

CONTRIBUIÇÕES DA AVALIAÇÃO NA IDENTIFICAÇÃO DE EFETIVIDADE DA PROMOÇÃO DA SAÚDE NA ESCOLA NO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO

*Carlos dos Santos Silva**
*Avamar Filgueira Pantoja***

Resumo

Ao considerar a escola como espaço privilegiado de irradiação de iniciativas de desenvolvimento comunitário e colaboração intersetorial, os autores discutem, a partir da experiência do município do Rio de Janeiro, em que medida os referenciais da Estratégia de Escolas Promotoras de Saúde consolidam a promoção da saúde na escola e superam modelos biomédicos de saúde escolar. A metodologia utilizada foi a descrição dos principais processos e efeitos do desenvolvimento de dez anos dessa estratégia nesse município e os resultados positivos e negativos de avaliação de sua implementação na fase de projeto-piloto e, mais recentemente, de oficinas regionais de saúde na escola. Este artigo pretende contribuir com o debate sobre a identificação dos espaços, processos e mecanismos de avaliação e da efetividade das práticas implementadas de promoção de saúde na escola.

Palavras-chave: Escola promotora de saúde; Saúde; Escola; Promoção da Saúde; Avaliação; Educação.

1. INTRODUÇÃO – A ESCOLA COMO CENÁRIO PRIVILEGIADO DE PROMOÇÃO DA SAÚDE

Questões da saúde podem ser problematizadas no cotidiano de diferentes espaços sociais e de maneiras distintas. Surgem nas diversas representações, nas relações sociais, expressando preocupações com melhores condições de saúde e qualidade de vida. (MELO, 1987; VALLA; HOLLANDA, 1989)¹.

As escolas do sistema público de ensino fundamental têm representado um locus importante para diversas práticas e vivências em saúde presentes nas inter-relações dos sujeitos nesse espaço e território. Diversos fatores determinantes das condições de saúde e doença podem ser problematizados e analisados no espaço da comunidade escolar. Por outra perspectiva, a escola enquanto instituição se define pela sua função de ensino, na qual a saúde aparece como um tema recorrente de aprendiza-

gem. Nesse sentido, é muito antiga e muito disseminada a ideia de se instituir ações e intervenções para enfrentamento das condições de saúde a partir da escola. A justificativa vem da necessidade de controle do adoecimento e das enfermidades, da importância de monitorar e minimizar situações de risco. Recentemente, a justificativa vem da percepção da escola como espaço relevante para construção de cenários mais favoráveis à vida com qualidade, ganhando força e reconhecimento a partir dos princípios e do debate internacional sobre promoção da saúde (BUSS, 2005)².

No desenvolvimento histórico da saúde escolar, observa-se que diferentes propostas e modelos de programas de saúde na escola reforçam a lógica do paradigma biomédico de atenção à saúde como crítica SILVA, 1999³. A consolidação de ações de saúde na escola numa perspectiva intersetorial parece estar mais próxima quando os referenciais dessas propostas se fundamentam no paradigma da promoção da saúde. É preciso que o setor Saúde reconheça, entretanto, que não pode se manter isolado e que a ação colaborativa com outros setores, em particular com o setor Educação, é fundamental para ações locais mais sustentáveis (OMS, 1997)⁴. O processo de mudança de referenciais tem suscitado debates e inúmeras reflexões de profissionais e estudiosos no campo da gestão e da formação, na tentativa de dimensionar e avaliar a efetividade das ações da promoção da saúde, inclusive no espaço da escola.

O segundo Seminário Brasileiro de Efetividade da Promoção da Saúde (SBEPS, 2, 2008)⁵ incluiu em suas atividades científi-

* Mestre em Pediatria pela Universidade Federal Fluminense. Doutorando em saúde pública da Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP-FIOCRUZ). Pediatra, coordenador de saúde escolar da Superintendência de Promoção da Saúde da Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil do Rio de Janeiro. E-mail: carlossilva@alternex.com.br ou carlossilva@ensp.fiocruz.br

**Pedagoga formada em Gestão Escolar e Pedagogia Empresarial pela Universidade Estácio de Sá; Ex-diretora da Escola Municipal Alexandre de Gusmão, Diretora do Centro de Ópera Popular de Acari e da Casa de Leitura. E-mail: avapantoja@yahoo.com.br

cas o debate e a revisão de práticas e intervenções de saúde na escola que representassem mudanças e transformações sociais nas quais a participação social, o empoderamento, a autonomia e a intersectorialidade tivessem papéis de destaque na promoção da saúde em diferentes *settings*, em particular o da Escola, como *locus* privilegiado para a irradiação de iniciativas de desenvolvimento comunitário.

Este artigo pretende contribuir com o debate sobre abordagens avaliativas com foco na efetividade das ações de promoção da saúde na escola, tomando por base os dez anos de implantação e desenvolvimento da Estratégia de Escolas Promotoras de Saúde no município do Rio de Janeiro, no desafio de identificar as práticas que são implementadas e os referenciais teóricos que as subsidiavam.

No cenário internacional, a Organização Pan-americana de Saúde cria em 1996 a Iniciativa de Escolas Promotoras de Saúde (OPAS/OMS, 1996). Essa Iniciativa propunha que seus países-membros, principalmente das Américas, revisassem seus programas de saúde na escola e constituíssem uma Rede Latino-Americana de Escolas Promotoras de Saúde (RLEPS)⁶. Alguns avanços e dificuldades puderam ser registrados, nas quatro reuniões internacionais da chamada RLEPS, de 1996 a 2004. Essas agências, após uma sequência de reuniões em parceria com as do setor Educação, voltam-se para a necessidade de identificar experiências bem-sucedidas de boas práticas de promoção da saúde na escola, no continente das Américas e Europa. Assim, realizaram o Concurso Ibero-americano de Boas Práticas em Promoção da Saúde no Âmbito da Escola, que está em sua 2ª edição em 2009⁷. Doze experiências vitoriosas da 1ª edição (2007), nas quais há uma experiência brasileira, do município do Rio de Janeiro⁸, foram convidadas pela OPAS para uma reunião na Nicarágua, em agosto de 2007⁹, com a perspectiva de trocar experiências e *expertise* entre elas, seus atores locais e técnicos e especialistas na tentativa de juntar insumos para examinar e analisar os principais processos e contextos de sua implantação e implementação. O relatório do Education Development Center (EDC) e OPAS (MERESMAN, S. (Org) 2007)¹⁰, além de tomar por base



é preciso registrar a riqueza de experiências brasileiras desenvolvidas em diferentes regiões do país voltadas para a saúde na escola com base nas características e especificidades territoriais, culturais e sociais que valorizam os interesses e desejos das comunidades e atores envolvidos



outros eventos, considera os resultados da reunião da Nicarágua visando apontar mecanismos e processos que identificam uma Escola Promotora de Saúde e fatores que são determinantes de um processo de implementação bem-sucedido.

No Brasil, a Política Nacional de Promoção da Saúde (BRASIL, 2006)¹¹, a Política Nacional de Atenção Básica (BRASIL, 2006)¹² e o Programa Nacional de Saúde na Escola (PSE), instituído por decreto presidencial¹³ em 2007, como resultado do trabalho integrado entre Ministério da Saúde e Ministério da Educação, criam cenário favorável ao debate sobre a perspectiva de uma política nacional de saúde na escola. Além dessa legislação nacional é preciso registrar a riqueza de experiências brasileiras desenvolvidas em diferentes regiões do país voltadas para a saúde na escola com base nas características e especificidades territoriais, culturais e sociais que valorizam os interesses e desejos das comunidades e atores envolvidos, como as experiências no Rio de Janeiro/RJ, Embu/SP, Maceió/AL, Curitiba/PR e Palmas/TO (BRASIL, 2007).¹⁴

Estudos posteriores sobre a implantação do Programa de Saúde na Escola, definido pelos Ministérios da Saúde e da Educação,¹⁵ poderão trazer análise sobre as contribuições positivas ou negativas sobre o impacto da promoção da saúde na escola no âmbito municipal, sob o efeito de uma proposta vertical. Ainda que essa proposta não se identifique com a de Escolas Promotoras de Saúde, ela possui forte componente assistencialista e se apresenta como proposta vertical aos municípios que, por força de recursos e de algumas condições preestabelecidas, aderiram ao PSE e seguem em sua implantação/implementação. Em relação aos referenciais de Escolas Promotoras de Saúde, vale registrar que no âmbito do Ministério da Saúde apenas a Política Nacional de Promoção da Saúde é que faz referência oficial; entretanto, enfatiza em seu texto apenas os componentes de alimentação, prática de atividade física e prevenção ao tabaco e outras drogas.

Passados vinte anos de dois importantes marcos da promoção da saúde, a Conferência de Otawa (1986)¹⁶ e a VIII Conferência Nacional de Saúde (1986)¹⁷, é importante considerar outro marco pela luta de mudança do modelo biomédico para o da promoção da saúde: a implantação da Comissão Nacional de Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS) (2005-2008)¹⁸. Essa Comissão aquece o debate com a perspectiva de melhorar a qualidade de vida das pessoas, ao propor a reversão de fatores sociais que são determinantes das suas condições de saúde e das comunidades e/ou instituições em que elas convivem. Questiona os processos sociais, econômicos, culturais, étnico/raciais, psicológicos e comportamentais que podem influenciar a ocorrência de problemas de saúde e a qualidade de vida da comunidade escolar. Mudanças na escola, para que ela se constitua como cenário favorável à saúde, podem exigir práticas que surjam a partir dos compromissos apontados pela CNDSS¹⁹ para a promoção da saúde, como: (a) ações educativas em saúde na comunidade escolar a partir do projeto político pedagógico da escola, (b) práticas que estimulem a reflexão e a constituição de conhecimentos e a autonomia dos cidadãos; (c) implementação de ações a partir dos referenciais de Paulo Freire, nos quais se valorizam a participação e a mobilização social; e (d) investimento no apoio, monitoramento e avaliação de políticas públicas que combatam as desigualdades socialmente determinadas.

Nesse sentido, as atividades de discussões temáticas sobre a promoção da saúde no cenário da escola durante o II SBEPs²⁰ foram pautadas na busca por identificação da efetividade dessas práticas com ênfase na avaliação. Algumas experiências selecionadas trouxeram, então, contribuições ao debate ao apresentarem seus desenhos, propostas e modelos para o grupo de profissionais presentes, como gestores, formuladores de políticas, da academia e pesquisadores, entre outros interessados na investigação das diversas dimensões da efetividade de práticas instituídas na escola como ações sociais que pretendam enfrentar a iniquidade e as desigualdades sociais.

2. A EXPERIÊNCIA DE PROMOÇÃO DA SAÚDE NA ESCOLA NO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO

Representantes da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro apresentaram breve análise do desenvolvimento da Estratégia de Escolas Promotoras de Saúde (EEPS) no município do Rio de Janeiro, no período de 2000 a 2006, tendo como referencial a concepção de programas de promoção da saúde como sistemas complexos de ação social. Potvin, Gendron S. e Bilodeau (2006)²¹ compreendem tais programas a partir de processos de mudança, tanto dos seus elementos constituintes – estrutura, finalidades, atividades e recursos – como a partir da sua interação com o contexto. Pressupõe-se identificar redes sociotécnicas, ou seja, diferentes conexões que se estabelecem entre os mais diversos atores envolvidos e interesses que tornam possível o desenvolvimento dos programas, suas controvérsias e ações que geraram diferentes graus de envolvimento e mobilização de diferentes atores ao longo do tempo.

Na descrição da evolução do programa de saúde na escola foram considerados seus principais componentes, com destaque para implantação e sua avaliação, formação de multiplicadores, de gestores e de outras lideranças e a descentralização da gestão. A expectativa era de que ao longo da análise fosse possível delimitar os rumos dos processos e os resultados gerados pelo modelo de construção participativa, descentralizada e autônoma, de modo a desenhar e diferenciar os percursos para alcançar seus objetivos como um programa de promoção da saúde (Buss, 2000²²; Hartz, 1999²³). A referência conceitual para esta análise vem da perspectiva da avaliação em programas de promoção da saúde (Rootman et al., 2001²⁴; Potvin, Gendron; Bilodeau, 2006)²⁵. Com a perspectiva de mostrar acertos e contradições do modelo e, quando possível, algumas evidências da sua efetividade, pretendeu-se, também, discutir se esse tipo de abordagem marca avanços em relação aos tradicionais modelos de programas de saúde escolar que se baseiam no viés médico-assistencialista. Isto é, se os mecanismos colocados em prática foram capazes de contemplar os objetivos previstos (Hartz, 2000)²⁶ tendo em vista o diálogo, a cooperação e a agenda comum (Bodstein, et al. 2004)²⁷ para uma pactuação de interesses em prol da promoção da saúde na escola.

A implantação/implementação de um programa de saúde na escola no município do Rio de Janeiro precisa ser compreendida no bojo do contexto da cidade, que é uma metrópole de referência como pólo cultural, político e científico do Brasil,



marcada pela diversidade sociocultural e por contrastes econômicos das grandes metrópoles. Tem cerca de seis milhões de habitantes, entre os quais quase dois milhões são de crianças e adolescentes na faixa etária de 0 e 19 anos (IPP-2005)²⁸. Está dividida em dez áreas geográficas que constituem as áreas programáticas de saúde, como distritos sanitários. Cada uma delas tem suas especificidades e características próprias, que demarcam a grande diversidade da cidade. Distintas entre si quanto à oferta de serviços e de equipamentos sociais, são também diferentes na concentração urbana e na extensão de atendimento por políticas públicas formatadas para a cidade, como as de habitação, transporte, cultura, lazer, renda, educação e saúde, entre outras. O município se constitui, ainda, por moradores de uma cidade formal com acesso a serviços e infraestrutura, e outra informal, por favelas e áreas desfavorecidas, sem esses equipamentos e suportes sociais. Nessa sua complexidade, pela diversidade interna e pela estratificação social, evidencia áreas de extrema miséria que convivem com outras em ótimas condições sociais. É uma cidade que necessita, portanto, de políticas sociais que respondam a, ou ao menos minimizem, situações de risco social, diversas formas de manifestações da violência, desigualdades sociais e econômicas, iniquidades e exclusão social.

Para formulação das políticas municipais de Educação e de Saúde, a cidade conta com um equipamento e uma estrutura de serviços que compõem, respectivamente, as redes municipais de educação e de saúde, objetos importantes na implementação dessas políticas na cidade. E, no campo da saúde na escola, tem-se a expectativa de uma gestão com base na colaboração intersetorial.

A rede pública de ensino municipal, com grande número de escolas, sendo considerada a maior da América Latina, conta com 1.058 escolas e 245 creches, 744.858 alunos matriculados da educação infantil a 8ª série do ensino fundamental e aproximadamente 35.648 professores (SME-2007)²⁹. Conforme descrição do perfil da cidade, cada escola abrange atividades com comunidades em diferentes condições e distintas realidades sociais, e contextos históricos, culturais, econômicos, políticos

e ambientais próprios de cada região. Estima-se que 98% de crianças e adolescentes em idade escolar na cidade estejam matriculados na rede pública municipal de ensino. Se essa diversidade de contextos também se expressa para os serviços de saúde, a rede municipal de saúde tem capilaridade bem menor em relação à da educação. A Secretaria Municipal de Saúde tem gestão plena dos serviços de saúde da cidade, e sua rede conta com 116 unidades básicas, 25 hospitais, 212 equipes de saúde da família e cerca de 2000 agentes comunitários de saúde (SMS/RJ, 2007)³⁰. O programa de agentes comunitários de saúde e o programa de saúde da família se apresentam nos últimos anos como estratégia de revisão do modelo de atenção básica à saúde, e atuam diretamente com a comunidade. Eles hoje (SMS/RJ, 2007)³¹ correspondem à cobertura estimada de cerca de 10% a 15% da população municipal como um todo, com prioridade para as áreas da cidade com maior vulnerabilidade social.

3. ANTECEDENTES DE SAÚDE NA ESCOLA NO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO

A Gerência do Programa de Saúde Escolar, criada na década de 90 (SMS/RJ, 1992),³² formulou diretrizes para ações de saúde na escola no Município do Rio de Janeiro (SILVA, 1999)³³ que propunham integração intersetorial e descentralização das suas atividades com grupos de trabalho regionais e locais, tendo três eixos básicos: educação e saúde; desenvolvimento e aprendizagem; e participação popular.

A implantação do Programa fundamentou-se no referencial de Macrofunção de Políticas Sociais com a qual a Prefeitura da Cidade do Rio de Janeiro propunha integrar e articular o trabalho e a ação/intervenção de seus órgãos e gestores da área social, afinados na condução das políticas públicas, particularmente as de saúde, educação e desenvolvimento social.

Em 1999, com o Projeto Nessa Escola Eu Fico (SILVA; ROCHA; SOARES, 1999)³⁴, a ação de saúde na escola enfatizava a autoestima e a ação protagonista de crianças e adolescentes, com desenvolvimento de atividades complementares na escola e criação de entorno social e ambientes saudáveis. Seu objetivo era favorecer o desenvolvimento e a aprendizagem desse público nas diferentes linguagens e atividades artísticas, esportivas e culturais, dentro do contexto histórico e social da comunidade. Esse Projeto abrangeu 19 escolas de horário integral e cerca de 11.000 alunos. Ao aumentar o tempo de permanência da criança e do adolescente na escola, investia na melhoria da qualidade dessa escola e estimulava, na comunidade escolar, a capacidade de pensar, atuar e de tomar decisões.

Em seguida, os referenciais da Iniciativa de Escolas Promotoras de Saúde (OPAS, 1996)³⁵ foram introduzidos nas atividades do programa de saúde escolar no Município do Rio de Janeiro (SMS, 2000),³⁶ através de um Projeto-Piloto, como proposta dos gestores da saúde, com o objetivo de fortalecer a implementação de ações de promoção da saúde na rede pública municipal de educação (SILVA, 2002)³⁷. A OPAS/OMS editou um Guia sobre Escolas Promotoras de Saúde (OPAS, 1996)³⁸ que revisava o conceito de saúde no âmbito escolar, valorizando sua perspectiva integral e

O programa de agentes comunitários de saúde e o programa de saúde da família se apresentam nos últimos anos como estratégia de revisão do modelo de atenção básica à saúde, e atuam diretamente com a comunidade.

a promoção da saúde que seria fortalecida através da integração da educação para a saúde no currículo escolar, de metodologia participativa, da melhora dos serviços de saúde e de alimentação e com a criação de ambientes físicos e sociais saudáveis. Além de citar componentes organizativos de uma Escola Promotora de Saúde, listava uma variedade de temas de saúde a serem abordados de forma integral pela escola, destacava a importância de diagnóstico da situação de saúde do entorno da escola e propunha a criação da Rede Latino-Americana de Escolas Promotoras de Saúde, desenhando sua estrutura de funcionamento para garantia da revisão dos programas de saúde escolar nos países da América Latina. Entretanto, a implantação de Escolas Promotoras de Saúde no município do Rio de Janeiro levava em conta a tradução desses referenciais de EPS no contexto e nas especificidades da cidade. Nesse sentido, redefiniam-se Escola Promotora de Saúde como uma iniciativa que pressupunha um compromisso que a escola, a comunidade e os serviços de saúde teriam de estabelecer parcerias e otimizar os recursos locais. Pretendia, portanto, promover alianças entre esses setores e instituições com ação integradora e articuladora para o desenvolvimento de práticas de promoção da saúde englobando conhecimentos, habilidades para a vida, tomada de decisões, atitudes saudáveis e construção de ambientes favoráveis à saúde.³⁹

O projeto-piloto de implantação dessa Iniciativa contou com plano de avaliação desenvolvido por equipe da Faculdade de Educação da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, portanto, externa ao programa e às Secretarias Municipais de Educação e de Saúde. Com instrumentos de coleta de dados, como questionários estruturados e semiestruturados, foram realizadas visitas às escolas, levantamentos diagnósticos das condições físicas das escolas e entrevistas com os diferentes atores e usuários do programa. Os relatórios de avaliação foram importantes para orientar os gestores na condução das atividades e na análise de resultados. A avaliação apontou erros e possibilidades de correção e redirecionamento dos rumos do programa, como, por exemplo: pretender ação intersetorial entre escolas e serviços de saúde com equipes externas aos serviços nos dois setores; desconsiderar a diversidade e as especificidades de cada escola

envolvida na distribuição de kits e ferramentas de apoio pedagógico; não abrir a porta de entrada dos serviços de saúde para as demandas levantadas de saúde ocular e auditiva, entre outras. Ao final de 18 meses, estiveram envolvidos cerca de 120 escolas e 119.000 alunos da rede pública municipal de educação.

Nesse período, foram desenvolvidas atividades preventivas e assistenciais de saúde bucal, saúde ocular e saúde auditiva, além de oficinas, temáticas ou não, que previram priorizar práticas educativas participativas. A observação dessas atividades mostrou forte componente informativo, o que impôs passividade aos sujeitos envolvidos, limitando-os ao papel de objetos do programa, mais do que de sujeitos da ação.

A fragilidade do modelo do projeto-piloto, vertical e centralizado, foi vista como uma decorrência da não inclusão de atores do setor Educação desde seu planejamento e, em quase todos os processos, as decisões foram dadas prioritariamente pela Saúde. Apesar de pretender ação intersetorial, que segundo Junqueira (2004)⁴⁰ transcende um único setor social e representa a articulação de saberes e experiências no planejamento, realização e avaliação de ações compartilhadas para gerar impacto na qualidade de vida, o modelo não promoveu diálogo e mobilização suficientes e efetivos entre os dois setores para gerar práticas mais sustentáveis. A avaliação sinalizou que, embora as escolas e seus representantes locais considerassem importante o desenvolvimento do projeto em suas comunidades e apreciassem a presença de profissionais de saúde para atender antigas demandas, como saúde bucal, ocular e auditiva, era necessário que as atividades atendessem, também, às expectativas e respeitassem a disponibilidade e as possibilidades da própria escola. Talvez por esse motivo as entrevistas com usuários e membros das comunidades envolvidas apontassem satisfação com o projeto, na medida em que as equipes de saúde permaneciam na escola.

Os resultados da avaliação orientaram mudanças necessárias à implementação da estratégia de Escolas Promotoras de Saúde no município do Rio de Janeiro e seu percurso no período subsequente. Assim, a partir de 2002 foram redefinidos os objetivos dessa estratégia municipal, em que o objetivo principal era o de consolidar ação intersetorial que reconstruísse e ressignificasse a relação dos serviços de saúde com a comunidade escolar. Seus objetivos mais específicos eram, então: propor práticas educativas que valorizem a participação dos sujeitos e da coletividade; construir ambientes mais favoráveis à saúde, que melhorem as relações interpessoais e a convivência mais solidária na comunidade escolar; e ampliar e qualificar a atenção integral à saúde da comunidade escolar pelas próprias equipes e serviços de saúde, com prioridade particular da estratégia de Saúde da Família. Ressignificavam-se, dessa maneira, na perspectiva municipal, os princípios práticos para que uma escola fosse promotora da saúde.

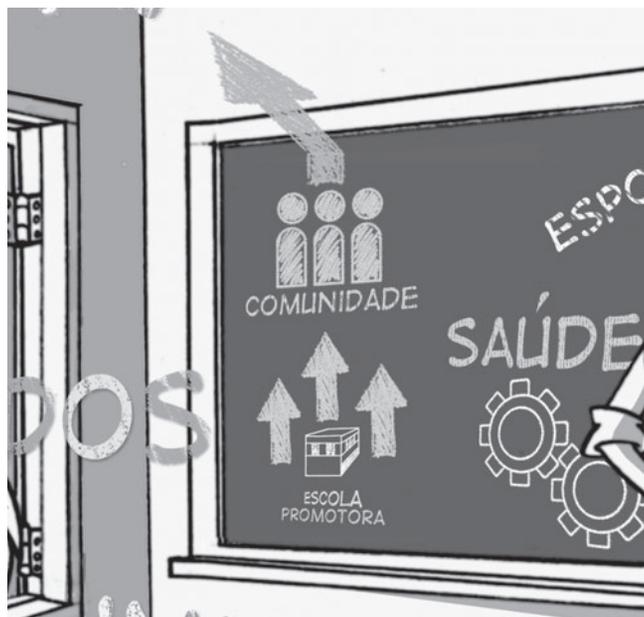
A experiência acumulada nesses percursos e mudanças de contextos que reorientavam a implantação/implementação da Estratégia de Escolas Promotoras de Saúde possibilita, hoje, destacar algumas atividades que foram estratégicas para referendá-la como proposta municipal de saúde na escola. (a) Na área de pesquisas, foi estruturado um sistema de monitoramento de eventos no campo do comportamento (fatores de risco e proteção), e não somente de agravos já instalados: o Sistema de Monitoramento de Fatores de Risco e Proteção à Saúde do Escolar no município do

Rio de Janeiro⁴¹, realizando seu primeiro inquérito em 2003 e o segundo em 2007. (b) Na área de descentralização das ações e gestão da estratégia Escola Promotora de Saúde foram criados Núcleos de Saúde Escolar regionais que conjugavam representação das três Secretarias, saúde, educação e assistência social (2003 -2006), que ampliaram a possibilidade de fortalecer a colaboração intersetorial e a própria cobertura das ações do Programa. Estimava-se, nesse período, o envolvimento de 341 escolas na perspectiva de Escolas Promotoras de Saúde (cerca de 30% da rede), das quais 23% estavam em áreas de baixo IDH da cidade. (c) Na área de divulgação e disseminação de lições aprendidas, destaca-se a produção de materiais educativos como a publicação da coletânea de revistas “Promoção da Saúde na Escola” (2005), entre outros. E (d) na área de formação de profissionais com seminários e oficinas locais, destacam-se três seminários anuais com ênfase em metodologia (2002-2004) para atores chaves, em que 109 professores e 22 profissionais de saúde produziram 131 projetos em 83 escolas e 10 unidades de saúde. Seminários descentralizados (2004-2005), sob responsabilidade de gestores regionais de educação e de saúde, imprimiram novos cursos e recursos às ações em 56 escolas e creches e 23 serviços de saúde, envolvendo 120 profissionais.

Entretanto, diversas controvérsias e situações de conflitos geradas no processo de interlocução entre as Secretarias Municipais de Saúde e de Educação, principalmente com técnicos no âmbito central da gestão, mobilizaram atores e gestores que identificaram a necessidade de redesenhar o programa. Apesar de muitas caminhadas das oficinas e seminários, escutava-se de todos os grupos que se mantinha a dificuldade de acesso da comunidade escolar aos serviços de saúde como forte empecilho ao programa de saúde na escola. Registra-se que mudanças de gestão da Cidade, que se estabeleceram ao longo dos anos, decorrentes de períodos eleitorais, contribuíram também para mudança do contexto no qual o Programa se desenvolvia, e se apresentavam como desafio para o entendimento de como e quais eram as novas conexões que se instituíam na rede sociotécnica envolvida. (Potvin; L; Mc Queen 2008).⁴²

Na sequência dos processos que faziam movimentar o programa e como desdobramento da Estratégia de Escolas Promotoras de Saúde, em 2006 e 2007 foi elaborado um Plano





Municipal de Saúde na Escola e na Creche (PMSE)⁴³ para o Rio de Janeiro.

Além do objetivo de consolidar e ampliar ações de saúde na escola e na creche, como a atenção integral à saúde de acordo com os princípios do Sistema Único de Saúde, o PMSE também foi criado com a perspectiva de garantir o acesso da comunidade escolar aos serviços de saúde, prioritariamente pela atenção básica, e com a proposta de integrar o setor Saúde a uma rede de apoio e proteção a crianças e adolescentes da rede pública municipal de ensino. Para consolidá-lo como uma proposta municipal, foram realizadas Oficinas de Saúde na Escola em três áreas programáticas de saúde do município (Grande Méier, Centro e Acari), no período de 2007, em parceria com uma ONG – o Centro de Criação de Imagem Popular (CECIP). Essas Oficinas tiveram por objetivo aprofundar o diálogo entre os setores de Educação e Saúde e de explorar as possibilidades de ações que pudessem fortalecer as práticas participativas de saúde na escola, além de se pretender como um instrumento para reflexão, fortalecimento e consolidação das referências de serviços de saúde à comunidade escolar.

4. EFETIVIDADE DAS OFICINAS DE SAÚDE NA ESCOLA

As oficinas foram construídas com os parceiros regionais e tiveram ênfase na capacitação de gestores regionais e locais, priorizando eixos como intersetorialidade, territorialidade, participação e empoderamento. Elas partiram do pressuposto que representavam espaços de reflexão, diálogo, interação e construção de compromissos para práticas coletivas de promoção da saúde na escola, com valorização dos interesses e das demandas da rede de atores locais.

Para desenhar o modelo de avaliação que pudesse sinalizar evidências da efetividade dessas Oficinas na consolidação do PMSE, foram considerados os produtos das oficinas, como audiovisual e relatórios, depoimentos, entrevistas e observa-

ções das dinâmicas, grupos de trabalho, mobilização de atores-chaves de cada setor, levantamentos diagnósticos e projetos locais propostos.

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

O processo avaliativo foi dirigido especificamente aos participantes de duas oficinas de Saúde na Escola, realizadas no município do Rio de Janeiro durante o ano de 2007. Em respeito a questões metodológicas, esse processo se caracterizou por dois grupos de respondentes: de Acari (profissionais de saúde da CAP. 3.3. e de educação da 5ª e 6ª CRE) e do Grande Méier (profissionais de educação da 3ª CRE).

A metodologia de avaliação partiu do encontro entre a equipe de avaliação, seus principais solicitantes, os gestores da Secretaria Municipal de Saúde e a equipe do CECIP, que definiram em conjunto o propósito da avaliação e seus pressupostos teórico-metodológicos. Além de explicitarem a intenção e as condições do estudo avaliativo desejado, ofereceram o material informativo necessário produzido quer pela gestão do Programa de Saúde Escolar e seus parceiros da Secretaria Municipal de Educação, quer por seus participantes no decorrer das Oficinas de Saúde na Escola. Outra fonte de consulta para coleta de dados foram os profissionais que haviam participado dessas Oficinas e que compareceram às reuniões propostas. Na seleção de técnicas para a coleta de dados foram construídos dois instrumentos pertinentes: *checklist* e roteiro para grupo focal.

A *checklist* constou de 11 afirmativas relacionadas às Oficinas (anexo 01) e suas repercussões, sobre as quais os participantes individualmente expressaram sua concordância total, parcial ou sua discordância, sempre seguida de uma justificativa para a resposta selecionada. Ao final da *checklist* foi solicitada uma livre opinião sobre a oficina da qual tinham participado. Apesar da identificação do local de origem do profissional, foi garantido o anonimato. O grupo focal constou de 4 questões (anexo 02) apresentadas por um membro da equipe de avaliação, que atuou como líder da discussão sobre cada questão, enquanto outro membro registrava o teor das falas, bem como gestos e expressões. O tempo de duração foi de aproximadamente de duas horas em cada grupo focal.

Com os dados organizados, tratados, analisados e interpretados, a equipe de avaliação apresentou aos gestores solicitantes um relatório parcial sobre alguns resultados preliminares, o qual incluiu apenas as informações provenientes dos grupos focais, de modo a oferecer algum *feedback* para validação dos resultados em tempo de se captar o desenvolvimento do processo e alguns sinais significativos que merecessem consolidação ou reajuste. O

relatório final foi também validado pelos solicitantes e reajustado, bem como a própria avaliação, ou seja, meta-avaliação, que julga a qualidade do processo em termos de utilidade, viabilidade, ética e precisão, “Standards da verdadeira avaliação” de Joint Committee, 1994, *Apud* FIRME, T. P. (2009)⁴⁴.

Antes de relatar os resultados dessas oficinas e de tecer algumas considerações, vale destacar uma das experiências bem-sucedidas de escolas promotoras de saúde no município do Rio de Janeiro, pertencentes a uma das áreas de avaliação das Oficinas de Saúde na Escola. Uma escola da região de Acari, que ao enfrentar a realidade extremamente desfavorável de seu entorno, ressignifica com a própria comunidade novas possibilidades, linguagens e formas de expressão dos diferentes atores e parceiros envolvidos com a construção de ambiente favorável à saúde, a participação, o compromisso com a saúde e com a melhora da qualidade de vida. Portanto, comprometidos em estimular e fortalecer processos de promoção da saúde na escola com a perspectiva de desenvolvimento local sustentável.

Experiência de Escola Municipal na Comunidade de Acari

Não necessariamente implicada com o desenho da oficina de Saúde na Escola na área de Acari, a experiência dessa escola merece o destaque como estudo de caso para identificar a efetividade dos processos que ela construiu para melhorar a capacidade de seus alunos, familiares e a comunidade escolar como um todo. Sua contribuição no II SBEPs foi destacada também com apresentação cultural proporcionada por seus alunos, através do Conjunto de Câmara Acariocamerata.

O desenho e o planejamento da experiência consideraram a realidade de uma comunidade em área de baixo índice de desenvolvimento humano, extremamente desfavorecida de acesso a bens e serviços essenciais, inclusive culturais, e com situação de conflitos ligados ao narcotráfico, que comprometem direitos de cidadania de seus moradores. Nessa perspectiva buscaram investir na melhora da autoestima e na redescoberta de potencialidades dos sujeitos e da comunidade para o exercício de pertencimento e valorização do território para ação transformadora dessa realidade. A partir de 1999, a direção da E. M. 0625024 Alexandre de Gusmão, no cotidiano com seus alunos percebeu que o contexto local, determinado por políticas que efetivamente não priorizavam a melhoria da qualidade de vida, impedia, inclusive, que ações pedagógicas na escola fossem bem-sucedidas ou suficientes para recuperar a perspectiva de vida individual ou coletiva dos alunos.

Com o pressuposto de que a escola pode ser um instrumento transformador, a equipe pedagógica pautou a construção do Projeto Político Pedagógico daquela escola, garantindo a interação e o diálogo com os diversos segmentos da comunidade escolar e que a arte fosse o elemento norteador do processo de resgate de autoestima e cidadania daquela comunidade. A busca de parceiros, malsucedida com os serviços de saúde na área, terminou por atrair instituições de outras áreas, como o Instituto C&A,⁴⁵ para desenhar o Projeto ABC & ARTE, que ofereceu diversas oficinas, como cavaquinho, percussão e violão para 50 crianças da comunidade escolar. Paulatinamente, foram feitas aquisições

• • •

*Uma escola da região de Acari,
que ao enfrentar a realidade
extremamente desfavorável de seu
entorno, ressignifica com a própria
comunidade novas possibilidades,
linguagens e formas de expressão dos
diferentes atores e parceiros envolvidos
com a construção de ambiente
favorável à saúde, a participação, o
compromisso com a saúde e com a
melhora da qualidade de vida.*

de instrumentos e se consolidaram novas oficinas com mais alunos, assim como a parceria com o então Conselho Comunitário do Parque Colúmbia. (que, sem fins lucrativos, formava-se por várias instituições locais, incluindo hoje onze escolas públicas e privadas, creches, igrejas católicas e pentecostais e associações de moradores). O projeto cresceu, e com a chegada de novos voluntários passou a oferecer muitas outras oficinas, como dança, música, teatro e leitura, e denominou-se Centro de Ópera Popular de Acari⁴⁶.

Esse Centro, com capacidade para 500 crianças, jovens e adultos, montou, em 2008, sua primeira ópera, e atualmente oferece oficinas de balé clássico, violão, cavaquinho, contrabaixo, flauta, canto, teoria musical, bandolim, percussão, guitarra, musicalização e teatro. Com os melhores alunos foi criada a Acariocamerata, que tem se apresentado nas melhores casas de espetáculo, nacionais e internacionais. Eles gravaram um CD e foram indicados para duas categorias do Prêmio TIM de Música, e reconhecidos como o melhor grupo instrumental de 2008 pelo jornal O Globo. Ao participar do I Concurso Ibero-americano de Boas Práticas de Saúde no Âmbito Escolar,⁴⁷ essa Escola foi premiada e suscitou a questão da identificação dos mecanismos estabelecidos para que fosse tão bem-sucedida. A descrição de seus componentes e das diferentes conexões estabelecidas entre atores e instituições locais pode contribuir para clarear a efetividade da promoção da saúde, em particular no cenário da escola. É uma experiência em que se observa o resgate de cidadania a partir da capacidade de decisão local, do fazer acontecer e do ressignificar, entre os pares, o desejo e o processo de transformação dos sujeitos e do coletivo daquela comunidade.

Resultados e recomendações

O acompanhamento dessa experiência local também contribuiu para fortalecer a necessidade de investigação dos espaços e processos como mecanismos de interlocução entre os setores da saúde e da educação e a comunidade escolar, no sentido mais amplo da gestão central e regional de saúde na escola no município do Rio de Janeiro.

De modo geral, os resultados da avaliação sugerem que as Oficinas de Saúde na Escola realizadas tinham coerência entre a metodologia e seus objetivos e que elas foram facilitadoras do alcance desses objetivos ao propiciarem a articulação e a motivação entre seus participantes pela busca da ação intersetorial.

Em síntese, na Oficina de Acari observa-se que existe articulação intersetorial entre coordenações regionais de Saúde e de Educação (5ª e 6ª CRE e CAP3.3.); contudo, na do Grande Méier observa-se que não tiveram êxito as tentativas de articulação entre essas instâncias (3ª CRE com a CAP 3.2). Em Acari, ao contrário do Grande Méier, o entusiasmo pós-Oficina não esmoreceu, e a Oficina fortaleceu os processos que já estavam em curso com maior articulação intersetorial e impacto no aumento do acesso dos escolares aos serviços de saúde da área, além da ampliação das atividades de prevenção e de promoção da saúde nas escolas. Esse grupo ressaltou como ponto negativo o fato de a articulação intersetorial não ter alcançado ainda a área da assistência social. Em ambos os grupos há relatos de inúmeros exemplos concretos de impacto da articulação intersetorial, identificados no conjunto de depoimentos extraídos do grupo focal e dos depoimentos livres integrantes das *checklists*. Para a Oficina do Grande Méier, convém registrar que a falta de articulação entre esse segundo grupo já ficou patente pela total ausência de representantes da saúde no respectivo Grupo Focal, justificada por uma das integrantes da educação, quando questionada pela equipe de avaliação: “*achamos que seria um momento apenas da educação, que seria mais proveitoso se só a educação participasse*”.

Houve evidências de que a Oficina de Saúde na Escola teve grande potencial de impulsionar o processo de articulação desejado. Entretanto, sua implementação ocorre em situações isoladas pela falta de condições estruturais, fora do controle dos profissionais envolvidos nos três setores, como (a) insuficiente número de profissionais, principalmente da saúde e assistência social; (b) desproporcionalidade numérica de profissionais e serviços da saúde e da educação num determinado território, que se reflete na dificuldade de a saúde atender às demandas; e (c) insuficiente número de profissionais e gestores com disponibilidade e competências para a colaboração intersetorial.

Embora se tenha detectado que nos grupos avaliados ainda ocorrem encontros sistematizados, apenas nos grupos de trabalho na área de Acari pode-se dizer que nos dois grupos existe, de fato, uma forte intenção de continuidade, aliada à esperança de que as dificuldades sejam superadas e a articulação venha realmente acontecer. Vale registrar que em Acari, com a existência de mudanças na prática profissional em decorrência da experiência com a metodologia participativa, todos os participantes concordaram totalmente com a existência de melhor articulação entre técnicos e a comunidade, oportunizando entrosamento, troca de experiências e fortalecendo o trabalho da Escola Promotora de

Saúde. É nessa área em particular que os resultados reafirmam a existência de articulação intersetorial.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Na tentativa de se chegar a uma conclusão esclarecedora dos resultados dessa recente avaliação, é importante frisar, quanto à Estratégia de Escolas Promotoras de Saúde, que se trata de uma proposta (ou Programa) ainda em andamento. Observar, portanto, seu desenvolvimento ao longo desses últimos dez anos requer contínuo monitoramento e periódicas avaliações para que se alcance, cada vez mais, a melhor identificação dos processos que o conduzem, além de seus resultados e efeitos mais completos em extensão e profundidade, sobretudo a partir das naturais modificações que sofre, ao longo do tempo, em sua estrutura e contexto.

Identificar mecanismos que mobilizam o Programa em si e sua rede sociotécnica (e o próprio Programa em si), durante esse período, colocam-no como objeto de avaliação que, por sua vez, se institui não como um evento isolado, mas como processo integrante do próprio Programa. Nesse sentido, essa Estratégia está em constante transformação porque se apoia em uma rede de sujeitos ativos e produtivos, representados por seus gestores, idealizadores e planejadores nos setores da saúde, da educação e, em menor escala, da assistência social, e pelos destinatários das ações nessas instituições e nas comunidades escolares envolvidas. E porque há esse universo de inter-relações e conexões constituídas e de dinâmica mutável entre esses diferentes *stakeholders*, a Estratégia poderá aparecer mais instável ou vulnerável a uma re-configuração ou redefinição por parte desse conjunto de *stakeholders* (Potvin, L; Gendron S.; Bilodeau, 2006)⁴⁸, submetidos também, às mudanças da gestão da cidade que ocorrem nesse período.

No momento dessa avaliação das Oficinas de Saúde na Escola, seus resultados se traduziram, na prática, como extremamente úteis para subsidiar, na mudança de gestores da cidade e das secretarias implicadas até 2008, uma troca de informações com base em evidências, tanto dos aspectos do Programa que vinham dando certo como dos desafios que ainda precisam ser enfrentados, para que se qualifique a atenção à saúde da comunidade escolar na perspectiva da promoção da saúde e da integralidade das ações, e em colaboração intersetorial.

As recomendações traçadas foram: (a) propiciar a continuidade das Oficinas de Saúde na Escola, expandindo-as para todo o município; (b) acompanhar sua realização para monitorar a solução de entraves que possam prejudicar o processo; (c) analisar mais profundamente a situação do contato no Grande Méier (3ª. CRE e CAP3.2), no sentido de alcançar essa articulação; (d) atuar junto aos setores integrantes do processo Saúde, Educação e Assistência Social para corrigir a defasagem de profissionais específicos para as áreas de demanda; (e) incentivar o contato com as comunidades pertinentes às Oficinas, para divulgar o conhecimento e as vantagens da articulação intersetorial, e (f) planejar, executar e avaliar um programa de encontros periódicos entre os responsáveis de cada setor, no sentido de disciplinar o processo de implementação da articulação.

Assim, a avaliação contribuiu para que, na nova gestão da cidade (2009), que modifica o contexto, o redesenho desse programa de saúde na escola no município do Rio de Janeiro possa fortalecer suas diretrizes de territorialidade, intersectorialidade, gestão participativa, participação comunitária, desenvolvimento local e monitoramento e avaliação. A garantia de acesso aos serviços de saúde se redefine com a perspectiva de ampliação da estratégia de saúde da família e na construção de Territórios Integrados da Atenção à Saúde (TEIAS).⁴⁹ Pensados para a área de Santa Cruz, Grande Méier e Manguinhos, essas TEIAS pressupostas a partir do Pacto pela Saúde (2006)⁵⁰ consideram que questões

como a descentralização e a territorialidade se iniciam com nova possibilidade de garantir que a regionalização traga conteúdos do território para dentro das lógicas de sistema e descentralização, com vistas a buscar maior coerência entre essas lógicas. O que, provavelmente, favorecerá repensar as questões de saúde na escola. Nesse sentido, o Programa de Saúde na Escola no município do Rio de Janeiro continuará em processo de transformação e redefinição, porque serão acionados novos mecanismos que (re) estruturam as relações e conexões entre os diversos componentes e atores do programa, com os quais a avaliação estará também implicada. (Potvin; Gendron; Bilodeau, 2006)⁵¹

ANEXO 01

Modelo de formulário para coleta de dados no grupo focal para avaliação das Oficinas de Saúde na Escola.

Coordenação da construção e aplicação do instrumento de Thereza Pena Firme e equipe de avaliação.

AVALIAÇÃO EXTERNA DAS OFICINAS DE SAÚDE NA ESCOLA	Grupo Focal n.º:		
	Condução do Grupo Focal		
	Local:	Data:	Dinamizador: Assistente:
ROTEIRO DE GRUPO FOCAL			
1- O que vocês têm visto de positivo na articulação entre a educação, a saúde e a assistência social?			
PROVOCAR:			
. comparação entre momentos (a) antes da oficina; (b) logo após a oficina; (c) atual			
. exemplos concretos			
2- O que está acontecendo em relação à implementação dos planos propostos nas Oficinas?			
PROVOCAR:			
. comentários sobre a implementação ao longo do tempo: imediata e a médio e longo prazo			
3- Qual a sua expectativa sobre a continuidade dessa articulação inter-setorial (educação x saúde x assistência social) no município do Rio de Janeiro?			
PROVOCAR:			
. sugestões de estratégias que garantam continuidade;			
. percepção de problemas que possam impedir a sustentabilidade			
4- Qual a sua opinião sobre o processo que foi utilizado no desenvolvimento das Oficinas de Saúde na Escola?			
PROVOCAR:			
. depoimentos sobre até que ponto a metodologia participativa tem sido utilizada na gestão da saúde, da educação e da assistência social			
. referências à influência da Oficina nessa utilização.			

Fazer os registros em folha à parte identificando o número do GF e anexar a este roteiro.

ANEXO 02

Modelo de formulário para coleta de dados do *checklist* para avaliação das Oficinas de Saúde na Escola.
Coordenação da construção e aplicação do instrumento de Thereza Pena Firme e equipe de avaliação.

AVALIAÇÃO EXTERNA DAS OFICINAS DE SAÚDE NA ESCOLA	Checklist n.º:		
	Aplicação da checklist		
	Local:	Data:	Aplicador:
SETOR DE ORIGEM DO RESPONDENTE			
Educação () Saúde () Assistência Social ()			
Abaixo estão listadas algumas afirmações sobre as Oficinas de Saúde na Escola e temas correlatos. Nas colunas à direita, por favor indique se você concorda totalmente, concorda apenas em parte ou discorda de cada uma dessas afirmações. A seguir justifique sua resposta.			
	DISCORDO	CONCORDO EM PARTE	CONCORDO TOTALMENTE
1- Os Grupos de Trabalho inter-setoriais formados na Oficina continuam trabalhando na elaboração de planos de ação conjunta. JUSTIFIQUE SUA RESPOSTA:			
2- A articulação entre a educação, a saúde e a assistência social tem efetivamente aumentado o acesso de crianças e adolescentes aos serviços de saúde. JUSTIFIQUE SUA RESPOSTA:			
3- Os planos de ação conjunta, elaborados pelos Grupos de Trabalho inter-setoriais constituídos nas Oficinas de Saúde na Escola, continuam sendo implementados até a presente data. JUSTIFIQUE SUA RESPOSTA:			
4- O entusiasmo pela articulação inter-setorial aconteceu logo após a Oficina de Saúde na Escola, mas esmoreceu com o tempo. JUSTIFIQUE SUA RESPOSTA:			
5- As Oficinas de Saúde na Escola devem ser expandidas para todo o Município do Rio de Janeiro. JUSTIFIQUE SUA RESPOSTA:			
6- A experiência com a metodologia participativa na Oficina de Saúde na Escola ocasionou mudanças na prática cotidiana dos profissionais envolvidos. JUSTIFIQUE SUA RESPOSTA:			
7- A experiência com a metodologia participativa na Oficina de Saúde na Escola tem contribuído para uma melhor articulação entre técnicos e a comunidade. JUSTIFIQUE SUA RESPOSTA:			

8- A relação entre as CAPs e as CREs se fortaleceu a partir das Oficinas de Saúde na Escola. JUSTIFIQUE SUA RESPOSTA:			
9- O processo de condução ds Oficinas de Saúde na Escola promoveu um melhor conhecimento do trabalho de cada Setor, facilitando o respeito, o diálogo e a aritculação entre os participantes. JUSTIFIQUE SUA RESPOSTA:			
10- A Oficina de Saúde na Escola foi muito cansativa e pouco interessante. JUSTIFIQUE SUA RESPOSTA:			
11- A articulação entre a educação, a saúde e a assistência social tem fortalecido e ampliado as atividades de educação em saúde e promoção da saúde nas escolas da rede municipal. JUSTIFIQUE SUA RESPOSTA:			

REGISTRO DE LIVRE OPINIÃO

Utilize o espaço abaixo para explicitar sua opiniao sobre as Oficinas de Saúde na Escola, em relação à forma como foram conduzidas, à sua relevância e aos desdobramentos até a presente data.

NOTAS:

- ¹ MELO, C. A. **educação sanitária: uma visão crítica**. São Paulo(SP) Cortez, 1987. Caderno do Cedes.; VALLA, V. V.; HOLLANDA E. Fracasso escola, saúde e cidadania. In: ROSÁRIO, N. et al. (Org.) **Demandas populares, políticas públicas e saúde**. Petrópolis(RJ): Vozes, 1989. v.2.
- ² BUSS, P. M. Uma introdução ao conceito de promoção da saúde. In: CZERESNIA, D.; FREITAS, C. M. (Orgs.) **Promoção da saúde: conceitos, reflexões e tendências**. Rio de Janeiro: Fiocruz..2005.
- ³ SILVA, CARLOS S. (Org.) **Saúde escolar numa perspectiva crítica**. 3 ed. Rio de Janeiro: Secretaria Municipal de Saúde, 1999.
- ⁴ ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Ação intersectorial para a saúde: pilar da saúde para todos no século XXI**. Relatório da Conferência Internacional. Halifax, Nova Escócia, Canadá, 1997.
- ⁵ SEMINÁRIO BRASILEIRO DE EFETIVIDADE DA PROMOÇÃO DA SAÚDE - SBEPS, 2. Rio de Janeiro, 13 a 16 de maio de 2008. **Relatório Científico**. Rio de Janeiro: União Internacional de Promoção da Saúde e Educação para a Saúde /Abrasco/Fiocruz-Ensp, 2008. Disponível em: <<http://www.metodoeventosrio.com/efetividade/>>
- ⁶ IPPOLITO-SHEPHERD, Josefá.. **Escolas promotoras de saúde: fortalecimento da iniciativa regional**. Estratégias e linhas de ação 2003-2012. Washington(DC), 2006. 72 p. (Série Promoção da Saúde.) Disponível em: <<http://www.bvsde.ops-oms.org/bvsdeescuelas/fulltext/EPSportu.pdf>> Acesso em: 02, ago. 2008.
- ⁷ ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE. **Concurso Iberoamericano de Boas Práticas em Promoção da Saúde no Âmbito da Escola, 2**. Washington(DC): OMS, 2007.
- ⁸ ESCOLA MUNICIPAL 06.25.024 ALEXANDRE DE GUSMÃO da Rede Pública Municipal de Ensino do Rio de Janeiro. Em Acari, na 6ª Coordenadoria Regional de Educação da Secretaria Municipal de Educação do Rio de Janeiro (RJ), 2007.
- ⁹ ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE. **Taller de transferencia crítica**. Manágua, 2007. Realizado em agosto de 2007, na Nicarágua, com representantes das doze escolas premiadas no II Concurso Ibero-americano de Boas Práticas em Promoção da Saúde no Âmbito da Escola.
- ¹⁰ MERESMAN, S. (Org.) **Promoción de salud, escuela y comunidad: el laberinto de la implementación**. Notas y aprendizajes desde la experiencia Iberoamericana. Relatório Impresso. [s.: l.] Education Development Center, 2007. Disponível em: <<http://www.bvsde.ops-oms.org/bvsdeescuelas/Concurso/previoesp.pdf>> Acesso em: 21, ago, 2009.
- ¹¹ BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n. 687 de 30 de março de 2006**. Aprova a Política Nacional de Promoção da Saúde. Disponível em: <http://dtr2004.saude.gov.br/dab/docs/legislacao/portaria_687_30_03_06.pdf> Acesso em: 02, ago. 2008.
- ¹² BRASIL. Leis, Decretos. **Portaria n. 648, do Gabinete do Ministro de 28 de março de 2006**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de Diretrizes e normas para a organização da atenção básica para o Programa Saúde da Família (Psf) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2006/GM/GM-648.htm>> Acesso em: 02, ago. 2008.
- ¹³ Id. Decreto n. 6.286, de 5 de dezembro de 2007. **Diário Oficial da União**, Brasília, 06, dez., 2007. Seção 2, p. 02. Institui o Programa de Saúde na Escola – PSE, e dá outras providências. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2006/GM/GM-648.htm>> Acesso em: 02, ago. 2008.
- ¹⁴ BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Escolas promotoras de saúde: experiências no Brasil**. Brasília(DF): Organização Pan-Americana de Saúde, 2007.
- ¹⁵ Id. *ibid*.
- ¹⁶ CONFERÊNCIA INTERNACIONAL SOBRE A PROMOÇÃO DA SAÚDE, 1. Ottawa, 21, nov., 1986. **Carta de Ottawa**. Disponível em: <http://www.mpes.gov.br/anexos/centros_apoio/arquivos/6_20901863120102005_Carta%20de%20Ottawa%20para%20a%20Promo%C3%A7%C3%A3o%20da%20Sa%C3%BAde.doc> Acesso em 05, ago., 2008.
- ¹⁷ CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 8. Brasília (DF), 7 a 21, mar., 1986. **Relatório final**. Brasília: Ministério da Saúde, 1986. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio_8.pdf> Acesso em 05, ago., 2008.
- ¹⁸ COMISSÃO NACIONAL DE DETERMINANTES SOCIAIS. Disponível em: www.determinantes.fiocruz.br <http://www.cndss.fiocruz.br/pdf/home/relatorio.pdf> Acesso em 25 jul., 2007.
- ¹⁹ Id. *ibid*.
- ²⁰ SEMINÁRIO BRASILEIRO DE EFETIVIDADE DA PROMOÇÃO DA SAÚDE - SBEPS, 2. (2008) *op. cit*.
- ²¹ POTVIN, L.; GENDRON, S.; BILODEAU, A. Três posturas ontológicas concernentes à natureza dos programas de saúde: implicações para a avaliação. In: BOSI, M. L. G.; MERCADO, F. J. (Org.) **Avaliação qualitativa de programas de saúde: enfoques emergentes**. Petrópolis (RJ) Vozes, 2006.
- ²² BUSS, P. M. Promoção da saúde e qualidade de vida. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, p. 163-177, 2000.
- ²³ HARTZ, Z. 1999. Pesquisa Avaliativa em Promoção da Saúde, In: BUSS, P.M (Org.) **Promoção da saúde e saúde pública: contribuição para o debate entre as escolas de saúde pública da América Latina**. Rio de Janeiro: ENSP/ Fiocruz, 2000. p 131-138. Mimeo;
- ²⁴ ROOTMAN, I. et al. Evaluation in health promotion: principles and perspectives. In: _____. **WHO**, 2001. [s.:l.] WHO Regional Publications, European, [s.:d.] Series, 92.
- ²⁵ POTVIN, L.; GENDRON S.; BILODEAU A. (2006) *op. cit*.
- ²⁶ HARTZ, Z. (Org.) **Avaliação em saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2000.
- ²⁷ BODSTEIN, R. et al. Avaliação da implantação do programa de desenvolvimento integrado em Manguinhos: impasses na formulação de uma agenda local. **Ciências & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 2, 593- 604, 2004.
- ²⁸ INSTITUTO PEREIRA PASSOS. Armazém de Dados. Rio de Janeiro. Acesso em: <www.armazemdedados.rio.rj.gov.br> Acesso em: 24, jul., 2009.
- ²⁹ RIO DE JANEIRO (Cidade). Secretaria Municipal de Educação. **SME em números**. Rio de Janeiro, 2007. Disponível em: <<http://www.rio.rj.gov.br/sme/>> Acesso em 24, jul., 2009. Com acesso ao anuário de matrículas em 2007.
- ³⁰ RIO DE JANEIRO (Cidade). Secretaria Municipal de Saúde. **SMS em dados -2007**. Rio de Janeiro, 2007. Disponível em: <<http://www.rio.rj.gov.br/sms/>> Acesso em 24, jul., 2009.
- ³¹ Id. *ibid*.
- ³² Id. Organograma de nova estrutura da Secretaria Municipal de Saúde. **Diário Oficial do Município**, Rio de Janeiro, 24, ago., 1992.
- ³³ SILVA, CARLOS S. (Org.) (1999) *op. cit*.

- ³⁴ SILVA, C. S.; ROCHA, C. A.; SOARES, M. C. Nessa escola eu fico: uma experiência de promoção de saúde. **Revista Promoção da Saúde**, Brasília, Ministério da Saúde, v. 1, 2, nov./dez., 1999.
- ³⁵ ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Escuelas promotoras de salud: modelo y guía para la acción**. Washington (DC): OPAS, 1996.
- ³⁶ RIO DE JANEIRO (Cidade). Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro. **Termo de Referência para desenvolvimento de Projeto-Piloto de Escolas Promotoras de Saúde que subsidiou Convênio da SMS/ com o Instituto de Biotecnologia da Universidade Federal do Rio de Janeiro**, Rio de Janeiro, 2000. Mimeo.
- ³⁷ SILVA, Carlos S. A escola promotora de saúde na agenda política do município do Rio de Janeiro. **Saúde em Foco: promoção da saúde**, Rio de Janeiro: Secretaria Municipal de Saúde, n. 23, jul., 2002.
- ³⁸ IPPOLITO-SHEPHERD, Josefa. **Escolas promotoras de saúde: fortalecimento da iniciativa regional estratégias e linhas de ação 2003-2012**. Washington (DC): OPAS, 2006. 72 p. Série Promoção da Saúde, 4. Guia sobre Escolas Promotoras de Saúde (OPAS, 1996) Disponível em: <http://www.cepis.opas-oms.org/bvsdeescuelas/fulltext/EPSportu.pdf>. Acesso em: 02, jul. 2009.
- ³⁹ SILVA, Carlos S. (Org.) Escola Promotora de Saúde. **Revista Promoção da Saúde na Escola**, Rio de Janeiro, Secretaria Municipal de Saúde, v. 1, n. 1, ago., 2005.
- ⁴⁰ JUNQUEIRA, L. A. P. A gestão intersetorial das políticas sociais e o terceiro setor. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, USP, v. 13, n. 1, p. 25-36, jan./abr., 2004.
- ⁴¹ RUGANI, et al. **Monitoramento da saúde escolar**. Boletim Informação para Ação. Vigilância em Saúde. Rio de Janeiro: Secretaria Municipal de Saúde, 2007. Folder
- ⁴² POTVIN, L.; MCQUEEN, D. (Org.) **Health promotion evaluation practices in the Americas**. [s.: l.] Springer Science + Business Media LLC, 2008.
- ⁴³ RIO DE JANEIRO (Cidade). Secretaria Municipal de Saúde. **Plano municipal de saúde na escola e na creche**. Rio de Janeiro, 2008.
- ⁴⁴ STANDARDS da verdadeira avaliação. Joint Committee, 1994. **Apud**. FIRME, Thereza. P. **Relatório final da avaliação de mérito e impacto das oficinas de saúde na escola do município do Rio de Janeiro**. 2009. Rio de Janeiro: [s.: n.] Mimeo. p. 13.
- ⁴⁵ INSTITUTO C&A. Disponível em: <<http://www.institutocca.org.br/instituto/site/content/perfil/>> Acesso em: 02, jul., 2009.
- ⁴⁶ CENTRO DE ÓPERA POPULAR DE ACARI. Disponível em: <<http://www.operadecari.org.br/>> Acesso em: 02, jul., 2009.
- ⁴⁷ ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE. (2007) **op. cit.**
- ⁴⁸ POTVIN, L.; GENDRON S.; BILODEAU A. (2006) **op. cit.**
- ⁴⁹ VIANNA, Ana Luiza d'Ávila et al. Novas perspectivas para regionalização da saúde. **São Paulo em Perspectiva**. São Paulo, Fundação Seade, v.22, n.1, p. 92-106, jan./jun., 2008. Disponível em: <<http://www.seade.gov.br>> Acesso em 05, ago., 2008.
- ⁵⁰ BRASIL. Ministério da Saúde. **Pacto pela Saúde 2006**. Brasília: Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde [200?]. Disponível em: <http://www.abennacional.org.br/download/pacto_pela_saude_2006.pdf> Acesso em 20, jul., 2008.
- ⁵¹ POTVIN, L.; GENDRON S.; BILODEAU A. (2006) **op. cit.**

ABSTRACT

Carlos dos Santos Silva; Avamar Filgueira Pantoja. Health promotion in Rio de Janeiro municipality schools.

Viewing the school as a privileged space for disseminating community-development and intersector-collaboration initiatives, the authors discuss, based on the Rio de Janeiro municipality experience, to what extent the strategy of health promoting schools consolidates health promotion in schools, overcoming biomedical school health models. The methodology used was the description of the main processes and effects of the ten-year development of that strategy in the Rio de Janeiro municipality, as well as the positive and negative results of evaluation of its pilot-project stage and, more recently, the regional workshops on health in schools. This article aims at contributing to the debate on the identification of spaces, processes, and mechanisms for evaluating and measuring the effectiveness of health promotion practices in schools.

Keywords: Health; School; Health promotion; Evaluation; Education; Rio de Janeiro.

RESUMEN

Carlos dos Santos Silva; Avamar Filgueira Pantoja. Promoción de la Salud en la Escuela en el Municipio de Rio de Janeiro.

Al considerar a la escuela como un espacio privilegiado de irradiación de iniciativas de desarrollo comunitario y de colaboración intersectorial, los autores discuten, a partir de la experiencia del municipio de Rio de Janeiro, en qué medida los marcos de referencia de la Estrategia de Escuelas Promotoras de Salud consolidan la promoción de la salud en la escuela y superan modelos biomédicos de salud escolar. La metodología utilizada fue la descripción de los principales procesos y efectos del desarrollo de dicha estrategia durante diez años en ese municipio y los resultados positivos y negativos de la evaluación de su implementación en la etapa de proyecto piloto y, más recientemente, de talleres regionales de salud en la escuela. Este artículo tiene el objetivo de contribuir con el debate sobre la identificación de los espacios, procesos y mecanismos de evaluación así como de la efectividad de las prácticas implementadas de promoción de salud en la escuela.

Palabras clave: Salud; Escuela; Promoción de la Salud; Evaluación; Educación; Rio de Janeiro