

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ  
ESCOLA POLITÉCNICA DE SAÚDE JOAQUIM VENÂNCIO  
MESTRADO PROFISSIONAL EM EDUCAÇÃO PROFISSIONAL EM SAÚDE

Roberto Eduardo Albino Brandão

A IMPLEMENTAÇÃO DO PROGRAMA SAÚDE NA ESCOLA NO TERRITÓRIO DE  
MANGUINHOS (RJ): estratégias de privatização na política pública

Rio de Janeiro

2014

Roberto Eduardo Albino Brandão

A IMPLEMENTAÇÃO DO PROGRAMA SAÚDE NA ESCOLA NO TERRITÓRIO DE  
MANGUINHOS (RJ): estratégias de privatização na política pública

Dissertação apresentada à Escola Politécnica de  
Saúde Joaquim Venâncio como requisito parcial  
para a obtenção do título de Mestre em Educação  
Profissional em Saúde.

Orientadora: Anakeila de Barros Stauffer

Rio de Janeiro

2014

Catálogo na fonte

Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio

Biblioteca Emília Bustamante

B817i Brandão, Roberto Eduardo Albino  
A implementação do Programa Saúde na Escola no  
território de Manguinhos (RJ): estratégias de  
privatização na política pública / Roberto  
Eduardo Albino Brandão. - Rio de Janeiro, 2014.  
144 f.

Orientador: Anakeila de Barros Stauffer

Dissertação (Mestrado Profissional em Educação  
Profissional em Saúde) - Escola Politécnica de  
Saúde Joaquim Venâncio, Fundação Oswaldo Cruz,  
2014.

1. Políticas Públicas. 2. Saúde na Escola. 3.  
Educação em Saúde. 4. Parceria Público-Privada I.  
Stauffer, Anakeila de Barros. II. Título.

CDD 379.81

Roberto Eduardo Albino Brandão

A IMPLEMENTAÇÃO DO PROGRAMA SAÚDE NA ESCOLA NO TERRITÓRIO DE  
MANGUINHOS (RJ): estratégias de privatização na política pública

Dissertação apresentada à Escola Politécnica de  
Saúde Joaquim Venâncio como requisito parcial  
para a obtenção do título de Mestre em Educação  
Profissional em Saúde.

Aprovado em: 05/09/2014

BANCA EXAMINADORA

---

Profa. Dra. Anakeila de Barros Stauffer (Fiocruz / EPSJV)

---

Profa. Dra. Marcela Alejandra Pronko (FIOCRUZ / EPSJV)

---

Profa. Dra. Maria das Mercês Navarro Vasconcellos (FIOCRUZ / COC)

*Dedico este trabalho  
à classe trabalhadora que ainda  
acredita em uma vida melhor para todos.*

## AGRADECIMENTOS

Ao Grande Arquiteto do Universo pela beleza da vida.

Ao meu pai (*in memoriam*) por ter me ajudado a construir o meu caráter no contexto de violência vivido em Manguinhos.

À minha mãe por todo o seu carinho e cuidado comigo até os dias atuais.

À minha orientadora, Anakeila de Barros Stauffer, por sua orientação firme, gentil e precisa.

À Maria das Mercês Navarro Vasconcellos, por sua inspiração, ajuda nos momentos de aflição e compromisso real com a emancipação da classe trabalhadora.

À Marcela Alejandra Pronko, por suas valiosas reflexões, principalmente no âmbito do grupo de pesquisa sobre internacionalização no trabalho, na educação e na saúde.

Aos colegas de turma do mestrado, pelos momentos de aprendizagem e indignação coletiva frente aos inúmeros problemas sociais, sobretudo aos que se referem ao aluno trabalhador no Brasil.

Aos colegas de trabalho da Escola de Formação do Professor Carioca - Paulo Freire e do Colégio Estadual Pinto Lima pelo incentivo e companheirismo.

À Rosana Magalhães, pela honra de participar do grupo de pesquisa sobre o PSE, bem como a todos os demais integrantes desse seletivo grupo, pelos intensos momentos de trocas e crescimento científico.

Aos amigos do Projeto Tecendo Redes para um Planeta Saudável e do Conselho Gestor Intersetorial do Teias-Escola Manguinhos pela força e oportunidade de pensar coletivamente os determinantes sociais da saúde neste território.

Aos irmãos da Loja Sylvio Claudio pela compreensão das minhas várias ausências.

A todos os meus professores, desde a Educação Infantil, pois sem eles eu não estaria onde estou.

A todos os meus amigos que, direta ou indiretamente, me auxiliaram nessa longa jornada, especialmente: Maria Luiza Garcia Monteiro, Maria Paula Bonatto, Jaqueline Marques Tavares de Oliveira, Priscila Talita Oliveira Silva, Raquel Damasceno dos Santos, Isis Pereira Coutinho, Altamiro dos Santos Coelho, Erivelto Rodrigues Teixeira, Nilton Cesar Spinelli, Carla Vicente, Jussara Alves Oliveira, Adriana Rocha Mota, Denise de Mello Cardoso Guahy, Micheli da Silva Freitas de Abreu, Marluce Antelo, Gilberto de Oliveira Reis, Norma Maria de Souza, Fatima Pivetta, Pedro Lima e Waldyr Figueiredo da Costa.

*“[...] como ser humano, não devo nem posso  
abdicar da possibilidade que veio sendo  
construída, social e historicamente, em nossa  
experiência existencial de, intervindo no  
mundo, inteli-lo e, em consequência,  
comunicar o inteligido.”  
(Paulo Freire)*

## RESUMO

O presente estudo analisa as estratégias para implementação do Programa Saúde na Escola (PSE) no território de Manguinhos, no período de 2008 a 2013, buscando compreendê-lo enquanto uma política pública ligada aos campos da Educação e da Saúde. Trata-se de uma pesquisa exploratória, pautada em uma abordagem crítico-dialética, onde são apontadas e discutidas contradições que envolvem o PSE neste território, através de análise documental, à luz das reflexões sobre o Estado neoliberal e as políticas públicas, fundamentadas principalmente em Marx e Engels, Gramsci e Poulantzas. A pesquisa aponta que a implementação do referido programa, realizado através de contrato de gestão da Prefeitura da Cidade do Rio de Janeiro com organizações sociais, nos permite evidenciar, em Manguinhos, uma política de atendimento a uma pequena parcela da população pobre (focalização), de gestão privada do Estado (privatização), e de uma intersetorialidade incompleta (prevalência do setor saúde), perpetuando, assim, as determinações da sociedade capitalista. Enfatiza-se, portanto, a relevância de se expor as contradições de forma clara, a fim de que a classe trabalhadora caminhe, cada vez mais, na direção da consciência de classe necessária para superar a pobreza e eliminar as desigualdades sociais.

Palavras-chave: Programa Saúde na Escola. Educação e Saúde. Política Pública. Relação Público-privado. Manguinhos.

## **ABSTRACT**

This study analyses the strategies used for implementing the Health in School Program (PSE) in Manguinhos territory between 2008 and 2013 and seeks to understand it as a public policy connected to both education and health field. It's an exploratory research, guided by a dialectical-critical approach, in which we detach and discuss the contradictions that involve the PSE in Manguinhos through the documental analysis. It does it in the light of the reflections about the neoliberal State and the public policies, based specially in Marx and Engels, Gramsci and Poulantzas. The research points out that the implementation of this program, carried out through a management contract between the Rio de Janeiro City Municipal Government and social organizations, allows us to identify, in Manguinhos, an assistance policy directed to a small number of the poor (targeting), a private management of the State (privatization), and an incomplete relation between the sectors (prevalence of the health one), perpetuating the determinations of the capitalist society. It focuses therefore the importance of exposing the contradictions in a clear way so that the working class goes increasingly in the direction of the class consciousness necessary to overcome the poorness and eliminate the social inequalities.

**Key words:** Public Policy. School Health Program. Education and Health. Public-private Relationship. Manguinhos.

## RESUMEN

Este estudio analiza las estrategias para la implementación del Programa de Salud Escolar (PSE) en el territorio de Manguinhos, en el período de 2008 a 2013, tratando de entenderla como una política pública vinculada a los campos de la educación y la salud. Es una investigación exploratoria, basada en un enfoque crítico-dialéctico, donde se señalan y discuten las contradicciones que involucran el PSE en este territorio, a través de análisis de documentos, a la luz de las reflexiones sobre las políticas estatales y públicas neoliberales, basada principalmente en Marx y Engels, Gramsci y Poulantzas. La investigación muestra que la ejecución del programa, llevado a cabo por el contrato de gestión de la Municipalidad de Río de Janeiro con las organizaciones sociales, nos permite mostrar, en Manguinhos, una política de servicio a una pequeña porción de los pobres (focalización), gestión privada de Estado (privatización), y una interseccionalidad incompleta (prevalencia del sector de la salud), para perpetuar así las determinaciones de la sociedad capitalista. Por lo tanto, se hace hincapié a la importancia de exponerse dadas contradicciones con claridad, con tal de que la clase trabajadora camine, cada vez más, en la dirección de la conciencia de clase necesaria para superar la pobreza y eliminar las desigualdades sociales.

Palabras clave: Política Pública. Programa de Salud Escolar. Educación y Salud. Relación Público-privada. Manguinhos.

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Ilustração 1	Figura da área territorial de Manguinhos.....	14
Ilustração 2	Figura do modelo de determinantes sociais da saúde de Dahlgreen e Whitehead.....	18
Ilustração 3	Estrutura esquemática da organização municipal do PSE no Rio de Janeiro.....	31
Ilustração 4	Fluxo operacional da atenção em saúde na escola e na creche.....	33
Ilustração 5	Quadro dados do PSE.....	41

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Relação entre ESF e UE.....	16
Tabela 2	Matrículas no ensino fundamental, segundo as dependências administrativas - 2007 - 2012.....	62
Tabela 3	Síntese dos diferentes modelos de gestão do PSE.....	71

## LISTA DE SIGLAS

CAS	Coordenação de Assistência Social
CGI	Conselho Gestor Intersetorial do Teias-Escola Manguinhos
COC	Casa de Oswaldo Cruz
Coquali	Comissão de Qualificação de Organizações Sociais
CRE	Coordenadoria Regional de Educação
CSEGSF	Centro de Saúde Escola Germano Sinval Faria
DSS	Determinantes sociais da saúde
CTA	Comissão Técnica de Acompanhamento
Ensp	Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca
EPSJV	Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio
ESF	Estratégia Saúde da Família
e-SIC	Sistema Eletrônico do Serviço de Informações ao Cidadão
Fiocruz	Fundação Oswaldo Cruz
Iabas	Instituto de Atenção Básica e Avançada à Saúde
Ideb	Índice de Desenvolvimento da Educação Básica
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
Labgestão	Laboratório de Educação Profissional e Gestão em Saúde
MEC	Ministério da Educação
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial da Saúde
OPS	Organização Pan-Americana da Saúde
OS	Organização Social
PCRJ	Prefeitura da Cidade do Rio de Janeiro
PMSEC	Plano Municipal de Saúde na Escola e na Creche
PSE	Programa Saúde na Escola
SME	Secretaria Municipal de Educação
SUS	Sistema Único de Saúde
Teias	Programa Território Integrado de Atenção à Saúde
UE	Unidade Escolar

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO .....</b>	<b>14</b>
<b>2 O PROGRAMA SAÚDE NA ESCOLA .....</b>	<b>25</b>
2.1 O PSE NO RIO DE JANEIRO E EM MANGUINHOS.....	32
2.2 O CGI E AS DISCUSSÕES SOBRE SAÚDE NA ESCOLA .....	43
2.2.1 O CGI e sua composição .....	43
2.2.2 A representação da Educação no CGI.....	45
2.2.3 A territorialização e o CGI.....	48
2.2.4 O CGI e as discussões sobre a relação entre o público e o privado	48
<b>3 ESTADO E POLÍTICAS PÚBLICAS.....</b>	<b>51</b>
<b>4 DESVELANDO A NATUREZA DO PSE EM MANGUINHOS... ..</b>	<b>66</b>
4.1 FOCALIZAÇÃO.....	66
4.2 PRIVATIZAÇÃO .....	70
4.3 PREVALÊNCIA DO SETOR SAÚDE .....	76
<b>5 CONCLUSÃO .....</b>	<b>81</b>
<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>84</b>
<b>ANEXO A - INFORMAÇÕES OBTIDAS JUNTO AO E-SIC.....</b>	<b>92</b>
<b>ANEXO B - CONTRATO DE GESTÃO IABAS.....</b>	<b>96</b>

## 1 INTRODUÇÃO

Desde o início do mestrado, a minha trajetória de estudo se voltava à pesquisa centrada no ensino de ciências e na relação de colaboração entre museu e escola, fortemente influenciada pelo trabalho cooperativo entre o Museu da Vida, da Casa de Oswaldo Cruz, Fundação Oswaldo Cruz (MV/COC/Fiocruz) e as escolas municipais do entorno de Manguinhos, no Rio de Janeiro (Projeto Tecendo Redes para um Planeta Saudável<sup>1</sup>).

Em 2008, ao ingressar no Projeto Tecendo Redes para um Planeta Saudável, que promove a popularização da ciência e a promoção da saúde, através do trabalho colaborativo entre escolas municipais do entorno da Fiocruz e várias instituições de ensino/pesquisa, pude enxergar com maior clareza a importante missão da Fiocruz nesse território. Ao trazer meus alunos da Escola Municipal Ruy Barbosa (a maior parte deles moradores de Manguinhos) para o Museu da Vida, em diferentes ações socioeducativas, fui questionando minha própria inserção, como morador desse território, para além da construção da consciência crítica necessária para pensar a minha própria prática pedagógica. Os encontros sabáticos mensais do grupo de estudos, outra vertente do referido projeto, além de exporem as contradições que afetavam o meu modo de vida, minha comunidade e até mesmo minhas relações de trabalho como professor, também me proporcionaram o incentivo necessário para continuar os estudos, em nível de mestrado dentro da Fiocruz, na Escola Politécnica da Saúde Joaquim Venâncio (EPSJV). Uma das indagações desse grupo era: “como a Fiocruz, importante centro difusor de saúde para o mundo, está inserida dentro de uma comunidade (Manguinhos) que sofre com as precárias condições de saúde”?

Nesse caminho, tive conhecimento da tese de VASCONCELLOS (2008), pesquisadora do Museu da Vida, que me possibilitou refletir sobre uma educação verdadeiramente emancipatória para todos, sobretudo em relação ao desvelamento dos mecanismos alienantes da atual sociedade capitalista, tendo por fundamentação teórica Karl Marx, Antonio Gramsci e Paulo Freire. A essa altura, o trabalho em colaboração conferia outro sentido, mais coletivo, em minha busca por transformar a sociedade.

Vale esclarecer que, além de morador do território de Manguinhos e professor da Escola Municipal Ruy Barbosa (inserida dentro da realidade de Manguinhos), compus a

---

<sup>1</sup> O projeto teve início em 2007 e continua a ser implementado até os dias de hoje. É desenvolvido a partir da colaboração entre a Coordenação de Educação em Ciências do Museu de Astronomia e Ciências Afins do Ministério da Ciência, Tecnologia e Inovação (MAST/MCT), o Museu da Vida, da Casa de Oswaldo Cruz, Fundação Oswaldo Cruz (MV/COC/Fiocruz) e o Núcleo de Educação Ambiental do Instituto de Pesquisas Jardim Botânico do Rio de Janeiro (JBRJ) – museus e instituições científicas; e escolas públicas de seus entornos (Escolas da Rede Municipal de Ensino do Rio de Janeiro e também o Colégio Pedro II de São Cristóvão).

primeira gestão de conselheiros do Conselho Gestor Intersetorial do Teias - Escola Manguinhos<sup>2</sup> (CGI), representando os profissionais da Educação da 4ª Coordenadoria Regional de Educação (4ª CRE<sup>3</sup>), cujas reuniões mensais contribuíram para dar um significado prático aos estudos do Mestrado.

Dias antes da apresentação do pré-projeto na disciplina Seminário II, participei de uma palestra na Escola Municipal Ruy Barbosa – na qual fui professor de Ciências durante cinco anos – sobre “O Programa Saúde na Escola e na Creche e a ampliação da Atenção à Saúde na AP 3.1”, que me incitou a mudar o objeto da pesquisa, cujo tema se refere à forma particular pela qual o Programa Saúde na Escola (doravante PSE) se constitui em Manguinhos.

Diante da mudança de objeto, fui buscando me aproximar de discussões que me dessem embasamento para compreendê-lo. Comecei a participar da Pesquisa “Análise da Implementação do Programa Saúde na Escola em Manguinhos”, na Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, da Fundação Oswaldo Cruz (Ensp/Fiocruz), em andamento, cujo objetivo é analisar a implementação do PSE neste território. Tal pesquisa permitiu, em continuidade aos esforços individuais de compreensão, ampliar meu olhar sobre este objeto, através de uma equipe multidisciplinar – alguns desses profissionais com experiência no PSE. Além disso, dentro do Mestrado, as discussões que se travaram na disciplina “Atividade de Pesquisa – Internacionalização no trabalho, na educação e na saúde” foram fundamentais na construção do referencial teórico dessa dissertação, deslocando nossas reflexões do “pessimismo da razão” para o “otimismo da vontade”.

A partir dessas instigações, meu objeto de pesquisa se volta para o PSE, buscando compreender como se constitui este programa enquanto política pública ligada aos campos da Educação e da Saúde, mais especificamente, como este tem sido implementado no território de Manguinhos.

Debrucei-me, assim, em procurar dados sobre esse bairro, que, segundo o Instituto Pereira Passos (2000<sup>4</sup>), através dos microdados do Censo Demográfico do ano 2000, Manguinhos se constituía no quinto pior Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) dos 126 bairros do Rio de Janeiro. Esse complexo abrange 16 comunidades (CHP2, Conjunto Habitacional Nelson Mandela, Parque João Goulart, Nova Vila Turismo, Parque Carlos

---

<sup>2</sup> No capítulo 2 abordaremos o trabalho no CGI e o Teias-Escola Manguinhos.

<sup>3</sup> As Coordenadorias Regionais de Educação fazem parte da estrutura organizativa da Secretaria Municipal de Educação do Rio de Janeiro. São, ao todo, 11 Coordenadorias Regionais de Educação, distribuídas na cidade do Rio de Janeiro. A região de Manguinhos está inserida, em grande parte, na área da 4ª CRE e uma pequena parte na 1ª (uma unidade escolar) e na 3ª CRE (duas unidades escolares).

<sup>4</sup> Acesso realizado em 2014, através do site oficial do Instituto Pereira Passos: <http://www.armazemdedados.rio.rj.gov.br/>.

Chagas – Varginha, Mandela de Pedra, Nova Embratel, Samora Machel, Parque Oswaldo Cruz, Parque Amorim, Monsenhor Brito, Desup, CCPL, Vila União, Vila São Pedro, Comunidade Agrícola de Higienópolis), conforme definido pelo Teias - Escola Manguinhos (vide Ilustração 1).



Ilustração 1 - Figura da área territorial de Manguinhos.

Fonte: Teias - Escola Manguinhos (FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ, 2014b).

Para exemplificar a realidade deste território no que tange à saúde, no ano de 2013, Manguinhos apresentou 110 casos novos de tuberculose. Ao relacionar esse número com o

total da população moradora do bairro (36.160 habitantes), apurada pelo Censo 2010, calculou-se o quanto a doença incide no local, chegando ao número de 304,20/100.000 hab. Essa incidência de casos de tuberculose em Manguinhos está muito acima da média nacional, que é de 35,4/100.000 - Brasil 2013, bem como da média municipal do Rio de Janeiro – 79,2/100.000 (informação verbal<sup>5</sup>).

Lima (2010) descreve bem o território de Manguinhos, no que se refere às suas mazelas:

O cotidiano nos territórios de favelas de Manguinhos se caracteriza por violento controle social exercido sobre a maioria de seus moradores; violação de direitos civis e políticos por aparelhos de coerção públicos e privados; pouco acesso a direitos sociais (acesso à educação, saúde/ambiente, habitação, etc); alto desemprego e precarização acentuada do trabalho; baixa escolaridade e acesso restrito à saúde pública; condições ambientais deterioradas; população empobrecida, desprovida também de capital cultural e social; políticas públicas assistencialistas e paternalistas; cultura de massa incentivando ação individualista e fragmentada; criminalização do território. (LIMA, 2010, p. 14)

No que tange à organização da saúde, esse bairro compreende uma pequena parcela territorial da AP 3.1<sup>6</sup> e conta com duas clínicas da família e uma Unidade de Pronto Atendimento (UPA), para atender o total de 12.080 famílias cadastradas (36.976 habitantes<sup>7</sup>). Na educação, conta com um total de 16 unidades escolares (UE) da rede pública de educação básica dentro do território: duas UE da rede federal, situadas dentro do *campus* da Fiocruz, e uma UE da rede estadual, não atendidas pelas equipes de saúde da família, e 13 UE da rede municipal de ensino, incluindo duas creches conveniadas do município, conforme mostra a Tabela 1.

<sup>5</sup> Dados apresentados pela médica Celina Santos Boga Marques Porto (Ensp/Fiocruz), na reunião do CGI de 30 de maio de 2014, em relação às taxas de incidência mencionadas no Brasil, estados e capitais em 2013 (Brasil. Secretaria de Vigilância em Saúde. Ministério da Saúde. Boletim Epidemiológico. O controle da tuberculose no Brasil: avanços, inovações e desafios 2014; 44(2):1-13).

<sup>6</sup> Codificação institucional das Áreas de Planejamento (AP), utilizada pela Prefeitura da Cidade do Rio de Janeiro. Atualmente, o município conta com cinco Áreas de Planejamento, onde a AP 3.1 abrange 28 bairros, incluindo Manguinhos.

<sup>7</sup> Informações coletadas no site do Teias. Disponível em: <http://andromeda.ensp.fiocruz.br/teias/saudedafamilia> Acesso em: 31 out. 2013.

**Tabela 1 - Relação entre ESF e UE**

<b>Unidade de Atenção Básica</b>	<b>Equipe de Saúde da Família</b>	<b>UE em Manguinhos</b>
Clínica da Família Victor Valla	CHP2	E. M. Albino Souza Cruz Espaço de Desenvolvimento Infantil Dr. Antônio Fernandes Figueira
	Desup (*)	-
	Mandela de Pedra	Espaço de Desenvolvimento Infantil Dr. Domingos Arthur Machado Filho (**)
	Nelson Mandela	E. M. Prof. Maria de Cerqueira e Silva (**)
	Samora Machel	Creche Municipal Samora Machel
	Vila União	E. M. Bricio Filho
Centro de Saúde Escola Manguinhos	Nova Vila Turismo	Espaço de Desenvolvimento Infantil Joaquim Venâncio
	Parque Amorim/Monsenhor Brito	CIEP Juscelino Kubitschek (**)
	Parque Carlos Chagas	Creche Municipal Manguinhos
	Parque João Goulart	Creche Municipal Chico Bento
	Parque Oswaldo Cruz	Creche Lar Irmão Francisco
	Vila São Pedro/ Agrícola	E. M. Ema Negrão de Lima
	Vila Turismo	Creche Comunitária de Manguinhos (SICAM)
	Colégio Estadual Compositor Luiz Carlos da Vila (*) Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio (*) Creche Fiocruz (*)	

(\*) Não há vinculação entre equipe de ESF e a UE.

(\*\*) UE também atendidas pelo Instituto de Atenção Básica e Avançada à Saúde (Iabas).

Fonte: O autor.

Mas o que tais números, em termos de aparelhagem governamental de saúde e educação, representam para esse território? Pode o PSE contribuir para a qualidade desses serviços públicos? **Que estratégias foram acionadas para se implementar o PSE em Manguinhos, Rio de Janeiro?** Dentre essas questões formuladas, todas socialmente relevantes e interconectadas, optei por tentar responder apenas à última pergunta, em face do curto espaço de tempo e recursos disponíveis para esse trabalho.

Assim, diante de tais questões, esta dissertação tem por **objetivo geral** analisar as estratégias utilizadas para a implementação do PSE em Manguinhos, Rio de Janeiro, no período de 2008 a 2013.

Para tanto, buscaremos, num primeiro momento deste trabalho, caracterizar o PSE. Em seguida, debateremos sobre as diferentes concepções de Estado e de política pública, tendo como referenciais teóricos autores como Marx e Engels, Poulantzas e Gramsci, a fim de contribuir na elucidação do Programa em questão. Por fim, à luz deste referencial teórico, iremos analisar esta política pública federal até a sua configuração no território de Manguinhos.

Quem vive em Manguinhos sabe o quanto os problemas de educação e de saúde são discutidos, não sendo difícil verificar, na prática cotidiana, os diferentes entendimentos que envolvem os campos da educação e da saúde. Assim, para entender como o Estado organiza a saúde nos espaços escolares, sobretudo nas UE da rede pública municipal, partiu-se da visão histórica de Batistella (2007b), ao considerar a saúde como um constructo que reflete, assim, a conjuntura econômica, social e cultural de uma época e lugar.

Na mesma linha de pensamento da saúde como constructo social, Castro a compreende como

um dos elementos importantes para as transformações econômicas, sociais e políticas de um país, constituindo-se em um indutor da melhoria da qualidade de vida da população e da ampliação da autonomia de um país, de tal forma a propiciar o desenvolvimento econômico, social e político sustentável. (CASTRO, 2013, p.108)

Este ponto de partida ressalta que a saúde não deve ser entendida simplesmente como ausência de doença, conforme consagrado na constituição da OMS em 1948, mais intimamente relacionada com a “qualidade de vida” e com o “desenvolvimento econômico, social e político”. Essa concepção aproxima as discussões aqui travadas dos determinantes sociais da saúde (DSS)<sup>8</sup>, fundamental para se ampliar o olhar sobre o PSE, pois, segundo Afonso (2013), estes impactam – positiva ou negativamente, a qualidade de vida e saúde da população.

Como se observa na Ilustração 2, a educação é um dos componentes das condições de vida e de trabalho que integram os DSS.

---

<sup>8</sup> “A teoria da determinação social pretende explicar o processo saúde-doença levando em conta a forma como a sociedade se organiza e constrói sua vida social. A organização social apresenta também determinantes políticas, econômicas e sociais que interferem na distribuição de saúde e da doença dentro da sociedade e entre elas.” (AKERMAN et al., 2011, p. 2)



Ilustração 2 - Figura do modelo de determinantes sociais da saúde de Dahlgreen e Whitehead.  
 Fonte: DAHLGREEN e WHITEHEAD, 1990 apud GOMES, 2012, p. 25

A concepção marxista de educação pressupõe uma "Educação pública gratuita, compulsória e uniforme para todas as crianças, que assegure a abolição dos monopólios culturais ou do conhecimento e das formas privilegiadas de instrução" (BOTTOMORE, 2012, p. 179). Em sua formulação inicial (a partir da década de 1840), Marx teoriza que essa educação deveria ser realizada em instituições, a fim de se evitar que as precárias condições de vida da classe operária influenciassem negativamente o desenvolvimento geral dos educandos (BOTTOMORE, 2012).

No que tange ao referencial metodológico, poderíamos ter elegido distintas instâncias nas quais o PSE seria discutido: práticas e técnicas médicas, práticas e técnicas pedagógicas, hábitos de vida saudável, patologias na escola, adoecimento profissional, etc. No entanto, a escolha foi buscar entender/analisar o caráter político desse programa, incluindo o investimento do Estado, por entender que é na dimensão política que se configuram os processos de tomada de decisão e que se determina a organização entre os diferentes setores envolvidos. A opção pelo recorte político se deve também ao compromisso com a transformação da realidade.

A análise desta política pública se baseia no referencial teórico-metodológico fundamentado no materialismo histórico-dialético. Assim, concordando com Marx e Engels:

A questão de saber se ao pensamento humano cabe alguma verdade objetiva [*gegenständliche Wahrheit*] não é uma questão da teoria, mas uma questão *prática*. É na prática que o homem tem de provar a verdade, isto é, a realidade e o poder, a natureza interior [*Diesseitigkeit*] de seu pensamento. A disputa acerca da realidade ou não realidade do pensamento – o que é

isolado da prática – é uma questão puramente *escolástica*. (MARX; ENGELS, 2007, p. 533)

Se a história é construída por meio de relações sociais concretas, não há como desconsiderar o objeto das Ciências Sociais como histórico. Assim, conforme aponta Minayo (2013, p. 39), “Toda investigação social precisa registrar a historicidade humana, respeitando a especificidade da cultura que traz em si e, de forma complexa, os traços dos acontecimentos de curta, média e longa duração, expressos em seus bens materiais e simbólicos”.

Pretende-se, com base nesta pesquisa, construir conhecimentos que colaborem, para além de aprimorar a atuação profissional do autor<sup>9</sup>, ajudar a pensar os desafios na relação entre políticas públicas de educação e saúde na escola, especialmente porque faz parte de um importante diálogo com o contexto societário atual que tenta explicitar uma concepção de mundo.

Este estudo buscou embasar-se na teoria social de Marx e do marxismo contemporâneo, com vistas a uma abordagem crítico-dialética<sup>10</sup> da política pública em referência, compreendendo-se que:

A análise das políticas públicas sociais como processo e resultado de relações complexas e contraditórias que se estabelecem entre Estado e sociedade civil, no âmbito dos conflitos e luta de classes que envolvem o processo de produção e reprodução do capitalismo, recusa a utilização de enfoques restritos ou unilaterais, comumente presentes para explicar sua emergência, funções ou implicações. (BEHRING; BOSCHETTI, 2007, p. 36)

Do ponto de vista dos objetivos, é classificada como uma pesquisa exploratória, uma vez que visa uma compreensão do problema em análise, direcionada a um estudo de caso, pois envolve o estudo de um objeto de maneira que permita o seu amplo e detalhado conhecimento.

Além disso, espera-se que a questão formulada – *Que estratégias foram acionadas para se implementar o PSE em Manguinhos, Rio de Janeiro?* – seja melhor respondida através de uma pesquisa teórica, de abordagem qualitativa, dos objetivos do PSE no referido território.

---

<sup>9</sup> Professor de Ciências da Prefeitura da Cidade do Rio de Janeiro, atualmente lotado na Escola de Formação do Professor Carioca - Paulo Freire.

<sup>10</sup> "O método, na perspectiva marxiana, não se confunde com técnicas ou regras intelectivas [...]: é uma relação entre sujeito e objeto que permite ao sujeito aproximar-se e apropriar-se das características do objeto. Nessa perspectiva, o conhecimento não é absoluto, mas é possível apreender as múltiplas determinações dos processos sociais historicamente situados, porque o ser social se objetiva – a sociabilidade é objetivação" (BEHRING e BOSCHETTI, 2007, p. 39).

Diante desse recorte territorial, partindo do envolvimento do autor da dissertação na temática, se torna relevante que este possa inferir sobre a implementação do PSE, a partir de sua aproximação da realidade específica. Seguindo a argumentação de Minayo (2013, p. 274), ao discorrer sobre a observação, "existe necessidade de o pesquisador relativizar o seu espaço social, aprendendo a se pôr no lugar do outro. No trabalho qualitativo, a proximidade com os interlocutores, longe de ser um inconveniente, é uma virtude".

Na vertente dos procedimentos técnicos, intencionou-se aprofundar a análise documental dos seguintes documentos oficiais do PSE:

1. Decreto Presidencial nº 6.286, de 5 de dezembro de 2007: institui o Programa Saúde na Escola - PSE, e dá outras providências (BRASIL, 2007).

2. Plano Municipal de Saúde na Escola e na Creche do Rio de Janeiro, 2008 (PREFEITURA DA CIDADE DO RIO DE JANEIRO, 2008).

3. Portaria interministerial nº 1.413, de 10 de julho de 2013: 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 (BRASIL, 2013a).

4. Programa Saúde na Escola 2013: manual instrutivo. Brasília: MS/MEC/Equipe PSE, 2013 (BRASIL, 2013b).

5. Informações apuradas junto ao e-SIC - Sistema Eletrônico do Serviço de Informações ao Cidadão<sup>11</sup>, conforme protocolos nº 23480006023201481 e 23480006927201415 (ANEXO A).

Tais documentos foram selecionados através dos seguintes critérios:

A) identidade governamental, por conferir maior credibilidade/confiabilidade, uma vez que o PSE surge no seio do Estado;

B) atualização, até o ano de 2013, por reunir informações mais atuais possíveis;

C) representatividade, por servir de referência do PSE e conferir maior pertinência à pesquisa.

Além dos documentos citados, buscou-se outros materiais com vistas a obter maior aproximação do objeto junto ao território de Manguinhos:

1. Participação no CGI

---

<sup>11</sup> Permite que qualquer pessoa, física ou jurídica, encaminhe pedidos de acesso à informação, acompanhe o prazo e receba a resposta da solicitação realizada para órgãos e entidades do Executivo Federal (<http://www.acessoainformacao.gov.br>).

1.1. Relatório da participação enquanto conselheiro em representação do segmento de trabalhadores da Educação.

1.2. Atas das reuniões no período 2011 a 2013.

1.3. Diário de campo. Registro periódico das atividades desenvolvidas enquanto conselheiro do segmento profissionais da educação, contendo o relato dos principais assuntos relacionados à educação e à saúde, principalmente no que se refere ao PSE em Manguinhos.

1.4. Projeto "Curso de Qualificação em Participação Social e Gestão em Saúde" (Labgestão/EPSJV, 2012).

2. Instrumento nº 06/2011, assinado em 31 de janeiro de 2011: contrato que entre si celebram o município do Rio de Janeiro, por intermédio da Secretaria Municipal de Educação (SME) e do Instituto de Atenção Básica Avançada à Saúde (Iabas), tendo como interveniente a Secretaria Municipal da Saúde e Defesa Civil (SMSDC), com vistas à execução do Programa Saúde nas Escolas, a ser implementado no âmbito da SME (ANEXO B).

3. Instrumento nº 002/2009, assinado em 01 de dezembro de 2009: contrato que entre si celebram o município do Rio de Janeiro, por intermédio da Secretaria Municipal da Saúde e Defesa Civil (SMSDC) e a Fundação para o Desenvolvimento Científico e Tecnológico em Saúde (Fiotec), com vistas à regulamentação do desenvolvimento das ações e serviços de saúde no âmbito do território integral de atenção à saúde (Teias) de Manguinhos.

4. Estudo de pesquisa acadêmica identificada no Banco de Tese da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) com as palavras-chave “PSE” e “Manguinhos”: GOMES, Livia Cardoso. **O desafio da intersectorialidade**: a experiência do programa saúde na escola (PSE) em Manguinhos, no município do Rio de Janeiro. 01/05/2012. 173 f. Mestrado (Saúde Pública) – Fundação Oswaldo Cruz. Biblioteca depositária: Lincoln de Freitas Filho (GOMES, 2012).

Esta dissertação está estruturada em cinco partes. Na primeira (Capítulo 1), apresenta-se uma introdução ao objeto de estudo - o PSE enquanto uma política pública ligada aos campos da Educação e da Saúde. Na segunda (Capítulo 2), busca-se entender o PSE e sua implementação em Manguinhos. Na terceira (Capítulo 3), discute-se as concepções de Estado e Políticas públicas. A seguir (Capítulo 4), analisa-se as estratégias para implementação do

PSE em Manguinhos e, por fim (Capítulo 5), conclui-se com as principais ideias e contribuições deste estudo e linha de investigação para trabalho futuro.

## 2 O PROGRAMA SAÚDE NA ESCOLA

O objetivo do presente capítulo é caracterizar o Programa Saúde na Escola (PSE), a fim de compreender como este programa vem se instituindo no município do Rio de Janeiro e, mais especificamente, no território de Mangueiras.

É possível inferir que o PSE segue a orientação do documento “Educación para la salud en el ámbito escolar: una perspectiva integral y guía para la acción basada en la experiencia latinoamericana”, da Organização Pan-Americana da Saúde (OPS), vinculada à Organização Mundial da Saúde (OMS). Neste há várias recomendações a todos os governos membros da região das Américas, entre elas:

1. Establecer conjuntamente entre los Ministerios de Salud y de Educación de los países de América Latina, políticas explícitas y programas, así como los recursos necesarios para implementar un enfoque integral y comprensivo de educación para la salud en el ámbito escolar, y en colaboración con otros sectores involucrados. (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE, 1995, p. 3)

Esse mesmo documento, do qual o Brasil é signatário, evidenciando a forte influência dos organismos internacionais nos países em desenvolvimento, aponta para a necessidade de se instituir compromisso político em apoio à estratégia de educação para a saúde no âmbito escolar:

Identificación y comprensión de como se desarrollan las políticas nacionales y como se les asigna prioridad; identificación de los actores sociales relevantes en la toma de decisiones y de cómo se llega a un consenso. Los roles y las responsabilidades para el desarrollo de las tareas involucradas en la política, tanto dentro del sector como entre los otros sectores, en los niveles nacionales, regionales, locales. Estos son aspectos claves que necesitan estar claramente definidos. (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE, 1995, p. 17)

No que tange ao contexto nacional, o PSE foi instituído como política pública por meio do Decreto Presidencial nº 6.286, de 5 de dezembro de 2007, “com 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), mediante ações intersetoriais de base territorial com foco na interação entre os equipamentos públicos da saúde e da educação.

Assim, outro objetivo do PSE, previsto no artigo segundo, é “II - articular as ações do Sistema Único de Saúde - SUS às ações das redes de educação básica pública, [...]” (BRASIL, 2007), não restando qualquer dúvida quanto à vinculação entre o PSE e o SUS. Na perspectiva de Gomes (2012, p. 4), “o PSE (2007) Nacional surge para fortalecer e estimular a implementação dessas práticas de saúde na escola no âmbito da PS [Promoção da Saúde], a fim de articular as ações do Sistema Único de Saúde (SUS) com as da rede de ensino público”. Essa diretriz política pressupõe, em cada território, a integração da Política Nacional de Promoção da Saúde (BRASIL, 2006a) e Política Nacional de Atenção Básica (BRASIL, 2006b), em todas as escolas de educação básica (educação infantil, ensino fundamental e ensino médio).

A Política Nacional de Promoção da Saúde define uma série de ações específicas, envolvendo equipes de atenção primária de saúde com os educadores, nos espaços escolares, tendo como objetivo geral:

Promover a qualidade de vida e reduzir vulnerabilidade e riscos à saúde relacionados aos seus determinantes e condicionantes – modos de viver, condições de trabalho, habitação, ambiente, educação, lazer, cultura, acesso a bens e serviços essenciais. (BRASIL, 2006a, p. 17)

A Política Nacional de Atenção Básica define como atribuições comuns a todos os profissionais das equipes de saúde da família, de saúde bucal e de Agentes Comunitários de Saúde: "II - realizar o cuidado em saúde da população adscrita, prioritariamente no âmbito da unidade de saúde, no domicílio e nos demais espaços comunitários (escolas, associações, entre outros), quando necessário;" (BRASIL, 2006b, p. 42).

Ao considerar tais políticas, percebe-se que a preocupação com a saúde do escolar tem trajetória nas políticas brasileiras. No entanto, embora se observe que já existiam ações articuladas de saúde na escola, mesmo antes do Decreto 6.286 (2007), como bem coloca Gomes (2012), reconhece-se que o "Programa Saúde na Escola - PSE" começa somente em 5 de dezembro de 2007, em função do decreto que o "instituiu"<sup>12</sup>. Assim, para se evitar diferentes concepções sobre o PSE, procurou-se distinguir as ações de saúde na escola que seguem as orientações previstas no Decreto nº 6.286/2007, sobretudo em relação à definição/pactuação das escolas, bem como o recebimento do incentivo financeiro por parte do governo federal, das outras ações de saúde na escola que não seguem tais orientações.

---

<sup>12</sup> Segundo o Novo Dicionário Eletrônico Aurélio versão 6.0 (2009), o verbo "instituir" quer dizer "Dar começo a; estabelecer, criar, fundar".

Assim, o decreto que instituiu o PSE, em seu artigo terceiro, estabelece: “O PSE constitui estratégia para a integração e a articulação permanente entre as políticas e ações de educação e de saúde, com a participação da comunidade escolar, envolvendo as equipes de saúde da família e da educação básica” (BRASIL, 2007). Em seu parágrafo único do artigo 4º, estabelece que as equipes de saúde da família são elementos importantes de viabilização do PSE, visto que estas:

realizarão visitas periódicas e permanentes às escolas participantes do PSE para avaliar as condições de saúde dos educandos, bem como para proporcionar o atendimento à saúde ao longo do ano letivo, de acordo com as necessidades locais de saúde identificadas. (BRASIL, 2007)

Tais equipes fazem parte da Estratégia de Saúde da Família (ESF), importante modelo de atenção à saúde do Ministério da Saúde (Política Nacional de Atenção Básica, 2006) para a melhoria da saúde da população, envolvendo acolhimento permanente e assistência integral individual e familiar. Nesse caso, a ESF se torna universal, na medida em que, além de corresponder às diretrizes do SUS, venha a atender às reais necessidades da população.

As diretrizes para a implementação do PSE – “controle social”, “interdisciplinaridade e intersetorialidade” e “integração e articulação das redes públicas de ensino e de saúde” – conforme parágrafo 1º de seu artigo 3º, estão intrinsecamente ligadas à forma de participação dos diferentes setores/atores sociais, não somente nos processos de acompanhamento e avaliação dessa política pública, mas, sobretudo, na inserção da sociedade nos aparelhos estatais de saúde e educação. Além dessas, outras diretrizes foram estabelecidas para a implantação do PSE: a “descentralização e respeito à autonomia federativa”, “territorialidade”; “integralidade”; “cuidado ao longo do tempo”; e “monitoramento e avaliação permanentes”.

Em 2008, o Ministério da Saúde (MS) publica a Portaria nº 1.861, de 4 de setembro, prevendo adesão dos municípios ao Programa. No final do mesmo ano, o MS altera a Portaria nº 1.861, através da Portaria nº 2.931, de 4 de dezembro de 2008, estabelecendo a "manifestação de interesse de adesão ao PSE apresentada pelos Municípios". Este último instrumento, entre outras questões, estabelece um processo mais simplificado de implementação do PSE e de credenciamento dos municípios ao recebimento de recursos financeiros pela adesão a este Programa, com vistas a possibilitar as ações de saúde nas escolas no início do ano letivo de 2009.

Foi em 2011, através da Portaria Interministerial nº 1.910, de 8 de agosto de 2011, envolvendo os Ministérios da Saúde e o da Educação, que a pactuação de escolas, por município, passou a ser obrigatória, através de Termo de Compromisso Municipal, celebrado entre as Secretarias Municipais de Saúde e da Educação, formalizando as metas das ações de prevenção, promoção e atenção à saúde dos escolares, nos seus territórios de responsabilidades, para fins de transferência dos recursos financeiros e materiais do PSE.

Nessa época, o registro das informações sobre as atividades desenvolvidas no PSE deveria ser efetuado e atualizado através do Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES), onde, para fazer jus ao recebimento dos recursos financeiros do governo federal, os municípios deveriam cadastrar o código CNES (Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde) da equipe de saúde da família, vinculando-a às escolas situadas no território de responsabilidade dessa equipe, ao que indicava a Portaria nº 1.861/2008.

Na prática, as instâncias municipais deveriam promover ações de saúde nas escolas, levando-se em conta alguns “componentes”. Em 2011, a orientação do governo federal foi de propor – através de Termo de Compromisso Municipal – ações mínimas a serem realizadas pelos municípios, o que não esgotaria outras possibilidades de ampliação, através dos seguintes componentes:

- COMPONENTE I - AVALIAÇÃO CLÍNICA E PSICOSSOCIAL: "As ações do ponto de vista epidemiológico que são prioritárias para os educandos são abaixo listadas: Avaliação antropométrica; Atualização do calendário vacinal; Detecção precoce de hipertensão arterial sistêmica (HAS); Detecção precoce de agravos de saúde negligenciados (prevalentes na região: hanseníase, tuberculose, malária etc.); Avaliação oftalmológica; Avaliação auditiva; Avaliação nutricional; Avaliação da saúde bucal; Avaliação psicossocial. [...] sugerimos que sejam realizadas na escola por seu caráter de triagem e considerando o ganho de escala em ambiente coletivo. Devendo ser encaminhados à unidade básica os educandos com necessidades de maiores cuidados" (BRASIL, 2011, p. 15).
- COMPONENTE II - PROMOÇÃO E PREVENÇÃO À SAÚDE: “[...] garantir oportunidade a todos os educandos de fazerem escolhas mais favoráveis à saúde e de serem, portanto, protagonistas do processo de produção da própria saúde, buscando melhoria de sua qualidade de vida" (BRASIL, 2011, p. 17).
- COMPONENTE III - FORMAÇÃO: “[...] condição indispensável para atualizar e renovar, de forma permanente, os significados fundamentais da educação e da saúde,

com vistas à integralidade" (BRASIL, 2011, p.18), na formação dos gestores e das equipes de educação e de saúde que atuam no PSE.

Ressalta-se que o componente I está mais associado aos aspectos assistenciais e curativos, no âmbito das ações de saúde do escolar – centrado na lógica da doença e não da saúde, que apoia e reforça a quantificação de metas voltadas ao atendimento aos programas de saúde propostos pelo gestor federal. O componente II, que diz respeito à prevenção, promoção e produção social da saúde, possibilita a articulação entre o território, a escola e a comunidade escolar (docentes, discentes, profissionais escolares e familiares/responsáveis dos estudantes). Já o componente III é destinado à necessária formação dos diferentes atores nesse novo cenário de atuação intersetorial.

O decreto que institui o PSE especifica dezessete ações (abaixo apresentadas) que se dividem em ações centradas na concepção biomédica de saúde-doença, e apenas duas (as ações XIV e XVII) que possibilitam atividades voltadas à reflexão sobre as possíveis relações entre a saúde – como um conceito ampliado<sup>13</sup> – e os condicionantes e determinantes sociais presentes no processo de adoecimento, como parte da significação e pertencimento do território:

- 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, Decreto nº 6.286, de 05 de dezembro de 2007, 2014, grifo nosso)

---

<sup>13</sup> "Em sentido amplo, a saúde é a resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso aos serviços de saúde. Sendo assim, é principalmente resultado das formas de organização social, de produção, as quais podem gerar grandes desigualdades nos níveis de vida." (BRASIL apud BATISTELLA, 2007b, p. 64)

Ainda em 2012, foram estabelecidos critérios<sup>14</sup> para adesão ao PSE, por parte dos municípios, considerando, inclusive, o financiamento e a transferência de recursos federais, bem como os municípios priorizados pelo Programa Mais Educação<sup>15</sup>. Tais critérios contemplavam municípios com menor Índice de Desenvolvimento da Educação Básica (Ideb)<sup>16</sup>, bem como elevada cobertura populacional da ESF.

A partir de 2013, o PSE passa a ter uma perspectiva de universalização, ao definir que todos os municípios e o Distrito Federal estão aptos a aderirem ao Programa, mediante pactuação de metas a serem contempladas no prazo de 12 meses, através de assinatura de Termo de Compromisso<sup>17</sup>. O mesmo instrumento legal define as competências dos Grupos de Trabalho Intersetorial (GTI), nas três esferas de governo: Federal (GTI-F), Estadual (GTI-E) e Municipal (GTI-M).

Cabe destacar que o GTI-M é formado, no mínimo, pelos secretários municipais da Saúde e da Educação e por representantes da Atenção Básica de Saúde e da Educação Básica. A essa instância colegiada compete, além da definição das estratégias do PSE para o respectivo município:

Art. 8º Compete ao GTI Municipal do PSE (GTI-M):

[...]

III - definir as escolas públicas federais, estaduais (em articulação com o Estado) e municipais a serem atendidas no âmbito do PSE, considerando-se as áreas de vulnerabilidade social, os territórios de abrangência das Equipes de Atenção Básica e os critérios indicados pelo Governo Federal; (BRASIL, Portaria Interministerial nº 1.413, de 10 de julho de 2013, 2014)

No que se refere ao repasse financeiro, o referido documento normativo estabelece os seguintes critérios de valor anual máximo, condicionado à capacidade de cobertura da Atenção Básica, a ser repassado a cada Município no âmbito do PSE, a título de "incentivo financeiro":

§ 1º O cálculo do valor máximo anual de recursos financeiros ao qual o Município ou o Distrito Federal fará jus será obtido considerando-se as seguintes faixas:

<sup>14</sup> Portaria do Ministério da Saúde nº 1.861, de 04 de setembro de 2008.

<sup>15</sup> Instituído pela Portaria Interministerial (MEC, MINC, ME, MMA, MDS e MCT) nº 17/2007 e regulamentado pelo Decreto nº 7.083/10, constitui-se como estratégia do Ministério da Educação para induzir a ampliação da jornada escolar e a organização curricular na perspectiva da Educação Integral.

<sup>16</sup> "Ideb é o Índice de Desenvolvimento da Educação Básica, criado em 2007, pelo Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira (Inep), formulado para medir a qualidade do aprendizado nacional e estabelecer metas para a melhoria do ensino." Fonte: <<http://portal.mec.gov.br/index.php?Itemid=336>> Acesso em 3 ago. 2014.

<sup>17</sup> Portaria Interministerial (MS e MEC) nº 1.413, de 10 de julho de 2013.

I - número total de até 599 (quinhentos e noventa e nove) educandos: valor de R\$ 3.000,00 (três mil reais); e

II - a cada acréscimo entre 1 (um) a 199 (cento e noventa e nove) educandos a partir de 599 (quinhentos e noventa e nove) educandos, soma-se R\$ 1.000,00 (hum mil reais) ao valor máximo anual a ser recebido.

§ 2º Os critérios que definem a capacidade de cobertura das equipes de Atenção Básica aos educandos poderão ser revistos pelo Ministério da Saúde, mediante pactuação junto às suas instâncias de gestão de saúde estadual, municipal e do Distrito Federal a cada início de período de adesão ao PSE. (BRASIL, Portaria Interministerial nº 1.413, de 10 de julho de 2013, 2014)

A citada Portaria Interministerial, conforme o artigo terceiro, ao vincular as equipes de saúde da Atenção Básica (integradas ao SUS) ao PSE, prevê a inclusão de outras equipes não vinculadas à estrutura do SUS: "Parágrafo único. As equipes criadas exclusivamente para o desenvolvimento das ações do PSE também poderão ser vinculadas no momento da adesão ao Programa" (BRASIL, Portaria Interministerial nº 1.413, de 10 de julho de 2013, 2014).

Em 2013, apesar do caráter de universalização, ao estender o PSE para todos os municípios, somente um determinado grupo de escolas foi incluído no programa, uma vez que houve seleção de escolas denominadas "prioritárias". Essa priorização, definida a partir dos critérios elencados abaixo, deveria compor pelo menos 50% do total de estabelecimentos selecionados e pelo menos uma creche deveria ser escolhida:

Compõem o grupo de ESCOLAS PRIORITÁRIAS:

- a. Todas as creches públicas e conveniadas do Município;
- b. Todas as escolas do campo;
- c. Escolas participantes do Programa Saúde na Escola 2012;
- d. Escolas participantes do Programa Mais Educação em 2012;
- e. Escolas que tiveram matriculados em 2012 adolescentes em medidas socioeducativas;
- f. Escolas que tenham dentre os educandos matriculados, pelo menos 50% deles pertencentes a famílias beneficiárias do Programa Bolsa Família. (BRASIL, 2013, p. 15)

Nessa época, o registro das informações sobre as atividades desenvolvidas no PSE passou a ser efetuado e atualizado através de dois sistemas: o "e-SUS da Atenção Básica" (e-SUS/AB) e o "Sistema Integrado de Monitoramento Execução e Controle" (SIMEC), que deveriam ser alimentados pelos profissionais da saúde e da educação e pelos gestores responsáveis pelo Programa no âmbito do Distrito Federal e dos Municípios, conforme Portaria Interministerial nº 1.413/2013. No entanto, tendo em vista a resposta do MS<sup>18</sup>,

<sup>18</sup> Sistema Eletrônico do Serviço de Informações ao Cidadão - e-SIC, através do protocolo nº 23480006927201415 (ANEXO B), inicialmente encaminhada para o Ministério da Educação - MEC.

observa-se que, até 2011, os sistemas informatizados CNES, e-SUS/AB e SIMEC são autônomos, ou seja, funcionam de forma independente. Além disso, como e-SUS é alimentado pela saúde e o SIMEC pela educação, uma vez que não estão interligados, há que se refletir quanto à consistência das informações de forma intersetorial, já que o "monitoramento e avaliação permanentes" é uma das diretrizes para a implementação do PSE (BRASIL, Decreto nº 6.286, de 05 de dezembro de 2007, 2014).

## 2.1 O PSE NO RIO DE JANEIRO E EM MANGUINHOS

No presente subcapítulo retomaremos dados fornecidos anteriormente para, a partir das especificidades do caso da implementação do PSE em Manguinhos, descrever sua configuração nesse território, buscando compreender o problema<sup>19</sup> que orientou essa pesquisa.

No contexto do município do Rio de Janeiro, embora ainda sem definição conjunta (Secretários Estaduais e Municipais de Educação e Saúde) das escolas a serem atendidas, tão pouco repasse de incentivo financeiro por parte do governo federal, o que não nos permitiu afirmar tratar-se do PSE, havia o Plano Municipal de Saúde na Escola e na Creche - PMSEC (2008)<sup>20</sup>.

O PMSEC configurou-se em uma relação tripartite, no que se refere às secretarias municipais, incluindo a Assistência Social nas ações de saúde na escola e creche, através de suas Coordenações de Assistência Social (CAS). Com isso, observa-se que o setor saúde está organizado territorialmente em Áreas de Planejamento (AP), o que não coincide com a forma de organização da educação, que se estrutura através das Coordenadorias Regionais de Educação (CRE), e a CAS se constitui por uma outra divisão territorial, aumentando com isso a complexidade no desafio de integrar três secretarias, conforme Ilustração 3.

---

<sup>19</sup> Vide página 18.

<sup>20</sup> Seu objetivo era: "Consolidar e ampliar ações de Saúde na Escola e Creche, na forma de atenção integral à saúde das crianças, adolescentes, jovens e adultos das turmas do PEJA, incluindo os profissionais da educação, de acordo com os princípios do SUS [...]" (PREFEITURA DA CIDADE DO RIO DE JANEIRO, 2008, p. 9).

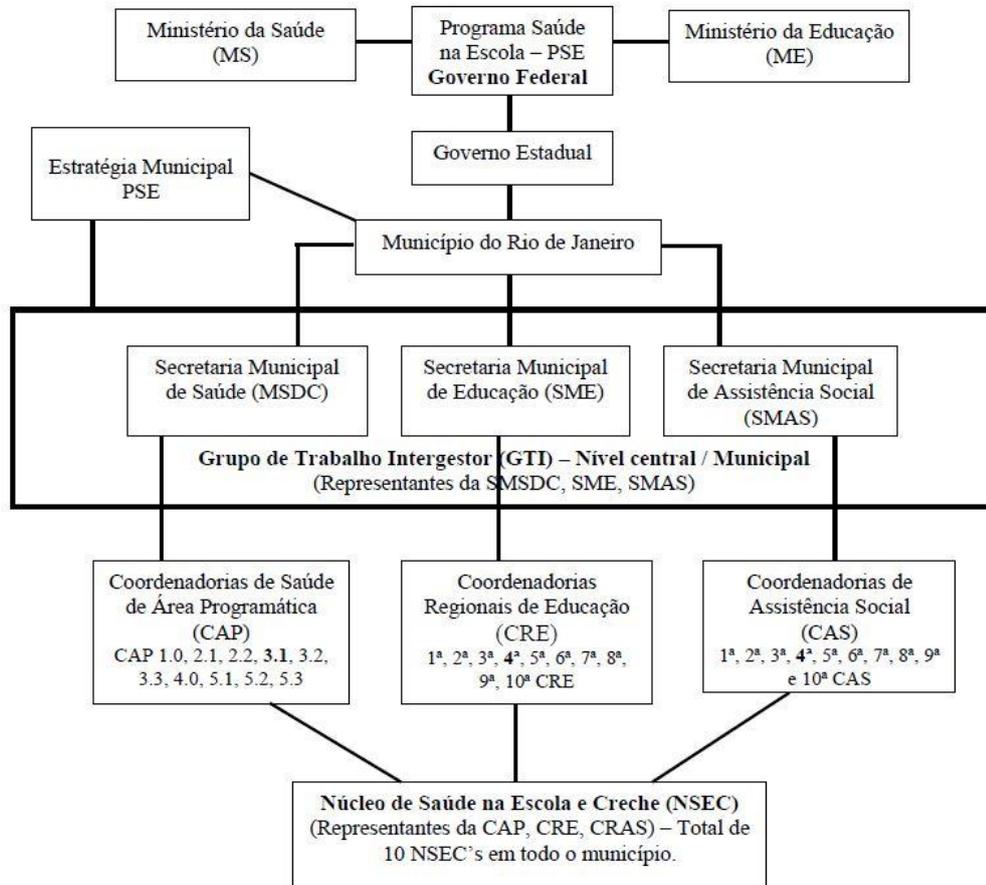


Ilustração 3 - Estrutura esquemática da organização municipal do PSE no Rio de Janeiro  
Fonte: GOMES, 2012, p. 77.

Gomes (2012, p. 92-93) destaca essa situação e convida à reflexão:

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

Essas diferenças organizativas podem ser uma das questões que trazem limites e tensionamentos que dificultam a operacionalização do PSE no território, embora o discurso do Estado seja de que “As políticas de saúde e educação voltadas às crianças, adolescentes,

jovens e adultos da educação pública brasileira se unem para promover saúde e educação integral” (BRASIL, 2013, p. 4).

Assim, de 2008 até 2011, a Prefeitura da Cidade do Rio de Janeiro (PCRJ) possuía o fluxo operacional de recursos e mecanismos previstos para a implementação do PMSEC (Ilustração 4). Tal fluxo, portanto, representava as "diretrizes gerais do Grupo de Trabalho Intersetorial Central entre a SMS, SME e SMAS. Assim, respeitando a territorialidade ele se adaptará a partir dos trabalhos e atividades dos Grupos de Trabalho Intersetoriais Regionais" (PREFEITURA DA CIDADE DO RIO DE JANEIRO, 2008, p. 27).

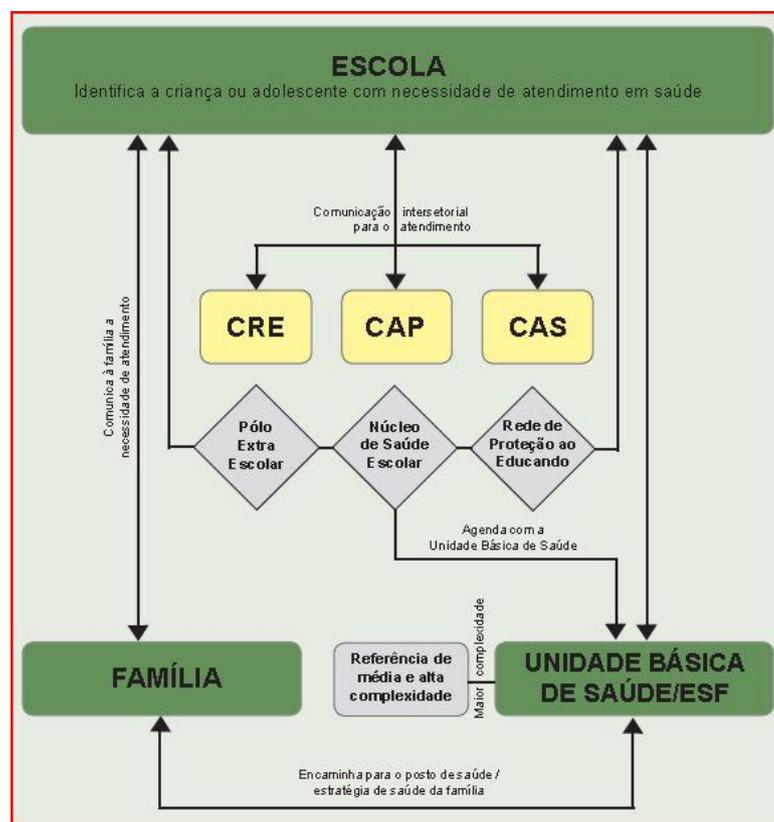


Ilustração 4 - Fluxo operacional da atenção em saúde na escola e na creche  
Fonte: PREFEITURA DA CIDADE DO RIO DE JANEIRO, 2008, p. 31.

Cabe destacar que o referido PMSEC, não mencionou o Decreto nº 6.286, de 5 de dezembro de 2007, que institui o PSE, tão pouco a sigla "PSE", apesar de citar a Portaria Ministerial (MS) nº 1.861, de 4 de setembro de 2008<sup>21</sup>. É, no mínimo, estranho que um plano municipal de saúde na escola, posterior ao decreto que institui o PSE, não cite, pelo menos na bibliografia, tal política pública federal. Soma-se a esse estranhamento o fato do *caput* da

<sup>21</sup> Estabelece recursos financeiros pela adesão ao PSE para Municípios com equipes de Saúde da Família, priorizados a partir do Índice de Desenvolvimento da Educação Básica - IDEB, que aderirem ao Programa Saúde na Escola - PSE.

referida Portaria ser descrito no texto do PMSEC como "Programa de Saúde na Escola" (PREFEITURA DA CIDADE DO RIO DE JANEIRO, 2008, p. 6) ao invés de "Programa Saúde na Escola" e/ou "PSE". O fato de se incluir a preposição "de" no título do programa, bem como a ausência de citação expressa do decreto de criação do PSE, causa dúvida sobre o plano municipal estar alinhado ou não ao PSE.

Em outro documento (RIO DE JANEIRO, 2012c), observa-se que a PCRJ cita o nome "Programa de Saúde Escolar", sem a sigla PSE, com o mesmo intuito do nome "Programa Saúde na Escola - PSE", instituído pelo governo federal. Assim, observa-se uma terceira nomenclatura referente a ações de saúde na escola, nos documentos oficiais da PCRJ, ao fazer menção ao "Programa Saúde nas Escolas", no plural. Tais diferenciações, aliada à falta de divulgação das escolas pactuadas anualmente pela PCRJ, criam dificuldades na compreensão de qual programa estamos nos referindo – o idealizado pelo governo federal (PSE) ou algum outro com características próprias da PCRJ.

Buscando compreender se de fato havia PSE ou não no município do Rio de Janeiro, recorreremos ao e-SIC (ANEXO A). Trata-se de uma estratégia utilizada pelo autor, no sentido de buscar a informação oficial das unidades escolares do município do Rio de Janeiro, em particular de Manguinhos, objeto do PSE, uma vez que não se encontrou nenhuma informação dessa natureza nos documentos consultados, tão pouco em sites oficiais. Com isso, conforme protocolo 23480006927201415 (ANEXO A), o MS informa que: "entre os anos de 2008 à 2011 não havia pactuação de escolas no Programa Saúde na Escola".

Por essa informação, inferimos que as ações de saúde no âmbito do PMSEC não fizeram parte do PSE. Foi somente no ano de 2011, através do documento constante do ANEXO B, que se tem declarado explicitamente que o município está realizando o PSE. Ainda assim, apesar do Projeto Básico (ANEXO B) citar o Decreto nº 6.286/2007, ao mesmo tempo apresenta características próprias em andamento no âmbito da PCRJ:

Com o Programa Saúde nas Escolas pretende-se consolidar e ampliar ações de saúde nas unidades escolares municipais, visando à atenção integral à saúde de seus alunos. Tal estratégia se estrutura em três principais eixos: (1) ações de educação em saúde; (2) a construção de ambientes favoráveis à saúde; (3) acesso aos serviços de saúde. (RIO DE JANEIRO, 2012c, p. 62)

A implantação do PSE, no município do Rio de Janeiro, aconteceu via contrato de gestão com uma Organização Social de Saúde (OSS), denominada Instituto de Atenção Básica e Avançada à Saúde (Iabas). Para viabilizar o programa, no ano de 2010, a Secretaria

Municipal de Educação (SME) e a Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil (SMSDC), segundo Gomes (2012, p. 80-81), utilizaram a seguinte estratégia:

Para o desenvolvimento desse projeto “Saúde nas Escolas”, a SME e a SMSDC lançaram um Edital de Convocação Pública para parcerias com Organizações Sociais de Saúde (OSS). A OSS selecionada deveria fazer gerenciamento, operacionalização e execução das ações do Programa [2011]. Neste edital constava o projeto básico de criação de 160 Núcleos de Educação e Saúde (NES) nas unidades escolares, como uma das ações do PSE Nacional e como uma estratégia suplementar de atendimento à saúde dos educandos matriculados nas unidades escolares pertencentes à rede pública municipal de ensino.

Assim, em 31 de janeiro de 2011, a PCRJ assinou contrato de gestão<sup>22</sup> com o Iabas, visando Gerenciamento, Operacionalização e Execução do Programa Saúde nas Escolas no âmbito da Rede Pública Municipal de Ensino do Rio de Janeiro, pelo prazo de 24 meses, ou seja, até janeiro de 2013, conforme despacho da então Secretária Municipal de Educação - Claudia Costin, e do Secretário Municipal de Saúde e Defesa Civil - Hans Fernando Rocha Dohmann, no Diário Oficial do Município do Rio de Janeiro:

Processo n.º 07/003114/2010 - Homologo o resultado do processo seletivo com vista à escolha de Organização Social para Gerenciamento, Operacionalização e Execução do Programa Saúde nas Escolas, no valor de R\$ 34.497.517,72 (trinta e quatro milhões, quatrocentos e noventa e sete mil, quinhentos e dezessete reais e setenta e dois centavos), a favor de INSTITUTO DE ATENÇÃO BÁSICA E AVANÇADA À SAÚDE – IABAS. (RIO DE JANEIRO, 2011)

O referido contrato foi publicado, na íntegra, no Diário Oficial do Município em 19 de junho de 2012, passados mais de um ano da assinatura do contrato, em desacordo com a cláusula décima sexta (da publicação) que previa o "prazo de até o 5º dia útil do mês seguinte ao da assinatura, para ocorrer no prazo de 20 (vinte) dias daquela data" (RIO DE JANEIRO, 2012c, p. 69), gerando mais uma dúvida em relação à vigência contratual. Nele, como Anexo I, consta também o Projeto Básico - Programa Saúde nas Escolas (ANEXO B):

As metas e indicadores de qualidade e produtividade do presente CONTRATO são detalhados no Projeto Básico e buscam alcançar como objetivo estratégico a melhoria da qualidade de vida dos alunos matriculados nas unidades escolares participantes do Programa. (RIO DE JANEIRO, 2012c, p. 67)

<sup>22</sup> Instrumento n.º 06, assinado em 31 de janeiro de 2011. Disponível em: [http://iabas.org.br/wp-content/uploads/2013/06/SERVICO\\_PSE\\_Contrato.pdf](http://iabas.org.br/wp-content/uploads/2013/06/SERVICO_PSE_Contrato.pdf). Acesso em: 23 mai. 2014.

O referido Projeto Básico definiu as "unidades escolares pertencentes à Rede Pública Municipal de Ensino elencadas no DOC I, e constitui-se em uma das ações do Programa de Saúde Escolar, instituído pelo Decreto Presidencial nº 6.286, de 5/12/2007" (RIO DE JANEIRO, 2012c, p. 61). Conforme este documento, em Manguinhos, três UE serão contempladas: EDI Dr. Domingos Arthur Machado Filho, E. M. Prof. Maria de Cerqueira e Silva, e CIEP Juscelino Kubitschek.

Junto a esse projeto básico, o contrato com o Iabas, além de definir as metas a serem alcançadas, previa em seu objeto, conforme definido na cláusula segunda,

o GERENCIAMENTO, OPERACIONALIZAÇÃO E EXECUÇÃO DO PROGRAMA SAÚDE NAS ESCOLAS, destinado à população matriculada nas unidades escolares da Rede Pública do Sistema Municipal de Ensino do Rio de Janeiro, consoante o Edital e seus Anexos, que fazem parte integrante do presente ajuste e cronograma de desembolso previsto no Parágrafo Quarto da Cláusula Nona do presente CONTRATO. (RIO DE JANEIRO, 2012c, p. 66)

Tal contrato previa que o Iabas, em parceria com a Secretaria Municipal de Educação (SME), equiparia 151 Escolas do Amanhã<sup>23</sup> e nove Espaços de Desenvolvimento Infantil (EDI) com salas de saúde para primeiros atendimentos, além de contratar “técnicos de educação e saúde” para atuarem em 160 UE. Essa introdução de corpo técnico e equipamentos de saúde dentro de algumas escolas foi uma “inovação” da Prefeitura da Cidade do Rio de Janeiro, não prevista na idealização do PSE no âmbito federal:

O Programa de Saúde nas Escolas (PSE), sob gestão do IABAS, atua em 160 unidades escolares da cidade e tem como objetivo a equidade, facilitando o acesso da comunidade escolar localizadas em áreas de maior vulnerabilidade do Rio de Janeiro aos serviços de saúde, reduzindo a fragilidade individual, social e institucional de alunos que estudam e moram em regiões menos favorecidas e com menor Índice de Desenvolvimento Humano. Para tal as unidades de atenção primária do território, na qual estão inseridas, contam com mais um técnico de educação e saúde vinculado às equipes e que atuam integralmente no espaço escolar, potencializando as ações de promoção e articulando as demandas com a unidade móvel e a unidade de saúde. As 9 unidades móveis de saúde percorrem as escolas diariamente. Cada unidade móvel conta com um médico, um enfermeiro, um psicólogo, um dentista e

<sup>23</sup> Programa criado pela SME em 2009, destinado aos alunos que estudam em áreas conflagradas ou recém-pacificadas da cidade do Rio de Janeiro, com atividades culturais, esportivas e educacionais, em tempo integral. Nessas unidades, a escola deve oferecer uma metodologia de ensino diferenciada com o objetivo de reduzir a evasão escolar e melhorar os índices de desempenho escolar. Em sua formulação inicial eram 155 escolas do ensino fundamental (PREFEITURA DA CIDADE DO RIO DE JANEIRO, 2011), aumentando para 168, conforme Resolução SME nº 1220, de 04 de janeiro de 2013.

um auxiliar de saúde bucal, além de mobiliário próprio para promover o atendimento e material educativo, que é entregue às crianças. As equipes são supervisionadas por 05 sanitaristas e um coordenador geral. (RIO DE JANEIRO, 2012b, p. 66)

Essa citação explicita que o Iabas é a OS responsável pela gestão do PSE em 160 UE do município do Rio de Janeiro, porém nesta época, a PCRJ não deixava claro se o PSE ocorria em outras UE sem a ingerência do Iabas. Essa questão seria facilmente resolvida se houvesse divulgação das UE pactuadas pelo município junto ao governo federal, não havendo necessidade de se recorrer ao e-SIC (ANEXO A). No entanto, nem o governo municipal do Rio de Janeiro, nem o governo federal, tão pouco o governo do Estado do Rio de Janeiro, publicizaram a lista anual de escolas vinculadas ao PSE, criando uma dificuldade de compreensão no que exatamente pode ser definido como ação do PSE ou ação de saúde na escola.

Como o contrato de gestão com o Iabas era de dois anos, apesar da pesquisa efetuada no site do Diário Oficial do Município do Rio de Janeiro<sup>24</sup>, não foi possível verificar termo aditivo ou qualquer outro documento prorrogando a vigência do referido contrato por mais dois anos (janeiro de 2013 a janeiro de 2015). Nessa busca, encontramos uma conclusão do Relatório Padrão da Comissão Técnica de Acompanhamento (CTA), formada por servidores da SME e SMSDC, que apontava para a continuação do contrato com o Iabas:

Considerando-se a importância das ações relacionadas ao objeto do contrato, visando a continuidade do Programa de Saúde na Escola e na Creche, na rede municipal de ensino da Cidade do Rio de Janeiro, e de acordo com o previsto na cláusula oitava do contrato de gestão do instrumento nº 06/2011 que trata do prazo de vigência e renovação contratual, nos termos do artigo 8º, VII do Decreto 30.780 de 02 de junho de 2009, a CTA encaminha esse relatório para subsidiar a análise de renovação contratual pelos titulares das pastas da Secretaria Municipal de Educação e da Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil. Ainda com o objetivo de subsidiar a análise para a aprovação do Plano de Trabalho apresentado pelo IABAS, anexamos material consolidado com registros de questionamentos e as respectivas respostas com fundamentação e justificativas, sendo feita a adequação do Plano de Trabalho pelo IABAS, a partir das questões apresentadas pela CTA, a qual aceita a última versão. (RIO DE JANEIRO, 2012a, p. 89)

Outra questão a ser levantada diz respeito às equipes de saúde fixa e móvel do Iabas, que não correspondem às equipes de saúde da família presentes no território, funcionando de forma paralela, que posteriormente também será objeto de análise.

---

<sup>24</sup> Disponível em: <http://doweb.rio.rj.gov.br/>. Acesso em: 4 jan. 2014.

O Iabas foi criado logo após o decreto federal que instituiu o PSE, mesma época em que a PCRJ implementava o PMSEC (2008):

O Instituto de Atenção Básica e Avançada à Saúde (IABAS) é uma Organização Social de direito privado, sem fins lucrativos, com autonomia administrativa e financeira, que tem por objetivo fornecer apoio técnico-operacional ao desenvolvimento de projetos na área de saúde e educação. Fundado em 2008, qualificado como Organização Social na área da Saúde pela Comissão de Qualificação de Organizações Sociais (COQUALI), nos estados de São Paulo, Rio de Janeiro e Maranhão, também no Distrito Federal, além dos municípios de São Paulo, Rio de Janeiro, Mogi das Cruzes e Mauá, o IABAS possui as credenciais necessárias junto ao poder público na área da saúde e está habilitado a atuar na administração de projetos e na prestação de serviços, por intermédio de convênios e contratos. (INSTITUTO DE ATENÇÃO BÁSICA E AVANÇADA EM SAÚDE, 2008a)

A outra entidade envolvida no território de Manguinhos, que também desenvolve ações de saúde nas escolas é o Território Integrado de Atenção à Saúde (Teias) - Escola Manguinhos<sup>25</sup>. Essa entidade se constitui como uma iniciativa de cogestão da saúde, no território onde a sede da Fiocruz está inserida. Tem como base um contrato de gestão celebrado em dezembro de 2009 entre o governo municipal (Secretaria Municipal de Saúde) e a Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), por meio de sua fundação de apoio<sup>26</sup>, a Fundação para o Desenvolvimento Científico e Tecnológico em Saúde (Fiotec). Por conseguinte, a Fiotec é a OS que ganhou a licitação pública para gerir o território de Manguinhos na atenção básica de saúde, ampliando a Estratégia de Saúde da Família (ESF):

A Fundação para o Desenvolvimento Científico e Tecnológico em Saúde (Fiotec) é uma fundação de direito privado, sem fins lucrativos, com autonomia administrativa e financeira e patrimônio próprio. [...] Fomos reconhecidos, ainda, como Organização Social (OS) pela Prefeitura do Rio de Janeiro, por meio da Deliberação nº 04 de 17 de agosto de 2009. É a partir dessa qualificação que gerenciamos projetos em parcerias da Fiocruz com a Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil da Prefeitura do Rio de Janeiro (SMSDC) e a Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro (SES-RJ). (FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ, 2014f)

<sup>25</sup> "O conceito de Território-Escola está relacionado ao ato de aprender (conhecer e de intervir em seu meio), bem como a gestão de parcerias, envolvendo escolas, famílias, poder público, empresas, organizações sociais, associações de bairro e indivíduos" (FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ, 2014d).

<sup>26</sup> É um título conferido a uma pessoa jurídica de direito privado, instituída por particulares, a partir de seus próprios recursos. A Lei nº 8.958/1994 autoriza que as instituições federais de ensino superior e de pesquisa científica e tecnológica, contratem as fundações de apoio, inclusive com dispensa de licitação, por prazo determinado (inciso XIII do art. 24 da Lei nº 8.666/1993).

Com isso, o Teias - Escola Manguinhos é apontado como um dos projetos de grande amplitude gerenciado pela Fiotec. Tal iniciativa tem como objetivo promover o acesso às ações e aos serviços de saúde, bem como garantir melhorias nas condições de vida da população de Manguinhos (FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ, 2014e). Atualmente,

O Teias-Escola Manguinhos tem uma cobertura de 100% da população residente, por meio da implantação de 13 equipes de saúde da família em dois equipamentos de saúde: a Clínica da Família Victor Vala (CFVV) e o CSE Manguinhos (localizado no Centro de Saúde Escola Germano Sinval Faria - CSEGSF/Fiocruz). Cada equipe de saúde da família é composta por 01 médico, 01 enfermeiro, 01 técnico de enfermagem, 06 agentes comunitários de saúde (ACS) e 01 agente de vigilância em saúde (AVS). (FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ, 2014b)

Uma das diferenças entre o Iabas e o Teias, nos contratos acima citados, é que o primeiro possui uma função explícita (quanto ao PSE) no desenvolvimento de projetos na área de “saúde e educação”, não só em Manguinhos. O Teias, por sua vez, é o responsável pela gestão da “atenção primária à saúde”, através da ESF, em Manguinhos. Outra diferença é que o Iabas possui apenas três UE sob sua responsabilidade nesse bairro, previstas no contrato com a PCRJ, enquanto o Teias tem todas as UE, públicas e privadas, para o desenvolvimento de ações de saúde na escola. Quanto às equipes de saúde atuando nas escolas, nota-se que não há complementaridade nas ações, ou seja, as equipes do Iabas e do Teias não trabalham articuladamente.

Ressalta-se que a PCRJ opta por implementar um programa público através da contratação de Organizações Sociais<sup>27</sup> (OS), cujo mecanismo está respaldado na Lei Federal nº 9.637<sup>28</sup>, de 15 de maio de 1998, que faculta a entes privados receberem recursos orçamentários e bens públicos, através de contrato de gestão, "cujas atividades sejam dirigidas ao ensino, à pesquisa científica, ao desenvolvimento tecnológico, à proteção e preservação do meio ambiente, à cultura e à saúde, atendidos aos requisitos previstos nesta Lei" (BRASIL, 1998).

Em relação ao repasse financeiro recebido pela PCRJ junto ao governo federal (Ministérios da Saúde e Educação), até o ano 2013, este era realizado com base no número de

<sup>27</sup> "Organizações Sociais (OS) são um modelo de organização pública não-estatal destinado a absorver atividades publicizáveis mediante qualificação específica. Trata-se de uma forma de propriedade pública não-estatal, constituída pelas associações civis sem fins lucrativos, que não são propriedade de nenhum indivíduo ou grupo e estão orientadas diretamente para o atendimento do interesse público" (BRASIL, 1997, p. 13).

<sup>28</sup> "Dispõe sobre a qualificação de entidades como organizações sociais, a criação do Programa Nacional de Publicização, a extinção dos órgãos e entidades que menciona e a absorção de suas atividades por organizações sociais, e dá outras providências" (BRASIL, 1998).

equipes de saúde da família cadastradas no CNES. Conforme Portaria nº 1.861, de 4 de setembro de 2008, o município do Rio de Janeiro aparece com o número máximo de 58 equipes de saúde da família que poderiam gerar repasse de incentivos federais ao PSE. Tal repasse financeiro seria realizado através de parcela única, conforme Portaria (MS) nº 3.146, de 17 de dezembro de 2009.

Em 2013, a Portaria Interministerial (MS e MEC) nº 1.413, de 10 de julho, trouxe uma mudança no repasse de recursos financeiros do programa, estabelecendo que fosse repassado ao ente federativo beneficiário o percentual de 20% (vinte por cento) do valor anual, de acordo com o número de educandos pactuados limitado pelo número de equipes de atenção básica cadastradas, após o ato de adesão ao PSE. Assim, conforme Portaria do MS nº 2.608, de 31 de outubro de 2013<sup>29</sup>, é possível calcular quanto o Rio de Janeiro recebeu em 2013. Uma vez que a referida portaria publicou o valor de R\$ 413.000,00 (quatrocentos e treze mil reais) para o Rio de Janeiro, e este corresponde a 20% do valor total, sabe-se que a PCRJ recebeu recursos da ordem de R\$ 2.065,000 (dois milhões e sessenta e cinco mil reais).

Embora não haja divulgação das escolas pactuadas pela PCRJ junto ao governo federal para ações do PSE, considerando que o município do Rio de Janeiro recebeu R\$ 2.065,000 (dois milhões e sessenta e cinco mil reais) em 2013, e que esse valor é baseado em R\$ 3.000,00 (três mil reais) para cada 599 (quinhentos e noventa e nove) educandos (BRASIL, Portaria Interministerial nº 1.413, de 10 de julho de 2013, 2014), é possível calcular que o PSE alcançou cerca de 412.000 (quatrocentos e doze mil) educandos, do total de cerca de 682.207 (seiscentos e oitenta e dois mil, duzentos e sete)<sup>30</sup> educandos matriculados, o que corresponderia a cerca de 60% dos educandos da rede pública municipal.

Todavia, o Informativo do Iabas, de janeiro/fevereiro/março/2013, destaca o total de 111.147 (cento e onze mil, cento e quarenta e sete) alunos vinculados ou atendidos pelo PSE, conforme Ilustração 3, não fazendo qualquer menção e/ou observação aos dados constantes na ilustração 3, inclusive em relação ao período. Este número é muito próximo do total de 109.161 (cento e nove mil, cento e sessenta e um) alunos matriculados nas UE participantes do PSE, mencionado no acordo entre a PCRJ e o Iabas de 2011, indicando que essa OS continua trabalhando com as 160 (cento e sessenta) UE inicialmente acordadas (RIO DE

<sup>29</sup> "define Municípios com adesão ao Programa Saúde na Escola de 2013 e os habilita ao recebimento de 20% (vinte por cento) do teto de recursos financeiros pactuados em Termo de Compromisso e dá outras providências".

<sup>30</sup> Número total de alunos matriculados - Educação Infantil, Ensino Fundamental, Educação Especial, Programa de Educação de Jovens e Adultos (PEJA) - na rede pública municipal, segundo as Coordenações Regionais de Educação (CRE) - matrícula inicial - Município do Rio de Janeiro - 2013. Fonte: <http://portalgeo.rio.rj.gov.br/indice/flanali.asp?codpal=898&pal=ENSINO%20FUNDAMENTAL>. Acesso em: 17 mai. 2014.

JANEIRO, 2012c). Além disso, ao confrontar os cerca de 412.000 alunos alcançados pelo PSE, em 2013, com os 111.147 atendidos pelo Iabas, no mesmo ano, é possível considerar que outras UE foram incluídas nas ações do PSE no município do Rio de Janeiro, o que reforça a pergunta: "quais as UE estão sendo pactuadas pela PCRJ junto ao governo federal ano a ano?"

Uma das estratégias da Prefeitura para efetivar o PSE foi criar “salas de saúde para primeiros atendimentos”, denominadas Núcleos de Educação e Saúde (NES), dentro das Escolas do Amanhã e Espaços de Desenvolvimento Infantil. Coube ao Iabas equipar essas salas e contratar pessoal Técnico em Saúde Escolar Fixo (vide Ilustração 5), que são Técnicos de Enfermagem, alocados nas UE. Para isso, o Iabas recebeu, em 2011, R\$ 34.000.000,00 (trinta e quatro milhões de reais), bem acima dos R\$ 2.065.000,00 (dois milhões e sessenta e cinco mil reais) repassados pelo governo federal para a PCRJ, em 2013, como incentivo financeiro previsto na Portaria Interministerial nº 1.413/MS/MEC.

PSE Programa de Saúde nas Escolas	
160	UNIDADES ESCOLARES
159	TEC SAÚDE ESCOLAR FIXO
9	EQUIPES MOVEIS
111.147	TOTAL DE ALUNOS

Ilustração 5 - Quadro dados do PSE.

Fonte: INSTITUTO DE ATENÇÃO BÁSICA E AVANÇADA EM SAÚDE, 2013, p. 7.

Em consulta ao e-SIC (protocolo nº 23480006023201481), foi possível constatar 797 UE pactuadas pelo município do Rio em 2013, totalizando 412.897 alunos matriculados. Esse número de alunos está coerente com os 412.000 calculados, com base nos R\$ 2.065.000,00 recebidos pela PCRJ em 2013. No entanto, ao destacar as escolas situadas em Manginhos, verifica-se que, além das 3 escolas sob responsabilidade do Iabas, apenas a EM Bricio Filho foi pactuada em 2013 junto ao governo federal. Surge uma nova pergunta: dentre as UE pactuadas em 2013, quais critérios foram levados em consideração para incluir a EM Bricio Filho, e não incluir, por exemplo, as creches de Manginhos, já que as creches são consideradas prioritárias?

## 2.2 O CGI E AS DISCUSSÕES SOBRE SAÚDE NA ESCOLA

### 2.2.1 O CGI e sua composição

Fruto de reflexões internas da Fiocruz, no que se refere à posição política de alguns servidores, no sentido de dar voz à comunidade de Manguinhos, o Conselho Gestor Intersetorial do Teias-Escola Manguinhos (CGI) nasce, a princípio, como um espaço de gestão participativa do Teias Manguinhos, não reconhecido legalmente dentro da estrutura do SUS, por ser um conselho local e não distrital<sup>31</sup>. Sua natureza e finalidade foram definidas da seguinte forma:

Art. 1º - O Conselho Gestor Intersetorial do Teias-Escola Manguinhos é órgão de instância colegiada e deliberativa e de natureza permanente, criado pelo Colegiado do Teias-Escola Manguinhos e a ele institucionalmente vinculado.

Art. 2º - O Conselho Gestor Intersetorial do Teias-Escola Manguinhos tem por finalidade atuar na formulação, monitoramento e controle da execução da política de saúde no âmbito do território do Teias-Escola Manguinhos, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros, nas estratégias e na promoção da participação social em toda a sua amplitude. (FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ, 2014c)

O CGI é composto por 24 conselheiros titulares, acrescido de mais 24 conselheiros suplentes, garantindo a paridade dos usuários em relação aos demais segmentos (gestores e trabalhadores), dos quais: 6 conselheiros titulares e 6 suplentes representantes da gestão; 6 conselheiros titulares e 6 suplentes representantes dos trabalhadores da saúde e da educação; 12 conselheiros titulares e 12 suplentes representantes dos cidadãos. Estes cidadãos são escolhidos em reuniões dos seguintes segmentos sociais: Assistência social e direitos humanos; Criança e adolescente; Cultura; Educação; Esporte; Grupos étnicos e minorizados (negros, deficientes, GLBT); Idosos; Mulheres; Representações comunitárias; Saúde e ambiente; Segmento religioso; Trabalho cooperativo/Geração de renda solidária. Não se encontrou referências quanto aos motivos que levaram o Teias a eleger tais segmentos sociais. Interessante observar que a distribuição dos 6 conselheiros titulares da gestão são: 4 da saúde, 1 da educação e 1 da assistência social.

<sup>31</sup> Conforme definido no Art. 2º da Lei Municipal nº 5.104, de 3 de novembro de 2009, "Fica instituído em cada Área de Planejamento de Saúde, um Conselho Distrital, órgão colegiado, consultivo e deliberativo, com a finalidade de auxiliar a Administração Pública e o CMS [Conselho Municipal de Saúde], na análise, planejamento, formulação e supervisão das políticas de saúde, na fiscalização de ações governamentais e nas decisões de matéria de sua competência". Disponível em: <http://www.rio.rj.gov.br/dlstatic/10112/3700816/DLFE-268852.pdf/Lei5..1.0.4..pdf>. Acesso em: 25 mai. 2014.

Grande parte dos segmentos representativos do CGI teve eleições abertas, inclusive bastante disputadas, até mesmo no âmbito dos trabalhadores da saúde. Não foi o que ocorreu com o segmento “trabalhador da educação”. Apenas dois professores apresentaram-se, dos quais este autor foi um deles. Foram automaticamente “eleitos”, ambos oriundos do Projeto Tecendo Redes, que já vinha amadurecendo reflexões sobre a saúde em Manguinhos. A primeira reunião ocorreu em dezembro de 2011, na qual se iniciou o processo de construção do regimento e, por conseguinte, as bases de atuação desse conselho, concluído e aprovado na reunião de maio de 2012.

Dentre as competências previstas para o CGI, destacam-se duas:

- I – Promover a integração das instituições de saúde e outros setores, e seus respectivos conselhos de gestão participativa; [...]
- VIII - Definir diretrizes e fiscalizar a movimentação e aplicação dos recursos financeiros do Teias-Escola Manguinhos, oriundos do Contrato de Gestão firmado entre a Prefeitura Municipal do Rio de Janeiro e a Organização Social FIOTEC. (FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ, 2014c)

No que se refere ao PSE, embora o CGI seja a única instância intersetorial permanente no território de Manguinhos, unindo os setores saúde, educação, assistência social e comunidade de Manguinhos, garantida a paridade entre gestão dos aparelhos do Estado e sociedade civil (moradores do bairro), observam-se muitos limites e tensionamentos, conforme aponta um dos conselheiros:

resgatando: há dois anos, na primeira reunião do PSE, foi avaliado que as ações do PSE que têm sido feitas são avisadas às escolas com uma semana de antecedência, realizadas de forma não cooperativa com os professores, sendo que depois o grupo da saúde some, com ações pontuais, como eventos. É muito importante planejar juntos essas ações. O documento do Governo Federal de saúde nas escolas aponta para a participação da comunidade escolar no planejamento das Ações do PSE. Qual o papel do GCI nas estratégias e ações do PSE? Como tornar essas ações coletivas? Como garantir que todas as propostas passem pelo CGI? Qual o papel dos conselheiros para contribuir para essa discussão? Como o PSE pode ser um item permanente da pauta das reuniões do CGI? (FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ, 2013c).

Outra questão a ser abordada se trata da atuação dos representantes dos cidadãos (moradores). Tais conselheiros, durante as reuniões do CGI, não somente citam exemplos de suas próprias experiências em relação aos serviços de educação e saúde, mas também buscam resolver seus próprios problemas através da aproximação com os gestores da saúde.

Sobre o funcionamento do CGI, pensava-se em garantir o máximo de representatividade possível, sempre buscando o diálogo entre os diferentes segmentos representativos. Havia 24 conselheiros na primeira reunião do CGI. Contudo, ao longo das 28 reuniões que se sucederam, notou-se uma gradual diminuição no número de conselheiros presentes, não havendo nenhuma reflexão mais consistente sobre os reais motivos das ausências de tantos deles nas reuniões. Como tal situação impunha limite ao funcionamento do CGI, uma vez que o art. 11 do regimento interno obriga que, para início das reuniões, haja um quórum mínimo de 13 membros (50% + 1), cogitou-se em modificar o regimento nesse item, conforme evidenciado nas seguintes falas:

Roberto propõe que antes de se alterar o regimento se procure saber o motivo da falta de alguns conselheiros, pois assim poderão saber quais são as causas que impossibilitam a participação dos mesmos.

Elyne sugere realizar reunião específica para discutir e deliberar as propostas de alterações do regimento.

Patrícia coloca que alguns conselheiros que estão ausentes nas reuniões, fora da reunião do CGI fazem falas justificando a ausência, dizendo que a participação no conselho não atendeu às expectativas esperadas. A expectativa desses conselheiros era que os mesmos receberiam salário, que tivessem privilégios nos atendimentos de saúde, etc. Como isso não aconteceu, os mesmos se afastaram (FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ, 2013a).

### 2.2.2 A representação da Educação no CGI

Cientes dos objetivos do CGI, os trabalhadores da educação, desde a primeira reunião, vinham com frequência tentando consolidar uma proposta de criação de um grupo de trabalho sobre saúde na escola, nos termos do art. 18 do regimento interno do CGI. Entendiam que dariam uma melhor contribuição nessa interlocução entre saúde e educação, buscando pensar em conjunto as necessidades e/ou prioridades para promoção da saúde dentro das escolas. Nesse sentido, a intenção seria aproveitar o espaço do CGI para, em diálogo com os diferentes setores, propor diretrizes para dinamizar as atividades do PSE, potencializando as suas ações no território de Manguinhos. Porém, não obtiveram o apoio necessário, principalmente por parte do segmento de gestores da educação e da saúde.

É possível observar, de certa forma, as diretrizes do PSE na pauta de discussão de todas as reuniões do CGI, de forma direta ou indiretamente, permitindo momentos de reflexão sobre esse programa governamental. A discussão mais efetiva sobre a saúde na escola se deu na 11ª Reunião do CGI, em outubro de 2012. Naquela ocasião, no momento em que o Teias apresentava um profissional de saúde especialmente contratado para assumir a área

intersetorial (inclusive o PSE), fomos surpreendidos com a proposta, já em andamento, da “I Oficina de Planejamento Integrado do Programa Saúde na Escola no Território de Manguinhos”. Tal evento teve a pretensão de:

Promover um espaço de integração, conhecimento e troca de experiências. Esse é o principal objetivo da I Oficina de Planejamento Integrado do Programa Saúde na Escola no Território de Manguinhos. A atividade, a ser realizada na ENSP, visa à construção e proposição de projetos e pactos integradores que contribuam para uma atuação mais articulada entre as áreas da educação, saúde e assistência social, enfocando o desenvolvimento saudável das crianças e adolescentes do território de Manguinhos. A oficina é uma promoção do Teias-Escola Manguinhos, uma iniciativa de cogestão da saúde entre a ENSP e a Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil do Rio de Janeiro. [...]

Entre outros objetivos do evento, destacam-se: ampliar a visibilidade do PSE no território; valorizar a olhar reflexivo sobre os determinantes sociais e da saúde que comprometem o pleno desenvolvimento das crianças e jovens do território de Manguinhos; identificar os desafios na perspectiva do PSE; eleger ações prioritárias do PSE no território de Manguinhos; e eleger temáticas centrais a serem trabalhadas como projeto integrado em 2013. (FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ, 2014g)

Realizada nos dias 22 (tarde) e 23 (dia inteiro) de janeiro de 2013, no Salão Internacional da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (Ensp/Fiocruz), a oficina teve pouca representação dos profissionais da educação, visto que este era um período de férias nas UE. Cabe ressaltar que não houve envolvimento dos conselheiros do CGI, desde a concepção inicial da citada oficina, o que seria bastante necessário, levando-se em conta a participação social em toda a sua amplitude. Nesse sentido, o ponto de maior relevância, durante a oficina, foi o jogo cooperativo “Unidos para produzir um lugar saudável”<sup>32</sup>, pois oportunizou aos participantes discutir os entraves que, de fato, envolvem os diferentes setores (saúde, educação, assistência social e comunidade), de forma crítica e democrática. Convém destacar que o referido jogo não fazia parte da programação inicial dessa oficina e que foi introduzido posteriormente, a partir de um diálogo entre o representante do Teias e um representante do Museu da Vida.

Apesar disso, no geral, as palestras, que deveriam funcionar como “mesas redondas”, a fim de suscitar o debate, tiveram pouco tempo para intervenções da plateia. A última palestra restringiu-se ao mero discurso, sem qualquer possibilidade de diálogo franco e aberto. Em relação aos temas abordados nas “mesas temáticas”, tais como “Saúde na escola: a perspectiva

---

<sup>32</sup> É um jogo cooperativo (não competitivo), construído e jogado coletivamente, “utilizado como subsídio e ferramenta para provocar pesquisas, estudos, debates, reflexões, construção de novos conteúdos para as cartas e para a realização de outros trabalhos colaborativos, inclusive a produção de novos jogos cooperativos” (VASCONCELLOS, 2011, p. 97).

de um ambiente saudável potencializador de agentes sociais", "O trabalho pedagógico centrado na construção do saber – participativo, prazeroso e significativo", sem desmerecer a competência dos profissionais especialistas palestrantes, seria razoável convidá-los com base nas necessidades apontadas pelo CGI, e não priorizar temas que não foram levantados ou discutidos pelos conselheiros. Com isso, não se avançou na discussão da intersectorialidade, dos instrumentos legais que envolvem o PSE, bem como o papel dos Conselhos Escola Comunidade – CEC (município) e das Associações de Apoio à Escola -AAE (estado), que ficou como sugestão para o próximo encontro sobre PSE.

Com levantar essa questão, buscou-se contribuir para o fortalecimento das ações previstas no Regimento Interno do CGI, que se compromete a “Promover a integração das instituições de saúde e outros setores” (FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ, 2014c, p. 1). Essa integração, na avaliação dos profissionais da educação, passa pela viabilização de uma efetiva participação de professores da educação básica no CGI. No entanto, as tentativas de aglutinar saberes e pessoas no combate às iniquidades em saúde<sup>33</sup> e valorização do SUS, não se concretizaram de fato, restando apenas o discurso de viabilizar a participação dos profissionais da educação nas reuniões do CGI.

É possível observar obstáculos na efetiva integração entre os aparelhos de educação e saúde existentes no território de Manguinhos. Apesar da participação de representantes da 3ª e 4ª CRE, gestores do nível regional da educação dentro do CGI, não havia qualquer acordo com a prefeitura que viabilizasse a participação dos professores nas reuniões deste conselho, sem prejuízo das aulas nas escolas em que esses profissionais da educação atuavam. Em razão disso, contava-se com a sensibilização das direções das escolas, para se implementar ações alternativas, a fim de que os alunos não ficassem sem aula e o professor não fosse penalizado com a falta ou o atraso.

O fato é que a escola pública não possui professor substituto para suprir eventuais ausências dos docentes, com isso é muito frequente que os alunos fiquem ociosos dentro da escola. A participação desses docentes em fóruns como o do CGI deveria aumentar as possibilidades de articulações entre os trabalhadores da educação, envolvendo as unidades educacionais de Manguinhos, sem prejuízo para os discentes. Por isso, a expectativa inicial dos representantes desses trabalhadores no CGI, de ir agregando outros profissionais da educação das diferentes escolas, no debate permanente em torno das questões de saúde

---

<sup>33</sup> "As iniquidades em saúde entre grupos e indivíduos, ou seja, aquelas desigualdades de saúde que além de sistemáticas e relevantes são também evitáveis, injustas e desnecessárias, segundo a definição de Margareth Whitehead, são um dos traços mais marcantes da situação de saúde do Brasil" (FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ, 2014h).

ligadas às práticas escolares, não se concretizou pois não existiram condições de viabilizar essa participação. Essa expectativa se fundamenta na ideia de que seria necessário que os profissionais da educação, na qualidade de conselheiros do CGI, pudessem manter diálogo com as outras comunidades escolares (diferentes da sua), para que essa representatividade fosse plena, podendo assim articular as questões da saúde e da educação neste território, no entanto, a realidade não permitiu tal empreitada. No caso do autor desta pesquisa, a viabilização da sua participação no CGI foi facilitada pelos seguintes fatores: morar em Manguinhos e dispor de transporte (motocicleta) que viabiliza deslocamentos mais rápidos entre a Fiocruz e os locais de trabalho, em comparação aos atuais meios de transporte público. Essa participação se dava uma vez por mês (dia da reunião ordinária do CGI), e na seguinte condição: este conselheiro/professor ministrava um tempo e meio de aula e saía da escola às pressas para chegar a tempo na reunião do CGI.

Refletimos (os profissionais da educação, conselheiros do CGI) que a escola em que os professores trabalham está inserida em um território com certas especificidades, que deveriam fazer parte do currículo escolar, sobretudo nas questões de saúde. Portanto, seria importante que o conselheiro, além de buscar conhecer as peculiaridades desse território, participasse das discussões sobre saúde, em seu sentido ampliado, e atuasse junto aos seus pares, em diferentes escolas, visto que deveria representar os anseios dos trabalhadores da educação no território em questão, tendo por finalidade possibilitar a produção social da saúde no território. Acontece que não há inserção desse tipo de atividade dentro da carga horária de trabalho do professor. A maioria dos professores tem uma carga horária de trabalho intensa e não lhes sobra tempo livre para outras atividades. Assim, nos dias das reuniões do CGI, que acontecem em dia e horário de trabalho/aula, o professor conselheiro, ainda que haja revezamento entre titular e suplente, acaba tendo que se desdobrar para atender a ambos os compromissos.

De maneira informal, no âmbito do CGI, foi apontada a necessidade de “capacitar” os professores para que pudessem ter um olhar mais relacionado à saúde. Ressalta-se que houve um curso de qualificação em Participação Social e Gestão em Saúde, inicialmente formulado para os conselheiros do CGI e para os conselheiros do Centro de Saúde Escola Germano Sinval Faria (CSEGSF/Ensp/Fiocruz), promovido pelo Laboratório de Educação Profissional e Gestão em Saúde (Labgestão) da EPSJV, do qual este autor participou. Somente 4 conselheiros tiveram condições concretas para participar do referido curso.

### 2.2.3 A territorialização e o CGI

Outro debate crucial, que não reverberou nas reuniões do CGI, foi como as políticas públicas são administradas no território por seus diferentes setores, conforme tratado no seguinte trecho:

é importante que se comece a pensar no planejamento da territorialização das políticas públicas. Acha que é importante a saúde também ser planejada da mesma forma que a educação. Atualmente a educação é dividida em CREs e a Saúde em Áreas Programáticas, mas o problema é que a área programática da saúde não coincide com a mesma área de abrangência da CRE, isso atualmente dificulta a intersectorialidade. Propõe que se aprofunde o debate sobre o tema, e se o CGI identificar que é importante dar prosseguimento a essa questão, que então se leve para as instâncias políticas responsáveis. Fica definido que o tema ‘Planejamento da territorialização das políticas públicas’ entrará como pauta em outra reunião do CGI, para que o assunto seja aprofundado (FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ, 2013a).

Embora o referido tema dissesse respeito ao direcionamento das políticas públicas no território de Manguinhos, bem como à capacidade de articulação das ações intersetoriais entre educação - saúde - assistência social, não foi mais abordado nas reuniões do CGI. De qualquer forma, na atual configuração regimental, observa-se que o CGI não seria o fórum mais apropriado para se discutir esse assunto de forma paritária, uma vez que o segmento “representantes da gestão” possui 4 titulares da saúde, e apenas 1 da educação e 1 da assistência social. Tal limite influencia, inclusive, as ações do PSE:

Maria Lucia faz informe sobre o PSE [...]. Ontem encontrou com a Marcia Reis, que é responsável pelo território [área da CAP 3.1]. O PSE em toda CAP 3.1 está um pouco parado, ainda não está muito bem acertado isso: processo de reestruturação das CRES e das CAPS. Há um movimento de reestruturação de território, nossos territórios macro estão em movimento. Isso não significa que o trabalho vai ficar parado. Já temos um trabalho e na próxima semana tem reunião para discutir sobre como vão ser as atividades do PSE (FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ, 2013b).

#### 2.2.4 O CGI e as discussões sobre a relação entre o público e o privado

Outro debate crucial, que somente permeou a fala de alguns conselheiros nas últimas reuniões do CGI, foi a questão da relação entre o “público” e o “privado”. Esse debate ganhou fôlego por conta das demissões realizadas pelo Teias no final de 2013. Ao observar o desfazimento contratual de alguns trabalhadores do Teias, que participavam das reuniões do CGI, percebeu-se o quanto as relações de trabalho são precárias e instáveis. No caso dos profissionais da educação, que são servidores públicos concursados, as relações de trabalho, embora também precarizadas, são estáveis. Isso não significa que a escola pública ficou de

fora desse processo de privatização. Ao contrário, apesar de não ter sido “vendida” à iniciativa privada, como ocorre na saúde, as empresas privadas utilizam-se das escolas, através de “parcerias” público-privadas – uma das necessidades de melhor compreensão que vai se impondo ao presente estudo.

A partir dessa reflexão entre os diferentes vínculos de trabalho, sobretudo na saúde, caracterizada por contratos com OS, iniciou-se uma discussão sobre os limites e os tensionamentos quanto aos interesses “particulares” nas políticas públicas. Esse debate se acirrou na medida em que a gestora da Unidade de Pronto Atendimento - UPA, em reunião do CGI de 31/01/2014, justificou a falta dos médicos aos plantões, ao alegar que é comum trocarem o trabalho na UPA pelo trabalho em OS de outro território, para ganharem mais R\$ 200,00 ou R\$ 300,00, apresentando atestado médico para abonar a falta.

Desse modo, torna-se evidente que a estratégia de implementar o PSE através de OS não é uma questão apenas de cunho técnico-institucional, mas, sobretudo, de cunho político econômico, com ênfase nas relações do Estado com a sociedade. Por isso, o próximo capítulo sobre "Estado e Políticas Públicas" contribui para aprofundar os temas debatidos pelo CGI que foram sinteticamente apresentados anteriormente.

### 3 ESTADO E POLÍTICAS PÚBLICAS

Analisar o PSE, a partir da realidade de Manguinhos, permite-nos pensar as bases em que as políticas públicas de governo são pensadas e implementadas. Com isso, para melhor compreensão dessa teoria:

é fundamental a compreensão da concepção de Estado e de política social que sustentam tais ações e programas de intervenção. Visões diferentes de sociedade, Estado, política educacional geram projetos diferentes de intervenção nesta área. (HÖFLING, 2001, p. 30)

Dentro dessa perspectiva, nesse capítulo serão discutidas duas categorias consideradas fundamentais para essa pesquisa: as concepções sobre o Estado a partir de uma perspectiva marxista e as políticas públicas. Tal escolha deveu-se à pertinência em conhecer as “regras do jogo” que definem as condições sociais, políticas e econômicas, principalmente em questões tão agudas na sociedade capitalista neoliberal. Levou-se em conta, principalmente, o que salienta Behring e Boschetti (2007, p. 44):

A análise das políticas sociais sob o enfoque dialético precisa considerar alguns elementos essenciais para explicar seu surgimento e desenvolvimento. O primeiro é a natureza do capitalismo, seu grau de desenvolvimento e as estratégias de acumulação prevalentes. O segundo é o papel do Estado na regulamentação e implementação das políticas sociais, e o terceiro é o papel das classes sociais.

Refletindo sobre a natureza do capitalismo, observa-se que este, ao separar a propriedade e os meios de produção, não só explora a força de trabalho da classe trabalhadora, mas também garante a reprodução desse processo através da existência do Estado, bem como a existência da sociedade tal qual ela foi pensada para maximizar a extração de mais-valor (lucro) para o capitalista. Essa concepção de Estado (capitalista) foi evidenciada por Marx e Engels em 1845, em *A ideologia alemã* (embora esquecida ou pouco lembrada nos dias atuais):

Por meio da emancipação da propriedade privada em relação à comunidade, o Estado se tornou uma existência particular ao lado e fora da sociedade civil; mas esse Estado não é nada mais do que a forma de organização que os burgueses se dão necessariamente, tanto no exterior como no interior, para a garantia recíproca de sua propriedade e de seus interesses. (MARX; ENGELS, 2007, p. 75)

Importante considerar duas características marcantes nesse Estado capitalista: a existência de “classes” e a conseqüente “desigualdade” entre elas. Isso faz com que o grande desafio, do Brasil e da humanidade como um todo, que deve perpassar qualquer análise das políticas públicas, seja a extrema desigualdade social, que foi construída historicamente. De nada adianta se investir em educação e saúde, por exemplo, se são desconsiderados os mecanismos que produzem e reproduzem a desigualdade estruturante entre classes sociais. Parte-se de uma visão de classe que, no caso dessa disputa em que a classe trabalhadora não detém a hegemonia<sup>34</sup>, os alcances na direção da transformação para a superação das desigualdades são restritos.

Diferente do que Marx esperava, no contexto do início do século XIX, no que tange a uma simplificação da estrutura de classes, a tendência de polarizar a sociedade capitalista entre a classe burguesa e a classe trabalhadora não se efetivou de forma unívoca. Todavia, com o assalariamento universalizado, observa-se uma estratificação social cada vez mais complexa (COUTINHO, 2008). Assim, "os grupos assalariados vinculados ao setor capitalista avançado beneficiam-se com o desenvolvimento e, em certa medida, amortizam as pressões que vêm de baixo. Na ação reivindicatória afastam-se das pressões populares de massa, tanto urbanas como rurais" (CARDOSO; FALETTO, 1970, p. 137). Portanto, pensar essa complexidade faz parte da natureza empírica adequada à tarefa de transformar a sociedade, na medida em que,

para compreender essa nova estratificação, bem como as formas de consciência social e política a ela ligadas, não é suficiente apenas (embora seja absolutamente necessária) uma análise global do modo de produção, [...] tornam-se necessários também estudos empíricos, “sociológicos” ou “políticos”, os quais, embora muitas vezes puramente descritivos, trazem à tona fatos imprescindíveis para uma adequada compreensão das novas determinações da totalidade social. (COUTINHO, 2008, p. 98)

O conceito de classe social é fundamental na teoria marxista, pois se constitui como elemento para as análises de Marx da estrutura econômica das sociedades modernas, bem como seu desenvolvimento nas lutas de classes entre a burguesia (capitalistas) e o proletariado (trabalhadores). Nas palavras de Marx e Engels (2003, p. 26), "A história de toda sociedade existente até hoje tem sido a história das lutas de classes". Assim, Marx traz os fundamentos

---

<sup>34</sup> Para compreender este conceito, partimos de uma concepção gramsciana: "Uma hegemonia completamente desenvolvida deve repousar no consentimento ativo, numa vontade coletiva em torno da qual vários grupos da sociedade se unem. Desse modo, Gramsci vai muito além de uma teoria das obrigações políticas baseadas em direitos civis abstratos para argumentar que o mais amplo controle democrático desenvolve-se sob a forma mais elevada de hegemonia" (BOTTOMORE, 2012, p. 261).

para se entender o conceito de classe em seu sentido pleno, retratando as relações de classe no capitalismo de sua época:

Na medida em que milhões de famílias vivem em condições econômicas de existência que separam seu modo de vida, seus interesses e sua cultura do modo de vida, dos interesses e da cultura das outras classes, e as coloca em oposição hostil a essas classes, constituem por sua vez uma classe. Na medida em que há apenas uma interligação local entre esses camponeses pequenos proprietários, e a identidade de seus interesses não cria um elo nacional, comunitário, e nenhuma organização política entre eles, não constituem uma classe. São, em consequência disso, incapazes de impor seus interesses de classe em seu próprio nome, seja por meio de um parlamento ou de uma convenção. Não se podem representar a si mesmos, têm de ser representados. E seu representante deve, ao mesmo tempo, surgir como seu senhor, como uma autoridade sobre eles. (MARX, apud BOTTOMORE, 2012, p. 112)

Dessa forma, o Estado já possui uma natureza conflituosa, uma vez que está mais preocupado com os interesses de uma pequena fração da sociedade (burguesia) do que com a sociedade como um todo. Esse Estado busca fundamentalmente, através do seu caráter classista, em suas realizações, não o atendimento às necessidades sociais básicas da população, quase sempre não satisfeitas pelo modo capitalista de produção, mas a mediação entre a necessidade de valorização e acumulação do capital, através da garantia das liberdades individuais.

Poulantzas (2000) também ajuda na compreensão do papel do Estado (e do poder), por intermédio de sua teoria relacional do Estado. Para Poulantzas (2000, p. 183), “não existem praticamente funções econômicas que não possam ser preenchidas senão pelo Estado”, revelando que esse Estado esteve presente desde os primórdios do capitalismo, de forma constitutiva, nas relações de produção da existência. Assim, ao refletir que “Toda teoria política deste século sempre propõe no fundo, abertamente ou não, a mesma questão: qual a relação entre o Estado, o poder e as classes sociais?” (POULANTZAS, 2000, p. 9), compreende-se o papel da dominação capitalista e as contradições entre o Estado classista e as políticas sociais. O referido autor se torna relevante no presente estudo, pois, conforme salienta Neves e Pronko (2010, p. 101),

o caráter constitutivo do político-Estado nas relações de produção e reprodução da existência e, portanto, sua “intervenção” permanente no “econômico”, cuja separação se apresenta como forma específica de encobrir essa indissociabilidade no capitalismo, abre a possibilidade de compreensão mais ampla das chamadas “políticas sociais” no capitalismo contemporâneo,

inclusive em tempos de profundas redefinições funcionais processadas a partir do chamado neoliberalismo.

Poulantzas (2000) considera ainda, como urgência teórica, compreender a inscrição da luta de classes na ossatura institucional do Estado capitalista, assimilando com clareza o Estado como um espaço de organização estratégica, a longo prazo, da classe ou frações de classe dominantes em relação com as classes ou frações de classe subalternas. Assim, Poulantzas (apud NEVES; PRONKO, 2010), ao refletir sobre o Estado, compreende-o como a condensação material de uma relação de forças entre classes e frações de classe, tal como ela se expressa, de maneira sempre específica no seio do Estado. Ou seja, o Estado constitui uma organização conflitual da aliança de poder e do equilíbrio instável dos compromissos entre os diversos setores da sociedade civil.

Há ainda, na tradição marxista, outras ênfases sobre o Estado, e destacamos especialmente, a concepção de “Estado ampliado”, fruto das reflexões de Antonio Gramsci<sup>35</sup>, onde se compreende que se incorporam no Estado “tanto a sociedade civil quanto a sociedade política, em permanente inter-relação” (MENDONÇA, 2012, p. 348). Assim, pensar o Estado na perspectiva gramsciana nos exige compreender que em uma sociedade capitalista, não se pode dissociar a sociedade civil da sociedade política (Estado). Assim, o Estado satisfaz aos interesses das classes dominantes, não de modo mecânico, mas através de uma relação de forças que faz dele uma expressão condensada da luta de classe em desenvolvimento. Em suma,

Nesse quadro, as práticas do Estado, desenvolvidas particularmente através das leis e das políticas, detêm um papel importante na constituição do Estado capitalista. Elas encerram concomitantemente negatividade (coerção) e positividade (consenso) porque expressam, de forma contraditória, a presença subordinada das classes dominadas na própria materialidade do Estado. Assim, ao mesmo tempo em que oprimem as classes dominadas, buscam sua adesão ao projeto dominante pela absorção das suas demandas reais. (NEVES; PRONKO, 2010, p. 100)

Apesar de toda sua escrita sobre o Estado, inclusive sofrendo no cárcere os efeitos de um Estado autoritário, ao contrário do que se pensa,

Gramsci não é o teórico do Estado, e sim da classe trabalhadora, que aprende a se constituir como sociedade civil e descobre sua cidadania na construção dum mundo fundado sobre sua participação e seu protagonismo. Gramsci

---

<sup>35</sup> Destaca-se que chegamos a essa concepção através de autores leitores de Gramsci e não especificamente através das palavras do referido autor.

não trabalha para que se afirme um Estado que garanta justiça e direitos para todos, mas para elevar moral e intelectualmente camadas cada vez mais amplas de população, ou seja, "para dar personalidade ao amorfo elemento de massa". (SEMERARO, 1999, p. 163)

A sociedade civil é entendida aqui, em nosso estudo, como “o local da formulação e da reflexão, da consolidação dos projetos sociais e das vontades coletivas” (FONTES, 2006, p. 213). Percebe-se, nesse sentido, que a visão gramsciana de Estado ampliado complexifica as realidades de poder no conjunto da sociedade, já que o Estado não pode ser compreendido como um bloco único, ao contrário, está situado nas relações sociais concretas, o que corresponde à síntese de múltiplas determinações (NEVES, 2005).

Nessa dinâmica de coerção e consenso, nos países centrais (capitalismo desenvolvido), "institui-se" o Estado de Bem Estar Social, ou Welfare State. Com origem no pensamento keynesiano<sup>36</sup>, que propõe uma organização político-social pautada no pleno emprego e nos direitos sociais (saúde, educação, moradia, etc.), o Estado, a fim de manter sua hegemonia, tenta responder a algumas demandas da sociedade civil.

Fenômeno do século XX, a provisão de serviços sociais, cobrindo as mais variadas formas de risco da vida individual e coletiva, tornou-se um direito assegurado pelo Estado a camadas bastante expressivas da população dos países capitalistas desenvolvidos. Ainda que alguns países – como a Alemanha, por exemplo – tenham dado origem a programas de seguro social já no final do século passado e que políticas de proteção a idosos, mulheres, incapacitados, etc. tenham se desenvolvido em vários países já no início deste século, é certo que o fenômeno do welfare state sofreu incontestável expansão e até mesmo institucionalização no período do pós-guerra. É a partir de então que se generaliza e ganha dimensões quase universais nesses países um conjunto articulado de programas de proteção social, assegurando o direito à aposentadoria, habitação, educação, saúde, etc. (ARRETCHE, 1995, p. 3)

Nesse sentido, nos países europeus, onde o Welfare State teve origem, observa-se que as ações do Estado, com vistas à sustentação da acumulação capitalista, tiveram que caminhar ao lado da proteção ao emprego e do atendimento às demandas da classe trabalhadora. Não por acaso, mas fruto das lutas de classe, essa nova proposta de Estado tinha como responsabilidade garantir o bem estar básico dos cidadãos. Ressalta-se que essa proposta dos países europeus foi possível por conta da exploração dos países em desenvolvimento - à época denominados de países do Terceiro Mundo -, na lógica de acumulação de capital dos países

---

<sup>36</sup> Diz respeito à teoria econômica desenvolvida por John Maynard Keynes, que defende a intervenção do Estado na economia, com vistas à garantia de benefícios sociais à população.

centrais às custas da dependência<sup>37</sup> e da superexploração dos trabalhadores dos países periféricos.

A partir da década de 1970, o Welfare State teve seu declínio, provocado pela ofensiva neoliberal, cuja proposta era de minimizar os gastos públicos, impactando negativamente a demanda por benefícios sociais (SOARES, 2009). Nessa época, Fernando Henrique Cardoso, em parceria com o sociólogo chileno Enzo Faletto, ao destacar a natureza política e social do desenvolvimento do continente Latino Americano, sinalizava para um "esquema político" de abertura econômica (desenvolvimento-associado), capaz de sustentar um Estado forte o suficiente, no limite violento, para administrá-lo como negócio:

O esquema político de sustentação dessa nova forma de desenvolvimento - no qual **se articulam a economia do setor público, as empresas monopolistas internacionais e o setor capitalista moderno da economia nacional** - requer que se consiga estruturar um adequado sistema de relações entre os grupos sociais que controlam tais setores econômicos; esse sistema necessita uma expressão política que possibilite a ação econômica dos distintos grupos que abrange. Com efeito, para essa forma de desenvolvimento supõe-se o funcionamento de um mercado cujo dinamismo baseia-se principalmente, no incremento das relações entre produtores - entre as próprias empresas - que se constituem nos "consumidores" mais significativos para a expansão econômica. Em consequência, **para aumentar a capacidade de acumulação desses "produtores-consumidores" é necessário conter as demandas reivindicatórias das massas**. Isto é, a política de redistribuição que ampliaria seu consumo torna-se ineficaz e mesmo, em determinadas condições, perturbadora do desenvolvimento. (CARDOSO; FALETTTO, 1970, p. 130-131, grifo nosso)

Cardoso e Faletto (1970) vão além, ao considerar a classe operária como um pólo de reação ao sistema de poder externo ao eixo dominante, reconhecendo que essas "camadas marginais" são numericamente crescentes em razão do modelo de desenvolvimento capitalista na periferia. "De fato, o funcionamento do sistema industrial-moderno implica, como se assinalou, aumento, pelo menos em termos absolutos, do processo de marginalização - entendendo-se este no sentido mais lato" (CARDOSO; FALETTTO, 1970, p. 136).

Nesse sentido, segundo esses autores, tornar-se-ia coerente que o Estado reprimisse as manifestações da classe trabalhadora por melhores condições de vida, visto que essa, por sua

---

<sup>37</sup> "A dependência é uma situação em que um certo grupo de países tem sua economia condicionada pelo desenvolvimento e expansão de outra economia à qual a própria está submetida. A relação de dependência entre duas ou mais economias, e entre elas e o comércio mundial, assume a forma de dependência quando alguns países (os dominantes) podem se expandir e auto-impulsar, enquanto outros países (os dependentes) só podem fazer isso como reflexo dessa expansão, que pode agir de forma positiva ou negativa sobre o seu desenvolvimento imediato. De qualquer forma, a situação básica de dependência leva a uma situação global dos países dependentes que os coloca em posição de atraso e sob a exploração dos países dominantes" (LÖWY, 1999, p. 379).

"debilidade" e baixo nível de existência e de aspirações, não teria a potencialidade de transformar a sociedade a partir da sua condição social (CARDOSO; FALETTO, 1970). Nessa lógica, considerando o desenvolvimento como resultado da interação de grupos e classes sociais, com distintos interesses materiais e ideológicos, ou seja, "uns poucos mandam e a maioria obedece", se torna evidente que o sistema capitalista-neoliberal é o grande gerador da exclusão social.

Carcanholo (2008), ao refletir que o desenvolvimento capitalista e o neoliberalismo são conceitos diferentes, afirma que ambos conservam a mesma essência - aprofundar as formas de exploração e dominação. Sinaliza-se, portanto, a necessidade de se pensar o desenvolvimento, não sob a ótica do capital, mas inspirado em outras formas de organização social: "Escapar da dialética do desenvolvimento capitalista, mantendo, ou, no máximo reformando o caráter capitalista, significa cair no moto-perpétuo das políticas compensatórias" (CARCANHOLO, 2008, p. 267).

No Brasil, a organização política e econômica do Estado de Bem-Estar, em que o Estado atua como agente indutor de benefícios sociais e organizador da economia, nunca chegou a se efetivar de fato. Diferente dos países centrais, o modelo de bem estar social no Brasil, inaugurado com a Constituição Federal de 1988, "está vinculado à democratização, à necessidade de integração, ao reconhecimento de direitos e ao fortalecimento da cidadania, mas com uma frágil sustentação econômica" (LOBATO, 2013, p. 42). No entanto, foi somente com essa Constituição Federal que houve uma perspectiva de cobertura mais ampla (universal), para determinadas políticas sociais, representando um avanço importante no padrão brasileiro de proteção social anteriormente vigente (OLIVEIRA; DUARTE, 2005).

Os ganhos provenientes do movimento constituinte no Brasil (década de 1980) são solapados pela ofensiva neoliberal da década de 1990. Seguindo as ideias neoliberais, o governo de Fernando Henrique Cardoso (1995 a 1998, primeiro mandato; 1999 a 2002, segundo mandato), instaura uma determinada concepção de Estado e de política pública, iniciados pelo governo de Fernando Collor de Mello (1990 a 1992):

os anos de 1990 foram marcados por reformas no âmbito do Estado que priorizaram o corte no gasto social. As referidas conquistas consagradas na Constituição Federal de 1988 foram paulatinamente sendo retiradas do plano das leis, por meio de instrumentos jurídicos que exigiram, em alguns casos, até mesmo reforma constitucional, sendo que em muitas matérias a lei sequer chegou a tornar-se fato. (OLIVEIRA; DUARTE, 2005, p. 285)

Fernando Henrique Cardoso instaurou o Programa de (contra) reforma do Estado, elaborado por Bresser Pereira, Ministro da Administração Federal e Reforma do Estado, em seu governo:

Reformar o aparelho do Estado significa garantir a esse aparelho maior governança, ou seja, maior capacidade de governar, maior condição de implementar as leis e políticas públicas. Significa tornar muito mais eficientes as atividades exclusivas de Estado, através da transformação das autarquias em “agências autônomas”, e tornar também muito mais eficientes os serviços sociais competitivos ao transformá-los em organizações públicas não-estatais de um tipo especial: as “organizações sociais”. (BRASIL, 1995, p. 44-45)

Essa forma de conceber o Estado inaugura a possibilidade de se privatizar o patrimônio público (Estado “mínimo” para o social e “máximo” para o capital). A privatização é uma das características mais evidentes do neoliberalismo, evidenciando que a aparelhagem estatal, de forma hegemônica, indica compromissos variáveis e provisórios entre dominantes e dominados (NEVES; PRONKO, 2010). Conforme define Soares (2009, p. 40): “é do estabelecimento de um Estado Mínimo que cumpra apenas com algumas funções básicas, como a educação primária, a saúde pública e a criação e manutenção de uma infraestrutura essencial ao desenvolvimento econômico”.

Pesquisadores, como Melo e Falleiros (2005b), apontam para o neoliberalismo, que introjeta um relativo desprezo pela máquina estatal, por sua suposta incompetência administrativa, e, ao mesmo tempo, valoriza a iniciativa privada, embora muitos neoliberais se apropriem cada vez mais da máquina estatal para seus próprios benefícios, privatizando-a. Essa aparente inversão entre as esferas do público e do privado no Brasil, revela-se de forma evidente na implantação do PSE na cidade do Rio de Janeiro, a ser analisada posteriormente.

Ball e Youdell (2007), ao analisarem a privatização na educação, explicitam que existem dois tipos de privatização, o “endógeno” e o “exógeno”. No primeiro caso, o Estado incorpora as ideias privatistas para aplicação em suas instituições; no segundo, o Estado entrega a gestão de sua instituição à iniciativa privada:

Corresponde a lo que denominamos la privatización “**endógena**”. Esas formas de privatización implican la importación de ideas, métodos y prácticas del sector privado a fin de hacer que el sector público sea cada vez más como una empresa y crecientemente comercial. [...]

Corresponde a lo que denominamos la privatización “**exógena**”. Esas formas de privatización implican la apertura de los servicios de educación pública a la participación del sector privado, a través de modalidades basadas en el beneficio económico, y la utilización del sector privado en

cuanto a la concepción, la gestión o la provisión de diferentes aspectos de la educación pública. (BALL; YOUDELL, 2007, p. 8-9, grifos do autor)

Esse modelo de “privatização” de gestão de um programa público, com verbas públicas, leva à reflexão sobre um novo paradigma político que cria um entorno moral para consumidores e produtores, que induz o cidadão à cultura do interesse pessoal, como forma de sobrevivência, como bem salientam Ball e Youdell (2007):

Todas esas reformas modifican además lo que es más importante, valioso y necesario en la educación. El nuevo paradigma político, y en particular la forma de mercado, crea un nuevo entorno moral para los consumidores y los productores. Dentro de ese nuevo entorno moral, se introduce en los colegios, los institutos y las universidades (en su personal y sus alumnos) una “cultura del interés personal”. Ese interés personal se manifiesta en forma de supervivencia, lo cual supone un aumento, muchas veces predominante, de la orientación hacia el bienestar interno de la institución y sus miembros, y un olvido de las preocupaciones con respecto a cuestiones sociales y educativas más generales en “la sociedad”. (BALL; YOUDELL, 2007, p. 52).

Ressalta-se ainda que o processo de privatização não acontece somente através de contratos de gestão com a iniciativa privada. Ele ocorre também, de forma estruturante e encoberta, dentro da política governamental, através das atividades de consultoria, estudos, avaliações e outras formas de influência. Não é por acaso que cargos da política pública, no âmbito municipal, estadual e federal, são ocupados por atores oriundos do setor privado:

A través de la iniciativa del sector privado se crean redes de relaciones sociales entre políticos, funcionarios públicos y empresas (así como entidades benéficas y organizaciones de voluntariado) que informan e influyen en el pensamiento político acerca de la educación. Por otro lado, existen grandes movimientos de personal entre el Estado y los servicios públicos, por un lado, y el sector privado, por otro, así como un cierto movimiento en el sentido contrario. Al igual que ocurre con las formas de privatización que se analizado hasta aquí, esas influencias son imprevistas y pasan muchas veces inadvertidas o no son comentadas por los medios de comunicación ni por el público. (BALL; YOUDELL, 2007, p. 55)

O neoliberalismo hegemônico traz o mercado para dentro da lógica pública, construindo a falsa oposição entre mercado como reino maravilhoso (tudo que há de bom) e o Estado com o que é negativo - corrupção e privilégio (Souza, 2009), através da estratégia de propaganda:

A despeito de todos os discursos “piedosos”, ele [o capitalista] busca meios para impulsionar [os trabalhadores] ao consumo, procura dar aos seus produtos novos encantos, inspirar novas necessidades pela propaganda constante etc. É exatamente este aspecto da relação de capital e trabalho que é um momento essencialmente civilizador, e no qual se apoiam tanto a justificativa histórica como o poder contemporâneo do capital. (MARX, apud MÉSZÁROS, 2002, p. 675)

Marx auxilia na compreensão de que o capitalismo não é capaz de dar respostas às necessidades da população - que no caso desse estudo, se foca nas políticas de saúde e educação. Na mesma linha de pensamento, Mézaros destaca que os limites do capitalismo têm se manifestado mundialmente de forma destrutiva, ameaçando as conquistas da civilização e indicando que

já não se poderá evitar por muito mais tempo o enfrentamento da questão de como superar os pressupostos estruturais destrutivos do modo estabelecido de controle sociometabólico. [...] O capital não pode funcionar sem fazer respeitar com maior firmeza do que nunca (até de maneira autoritária, se preciso for) as premissas e os antagonismos estruturais de sua prática. (MÉSZÁROS, 2002, p. 217)

Refletir sobre as concepções de Estado é relevante na medida em que se compreende as políticas públicas como o “Estado em ação” (Jobert e Muller apud MARQUES, 2013, p. 24), tornando mais claro, assim, o projeto de sociedade capitalista-neoliberal em curso. Dessa forma, os problemas enfrentados pela educação e pela saúde encontram-se no “olho do furacão” dessa sociedade capitalista.

Para os neoliberais, as políticas (públicas) sociais – ações do Estado na tentativa de regular os desequilíbrios gerados pelo desenvolvimento da acumulação capitalista – são consideradas um dos maiores entraves a este mesmo desenvolvimento e responsáveis, em grande medida, pela crise que atravessa a sociedade. (HÖFLING, 2001, p. 37)

Vianna (2002) discute o conceito de política social, trazendo a necessidade de, ao estudá-la, indagar: a que governo essa se acopla? Que objetivos específicos traz? Por quem é implementada? Em que esferas? Com que legitimidade? Tais considerações fazem toda diferença na compreensão das ações de governo, sobretudo ao considerar sua dimensão política e histórica.

Embora o conceito de política social não deva ficar restrito à responsabilidade do Estado, as políticas sociais no Brasil estão recheadas de contradições, principalmente nesse tipo de Estado, onde sua orientação de alívio à pobreza se torna dominante:

A política social reflete, assim, a direção política das relações econômicas. A política social intervém no hiato derivado dos desequilíbrios na distribuição em favor da acumulação e em detrimento da satisfação de necessidades sociais básicas, assim como na promoção da igualdade. A ação social do Estado pode dizer respeito tanto à promoção da justiça social quanto ao combate da miséria, mas, segundo Abranches (1998), tratam-se de objetivos distintos. Sendo assim, a ação governamental reflete escolhas em um quadro de conflito, não havendo, portanto, governos imparciais, visto que as escolhas sempre envolverão julgamento de valor, ainda que estejam ancoradas em avaliações técnicas. (OLIVEIRA, 2005, p. 31)

Parece que o Estado não vem priorizando políticas de garantia de direitos, mas sim focalizadas no atendimento às necessidades de alguns segmentos sociais considerados “carentes”. Chauí (apud MOLINA, 2012) ressalta que o direito não é uma questão específica e particular - como são as necessidades, carências e interesses - mas está no âmbito do universal, daquilo que é válido para todos - sejam grupos ou classes sociais. Essa alegação econômica da focalização, diretamente ligada ao alívio da pobreza:

Focalização tem sido traduzida como a ação de concentrar os recursos financeiros disponíveis em uma população definida. Em última instância, trata-se de uma decisão orientada por razões de caráter econômico. [...] assume status de categoria com ampla utilização em documentos de Organismos Internacionais, como o Banco Mundial, o Fundo Monetário Internacional (FMI), a Organização Pan-Americana da Saúde (Opas), a Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura (Unesco), entre outros, que passaram a difundir a ideia de que o alívio da pobreza e a redução das enormes desigualdades sociais existentes nos países dependentes iriam ocorrer a partir da implementação de projetos e programas sociais dirigidos às populações pobres e grupos vulneráveis. Tais projetos teriam como objetivo explícito combater a pobreza, satisfazendo as necessidades básicas, o que deveria propiciar um mínimo de dignidade a esse segmento populacional. Nesse sentido, a discussão da ‘focalização’ está diretamente relacionada com a temática da pobreza. (RIZZOTTO, 2009, p. 221)

Dentro dessa visão de sociedade fragmentada, a ideia da "focalização" está intimamente relacionada às reformas liberais, que, por sua vez, é defendida por um Estado educador, capaz de difundir o neoliberalismo, compensando (sempre parcialmente) a pobreza. Tais políticas sociais focalizadas permitem ao Estado reduzir seu aparato institucional (ALGEBAILLE, 2005), propiciando que a classe hegemônica não defenda a universalização dos serviços de saúde e educação para todos os cidadãos. Contudo, o discurso ideológico que se instaura é que o Estado é ineficiente e deve-se substituir a racionalidade do desperdício e da ineficácia de seus programas e projetos - formas de instituir suas políticas públicas por uma

lógica mais igualitária (DIÓGENES; RESENDE, 2007). A lógica instituída é a de "preservar o direito de escolher" o tipo de serviço desejado, permitindo a livre competição entre os serviços existentes no mercado. A focalização responde, portanto, as reformas neoliberais que se deve apenas "aliviar a pobreza", a fim de que não se crie um colapso social.

Dessa forma, se estabelece um mecanismo ideológico de conformação de uma classe social na e pela sociedade capitalista.

Esse processo "formador civilizatório" é oferecido pelo Estado. Um Estado educador, que por sua vez, também apresenta seu caráter de classe e deseja instituir o ideário neoliberal de que os serviços públicos devem ser mínimos e de que os sujeitos, de forma individual, devem escolher os serviços que desejam consumir. (STAUFFER; MARTINS; BRANDÃO, 2013, p. 9)

Em razão desse processo "civilizador", faz-se necessário levantar alguns aspectos da historicidade das políticas de educação e saúde, ainda que de forma breve, para entender como foi sendo construído o fenômeno da "privatização" e da "focalização". Segundo Ferretti (2009), por meio de pontos de vista de teóricos do século XVIII e XIX, de um lado, a escola não seria interessante para os trabalhadores e seus filhos, uma vez que se perderia tempo de trabalho (produção). Para Adam Smith (economia clássica), no entanto, a educação básica do trabalhador se constituiria numa contribuição significativa, no sentido de torná-lo mais produtivo ao capital. Por outro lado, a educação poderia causar certa revolta, contra os interesses da burguesia, ao proporcionar o conhecimento de base científica aos trabalhadores.

Certamente que, nessa concepção em educação de base científica, a escola não poderia ser privada, na medida em que deveria atender a todas as famílias, independente das condições financeiras para tal. No entanto, na prática atual, a escola pública vem perdendo espaço para as escolas privadas. Pode-se citar o exemplo do município do Rio de Janeiro, que, no período de seis anos, vem diminuindo o número de matrículas, em razão inversa ao número de matrículas da rede privada, que vem aumentando, como demonstra a Tabela 2.

**Tabela 2 - Matrículas no ensino fundamental, segundo as dependências administrativas - 2007 - 2012**

<b>Dependências</b>	
<b>Administrativas</b>	<b>Total</b>
<b>2007</b>	
<b>Total</b>	<b>770 151</b>
Federal	11 165
Estadual	26 228
Municipal	658 258
Particular	148 517
<b>2008</b>	
<b>Total</b>	<b>805 002</b>
Federal	11 627
Estadual	28 902
Municipal	615 210
Particular	224 404
<b>2009</b>	
<b>Total</b>	<b>790 634</b>
Federal	11 109
Estadual	26 765
Municipal	598 312
Particular	226 356
<b>2010</b>	
<b>Total</b>	<b>785 001</b>
Federal	11 533
Estadual	25 366
Municipal	574 594
Particular	247 183
<b>2011</b>	
<b>Total</b>	<b>786 051</b>
Federal	11 353
Estadual	22 185
Municipal	563 374
Particular	264 842
<b>2012</b>	
<b>Total</b>	<b>776 356</b>
Federal	11 416
Estadual	14 437
Municipal	559 427
Particular	266 058

Fonte: Adaptado de Censo Escolar - INEP apud Armazém de Dados (Tabela 918). Disponível em: <<http://www.armazemdedados.rio.rj.gov.br/>>. Acesso em: 25 jun. 2014.

Nota: (1) Não estamos contabilizando EJA Presencial de 1ª a 8ª série, EJA Semi Presencial de 1ª a 8ª série, EJA Profissional de Ensino Fundamental - FIC, EJA - Presencial - Integrado à Educação Profissional de Nível Fundamental, EJA - Semipresencial - Integrado à Educação Profissional de Nível Fundamental, EJA - Presencial - Ens. Fundamental Projovem (Urbano).

No que concerne à educação, marcada contraditoriamente pela valorização e desvalorização da educação escolar pública, notadamente após as reformas da década de 1990, é possível observar, de um lado, os discursos que reafirmam o papel da escola para o desenvolvimento do país; e, de outro, em igual proporção, a diminuição da qualidade da

educação regular, bem como “a valorização de formas compensatórias e alternativas de educação, especialmente para os setores populares” (FERRETTI, 2009, p. 107).

Essa ambiguidade entre educação burguesa e educação universal, que repercutirá na relação dual entre trabalho intelectual e físico/manual, entre a gestão da aparelhagem estatal e a força da sociedade civil organizada, que também está presente na relação entre público e privado, se manifesta de diferentes formas no sistema educacional como um todo, bem como em diferentes momentos históricos. Nota-se que hoje essa dualidade ocorre de forma muito mais agudizada e contraditória.

Com isso, é notório que os alunos, filhos da grande massa da classe trabalhadora, frequentam as escolas nas piores condições, escolas com qualidade questionável, comparativamente aos alunos da classe burguesa. Essa suposta improdutividade da escola para as classes trabalhadoras é altamente produtiva, pois contribui para a manutenção das relações sociais de produção (FRIGOTTO, 2010). Nas palavras de Leher (2000, p. 171),

O drama da pobreza não é apenas decorrente dos baixos salários, mas da educação focalizada, minimalista, somente capaz de produzir aberturas para o futuro pelo compromisso ético-político de sujeitos nas salas-de-aula, nos movimentos religiosos, no âmbito familiar, etc. Estes movimentos, alguns deles desde os anos 1950, forjaram, na difícil luta coletiva contra governos muitas vezes truculentos, edificar um sistema público de ensino, ainda sequer universalizado, mas que já se encontra perigosamente ameaçado pelas políticas neoliberais.

Destaca-se, a partir daí, a necessidade da classe hegemônica ter os sistemas produtivos e educacionais sob controle, de modo que o saber do trabalhador seja restrito ao que seria funcional à organização da produção. Nesse sentido, a escola ganhou um papel estratégico de formação dos sujeitos para a sociabilidade. Lima (1985) cita o pensamento de uma pessoa que viveu entre 1752 e 1788, que impressiona pela clareza de uma determinada concepção de educação pública e, conseqüentemente, de “escola” que serve ao capital, retratando uma época que não é estranha à atual: "Em resumo, para ser universal, a educação pública deve ser tal que todas as classes, todas as ordens do Estado dela participem, **mas não uma educação em que todas as classes tenham a mesma parte**" (PONCE apud LIMA, 1985, p. 35, grifo do autor).

Observa-se, a partir dessa citação, que já havia um forte interesse da classe dominante em manter o controle da classe trabalhadora, através do conhecimento escolar, dificultando a consciência de classe, que não deve se confundida como uma realização individual isolada. É

fundamental observar o quanto a classe trabalhadora é forçada ideologicamente a naturalizar os ditames da classe dominante:

Entretanto, no mundo capitalista contemporâneo, nem sempre todos os grupos conseguem organizar-se em aparelhos de hegemonia para elaborar sua própria visão de mundo no âmbito da sociedade civil. Nesses casos, adotam como seus os projetos e valores elaborados por outras frações de classe, quase sempre as dominantes. Esse é o princípio de funcionamento da hegemonia: a visão de mundo (cultura) de um grupo se impõe sobre a dos demais grupos, sendo por eles partilhada. (MENDONÇA, 2012, p. 351)

Vê-se, pois, que as políticas públicas produzem e reproduzem a desigualdade, não apenas em função da natureza conflituosa do Estado capitalista, mas também pelas relações de classes. A classe trabalhadora tenta sobreviver sob o jugo da classe dominante, submetendo-se à exploração do trabalho e sofrendo as injustiças sociais. Necessita-se, pois, que os trabalhadores adquiram consciência de classe, produzindo uma solidariedade com os demais membros dessa classe trabalhadora, que favoreça uma ação em defesa dos interesses coletivos (luta de classes), fazendo com que:

Até mesmo os erros no curso das lutas de classes podem contribuir para o desenvolvimento de uma consciência de classe adequada capaz de assegurar o sucesso final, ao passo que o patrocínio do proletariado pelas elites intelectuais só pode levar ao enfraquecimento da capacidade de agir e a passividade. (BOTTOMORE, 2012, p. 113)

Nesse processo também se instaura uma concepção de saúde, entremeada por uma visão classista, segregadora e higienista. Tais considerações apoiam-se no determinismo<sup>38</sup> que envolve a complexidade histórico-estrutural do PSE e a realidade social de Manguinhos. Portanto, a despeito da brevidade com que essas considerações históricas da educação e da saúde foram aqui introduzidas, servem de subsídios para tecer algumas análises sobre o PSE, que envolvem principalmente a "focalização", a "privatização", e a "prevalência do setor saúde sobre os demais setores", à luz das concepções de Estado e Políticas Públicas discutidas.

---

<sup>38</sup> "O determinismo é normalmente entendido como a tese de que, para tudo o que acontece, há condições tais que nada diferente poderia ter ocorrido" (BOTTOMORE, 2012, p. 145).

## 4 DESVELANDO A NATUREZA DO PSE EM MANGUINHOS

Freire (2011, p.13) diz que “a prática educativa de opção progressista jamais deixará de ser uma aventura desveladora, uma experiência de desocultação da verdade”. É neste cenário de realidades encobertas, onde há muitos interesses em jogo, alguns deles diretamente relacionados com a manutenção da desigualdade social, que almeja-se analisar as questões que o PSE traz em seu bojo. Nesse sentido, organizamos a presente análise a partir de três categorias fundamentais: a focalização, a privatização, e a prevalência do setor saúde.

### 4.1 FOCALIZAÇÃO

Impulsionada pelo avanço neoliberal sobre as políticas sociais atuais, assistiu-se a uma opção do Estado por modelos de políticas públicas de caráter compensatório e focalizadas nas populações mais vulneráveis. Assim, ao pensar no sentido crítico do papel do PSE no cenário político e econômico, vem imediatamente a seguinte indagação: PSE para quem? Nesse sentido, os dados apurados nessa pesquisa apontam na direção da "focalização" das ações do Estado.

Em princípio, parece haver contradição entre o que o Estado institui, por intermédio das suas disposições legais (promoção da saúde) e o que, de fato, acontece no território (condições precárias de vida). Mas, ao considerar que esse Estado é capitalista e, como tal, garante a reprodução das relações sociais tal qual favorece ao capital, não há contradição, na medida em que o poder estatal não é usado para diminuir a desigualdade, e sim manter a pobreza sob controle. É nessa perspectiva que se analisa o PSE, como uma política focalizada na assistência aos “pobres”, mas que atende aos grandes interesses das classes dominantes. Soares (2009) diz que, a partir do final dos anos de 1970, os pobres passam a compor uma nova "categoria classificatória", que se torna objeto das políticas de focalização em relação à assistência social, reproduzindo a condição de pobre "por uma lógica coerente com o individualismo que dá sustentação ideológica a esse modelo de acumulação: no domínio do mercado existem, ‘naturalmente’, ganhadores e perdedores, fortes e fracos, os que pertencem e os que ficam de fora" (SOARES, 2009, p. 13).

Nesse sentido, há que se considerar os aparelhos privados de hegemonia (escola, família, mídia etc.), que direcionam os rumos da sociedade e possuem um papel estratégico

para a difusão da nova pedagogia da hegemonia<sup>39</sup>. A escola, por exemplo, como um desses aparelhos, se presta ao aumento da competitividade e produtividade do capital, preparando o educando para a empregabilidade e submetendo-se à lógica mercantil na perspectiva de humanizar as relações de exploração e de dominação vigentes (NEVES, 2005). Embora esse papel estratégico da educação escolar, na formação dos sujeitos, ainda seja evidente, ele vem adquirindo, concomitantemente, um papel diversificado, diante de tantas outras “agências” de caráter educativo, como as OS.

Assim, a escola pública, enquanto aparelho privado de hegemonia, está vinculada a uma política educacional que satisfaz ao modelo capitalista do Estado brasileiro, enfrentando inúmeros desafios:

A desigualdade social manifesta-se também de forma perversa no sistema educacional, caracterizado por baixos índices educacionais, com 16% de analfabetos e evasão de 40% dos estudantes brasileiros que não conseguem concluir o nível obrigatório de escolaridade. É, portanto, um país portador de um sistema educativo bastante elitista, no sentido de que o direito à educação em todos os níveis ainda é um alvo distante. (OLIVEIRA; DUARTE, 2005, p. 280)

Por outro lado, o setor saúde apresenta as mesmas dificuldades, no sentido de levar seus serviços para toda a população:

(...) as transformações nos níveis de saúde das populações devem ser vistas a partir das mudanças e melhorias em seus níveis de renda e em seus padrões de vida; é fundamental, entretanto, que sejam consideradas as diferenças entre classes sociais e que se esteja atento para os aspectos patogênicos do capitalismo e para os limites da atenção à saúde. O que aparece, então, embora não seja surpreendente, é brutal: quem é pobre morre primeiro. (BRAGA & GÓES DE PAULA, 1986, apud OCKÉ-REIS, 2012, p. 7)

A despeito da Portaria Interministerial nº 1.413/2013 considerar a possibilidade de "ampliação da cobertura e intensificar as ações de saúde nas escolas", o que denotaria uma certa perspectiva incremental do PSE, o programa pode ser compreendido como uma política "focalizada" devido às seguintes evidências apresentadas no capítulo 2:

1. Possui como objetivo explícito, no decreto que o institui, atender aos "estudantes da rede pública de educação básica", o que, na prática, em Manguinhos, contemplou apenas as

---

<sup>39</sup> Apesar de não ser nosso intuito aprofundar, nesse momento, as estratégias da pedagogia da hegemonia (NEVES, 2005), é necessário esclarecer que esta tem por objetivo desenvolver um novo conceito de responsabilidade social, ao relegar à sociedade civil a responsabilidade de executar as políticas sociais, desresponsabilizando o Estado de tais políticas.

escolas da rede pública municipal de ensino fundamental e não todas as unidades escolares - UE da educação básica, excluindo as creches e as escolas de ensino médio.

2. Não está previsto, nos documentos analisados, o alcance desse programa para todas as UE, o que atenderia ao princípio da universalidade<sup>40</sup>, na medida em que abre a possibilidade do município escolher (pactuar) as UE, através da seleção de algumas escolas consideradas prioritárias.

3. Apesar da PCRJ, através do PMSEC de 2008, buscar garantir o acesso universal e contínuo a serviços de saúde da comunidade escolar, prioritariamente pela atenção básica, conforme diretriz do SUS, o Instrumento Contratual nº 06/2011 com o Iabas abrangia acesso ao Programa Saúde nas Escolas somente aos alunos matriculados nas UE participantes do Programa, ou seja, apenas 160 UE da Rede Pública Municipal de Ensino da Cidade do Rio de Janeiro (ANEXO B)<sup>41</sup>.

4. O Projeto Básico, elaborado pela SME e SMSDC, parte integrante do contrato com o Iabas, confirma a situação dos educandos:

A maioria dos alunos da Rede Pública Municipal de Ensino do Rio de Janeiro, que concentra grande parcela da população carente, não tem acesso à atenção integral à saúde (promoção da saúde, prevenção e assistência), o que pode vir a prejudicar seu desempenho escolar. (RIO DE JANEIRO, 2012c, p. 61)

Seguindo o caminho da focalização, poder-se-ia argumentar que tal política pública caminha na direção da amenização das situações de pobreza. Tais defensores das políticas focalizadas acreditam em uma racionalidade da aplicação dos recursos públicos, através de investimentos onde há mais necessidade. Para além da questão focalização *versus* universalização, há ainda que atentar para o fato de que não há dados avaliativos disponíveis que indiquem até que ponto o PSE, em Manginhos, melhorou as condições de vida dos escolares - razão pela qual a presente discussão fica limitada ao campo teórico, sobretudo nas diretrizes normativas do programa.

Assim, o PSE é um exemplo de poder exercido pelo Estado sobre uma determinada classe social. O Estado cria um programa, não para “todas” as UE, e conseqüentemente não para todos os estudantes, mas para as UE consideradas “prioritárias”, algumas apresentando os piores índices de desempenho escolar. O próprio debate em torno dessa questão já é

---

<sup>40</sup> “[...] ao princípio da universalidade, inscrito na Constituição Brasileira, diante do qual o Estado deve garantir, para toda a população, o acesso a bens e serviços públicos como saúde, educação, saneamento básico, habitação, transporte etc.” (RIZZOTTO, 2009, p. 223).

<sup>41</sup> Vide páginas 134 a 139.

desigual, pois os atores que investem tempo e recursos na exploração das desigualdades não se apresentam publicamente para se submeter ao diálogo franco e aberto. Tais atores preferem evitar o embate, na medida em que não almejam beneficiar o conjunto da população:

No que diz respeito à classe dominante, o silêncio burocrático não passa, na maioria dos casos, de organizador da palavra. Se o Estado nem sempre diz sua estratégia ao discursar à classe dominante, é que frequentemente receia desvendar seus desígnios às classes dominadas. (POULANTZAS, 1980, p. 31)

Não obstante, tais priorizações, que não são discutidas no território com as diferentes comunidades escolares, estão ocultando diferenças de investimentos públicos, entre as UE mais favorecidas (possuem duas ofertas do referido programa, através do Iabas e da ESF), as UE menos favorecidas (possuem PSE somente do Iabas ou somente da ESF) e UE desfavorecidas (não possuem PSE). Ressalta-se que, no caso das UE EDI Dr. Domingos Arthur Machado Filho, E.M. Prof. Maria de Cerqueira e Silva e CIEP Juscelino Kubitschek, além de possuírem profissional de saúde fixo, recebem visita das equipes móveis do Iabas e também das equipes da ESF do Teias<sup>42</sup>.

Reconhecer as necessidades de algumas UE, e não de outras, é o cerne da questão da focalização, que se expressa nas normativas do PSE, e que se relaciona fortemente com os processos de privatização. Nesse sentido, faz-se necessário compreender que esse reconhecimento:

é apenas um momento de oficialização de um direito em formação, cuja instituição inscreve-se em processos de longa duração, relativos às mudanças econômicas, políticas e societárias, às disputas sociais que aí se instauram, em torno de valores e interesses distintos, e aos processos de negociação dos conflitos por meio dos quais novas regras de organização da vida social vão sendo firmadas, dando origem a modificações nas formulações e nos mecanismos de realização de direitos e deveres. No decorrer desses processos, portanto, formam-se os sentidos de público e privado que, em boa medida, fundamentam a atuação do Estado no campo social, [...]. (ALGEBAILLE, 2009, p. 96)

Não que as diretrizes legais do PSE sejam menos importantes que sua real implementação, já que estão em constantes transformações, mas isso denota a importância da participação social na construção e avaliação das políticas públicas. No entanto, não se observou, no âmbito da sociedade civil brasileira, movimento em torno de garantias de “saúde

---

<sup>42</sup> Vide Tabela 1 (pagina 18).

na escola”, capaz de mobilizar interesses políticos para criação e/ou manutenção do PSE. Se houve, quiçá de forma pontual, parece ser inexpressivo. Todavia, a luta da classe trabalhadora por garantias de “saúde para todos” é constante e bastante expressiva, o que resultou inclusive na criação do SUS, conforme aponta Ocké-Reis (2012, p. 22):

A criação do SUS é um legado das crenças democráticas e socialistas que surgiram durante a redemocratização do Brasil, no final da década de 1980, com o apoio dos partidos políticos progressistas e dos movimentos sociais e intelectuais da esquerda, inspirados nas experiências universalistas dos sistemas de saúde.

Tal processo de luta social por melhorias das condições de saúde para todos vai de encontro a uma política pública de escolha dos mais fracos, em uma perspectiva de prioridades, na medida em que aumentam as diferenças entre os privilegiados e os desfavorecidos, bem como interferem no modo em que se entende a justiça social.

#### 4.2 PRIVATIZAÇÃO

Se trata de um processo mediante o qual os direitos e as necessidades se tornam mercadorias, onde os interesses públicos (de todos) passam pelas mãos dos interesses privados (de poucos), sob a égide de um Estado subserviente ao capital, que conforma a sociedade inclusive na forma de pensar as políticas públicas. Em se tratando do PSE, essa forma de pensar os serviços de saúde na escola, através de OS, não é explicitamente apresentada como privatização, mas através de formas encobertas de privatização:

Muchas veces las tendencias hacia la privatización permanecen ocultas por el debate acerca de la elección, la responsabilidad y la eficacia, por lo cual se pierden los matices necesarios [como, y/o] por parte de unos medios de comunicación y un público que están poco atentos a las implicaciones de las actividades “lucrativas” en la educación general pública, o bien que ya están completamente habituados a esas prácticas. (BALL; YOUDELL, 2007, p. 41)

Em seu sentido titulativo, o PSE já induz ao favorecimento do consenso. Afinal, quem argumentaria contra uma política de “saúde na escola”? No entanto, ao invés de reivindicações em torno da efetivação do PSE, observa-se, além da passividade da população, a mão firme do Estado neoliberal, a partir de orientações internacionais, onde encontraram-se elementos dentro da própria origem do PSE, revelando que o Estado deve agregar outras entidades: “13. Involucrar otras organizaciones sociales (gremiales, privadas, ONGs,

religiosas y otras) en la planificación, ejecución, financiamiento, evaluación y difusión de los programas de educación en salud en el ámbito escolar” (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE, 1995, p. 5).

Tais orientações trazem outro ponto importante para análise das estratégias acionadas para se implementar o PSE em Manguinhos: a gestão privada do Estado. Afinal, esta lógica neoliberal considera

como fatores essenciais para o aprofundamento da mundialização do capital a harmonia social e uma realização cada vez mais intensa das estratégias de conformação social. A confiança que a população depositaria em si mesma se aliaria à confiança que a população teria de construir com relação aos valores dos empresários do capital industrial e financeiro. (MELO, 2005a, p. 82)

Dentro desse contexto, se efetivou essa parceria entre o setor público e a iniciativa privada dentro das ações de políticas públicas do município. No caso do Rio de Janeiro, para realizar ações de saúde na escola, a viabilização do programa somente se tornou possível mediante a ação da iniciativa privada, ou seja, a PCRJ modifica sua ação estatal na medida em que contrata organizações sociais para implantar políticas públicas que são de sua responsabilidade. A despeito das dificuldades de compreensão em relação à nomenclatura das ações de saúde na escola<sup>43</sup>, o PSE em Manguinhos segue um modelo de privatização exógeno<sup>44</sup>, na qual o serviço público é aberto à participação do setor privado (BALL; YOUDELL, 2007), uma vez que a PCRJ entregou a gestão, e conseqüentemente as verbas do programa, a duas entidades privadas: a OS Iabas, e a OS Fiotec (através do projeto Teias - modelo de cogestão da saúde). Essa possibilidade do Estado contratar OS, respaldada por uma legislação<sup>45</sup> que nasce no auge do neoliberalismo no Brasil, remete-se à análise de Marx ao colocar que o Estado cria leis que ancoram a burguesia:

Como o Estado é a forma na qual os indivíduos de uma classe dominante fazem valer seus interesses comuns e que sintetiza a sociedade civil inteira de uma época, segue-se que todas as instituições coletivas são mediadas pelo Estado, adquirem por meio dele uma forma política. Daí a ilusão, como se a lei se baseasse na vontade e, mais ainda, na vontade separada de sua base real [realen], na vontade *livre*. Do mesmo modo, o direito é reduzido novamente à lei. (MARX; ENGELS, 2007, p. 76)

<sup>43</sup> Vide subcapítulo 2.1 (página 35).

<sup>44</sup> Vide capítulo 3 (páginas 58 a 59).

<sup>45</sup> Vide subcapítulo 2.1 (página 40).

Em Manguinhos, a possibilidade de ter equipes de saúde paralelas (Iabas), que não necessariamente estão vinculadas à ESF (Teias), garantida por instrumento normativo<sup>46</sup>, reforça tal argumentação, indicando que, cada vez mais, a saúde e a educação, que se constituem como direitos públicos, no que se refere à gestão do PSE por OS, são realizados por mecanismos privatizadores, que se diferenciam do serviço público, conforme delinea-se na Tabela 3.

**Tabela 3 - Síntese dos diferentes modelos de gestão do PSE**

Critério de análise	Serviço Público	Organização Social
Financiamento	Dotação orçamentária envolvendo as três esferas de governo	Mediante contrato de gestão firmado por uma esfera de governo
Política de contratação	Mediante concurso público	Autonomia administrativa
Política salarial	Prevista em legislação própria de cada esfera de governo	Autonomia financeira
Territorialização e Intersetorialidade	Conforme capacidade de articulação entre os aparelhos públicos	Inexistente ou limitada
Abrangência dos serviços de atenção básica	Universalização	Focalização
Participação da comunidade, na política de saúde e educação	Definida em Conferência de Saúde e Conferência de Educação	Inexistente
Controle social em cada setor	Através de conselhos deliberativos	Através de conselhos não deliberativos de administração internos da entidade.
Sustentabilidade	Permanente, possibilitando planejamento a longo prazo, apesar da sazonalidade governamental	Prazo determinado, podendo haver substituição da OS
Articulação com o SUS	Total	Parcial e tensa

Fonte: O autor.

Assim, conforme salienta Rezende (2008), o modelo de gestão através de OS compromete os princípios do SUS, inclusive em relação à não garantia explícita de participação dos usuários-cidadãos, substituindo os conselhos/conferências de saúde por conselhos de administração das próprias entidades, sendo decididos os caminhos da instituição com ínfima participação comunitária. Além disso, a despeito de se constituírem

<sup>46</sup> Vide capítulo 2 (página 31).

como entidades privadas "sem fins lucrativos", redistribuem os recursos públicos com livre autonomia financeira:

concedem aos seus respectivos Conselhos de Administração a prerrogativa de dispor sobre o plano de cargos e salários e benefícios dos seus "empregados", estão dispostos, em outras palavras, da possibilidade de utilizar-se de eventuais excedentes operacionais, brutos ou líquidos, dividendos ou bonificações, auferidos mediante o exercício de suas atividades, distribuindo-os entre os seus sócios ou associados, conselheiros, diretores ou empregados, na forma de suas remunerações, tais como em salários, gratificações, auxílios e benefícios diversos. A simples referência "de mercado" para livre remunerar os cargos dessas entidades, conforme diz as citadas Leis, não oferece garantias de gestão compatível com o interesse público. Totalmente incompatível também é a discricionariedade autorizada (apenas por essas Leis, contrárias à Constituição) para livre contratar. (REZENDE, 2008, p. 32)

Importa considerar que essa estratégia de privatização possui raízes mais profundas do que o enxugamento da máquina estatal:

a privatização das políticas sociais não se configura numa desobrigação do Estado pela questão social, mas numa ação do Estado capitalista neoliberal de reprodução ampliada do capital. A privatização, consubstanciada em empresariamento dos serviços sociais, se constitui concomitantemente em contratendência à queda da taxa de lucro, no que tange à desvalorização de parcela do capital, e em aumento da produtividade do trabalho pelo incremento da superexploração da força de trabalho. (NEVES; PRONKO, 2010, p. 101)

É nesse empresariamento dos serviços sociais, fortemente protegido por aparelhos privados de hegemonia, que se introduz elementos de mercado na administração pública. Observa-se, no PSE implementado no território de Manguinhos, a execução do modelo de políticas públicas por meio de "parceiros" privados, especialmente na alocação de recursos financeiros, que são públicos, em iniciativas que são privadas. A atuação do Estado é fundamental nesse processo, cabendo observar que:

La privatización funciona muchas veces como una herramienta política con gran diversidad de fines y propósitos. No se trata sólo de que el Estado renuncia a su capacidad para gestionar los problemas sociales y responder a las necesidades sociales. En realidad, se trata de una nueva modalidad de acción estatal. (BALL; YOUDELL, 2007, p. 58-59)

Todavia, não se pode cair na armadilha da ideologia dominante de que a participação das OS, possui como foco principal de sua atuação a necessária mudança social e não

propriamente o aspecto econômico/financeiro. Ainda que “com responsabilidade social empresarial”, o empresariado almeja perpetuar os mecanismos de exploração, renovando a hegemonia burguesa no século XXI (NEVES, 2005).

No que se refere à suposta vantagem financeira, como justificativa para a adoção da estratégia de viabilizar o PSE através da contratação de entes privados, a Prefeitura da Cidade do Rio de Janeiro gastou, só com a contratação do Iabas, dezessete vezes mais do que recebeu do governo federal para o PSE em 2013, conforme relatado anteriormente<sup>47</sup>. Para convencer a população, resta apenas a justificativa, presente nos discursos, da “aparente” eficiência da iniciativa privada, como faz o Iabas:

Com o objetivo de **acelerar a melhoria da qualidade** dos cuidados de saúde, dentro dos preceitos universais do Sistema Único de Saúde, o IABAS junto a Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil e Secretaria Municipal de Educação operacionalizará o Programa Saúde nas Escolas, equipando 151 Escolas do Amanhã e 09 Espaços de Desenvolvimento Infantil (EDI) com salas de saúde para primeiros atendimentos a 109 mil alunos das Escolas do Amanhã localizadas em 73 comunidades do Rio de Janeiro. Esta ação pretende fortalecer as ações e atividades de promoção da saúde, sendo um elo de interlocução com as escolas e creches da Rede Municipal de Ensino e a estratégia saúde na família, desenvolvendo atividades que garantam o acesso da comunidade escolar aos serviços de saúde. (INSTITUTO DE ATENÇÃO BÁSICA E AVANÇADA EM SAÚDE, 2008b, grifo nosso)

É exatamente nessa relação dialética, entre o cenário paradisíaco (positivo) da esfera privada e o cenário muitas vezes associado à “corrupção” (negativo) da esfera pública, favorecendo um ambiente de consolidação de uma nova pedagogia da hegemonia (NEVES, 2005), capaz de legitimar o projeto de desenvolvimento e de sociabilidade da classe burguesa, que o PSE se efetiva dentro de Manguinhos. Trata-se do princípio de que o setor público poderia ser caracterizado, em qualquer circunstância, por uma suposta ineficiência, ao contrário do setor privado, que seria o único a possuir uma racionalidade e uma vocação inerente ao crescimento econômico, através do entendimento de que o Estado não deveria intervir nas possibilidades de sucesso dessa proposta privatizante (SOARES, 2009).

Parte-se do pressuposto de que, ao contrário do que os governos insistem em afirmar, o crescimento (desenvolvimento) econômico não conduz necessariamente à superação das desigualdades sociais, pois o Estado não representa um suposto interesse universal:

Se o homem que vive no mundo real da “sociedade civil” (o *bourgeois*) conhece apenas interesses privados e particularistas, então a noção do Estado

---

<sup>47</sup> Vide página 42.

enquanto representante do interesse geral, afirmada por Hegel, não passa de uma aparência a ocultar a dominação de uma casta burocrática que defende apenas, como todas as outras “corporações” da sociedade civil, os seus próprios interesses particulares. (COUTINHO, 2008, p. 18)

Observando a outra OS que atua na relação da saúde com as escolas do território de Manguinhos, é possível perceber o quanto o Teias/Fiotec está associado ao nome da Fiocruz, uma referência de pesquisa em saúde, diferentemente do Iabas. Tal reputação confere certa “vantagem” em termos de confiabilidade nas ações do Teias. Gomes (2012, p. 107), em suas entrevistas, destaca o quanto o nome Fiocruz é lembrado pelos professores: "Em Manguinhos, por exemplo, as ações do PSE, na perspectiva dos professores, estavam vinculadas às atividades desenvolvidas, nos últimos dois anos, pela FIOCRUZ ou pelas equipes contratadas para as escolas prioritárias".

Tal percepção, favorável ao Teias, é corroborada com a criação do CGI, que conseguiu reunir diversos segmentos sociais representativos, em torno das discussões da saúde no território. Todavia, ao longo de dois anos da sua existência, o esvaziamento, percebido através das infrequências e atrasos nas reuniões, reflete uma preocupação: até que ponto a demanda de participação social, que motivou a criação do CGI, é da população ou foi induzida por gestores públicos ou privados? Possivelmente, tal preocupação no âmbito do Teias (CGI) também aconteceria no âmbito do Iabas, caso esse tivesse uma instância de participação social envolvendo os atores do território das UE sob sua jurisdição.

Ao se observar esta questão com as lentes do materialismo histórico-dialético é possível perceber o quanto essa lógica privatizante está presente no cotidiano. Assim, é preciso fazer a crítica a essa realidade social, pois

O projeto neoliberal quer uma sociedade civil dócil, sem confronto, cuja cotidianidade, alienada, reificada, seja a da “preocupação” e “ocupação” (não a do trabalho e lutas sociais) em atividades não criadoras nem transformadoras, mas voltadas para as (auto-)respostas imediatas às necessidades localizadas. (MONTAÑO, 2010, p. 260)

O abafamento e a repressão por parte do Estado das lutas da classe trabalhadora reforçam as desigualdades vigentes no Brasil, possibilitando a instauração de estratégias que ignoram o fato de que as políticas sociais mínimas, as garantias básicas de qualidade de vida, sequer chegaram a ser generalizadas para a população. Tais estratégias, segundo Oliveira (2005, p.38), "sobretudo no que se refere à implementação e execução das políticas, tem colocado em risco importantes valores de integração nacional, bem como a preservação da

história e do patrimônio público construído por muitas gerações". Reafirma-se, portanto, a importância de se analisar políticas públicas como o PSE.

#### 4.3 PREVALÊNCIA DO SETOR SAÚDE

Apesar de não ter sido um foco de análise, não se poderia deixar de comentar uma certa "intersectorialidade incompleta", principalmente no que se refere à prevalência do setor saúde sobre os demais setores do PSE.

Ao afirmar que "O PSE é uma estratégia de integração da saúde e educação para o desenvolvimento da cidadania e da qualificação das políticas públicas brasileiras" (BRASIL, 2013, p. 4), o Estado brasileiro considera que o PSE é uma política pública nacional, articulada às ações do SUS, capaz de desenvolver a cidadania, além de aumentar a qualidade das políticas de saúde e educação que se desenvolvem de forma isolada. Nesse sentido, na teoria, o PSE é um programa audacioso, na medida em que almeja integrar os setores da saúde e da educação - além da assistência social no caso do Rio de Janeiro - que, na prática, apresentam dificuldades na forma de se trabalhar integrada, conforme delineado no capítulo 2. Além disso, almeja ainda "fortalecer a participação comunitária nas políticas de educação básica e saúde, nos três níveis de governo" (BRASIL, Decreto nº 6.286, de 05 de dezembro de 2007, 2014).

Diante desses objetivos, as estratégias para implementação do PSE, de forma intersectorial, traz em seu bojo a possibilidade de evidenciar conflitos. Junqueira (1997) chama a atenção para esses conflitos advindos dos interesses de diferentes setores:

Essa forma [intersectorial] de atuar é nova, por isso deve acarretar mudanças nas práticas e na cultura organizacional que as informam. É um processo que tem riscos em função das resistências previsíveis de grupos de interesses contrariados. A ousadia de mudar vai precisar das alianças de todos os que desejam incrementar a qualidade de vida do cidadão, dentro e fora da administração municipal. (JUNQUEIRA, 1997, p.37)

Desde a Política Nacional de Promoção de Saúde, em sua Lei Orgânica nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, a intersectorialidade é incorporada em seus princípios e diretrizes, sem descartar, no entanto, a importância das ações setoriais, ao criar comissões de ação articulada entre o SUS e outras áreas de política social, como a educação. Com isso, percebe-se que o Estado reconhece, pelo menos através de artifício legal, a impossibilidade de se produzir melhores resultados de saúde exclusivamente através do setor saúde:

Propostas de ação intersetorial questionam a predominância do setor saúde para resolver problemas que circundam o binômio saúde-doença, considerando a impossibilidade desse único setor de lidar com questões como as doenças e agravos não-transmissíveis e a mortalidade por causas externas. Assim, exigem-se novas estratégias para seu enfrentamento, ultrapassando atuações setoriais. (AZEVEDO; PELICIONI; WESTPHAL, 2012, p. 1334)

Essa política dita "intersectorial" coloca um conflito importante para análise das estratégias acionadas para se implementar o PSE em Manguinhos: a saúde na (dentro da) escola. É evidente que, em princípio, não deveria haver prevalência do setor saúde sobre o setor educação, já que deveria haver integração e articulação permanente entre tais políticas e ações inerentes. Todavia, o próprio decreto de criação do PSE enfatiza as ações das equipes de saúde da família, não fazendo qualquer menção aos trabalhos realizados pelas equipes de educação das escolas.

Essa hierarquia entre os setores se observa na prática, inclusive nas discussões do CGI, cujo relato de uma professora (FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ, 2013c), aponta para o fato das ações do PSE não serem planejadas de forma conjunta e colaborativa<sup>48</sup>, ou seja, são planejadas e realizadas exclusivamente pela saúde. Vale lembrar também a “I Oficina de Planejamento Integrado do Programa Saúde na Escola no Território de Manguinhos”, realizadas em período de férias escolares, o que inviabilizou a ampla representatividade dos profissionais da educação<sup>49</sup>. Essa falha no processo de construção do evento dificultou que esse pudesse contar com o acúmulo de conhecimentos, experiências e histórias já estabelecidas no território no que diz respeito às relações entre os campos da saúde e da educação. Uma parte dessa história foi incorporada nesse evento apenas no final do processo de sua construção, por ocasião da sua divulgação. Foi a partir desse momento que se incorporou o trabalho que o Museu da Vida (MV/COC/Fiocruz) vinha desenvolvendo deste 2007 com as escolas no Projeto Tecendo Redes para um Planeta Saudável. Por conta dessa inserção foram realizadas atividades que promoveram uma participação do público maior do

---

<sup>48</sup> Vasconcellos (2008) dá o sentido de um trabalho "colaborativo", para que não fique restrito simplesmente à soma dos trabalhos realizados por cada setor, tão pouco um setor suprir deficiências do outro. Ao invés disso, busca-se potencializar um impacto social ao criar algo novo, colocando-o a serviço do fortalecimento das escolas: "Nossa afirmação se deve à constatação de que é nas escolas públicas que se encontram todos os dias, durante muitas horas e por vários anos, as crianças e jovens que sofrem as consequências mais graves desse modelo excludente e predatório de sociedade, sobre o qual temos discutido. Então, esses projetos só se justificam se forem capazes de fortalecer as escolas para o enfrentamento dos desafios que vêm encarando durante todos esses anos no esforço de educar a população" (VASCONCELLOS, 2008, p. 222).

<sup>49</sup> Vide página 46.

que a que foi possível na parte do seminário que tinha sido construído inicialmente no formato de palestras.

Nesse sentido, o fato da PCRJ, através do Iabas, contratar profissional Técnico de Enfermagem, sem concurso público, para atuar na função de "Técnico de Saúde Escolar Fixo"<sup>50</sup> dentro de algumas UE em Manguinhos, é revelador de uma política social que supõe uma renúncia do Estado à sua capacidade para gestão territorial integrada à Estratégia Saúde da Família - ESF e para responder ao impacto dos Determinantes Sociais da Saúde - DSS nas comunidades escolares<sup>51</sup>. Tal constatação indica uma prevalência do setor saúde sobre o setor educação, e também sobre o setor assistência social. Contudo, Azevedo, Pelicioni e Westphal (2012) sinalizam algumas dificuldades na gestão da saúde (coletiva) pela via da intersetorialidade, como as violências, ressaltando o despreparo técnico-político de gestores e profissionais da saúde nas ações intersetoriais de prevenção e promoção, bem como as dificuldades burocráticas e ausência de financiamento dessas ações.

Sobre a decisão de contratar profissionais de saúde para atuarem nas escolas, Gomes (2012) observa que, entre os interesses políticos da PCRJ e da gestão do PSE municipal, houveram divergências em relação aos projetos apresentados entre os setores envolvidos, acarretando dificuldades de entendimento sobre as concepções do Programa. Essa autora aponta ainda para outro exemplo dessa estratégia conflitiva, utilizada pela PCRJ entre os anos de 2000 e 2002, em projeto-piloto denominado Escolas Promotoras da Saúde, evidenciando a natureza histórica de não se trabalhar com os profissionais já inseridos no território:

Dentre os pontos abordados na avaliação deste projeto, a inserção de equipes de saúde compostas por profissionais que não faziam parte da rede pública de serviços de saúde foi apontada como um fator negativo, pois houve dificuldade de formação de vínculos entre escolas e unidades de saúde. As equipes externas não reconheciam as redes de ensino e de saúde, o que inviabilizava essa articulação entre os setores e dificultava o acesso dos escolares ao serviço de saúde. Além disso, a SME não participou da construção do projeto, o que segundo Silva (2010), gerou alguns conflitos, principalmente para a interlocução intersetorial. Neste sentido, não foram criados vínculos efetivos entre as equipes externas ao Programa e as redes de saúde e educação, dificultando a sustentabilidade das ações conjuntas. (GOMES, 2012, p. 70)

Essa (des)articulação entre setores, gerando ações ditas "intersectoriais" não devem ser entendidas como resultado da soma de diferentes partes/setores envolvidos, cada qual fazendo sua parte, pois assim não há intersetorialidade, uma vez que não há compartilhamento de

---

<sup>50</sup> Vide página 42.

<sup>51</sup> Além de seguir um modelo de privatização.

saberes em busca de um resultado comum. Não obstante, a negociação oriunda da intersectorialidade costuma ser complexa e difícil. Segundo Magalhães e Bodstein (2009), tais ações intersectoriais carecem de uma compreensão enquanto sistemas organizativos, capazes de mobilizar "recursos humanos e materiais", deixando disponíveis ações e serviços através de saber técnico-científico e popular, considerando a efetividade das atividades, em face da sua finalidade.

Conforme destacado no capítulo 3, no que se refere à relação entre Estado classista e as políticas sociais, considera-se significativo pontuar a questão da intersectorialidade na produção capitalista, na medida em que se apresenta no PSE como uma forma de articulação entre os diferentes setores sociais envolvidos, a partir de uma combinação ideológica. No modo de produção capitalista, a realidade pressupõe setores estanques, onde os trabalhos individuais e os grupos são combinados de forma “violenta”:

Na realidade, no processo de produção do capital o trabalho é uma totalidade – uma combinação de trabalhos – cujas partes componentes individuais são estranhas uma à outra, de forma que o processo global como uma totalidade não é o trabalho do trabalhador individual, e, mais que isso, apenas é o trabalho reunido dos diferentes trabalhadores [violentamente] combinados, e não [voluntariamente] combinados uns com os outros. A combinação deste trabalho aparece tão só como subserviente e conduzida por uma vontade e uma inteligência estranhas [...]. (MARX, apud MÉSZÁROS, 2002, p.971).

Nesse contexto de relações sociais compartimentadas, observado na realidade de Manguinhos, a intersectorialidade não possibilita o trabalho em colaboração, que não deve ser entendida como simplesmente uma soma dos trabalhos setoriais, na tentativa de unir setores que estão fragmentados, pois a realidade concreta da classe popular não é fragmentada.

Assim, nossa análise aponta que as políticas de focalização, privatização da gestão e prevalência do setor saúde do PSE, obedecem exclusivamente aos ditames econômicos, no sentido de criar possibilidades de extração de rendas para grupos empresariais que são criados por dentro do Estado, em articulação estreita com grupos hegemônicos. Além disso, é possível perceber uma série de características distintas entre o modelo de gestão do PSE, através de órgãos públicos, e através de OS, conforme Tabela 3<sup>52</sup>, características essas que dificultam a concretização de uma saúde escolar que efetivamente amplie as possibilidades de promoção da saúde e ações de prevenção de doenças e de agravos à saúde, não só “do escolar”, mas “para todos”.

---

<sup>52</sup> Vide página 72.

De tudo, por fim, fica a certeza de que a necessidade de superar a pobreza e eliminar as desigualdades sociais deve ser o foco das políticas públicas - apesar de saber que esse não é o intuito do sistema capitalista. Tal só acontecerá com muita participação política, com o aprofundamento da consciência de classe, por meio de um grande movimento socialista de massa, afinal,

O socialismo, enquanto democracia radical, pode, atuando no mesmo terreno da sociedade civil que deu origem às formas de vida burguesa, superar a lógica do capital e criar uma nova lógica industrial a partir da participação ativa dos trabalhadores e da socialização do poder. (SEMERARO, 1999, p. 158-159)

## 5 CONCLUSÃO

Ante a busca de se evidenciar as principais estratégias utilizadas para a implementação do PSE em Manguinhos, assumiu-se o compromisso com a classe trabalhadora de tornar mais claro possível o que a classe dominante quer “encobrir”, ou seja, **a acumulação de capital para atender aos interesses de um grupo restrito de pessoas.**

A compreensão sobre o Estado, do ponto de vista de Poulantzas (1980), sobre um Estado que busca gerir os negócios comuns de toda a burguesia e que, diante disso, apresenta uma organização conflitual da aliança de poder e um equilíbrio instável dos compromissos entre os diversos setores da sociedade civil, condensando em seu interior, a luta de classes, nos auxiliaram a entender o papel do Estado nas estratégias acionadas para se implementar o PSE em Manguinhos.

Considerando ainda que as políticas públicas são instrumentos não só de dominação pela classe hegemônica, no sentido de perpetuar as condições de acumulação capitalista, mas de disputa de poder, o PSE favorece ao empresariado, ao mesmo tempo em que abre possibilidades da classe trabalhadora refletir e atuar nas condições que mantêm a pobreza sobre controle. Assim, o PSE expressa o resultado da luta de classes, enquanto ação política historicamente determinada, constituindo-se em um campo vasto de discussão para explorar as contradições envolvidas.

A falta de divulgação para a sociedade sobre os mecanismos estratégicos de gestão e avaliação do PSE, bem como a falta de participação plena, de forma colaborativa, entre os setores da educação e da saúde, foram as principais evidências extraídas dessa pesquisa, indicando a necessidade de melhor percepção, por parte da classe trabalhadora, sobre as políticas públicas voltadas às carências (PSE) e às voltadas ao direito à saúde e educação no que tange a esse estudo. Tal ausência de resultados avaliativos publicizados do PSE, quiçá a devida participação social em torno da implementação ou avaliação do programa em Manguinhos, bem como dos "equivocos" relacionados à compreensão do programa, além do processo de privatização encoberta, demonstra a dificuldade na percepção dessa política no atendimento aos objetivos da classe trabalhadora em construir sua própria saúde.

Nesse sentido, o fenômeno da contratação de OS, com raízes em organismos internacionais, é imposto por um Estado neoliberal que visa a acumulação capitalista, indicando estratégias de uma privatização encoberta ao promover ações ditas "intersectoriais" envolvendo os equipamentos públicos, principalmente de educação e saúde. Entende-se que

se faz necessário, além da compreensão do que significa a gestão pública por meio de OS, um maior engajamento das classes trabalhadoras nas decisões político-econômicas.

Ocorre que há falta de investimento público que atenda às reais “condições de vida e trabalho” de grande parte da população brasileira, principalmente no que se refere às “ações de prevenção, promoção e atenção à saúde”, que não estão restritas ao ambiente escolar. A educação é um dos determinantes sociais da saúde. Assim, é importante considerar que ninguém pode se colocar contra a “saúde na escola”, enquanto política pública capaz de melhorar a qualidade de vida dos estudantes matriculados nas unidades escolares participantes do PSE. No entanto, para além da focalização, urgem políticas públicas que reduzam o sofrimento humano na sua universalidade, considerando todos os determinantes sociais da saúde e atingindo a população na sua totalidade e não de forma direcional ou fragmentada, pois não se pode conviver com determinadas injustiças, principalmente quando recursos públicos são direcionados para o acúmulo de capital. Assim, espera-se que as políticas públicas em educação e saúde, como o PSE, através do seu arcabouço jurídico, reconheçam as reais necessidades humanas e sociais dos diferentes territórios, e não o "mínimo" para subsistência que sempre fizeram parte das ações do Estado capitalista.

Com isso, ao perceber tais mecanismos ideológicos, através da relação entre discurso nacional e ação em Manguinhos, é possível observar com maior clareza o quanto o PSE está longe de atender aos objetivos preconizados no Decreto nº 6.286/2007, sobretudo no sentido de favorecer uma construção social coletiva da saúde do escolar, que de fato envolva moradores e profissionais da educação, da saúde e da assistência social no território.

Conclui-se, assim, que o PSE foi implementado em Manguinhos com forte influência dos ideais neoliberais, a partir de estratégias de dominação da classe dominante e/ou frações dela, levando-se em conta a focalização, a privatização e a prevalência do setor saúde. É importante que a classe trabalhadora se aproprie dessas discussões, na direção da consciência de classe necessária para superar a pobreza e eliminar as desigualdades sociais.

A propalada saída do Iabas na gestão do PSE, em 2014<sup>53</sup>, bem como as recentes propostas do Movimento da Reforma Sanitária Brasileira para debate nacional<sup>54</sup>, no que concerne ao avanço para um Brasil mais igualitário e mais justo dentro de um **sistema público de saúde** com garantia de direitos a todos, deve apontar para uma nova dinâmica na relação intersetorial entre educação e saúde, abrindo um novo horizonte para o fortalecimento

---

<sup>53</sup> Foi anunciada verbalmente pelos gestores da saúde (SMSDC e Teias).

<sup>54</sup> Disponível em: <<http://www6.ensp.fiocruz.br/radis/revista-radis/141/reportagens/por-um-sus-para-todos-os-brasileiros-0>>. Acesso em 6 jul. 2014.

da esfera pública, bem como a construção de ações intersetoriais envolvendo os diferentes atores do território de forma colaborativa.

Nesse sentido, identifica-se uma possibilidade concreta de aprofundamento deste estudo, talvez em pesquisa de doutorado, na compreensão de que a gestão comunitária local pode romper com a lógica setorial, pensando o território como unidade básica para trabalhar os DSS com igualdade. Trata-se de pensar a escola não mais como espaço propício à promoção da saúde dos educandos, mas como um dos espaços irradiadores de qualidade de vida. Assim, uma proposta de formulação do objeto de pesquisa seria: "Que estratégias poderiam ser adotadas no sentido de promover a formação de professores para um enfrentamento mais efetivo dos problemas vividos em Manguinhos, na colaboração entre unidades educacionais e de saúde, especialmente em relação aos processos de determinação social da saúde?"

## REFERÊNCIAS

- AFONSO, C. M. C. **Promoção da saúde, capital social e capital cultural: o caso do projeto acari**. 2013. 270 f. Tese (Doutorado em Saúde Pública)- Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (ENSP-FIOCRUZ). Rio de Janeiro.
- AKERMAN, M. et al. As novas agendas de saúde a partir de seus determinantes sociais. In.: GALVÃO, L. A. C. ; FINKELMAN, J; HENAO, S. (Org.). **Determinantes ambientais e sociais da saúde**. Rio de Janeiro: OPAS, Fiocruz, 2011. p. 1-15
- ALGEBAILLE, Eveline. **Escola pública e pobreza no Brasil: a ampliação para menos**. Rio de Janeiro: Lamparina, Faperj, 2009.
- ALGEBAILLE, Eveline. Ações da sociedade civil e do Estado diante da pobreza. In: VALLA, V. V. et al. (Org.) **Para compreender a pobreza no Brasil**. Rio de Janeiro: Contraponto; ENSP, 2005. p. 73-99.
- ARRETCHE, Marta T.S. Emergência e desenvolvimento do Welfare State: teorias explicativas. **Boletim Informativo e Bibliográfico de Ciências Sociais**, v. 39, 1995. p. 3-40. Disponível em: <[http://www.fflch.usp.br/dcp/assets/docs/Marta/Arretche\\_1996\\_BIB.pdf](http://www.fflch.usp.br/dcp/assets/docs/Marta/Arretche_1996_BIB.pdf)> Acesso em: 4 maio 2014.
- AZEVEDO, Elaine de; PELICIONI, Maria Cecília Focesi; WESTPHAL, Marcia Faria. Práticas intersectoriais nas políticas públicas de promoção de saúde. **Physis Revista de Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 22, n. 4, p. 1333-1356, 2012.
- BALL, Stephen J.; YOUDELL, Deborah. **Privatización encubierta en la educación pública**. In: CONGRESSO MUNDIAL DE EDUCAÇÃO, 5., 2007, p. 1-63. Disponível em: <<http://firgoa.usc.es/drupal/files/2007-00242-01-S.pdf>> Acesso em: 13 abr. 2014.
- BATISTELLA, Carlos. Saúde, doença e cuidado: complexidade teórica e necessidade histórica. In: FONSECA, A. F. (Org.). **O território e o processo saúde-doença**. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007a. p. 25-49.
- BATISTELLA, Carlos. Abordagens contemporâneas do conceito de saúde. In: FONSECA, A. F. (Org.). **O território e o processo saúde-doença**. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007b. p. 51-86.
- BEHRING, E. R.; BOSCHETTI, I. **Política social: fundamentos e história**. 2. ed. São Paulo: Cortez, 2007.
- BOTTOMORE, Tom. Dicionário do pensamento marxista. 2 ed. Rio de Janeiro: Zahar, 2012. p. 111-263.
- BRASIL. Presidência da República. Câmara da Reforma do Estado. **Plano diretor da reforma do aparelho de estado**. Brasília: Presidência da República, Câmara da Reforma do Estado, 1995. Disponível em: <<http://www.bresserpereira.org.br/Documents/MARE/PlanoDiretor/planodiretor.pdf>>. Acesso em: 30 maio 2014.

BRASIL. Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado / Secretaria da Reforma do Estado. **Organizações sociais.** / Secretaria da Reforma do Estado. Brasília: Ministério da Administração e Reforma do Estado, 1997. 74 p. Disponível em: <[http://www.planejamento.gov.br/secretarias/upload/Arquivos/publicacao/seges/PUB\\_Seges\\_Mare\\_caderno02.PDF](http://www.planejamento.gov.br/secretarias/upload/Arquivos/publicacao/seges/PUB_Seges_Mare_caderno02.PDF)>. Acesso em: 29 jun. 2014.

BRASIL. Lei nº 9.637, de 15 de maio de 1998. Dispõe sobre a qualificação de entidades como organizações sociais, a criação do Programa Nacional de Publicização, a extinção dos órgãos e entidades que menciona e a absorção de suas atividades por organizações sociais, e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 18 mai. 1998. Seção 1.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 687 de 30 de março de 2006 que cria a Política Nacional de Promoção da Saúde. Série B. Textos Básicos de Saúde. Série Pactos pela Saúde 2006, v.7. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Secretaria de Atenção à Saúde**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2006a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 648/GM de 28 de março de 2006 que cria a Política Nacional Atenção Básica. 2006. **Série Pactos pela Saúde**. 2006b. Volume 4. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica\\_nacional\\_atencao\\_basica\\_2006.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_atencao_basica_2006.pdf)> Acesso em: 30 nov. 2013.

BRASIL. 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] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 6 dez. 2007. Seção 1.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Instrutivo PSE**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Ministério da Educação. **Portaria Interministerial nº 1.413, de 10 de julho de 2013**. 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. 2013a. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/pri1413\\_10\\_07\\_2013.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/pri1413_10_07_2013.html)>. Acesso em: 19 jun 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Ministério da Educação. **Programa Saúde na Escola 2013**: manual instrutivo. Brasília: MS/MEC/Equipe PSE, 2013b. Disponível em: <[http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/manual\\_instrutivo\\_pse.pdf](http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/manual_instrutivo_pse.pdf)>. Acesso em 22 maio 2014.

CARCANHOLO, Marcelo Dias. Dialética do desenvolvimento periférico: dependência, superexploração da força de trabalho e política econômica. **Revista de Economia Contemporânea**, Rio de Janeiro, v.12, n. 2, p. 247-272, ago. 2008. Disponível em:

<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1415-98482008000200003](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-98482008000200003)>. Acesso em: 27 jan. 2014.

CARDOSO, Fernando Henrique; FALETTO, Enzo. **Dependência e Desenvolvimento na América Latina**: Ensaio de Interpretação Sociológica. 7ª ed. Rio de Janeiro: Editora LTC, 1970.

CASTRO, J. A. Saúde e desenvolvimento no Brasil. In: COHN, A. C. (Org.). **Saúde, cidadania e desenvolvimento**. 1 ed. Rio de Janeiro: E-papers: Centro Internacional Celso Furtado, 2013. p. 107-134.

COUTINHO, Carlos Nelson. **Marxismo e política**: a dualidade de poderes e outros ensaios. 3. ed. São Paulo: Cortez, 2008

DIÓGENES, Eliane Maria Nogueira; RESENDE, Fernanda Motta de Paula. Estado, classes sociais e políticas públicas. In: JORNADA INTERNACIONAL DE POLÍTICAS PÚBLICAS, 3., 2007, São Luís – MA. **Anais...** São Luís: UFMA, 2007. p. 1-8.

FERRETTI, Celso João. O pensamento educacional em Marx e Gramsci e a concepção de politecnia. **Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 7, supl. 1, p. 105-128, 2009.

FONTES, Virgínia. A sociedade civil no Brasil contemporâneo: lutas sociais e luta teórica na década de 1980. In: NEVES, Lucia; LIMA, Júlio César França (Org.). **Fundamentos da educação escolar do Brasil contemporâneo**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2006. p. 201-239.

FREIRE, Paulo. **Pedagogia da esperança**: um reencontro com a pedagogia do oprimido. 17 ed. São Paulo: Paz e Terra, 2011.

FRIGOTTO, Gaudêncio. **A produtividade da escola improdutiva**. 9 ed. São Paulo: Cortez, 2010.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca. **Território Escola Manguinhos**: Gestão Participativa. Conselhos. Ata da 15ª reunião do CGI, 2013a. Disponível em: <[http://andromeda.ensp.fiocruz.br/teias/sites/default/files/arquivos\\_site/Ata%2015a%20Reuni%C3%A3o%20CGI%2031\\_01\\_2013%20Extraordin%C3%A1ria.pdf](http://andromeda.ensp.fiocruz.br/teias/sites/default/files/arquivos_site/Ata%2015a%20Reuni%C3%A3o%20CGI%2031_01_2013%20Extraordin%C3%A1ria.pdf)>. Acesso em: 5 fev. 2014.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca. **Território Escola Manguinhos**: Gestão Participativa. Conselhos. Ata da 18ª reunião do CGI, 2013b. Disponível em: <[http://andromeda.ensp.fiocruz.br/teias/sites/default/files/arquivos\\_site/Ata%2018%C2%AA%20Reuni%C3%A3o%20CGI%2026\\_04\\_2013\\_.pdf](http://andromeda.ensp.fiocruz.br/teias/sites/default/files/arquivos_site/Ata%2018%C2%AA%20Reuni%C3%A3o%20CGI%2026_04_2013_.pdf)>. Acesso em: 5 fev. 2014.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca. **Território Escola Manguinhos**: Gestão Participativa. Conselhos. Ata da 24ª reunião do CGI, 2013c. Disponível em: <[http://andromeda.ensp.fiocruz.br/teias/sites/default/files/arquivos\\_site/Ata%2024%C2%AA%20Reuni%C3%A3o%20CGI%2025\\_10\\_2013\\_.pdf](http://andromeda.ensp.fiocruz.br/teias/sites/default/files/arquivos_site/Ata%2024%C2%AA%20Reuni%C3%A3o%20CGI%2025_10_2013_.pdf)>. Acesso em: 5 fev. 2014.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca. **Território Escola Manguinhos**: Quem somos. Disponível em: <<http://www.ensp.fiocruz.br/teias/>>. Acesso em: 5 fev. 2014a.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca. **Território Escola Manguinhos**: Caracterização do território. Disponível em: <<http://andromeda.ensp.fiocruz.br/teias/saudedafamilia>>. Acesso em: 9 fev. 2014b.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca. **Território Escola Manguinhos**: Gestão Participativa. Disponível em: <[http://andromeda.ensp.fiocruz.br/teias/sites/default/files/arquivos\\_site/Regimento%20Interno%20CGI.pdf](http://andromeda.ensp.fiocruz.br/teias/sites/default/files/arquivos_site/Regimento%20Interno%20CGI.pdf)>. Acesso em: 5 fev. 2014c.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca. **Território Escola Manguinhos**: Ensino e Pesquisa. Disponível em: <<http://andromeda.ensp.fiocruz.br/teias/atividades-educacionais>>. Acesso em: 5 fev. 2014d.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. FIOTEC (Fundação para o Desenvolvimento Científico e Tecnológico em Saúde). **Notícias**: Projeto Teias – Escola Manguinhos visa transformar condições de vida da população. Disponível em: <[http://www.fiotec.fiocruz.br/institucional/index.php?option=com\\_content&view=article&id=629:projeto-teias-escola-manguinhos-visa-transformar-condicoes-de-vida-da-populacao&catid=9:2011-02-02-11-37-20&Itemid=116&lang=pt](http://www.fiotec.fiocruz.br/institucional/index.php?option=com_content&view=article&id=629:projeto-teias-escola-manguinhos-visa-transformar-condicoes-de-vida-da-populacao&catid=9:2011-02-02-11-37-20&Itemid=116&lang=pt)>. Acesso em: 20 abr 2014e.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. FIOTEC (Fundação para o Desenvolvimento Científico e Tecnológico em Saúde). **Institucional**: Quem somos. Disponível em: <[http://www.fiotec.fiocruz.br/institucional/index.php?option=com\\_content&view=article&id=5:quem-somos&catid=12:2011-02-02-12-47-27&Itemid=590&lang=pt](http://www.fiotec.fiocruz.br/institucional/index.php?option=com_content&view=article&id=5:quem-somos&catid=12:2011-02-02-12-47-27&Itemid=590&lang=pt)>. Acesso em: 20 abr 2014f.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca. **Informe ENSP**. Disponível em: <<http://www.ensp.fiocruz.br/portal-ensp/informe/site/materia/detalhe/31823>>. Acesso em: 19 jun. 2014g.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde. **Iniquidades em saúde no Brasil, nossa mais grave doença**. Disponível em: <<http://www.determinantes.fiocruz.br/iniquidades.htm>> Acesso em: 19 jun. 2014h.

GOMES, Livia Cardoso. **O desafio da intersetorialidade**: a experiência do programa saúde na escola (PSE) em Manguinhos, no município do Rio de Janeiro. 2012. 173 f. Mestrado (Saúde Pública) – Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2012.

HÖFLING, Eloisa de Mattos. Estado e políticas (públicas) sociais. **Cadernos Cedex**: políticas públicas e educação, Campinas, n. 55, nov. 2001. p. 30-41.

INSTITUTO DE ATENÇÃO BÁSICA E AVANÇADA EM SAÚDE.  
**Iabas**. 2008a. Disponível em: <<http://www.iabas.org.br/IABAS-V0/iabas.html>>. Acesso em: 9 jan. 2013.

INSTITUTO DE ATENÇÃO BÁSICA E AVANÇADA EM SAÚDE.  
**Programa Saúde nas Escolas**. 2008b. Disponível em:  
 <<http://iabas.org.br/IABAS-V0/programas.html>>. Acesso em: 9 jan. 2013.

INSTITUTO DE ATENÇÃO BÁSICA E AVANÇADA EM SAÚDE.  
**Informativo mais saúde**. ed. 1, v. 1, jan./ fev./ mar. 2013. 9f. Disponível em: <[http://iabas.org.br/IABAS-V0/informativo/Mais-saudes\\_Informativo-IABAS-18-04-2013.pdf](http://iabas.org.br/IABAS-V0/informativo/Mais-saudes_Informativo-IABAS-18-04-2013.pdf)>. Acesso em: 20 maio 2014.

INSTITUTO PEREIRA PASSOS. Armazém de Dados. **Tabela 1172 - Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDH), por ordem de IDH, segundo os bairros ou grupo de bairros - 2000**. Disponível em: <<http://portalgeo.rio.rj.gov.br/indice/flanali.asp?codpal=617&pal=MANGUI NHOS%20-%20bairro>>. Acesso em: 21 jun. 2014.

JUNQUEIRA, Luciano A. Prates. Novas formas de gestão na saúde: descentralização e intersetorialidade. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 6, n. 2, p. 31-46, 1997. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/sausoc/article/view/7009>>. Acesso em: 27 jan. 2014.

LEHER, Roberto. **Tempo, autonomia, sociedade civil e esfera pública: uma introdução ao debate a propósito dos 'novos' movimientos sociais na educação**. Buenos Aires: CLACSO, Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales, 2000. (Capítulo VII). Disponível em: <<http://biblioteca.clacso.edu.ar/subida/clacso/gt/20101010022921/8leher.pdf>>. Acesso em: 22 jun. 2014.

LIMA, Carla Moura (Org.). **Território, participação popular e saúde: manguinhos em debate**. Rio de Janeiro: ENSP/Fiocruz, 2010. 104 p.

LIMA, Gerson Zanetta de. **Saúde escolar e educação**. São Paulo: Cortez, 1985.

LÖWY, Michael (Org.). **O marxismo na América Latina: uma antologia de 1909 aos dias atuais**. São Paulo: Editora Fundação Perseu Abramo, 1999. p. 376-383.

MAGALHÃES, Rosana; BODSTEIN, Regina. Avaliação de iniciativas e programas intersetoriais em saúde: desafios e aprendizados. **Ciência & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, p. 861-868, mai./jun. 2009. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232009000300021](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232009000300021)>. Acesso em: 29 jun. 2014.

MARQUES, Eduardo. As políticas públicas na ciência política. In: MARQUES, Eduardo; FARIA, C. A. P. (Org.). **A política pública como campo multidisciplinar**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2013. p. 23-46.

MARX, Karl. **O capital**. São Paulo: Boitempo, 2013. (livro 1).

MARX, Karl; ENGELS, Frederick. **A ideologia alemã**. São Paulo: Boitempo, 2007.

MARX, Karl; ENGELS, Frederick. **Manifesto comunista**. Instituto José Luis e Rosa Sundermann, 2003. Disponível em: <[http://www.pstu.org.br/sites/default/files/biblioteca/marx\\_engels\\_manifesto.pdf](http://www.pstu.org.br/sites/default/files/biblioteca/marx_engels_manifesto.pdf)>. Acesso em: 14 maio 2014.

MELO, A. A. S. de. Os organismos internacionais na condução de um novo bloco histórico. In: NEVES, L. M. W. (Org.). **A nova pedagogia da hegemonia: estratégias do capital para educar o consenso**. São Paulo: Xamã, 2005a. p. 69-82.

MELO, M. P de M.; FALLEIROS, I. Reforma da aparelhagem estatal: novas estratégias de legitimação social. In: NEVES, L. M. W. (Org.). **A nova pedagogia da hegemonia: estratégias do capital para educar o consenso**. São Paulo: Xamã, 2005b. p. 175-192.

MENDONÇA, S. R. Estado. In: CALDART, Roseli Salette et al. (Org.) **Dicionário da Educação do Campo**. Rio de Janeiro, Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio; São Paulo, Expressão Popular, 2012. p. 347-353.

MÉSZÁROS, István. **Para além do capital**. São Paulo: Boitempo, 2002.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. São Paulo: Hucitec, 2013.

MOLINA, M. C. Políticas públicas. In: CALDART, Roseli Salette (Org.) et al. **Dicionário da Educação do Campo**. Rio de Janeiro, Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio; São Paulo, Expressão Popular, 2012. p. 585-594.

MONTAÑO, Carlos. **Terceiro setor e questão social: crítica ao padrão emergente de intervenção social**. 6. ed. São Paulo: Cortez, 2010.

NEVES, L. M. W. (Org.). **A nova pedagogia da hegemonia: estratégias do capital para educar o consenso**. São Paulo: Xamã, 2005. p. 19-174.

NEVES, L. M. W; PRONKO, M. A atualidade das ideias de Nicos Poulantzas no entendimento das políticas sociais no século XXI. **Germinal: marxismo e Educação em Debate**, Londrina, v. 1, n. 2, p. 97-111, jan. 2010. Disponível em: <<http://www.uel.br/revistas/uel/index.php/germinal/article/view/4277>>. Acesso em: 20 jan. 2014.

OCKÉ-REIS, Carlos Octávio. **SUS: o desafio de ser único**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2012.

OLIVEIRA, Dalila Andrade. A educação no contexto das políticas sociais atuais: entre a focalização e a universalização. **Linhas Críticas**, Brasília, v. 11, n. 20, p. 27-40, jan./jun. 2005. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=193520514003>> Acesso em: 5 jul. 2014.

\_\_\_\_\_.; DUARTE, Adriana. **Política educacional como política social: uma nova regulação da pobreza.** In: *Perspectiva*, Florianópolis, v. 23, n. 2, p. 279-301, jul./dez. 2005. Disponível em:  
<<https://periodicos.ufsc.br/index.php/perspectiva/article/view/9755/8987>>. Acesso em: 5 jul. 2014.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE. **Educación para la salud en el ámbito escolar: una perspectiva integral y guía para la acción basada en la experiencia latinoamericana.** Washington: OPS, 1995. (Série HSS/SILOS, n. 37). 110 f. Disponível em:  
<[http://www1.paho.org/Spanish/AD/SDE/HS/EPS\\_SILOS.htm](http://www1.paho.org/Spanish/AD/SDE/HS/EPS_SILOS.htm)>. Acesso em: 23 abr. 2013.

POULANTZAS, Nicos (Org.). **O Estado, o poder, o socialismo.** Rio de Janeiro: Graal, 1980.

PREFEITURA DA CIDADE DO RIO DE JANEIRO. Secretaria Municipal de Saúde. Secretaria Municipal de Educação. Secretaria Municipal de Assistência Social. **Plano Municipal de Saúde na Escola e na Creche do Rio de Janeiro.** 2008. Disponível em:  
<[http://www.rio.rj.gov.br/dlstatic/10112/138480/DLFE-3191.pdf/pmsec\\_2008.pdf](http://www.rio.rj.gov.br/dlstatic/10112/138480/DLFE-3191.pdf/pmsec_2008.pdf)>. Acesso em: 27 jun. 2014.

PREFEITURA DA CIDADE DO RIO DE JANEIRO. Secretaria Municipal de Educação. **Escolas do amanhã,** 2011. Disponível em:  
<<http://www.rio.rj.gov.br/web/sme/exibeconteudo?id=2281500>>. Acesso em: 9 fev. 2014.

REZENDE, Conceição Aparecida Pereira. O Modelo de Gestão do SUS e as Ameaças do Projeto Neoliberal. In: BRAVO, Maria Inês Souza et al. (Org.). **Política de saúde na atual conjuntura: modelos de gestão e agenda para a saúde.** 2 ed. Rio de Janeiro: Rede Sirius/ Adufrj-SSind, 2008. p. 26-42.

RIO DE JANEIRO (MUNICÍPIO). Secretaria Municipal de Educação. Despachos da secretária municipal de educação e do secretário municipal de saúde e defesa civil. **Diário Oficial do Município,** Rio de Janeiro, Ano XXIV, n. 224, 17 fev. 2011. p. 10. Disponível em:  
<[http://doweb.rio.rj.gov.br/visualizar\\_pdf.php?reload=ok&edi\\_id=00000444&page=10&search=programa saude nas escolas](http://doweb.rio.rj.gov.br/visualizar_pdf.php?reload=ok&edi_id=00000444&page=10&search=programa saude nas escolas)>. Acesso em: 19 jun. 2014.

RIO DE JANEIRO (MUNICÍPIO). Secretaria Municipal de Educação. Relatório padrão da comissão técnica de acompanhamento (CTA) do contrato com a organização social Iabas. **Diário Oficial do Município,** Rio de Janeiro, Ano XXVI, n. 190, 27 dez. 2012a. p. 88-89. Disponível em:  
<[http://doweb.rio.rj.gov.br/visualizar\\_pdf.php?edi\\_id=1958&page=1](http://doweb.rio.rj.gov.br/visualizar_pdf.php?edi_id=1958&page=1)>. Acesso em: 19 jun. 2014.

RIO DE JANEIRO (MUNICÍPIO). Secretaria Municipal de Educação. IABAS - Balanços patrimoniais em 31 de dezembro de 2011 e 2010. **Diário Oficial do Município,** Rio de Janeiro, Ano XXVI, n. 138, 4 out. 2012b. p. 66. Disponível em:  
<[http://doweb.rio.rj.gov.br/visualizar\\_pdf.php?edi\\_id=1889&page=1](http://doweb.rio.rj.gov.br/visualizar_pdf.php?edi_id=1889&page=1)>. Acesso em: 19 jun. 2014.

RIO DE JANEIRO (MUNICÍPIO). Secretaria Municipal de Educação. Projeto básico, programa saúde nas escolas (anexo I). **Diário Oficial do Município**, Rio de Janeiro, Ano XXVI, n. 63, 19 jun. 2012c. p. 61-71.

Disponível em:

<[http://doweb.rio.rj.gov.br/visualizar\\_pdf.php?reload=ok&edi\\_id=00001793&page=62&search=programa saude nas escolas](http://doweb.rio.rj.gov.br/visualizar_pdf.php?reload=ok&edi_id=00001793&page=62&search=programa%20saude%20nas%20escolas)>. Acesso em: 19 jun. 2014.

RIZZOTTO, Maria Lúcia Frizon. Focalização em Saúde. In: PEREIRA, Izabel Brasil; LIMA, Julio César França (Org.). **Dicionário da educação profissional em saúde**. Rio de Janeiro: EPSJV, 2009. p. 221-225.

SEMERARO, Giovanni. **Gramsci e a sociedade civil: cultura e Educação para a democracia**. Petrópolis, RJ: Vozes, 1999.

SILVA, Edna Lúcia da; MENEZES, Estera Muszkat. **Metodologia da pesquisa e elaboração de dissertação**. 4. ed. rev. atual. Florianópolis: UFSC, 2005. Disponível em:

[https://projetos.inf.ufsc.br/arquivos/Metodologia\\_de\\_pesquisa\\_e\\_elaboracao\\_de\\_teses\\_e\\_dissertacoes\\_4ed.pdf](https://projetos.inf.ufsc.br/arquivos/Metodologia_de_pesquisa_e_elaboracao_de_teses_e_dissertacoes_4ed.pdf)>. Acesso em: 20 abr 2014.

SOARES, Laura Tavares. **Os custos sociais do ajuste neoliberal na América Latina**. 3. ed. São Paulo: Cortez, 2009. (Coleção Questões da Nossa Época, 78).

SOUZA, Celina. Estado da arte da pesquisa em políticas públicas. In: HOCHMAN, Gilberto (Org.). **Políticas públicas no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2007. p. 65-86.

SOUZA, Jessé. **A ralé brasileira: quem é e como vive**. Belo Horizonte: Editora UFMG, 2009.

VASCONCELLOS, M. M. N. **Educação ambiental na colaboração entre museus e escolas: limites, tensionamentos e possibilidades para a realização de um projeto político pedagógico emancipatório**. 2008. 399 f. Tese (Doutorado em Educação) – Faculdade de Educação da Universidade Federal Fluminense, Niterói, 2008.

VASCONCELLOS, M. M. N. **Livro-jogo: o trabalho cooperativo no jogo da produção social da saúde**. Rio de Janeiro: Casa de Oswaldo Cruz/Fiocruz, 2011.

VIANNA, Maria L. W. **Em torno do conceito de política social: notas introdutórias**. Rio de Janeiro. dez. 2002. Disponível em: <[www.enap.gov.br/downloads/ec43ea4fMariaLucia1.pdf](http://www.enap.gov.br/downloads/ec43ea4fMariaLucia1.pdf)>. Acesso em: 20 abr. 2014.

## ANEXO A - INFORMAÇÕES OBTIDAS JUNTO AO E-SIC

### Dados do Pedido

Protocolo	23480006023201481
Solicitante	Roberto Eduardo Albino Brandão
Data de abertura	08/05/2014 11:13
Orgão Superior Destinatário	MEC – Ministério da Educação
Orgão Vinculado Destinatário	
Prazo de atendimento	28/05/2014
Situação	Respondido
Status da Situação	Acesso Concedido (Resposta solicitada inserida no e-SIC)
Forma de recebimento da resposta	Pelo sistema (com avisos por email)
Resumo	
Detalhamento	Na qualidade de estudante do Mestrado em Educação Profissional em Saúde da EPSJV/FIOCRUZ, solicito relação nominal das unidades escolares, pactuadas em 2013, na adesão ao Programa Saúde na Escola (PSE) do município do Rio de Janeiro/RJ.

### Dados da Resposta

Data de resposta	28/05/2014 19:48
Tipo de resposta	Acesso Concedido
Classificação do Tipo de resposta	Resposta solicitada inserida no e-SIC
Resposta	Prezado Senhor, Em atenção ao e-mail enviado por Vossa Senhoria, segue em anexo os dados solicitados referentes a relação nominal das unidades escolares, pactuadas em 2013, na adesão ao PSE do município do Rio de Janeiro.

### Classificação do Pedido

Categoria do pedido	Educação
Subcategoria do pedido	Educação básica
Número de perguntas	1

### Histórico do Pedido

Data do evento	Descrição do evento	Responsável
08/05/2014 11:13	Pedido Registrado para o Órgão MEC – Ministério da Educação	SOLICITANTE
28/05/2014 19:48	Pedido Respondido	MEC – Ministério da Educação

**Dados do Pedido**

Protocolo	23480006927201415
Solicitante	Roberto Eduardo Albino Brandão
Data de abertura	31/05/2014 19:55
Orgão Superior Destinatário	MS – Ministério da Saúde
Orgão Vinculado Destinatário	
Prazo de atendimento	04/07/2014
Situação	Respondido
Status da Situação	Acesso Concedido (Orientação sobre como encontrar a informação solicitada na Internet ou em publicações existentes)
Forma de recebimento da resposta	Pelo sistema (com avisos por email)
Resumo	Escolas Pactuadas na adesão ao PSE - Município do Rio de Janeiro
Detalhamento	Na qualidade de estudante do Mestrado em Educação Profissional em Saúde da EPSJV/FIOCRUZ, solicito relação nominal das unidades escolares, pactuadas pela Prefeitura da Cidade do Rio de Janeiro junto ao Governo Federal, nos anos de 2008, 2009, 2010, 2011 e 2012, na adesão ao Programa Saúde na Escola (PSE)- DECRETO Nº 6.286, DE 5 DE DEZEMBRO DE 2007.

**Dados da Resposta**

Data de resposta	27/06/2014 17:26
Tipo de resposta	Acesso Concedido
Classificação do Tipo de resposta	Orientação sobre como encontrar a informação solicitada na Internet ou em publicações existentes
Resposta	<p>Prezado Sr. Roberto Eduardo Albino Brandão,</p> <p>O Serviço de Informação ao Cidadão (SIC) do Ministério da Saúde já dispõe das informações solicitadas por Vossa Senhoria, pedido 23480006927201415, que segue abaixo os esclarecimentos:</p> <p>“EM RESPOSTA A SUA PERGUNTA: NA QUALIDADE DE ESTUDANTE DO MESTRADO EM EDUCAÇÃO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA EPSJV/FIOCRUZ, SOLICITO RELAÇÃO NOMINAL DAS UNIDADES ESCOLARES, PACTUADAS PELA PREFEITURA DA CIDADE DO RIO DE JANEIRO JUNTO AO GOVERNO FEDERAL, NOS ANOS DE 2008, 2009, 2010, 2011 E 2012, NA ADESÃO AO PROGRAMA SAÚDE NA ESCOLA (PSE)- DECRETO Nº 6.286, DE 5 DE DEZEMBRO DE 2007.”</p> <p>ENTRE OS ANOS DE 2008 À 2011 NÃO HAVIA PACTUAÇÃO DE ESCOLAS NO PROGRAMA SAÚDE NA ESCOLA, POIS A PACTUAÇÃO DE ESCOLAS, POR MUNICÍPIO, PASSOU A SER OBRIGATÓRIA A PARTIR DE 2011.</p> <p>A PORTARIA 1.910, DE 08/08/2011, DEFINIU, NA FORMA DO ANEXO I, O TERMO DE COMPROMISSO MUNICIPAL, A SER CELEBRADO ENTRE AS SECRETARIAS MUNICIPAIS DE SAÚDE E EDUCAÇÃO, FORMALIZANDO AS METAS DAS AÇÕES DE PREVENÇÃO, PROMOÇÃO E ATENÇÃO À</p>

SAÚDE DOS ESCOLARES, NOS SEUS TERRITÓRIOS DE RESPONSABILIDADES, PARA FINS DE TRANSFERÊNCIA DOS RECURSOS FINANCEIROS E MATERIAIS DO PROGRAMA SAÚDE NA ESCOLA (PSE). NESTE TERMO DE COMPROMISSO, O MUNICÍPIO DEVERIA PACTUAR AS ESCOLAS QUE IRIAM PARTICIPAR DAS AÇÕES DO PROGRAMA. A PACTUAÇÃO REFERENTE AO ANO DE 2011 FOI REALIZADA NO SIMÉC, QUE É UM SISTEMA DE INFORMAÇÃO DO MEC, ENTÃO, PARA SOLICITAR AS INFORMAÇÕES DAS ESCOLAS PACTUADAS EM 2011 E 2012 NO PSE, REFERENTE AO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO/RJ, FAVOR ENTRAR EM CONTATO COM: PSE@MEC.GOV.BR.

NA OPORTUNIDADE, INFORMO QUE: O REPASSE DO RECURSO FINANCEIRO DO PSE ATÉ O ANO DE 2011 ERA REALIZADO CONFORME A PORTARIA Nº 3.146, DE 17 DE DEZEMBRO DE 2009, SENDO QUE OS RECURSOS FINANCEIROS REFERENTES AO PSE ERAM PAGOS A PARTIR DA ADESÃO DO MUNICÍPIO AO PROGRAMA, EM PARCELA ÚNICA, COM BASE NO NÚMERO DE EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA CADASTRADAS NO SISTEMA DE CADASTRO NACIONAL DE ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE (SCNES), NA COMPETÊNCIA AGOSTO, CONFORME PORTARIA QUE ESTABELECE O CRONOGRAMA DE ENVIO DA BASE DE DADOS DO SCNES, QUE GERARAM TRANSFERÊNCIA DE INCENTIVOS FINANCEIROS AO MUNICÍPIO. PARA OS MUNICÍPIOS QUE ADERIRAM AO PSE A PARTIR DO ANO DE 2011 OCORREU UMA ALTERAÇÃO NO REPASSE DE RECURSOS FINANCEIROS, ATRAVÉS DA PORTARIA INTERMINISTERIAL N º 3.014, DE 20 DE DEZEMBRO DE 2011, SENDO QUE OS MUNICÍPIOS E O DISTRITO FEDERAL RELACIONADOS NO ANEXO DA PORTARIA RECEBERAM INICIALMENTE, 70% (SETENTA POR CENTO) DO VALOR CORRESPONDENTE A UMA PARCELA EXTRA DO INCENTIVO MENSAL DAS EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA QUE ATUAVAM NO PSE E OS 30% (TRINTA POR CENTO) RESTANTES DOS RECURSOS FORAM REPASSADOS AOS MUNICÍPIOS QUANDO FORAM ATINGIDOS OS 70% (SETENTA POR CENTO) DAS METAS PACTUADAS NO TERMO DE COMPROMISSO FIRMADO. NO ANO DE 2013, A PORTARIA INTERMINISTERIAL Nº 1.413, DE 10 DE JULHO DE 2013, TROUXE NOVAMENTE UMA MUDANÇA NO REPASSE DE RECURSOS FINANCEIROS DO PROGRAMA, ESTABELECENDO QUE FOSSE REPASSADO AO ENTE FEDERATIVO BENEFICIÁRIO O PERCENTUAL DE 20 % (VINTE POR CENTO) DO VALOR ANUAL, DE ACORDO COM O NÚMERO DE EDUCANDOS PACTUADOS LIMITADO PELO NÚMERO DE EQUIPES DE ATENÇÃO BÁSICA CADASTRADAS, APÓS O ATO DE ADESÃO AO PSE. SEGUNDO A REFERIDA PORTARIA, NO SEXTO MÊS E NO DÉCIMO SEGUNDO MÊS APÓS A ADESÃO DEVERÁ SER REALIZADA AVALIAÇÃO DE INDICADORES, QUE CONDICIONARÁ OS REPASSES FINANCEIROS DE ACORDO COM AS METAS ALCANÇADAS, SENDO QUE APENAS OS MUNICÍPIOS QUE ALCANÇASSEM, NO MÍNIMO, 50 % (CINQUENTA POR CENTO) DA META PACTUADA EM CADA AÇÃO ESTARÃO APTOS A RECEBER O RESTANTE DOS RECURSOS FINANCEIROS.”

Na oportunidade, o Ministério da Saúde coloca-se à disposição

de Vossa Senhoria sempre que necessário. Atenciosamente,

Ministério da Saúde  
Secretaria de Atenção à Saúde

#### *Classificação do Pedido*

Categoria do pedido	Saúde
Subcategoria do pedido	Participação e controle social em saúde
Número de perguntas	1

#### **Histórico do Pedido**

<b>Data do evento</b>	<b>Descrição do evento</b>	<b>Responsável</b>
31/05/2014 19:55	Pedido Registrado para o Órgão MEC – Ministério da Educação	SOLICITANTE
02/06/2014 16:00	Pedido Reencaminhado para o Órgão MS – Ministério da Saúde	MEC – Ministério da Educação
24/06/2014 17:46	Pedido Prorrogado	MS – Ministério da Saúde
27/06/2014 17:26	Pedido Respondido	MS – Ministério da Saúde

## **ANEXO B - CONTRATO DE GESTÃO IABAS**

### **ANEXO I PROJETO BÁSICO PROGRAMA SAÚDE NAS ESCOLAS**

#### **1. INTRODUÇÃO**

O Plano Estratégico da Prefeitura do Rio de Janeiro 2009-2012 propõe um caminho para construção conjunta de uma nova realidade para a cidade do Rio de Janeiro. A Prefeitura não pretende apenas orientar e tomar decisões sobre políticas públicas, mas quer também recuperar seu papel de pensar a cidade, influenciando investimentos e inspirando empresas e pessoas a pensarem como agentes de mudança.

O estabelecimento de um projeto de futuro para o Rio constitui um elemento fundamental para nortear a atuação de qualquer governo. A lógica é pensar no longo prazo, para agir no curto prazo. O Plano Estratégico define ações concretas que tem como horizonte os quatro anos da atual Administração (2009-2012), mas focando em uma visão que representa um conjunto de aspirações para a cidade ao longo da próxima década.

Para isso, além de recuperar o dinamismo econômico e o protagonismo político da cidade do Rio de Janeiro, é preciso que a cidade se torne referência em sustentabilidade e, sobretudo, implemente ações que visem melhorar as condições de vida da população.

No campo social, aspiramos ser a capital do sudeste com o maior crescimento de IDH e a maior redução da desigualdade na próxima década. Para isso, seremos:

- A capital com a melhor educação pública do país.
- Referência nacional em programas sociais complementares ao Programa Bolsa Família.
- A capital do sudeste com a maior redução na taxa de mortalidade materna e o maior aumento na cobertura do Programa Saúde da Família nos próximos 10 anos.
- A capital do sudeste com a maior redução em seu déficit habitacional nos próximos 10 anos.
- Uma cidade mais integrada do ponto de vista urbanístico e cultural.

Acreditamos que desenvolver uma visão de futuro para a cidade sem estabelecer um conjunto de medidas concretas para se chegar lá, é um erro que os cariocas não podem mais cometer.

O primeiro plano estratégico da Prefeitura representa o compromisso do governo para, nos próximos anos, ajudar o Rio a realizar esse sonho maior e se tornar de forma incontestável, um exemplo de qualidade de vida para o mundo.

Dentre as 37 iniciativas estratégicas do Governo, por área de resultado, a Educação contempla 4 delas, que são:

- Escolas do Amanhã
- Espaço de Desenvolvimento Infantil
- Reforço Escolar
- Saúde nas Escolas

Para implantação do Programa Saúde nas Escolas no âmbito da Rede Pública do Sistema Municipal de Ensino do Rio de Janeiro, foi elaborado o presente Projeto Básico.

## 2. CONTEXTO

### 2.1 SITUAÇÃO ATUAL

A maioria dos alunos da Rede Pública Municipal de Ensino do Rio de Janeiro, que concentra grande parcela da população carente, não tem acesso à atenção integral à saúde (promoção da saúde, prevenção e assistência), o que pode vir a prejudicar seu desempenho escolar.

### 2.2 DESCRIÇÃO

O Programa Saúde nas Escolas do Município do Rio de Janeiro será realizado em conjunto pelas Secretarias Municipais de Educação e de Saúde e Defesa Civil, visando criar um Núcleo de Educação e Saúde (NES), que se constitui em estratégia suplementar de atendimento à saúde dos educandos matriculados nas unidades escolares pertencentes à Rede Pública Municipal de Ensino elencadas no DOC I, e constitui-se em uma das ações do Programa de Saúde Escolar, instituído pelo Decreto Presidencial nº 6.286, de 5/12/2007

Esse núcleo terá as seguintes funções:

- i. Garantir visitas regulares de equipes de saúde nas escolas para prestar atendimento médico e odontológico;
- ii. Manter uma equipe fixa nas escolas para prestar um primeiro atendimento, identificar alunos com necessidade de atenção à saúde e gerar um banco de dados sobre a saúde do corpo discente;
- iii. Promover atividades de educação preventiva e de promoção da saúde com os alunos e a comunidade escolar;
- iv. Encaminhar alunos à Rede Pública de saúde quando necessário.
- v. Integrar ações das unidades municipais de saúde, de assistência social e educação por meio do apoio do Núcleo Intersetorial de Gestão Descentralizada de Saúde na Escola e na Creche (NSEC) de referência.

Para sua operacionalização, o NES contará com 160 unidades fixas, compostas por 1 (um) técnico de educação e saúde alocado em cada unidade escolar; 8 (oito) unidades móveis de apoio compostas por médicos (2 por equipe, sendo 1 por turno), enfermeiros (1 por equipe), cirurgiões-dentistas (1 por equipe), auxiliar de saúde bucal (1 por equipe) e psicólogos (1 por equipe), que farão visitas regulares às unidades escolares, a cada 4 (quatro) semanas; e 1 (uma) unidade de gestão, composta por técnicos administrativos, analistas, coordenadores sanitários e coordenador geral.

### 3. JUSTIFICATIVA

A Rede Pública do Sistema Municipal de Ensino do Rio de Janeiro atende à grande parcela da população carente, que não tem acesso à atenção integral à saúde (promoção da saúde, prevenção e assistência). Tal situação, além de afetar negativamente a qualidade de vida desses alunos, pode acabar por interferir em seu processo de aprendizagem.

O art. 208, da Constituição Federal de 1988, assim dispõe:

*Art. 208. O dever do Estado com a educação será efetivado mediante a garantia de:*

*I - educação básica obrigatória e gratuita dos 4 (quatro) aos 17 (dezessete) anos de idade, assegurada inclusive sua oferta gratuita para todos os que a ela não tiveram acesso na idade própria;*

*II - progressiva universalização do ensino médio gratuito;*

*III - atendimento educacional especializado aos portadores de deficiência, preferencialmente na rede regular de ensino;*

*IV - educação infantil, em creche e pré-escola, às crianças até 5 (cinco) anos de idade;*

*V - acesso aos níveis mais elevados do ensino, da pesquisa e da criação artística, segundo a capacidade de cada um;*

*VI - oferta de ensino noturno regular, adequado às condições do educando;*

*VII - atendimento ao educando, em todas as etapas da educação básica, por meio de programas suplementares de material didático-escolar, transporte, alimentação e assistência à saúde.*

Ademais, a Lei Orgânica do Município do Rio de Janeiro, prevê, em seu art. 354 que “as Secretarias Municipais de Saúde e Educação manterão programa conjunto de educação em saúde a ser desenvolvido nas escolas, locais de trabalho e locais de moradias por profissionais de ambas as Secretarias”.

Atualmente, existem os Núcleos de Gestão Descentralizados de Saúde na Escola e na Creche (NSECs), que são grupos de trabalho formados por representantes das 10 Coordenadorias

Regionais de Educação (CRE), 10 Coordenações de Saúde da Área Programática (CAP) e 10 Coordenações de Assistência Social (CAS), os quais atuam intersetorialmente visando a integração territorial entre unidades escolares e unidades de saúde, de acordo com as demandas e necessidades locais.

Na perspectiva de atender à necessidade de ações interdisciplinares de apoio às escolas, a SME mantém, também, o Núcleo Interdisciplinar de Apoio às Unidades Escolares Municipais – NIAP. O NIAP é composto pelos seguintes profissionais: psicólogos, assistentes sociais e professores que atuam nas unidades escolares e contribuem com a articulação de rede para a superação das dificuldades que atravessam o cotidiano escolar.

Com o Programa Saúde nas Escolas pretende-se consolidar e ampliar ações de saúde nas unidades escolares municipais, visando à atenção integral à saúde de seus alunos. Tal estratégia se estrutura em três principais eixos: (1) ações de educação em saúde; (2) a construção de ambientes favoráveis à saúde; (3) acesso aos serviços de saúde.

#### 4. OBJETO

Este Termo de Referência tem por objeto a celebração de Contrato de Gestão com entidade qualificada como Organização Social, conforme preceitos estabelecidos pela Lei Municipal n.º 5.026, de 19/5/2009, regulamentada pelos Decretos n.º 30.780, de 2/06/2009, n.º 30.907, de 23/7/2009, e n.º 30.916, de 29/7/2009, visando à operacionalização do Programa Saúde nas Escolas, no âmbito da Rede Pública Municipal de Ensino do Rio de Janeiro.

A seleção dos Programas de Trabalho deverá privilegiar aqueles que apresentem experiência na prestação de serviços de gestão e prevenção na área de saúde, com enfoque em articulação intersetorial, educação em saúde, primeiros socorros, gestão da informação e do conhecimento, e sejam instituições reconhecidamente idôneas, qualificadas e identificadas com os objetivos estratégicos das Políticas Públicas de Governo.

O Programa prevê o atendimento aos alunos matriculados nas unidades escolares da Rede Pública Municipal de Ensino, relacionadas no DOC. I, ao longo de 24 meses.

#### 5. ABRANGÊNCIA

O Programa será desenvolvido em 160 unidades escolares da Rede Pública Municipal de Ensino da Cidade do Rio de Janeiro, conforme indicado no DOC. I, atendendo a, aproximadamente, 109.000 alunos.

Com este Programa pretende-se prestar, aproximadamente, 176.000 atendimentos por ano, sendo 23.000 atendimentos odontológicos, e 153.000 atendimentos médicos e psicológicos.

Além disso, por intermédio do Programa, será possível articular com as demais Pastas da Prefeitura, como Habitação, Saúde, Assistência Social, Trabalho, Obras e outras, as

políticas públicas e ações a serem adotadas nas esferas de competência de cada uma delas, visando à melhoria das condições de vida dos alunos.

## 6. PRODUTO

Por meio do Programa Saúde nas Escolas pretende-se propiciar melhoria da qualidade de vida dos 109.000 alunos das unidades escolares elencadas no DOC. I deste Projeto Básico, o que se dará mediante:

- 6.1. Presença de técnicos de educação e saúde em todas as escolas para auxiliar à direção e professores na identificação da situação de saúde dos alunos;
- 6.2. Visitas regulares de equipe médicas às escolas para atender às questões de saúde identificadas, inclusive facilitando os encaminhamentos para a Rede do Sistema Único de Saúde;
- 6.3. Diagnósticos situacionais do ambiente escolar;
- 6.4. Implantação de processos de educação permanente em saúde;
- 6.5. Geração de banco de dados contendo informações básicas e correntes sobre a saúde dos alunos e da ambiência escolar.
- 6.6.

## 7. ATIVIDADES

7.1 Definição das atividades por fases, conforme cronograma de implantação constante do Anexo II deste Projeto Básico

### Fase 1: Seleção e Treinamento de Pessoal e Adequação

- Seleção de profissionais para atuação no NES;
- Treinamento dos profissionais selecionados com a orientação técnica da Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil – SMSDC e da Secretaria Municipal de Educação – SME;
- Adequação do Sistema Gestor do Programa aos sistemas de informação da rede pública municipal.

### Fase 2: Mapeamento e Execução das Ações Pró-Ativas e Reativas

- Avaliação do perfil de saúde dos alunos atendidos;
- Acolhimento e encaminhamento das demandas específicas de saúde dos alunos;
- Avaliação do ambiente escolar e orientação para possíveis intervenções;
- Realização das ações pró-ativas promovidas pelo NES.

### Fase 3: Avaliação do Programa

- Consolidação e análise dos dados produzidos pelo Sistema Gestor de referência para acompanhamento da evolução do Programa;
- Comparação dos perfis de saúde dos alunos avaliados a cada doze meses;
- Apresentação das informações e dados consolidados para as Secretarias envolvidas no Programa.

## 7.2 Conteúdo Técnico:

### 7.2.1 Ações e Atividades do NES

O cronograma de ações será definido pelas partes, em conjunto, de acordo com as necessidades e especificidades de cada unidade escolar.

As ações reativas e pró-ativas serão desenvolvidas ao longo de todo o ano, devendo ser priorizados os meses de férias e recesso escolar para as ações de planejamento e capacitação dos profissionais do Programa.

#### a) Ações reativas:

O foco do programa está nas ações reativas de atendimento às demandas apresentadas no âmbito das unidades escolares.

As demandas serão identificadas e caracterizadas, em um primeiro momento, pelo técnico de educação e saúde, que deverá adotar as providências e os encaminhamentos devidos, conforme a especificidade da situação.

Em um segundo momento, as demandas levantadas serão atendidas pelos profissionais das unidades móveis através das visitas regulares, ou encaminhadas para as unidades de saúde da Rede SUS.

As unidades móveis prestarão atendimento médico, dentário e psicológico as crianças identificadas.

- Prestar primeiros socorros aos alunos;
- Identificar alunos que necessitem de exame médico;
- Realizar avaliações básicas dos alunos (p.ex. pressão arterial)
- Identificar as necessidades de tratamento psicológico dos alunos;
- Prestar um atendimento psicológico básico/primário às crianças identificadas com essa necessidade;
- Prestar atendimento médico simplificado aos alunos identificados pelos técnicos de educação e saúde, professores e diretores;
- Identificar as necessidades dos alunos atendidos em saúde bucal e articular com a unidade de saúde de referência possibilidades de intervenção e tratamento;
- Realizar Tratamento Restaurador Atraumático (TRA).

#### b) Ações pró-ativas:

Consistem na busca e detecção de problemas potenciais no ambiente escolar, provocando ações reparadoras de cunho educativo, preventivo e restaurador, ou ações efetivas que busquem minimizá-los. Essas ações devem ser conduzidas principalmente pelo técnico de educação em saúde no dia-a-dia das escolas, já que o foco das equipes

móveis deve ser no atendimento médico. Por isso, a unidade móvel deve utilizar no máximo uma hora do tempo de visita delas para essas atividades.

Serão realizadas ações nas unidades escolares, como atividades de prevenção e orientação do corpo docente e discente envolvendo, de forma integrada, principalmente os conteúdos indicados a seguir, sem prejuízo de outros que se definam em função da realidade local e do perfil da população a ser atendida.

- Promoção da saúde na escola
- Saúde da criança
- Saúde do adolescente
- Alimentação e nutrição
- Promoção da atividade física
- Prevenção do uso do álcool, tabaco e outras drogas
- Prevenção das DST/AIDS
- Prevenção de acidentes e violências
- Saúde bucal
- Saúde ocular
- Saúde auditiva e fonoaudióloga
- Avaliação antropométrica.

### 7.3 Composição do NES

O NES será composto por: 160 unidades fixas, correspondentes a cada unidade escolar integrante do Programa, 8 unidades móveis de apoio e 1 unidade de gestão.

### 7.4 Composição das unidades do NES

Unidades			Profissionais					
Tipo	Quantitativo		Categoria	Carga Horária semanal	Ano 1		Ano 2	
	Ano 1	Ano 2			Por unidade	Total	Por unidade	Total
Unidades fixas	160	160	Técnico de Educação e Saúde	40	1	160	1	160
Unidades móveis de apoio	8	8	Médicos	20	2	16	2	16
			Enfermeiros	40	1	8	1	8
			Psicólogos	40	1	8	1	8
			Cirurgiões-dentistas	40	1	8	1	8
			Auxiliar de Saúde Bucal	40	1	8	1	8

Unidade de gestão 1	1	Técnicos administrativos	40	6	6	6	6
		Coordenador Geral	40	1	1	1	1
		Analistas	40	16	16	16	16
		Coordenadores Sanitaristas	40	5	5	8	5
Total					236		236

As unidades fixas e móveis farão articulação com os Núcleos de Gestão Intersetorial Descentralizada de Saúde na Escola e na Creche (NSEC) e com o Núcleo Interdisciplinar de Apoio às Unidades Escolares Municipais (NIAP), monitorando os encaminhamentos necessários aos processos de atenção integral à saúde dos alunos.

#### 7.5 Cronograma de visitas às escolas

Durante o planejamento, a instituição contratada deve apresentar o cronograma de visitas às escolas acordado com a Secretaria Municipal de Educação. Este cronograma será acompanhado pela Secretária da Casa Civil através do Escritório de Gerenciamento de Projetos.

#### 7.6 Atributos do Sistema Gestor

O Sistema Gestor será responsável por viabilizar a troca de informações entre a instituição contratada, a Secretaria Municipal de Educação e a Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil, de forma a permitir a execução e continuidade das ações do Programa, garantindo maior eficiência, e evitando a criação de barreiras burocráticas e entraves ao desenvolvimento do Programa.

##### ·Sistema totalmente web:

De forma a possibilitar o acesso ao Sistema para cadastro, alterações, consultas, atualizações e registros de informações de qualquer local com conexão à internet.

##### ·Gerenciamento Centralizado:

Disponibilizar aos gestores do Programa, em tempo real, todas as informações relativas às atividades realizadas pelo NES, de maneira segura e direta.

##### ·Registros individualizados:

Possibilitar o registro individual dos atendimentos prestados aos alunos, permitindo um acompanhamento do histórico de seus atendimentos, mesmo quando houver mudança de unidade escolar.

·Acompanhamento dos encaminhamentos:

Possibilitar o acompanhamento dos encaminhamentos de cada situação.

·Anamnese online:

Criação de uma base de informações que permita a análise do perfil de saúde dos alunos atendidos.

·Dados antropométricos online:

Possibilitar o registro das informações relativas aos dados antropométricos dos alunos, a fim de permitir um acompanhamento periódico da evolução dos alunos.

·Gerenciamento de campanhas:

Possibilitar a divulgação de calendário, a distribuição de materiais online, a orientação aos atendentes envolvidos em cada campanha e a análise de resultados obtidos, em diferentes níveis: individual, por grupo de escolas, por Coordenadorias Regionais de Educação e para toda a Rede.

·Gerenciador de Relatórios:

Permitir a geração de relatórios pré-definidos de maneira simples, eficaz e com qualidade, baseados nas informações coletadas no NES, a fim de possibilitar uma análise da eficácia do trabalho, tanto quanto para nortear o planejamento das atividades futuras.

Neste sentido, esta ferramenta deverá disponibilizar relatórios de acordo com as necessidades apontadas pela SME, contemplando agrupamentos e análises baseadas nas diretrizes do Programa, que permitam o controle, em tempo real da sua evolução.

## 7.7 Equipamentos necessários ao funcionamento do NES

### a) Para as unidades fixas:

· mesa escrivaninha com armação tubular, esmaltada, com 02 gavetas, tampo de fórmica. Cor branca. Dimensões aproximadas: 0,90m de comprimento X 0,55m de larg. X 0,80m de altura – 1 por escola;

· Cadeiras: construção em chapa de aço esmaltado, pés com ponteiros de borracha. Cor branca. Dimensões aproximadas: Assento / chão 0,43m; Encosto / chão: 0,85m; Assento: 0,36 x 0,37m - 2 por escola;

· Balança eletrônica: antropométrica manual, capacidade 150 Kg, divisão 100 g, plataforma (mm): 30 x 40, régua antropométrica de 1,00 a 1,95m x 0,5m. Construção resistente e durável com aço carbono, pintura eletrostática, piso de borracha antiderrapante, pé antiderrapante e regulável para nivelamento. Cor branca. Aprovada pelo INMETRO – 1 por escola;

· Espelho no formato, medindo aproximadamente 1,50 m de largura e 1,50 m de comprimento, com moldura em madeira natural com aproximadamente 3 cm de largura e fundo protegido por placa de papelão tipo "eucatex", com 2 prendedores na horizontal e na vertical - 1 por escola;

· Caixa de primeiros socorros:

MATERIAL	DESCRIÇÃO	Quantidade por unidade escolar/mês
Clorexidina aquosa 1% 100ml	Solução aquosa, 1% em almotolia, 100 ml (fr)	10 unidades
Álcool glicerinado 70% para higienização das mãos	70 graus, glicerinado 2%, 1% em almotolia, 100 ml (un)	01 unidade
Esfignomanômetro infantil;	Manômetro de alta precisão com tecnologia japonesa, manguito com pêra em látex de qualidade superior, braçadeira em nylon com fecho em velcro e metal. Estojo para viagem, contendo selo de aprovação do Inmetro (un)	01 unidade
Esfignomanômetro adulto;	Manômetro de alta precisão com tecnologia japonesa, manguito com pêra em látex de qualidade superior, braçadeira em nylon com fecho em velcro e metal. Estojo para viagem, contendo selo de aprovação do Inmetro (un)	01 unidade
Estetoscópio;	-	01 unidade
Termômetro clínico;	Para uso hospitalar, com graduação no corpo de 35 a 42° C, coluna de mercúrio de dilatação uniforme e fácil leitura, embalagem protetora individual com dados de identificação e procedência.	01 unidade
Abaixador de língua pct c 100unid	Espátula de madeira descartável, com extremidades arredondadas, com mínimo de 1,5 cm de largura e 13,5 cm de	05 centos

	comprimento, embalagem contendo dados de identificação e procedência (ct)	
--	---	--

MATERIAL	DESCRIÇÃO	Quantidade por unidade escolar/mês
Esparadrapo impermeável 4,5cmx 10m.	Tamanho 10 cm por 4,5 metros, dorso em tecido 100% algodão, impermeabilizado em uma das partes, de cor branca, massa adesiva a base de oxido de zinco, isento de substâncias alergênicas, resistente, com boa aderência, enrolado em carretel com resina acrílica, com bordas serrilhadas e favorecendo o corte em ambos os sentidos, sem desfiação, embalagem contendo dados de identificação e procedência (un)	01 unidade
Compressa de gaze 7,5x7,5 pct c 10unid. Estéril.	100% algodão medindo 7,5x7,5 cm, com 13 fios/cm <sup>2</sup> , cinco dobras, cor branca (alvejada), macias, boa capacidade de absorção, isenta de impurezas, dobras para dentro da compressa, não deixando fios soltos, estéril (un)	01 unidade
Luvas de procedimento tamanho M.	Não estéril, confeccionada em latex natural, textura uniforme, ambidestra, com alta sensibilidade tátil, boa elasticidade e resistente a tração, comprimento mínimo de 25 cm, lubrificada com material atóxico, acondicionada em caixa contendo externamente dados de identificação, procedência e registro em órgãos competentes, tamanho médio (ct)	02 centos
Máscara descartável de elástico.	-	05 unidades
Atadura de crepom 15cm.	Contendo 13 fios/cm <sup>2</sup> confeccionada em fios de algodão cru ou componentes sintéticos, com as bordas delimitadas, tramas fechadas, elasticidade adequada, enrolada uniformemente em forma cilíndrica, isenta de defeitos, medindo 15 cm de largura por 1,8 metros de comprimento (repouso), embalagem individual com dados de identificação e procedência (un)	05 unidades

- Material para TRA – DOC. III;
- Kits de higiene oral – DOC. III;

- Computador com acesso à internet (locação) – 1 por escola;
- kit para ações de educação e saúde – materiais e jogos educativos, videoteca, álbuns seriados, dispensador de preservativos, material de papelaria, e outros, em consonância com as orientações da Prefeitura - 1 por escola.

b) Para todos os profissionais das unidades fixas e móveis de apoio

- uniforme padronizado com logomarca do Programa a ser disponibilizada pela SME, modelo constante do DOC. IV.

c) Para a unidade de gestão:

- computador com acesso à internet (locação) – 1 por profissional;
- impressora multifuncional a laser color (locação) – 1;
- material de escritório.

d) Aparelho de rádio e telefone: 1 para cada unidade fixa, 1 para cada unidade móvel e 2 para a unidade de gestão, para uso no período de trabalho.

e) Veículos: cada unidade móvel contará com 1 veículo, devidamente identificado com a logo do Programa (DOC. IV), durante todo o horário de funcionamento – 8 hora diárias, que dará o suporte logístico no que se refere ao transporte do pessoal da equipe, de materiais e, eventualmente, de alunos da escola para a unidade de referência da rede SUS, desde que haja a devida autorização dos responsáveis.

Estes veículos deverão contar com motorista, combustível, manutenção e seguro.

#### 7.8 Acompanhamento, Avaliação de Resultados e Estatísticas

O acompanhamento da execução do Programa se dará em tempo real, por intermédio do Sistema Gestor.

Este Sistema deverá disponibilizar dados e relatórios que permitam o monitoramento das atividades diárias, viabilizando, assim, um melhor fluxo de informações entre a entidade contratada, a Secretaria Municipal de Educação e a Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil.

### 8. EQUIPE TÉCNICA OPERACIONAL

#### 8.1 Atribuições

##### 8.1.1 Atribuições comuns a todos os funcionários do NES

- Agir de forma planejada e dentro do espírito do trabalho em equipe, de acordo com o que está disposto no Programa Saúde nas Escolas, particularmente em relação aos papéis específicos dos membros dessa equipe;
- Conhecer as diretrizes técnicas e ações do Programa Saúde nas Escolas, estabelecidas neste Termo de Referência e no Plano Municipal de Saúde na Escola e na Creche do Rio de Janeiro;
- Estabelecer em parceria com os profissionais da educação estratégias comuns de operacionalização do Programa Saúde nas Escolas, considerando nesse planejamento as diretrizes e os princípios preconizados pelo Projeto Político Pedagógico das escolas;
- Contribuir no debate para a inserção transversal dos temas da saúde no currículo escolar;
- Participar do planejamento, monitoramento e avaliação das ações desenvolvidas;
- Participar do processo de educação permanente em saúde conforme diretrizes da Prefeitura da Cidade do Rio de Janeiro;
- Mobilizar os Grêmios, os Conselhos Escola Comunidade – CEC, e outros grupos da comunidade escolar para o desenvolvimento de ações de promoção da saúde e das temáticas priorizadas pelo Programa;
- Fomentar a participação ativa dos alunos e da comunidade escolar na definição de estratégias de mobilização;
- Realizar ações de promoção da saúde e trabalhos com grupos no ambiente escolar, dirigidos aos alunos e a toda comunidade escolar;
- Interagir e cooperar com a equipe de Saúde da Família responsável pelo território em que a unidade escolar está inserida

#### 8.1.2 Atribuições do Técnico de Educação e Saúde

##### Principais

- Prestar primeiros socorros aos alunos;
- Identificar alunos que necessitem de exame médico;
- Realizar aferição da pressão arterial dos escolares, conforme preconizado no Caderno de Atenção Básica – Saúde na Escola, do Ministério da Saúde;
- Encaminhar para as unidades de saúde (SUS) materiais biológicos para realização de exames complementares, quando necessário;
- Aferir dados antropométricos de peso e altura dos escolares, atualizando suas cadernetas de saúde;
- Realizar atividades de educação e saúde, de forma contínua e planejada com a comunidade escolar;

##### Outras atribuições

- Realizar controle e registro das atividades implementadas, alimentando, em tempo real, o Sistema Gestor;
- Controlar materiais e equipamentos sob sua responsabilidade;
- Realizar entrevistas e questionários para compreensão de possíveis demandas em saúde e avaliação do ambiente escolar;
- Realizar as ações reativas e pró-ativas, no âmbito de sua competência;

- Interagir com os NSEC e NIAP a fim de agilizar o atendimento dos escolares na Rede Pública Municipal de Saúde, conforme indicação do profissional da unidade móvel, e acompanhar o resultado deste atendimento;

### 8.1.3 Atribuições do Enfermeiro

#### Principais

- Realizar avaliação clínica e psicossocial dos alunos indicados pelo Técnico de Educação e Saúde, conforme preconizado no Caderno de Atenção Básica – Saúde na Escola, do Ministério da Saúde;
- Realizar aferição da pressão arterial dos escolares atendidos, conforme preconizado neste Caderno de Atenção Básica – Saúde na Escola, do Ministério da Saúde, e encaminhar ao Sistema Único de Saúde, quando necessário;
- Aferir dados antropométricos de peso e altura, avaliar o Índice de Massa Corporal - IMC de alunos, professores, funcionários;

#### Outras atribuições

- Participar de campanhas preventivas e ações pró-ativas no espaço escolar;
- Supervisionar as atividades desenvolvidas pelo Técnico de Educação e Saúde.

### 8.1.4 Atribuições do Médico

#### Principais

- Prestar atendimento médico simplificado aos alunos identificados pelos Técnicos de Educação e Saúde, Professores e Diretores;
- Realizar avaliação clínica e psicossocial dos alunos indicados pelo Técnico de Educação e Saúde, conforme preconizado no Caderno de Atenção Básica – Saúde na Escola, do Ministério da Saúde, e indicar exames complementares quando necessário;
- Realizar aferição da pressão arterial dos escolares conforme preconizado no Caderno de Atenção Básica – Saúde na Escola, do Ministério da Saúde, iniciar investigação de hipertensão arterial secundária e encaminhar para o serviço de referência, quando necessário;

#### Outras atribuições

- Participar de campanhas preventivas e ações pró-ativas no espaço escolar;
- Rastrear focos de doenças específicas epidemiológicas, obedecendo e analisando a sua sazonalidade;
- Informar aos Coordenadores do Programa todas as dificuldades e deficiências encontradas;
- Informar a Coordenação para acionar fiscalização sanitária e os Órgãos competentes a necessidade ações específicas;
- Interagir, quando necessário, com os profissionais da unidade pública de saúde de referência.

### 8.1.5 Atribuições do Psicólogo

#### Principal

- Identificar as necessidades de tratamento psicológico dos alunos;
- Prestar atendimento psicológico básico/primário às crianças identificadas com essa necessidade.

#### Outras atribuições

- Ampliar a integralidade e resolubilidade da atenção à saúde no exercício do trabalho em equipe de forma interdisciplinar e intersetorial;
- Colaborar com os demais profissionais da Saúde visando a integrar esforços, estimular a reflexão e a troca de informações sobre a população atendida, de modo a facilitar sua avaliação e evolução clínica;
- Interagir com o técnico de educação e saúde no processo de encaminhamento e acompanhamento de escolares que necessitem de atenção à Saúde Mental na Rede Pública de Saúde.

#### 8.1.6 Atribuições do Cirurgião-Dentista

##### Principais

- Realizar avaliação clínica dos alunos indicados pelo Técnico de Educação e Saúde, conforme preconizado no Caderno de Atenção Básica – Saúde na Escola, do Ministério da Saúde;
- Identificar as necessidades dos escolares atendidos em saúde bucal e, juntamente com o técnico de educação e saúde, articular com a unidade de saúde de referência possibilidades de intervenção e tratamento;
- Realizar Tratamento Restaurador Atraumático (TRA).

##### Outras atribuições

- Realizar ações de educação em saúde, escovação supervisionada e inserida no cotidiano da escola, instruções sobre escovação e uso do fio dental;
- Realizar aplicação de flúor gel.

#### 8.1.7 Atribuições do Auxiliar de Saúde Bucal

- Realizar, sob a supervisão do cirurgião-dentista, ações de apoio ao desenvolvimento das atividades relacionadas ao cuidado em saúde bucal, conforme preconizado nas publicações do Ministério da Saúde “Perfil de Competências Profissionais – Técnico de Higiene Dental e Auxiliar de Consultório Dentário”, “Caderno de Atenção Básica – Saúde na Escola” e no “Caderno de Atenção Básica de Saúde Bucal – nº 17”, tais como:

- ∅ orientar os alunos sobre higiene bucal;
- ∅ preparar os alunos para o atendimento;
- ∅ auxiliar e instrumentar o cirurgião-dentista no atendimento aos alunos;
- ∅ manipular materiais de uso odontológico;
- ∅ registrar dados e participar da análise das informações relacionadas ao controle administrativo em saúde bucal;
- ∅ aplicar métodos preventivos para controle da cárie dental;

∅ executar limpeza, assepsia, desinfecção e esterilização do instrumental, equipamentos odontológicos e do ambiente de trabalho;

∅ realizar o acolhimento do paciente nos serviços de saúde bucal;

∅ aplicar medidas de biossegurança no armazenamento, transporte, manuseio e descarte de produtos e resíduos odontológicos;

∅ desenvolver ações de promoção da saúde e prevenção de riscos ambientais e sanitários;

∅ realizar, em equipe, levantamento de necessidades em saúde bucal; e adotar medidas de biossegurança visando ao controle de infecção.

#### 8.1.8 Atribuições do Coordenador Geral

- Realizar, pessoal e diretamente, a coordenação geral dos serviços, objeto deste Termo de Referência, mantendo sistematicamente contato com a SME;
- Participar e acompanhar todas as fases do Programa, quais sejam: planejamento, execução, monitoramento e avaliação.
- Responsabilizar-se pela prestação de contas, e pela coordenação das ações administrativo-financeiras, acompanhando e cumprindo todos os prazos referentes aos documentos legais.

#### 8.1.9 Atribuições do Técnico Administrativo

- Responsabilizar-se pelas atividades administrativas do Programa, tais como: levantamento, cotação, compra, acompanhamento e administração dos insumos necessários para o bom funcionamento do Programa.

#### 8.1.10 Atribuições do Analista

- Coletar os dados gerados pelos atendimentos nas unidades locais do NES;
- Analisar as informações coletadas segundo as normas definidas pelo Coordenador Sanitarista;
- Adequar as atividades realizadas nas unidades locais, conforme orientação do Coordenador Sanitarista, a partir da análise das informações coletadas;
- Acompanhar e organizar as ações realizadas pelas equipes locais e móveis.

#### 8.1.11 Atribuições do Coordenador Sanitarista

- Realizar, pessoal e diretamente, a coordenação das equipes móveis e serviços, mantendo sistematicamente contato com a Coordenação Geral;
- Coordenar as atividades realizadas pelos Analistas, segundo as normas pré-determinadas pela Coordenação Geral.

### 8.2 Requisitos:

São requisitos para a contratação dos profissionais do NES:

#### 8.2.1 Técnico de Educação e Saúde:

## a) Requisitos obrigatórios:

- formação em nível médio, técnico de enfermagem;
- inscrição no Conselho Regional de Enfermagem – COREN.

## b) Requisitos desejáveis:

- residir na comunidade em que atuará;
- comprovar experiência prévia em trabalhos voltados para a educação em saúde e /ou atenção primária/saúde da família;

## 8.2.2 Enfermeiro:

## a) Requisitos obrigatórios:

- formação em nível superior, enfermagem
- inscrição no Conselho Regional de Enfermagem – COREN.

## b) Requisitos desejáveis:

- comprovar experiência prévia em trabalhos voltados para a educação em saúde e /ou atenção primária/saúde da família;
- residência e/ou especialização em saúde pública ou saúde coletiva ou educação em saúde.

## 8.2.3 Médico:

## a) Requisitos obrigatórios:

- formação em nível superior - medicina
- inscrição no Conselho Regional de Medicina – CRM/RJ.

## b) Requisitos desejáveis:

- residência e/ou especialização em saúde pública ou saúde coletiva ou educação em saúde;
- comprovar experiência prévia em trabalhos voltados para a educação em saúde e/ou atenção primária/saúde da família.

## 8.2.4 Psicólogo:

## a) Requisitos obrigatórios:

- formação em nível superior - psicologia;
- inscrição no Conselho Regional de Psicologia – CRP/RJ;
- comprovar especialização e/ou experiência profissional em trabalhos voltados para a área de educação e saúde pública.

## 8.2.5 Cirurgião-Dentista:

## a) Requisitos obrigatórios:

- formação em nível superior - odontologia;
- inscrição no Conselho Regional de Odontologia – CRO/RJ.

## b) Requisitos desejáveis:

- comprovar experiência prévia em trabalhos voltados para a educação em saúde e /ou atenção primária/saúde da família;
- experiência prévia com “Tratamento Restaurador Atraumático – TRA”
- atualização, especialização e/ou residência em saúde pública, saúde coletiva, saúde da família ou educação em saúde.

## 8.2.6 Auxiliar de Saúde Bucal:

## a) Requisitos obrigatórios:

- Ser portador de certificado expedido por curso ou exames que atendam, integralmente, ao disposto nas normas vigentes do órgão competente do Ministério da Educação e, na ausência destas, em ato normativo específico do Conselho Federal de Odontologia e em consonância com a Lei 11.889, de 24 de dezembro de 2008, que regulamenta o exercício da profissão de auxiliar de saúde bucal;
- inscrição no Conselho Regional de Odontologia – CRO/RJ.

## b) Requisitos desejáveis:

- experiência prévia em trabalhos voltados para a educação em saúde, atenção primária e/ou saúde da família;

## 8.2.7 Coordenador Sanitarista:

## a) Requisitos obrigatórios:

- formação em nível superior, com especialização em saúde pública ou saúde coletiva;
- inscrição no Conselho Regional de respectiva profissão.

## b) Requisitos desejáveis:

- comprovar experiência prévia em gestão de trabalhos voltados para a educação em saúde e/ou atenção primária/saúde da família.

## 8.2.8 Coordenador geral:

## a) Requisitos obrigatórios:

- formação em nível superior, com especialização em saúde pública ou saúde coletiva;
- inscrição no Conselho Regional de respectiva profissão;
- experiência comprovada em gerenciamento e liderança de equipes multidisciplinares em saúde pública.

## 8.2.9 Analista:

## a) Requisitos obrigatórios:

- formação técnica em qualquer área;

- d) Requisitos desejáveis:
- formação técnica administrativa;
  - conhecimentos gerais em informática;

#### 8.2.10 Técnico Administrativo:

- a) Requisitos obrigatórios:
- formação no ensino médio completo;
- b) Requisitos desejáveis:
- experiência administrativa em materiais;
  - disponibilidade de trabalho externo.

### 9. INDICADORES E METAS DO PROGRAMA

DIMENSÃO	INDICADOR	META	FONTE	MEIO DE VERIFICAÇÃO	PERIODICIDADE
Dimensão Atendimento das unidades fixas e móveis	Atendimentos realizados pelos médicos e enfermeiros	5.120 atendimentos realizados por mês	Sistema Gestor Relatórios	Análise Documental	Mensal
	TRA realizados	1.920 TRA realizados por mês	Sistema Gestor Relatórios	Análise Documental	Mensal
	Aplicações de flúor realizadas	1.920 aplicações de flúor por mês	Sistema Gestor Relatórios	Análise Documental	Mensal
Dimensão Atendimento das unidades fixas e móveis	Atendimentos psicológicos realizados	2.560 atendimentos psicológicos por mês	Sistema Gestor Relatórios	Análise Documental	Mensal
	Avaliações básicas dos alunos realizadas pelos técnicos de educação e saúde	8.000 avaliações realizadas por mês	Sistema Gestor Relatórios	Análise Documental	Mensal
Dimensão Educação Preventiva e Promoção da Saúde	Eventos de educação e promoção da saúde realizados, inclusive de escovação supervisionada e educação em	160 eventos realizados por mês	Sistema Gestor Relatórios	Análise documental	Mensal

DIMENSÃO	INDICADOR	META	FONTE	MEIO DE VERIFICAÇÃO	PERIODICIDADE
	saúde bucal				
Dimensão Materiais, Equipamentos e Transporte	Materiais necessários ao atendimento médico	Fornecimento de material de forma adequada e suficiente para garantir o atendimento médico aos alunos	Inventário	Análise documental	Mensal
	Materiais necessários ao atendimento odontológico	Fornecimento de material de forma adequada e suficiente para garantir o atendimento odontológico aos alunos	Inventário	Análise documental	Mensal
	Kits de higiene oral distribuídos	1 kit de higiene oral para cada aluno a cada 4 meses	Comprovantes de Distribuição	Análise documental	Quadrimestral
	Veículos necessários ao transporte das equipes e dos equipamentos	8 veículos por mês, em condições adequadas (motorista, seguro, combustível, pontualidade e assiduidade)	Relatórios Equipes	Análise documental	Mensal

DIMENSÃO	INDICADOR	META	FONTE	MEIO DE VERIFICAÇÃO	PERIODICIDADE
----------	-----------	------	-------	---------------------	---------------

DIMENSÃO	INDICADOR	META	FONTE	MEIO DE VERIFICAÇÃO	PERIODICIDADE
Dimensão Formação e Condições do Trabalho do Corpo Técnico	Formação inicial e qualificação dos profissionais	Perfil profissional da equipe adequado	Currículos Resultados das entrevistas de seleção	Análise documental	Uma vez no início do projeto ou a cada nova seleção de profissionais
	Formação continuada	Formação continuada possibilitando atualização dos conhecimentos e aprimoramento/ re-orientação das práticas	Plano de formação continuado Relatórios Equipes	Análise documental	Mensal
	Condições de trabalho adequadas	Equipe em número suficiente para a realização das atividades previstas e com remuneração de acordo com os pisos salariais estabelecidos	Demonstrativo das despesas realizadas na execução do Programa Equipes	Análise documental	Mensal
Dimensão Gestão Operacional	Implantação do Sistema Gestor	1 sistema gestor implantado de acordo com os atributos constantes deste Projeto Básico, item 7.6	Relatórios Equipes	Análise documental Operacionalização do Sistema Gestor	Mensal
	Acompanhamento dos processos administrativos e financeiros para o bom funcionamento do Programa	Processos administrativos e financeiros monitorados sistematicamente Acesso às Informações relativas a estes processos disponibilizados para o financiador	Demonstrativo das despesas realizadas na execução do Programa Equipes	Análise documental	Mensal

DIMENSÃO	INDICADOR	META	FONTE	MEIO DE VERIFICAÇÃO	PERIODICIDADE
Dimensão Satisfação da Comunidade e Escolar	Grau de satisfação da família em relação à adequação do atendimento oferecido pela instituição parceira	75% de satisfação da comunidade em relação ao atendimento oferecido pela instituição parceira	Instrumentos de Avaliação de Satisfação	Análise documental	Semestral
	Grau de satisfação dos alunos em relação ao atendimento oferecido pela instituição parceira	75% de satisfação dos profissionais em relação às condições de trabalho	Instrumentos de Avaliação de Satisfação	Análise documental	Semestral
	Grau de satisfação da equipe escolar em relação ao atendimento oferecido pela instituição parceira	75% de satisfação dos parceiros relativa ao atendimento oferecido pela instituição parceira	Instrumentos de Avaliação de Satisfação	Análise documental	Semestral

A SME e a SMSDC visitarão todos os locais onde serão realizados os trabalhos, compreendendo as unidades escolares e a unidade central da instituição participante, com vistas a realizar o monitoramento das atividades para subsidiar a avaliação periódica da execução.

#### 10. PRAZO DE EXECUÇÃO

O prazo de execução do Programa será de até 24 (vinte e quatro) meses contados a partir da data da assinatura do Contrato de Gestão, de acordo com o cronograma constante do DOC. II.

#### 11. CUSTOS

O custo total estimado para os serviços a serem contratados é de R\$ 35.156.331,00 (trinta e cinco milhões, cento e cinquenta e seis mil, trezentos e trinta e um reais), sendo o limite máximo de orçamento previsto referente ao primeiro período de 12 meses de R\$ 16.741.110,00 (dezesseis milhões, setecentos e quarenta e um mil, cento e dez reais) e, para o 13º ao 24º mês do contrato, de R\$ 18.415.221,00 (dezoito milhões, quatrocentos e quinze mil, duzentos e vinte e um reais).

## 12. ATRIBUIÇÕES DAS PARTES

### 12.1. DA SECRETARIA MUNICIPAL DE EDUCAÇÃO – SME e SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE E DEFESA CIVIL – SMSDC)

- I – Treinar os profissionais selecionados pela Instituição Executora;
- II – Orientar à Instituição Executora quanto às ações de educação e saúde, elaborando diretrizes e fornecendo modelos e sugestões de materiais e jogos educativos, videoteca, álbuns seriados, dispensador de preservativos, material de papelaria, e outros.
- III – Criar Comissão Técnica de Acompanhamento (CTA) para acompanhamento da execução do CONTRATO DE GESTÃO, composto por representantes da SME e da SMSDC;
- IV – Prestar apoio necessário à Instituição Executora para que seja alcançado o objeto deste Programa em toda sua extensão;
- V – Exercer ampla, irrestrita e permanente fiscalização e controle da execução do contrato, conforme Projeto Básico e Programa de Trabalho;
- VI – Receber, analisar e emitir parecer conclusivo, no âmbito de sua competência, sobre a prestação dos serviços e dos recursos recebidos pela Instituição Executora.

### 12.2. DA SECRETARIA MUNICIPAL DE EDUCAÇÃO – SME

- I - Disponibilizar espaço físico para a realização das atividades previstas no Projeto a ser executado pela Instituição Executora;
- II - Acompanhar, monitorar, avaliar e fiscalizar a execução do Projeto aprovado;
- III - Indicar à Instituição Executora o banco para que seja aberta conta bancária específica para movimentação dos recursos financeiros necessários à execução deste Programa;
- IV - Realizar o repasse de recursos na forma disposta no Projeto Básico, parte integrante do presente ajuste;
- V - Realizar o repasse de recursos na forma disposta no Projeto Básico, parte integrante do presente ajuste;
- VI - Publicar no Diário do Município extrato do contrato, de seus aditivos e apostilamentos, no prazo máximo de quinze dias após sua assinatura;

VII - Encaminhar junto aos órgãos públicos competentes, o atendimento às demandas mapeadas e informadas pela CONTRATADA.

### 12.3. DA ENTIDADE EXECUTORA

I – Desenvolver em conjunto com a SME e SMSDC a implantação ou execução das atividades do Programa, observando as condições estabelecidas no Projeto Básico;

II – Tomar medidas preventivas necessárias para evitar danos a terceiros, em consequência da execução dos trabalhos, inclusive as que possam afetar os serviços a cargo de eventuais concessionários. Será de exclusiva responsabilidade da Instituição Executora a obrigação de reparar os prejuízos que vier a causar a quem quer que seja e quaisquer que tenham sido as medidas preventivas acaso adotadas não excluindo ou reduzindo essa responsabilidade a fiscalização do contrato pela SME e SMSDC;

III – Responsabilizar-se pelo ressarcimento de quaisquer danos e prejuízos, de qualquer natureza, que causar a SME ou a SMSDC, ou a terceiros, decorrentes da execução do objeto do contrato, respondendo por si e por seus sucessores não excluindo ou reduzindo essa responsabilidade a fiscalização do contrato pela SME e SMSDC;

IV - Observar, na execução de suas atividades, as diretrizes da SME e SMSDC;

V - Substituir, por sua conta e responsabilidade, os serviços recusados pelo Contratante, no prazo fixado pela SME e SMSDC, que será no mínimo de 02 (dois) dias, podendo ser dilatado, por decisão da SME e SMSDC de acordo com a natureza do serviço;

VI - Garantir o quantitativo de profissionais estabelecido no presente Projeto Básico durante toda a vigência do Programa;

VII – Selecionar e contratar os profissionais necessários à execução das atividades, respeitando o disposto no Projeto Básico, anotando e dando baixa nas respectivas carteiras profissionais, quando for o caso, observando a legislação vigente e, em particular, a CLT;

VIII – Responsabilizar-se, na forma do contrato, por todos os ônus, encargos e obrigações comerciais, fiscais, sociais, tributárias, trabalhistas e previdenciárias, ou quaisquer outras previstas na legislação em vigor, bem como por todos os gastos e encargos com material e mão-de-obra necessária à completa realização das obras ou dos serviços até o seu término;

IX - Obedecer às normas trabalhistas vigentes, contidas na Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), no que concerne à contratação com vínculo empregatício do pessoal a ser empregado na execução dos serviços descritos no Projeto Básico;

X – Notificar à SME e à SMSDC, formalmente, qualquer alteração de pessoal na equipe, comprovando o perfil do profissional para substituição;

XI – Destinar aos alunos das unidades escolares em que o Programa é realizado os materiais instrucionais e pedagógicos necessários, referentes às ações educativas preventivas, de cuidados com a saúde e qualidade de vida, de acordo com as especificações da Coordenação do Programa;

XII – Disponibilizar para os cirurgiões-dentistas os equipamentos e materiais necessários à realização do Tratamento Restaurador Atraumático, devidamente esterilizados, de acordo com as normas vigentes, sempre que necessário, de acordo com o cronograma de atendimento que será elaborado em conjunto pelas partes;

XIII – Enviar à SME e SMSDC, para avaliação prévia, todo o material produzido para divulgação, instrução e qualificação para a prevenção, constando todas as informações referentes aos locais de realização, horários, dias da semana etc.;

XIV – Sugerir à SME e à SMSDC ações e parcerias não previstas no Plano de Trabalho, e que sejam consideradas fundamentais para a consecução dos objetivos do Programa;

XV – Solicitar, formalmente, autorização à SME e à SMSDC para quaisquer modificações na execução do Projeto contratado;

XVI - Cumprir as metas relacionadas no Projeto Básico, contribuindo para o alcance dos objetivos do Programa;

XVII - Apresentar à SME e SMSDC, no prazo por esta definido, o Plano Estratégico para a sua ação nos anos de 2010, 2011 e 2012, observando a proposta orçamentária e cronograma de desembolso dos recursos a serem repassados apresentados por ocasião do Processo Seletivo;

XVIII- Elaborar e fazer publicar, no prazo máximo de 90 dias a contar da assinatura deste, regulamento para os procedimentos de contratação das obras, serviços e compras a serem realizadas com recursos públicos, o qual observará os princípios da isonomia e da impessoalidade;

XIX - Elaborar, submeter à aprovação do Conselho de Administração e encaminhar à SME e SMSDC os relatórios gerenciais de atividades, na forma e prazos por esta estabelecidos;

XX - Bem administrar os recursos financeiros que lhe forem repassados e aplicá-los exclusivamente na consecução dos objetivos e metas previstos no Programa;

XXI – Responsabilizar-se pelos custos previstos no Projeto Básico e no Programa de Trabalho, encargos trabalhistas, previdenciários, fiscais sociais e comerciais resultantes, não excluindo ou reduzindo essa responsabilidade a fiscalização do contrato pela SME e SMSDC;

XXII - Prestar contas dos recursos repassados pela SME, na forma disposta no Contrato de Gestão;

XXIII - Prestar sempre que solicitado, quaisquer outras informações sobre a execução financeira do contrato;

XXIV – Permitir a supervisão, fiscalização e avaliação da SME e SMSDC, por intermédio dos órgãos de controle interno, sobre o objeto do presente Programa;

XXV – Não exigir de terceiros, seja a que título for, quaisquer valores em contraprestação relativas às atividades desenvolvidas;

XXVI - Manter atualizadas as informações cadastrais junto à SME e SMSDC, comunicando-lhe quaisquer alterações nos seus atos constitutivos;

XXVII - Manter a boa ordem e guarda dos documentos originais que comprovem as despesas realizadas para a execução do contrato;

XXVIII - Manter as condições de habilitação e qualificação exigidas no Processo Seletivo durante todo prazo de execução contratual;

XXIX - Doar à SME todo material permanente adquirido com recursos do contrato;

XXX – Abrir conta bancária específica para recebimento e movimentação dos recursos destinados ao Programa no Banco BMG S/A, conforme Resolução da Secretaria Municipal de Fazenda nº 2.492, de 31 de janeiro de 2007, publicada no D.O. Rio de 1º de fevereiro de 2007;

XXXI - Zelar pelo bom uso e preservação das condições dos espaços físicos e demais instalações e/ou equipamentos disponibilizados pela SME para a execução do Programa;

XXXII – Fazer constar as logomarcas fornecidas pela SME em todos os materiais impressos para uso nas atividades previstas no Projeto Básico e/ou para divulgação do mesmo, indicando que se trata de uma parceria;

XXXIII – Afixar, nos locais onde serão realizadas as ações, cartazes, faixas ou *banners*, contendo todas as informações necessárias, com as logomarcas, submetendo previamente todas as peças à aprovação da SME;

---

#### **Instrumento nº06/2011**

**CONTRATO QUE ENTRE SI CELEBRAM O MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO, POR INTERMÉDIO DA SECRETARIA MUNICIPAL DE EDUCAÇÃO – SME E INSTITUTO DE ATENÇÃO BÁSICA AVANÇADA À SAÚDE - IABAS – TENDO COM INTERVENIENTE A SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE E DEFESA**

**CIVIL – SMSDC, COM VISTAS À EXECUÇÃO DO PROGRAMA SAÚDE NAS ESCOLAS, A SER IMPLEMENTADO NO ÂMBITO DA SME.**

Pelo presente instrumento, de um lado o Município de Rio de Janeiro, por intermédio da Secretaria Municipal da Educação, com sede nesta cidade na Rua Afonso Cavalcanti, nº. 455, Bloco 1, 3º andar, neste ato representado por sua Secretária Municipal de Educação, CLAUDIA COSTIN, doravante denominada CONTRATANTE, e de outro lado INSTITUTO DE ATENÇÃO BÁSICA E AVANÇADA À SAÚDE - IABAS, inscrita no CNPJ sob o nº. 09.652.823/0001-76, com endereço à Rua Voluntários da Pátria, 547, Santana – São Paulo, neste ato representada por Luis Eduardo da Cruz, portador da Cédula de Identidade nº 109842-32, CPF nº 730.744.627-87, doravante denominada CONTRATADA, tendo como interveniente a Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil, neste ato representada pelo Secretário Municipal de Saúde e Defesa Civil, doravante denominada INTERVENIENTE, neste ato representada pelo Secretário Municipal de Saúde e Defesa Civil, HANS FERNANDO ROCHA DOHMANN, com fundamento no que dispõe a Lei Municipal nº 5.026, de 19 de maio de 2009, tem justo e acordado o presente CONTRATO DE GESTÃO, doravante denominado CONTRATO, que é celebrado em decorrência do resultado do Processo Seletivo – Edital de Convocação Pública nº 01/2010, realizado por meio do processo administrativo nº 07/003.114/2010, homologado por despacho dos Ilmos. Srs. Secretários Municipais de Educação e de Saúde e Defesa Civil, pelo expediente, datado de 28/01/2010 (fls. 2063 do pp.), publicado no DO Rio nº 224, de 17/02/2011, fls. XXX, que se regerá pelas seguintes cláusulas e condições:

**CLÁUSULA PRIMEIRA - (Da Legislação Aplicável)**

Este CONTRATO se rege por toda legislação aplicável à espécie, que desde já se entende como integrante do presente termo, especialmente pelas normas de caráter geral da Lei Municipal nº 5.026, de 19 de maio de 2009, regulamentada pelo Decreto

nº 30.780, de 02 de junho de 2009, Decreto nº 30.907, de 23 de julho de 2009, Decreto nº 30.916, de 29 de julho de 2009, pelas normas especiais do Decreto Municipal nº 22.941, de 26/05/2003, e, no que couber, pelas normas da Lei Federal nº 8.666, de 21.06.93, e suas alterações, pelo Código de Administração Financeira e Contabilidade Pública do Município do Rio de Janeiro (CAF), instituído pela Lei nº 207, de 19.12.80, e suas alterações, ratificadas pela Lei Complementar nº 1, de 13.09.90, pelo Regulamento Geral do Código supra citado (RGCAF), aprovado pelo Decreto nº 3.221, de 18.09.81, e suas alterações, pelo Código de Defesa do Consumidor, instituído pela Lei Federal nº 8.078/90 e suas alterações (quando o Município ocupar a posição de consumidor final de produto), pela Lei Complementar Federal nº 101, de 04.05.2000, bem como pelos preceitos de direito público e pelas regras constantes do Projeto Básico, pelo Proposta Técnica e Econômica da CONTRATADA e pelas disposições deste CONTRATO. A CONTRATADA declara conhecer todas essas normas e concorda em sujeitar-se às suas estipulações, sistema de penalidades e demais regras delas constantes ainda que não expressamente transcritas neste instrumento.

**CLÁUSULA SEGUNDA – (Do Objeto)**

O presente CONTRATO tem por objeto o GERENCIAMENTO, OPERACIONALIZAÇÃO E EXECUÇÃO DO PROGRAMA SAÚDE NAS ESCOLAS, destinado à população matriculada nas unidades escolares da Rede Pública do Sistema Municipal de Ensino do Rio de Janeiro, consoante o Edital e seus Anexos, que fazem parte integrante do presente ajuste e cronograma de desembolso previsto no Parágrafo Quarto da Cláusula Nona do presente CONTRATO.

Parágrafo Primeiro - Para o alcance da finalidade assinalada, visa o presente instrumento especificar o programa de trabalho a ser desenvolvido e as metas a serem alcançadas pela CONTRATADA, definir as obrigações e as responsabilidades das partes, bem como estabelecer as condições para sua execução, os critérios de avaliação e indicadores de desempenho.

Parágrafo Segundo - O programa de trabalho, assim compreendido o conjunto dos objetivos estratégicos, metas e indicadores, é parte integrante deste instrumento, independentemente de transcrição.

Parágrafo Terceiro - Para atender ao disposto neste CONTRATO DE GESTÃO, as partes estabelecem:

I - Que a CONTRATADA dispõe de suficiente nível técnico-assistencial, capacidade e condições de prestação de serviços que permitam o maior nível de qualidade nos serviços contratados conforme a especialidade e características da demanda.

II - Que a CONTRATADA não está sujeita a nenhum tipo de restrição legal que incapacite seu titular para firmar este CONTRATO DE GESTÃO com a CONTRATANTE.

#### CLÁUSULA TERCEIRA – (Das Metas)

As metas e indicadores de qualidade e produtividade do presente CONTRATO são detalhados no Projeto Básico e buscam alcançar como objetivo estratégico a melhoria da qualidade de vida dos alunos matriculados nas unidades escolares participantes do Programa.

#### CLÁUSULA QUARTA – (Das Obrigações e Responsabilidades da CONTRATADA)

São de responsabilidade da CONTRATADA, além daquelas obrigações constantes das especificações técnicas, que deste ficam fazendo parte integrante e das estabelecidas na legislação referente ao SUS, bem como nos diplomas federal e municipal que regem a presente contratação, as seguintes:

I – Desenvolver em conjunto com a SME e SMSDC a implantação ou execução das atividades do Programa, observando as condições estabelecidas no Projeto Básico;

II – Tomar medidas preventivas necessárias para evitar danos a terceiros, em consequência da execução dos trabalhos, inclusive as que possam afetar os serviços a cargo de eventuais concessionários. Será de exclusiva responsabilidade da Instituição Executora a obrigação de reparar os prejuízos que vier a causar a quem quer que seja e quaisquer que tenham sido as

medidas preventivas acaso adotadas não excluindo ou reduzindo essa responsabilidade a fiscalização do contrato pela SME e SMSDC;

III – Responsabilizar-se pelo ressarcimento de quaisquer danos e prejuízos, de qualquer natureza, que causar a SME ou a SMSDC, ou a terceiros, decorrentes da execução do objeto do contrato, respondendo por si e por seus sucessores não excluindo ou reduzindo essa responsabilidade a fiscalização do contrato pela SME e SMSDC;

IV - Observar, na execução de suas atividades, as diretrizes da SME e SMSDC;

V - Substituir, por sua conta e responsabilidade, os serviços recusados pelo Contratante, no prazo fixado pela SME e SMSDC, que será no mínimo de 02 (dois) dias, podendo ser dilatado, por decisão da SME e SMSDC de acordo com a natureza do serviço;

VI - Garantir o quantitativo de profissionais estabelecido no presente Projeto Básico durante toda a vigência do Programa;

VII – Selecionar e contratar os profissionais necessários à execução das atividades, respeitando o disposto no Projeto Básico, anotando e dando baixa nas respectivas carteiras profissionais, quando for o caso, observando a legislação vigente e, em particular, a CLT;

VIII – Responsabilizar-se, na forma do contrato, por todos os ônus, encargos e obrigações comerciais, fiscais, sociais, tributárias, trabalhistas e previdenciárias, ou quaisquer outras previstas na legislação em vigor, bem como por todos os gastos e encargos com material e mão-de-obra necessária à completa realização das obras ou dos serviços até o seu término;

IX - Obedecer às normas trabalhistas vigentes, contidas na Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), no que concerne à contratação com vínculo empregatício do pessoal a ser empregado na execução dos serviços descritos no Projeto Básico;

X – Notificar à SME e à SMSDC, formalmente, qualquer alteração de pessoal na equipe, comprovando o perfil do profissional para substituição;

XI – Destinar aos alunos das unidades escolares em que o Programa é realizado os materiais instrucionais e pedagógicos necessários, referentes às ações educativas preventivas, de cuidados com a saúde e qualidade de vida, de acordo com as especificações da Coordenação do Programa;

XII – Disponibilizar para os cirurgiões-dentistas os equipamentos e materiais necessários à realização do Tratamento Restaurador Atraumático, devidamente esterilizados, de acordo com as normas vigentes, sempre que necessário, de acordo com o cronograma de atendimento que será elaborado em conjunto pelas partes;

XIII – Enviar à SME e SMSDC, para avaliação prévia, todo o material produzido para divulgação, instrução e qualificação para a prevenção, constando todas as informações referentes aos locais de realização, horários, dias da semana etc.;

XIV – Sugerir à SME e à SMSDC ações e parcerias não previstas no Plano de Trabalho, e que sejam consideradas fundamentais para a consecução dos objetivos do Programa;

XV – Solicitar, formalmente, autorização à SME e à SMSDC para quaisquer modificações na execução do Projeto contratado;

XVI - Cumprir as metas relacionadas no Projeto Básico, contribuindo para o alcance dos objetivos do Programa;

XVII - Apresentar à SME e SMSDC, no prazo por esta definido, o Plano Estratégico para a sua ação nos anos de 2010, 2011 e 2012, observando a proposta orçamentária e cronograma de desembolso dos recursos a serem repassados apresentados por ocasião do Processo Seletivo;

XVIII- Elaborar e fazer publicar, no prazo máximo de 90 dias a contar da assinatura deste, regulamento para os procedimentos de contratação das obras, serviços e compras a serem realizadas com recursos públicos, o qual observará os princípios da isonomia e da impessoalidade;

XIX - Elaborar, submeter à aprovação do Conselho de Administração e encaminhar à SME e SMSDC os relatórios gerenciais de atividades, na forma e prazos por esta estabelecidos;

XX - Bem administrar os recursos financeiros que lhe forem repassados e aplica-los exclusivamente na consecução dos objetivos e metas previstos no Programa;

XXI – Responsabilizar-se pelos custos previstos no Projeto Básico e no Programa de Trabalho, encargos trabalhistas, previdenciários, fiscais sociais e comerciais resultantes, não excluindo ou reduzindo essa responsabilidade a fiscalização do contrato pela SME e SMSDC;

XXII - Prestar contas dos recursos repassados pela SME, na forma disposta no Contrato de Gestão;

XXIII - Prestar sempre que solicitado, quaisquer outras informações sobre a execução financeira do contrato;

XXIV – Permitir a supervisão, fiscalização e avaliação da SME e SMSDC, por intermédio dos órgãos de controle interno, sobre o objeto do presente Programa;

XXV – Não exigir de terceiros, seja a que título for, quaisquer valores em contraprestação relativa às atividades desenvolvidas;

XXVI - Manter atualizadas as informações cadastrais junto à SME e SMSDC, comunicando-lhe quaisquer alterações nos seus atos constitutivos;

XXVII - Manter a boa ordem e guarda dos documentos originais que comprovem as despesas realizadas para a execução do contrato;

XXVIII – Apresentar, sempre que solicitado, cópia do documento que consolida todos os contratos mantidos pela instituição (RET), bem como a outorga eletrônica de forma a possibilitar acesso ao extrato individualizado de cada empregado vinculado a este Contrato.

XXIX - Manter as condições de habilitação e qualificação exigidas no Processo Seletivo durante todo prazo de execução contratual;

XXX - Doar à SME todo material permanente adquirido com recursos do contrato;

XXXI – Abrir conta bancária específica para recebimento e movimentação dos recursos destinados ao Programa no Banco BMG S/A, conforme Resolução da Secretaria Municipal de Fazenda nº. 2.492, de 31 de janeiro de 2007, publicada no D.O. Rio de 1º de fevereiro de 2007;

XXXII - Zelar pelo bom uso e preservação das condições dos espaços físicos e demais instalações e/ou equipamentos disponibilizados pela SME para a execução do Programa;

XXXIII – Fazer constar às logomarcas fornecidas pela SME em todos os materiais impressos para uso nas atividades previstas no Projeto Básico e/ou para divulgação do mesmo, indicando que se trata de uma parceria;

XXXIV – Afixar, nos locais onde serão realizadas as ações, cartazes, faixas ou banners, contendo todas as informações necessárias, com as logomarcas, submetendo previamente todas as peças à aprovação da SME;

#### CLÁUSULA QUINTA – (Das Obrigações da CONTRATANTE E INTERVENIENTE)

I – Treinar os profissionais selecionados pela CONTRATADA;

II – Orientar à Instituição Executora quanto às ações de educação e saúde, elaborando diretrizes e fornecendo modelos e sugestões de materiais e jogos educativos, videoteca, álbuns seriados, dispensador de preservativos, material de papelaria, e outros.

III – Criar Comissão Técnica de Acompanhamento (CTA) para acompanhamento da execução do CONTRATO DE GESTÃO, composto por representantes da SME e da SMSDC;

IV – Prestar apoio necessário à Instituição Executora para que seja alcançado o objeto deste Programa em toda sua extensão;

V – Exercer ampla, irrestrita e permanente fiscalização e controle da execução do contrato, conforme Projeto Básico e Programa de Trabalho;

VI – Receber, analisar e emitir parecer conclusivo, no âmbito de sua competência, sobre a prestação dos serviços e dos recursos recebidos pela Instituição Executora.

#### CLÁUSULA SEXTA – (Das obrigações da CONTRATANTE)

I - Disponibilizar espaço físico para a realização das atividades previstas no Projeto a ser executado pela Instituição Executora;

II - Acompanhar, monitorar, avaliar e fiscalizar a execução do Projeto aprovado;

III - Indicar à Instituição Executora o banco para que seja aberta conta bancária específica para movimentação dos recursos financeiros necessários à execução deste Programa;

IV - Realizar o repasse de recursos na forma disposta no Projeto Básico, parte integrante do presente ajuste;

V - Realizar o repasse de recursos na forma disposta no Projeto Básico, parte integrante do presente ajuste;

VI - Publicar no Diário do Município extrato do contrato, de seus aditivos e apostilamentos, no prazo máximo de quinze dias após sua assinatura;

VII - Encaminhar junto aos órgãos públicos competentes, o atendimento às demandas mapeadas e informadas pela CONTRATADA.

#### CLÁUSULA SÉTIMA – (Da Avaliação)

A Comissão Técnica de Acompanhamento a ser nomeada por Resolução Conjunta da Sra. Secretária Municipal de Educação e do Sr. Secretário Municipal de Saúde e Defesa Civil, em conformidade com o disposto no artigo 8º e respectivos parágrafos, da Lei nº. 5.026, de 19 de maio de 2009, procederá à avaliação periódica do desenvolvimento das atividades e resultados obtidos pela CONTRATADA com a aplicação dos recursos sob sua gestão, elaborando relatório conclusivo que deverá ser encaminhado aos Secretários Municipais de Educação e de Saúde e Defesa Civil, em meio digital.

Parágrafo Primeiro - A avaliação de que trata o “caput” desta cláusula restringir-se-á aos resultados obtidos na execução do CONTRATO DE GESTÃO, através dos indicadores de desempenho estabelecidos, e seu confronto com as metas pactuadas e com a economicidade no desenvolvimento das respectivas atividades.

Parágrafo Segundo - A Comissão Técnica de Acompanhamento (CTA) referida nesta cláusula deverá elaborar relatório mensal, em três vias, cujas cópias deverão ser encaminhadas no máximo até 10 dias após a sua realização para a CONTRATANTE, a INTERVENIENTE e a CONTRATADA.

Parágrafo Terceiro - A apresentação dos relatórios de acompanhamento financeiro mensal deverá ser assinada por pelo menos 3 (três) membros da Comissão Técnica de Acompanhamento (CTA).

Parágrafo Quarto - A CONTRATADA declara, antecipadamente, aceitar todas as decisões, métodos e processos de inspeção, verificação e controle adotados pela SME e SMSDC, se

obrigando a fornecer os dados, elementos, explicações, esclarecimentos e comunicações de que este necessitar e que forem julgados necessários ao desempenho de suas atividades.

Parágrafo Quinto - A atuação fiscalizadora em nada restringirá a responsabilidade única, integral e exclusiva da CONTRATADA no que concerne aos serviços contratados, à sua execução e às conseqüências e implicações, próximas ou remotas, perante a CONTRATANTE E A INTERVENIENTE ou perante terceiros, do mesmo modo que a ocorrência de eventuais irregularidades na finalização dos mesmos não implicará em co-responsabilidade da CONTRATANTE E DA INTERVENIENTE ou de seus prepostos.

#### CLÁUSULA OITAVA – (Do Prazo de Vigência)

O prazo de vigência do presente CONTRATO DE GESTÃO será de vinte e quatro meses, a partir da data de assinatura, podendo ser prorrogado uma vez por igual período e, outra, pela metade, se atingidas, pelo menos, oitenta por cento das metas definidas para o período anterior, nos termos do art. 57 da Lei Federal n.º 8.666/93 e do art. 8º, VII do Decreto n.º 30.778, de 02 de junho de 2009, ou alterado, na forma do art. 65, da Lei Federal n.º 8.666/93, que se aplica subsidiariamente.

#### CLÁUSULA NONA – (Dos Recursos Orçamentários)

Para o cumprimento das metas e objetivos pactuados neste instrumento, fica proposto o valor global de recursos públicos a serem transferidos no montante de R\$ 34.497.517,72. (trinta e quatro milhões quatrocentos e noventa e sete mil quinhentos e dezessete reais e setenta e dois centavos), dos quais R\$24.148.262,40(vinte e quatro milhões cento e quarenta e oito mil duzentos e sessenta e dois reais e quarenta centavos) estimados para o exercício de 2011 e os restantes R\$ 10.349.255,32 (dez milhões trezentos e quarenta e nove mil duzentos e cinqüenta e cinco reais e trinta e dois centavos) previstos para os exercícios de 2012, cuja despesa prevista para o presente exercício será atendida pelo PT n.º 1601.12.361.0338.2889, Natureza de Despesa 3.350.39.02, Fonte 107, tendo sido emitida Nota de Empenho n.º2011/321,em 31/01/2011 no valor de R\$ 8.624.379,42(oito milhões seiscentos e vinte e quatro mil trezentos e setenta e nove reais e quarenta e dois centavos)

Parágrafo Primeiro - A alteração de valores implicará revisão das metas pactuadas, assim como a revisão das metas implicará alteração do valor global pactuado, tendo como base o custo relativo.

Parágrafo Segundo - Todos os recursos usados na execução do objeto do presente CONTRATO DE GESTÃO deverão ser contabilizados, com identificação de sua origem e de seu destino, através de contabilidade auditada por profissional legalmente habilitado.

Parágrafo Terceiro - Os recursos repassados à CONTRATADA serão mantidos em conta bancária específica enquanto não empregados na sua finalidade, serão obrigatoriamente aplicados, e os resultados dessa aplicação devem reverter exclusivamente para os objetivos deste CONTRATO:

a) em caderneta de poupança de instituição financeira oficial, se a previsão de seu uso for igual ou superior a um mês; e

b) em fundo de aplicação financeira de curto prazo, ou operação de mercado aberto lastreada em título da dívida pública federal, quando sua utilização estiver prevista para prazos menores.

Parágrafo Quarto - A liberação dos recursos se dará de acordo com a tabela abaixo, sendo a primeira parcela liberada em até 30 (trinta) dias contados da assinatura do presente Termo:

DESEMBOLSO	%	LIBERAÇÃO DO RECURSO	VALOR
1ª Parcela	25	Mediante Assinatura do Termo de Parceria	8.624.379,42
2ª Parcela	15	Mediante apresentação da prestação de contas das despesas executadas com os recursos da 1ª parcela e programação de recursos com compromissos assumidos e não realizados, em decorrência do Termo de Parceria, previstos no Termo de Referência, no que couber, tendo iniciado a programação das ações e aprovação pela SME/Comissão de Avaliação.	5.174.627,66
3ª Parcela	15	Mediante apresentação da prestação de contas das despesas executadas com os recursos da 2ª parcela e com aprovação da prestação de contas da 1ª parcela	5.174.627,66
4ª parcela	15	Mediante apresentação da prestação de contas das despesas executadas com os recursos da 3ª parcela e com aprovação da prestação de contas da 2ª parcela	5.174.627,66
5ª parcela	15	Mediante apresentação da prestação de contas das despesas executadas com os recursos da 4ª parcela e com aprovação da prestação de contas da 3ª parcela	5.174.627,66
6ª parcela	15	Mediante apresentação da prestação de contas das despesas executadas com os recursos da 5ª parcela e com aprovação da prestação de contas da 4ª parcela	5.174.627,66

Parágrafo Quinto - As parcelas do CONTRATO serão liberadas em estrita conformidade com o Programa de Trabalho aprovado, exceto nos casos a seguir, em que as mesmas ficarão retidas até o saneamento das impropriedades ocorrentes:

a) Quando não tiver havido comprovação de boa e regular aplicação da parcela anteriormente recebida, na forma da legislação aplicável, inclusive mediante procedimentos de fiscalização local, realizados pela entidade ou órgão descentralizador dos recursos ou pelo órgão competente do sistema de controle interno da Administração Pública;

b) Quando verificado desvio de finalidade na aplicação dos recursos, atrasos não justificados no cumprimento das etapas ou fases programadas, práticas atentatórias aos princípios fundamentais da Administração Pública nas contratações e demais atos praticados na

execução deste CONTRATO, ou inadimplemento do executor com relação a outras cláusulas contratuais básicas;

c) Quando a CONTRATADA deixar de adotar as medidas saneadoras apontadas pela SME, SMSDC ou por integrantes do respectivo sistema de Controle Interno ou Externo.

CLÁUSULA DÉCIMA – (Das Condições de Recebimento dos Recursos Orçamentários)

Os pagamentos serão realizados de acordo com o cronograma de desembolso estabelecido no Parágrafo Quarto da Cláusula Nona, sendo que a liquidação da 1ª (primeira) parcela deverá ocorrer no ato da assinatura do CONTRATO.

Parágrafo Único - Os pagamentos serão efetuados após a regular liquidação da despesa, nos termos do artigo 63 da Lei Federal n.º 4.320/64, obedecido ao disposto no artigo 73 da Lei Federal n.º 8.666/93.

CLÁUSULA DÉCIMA PRIMEIRA - (Da Prestação de Contas)

A Instituição executora deverá apresentar à CONTRATANTE, mensalmente, o Relatório de Prestação de Contas, composto dos seguintes documentos a seguir:

a - Demonstrativo da Despesa: relatórios de execução físico-financeiro, discriminando o resumo da movimentação de valores, indicando o saldo inicial, o valor de cada despesa efetivamente paga no período e o saldo atual acumulado;

b - Demonstrativo de Folha de Pagamento, acompanhada da correspondente relação de pagamento enviada ao banco;

c - Demonstrativo de Contratação de Pessoa Jurídica;

d - Extrato Bancário de Conta Corrente e Aplicações Financeiras dos recursos recebidos;

e - cópia das guias de pagamento de obrigações junto ao Sistema de Previdência Social (FGTS e INSS) e das rescisões de contrato de trabalho, e respectivas CTPS, devidamente anotadas;

f - Balancete Financeiro;

g - Outras informações solicitadas pela CONTRATANTE e pela INTERVENIENTE;

h - Certidões Negativas de INSS e FGTS dentro do prazo de validade.

Parágrafo Primeiro - O Relatório de Prestação de Contas a que se reporta esta Cláusula deverá ser apresentado à CONTRATANTE até o dia 10 (dez) do mês subsequente ao mês de referência, sendo a última entregue até 30 (trinta) dias após o término do Contrato.

Parágrafo Segundo - Cada folha da prestação de contas deverá conter assinatura do representante legal da CONTRATADA, bem como contabilista capacitado pelo Conselho

Regional de Contabilidade – RJ para exercer sua atividade em fundações privadas que contratem com ao PCRJ.

Parágrafo Terceiro - A CONTRATANTE e a INTERVENIENTE poderão exigir da CONTRATADA, ao término de cada exercício ou a qualquer momento, conforme recomende o interesse público, relatório pertinente à execução do contrato, contendo comparativo específico das metas propostas com os resultados alcançados, acompanhado da prestação de contas correspondente ao exercício financeiro, assim como suas publicações no Diário Oficial do Município.

Parágrafo Quarto - A CONTRATADA deverá promover, até 31 de março de cada ano, a publicação integral, no Diário Oficial do Município, dos relatórios financeiros e de execução do Contrato aprovados pelo Conselho de Administração.

#### CLÁUSULA DÉCIMA SEGUNDA – (Da Alteração Contratual)

O presente CONTRATO DE GESTÃO, bem como os seus anexos, poderão ser anualmente atualizados e revistos, mediante prévia justificativa por escrito que irá conter a declaração de interesse de ambas as partes.

Parágrafo Primeiro – A alteração do presente CONTRATO DE GESTÃO, bem como dos anexos que o integram deverá ser submetida à autorização dos Secretários Municipais de Educação e da Saúde e Defesa Civil, após parecer fundamentado da Comissão Técnica de Acompanhamento - CTA.

Parágrafo Segundo – À CONTRATANTE será permitida alteração do CONTRATO DE GESTÃO para melhor adequação às finalidades de interesse público ou para adequação técnica do Projeto aos seus objetivos, assegurados os direitos da CONTRATADA.

#### CLÁUSULA DÉCIMA TERCEIRA – (Da Rescisão)

A rescisão do presente CONTRATO DE GESTÃO obedecerá às disposições contidas nos artigos 77 a 80, da Lei Federal nº. 8.666/93 e alterações posteriores.

Parágrafo Primeiro - Verificada qualquer das hipóteses passíveis de ensejar rescisão contratual prevista no artigo 78, da Lei nº. 8.666/93, o Poder Executivo providenciará a rescisão dos termos de uso dos bens públicos e a cessação dos afastamentos dos servidores públicos colocados à disposição da CONTRATADA, não cabendo à CONTRATADA direito a indenização sob qualquer forma, salvo na hipótese prevista no § 2º, do artigo 79, da Lei Federal nº 8.666/93.

Parágrafo Segundo - A rescisão se dará por ato do titular da CONTRATANTE, após manifestação da CTA e da Procuradoria Geral do Município.

Parágrafo Terceiro - Em caso de rescisão unilateral por parte da CONTRATANTE, que não decorra de má gestão, culpa ou dolo da CONTRATADA, a CONTRATANTE ressarcirá exclusivamente danos materiais, inclusive - mas não limitadamente - os custos relativos à

dispensa do pessoal contratado pela CONTRATADA para a execução do objeto deste CONTRATO DE GESTÃO.

Parágrafo Quarto - O ressarcimento dos custos relativos à dispensa do pessoal contratado pela CONTRATADA para a execução do objeto deste CONTRATO DE GESTÃO ficará condicionado:

a - à apresentação dos Termos de Rescisão de Contrato de Trabalho (TRCTs) devidamente homologados pelo órgão do Ministério do Trabalho ou pelo Sindicato de Classe, bem como à comprovação do cumprimento das obrigações de entrega de guias para levantamento de FGTS e para habilitação ao Seguro Desemprego, se for o caso; ou

b - à apresentação de documento comprobatório do pagamento judicial de tais haveres, ficando vedado o ressarcimento de quaisquer valores decorrentes da mora no pagamento das verbas resilitórias, como por exemplo as penalidades previstas no art. 477, §8º e no art. 467, *caput*, da CLT e a indenização substitutiva do Seguro Desemprego.

#### CLÁUSULA DÉCIMA QUARTA – (Das Penalidades)

A inobservância pela CONTRATADA de cláusula ou obrigação constante deste CONTRATO DE GESTÃO ou seus Anexos, ou de dever originado de norma legal ou regulamentar pertinente, autorizará a CONTRATANTE, garantida a prévia defesa, a aplicar, em cada caso, as sanções previstas nos artigos 86, 87 e 88 todos da Lei Federal nº 8.666/93 e alterações posteriores, combinado com o disposto no § 2º, do artigo 7º, da Portaria nº. 1286/93, do Ministério da Saúde, quais sejam:

I - Advertência;

II - Multa, no valor total do contrato entre 2 e 5% (dois e cinco por cento), estipulada pela CONTRATANTE, dependendo da gravidade da infração, a ser cobrada nos termos da legislação municipal.

III - Suspensão temporária de participar de licitações e de contratar com a Administração, por prazo não superior a 2 (dois) anos.

IV - Declaração de inidoneidade para licitar e contratar com a Administração Pública, enquanto perdurarem os motivos determinantes da punição ou até que seja promovida a reabilitação.

V - Perda de qualificação como Organização Social no âmbito do Município do Rio de Janeiro.

Parágrafo Primeiro - A imposição das penalidades previstas nesta cláusula dependerá da gravidade do fato que as motivar, consideradas as circunstâncias objetivas que o tenham norteado, e dela será notificada a CONTRATADA.

Parágrafo Segundo - As sanções previstas nos itens I, III, IV e V desta cláusula poderão ser aplicadas conjuntamente com o item "II".

Parágrafo Terceiro - Da data de publicação da aplicação das penalidades aCONTRATADA terá o prazo de 05 (cinco) dias úteis para interpor recurso, dirigido ao Secretário Municipal de Saúde e Defesa Civil.

Parágrafo Quarto - O valor da multa que vier a ser aplicada será comunicado à CONTRATADA e o respectivo montante será descontado dos pagamentos devidos em decorrência da execução do objeto contratual, garantido o direito de defesa.

#### CLÁUSULA DÉCIMA QUINTA – (Das Disposições Finais)

O presente CONTRATO DE GESTÃO se regerá ainda pelas seguintes disposições:

I - Para a execução deste Programa, não será permitida a cessão de servidor público para exercício na CONTRATADA.

II - Para a execução do Programa objeto deste CONTRATO DE GESTÃO não serão cedidos bens móveis ou imóveis à CONTRATADA.

III - Nos termos da legislação vigente, é nulo de pleno direito o reajuste de preços com periodicidade inferior a 02 (dois) anos, de acordo com os arts. 1º e 2º do Decreto Municipal nº19.810/01.

IV - A CONTRATADA se obriga a manter, durante todo o período de execução do Contrato, as condições de habilitação jurídica, qualificação técnica, qualificação econômico-financeira e regularidade fiscal exigidas no Edital que instruiu o Processo Seletivo e o teor do seu Programa de Trabalho, sob pena de rescisão do CONTRATO.

V - Os ensaios, os testes e demais provas requeridas por normas técnicas oficiais para a verificação da boa execução dos serviços objeto deste CONTRATO, correm à conta da CONTRATADA.

VI - Fica vedada a cessão total ou parcial do referido CONTRATO DE GESTÃO pela CONTRATADA.

#### CLÁUSULA DÉCIMA SEXTA – (Da Publicação)

O CONTRATO DE GESTÃO será publicado às expensas da CONTRATANTE no Diário Oficial do Município, no prazo de até o 5º dia útil do mês seguinte ao da sua assinatura, para ocorrer no prazo de 20 (vinte) dias daquela data.

#### CLÁUSULA DÉCIMA SÉTIMA – (Do Foro)

Fica eleito o Foro Central da Capital, com renúncia de qualquer outro, por mais privilegiado que seja, para dirimir quaisquer questões oriundas deste CONTRATO DE GESTÃO, que não puderem ser resolvidas pelas partes.

E, por estarem justas as CONTRATANTES, assinam o presente CONTRATO DE GESTÃO em 05 (cinco) vias de igual teor e forma, na presença das testemunhas abaixo.

Rio de Janeiro, 31 de janeiro de 2011.

MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO  
CLAUDIA COSTIN  
Secretária Municipal de Educação

INTERVENIENTE  
HANS FERNANDO ROCHA DOHMANN  
Secretário Municipal de Saúde e Defesa Civil

ORGANIZAÇÃO SOCIAL:  
INSTITUTO DE ATENÇÃO BÁSICA E AVANÇADA À SAÚDE- IABAS

TESTEMUNHAS:

1 - \_\_\_\_\_ 2 - \_\_\_\_\_

Documento I

ORDEM	E/CRE	Designação	Unidade Escolar	BAIRRO	TOTAL ALUNOS
1	1ª	01.01.005	GENERAL MITRE	Santo Cristo	469
2		01.01.007	MAL. MASCARENHAS MORAES	Caju	615
3		01.01.501	CIEP HENFIL	Caju	984
4		01.01.801	EDI PARQUE ALEGRIA	Caju	164
5		01.03.001	ESTADOS UNIDOS	Catumbi	1.240
6		01.03.502	CANADA	Estácio	309
7		01.07.007	HUMBERTO DE CAMPOS	Mangueira	181
8		01.07.008	JOSÉ MOREIRA DA SILVA	São Cristóvão	172
9		01.23.003	JULIA LOPES DE ALMEIDA	Santa Teresa	243
10	2ª	02.04.009	GUARARAPES CÂNDIDO	Cosme Velho	114
11		02.04.011	JOAQUIM NABUCO	Botafogo	505
12		02.06.021	ALTE. TAMANDARÉ	Vidigal	709
13		02.06.023	PREFEITO DJALMA MARANHÃO	Vidigal	374
14		02.06.501	CIEP PRES. JOÃO GOULART	Ipanema	494
15		02.08.005	BOMBEIRO GERALDO DIAS	Tijuca	149

16		02.08.011	JORN. BRITO BROCA	Tijuca	307	
17		02.08.014	FREI CASSIANO	Tijuca	405	
18		02.08.502	CIEP ANTOINE MAGARINO T. FILHO	Tijuca	517	
19		02.09.007	ASSIS CHATEAUBRIAND	Vila Isabel	328	
20		02.09.012	MÁRIO DE ANDRADE	Vila Isabel	382	
21		02.09.501	CIEP SALVADOR ALLENDE	Vila Isabel	205	
22		02.27.001	ABELARDO CHAC. BARBOSA	Rocinha	272	
23		02.27.002	PAULA BRITO	Rocinha	967	
24		02.27.501	CIEP DR. BENTO RUBIÃO	Rocinha	804	
25	3ª	03.12.022	RUBENS BERARDO	Inhaúma	1.405	
26		03.12.026	HENRIQUE FORÉIS	Inhaúma	287	
27		03.12.027	PROF. AFONSO VÁRZEA	Inhaúma	1.022	
28		03.12.028	HERMENEGILDO DE BARROS	Engenho da Rainha	162	
29		03.12.037	PROFª VERA SABACK SAMPAIO	Bonsucesso	580	
30		03.12.501	CIEP PATRICE LUMUMBA	Del Castilho	569	
31		03.13.008	MÁRIO AUGUSTO T. DE FREITAS	Engenho Novo	350	
32		03.13.013	MINISTRO GAMA FILHO	Lins de Vasconcelos	1.045	
33		03.13.502	CIEP CHANCELER WILLY BRANDT	Jacaré	415	
34		03.13.503	LINS E VASCONCELLOS	Lins de Vasconcelos	403	
35		03.28.501	CIEP VINICIUS DE MORAES	Jacarezinho	594	
36		03.28.801	EDI PADRE NELSON CARLOS DEL MÔNACO	Jacarezinho	125	
37		03.29.001	PROF. MOURÃO FILHO	Bonsucesso	857	
38		03.29.801	EDI DONA LINDU	Complexo do Alemão	146	
39		4ª	04.10.020	JORACY CAMARGO	Olaria	783
40			04.10.026	PROFª MARIA CERQUEIRA E SILVA	Manguinhos	1.092
41			04.10.501	CIEP JUSCELINO KUBITSCHK	Manguinhos	949
42	04.10.502		CIEP MAESTRO FRANCISCO MIGNONE	Olaria	440	
43	04.10.801		EDI DR. DOMINGOS ARTHUR MACHADO FILHO	Manguinhos	152	
44	04.11.001		MONSENHOR ROCHA	Penha	862	
45	04.11.002		BERNARDO VASCONCELLOS	Penha	452	
46	04.11.004		LEONOR COELHO PEREIRA	Penha	886	
47	04.11.202		GREGÓRIO BEZERRA	Penha	897	
48	04.11.502		CIEP JOSÉ CARLOS B. MONTEIRO	Penha	298	
49	04.30.001		PROF. JOSUÉ DE CASTRO	Manguinhos	1.673	
50	04.30.002		TEOTONIO VILELA	Manguinhos	1.622	
51	04.30.004		IV CENTENÁRIO	Maré	212	

52		04.30.007	NOVA HOLANDA	Bonsucesso	418
53		04.30.009	PROF. PAULO FREIRE	Bonsucesso	1.120
54		04.30.201	CIEP MIN. GUSTAVO CAPANEMA	Bonsucesso	1.418
55		04.30.204	CIEP OP. VICENTE MARIANO	Bonsucesso	1.938
56		04.30.206	CIEP HÉLIO SMIDT	Bonsucesso	874
57		04.30.501	CIEP PRESID. SAMORA MACHEL	Bonsucesso	984
58		04.30.502	CIEP ELIS REGINA	Bonsucesso	706
59		04.31.010	ARMANDO FAJARDO	Cordovil	489
60		04.31.011	RAUL PEDERNEIRAS	Cordovil	402
61		04.31.013	MONTESE	Cordovil	287
62		04.31.014	MIN. LAF. DE ANDRADA	Cordovil	764
63		04.31.016	C.C. CRUZADA S. SEBASTIÃO	Parada de Lucas	464
64		04.31.021	HEITOR BELTRÃO	Vigário Geral	402
65		04.31.501	CIEP MESTRE CARTOLA	Vigário Geral	456
66	5ª	05.14.004	SERGIPE	Vicente de Carvalho	701
67		05.14.005	BOLIVIA	Vicente de Carvalho	340
68		05.14.027	SEBASTIÃO LACERDA	Irajá	608
69		05.14.030	OLIMPIA DO COUTO	Irajá	817
70		05.14.032	MENDES VIANA	Colégio	520
71		05.14.033	PAULA FONSECA	Colégio	496
72		05.14.501	DOM OSCAR ROMERO	Irajá	504
73		05.15.033	OSWALDO GOELDI	Marechal Hermes	294
74		05.15.048	ROSTHAM PEDRO DE FARIA	Cavalcante	660
75		05.15.059	REPÚBLICA DOMINICANA	Madureira	464
76	05.15.062	FIGUEIREDO PIMENTEL	Turiaçu	735	
77	6ª	06.22.025	LÚCIO DE MENDONÇA	Anchieta	609
78		06.25.009	CORNÉLIO PENA	Irajá	319
79		06.25.011	PROF. ESCRAGNOLLE DÓRIA	Costa Barros	425
80		06.25.013	FERNANDO R. DA SILVEIRA	Costa Barros	803
81		06.25.019	ESCULTOR LEÃO VELLOSO	Pavuna	917
82		06.25.023	THOMAS JEFFERSON	Acari	296
83		06.25.027	ANDRÉA FONTES PEIXOTO	Pavuna	711
84		06.25.033	ZILDA NUNES DA COSTA	Pavuna	604
85		06.25.034	MOTORISTA PASCOAL ANDRÉ	Pavuna	657
86		06.25.204	CIEP RUBENS GOMES	Barros Filho	1.278
87		06.25.205	CIEP ANTÔNIO CANDEIA FILHO	Acari	512
88		06.25.206	CIEP ANTON MAKARENKO	Costa Barros	547
89		06.25.501	CIEP ADÃO P. NUNES	Irajá	599
90		06.25.502	CIEP ZUMBI DOS PALMARES	Coelho Neto	440

91		07.16.014	HELENA LOPES ABRANCHES	Gardênia Azul	1.125
92		07.16.033	RIO DAS PEDRAS	Rio das Pedras	1.158
93		07.16.203	LINDOLFO COLLOR	Rio das Pedras	2.567
94		07.16.204	GOV. ROBERTO DA SILVEIRA	Rio das Pedras	1.309
95		07.16.207	CIEP PABLO NERRUDA	Rio da Pedras	861
96		07.16.801	EDI DRA. ZILDA ARNS	Colônia Juliano Moreira	134
97	7ª	07.24.026	EMBAIXADOR ÍTALO ZAPPA	Vargem Pequena	1.131
98		07.34.002	LEILA B. DE CARVALHO	Cidade de Deus	691
99		07.34.007	ALBERTO RANGEL	Cidade de Deus	573
100		07.34.009	JOSÉ CLEMENTE PEREIRA	Cidade de Deus	750
101		07.34.010	PEDRO ALEIXO	Cidade de Deus	935
102		07.34.501	CIEP LUIZ CARLOS PRESTES	Cidade de Deus	425
103		07.34.801	EDI JARDIM DO AMANHÃ	Cidade de Deus	51
104		08.17.029	ANTÔNIO BANDEIRA	Senador Camará	181
105		08.17.032	ERNESTO FRANCISCONI	Senador Camará	839
106		08.17.035	MÁRIO FERNANDES PINHEIRO	Senador Camará	518
107		08.17.039	SAMPAIO CORREA	Senador Camará	1.059
108	8ª	08.17.040	S. FRANCISCA XAVIER CABRINI	Senador Camará	268
109		08.17.041	ABRAHÃO JABOUR	Labour	1.011
110		08.17.043	EVARISTO DE MORAES	Santíssimo	689
111		08.17.044	FERNANDO MAXIMILIANO	Santíssimo	817
112		08.17.045	ARIENA VIANNA DA SILVA	Senador Camará	487
113		08.17.046	RAUL FRANCISCO RYFF	Senador Camará	497
114		08.17.059	JOANA ANGÉLICA	Bangu	641

115		08.17.061	JOAQUIM EDSON DE CAMARGO	Vila Kennedy	545
116		08.17.064	MARIETA DA CUNHA SILVA	Bangu	1.343
117		08.17.067	PRES. CAFÉ FILHO	Vila Kennedy	765
118		08.17.071	RUBEN BERTA	Bangu	1.443
119		08.17.074	ALCIDES ETCHEGOYEN	Bangu	941
120		08.17.076	ORESTES BARBOSA	Bangu	537
121		08.17.078	EDISON CARNEIRO	Bangu	638
122		08.17.081	CEL JOSÉ GOMES MOREIRA	Bangu	506
123		08.17.127	AYRTON SENNA DA SILVA	Bangu	309
124		08.17.128	AUSTREGÉSILO DE ATHAYDE	Bangu	332
125		08.17.207	CIEP VILA KENNEDY	Bangu	1.142
126		08.17.506	OLOF PALME	Bangu	453
127		08.17.509	MAESTRINA CHIQUINHA GONZAGA	Bangu	847
128		08.17.801	EDI PROFª TÂNIA MARIA LARRUBIA GOMES	Bangu	152
129		08.17.802	EDI PROF. REINALDO JODSÉ DE ARAGÃO BARBOSA	Bangu	275
130		08.17.803	EDI JOSÉ ELPHIM MINDIM	Senador Camará	139
131		08.33.019	LIMA BARRETO	Magalhães Bastos	307
132		08.33.024	PRES. ROOSEVELT	Realengo	894
133		08.33.045	COSTA DO MARFIM	Realengo	544
134		08.33.503	CIEP THOMAS JEFFERSON	Realengo	661
135	9ª	09.18.004	ATENAS	Inhoaíba	739
136		09.18.042	FERNANDO BARATA RIBEIRO	Santíssimo	839
137		09.18.043	TEN. GOES MONTEIRO	Santíssimo	376
138		09.18.052	CASIMIRO DE ABREU	Campo Grande	692
139		09.18.077	GASTÃO PENALVA	Campo Grande	1.296
140		09.18.079	CONSTANTINO MAGALHÃES	Campo Grande	562
141		09.18.081	CORA CORALINA	Campo Grande	822
142		09.18.086	FÁBIO CÉSAR PACÍFICO	Campo Grande	926
143		09.18.201	CIEP ENGENHEIRO WAGNER GASPAREMERY	Carobinha	1.435
144		10ª	10.19.004	JOAO GUALBERTO JORGE	Paciência
145	10.19.005		REPUBLICA ARABE DA SIRIA	Paciência	529
146	10.19.006		VIVALDO R. DE VASCONCELOS	Paciência	736

147	10.19.016	ALDEBARÃ	Santa Cruz	1.095
148	10.19.017	OTELO DE SOUZA REIS	Santa Cruz	461
149	10.19.018	HAYDÉA VIANNA F. CASTRO	Paciência	878
150	10.19.021	SILVIA DE ARAUJO TOLEDO	Santa Cruz	598
151	10.19.031	MARECHAL PEDRO CAVALCANTI	Paciência	1.471
152	10.19.051	MARINHEIRO JOÃO CANDIDO	Santa Cruz	439
153	10.19.052	LIBERDADE	Santa Cruz	914
154	10.19.060	MANOEL PORTO FILHO	Paciência	928
155	10.19.501	PRIMEIRO DE MAIO	Santa Cruz	588
156	10.19.502	MAESTRO HEITOR VILLA-LOBOS	Santa Cruz	615
157	10.19.503	DR. NELSON HUNGRIA	Paciência	1.441
158	10.26.024	TATIANA CHAGAS MEMÓRIA	Guaratiba	1.057
159	10.26.201	POSSEIRO MÁRIO VAZ	Pedra de Guaratiba	1.449
160	10.26.202	HILDEBRANDO A. GÓES	Pedra de Guaratiba	1.519
3				109.161
FONTE: MOV. 01 - MAIO/2010				

DOC. II  
PROGRAMA SAÚDE NAS ESCOLAS  
CRONOGRAMA DE IMPLANTAÇÃO

Fases	Meses																							
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24
Fase 1																								
Fase 2																								
Fase 3																								

DOC. III  
MATERIAL CLÍNICO TRA

ESPECIFICAÇÃO RESUMIDA	ESPECIFICAÇÃO DETALHADA	QDE PARA ATENDER 34.000 CRIANCAS FAZENDO EM MEDIA 39.000 ATENDIMENTOS E 102.000 RESTAURAÇÕES (*)
Álcool 70 %	álcool etílico 70%, uso hospitalar para desinfecção de artigos semicríticos acondicionado em embalagem plástica com 1 litro de capacidade	660
Algodão em manta com 500 g	Algodão hidrófilo em manta fina de espessura uniforme, camadas sobrepostas, regularmente	330

	compacto, de aspecto homogêneo e macio, cor branca, boa absorvência, inodoro, enrolado em papel apropriado em toda a sua extensão, embalagem com dados de identificação e procedência. acondicionado em pacote com 500g.	
Cimento de ionômero de vidro para TRA (Técnica restauradora atraumática )	Cimento de ionômero de vidro para TRA (Técnica restauradora atraumática ); presa rápida, por geleificação; que apresente reação ácido-base; união química ao esmalte e dentina; que desprenda íons de flúor; autopolimerizável, com ativação química; com coeficiente de expansão térmica similar ao dente; alta resistência ao desgaste, à compressão e à flexão; baixa solubilidade; elevada dureza superficial; alta adesão em superfície úmida; bio-compatível; condensável ou compactável; que apresente na sua composição: ácido poliacrílico, ácido tartárico, vidro de flúor silicato de alumínio. Apresentado em kit contendo: 1 frasco com, no mínimo, 8 ml de líquido; 1 frasco com, no mínimo 10 gr de pó; colher medidora e bloco de espatulação..	2.310
Condicionador de ionômero - ácido poliacrílico	Condicionador de dentina, para restaurações de ionômero de vidro, a base de ácido poliacrílico a 12%. Frasco com, aproximadamente, 10 ml.	660
Fio Dental - Rolo de 500 metros	Fio Dental - Rolo de 500 metros	360
Fluoreto de sódio acidulado. Gel a 1,23%	Fluoreto fosfato acidulado, gel a 1,23%; c/ propriedade tixotrópica, com sabor, alta viscosidade. Frasco com, no mínimo, 200 ml.	176
Gel evidenciador de placa bacteriana	Gel dental evidenciador de placa bacteriana. Apresentado em bisnaga com 60g, composto por fluoreto de sódio 0,27%, lauril sulfato de sódio, umectante, carboximetil celulose, eritrosina 0,5%, sacarina sódica e água desmineralizada. Acondicionados individualmente em caixas de papelão.	396
Luva de Procedimento	Luva de procedimento não esteril, confeccionada em latex natural, textura uniforme, ambidestra, com alta sensibilidade tátil, boa elasticidade e resistente a tração, comprimento mínimo de 25cm, lubrificada com material atóxico, acondicionada em caixa contendo externamente dados de identificação, procedência e registro em órgãos competentes, tamanho pequeno.	1.760
Papel Toalha	Papel toalha med. aprox. 20x22cm - 2 rolos c/120 toalhas cada absorvente, folhas picotadas medindo aproximadamente 20 x 22cm. acondicionado em embalagem contendo 2 rolos com 120 toalhas cada	660
Pontas para seringa para inserção de material restaurador	Pontas para inserção de cimento; adaptável a seringa aplicadora de materiais plásticos tipo Centrix , modelo accudose anterior LV, caixa com 20 unidades.	19.800
Rolo de algodão dental – pacote com 100 un.	Rolo de algodão dental hidrófilo, macio, 100% algodão, pacote com 100 Unidades	3.630

Verniz protetor de restaurações de ionômero de vidro	Verniz protetor de restaurações ionômero de vidro. Frasco com, no mínimo, 10 ml	660
(*) Considerando que 30% do total de alunos do Programa tenham indicação para TRA (aproximadamente 3 restaurações por aluno), e destes 15% necessitem de 2 atendimentos.		

DOC. III INSTRUMENTAL TRA		
ESPECIFICAÇÃO RESUMIDA	ESPECIFICAÇÃO DETALHADA	KITS TRA por CIRURGIAO DENTISTA PARA REALIZAR 1 ATENDIMENTO
Escavador de dentina 11 1/2	Escavador de dentina duplo nº 11 1/2; leve e suave ao manuseio, alta resistência à corrosão e a descoloração, ponta ativa regular e bem acabada têmpera homogênea, resistente a fraturas, em aço inox polido, c/ aproximadamente 170 mm. O instrumental deve ter gravado no cabo, de forma legível, o seu número e o nome do fabricante	1
Escavador de dentina 14	Escavador de dentina duplo nº 14; leve e suave ao manuseio, alta resistência à corrosão e a descoloração, ponta ativa regular e bem acabada têmpera homogênea, resistente a fraturas, em aço inox polido, c/ aproximadamente 170 mm. O instrumental deve ter gravado no cabo, de forma legível, o seu número e o nome do fabricante	1
Esculpidor Holleback 3S	Esculpidor Holleback 3S; leve e suave ao manuseio, alta resistência à corrosão e a descoloração, ponta ativa regular e bem acabada, têmpera homogênea, resistente a fraturas, em aço inox polido, c/ aproximadamente 170 mm. O instrumental deve ter gravado no cabo, de forma legível, o seu número e o nome do fabricante	1
Espelho bucal plano nº 5	Espelho Bucal plano nº 5, autoclavável, resistente a corrosão, descoloração e a sucessivas autoclavagens; em aço inox polido; bordas polidas e bem acabadas; perfeita união entre as bordas e o espelho propriamente dito.	2
Cabo para espelho	Cabo para espelho odontológico; leve e suave ao manuseio, alta resistência à corrosão e a descoloração, têmpera homogênea, resistente a fraturas, em aço inox polido, c/ aproximadamente 120 mm; com espelho Bucal plano nº 5, autoclavável, resistente a corrosão, descoloração e a sucessivas autoclavagens; em aço inox polido; bordas polidas e bem acabadas; perfeita união entre as bordas e o espelho propriamente dito. O instrumental deve ter	1

	gravado no cabo, de forma legível, seu número e o nome do fabricante.	
Espátula de cimento nº 24	Espátula de cimento nº 24; leve e suave ao manuseio, alta resistência à corrosão e a descoloração, ponta ativa regular e bem acabada, têmpera homogênea, resistente a fraturas, em aço inóx polido, c/ aproximadamente 170 mm. O instrumental deve ter gravado no cabo, de forma legível, o seu número e o nome do fabricante	1
Calcador de White nº 1	Calcador de White nº 1, leve e suave ao manuseio, alta resistência à corrosão e a descoloração, têmpera homogênea, resistente a fraturas, em aço inóx polido, c/ aproximadamente 175 mm O instrumental deve ter gravado no cabo, de forma legível, seu número e o nome do fabricante.	1
Pinça para algodão	Pinça para algodão; leve e suave ao manuseio; alta resistência à corrosão e a descoloração;;pontas ativas regulares e bem acabadas que se adaptam perfeitamente e com firmeza ; têmpera homogênea; resistente à fraturas; em aço inóx polido; c/ aproximadamente 160 mm. O instrumental deve ter gravado no cabo, de forma legível, o seu número e o nome do fabricante.	1
Machado 12/13	Machado 12/13; com ponta ativa bem definida, afiada regular, bem acabada, leve e suave ao manuseio, alta resistência à corrosão e a descoloração, ponta ativa, têmpera homogênea, resistente a fraturas, em aço inóx polido, c/ aproximadamente 170 mm. O instrumental deve ter gravado no cabo, de forma legível, o seu número e o nome do fabricante.	1

DOC. III KIT ATENDIMENTO		
ESPECIFICAÇÃO RESUMIDA	ESPECIFICAÇÃO DETALHADA	QDE POR DENTISTA PARA ATENDIMENTO
Placa de vidro 10 mm	Placa de vidro 10 mm	2
Seringa para inserção de material restaurador ( tipo Centrix )	Seringa para inserção de material restaurador ( tipo centrix )	1
Óculos de proteção	Óculos de proteção Individual, de acrilico, com 100% de transparencia, com adaptacao ao nariz, com protecao lateral, nao descartavel, lente em policarbonato que permite desinfeccao manual com alcool 70% sem alteracao da transparencia, tamanho medio.	2
Caixa, plastico	caixa, plastico med. ext.22,5 x 35 x 50cm, capacidade 28 litros com tampa, na cor (a definir), capacidade para 28 litros, medidas externas:22,5 x 35 x 50cm.(alt.x larg.x compr.), em polipropileno, empilhavel	2

ESPECIFICAÇÃO RESUMIDA	ESPECIFICAÇÃO DETALHADA	QDE POR DENTISTA POR TURNO DE TRABALHO
Gorro cirurgico	gorro cirurgico descartavel, com duas tiras, com no minimo 30 gramaturas	4 Un.
Copo descartavel 60 ml	copo descartavel cafezinho 60 ml em plastico maleavel na cor branco, capacidade aproximada de 60ml, para cafezinho, acondicionado em embalagem com 100 unidades	4 Un.
Copo descartavel 100 ml	copo descartavel 200 ml em plastico maleavel, capacidade de 200ml aproximadamente, que atenda a normade qualidade da abnt - nbr 14865/02 (poliestireno atoxico, temperatura maximapara uso: 100oc)	4 Un.
Mascara Tripla	mascara tripla descartável, confeccionada em nao tecido, tripla camada, modelo retangular comno minimo 20x10cm, com tres pregas longitudinais, com dispositivo para ajustenasal, fixado no corpo da mascara, atoxica, hipoalergenica, inodora, com tratamento repelente aos agentes liquidos e quatro tiras laterais, com comprimentoadequado para fixacao. gramatura total: 40 gramas/m2. embalagem com dados deidentificacao e procedencia.	4 Un.

DOC. III KITS DE HIGIENE ORAL		
ESPECIFICAÇÃO RESUMIDA	ESPECIFICAÇÃO DETALHADA	QDE PARA 113.000 CRIANÇAS
Bolsa Plastica	Bolsa plástica confeccionada em material plástico (polietileno de baixa densidade) medindo 9 x 21 cm; sendo a frente em material plástico transparente , e o verso em material plástico opaco branco; com sistema de fechamento através de botão de pressão ou zíper plástico.	113.000
Dentifrício acondicionado em tubo com 90 gramas	<p>Creme dental fluoretado com 1400 a 1500 ppm de flúor.. Apresentado em tubo com 90 gr. Este tubo deve ser confeccionado em material plástico / polietileno branco com alumínio revestido com uma segunda camada interna de poilietileno, de forma que não haja contato do produto com o alumínio .</p> <p>O tubo deve conter as seguintes informações / inscrições ( conforme determinações normativas da Prefeitura e Resolução RDC nº79, de 28 de agosto de 2000 – DOU 31/08/00)</p> <p>1) Nome do produto: CREME DENTAL COM FLÚOR  2) Logotipo da Secretaria Municipal de Saúde  3) Número de registro  4) Lote ou partida  5) Prazo de validade ( Mês/Ano)  6) Conteúdo / Composição química  7) Dados do fabricante ( nome/marca, endereço completo,</p>	113.000

	CNPJ ) 8) Responsável técnico (nome, nº de registro) 9) Peso líquido 10) Instruções básicas : Advertências / Restrições de uso / Modo de uso (Manter fora do alcance de crianças menores de 6 anos. Usar em quantidades pequenas Não ingerir.) 11) VENDA PROIBIDA	
Escova dental infantil	Escova dental infantil: com cabeça pequena na mesma direção do cabo. A cabeça deve ser retangular ou oval, com cantos arredondados, com 3 a 4 fileiras de cerdas por no máximo 12, com cerdas de nylon macias, da mesma altura, com extremidade arredondadas. Com cabo reto, em material plástico transparente, cores variadas, ligeiramente flexível, contendo a inscrição " SMS-RIO / Para todo mundo poder sorrir!", em impressão do tipo HOT STAMPING. As escovas devem ter durabilidade mínima de 3 meses, sem deformar a estrutura das cerdas. A escova deve ser embalada individualmente em sacos plásticos transparentes lacrados..	113.000
Fio Dental - Rolo com 25 metros	Fio Dental - Rolo com 25 metros	113.000

## DOC. IV

