ago. 2017.

BONAMINO, A. et al. Os efeitos das diferentes formas de capital no desempenho escolar: um estudo à luz de Bourdieu e de Coleman. **Revista Brasileira de Educação**, v. 15, n. 45, p. 487–499, set. 2010.

BOOTH, W. C.; COLOMB, G.G.; WILLIAMS, J.M. **A arte da pesquisa**, p. 45-83, São Paulo: Martins Fontes, 2008

BORTOLANZA, I. A. **As políticas compensatórias e seus impactos na Educação: o caso de Três Barras do Paraná**. 2020. 99 f. Dissertação (Mestrado em Educação), Universidade Estadual do Oeste do Paraná, Cascavel, 2020

BORTOT, C. M.; LARA, A. M. de B. Integração latino-americana para a educação infantil: em foco as políticas intersetoriais recomendadas pela Unesco. **Revista Triângulo**, Uberaba – MG, v. 11, n. 4-Esp, p. 109–149, 2018. DOI: 10.18554/rt.v11i4.3451. Disponível em: <https://seer.uftm.edu.br/revistaeletronica/index.php/revistatriangulo/article/view/3451>. Acesso em: 30 out. 2022.

BRASIL. Casa Civil. Decreto Presidencial nº. 6.286, de 5 de dezembro de 2007. Institui o Programa Saúde na Escola – PSE, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, 6 dez. 2007.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Para entender a gestão do SUS / Conselho Nacional de Secretários de Saúde**. – Brasília: CONASS, 2003.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, 1988.

BRASIL. **Decreto nº 9.579, de 22 de novembro de 2018**. Consolida atos normativos editados pelo Poder Executivo federal que dispõem sobre a temática do lactente, da criança e do adolescente e do aprendiz, e sobre o Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente, o Fundo Nacional para a Criança e o Adolescente e os programas federais da criança e do adolescente, e dá outras providências.

BRASIL. **Lei nº 13.257, de 8 de março de 2016**. Dispõe sobre as políticas públicas para a primeira infância e altera a Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990 (Estatuto da Criança e do Adolescente), o Decreto-Lei nº 3.689, de 3 de outubro de 1941 (Código de

Processo Penal), a Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), aprovada pelo Decreto-Lei nº 5.452, de 1º de maio de 1943, a Lei nº 11.770, de 9 de setembro de 2008, e a Lei nº 12.662, de 5 de junho de 2012. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/ato2015-2018/2016/lei/113257.htm.

BRASIL. Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira. **Sinopse estatística da Educação Básica 2021**. Brasília: INEP 2022. [site da internet]. Disponível em: http://download.inep.gov.br/educacao_basica/censo_escolar/resumos_tecnicos/resumo_tecnico_censo_educacao_basica_2012.pdf

BRASIL. **Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional**, LDB. 9394/1996.

BRASIL. **Lei nº 6.697, de 10 de outubro de 1979**. Código de Menores.

BRASIL. **Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990**. Estatuto da Criança e do Adolescente. Brasília: Diário Oficial da União, 1990.

BRASIL. **Lei 8080 de 19 de setembro de 1990**, dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. 1990.

BRASIL. **Lei nº 14.284, de 29 de dezembro de 2021**, institui o Programa Auxílio Brasil e o Programa Alimenta Brasil; define metas para taxas de pobreza; altera a Lei nº 8.742, de 7 de dezembro de 1993; revoga a Lei nº 10.836, de 9 de janeiro de 2004, e dispositivos das Leis nºs 10.696, de 2 de julho de 2003, 12.512, de 14 de outubro de 2011, e 12.722, de 3 de outubro de 2012; e dá outras providências.

BRASIL. Ministério da Educação. **Diretrizes Curriculares Nacionais Gerais da Educação Básica**. Secretária de Educação Básica. Diretoria de Currículos e Educação Integral. – Brasília: MEC, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). Ministério da Educação. **Manual Instrutivo. Programa Saúde na Escola Brasília**: MS; 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Ministério da Educação. **Portaria Interministerial nº 1.055, de 25 de abril de 2017. Redefine as regras e critérios para adesão ao Programa Saúde na Escola (PSE) por Estados, Distrito Federal e Municípios e dispõe sobre o respectivo incentivo financeiro para custeio de ações**. Diário Oficial da União, 26 abril 2017 (nº 79, seção 1, pág.36)

BRASIL. Ministério da Saúde. **Escolas Promotoras de Saúde: experiências do Brasil**. Ministério da Saúde, Organização Pan-Americana da Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2007

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Passo a Passo Programa Saúde na Escola (PSE)**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **O sistema público de saúde brasileiro**. CO-NASS. Brasília: MS, 2002

BRASIL. **Portaria n. 198 GM/MS, de 13 de fevereiro de 2004**. Institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia do Sistema Único de Saúde para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor e dá outras provi-

dências. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Poder Executivo, Brasília, DF, 13 fev. 2004

BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa Saúde na Escola. Cadernos da Atenção Básica**. Brasília: MS, 2009

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria no 2.446, de 11 de novembro de 2014**. Redefine a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS). Diário Oficial da União 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Relatório final da VIII Conferência Nacional de Saúde**, 1986.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica** / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde**. Portaria nº 687 MS/GM, de 30 de março de 2006. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde: PNPS: Anexo I da Portaria de Consolidação nº 2, de 28 de setembro de 2017, que consolida as normas sobre as políticas nacionais de saúde do SUS/ Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde – Brasília: Ministério da Saúde, 2018.**

BUSS, P. M.; PELLEGRINI FILHO, A.. A saúde e seus determinantes sociais. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 17, n. 1, p. 77–93, jan. 2007.

CANADA. **A new perspective on the health of Canadians: a work document**. Ottawa, Ministry of Health and Welfare, April 1974, 76p + anexos.

CARMO, M. E.; GUIZARDI, F. L. Desafios da intersetorialidade nas políticas públicas de saúde e assistência social: uma revisão do estado da arte. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 27, n 4, p. 1265-1286, out. 2017.

CAPILHEIRA, C. D.; MOTA, M. R. A.; LOCKMANN, K. As políticas de assistência social à infância na governamentalidade neoliberal: estratégias de investimento em capital humano. **Zero-a-Seis**, Florianópolis, ago. 2021.

CHIARI, A. P. G. et al. Rede intersetorial do Programa Saúde na Escola: sujeitos, percepções e práticas. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 34, n. 5, p. e00104217, 2018.

CONFERÊNCIA INTERNACIONAL SOBRE CUIDADOS PRIMÁRIOS DE SAÚDE, 1978, Alma-Ata. **Declaração de Alma-Ata**. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Projeto Promoção da Saúde. As cartas da promoção da saúde. Brasília, DF, 2002. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cartas_promocao.pdf>

CONFERÊNCIA INTERNACIONAL SOBRE PROMOÇÃO DA SAÚDE, 1., 1986, Ottawa. *Carta de Ottawa*. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Projeto Promoção da Saúde. **As cartas da promoção da saúde**. Brasília, DF, 2002. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cartas_promocao.pdf>

CRUZ, S. H. V.; MARTINS, C. A.; CRUZ, R. C. de A., 2021. A Educação Infantil e demandas postas pela pandemia: intersectorialidade, identidade e retorno às atividades presenciais. **Zero-a-seis**, 23(Especial), pp.147–174. 2021.

ERNICA, M.; RODRIGUES, E. C. (2020) Desigualdades educacionais em metrópoles: território, nível socioeconômico, raça e gênero. **Educação & Sociedade** [online]. V. 41 Disponível em: <https://doi.org/10.1590/ES.228514>

ERNICA, M. e BATISTA, A. A. G. (2012) A escola, a metrópole e a vizinhança vulnerável. **Caderno de Pesquisa** V. 42, n. 146, 2012

ESCOREL, S. **Reviravolta na saúde: origem e articulação do movimento sanitário** [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1999.

FERNANDES, L.; ORTEGA, F. A Atenção Primária no Rio de Janeiro em tempos de Covid-19. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 30, n. 3, p. e300309, 2020.

FEROLLA, L. M. **Efeitos do Programa Saúde na Escola em indicadores municipais de saúde**. 2019. 272 f. Tese (Doutorado) - Programa de Pós Graduação em Administração de Organizações da Faculdade de Economia, Administração e Contabilidade de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. Universidade de São Paulo, 2019.

FIGUEIREDO, T. A. M. de, MACHADO, V. L. T. e ABREU, M. M. S. de. A saúde na escola: um breve resgate histórico. **Ciência & Saúde Coletiva** [online]. 2010, v. 15, n. 2, pp. 397-402. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232010000200015>.

FONTENELE, R. M. **Avaliação colaborativa das ações de saúde do Programa Saúde Na Escola Carioca**. 2017, 164 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Núcleo de Pesquisa de Enfermagem e Saúde Coletiva, Universidade Federal do Rio De Janeiro, Rio de Janeiro, 2017

FONTENELE, R. M. et al. Construção e validação participativa do modelo lógico do Programa Saúde na Escola. **Saúde em Debate**, v. 41, n. spe, p. 167–179, mar. 2017.

GIOVANELLA, L. et al. De Alma-Ata a Astana. Atenção primária à saúde e sistemas universais de saúde: compromisso indissociável e direito humano fundamental. **Cadernos de Saúde Pública** [online]. 2019, v. 35, n. 3 Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0102-311X00012219>>

GOMES, A. L.; VIEGAS, M. F. Organização do trabalho e formação dos trabalhadores numa microárea do Programa Saúde na Escola. **HOLOS**, [S. l.], v. 5, p. 1–15, 2019. DOI: 10.15628/holos.2019.7136.

GONÇALVES, M. O. **A atuação do Burocrata de Médio Escalão na Implementação do Programa Saúde Na Escola na cidade de São Paulo**. 2018, 82 f. Mestrado em Políticas Públicas, Universidade Federal do ABC, São Bernardo do Campo, 2018

JUNQUEIRA, L. A. P. A gestão intersectorial das políticas sociais e o terceiro setor. **Saúde e Sociedade** v.13, n.1, p.25-36, jan/abr 2004

KOSLINSKI, M. C. et al. Ambiente de aprendizagem em casa e o desenvolvimento cognitivo na educação infantil. **Educação & Sociedade**, v. 43, p. e249592, 2022.

KOSLINSKI, M. C.; BARTHOLO, T. L. Desigualdades de oportunidades educacionais no início da trajetória escolar no contexto brasileiro. **Lua Nova: Revista de Cultura e Política**, n. 110, p. 215–245, maio 2020.

KUSANO, L. A. E. **Analisando a Implementação do Programa Saúde Na Escola em um estabelecimento de ensino público do Distrito Federal**. 2019 65 f. Mestrado Profissional em Formação de Gestores Educacionais, Universidade Cidade de São Paulo, São Paulo, 2019.

LIMA, F. A.; LIMA, S. DO C. Construindo cidades saudáveis: a instrumentalização de políticas públicas intersetoriais de saúde a partir do Planejamento Estratégico Situacional. **Saúde e Sociedade**, v. 29, n. 2, p. e200058, 2020.

LIPSKY, M. **Burocracia de nível de rua: dilemas do indivíduo nos serviços públicos** / Michael Lipsky; tradutor, Arthur Eduardo Moura da Cunha --Brasília: Enap, 2019.

LODEYRO, C. F. **Programa Saúde na Escola: práticas pedagógicas e saberes construídos**. 2019, 85 f. Dissertação (Mestrado em Educação) – Programa de Pós-Graduação em Educação, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul – PUCRS, Porto Alegre 2019

LOTTA, G. S. **Teoria e análises sobre implantação de políticas públicas no Brasil**, Brasília: Enap, 2019.

LOTTA, G. S. Agentes de implementação: uma forma de análise de políticas públicas. **Cadernos Gestão Pública e Cidadania**. São Paulo, v.19, n.65, jul./dez. 2014

LOTTA et al. Por uma agenda brasileira de estudos sobre implementação de políticas públicas. **Revista do Serviço Público**. Brasília v. 69, n. 4 779-816 out/dez 2018.

MENDES, P. N. **Cuidado e Intersetorialidade nos estudos sobre a Primeira Infância: uma revisão integrativa**. 2022. 101f. Mestrado em Saúde da Criança e da Mulher - Programa de Pós-graduação em Saúde da Criança e da Mulher (PGSCM), do Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira, na Fundação Oswaldo Cruz. 2022.

MONNERAT, G. L.; SOUZA, R. G. de. Da Seguridade Social à intersetorialidade: reflexões sobre a integração das políticas sociais no Brasil. **Revista Katálysis**, v. 14, n. 1, p. 41–49, jan. 2011.

MOREIRA, H.; CALEFFE, L.G. **Metodologia da pesquisa para o professor pesquisador**, p. 69-94, 2008.

MUÑOZ, M. C. M. **Análise da implementação do Programa Saúde na Escola em um município do Estado de São Paulo**. 2019. 68 f. Mestrado em Enfermagem. Universidade Federal de São Carlos – UFSCar, São Carlos, 2019.

NOGUEIRA, C. A. G.; FORTE, S. H. A. C. Efeitos intersetoriais e transversais e seus impactos sobre a efetividade das políticas públicas nos municípios do Ceará. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v. 53, n. 1, p. 64–83, 2018. Disponível em: <https://periodicos.fgv.br/rap/article/view/77798>. Acesso em: 4 set. 2022.

NUNES, D. G. **Da Roda à Creche: proteção e reconhecimento social da infância de 0 a 6**. 2000. 318 f. Tese (Doutorado) – Faculdade de Educação. Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2000.

NUNES, M. F. R; CORSINO, P. Políticas públicas universalistas e residualistas: os desafios da Educação Infantil. In: ROCHA, E. A. C; KRAMER S. (orgs.) **Educação Infantil: Enfoques em diálogo**. Campinas, SP: Papirus, 2013(331-347).

NUNES, M. F. R.; CORSINO, P.; DIDONET, V. **Educação infantil no Brasil: primeira etapa da educação básica**. Brasília: MEC, 2011

OLINI, A.B. **Políticas intersetoriais e a construção da qualidade da Educação Infantil em Campinas (SP)**. 2020. 181 f. Dissertação (Mestrado em Educação) – Programa de Pós-Graduação em Educação, Da Pontifícia Universidade Católica de Campinas, Campinas, 2020.

OLIVEIRA, E. M. F. de. **A interferência da judicialização nas políticas públicas de acesso à educação infantil no município do Rio de Janeiro**. 2019. 124 f. Dissertação (Mestrado em Educação) – Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2019.

OLIVEIRA, M. M. **Como fazer pesquisa qualitativa**. Petrópolis, Vozes, 2007.

PATTO, M. H. S. O fracasso escolar como objeto de estudo: anotações sobre as características. **Cadernos de Pesquisa**, São Paulo, n. 65, p. 72–77, 1988. Disponível em: <https://publicacoes.fcc.org.br/cp/article/view/1198>. Acesso em: 4 set. 2022.

PIRES, R. R. C. **Implementando desigualdades: reprodução de desigualdades na implementação de políticas públicas**, Rio de Janeiro: IPEA, 2019.

RIBEIRO, V. M.; VÓVIO, C. L. Desigualdade Escolar e Vulnerabilidade Social no Território. **Educar em Revista**, Curitiba, Brasil, v. 33, n. especial 2, p. 71-87, set. 2017.

RIO DE JANEIRO, **Espaço de Desenvolvimento Infantil - EDI - Modelo Conceitual e Estrutura**, Secretaria Municipal de Educação, 2010

RIO DE JANEIRO, **Lei nº 6.362 de 28 de maio de 2018**. Aprova o Plano Municipal de Educação - PME e dá outras providências.

RIO DE JANEIRO, **Mapeamento das atividades produtivas e da população trabalhadora do município do Rio de Janeiro**, 2017.

RIO DE JANEIRO, **Plano Municipal de Assistência Social 2018-2021**, 2018.

RIO DE JANEIRO, **Plano Municipal de Saúde 2018-2021**, 2017

RIO DE JANEIRO, **Resolução Conjunta SEGOV/SMS/SME/SMDs Nº 01 de 06 de fevereiro de 2015**.

RIO DE JANEIRO, Secretaria Municipal de Saúde. **Reorganização dos Serviços de Atenção Primária**. Rio de Janeiro: SMS, 2018.

SANTOS, E.; OLIVEIRA, E.; & COELHO, S. Política do imprevisível: a intersetorialidade na implementação de ações na educação infantil durante a pandemia. **Jornal de Políticas Educacionais**, v. 16, jun. 2022.

SANTOS, L de F. da S. **As ações do Programa Saúde na Escola na perspectiva dos profissionais da saúde e da educação**. 2017. 80 f. Mestrado em Saúde e Comunidade Instituição de Ensino: Fundação Universidade Federal do Piauí, Teresina Biblioteca Depositária: Biblioteca Comunitária Jornalista Carlos Castelo Branco.

SEVERO, F. N. **Análise da efetividade do Programa Saúde na Escola no município de Quixeramobim-CE**. 2020.156 f. Dissertação (Mestrado Profissional em Ensino na Saúde) – Centro de Ciências da Saúde, Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza, 2020.

SILVA, C. dos S.; BODSTEIN, R. C. de A. Referencial teórico sobre práticas intersetoriais em Promoção da Saúde na Escola. **Ciência saúde coletiva** [Internet]. v. 21, n. 6 p. 1777-1788, jun. 2016

SILVA, C. dos S. **Saúde na escola: intersectorialidade e promoção da saúde**. Rio de Janeiro; Fiocruz; 2019.

SILVA, G. F. da. **O Programa Saúde na Escola em municípios paranaenses na visão de gestores**. 2016. 171 f. Dissertação (Mestrado em Biociências e Saúde) – Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, Universidade Estadual do Oeste do Paraná, Cascavel, 2016.

SOUSA, M. C. de; ESPERIDIÃO, M. A.; MEDINA, M. G. A intersectorialidade no Programa Saúde na Escola: avaliação do processo político-gerencial e das práticas de trabalho. **Ciência saúde coletiva** [Internet]. v. 22, n.6, p. 1781-1790, jun 2017.

VIEIRA-DA-SILVA, L. M. **Avaliação de políticas e programas de saúde**. 1 ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2014. 110p.

WARSCHAUER, M.; CARVALHO, Y. M. DE. O conceito “Intersectorialidade”: contribuições ao debate a partir do Programa Lazer e Saúde da Prefeitura de Santo André/SP. **Saúde e Sociedade**, v. 23, n. 1, p. 191–203, jan. 2014.

YANNOULAS, S. C.; GIROLAMI, M. Equipos multiprofesionales-multidisciplinares en el ámbito educativo - legislación comparada y regulación de políticas educacionales en Argentina y Brasil. **Educar em Revista**, n. spe.2, p. 89–111, set. 2017.

ANEXOS

Unidade de Saúde	Unidade Escolar	Equipamento de Assistência Social
CF Dante Romano Junior	E.M. Professor Carneiro Felipe EDI Fernão Dias CIEP Augusto Pinheiro de Carvalho E.M. Conde Afonso Celso E.M. Paraguai E.M. Barão de Itararé E.M. Leonor Posada E.M. Mário Penna da Rocha E.M. Irineu Marinho	CREAS Marcia Lopes CRAS Yara Amaral
CMS Carmela Dutra	E.M. Francisco Frias de Mesquita Creche M. José Raimundo de Souza EDI Pio XII E.M. Pará Creche M. Olga Benário E.M. Oswaldo Aranha E.M. Raja Gabaglia E.M. Luiz Carlos da Fonseca E.M. Astolfo Rezende E.M. Figueiredo Pimentel E.M. Aspirante Carlos Alfredo E.M. Olegário Mariano E.M. Emb. João Neves da Fontoura E.M. Pe. José Maurício Tomás E.M. Viriato Corrêa	CREAS Marcia Lopes CRAS José Carlos Campos
CF Engenheiro Sanitarista Paulo D'Águila	E.M. Francisco Palheta E.M. Santos Dumont E.M. Evangelina Duarte Batista Creche Municipal Mané Garrincha E.M. Cervantes	CREAS Marcia Lopes CRAS Yara Amaral
CF Aderson Fernandes	E.M. Fornovo E. M. Sílvio Romero EDI Karine Lorraine E.M. Alípio de Miranda Ribeiro EDI Firmino Costa	CREAS Marcia Lopes CRAS José Carlos Campos
CMS Fazenda Botafogo	EDI Ana M ^a Cristina M. Ribeiro E.M. Charles Anderson Weaver E.M. Érico Veríssimo EDI Ana de Barros Câmara	CREAS João Helio Ouseley CRAS Acari

Unidade de Saúde	Unidade Escolar	Equipamento de Assistência Social
	Creche M. Prof. Rogério Pedro Batista E.M. Virgílio Francisco Monteiro CIEP Zumbi dos Palmares EDI Deputado Pedro Fernandes Filho	
CMS Portus e Quitanda	E.M. Escultor Leão Veloso Creche M. Luís de Souza da Costa Barros E.M. Prefeito Marcos Tamoyo Creche M. Luiza de Barros de Sá Freire CIEP Anton Makarenko Creche M. Simone de Beauvoir EDI Wesley Gilbert	CREAS João Helio Ouseley CRAS Francisco Sales de Mesquita Mercurio
CF Enfermeira Edma Valadão	Creche M. Major Celestino R. dos Santos Creche M. Edna Lotte CIEP Adão Pereira Nunes E.M. Cornélio Pena Creche M. Yeda Marques L. de Andrade E.M. Conde Pereira Carneiro EDI Amarelinho E.M. Sebastião de Lacerda E.M. Olímpia do Couto	CREAS João Helio Ouseley CRAS José Carlos Campos
CMS Sylvio Frederico Brauner	E.M. Fernando Rodrigues da Silveira CIEP Rubens Gomes EDI Sebastião T. do Nascimento E.M. Jornalista e Escritor Daniel Piza EDI Hélia Lúcia Moreno Ferreira EDI Professora Beatriz de Souza Madeira E.M. Prof. Escragnolle Doria Creche M. Professora Jurema Gomes S. Delfim E.M. José Pedro Varela EDI Prof. Daniele Simões de S. Lopes EDI Prof. Kristina Romolo Kiffer Creche M. Albert Sabin	CREAS João Hélio Ouseley CRAS Francisco Sales de Mesquita Mercúrio
CF Manoel Fernandes	Creche M. Yara Amaral E.M. Hildegardo de Noronha E.M. Motorista Paschoal André E.M. Mestre Valentim Creche M. Luís Carlos Prestes EDI Frota Pessoa EDI Profª Mariza A. Pimenta	CREAS João Hélio Ouseley CRAS Francisco Sales de Mesquita Mercúrio CRAS Acari
CMS Nascimento Gurgel	EDI Profª Marise G. Miranda Creche M. Sonia Maria de M. A. Jones EDI M. Gracília Rosa de Belém E.M. Manoel de Abreu	CREAS João Hélio Ouseley CRAS Francisco Sales

Unidade de Saúde	Unidade Escolar	Equipamento de Assistência Social
	E.M. Telêmaco Gonçalves Maia E.M. Artur Azevedo E.M. Octávio Tarquínio de Souza CIEP Glauber Rocha E.M. Otávio Kelly EDI Prof. Regina Celi R. de Almeida E.M. Deputado Hilton Gama	de Mesquita Mercúrio CRAS Acari
CF Epitácio Soares Reis	E.M. Levy Miranda E.M. Alziro Zarur E.M. Comandante Arnaldo Varella E.M. Zilda Nunes da Costa E.M. Grandjean de Montigny E.M. Alberto José Sampaio EDI Maria Eugenia Canelhas E.M. Max Fleiuss	CREAS João Hélio Ouseley CRAS Francisco Sales de Mesquita Mercúrio CRAS Acari
CF Cypriano das Chagas Medeiros	E.M. Paula Fonseca EDI Gustavo Lessa E.M. Itália E.M. Velinda Maurício da Fonseca E.M. Prof. Alfredo Russel Creche M. Herbert de Souza - Betinho E.M. Monte Castelo Creche Zuzu Angel E.M. General Osório	CREAS Marcia Lopes CRAS Yara Amaral
CF Adolfo Ferreira	EDI Professora Roseane Vasconcelos EDI Prof. Rosenice Rocha Roque E.M. Temístocles Dalmácio Pereira	CREAS João Hélio Ouseley CRAS Acari
CF Marcos Valadão	C. M. Zilka Salaberry E.M. Thomás Jefferson E.M. Eugênia Dutra Hamann E.M. Alexandre de Gusmão E.M. Andrea Fontes Peixoto CIEP Rainha Nzinga de Angola Creche Municipal Os Sabidinhos CIEP Antônio Candeia Filho	CREAS João Hélio Ouseley CRAS Acari
CF Souza Marques	E. M. Paraná Creche M. Josué de Castro E.M. Maria das Dores Negrão E.M. Cardeal Arcoverde E. M. Rugendas E.M. Ministro Edgard Romero E.M. Mozart Lago	CREAS Marcia Lopes CRAS Zózimo Barroso do Amaral
CMS Alberto Borgeth	EDI Guaraciara Rodrigues Diniz E.M. Waldemiro Potsch E.M. Rosthan Pedro de Farias	CREAS Marcia Lopes CRAS Zózimo Barroso

Unidade de Saúde	Unidade Escolar	Equipamento de Assistência Social
	E.M. Waldemar Falcão Creche M. Manoel da Rocha Aprisco E.M. Ademar Tavares EDI Buriti Congonhas Creche M. São Miguel Arcaño E.M. Prefeito Filadelfo Azevedo E.M. Jaime Costa E.M. Frei Leopoldo Creche M. Maria José de Paula de Jesus	do Amaral
CMS Mario Olinto	E. M. Quintino Bocaiúva E.M. Cinco de Julho E.M. Azevedo Junior E.M. Maurício de Medeiros E.M. Senador Francisco Gallotti EDI Rocha Pombo E.M. França E.M. Profª Souza da Silveira CIEP Professor Manoel Maurício Albuquerque	CREAS Marcia Lopes CRAS Zózimo Barroso do Amaral
CF Carlos Nery Costa Filho	E. M. Ruy Carneiro da Cunha Creche M. Gercinda Rosa Fonseca EDI Professora Terezinha Sardoux E.M. Oswaldo Teixeira E.M. Haiti	CREAS Marcia Lopes CRAS Zózimo Barroso do Amaral
CF Mestre Mo- lequinho do Império	Creche Municipal Vovó Maria Joana Creche M. Tia Maria do Jongo E.M. Mestre Darcy do Jongo E.M. Republica Dominicana CIEP Metalúrgico Benedito Cerqueira	CREAS Marcia Lopes CRAS Zózimo Barroso do Amaral
CF Ana Maria Conceição dos Santos Correia	E.M. Maestro Pixinguinha Creche M. Tio Sebastião Xavier E.M. Desembargador Montenegro EDI Vicente de Carvalho E.M. Cecília Meireles	CREAS Wanda Engel CRAS Rubens Correa
CMS Alice To- ledo Tibiriçá	E.M. Francisco Sertório Portinho Creche M. Jeciá de Freitas Ferreira E.M. Malba Tahan Creche M. Amália Fernandez Conde Creche M. Estrelinha Dourada E.M. Tarsila do Amaral	CREAS Wanda Engel CRAS Rubens Correa
CMS Carlos Cruz Lima	CIEP Dom Oscar Romero E.M. Luiz de Camões E.M. Amapá E.M. Mendes Viana	CREAS Wanda Engel CRAS Rubens Correa
CMS Clementi- no Fraga	Creche M. Sementinha E.M. Irmã Zélia E.M. Bolívia	CREAS Wanda Engel CRAS Rubens Correa

Unidade de Saúde	Unidade Escolar	Equipamento de Assistência Social
	Creche M. O Sonho de Ramon Pascual E.M. Sergipe E.M. Rodrigo Otávio Filho Creche M. Parque Bom Menino E.M. Rosa Bettiatto Zattera E.M. Pires e Albuquerque E.M. Rodolfo Garcia EDI José Alpoim	
CF Dep. Pedro Fernandes	E.M. Gaspar Vianna E.M. Almirante Newton Braga de Farias E.M. Mario Paulo de Brito E.M. Irã E.M. J. Carlos EDI Luxemburgo E.M. Num'Alvares Pereira EDI Deputado Pedro Fernandes E.M. Adlai Stevenson	CREAS Wanda Engel CRAS Rubens Correa
CF Candido Ribeiro	E.M. Maria Baptista D.T. Lotte E.M. Albert Sabin E.M. Quintino do Vale E.M. Grecia E.M. Marcilio Dias Creche Casulo São Rafael Arcaño	CREAS Wanda Engel CRAS Rubens Correa
CF Josuete Santana	E.M. Rose Klabin E.M. Oswaldo Goeldi	CREAS Marcia Lopes
CF Maestro Celestino	E.M. Emílio Carlos E.M. Isaias Alves CIEP João do Rio Creche M. Sempre Vida Palmeirinha EDI Prof. Ubirajara de Paula de Castro	CREAS Marcia Lopes CRAS Yara Amaral
CF Raimundo Alves	E.M. Bélgica E.M. Piauí EDI. Ernani Cardoso E.M. Maurice Maeterlinck E.M. Antônio Francisco Lisboa E.M. Gilberto Amado E.M. Álvaro Espinheira	CREAS Marcia Lopes CRAS Yara Amaral
CMS Augusto do Amaral Peixoto	E.M. Lia Braga de Faria E.M. Madre Benedita E.M. Juracy Silveira E.M. Baden Powell E.M. Miltolina da Silva E.E. Joel de Oliveira	CREAS Marcia Lopes CRAS Yara Amaral
CF Maria de Azevedo Rodrigues	E.M. Paraíba E.M. Guilherme Tell E.M. Antenor Nascentes E.M. Cyro Monteiro	CREAS João Hélio Ouseley CRAS Yara Amaral

Unidade de Saúde	Unidade Escolar	Equipamento de Assistência Social
	EDI Medalhista Maurício Luiz de S E.M. Abraham Lincoln	
CM Vieira	EDI Medalhista Daniel Martins E.M. Zituo Yonesigue E.M. Antônio Maceo CIEP Poeta Fernando Pessoa CIEP General Augusto Cesar Sandino E.M. Lúcio de Mendonça E.M. Cláudio Ganns E.M. Mario Piragibe Creche M. Silvio Amancio C.E. Diuma Madeira Salles de Souza Creche M. José Goulart	CREAS João Hélio Ouseley CRAS Yara Amaral
CF Ivanir de Melo	E.M. Narbal Fontes E.M. Noronha Santos E.M. Alexandre Farah E.M. Coelho Neto EDI Deodoro E.M. Condessa Pereira Carneiro E.M. Lafayette de Andrade E.M. Ivani Rocco Marchi E.M. Silveirinha E.M. Marechal Mascarenhas	CREAS Marcia Lopes CRAS Yara Amaral
CF Amaury Bottany	E. M. José do Patrocínio E.M. Alfredo de Paula Freitas E. M. Mato Grosso E.M. Claudio Ignácio de Oliveira E.M. Barcelona	CREAS Wanda Engel CRAS Rubens Correa
CF Advogado Mario Pires da Silva	E.M. Padre Deon E.M. José Emygdio de Oliveira E.M. Engenheiro Barão do Amparo	CREAS Wanda Engel CRAS Rubens Correa

ANEXO 1 Divisão de equipes do PSE Carioca dentro da CAP 3.3 / SMS

	FICHA DE ATIVIDADE COLETIVA	DIGITADO POR:	DATA: / /
		CONFERIDO POR:	FOLHA Nº:

CNS DO PROFISSIONAL RESPONSÁVEL*	CBO*	CNES*	INE*	DATA:*
_____	_____	_____	_____	/ /

TURNO: * <input type="radio"/> M <input type="radio"/> T <input type="radio"/> N	PROGRAMA SAÚDE NA ESCOLA: <input type="checkbox"/> Educação <input type="checkbox"/> Saúde	CNS DO PROFISSIONAL	CBO***
LOCAL DE ATIVIDADE		_____	_____
Nº INEP (ESCOLA/CRECHE)***	CNES	_____	_____
_____	_____	_____	_____
OUTRA LOCALIDADE:		_____	_____
Nº DE PARTICIPANTES*	Nº DE AVALIAÇÕES ALTERADAS	_____	_____
_____	_____	_____	_____

ATIVIDADE (opção única)*		TEMAS PARA REUNIÃO (opção múltipla)***	
<input type="checkbox"/> 01	Reunião de equipe	<input type="checkbox"/> 01	Questões administrativas/Funcionamento
<input type="checkbox"/> 02	Reunião com outras equipes de saúde	<input type="checkbox"/> 02	Processos de trabalho
<input type="checkbox"/> 03	Reunião intersetorial/Conselho Local de Saúde/Controle social	<input type="checkbox"/> 03	Diagnóstico do território/Monitoramento do território

ATIVIDADE (opção única)*		TEMAS PARA REUNIÃO (opção múltipla)***	
<input type="checkbox"/> 04	Educação em saúde	<input type="checkbox"/> 04	Planejamento/Monitoramento das ações da equipe
<input type="checkbox"/> 05	Atendimento em grupo	<input type="checkbox"/> 05	Discussão de caso/Projeto Terapêutico Singular
<input type="checkbox"/> 06	Avaliação/Procedimento coletivo	<input type="checkbox"/> 06	Educação Permanente
<input type="checkbox"/> 07	Mobilização social	<input type="checkbox"/> 07	Outros

PÚBLICO-ALVO (opção múltipla, obrigatório para atividades 4, 5, 6 e 7)		TEMAS PARA SAÚDE (opção múltipla, obrigatório para atividades 4, 5 e 7)		PRÁTICAS EM SAÚDE (opção única e obrigatório para atividade 6, e múltipla para 5)	
<input type="checkbox"/> 01	Comunidade em geral	<input type="checkbox"/> 01	Ações de combate ao <i>Aedes aegypti</i>	<input type="checkbox"/> 01	Antropometria
<input type="checkbox"/> 02	Criança 0 a 3 anos	<input type="checkbox"/> 02	Agravos negligenciados	<input type="checkbox"/> 02	Aplicação tópica de flúor
<input type="checkbox"/> 03	Criança 4 a 5 anos	<input type="checkbox"/> 03	Alimentação saudável	<input type="checkbox"/> 03	Desenvolvimento da linguagem
<input type="checkbox"/> 04	Criança 6 a 11 anos	<input type="checkbox"/> 04	Autocuidado de pessoas com doenças crônicas	<input type="checkbox"/> 04	Escovação dental supervisionada
<input type="checkbox"/> 05	Adolescente	<input type="checkbox"/> 05	Cidadania e direitos humanos	<input type="checkbox"/> 05	Práticas corporais e atividade física
<input type="checkbox"/> 06	Mulher	<input type="checkbox"/> 06	Dependência química/tabaco/álcool/outras drogas	<input type="checkbox"/> 06	PNCT Sessão 1
<input type="checkbox"/> 07	Gestante	<input type="checkbox"/> 07	Envelhecimento/climatério/andropausa/etc	<input type="checkbox"/> 07	PNCT Sessão 2
<input type="checkbox"/> 08	Homem	<input type="checkbox"/> 08	Plantas medicinais/fitoterapia	<input type="checkbox"/> 08	PNCT Sessão 3
<input type="checkbox"/> 09	Familiares	<input type="checkbox"/> 09	Prevenção da violência e promoção da cultura da paz	<input type="checkbox"/> 09	PNCT Sessão 4
<input type="checkbox"/> 10	Idoso	<input type="checkbox"/> 10	Saúde ambiental	<input type="checkbox"/> 10	Saúde auditiva
<input type="checkbox"/> 11	Pessoas com doenças crônicas	<input type="checkbox"/> 11	Saúde bucal	<input type="checkbox"/> 11	Saúde ocular
<input type="checkbox"/> 12	Usuário de tabaco	<input type="checkbox"/> 12	Saúde do trabalhador	<input type="checkbox"/> 12	Verificação da situação vacinal
<input type="checkbox"/> 13	Usuário de álcool	<input type="checkbox"/> 13	Saúde mental	<input type="checkbox"/> 13	Outras
<input type="checkbox"/> 14	Usuário de outras drogas	<input type="checkbox"/> 14	Saúde sexual e reprodutiva	<input type="checkbox"/> 14	Outro procedimento coletivo Código do SIGTAP _____
<input type="checkbox"/> 15	Pessoas com sofrimento ou transtorno mental	<input type="checkbox"/> 15	Semana saúde na escola		
<input type="checkbox"/> 16	Profissional de educação	<input type="checkbox"/> 16	Outros		
<input type="checkbox"/> 17	Outros				

Nº	CNS DO CIDADÃO*** CNS CPF	DATA DE NASCIMENTO**	SEXO**	AVALIAÇÃO ALTERADA	Obrigatório somente para antropometria		PROGRAMA NACIONAL DE CONTROLE DO TABAGISMO	
					PESO (kg)	ALTURA (cm)	Cessou o hábito de fumar	Abandonou o grupo
1		/ /	(F) (M)	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2		/ /	(F) (M)	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3		/ /	(F) (M)	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4		/ /	(F) (M)	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5		/ /	(F) (M)	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6		/ /	(F) (M)	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7		/ /	(F) (M)	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8		/ /	(F) (M)	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9		/ /	(F) (M)	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10		/ /	(F) (M)	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11		/ /	(F) (M)	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12		/ /	(F) (M)	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13		/ /	(F) (M)	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14		/ /	(F) (M)	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15		/ /	(F) (M)	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16		/ /	(F) (M)	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17		/ /	(F) (M)	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18		/ /	(F) (M)	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19		/ /	(F) (M)	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20		/ /	(F) (M)	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21		/ /	(F) (M)	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22		/ /	(F) (M)	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23		/ /	(F) (M)	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24		/ /	(F) (M)	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25		/ /	(F) (M)	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26		/ /	(F) (M)	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27		/ /	(F) (M)	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28		/ /	(F) (M)	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29		/ /	(F) (M)	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30		/ /	(F) (M)	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
31		/ /	(F) (M)	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
32		/ /	(F) (M)	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
33		/ /	(F) (M)	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
34		/ /	(F) (M)	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
35		/ /	(F) (M)	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Legenda: Opção múltipla de escolha Opção única de escolha (marcar X na opção desejada)

*Campo obrigatório

**Campo obrigatório ao informar lista de participantes

***Campo com obrigatoriedade condicionada