

**UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MARINGÁ
CENTRO DE CIÊNCIAS HUMANAS, LETRAS E ARTES
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EDUCAÇÃO
ÁREA DE CONCENTRAÇÃO: EDUCAÇÃO**

**ANÁLISE DE POLÍTICAS PÚBLICAS BRASILEIRAS DE EDUCAÇÃO
E SAÚDE NA ESCOLA NO CONTEXTO DE CRISE ESTRUTURAL DO
CAPITAL: A FUNÇÃO SOCIAL DO PROGRAMA SAÚDE NA ESCOLA**

ALINE FABIANE BARBIERI

**MARINGÁ
2014**

**UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MARINGÁ
CENTRO DE CIÊNCIAS HUMANAS, LETRAS E ARTES
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EDUCAÇÃO
ÁREA DE CONCENTRAÇÃO: EDUCAÇÃO**

**ANÁLISE DE POLÍTICAS PÚBLICAS BRASILEIRAS DE EDUCAÇÃO E SAÚDE
NA ESCOLA NO CONTEXTO DE CRISE ESTRUTURAL DO CAPITAL: A
FUNÇÃO SOCIAL DO PROGRAMA SAÚDE NA ESCOLA**

Dissertação apresentada por ALINE FABIANE BARBIERI, ao Programa de Pós-Graduação em Educação da Universidade Estadual de Maringá, como um dos requisitos para a obtenção do título de Mestre em Educação. Área de Concentração: EDUCAÇÃO.

Orientador(a):
Prof^a. Dr^a. AMÉLIA KIMIKO NOMA

MARINGÁ
2014

Dados Internacionais de Catalogação-na-Publicação (CIP)
(Biblioteca Central - UEM, Maringá – PR., Brasil)

Barbieri, Aline Fabiane
B237a Análise de políticas públicas brasileiras de educação e saúde na escola no contexto de crise estrutural do capital: a função social do programa saúde na escola / Aline Fabiane Barbieri. -- Maringá, 2014.
245 f.

Orientador: Prof. Dr. Amélia Kimiko Noma.

Dissertação (Mestrado em Educação) - Universidade Estadual de Maringá. Centro de Ciências Humanas, Letras e Artes. Programa de Pós-graduação em Educação.

1. Políticas Públicas - Saúde na escola. 2. Políticas brasileiras. 3. Políticas internacionais. 4. Programa Saúde na Escola. I. Barbieri, Aline Fabiane. II. Noma, Amélia Kimiko, orient. III. Universidade Estadual de Maringá. Centro de Ciências Humanas, Letras e Artes. Programa de Pós-graduação em Educação. IV. Título.

ALINE FABIANE BARBIERI

**ANÁLISE DE POLÍTICAS PÚBLICAS BRASILEIRAS DE EDUCAÇÃO E SAÚDE
NA ESCOLA NO CONTEXTO DE CRISE ESTRUTURAL DO CAPITAL: A
FUNÇÃO SOCIAL DO PROGRAMA SAÚDE NA ESCOLA**

BANCA EXAMINADORA

Prof^a. Dr^a. Amélia Kimiko Noma (Orientadora) – UEM

Prof^a. Dr^a. Angela Maria Hidalgo – UNICENTRO – Guarapuava

Prof^a. Dr^a. Marcília Rosa Periotto – UEM

Prof^a. Dr^a. Eliane Cleide da Silva Czernisz – UEL (suplente)

Prof. Dr. Ademir Quintilio Lazarini – UEM (suplente)

Dezembro, 2014

Dedico este trabalho a minha querida mãe, Ana
Lúcia Chicati

AGRADECIMENTOS

À minha orientadora, professora Amélia Kimiko Noma, por acompanhar de perto e participar ativamente de todas as etapas do processo de elaboração desta pesquisa. Com sabedoria, competência teórica e metodológica, transmitiu-me ensinamentos absolutamente decisivos para o desenvolvimento e conclusão deste trabalho. Sou profundamente grata por toda a atenção, dedicação e paciência despendidas a mim nesse período.

Aos membros da banca examinadora: professora Marcília Rosa Periotto, professora Angela Maria Hidalgo, professor Ademir Quintilio Lazarini e professora Eliane Cleide da Silva Czernisz, por todas as contribuições e sugestões qualitativamente enriquecedoras destinadas a esta dissertação.

Aos professores do Programa de Pós-Graduação em Educação da Universidade Estadual de Maringá (PPE/UEM), em especial, àqueles que tive o privilégio de estabelecer contato mais próximo durante as disciplinas: professora Amélia Kimiko Noma, professora Marcília Rosa Periotto, professora Elma Júlia Gonçalves de Carvalho, professora Angela Mara de Barros Lara, professor Mário Luiz Neves de Azevedo, professora Maria Aparecida Cecílio e professora Irizelda Martins de Souza e Silva.

Aos colegas das disciplinas do mestrado, pela agradável convivência e conhecimentos compartilhados.

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), pelo financiamento desta pesquisa.

À Juliana Carla Barbieri, pela atenção, rigor e cuidado na revisão textual desta dissertação.

À Maria de Lourdes Longhini Trevisani, pela revisão criteriosa das normas deste trabalho.

Ao Hugo Alex da Silva e à Márcia Galvão da Motta Lima, secretários do PPE/UEM, pela atenção, eficiência e presteza.

Ao “Grupo de Pesquisa em História, Estado e Educação” pelos estudos sobre políticas públicas e pela contribuição teórica e metodológica para a pesquisa em educação.

A todos os amigos dos grupos de estudos “Educação e Educação Física: aproximações de análise à luz da crítica marxiana da economia política” e “Educação Física, Educação e Marxismo (EFEMARX)”, em especial, à Rosângela Aparecida Mello e ao Ademir Quintilio Lazarini, pela amizade e incontáveis aprendizados.

Ao Jeferson Diogo de Andrade Garcia, pelas discussões, contribuições e amizade de longa data.

A todos os meus familiares, especialmente: à minha avó, Maria Izabel Carrera Chicati, pelo apoio e suporte; à minha tia, Izabel Regina Chicati, pelo incentivo; à minha prima, Ligia Maria Coutes, pela amizade e companheirismo em todas as horas; à minha irmã, Juliana Carla Barbieri, pela amizade, apoio e amparo cruciais para a realização deste trabalho; e à minha sobrinha, Heloísa Barbieri Steffler, por encher nossas vidas de alegria.

Gostaria, por fim, de registrar minha sincera gratidão à minha mãe, Ana Lúcia Chicati, por todo o apoio, preocupação, cuidado e companheirismo afetuosos. Sua participação “por detrás dos bastidores” foi fundamental para a conclusão de mais esta etapa de minha jornada acadêmica. Obrigada por compreender, com ternura, minha ausência em tantos momentos.

BARBIERI, Aline Fabiane. **ANÁLISE DE POLÍTICAS PÚBLICAS BRASILEIRAS DE EDUCAÇÃO E SAÚDE NA ESCOLA NO CONTEXTO DE CRISE ESTRUTURAL DO CAPITAL: A FUNÇÃO SOCIAL DO PROGRAMA SAÚDE NA ESCOLA.** 245 f. Dissertação (Mestrado em Educação) – Universidade Estadual de Maringá. Orientadora: Prof.^a Dr.^a Amélia Kimiko Noma. Maringá, PR, 2014.

RESUMO

Esta dissertação tem como objeto de estudo as políticas públicas brasileiras de educação e saúde na escola e, em específico, aborda o Programa Saúde na Escola (PSE). O objetivo geral é analisar a configuração e a função social de políticas públicas brasileiras de educação e saúde na escola – em especial, a implementada pelo PSE – e a sua articulação com políticas internacionais de mesmo tipo no contexto de crise estrutural do capital. Trata-se de um estudo de caráter bibliográfico e documental, fundamentado no método materialista-histórico e nas categorias analíticas: totalidade, práxis, mediação, contradição, hegemonia e reprodução. Investiga-se o processo de construção das políticas públicas internacionais e brasileiras de educação e saúde na escola, buscando identificar as medidas legais, os sujeitos e as instituições que participaram e participam do processo de construção das políticas em foco. Com base no método, a investigação é conduzida em articulação com as determinações materiais do contexto de crise estrutural do capital e das estratégias de regulação correspondentes. Em âmbito internacional e brasileiro, documentos de políticas propalam a importância das estratégias de educação e saúde na escola para a melhoria da qualidade da educação básica e dos serviços públicos de saúde, bem como para o combate às manifestações da “questão social” e desenvolvimento econômico. Organizações internacionais vem desempenhando papel de relevância no planejamento e desenvolvimento das políticas brasileiras de educação e saúde na escola, contribuindo para a edificação de uma “Agenda Globalmente Estruturada para a Educação” (DALE, 2004). Identifica-se que o PSE estabelece relação direta com três componentes do constructo neoliberal de Terceira Via: a noção de “sociedade civil ativa” e o projeto do “Terceiro Setor”, a ideologia do “capital social” e a teoria do “capital humano”. Desenvolvidos de forma simultânea e complementar, esses componentes integram o projeto educacional burguês contemporâneo voltado à construção de um novo padrão de sociabilidade e reestabelecimento da hegemonia burguesa. Como um instrumento de difusão da “nova pedagogia da hegemonia” (NEVES, 2005), identifica-se que o PSE vem exercendo a função social de contribuir para a disseminação da racionalização ideológica conservadora, na medida em que vem atuando na formação de subjetividades ativas em saúde, adaptadas ao contrato social do neoliberalismo de Terceira Via, assim como de amenizar as manifestações da “questão social” e manter a força de trabalho em condições físicas compatíveis às necessidades de exploração capitalista. Por expressar projetos sociais antagônicos em disputa, o Programa Saúde na Escola, contraditoriamente, ao mesmo tempo em que consiste em um instrumento de difusão da “nova pedagogia da hegemonia”, contribui para a garantia dos direitos sociais básicos à saúde e educação à classe trabalhadora.

Palavras-chave: Políticas públicas de educação e saúde na escola. Políticas internacionais. Políticas brasileiras. Iniciativa das Escolas Promotoras de Saúde. Programa Saúde na Escola.

BARBIERI, Aline Fabiane. **ANALYSIS OF BRAZILIAN PUBLIC POLICIES AND HEALTH EDUCATION IN SCHOOL IN THE CONTEXT OF STRUCTURAL CRISIS OF CAPITAL: SOCIAL ROLE OF PROGRAMA SAÚDE NA ESCOLA.** 245 f. Dissertation (Master in Education) – State University of Maringá. Supervisor: Amélia Kimiko Noma. Maringá, PR, 2014.

ABSTRACT

This dissertation has as its object of study the Brazilian public policies of education and health in school and in particular, addresses the Programa Saúde na Escola (PSE). The overall objective is to analyze the configuration and the social function of Brazilian public policies of education and health in school - in particular, implemented by PSE – and its articulation with international policies of the same type in the context of structural crisis of capital. This is a bibliographic and documentary study, based on the historical-materialist method and the analytical categories: entirety, praxis, mediation, conflict, hegemony, reproduction. Investigates the process of construction of international and Brazilian public policies of education and health in school, trying to identify the legal action, individuals and the institutions that participated and participate in the construction of the political process in focus. Based on the method, the research is conducted in conjunction with the material determinations arising from the context of structural crisis of capital and corresponding control strategies. In Brazilian and international level, policy documents transmit the importance of education and health strategies to improve the quality of basic education and public health services, as well as to combat manifestations of the 'social question' and economic development. International organizations has played a relevant role in the planning and development of Brazilian policies of education and health in school, contributing to the building of an "Structured Globally Schedule for Education" (DALE, 2004). The PSE establishes a direct relationship with the three components of the construct of neoliberal Third Way: the notion of "active civil society" and the project of the "Third Sector", the ideology of "social capital" and the theory of "human capital". Developed simultaneously and complementarily, these components comprise the contemporary bourgeois educational project aimed at construction of a new pattern of sociability and reestablishment of bourgeois hegemony. As an instrument for spreading the "new pedagogy of hegemony" (NEVES, 2005), it is identified that the PSE has been exercising the social function of contributing to the spread of conservative ideological rationalization, in that it is acting in the formation of subjectivities active in health, adapted to the social contract of neoliberalism Third Way as well as to alleviate the manifestations of the "social question" and keep the workforce in physical conditions compatible to the needs of capitalist exploitation. By expressing antagonistic social projects in dispute, the Programa Saúde na Escola, contradictorily, while consisting of an instrument for spreading the "new pedagogy of hegemony," contributes to the guarantee of basic health and education to the working class social rights.

Key words: Public policies of education and health in school. International policies. Brazilian policies. Initiative of the Health Promoting Schools. Programa Saúde na Escola.

LISTA DE SIGLAS E ABREVIACÕES

ABONG – Associação Brasileira de Organizações Não-Governamentais
AGEE – Agenda Globalmente Estruturada para a Educação
AIDS – Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
ALCA – Área de Livre Comércio das Américas
BID – Banco Interamericano de Desenvolvimento
BM – Banco Mundial
CAPES – Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
CEPAL – Comissão Econômica para a América Latina
CIESE – Comissão Intersectorial de Educação e Saúde na Escola
DCN – Diretrizes Curriculares Nacionais
DCNT – Doenças Crônicas Não Transmissíveis
DIEESE – Departamento Intersindical de Estatística e Estudos Socioeconômicos
DST – Doenças Sexualmente Transmissíveis
EJA – Educação de Jovens e Adultos
EPS – Escolas Promotoras de Saúde
EPT – Educação para Todos
ESF – Equipes de Saúde da Família
FHC – Fernando Henrique Cardoso
FMI – Fundo Monetário Internacional
FNDE – Fundo Nacional de Desenvolvimento da Educação
FRESH – Focusing Resources on Effective School Health
FSP-UESP – Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo
GIFE – Grupo de Institutos, Fundações e Empresas
GTI – Grupo de Trabalho Intersectorial
HAS – Hipertensão Arterial Sistêmica
HIV – Vírus da Imunodeficiência Humana
IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDEB – Índice de Desenvolvimento da Educação Básica
IFIs – Instituições Financeiras internacionais
ILAESE – Instituto Latino-Americano de Estudos Socioeconômicos
IPEA – Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada

IUHPE – União Internacional para a Promoção da Saúde e Educação
LDB – Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional
MARE – Ministério de Administração e Reforma do Aparelho do Estado
MDS – Ministério de Desenvolvimento Social e Combate à Fome
MEC – Ministério da Educação
MERCOSUL – Mercado Comum do Sul
MS – Ministério da Saúde
OCDE – Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico
ODM – Objetivos de Desenvolvimento do Milênio
OEI – Organização dos Estados Iberoamericanos para o Desenvolvimento da Educação, Ciência e Cultura
OMC – Organização Mundial do Comércio
OMS – Organização Mundial da Saúde
ONG – Organização Não-Governamental
OPAS – Organização Panamericana de Saúde
PAE – Programas de Ajuste Estrutural
PBA – Programa Brasil Alfabetizado
PBF – Programa Bolsa Família
PCNs – Parâmetros Curriculares Nacionais
PDDE/FEFS – Programa Dinheiro Direto na Escola para o Funcionamento das Escolas nos Finais de Semana
PDE – Plano de Desenvolvimento da Educação
PELC – Projeto Esporte e Lazer da Cidade
PETI – Programa de Erradicação do Trabalho Infantil
PIB – Produto Interno Bruto
PNAD – Política Nacional sobre Drogas
PNAE – Programa Nacional de Alimentação Escolar
PNAN – Política Nacional de Alimentação e Nutrição
PNE – Plano Nacional da Educação
PNPS – Política Nacional de Promoção da Saúde
PNUD – Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento
PNSB – Política Nacional de Saúde Bucal
PPPs – Parcerias Público-Privadas
PROUNI – Programa Universidade para Todos

PSE – Programa Saúde na Escola

PSF – Programa Saúde da Família

PST – Programa Segundo Tempo

SIIED – Sistema Integrado de Informações Educacionais

SIMEC – Sistema Integrado de Monitoramento Execução e Controle

SISAB – Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica

SPE – Projeto Saúde e Prevenção na Escola

SUS – Sistema Único de Saúde

UAB – Universidade Aberta do Brasil

UE – União Europeia

UNAIDS – Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/AIDS

UNESCO – Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura

UNFPA – Fundo de População das Nações Unidas

UNICEF – Fundo das Nações Unidas para a Infância

LISTA DE IMAGENS

Imagem 1: Relação entre saúde, educação, desenvolvimento econômico e pobreza nos documentos das políticas internacionais de saúde 87

Imagem 2: As políticas públicas nacionais relacionadas ao PSE.....175

Imagem 3: Os programas e projetos nacionais parceiros do PSE.....179

LISTA DE QUADROS

Quadro 1: As Conferências Internacionais sobre Promoção da Saúde e os documentos a partir delas publicados.....	65
Quadro 2: Presença estrangeira nos setores da economia brasileira, em 2012.....	98
Quadro 3: Parcelas do Orçamento Geral da União destinadas ao pagamento de juros e amortizações da dívida externa, educação e saúde nos anos de 2012, 2013 e 2014.....	99
Quadro 4: Médias nacionais para o IDEB a serem alcançadas até 2021.....	115
Quadro 5: Principais atores envolvidos na construção das políticas de educação e saúde na escola, em âmbito internacional e nacional.....	143
Quadro 6: Documentos normativos do Programa Saúde na Escola.....	160
Quadro 7: Número de municípios que aderiram ao PSE até o ano de 2013.....	170
Quadro 8: Evolução dos critérios de adesão ao Programa Saúde na Escola (PSE).....	170

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	19
1.1. Objetivos	23
1.2. Problema de pesquisa	24
1.3. Justificativas	24
1.4. Método	26
1.5. Fontes primárias	31
1.6. Estrutura das seções	33
2. POLÍTICAS PÚBLICAS INTERNACIONAIS DE EDUCAÇÃO E SAÚDE NA ESCOLA	34
2.1. A crise estrutural do capital e as novas formas de regulação social	35
2.2. Reação à crise estrutural do capital: reestruturação produtiva, neoliberalismo e contrarreforma do Estado	39
2.3. Crise estrutural, exponenciação da “questão social” e políticas neoliberais	47
2.4. A definição das políticas públicas nacionais a partir de consensos globais	50
2.5. A saúde na Agenda Globalmente Estruturada para a Educação: a intersectorialidade como estratégia para a melhoria da qualidade da educação básica	52
2.5.1. Declaração Mundial sobre Educação para Todos: Satisfação das necessidades básicas de aprendizagem – 1990.....	53
2.5.2. Relatório para a UNESCO da Comissão Internacional sobre Educação para o Século XXI – Relatório Jacques Delors (1996).....	55
2.5.3. O Marco de Ação de Dakar – Educação para todos: atingindo nossos compromissos coletivos – 2000	56
2.5.3.1. Focalizar recursos numa saúde escolar eficaz – Uma abordagem FRESH para alcançar a educação para todos – 2000.....	59
2.6. A educação na agenda global da saúde: o empoderamento para a equidade em saúde	60
2.6.1. Informe Lalonde: Uma nova perspectiva na saúde dos canadenses – 1974...61	

2.6.2. Primeira Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde e a Declaração de Alma-Ata para os Cuidados Primários em Saúde – 1978.....	62
2.6.3. As Conferências Internacionais sobre Promoção da Saúde	64
2.6.3.1. Carta de Ottawa para a Promoção da Saúde – 1986	65
2.6.3.2. Declaração de Adelaide – 1988.....	68
2.6.3.3. Declaração de Sundsvall – 1991	69
2.6.3.4. Declaração de Jacarta – 1997	71
2.6.3.5. Declaração do México – 2000.....	72
2.6.3.6. Carta de Bangkok para a Promoção de Saúde no Mundo Globalizado – 2005	73
2.6.3.7. Apelo para a Ação de Nairobi: acabando com o abismo na implementação da Promoção da Saúde – 2009.....	74
2.6.3.8. Declaração de Helsinque sobre Saúde em Todas as Políticas – 2013	74
2.6.4. Livro Branco – Juntos para a Saúde: Uma abordagem estratégica para a União Europeia (2008-2013).....	75
2.6.5. As Conferências Realizadas na América Latina: A promoção da saúde para o combate às desigualdades sociais e pobreza	76
2.6.5.1. A primeira Conferência de Promoção da Saúde na América Latina e a Declaração de Santafé de Bogotá – 1992.....	80
2.6.5.2. A primeira Conferência de Promoção da Saúde do Caribe e a Carta do Caribe para a Promoção da Saúde – 1993.....	82
2.6.5.3. A III Conferência Latino Americana de Promoção da Saúde e a Carta de São Paulo – 2002.....	83
2.6.5.4. Conferência Internacional de Saúde para o Desenvolvimento – 2007	86
2.6.6. A Iniciativa das Escolas Promotoras de Saúde	87

3. POLÍTICAS PÚBLICAS BRASILEIRAS DE EDUCAÇÃO E SAÚDE NA ESCOLA

3.1. O movimento neoliberal no Brasil e a mercantilização da educação e da saúde	92
3.1.1. A Política Educacional Brasileira a partir dos anos de 1990	101
3.1.1.1. Sobre o processo de descentralização administrativa.....	105
3.1.1.1.1. Notas sobre as políticas intersetoriais	108

3.1.1.2. A Centralização da Definição de Diretrizes Gerais e Avaliação da Educação no Estado	113
3.1.2. A Política Nacional de Saúde a partir da Década de 1990: os embates entre o Projeto de Reforma Sanitária e o Privatista Neoliberal	116
3.2. A saúde na agenda nacional da educação contemporânea: melhoria da qualidade da educação básica para o desenvolvimento econômico e social..	120
3.2.1. O Plano Decenal de Educação para Todos – 1993.....	120
3.2.2. Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional nº 9.394 – 1996	121
3.2.3. Parâmetros Curriculares Nacionais – 1997.....	122
3.2.4. Plano de Desenvolvimento da Educação – 2007.....	123
3.2.5. Diretrizes Curriculares Nacionais Gerais para a Educação Básica – Resolução nº 4, de 13 de julho de 2010	124
3.2.6. Plano Nacional de Educação – 2014	125
3.3. A educação na agenda nacional de saúde: a perspectiva da nova promoção da saúde na política brasileira.....	127
3.3.1. O Marco Inicial da Influência do Movimento da Nova Promoção da Saúde no Brasil: O Relatório da 8ª Conferência Nacional de Saúde.....	127
3.3.2. A Constituição Federal de 1988: A educação e a saúde como direitos sociais e a criação Sistema Único de Saúde (SUS).....	130
3.3.3. A lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990 e a institucionalização do SUS ...	132
3.4. As iniciativas de educação e saúde na escola a partir da década de 1990: a inserção do ideário das Escolas Promotoras de Saúde no Brasil.....	135
3.4.1. As Escolas Promotoras de Saúde no Brasil.....	136
3.4.2. O Projeto Saúde e Prevenção nas Escolas – 2003.....	139
3.4.3. A Política Nacional de Promoção da Saúde – 2006	140
4. PROGRAMA SAÚDE NA ESCOLA: UM INSTRUMENTO DE FORMAÇÃO PARA A NOVA SOCIABILIDADE DO CAPITAL?	144
4.1. O poder da ideologia e da racionalidade ideológica para a nova sociabilidade do capital	145
4.2. O revisionismo do neoliberalismo ortodoxo e a Terceira Via	149
4.3. O projeto educativo do neoliberalismo de Terceira Via para a formação do novo padrão de sociabilidade: a “nova pedagogia da hegemonia”	156
4.4. O Programa Saúde na Escola (PSE).....	160

4.4.1. As políticas nacionais relacionadas ao PSE	175
4.4.2. Programas e projetos nacionais parceiros do PSE.....	178
4.5. O Programa Saúde na Escola como instrumento de difusão da “nova pedagogia da hegemonia”	183
4.5.1. A “Nova Pedagogia da Hegemonia” e o Programa Saúde na Escola: incentivos à formação da “sociedade civil ativa” e do “Terceiro Setor”	184
4.5.2. A “Nova Pedagogia da Hegemonia” e o Programa Saúde na Escola: A promoção do “capital social”	189
4.5.3. A “Nova Pedagogia da Hegemonia” e o Programa Saúde na Escola: O compartilhamento dos princípios da teoria do “capital humano”	193
4.5.4. A “Sociedade Civil Ativa” e o “Terceiro Setor”, o “Capital Social” e o “Capital Humano” no âmbito do Programa Saúde na Escola: A perspectiva do protagonismo juvenil.....	197
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS	206
REFERÊNCIAS	213
APÊNDICE	241

1. INTRODUÇÃO

Esta dissertação tem como objeto de estudo as políticas públicas¹ brasileiras de educação e saúde na escola² e, em específico, aborda o Programa Saúde na Escola (PSE), instituído em 2007 durante o governo de Luiz Inácio Lula da Silva e que continua em vigor no mandato da presidente Dilma Rousseff.

Adota-se, nesta pesquisa, o conceito amplo de educação como expresso na Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (LDB), n. 9.394/96, Art. 1º. Sendo assim, o termo educação refere-se aos “[...] processos formativos que se desenvolvem na vida familiar, na convivência humana, no trabalho, nas instituições de ensino e pesquisa, nos movimentos sociais e organizações da sociedade civil e nas manifestações culturais” (BRASIL, 1996, p. 1). No tocante ao termo saúde, compartilha-se a concepção veiculada pelo Relatório Final da 8ª Conferência Nacional de Saúde de que “[...] 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 a serviços de saúde” (BRASIL, 1986, p. 04).

Historicamente no Brasil, as práticas de intervenção em saúde na escola foram desenvolvidas nos moldes da higiene escolar, tendência caracterizada por ações sanitárias. Aplicadas nos primeiros anos da República (final do século XIX e início do século XX), um dos principais motivos que justificaram tais intervenções foi a proliferação de doenças nos cortiços e habitações coletivas.

¹ Com base em Pereira (2008), compreende-se política pública como ações elaboradas e formuladas para concretizar direitos sociais conquistados e atender a demandas sociais legítimas. Antes de ser apenas o resultado da atividade política do Estado ou governo, a política pública envolve a ação ativa da sociedade e, portanto, correlação de forças e conflitos de interesses. Refere-se, deste modo, a “[...] um conjunto de decisões e ações que resulta ao mesmo tempo de ingerências do Estado e da sociedade [...]” (p. 95).

² Nos documentos relacionados ao Programa Saúde na Escola e nos textos da literatura científica que tratam da temática da educação e saúde na escola, é possível identificar a utilização de termos como: “educação em saúde”, “educação para a saúde”, “educação e saúde”, “educação popular em saúde”, “educação permanente em saúde”, “saúde escolar” e “saúde na escola”. Há uma relação entre as expressões, no entanto, como são portadoras de diferentes significados não devem ser utilizadas como similares, como é explicitado na seção “Apêndice” desta dissertação.

Nesse contexto, práticas de prescrição sanitária tornaram-se necessárias, haja visto que doentes, delinquentes e deficientes “[...] não correspondiam ao que os republicanos esperavam dos cidadãos que iriam levar a Nação ao progresso” (VILELA, 2011, p. 15).

Não obstante ao reconhecimento do papel desempenhado pelas ações em educação e saúde no Brasil, destaca-se que foi somente nos anos de 1930 que estas ações passaram a compor a agenda política do governo nacional. Atribui-se tal fato especialmente à preocupação de Getúlio Vargas com as altas taxas de mortalidade presentes na época. Nesse período, pelotões de saúde visitavam escolas públicas para prescreverem regras e normas de comportamento relacionados aos preceitos de higiene. Cuidados físicos e morais eram considerados fundamentais para o projeto de desenvolvimento da nação (VILELA, 2011). Um marco na articulação entre os setores de saúde e educação foi a criação do Ministério da Educação e Saúde Pública³ em 1937 (BRASIL, 2009a).

Durante o período de ditadura civil-militar, mais especificamente em 1971, os conteúdos relacionados à saúde foram estabelecidos como componentes curriculares com a publicação da segunda Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional, nº 5.692. No texto da lei: “Art. 7º Será obrigatória a inclusão de Educação Moral e Cívica, Educação Física, Educação Artística e Programas de Saúde nos currículos plenos dos estabelecimentos de 1º e 2º graus [...]” (BRASIL, 1971).

Nos anos de 1980, devido a atuação de movimentos populares, começou a ser elaborada no Brasil uma nova concepção de saúde, distinta da visão biologistica predominante até então. A publicação da “Carta de Ottawa”, em 1986 (OMS, 1986), foi decisiva nesse processo. Ao disseminar uma concepção de saúde mais ampla do que a ausência de doenças, o documento serviu de referência para a construção de uma nova concepção de saúde no âmbito da política brasileira, envolvendo bases mais ampliadas e participativas. Durante a década de 1980, período marcado por intensos embates populares, sobretudo pela garantia de direitos sociais, começou a ganhar espaço no Brasil um conceito ampliado de educação e saúde, de raízes internacionais, fortalecendo ainda mais a ligação entre esses dois setores.

³ Além das ações em educação e saúde, este Ministério desenvolvia práticas relacionadas ao esporte e meio-ambiente. Com a separação entre os Ministérios da Educação e da Saúde, ocorrida em 1953, o Ministério da Educação ficou encarregado das obrigações referentes ao que se convencionou chamar de “Saúde do Escolar” (BRASIL, 2009).

Na legislação brasileira de educação, documentos publicados a partir dos anos de 1990 afirmaram a importância da saúde na escola. Dentre eles, pode-se apontar a Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional nº 9.394/96 (BRASIL, 1996) e as Diretrizes Curriculares Nacionais Gerais para a Educação Básica, instituídas pela Resolução nº 4 de 2010 (BRASIL, 2010a). Nesses documentos, as práticas de saúde no cotidiano escolar estão relacionadas à proposta de construção da escola de qualidade, que seria capaz de garantir o pleno desenvolvimento do educando, bem como ganhos na economia nacional.

Políticas públicas englobando ações articuladas entre educação e saúde, baseadas em uma perspectiva ampliada, foram fortalecidas no Brasil a partir da década de 1990, sobretudo em resposta ao surto da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS) que atingiu a população brasileira nesse período. Essas ações se desenvolveram mediante a forte influência da concepção de Escolas Promotoras de Saúde (EPS) – oriunda do Movimento da Nova Promoção da Saúde, iniciado formalmente no Canadá na década de 1970 – reconhecida e legitimada no âmbito da América Latina pela Organização Panamericana de Saúde (OPAS)⁴ a partir de 1995 (VALADÃO, 2004).

O desencadeamento do esforço nacional para a disseminação da concepção de EPS no Brasil ocorreu na última década do século XX. Podem ser consideradas expressões deste esforço a implementação do Projeto Saúde e Prevenção nas Escolas (SPE), em 2003, e da Política Nacional de Promoção de Saúde, em 2006 (BRASIL, 2006).

Atualmente, a política pública nacional de educação e saúde na escola vem sendo desenvolvida pelo Programa Saúde na Escola (PSE), signatário do Movimento da Nova Promoção da Saúde e da iniciativa das Escolas Promotoras de Saúde. Articulado ao Programa Saúde da Família (PSF)⁵, o PSE é divulgado como uma política de caráter intersetorial e interministerial, uma vez que resulta da

⁴ A OPAS é uma instituição regional da Organização Mundial da Saúde e também faz parte da Organização dos Estados Americanos (OEA) e da Organização das Nações Unidas (ONU). Propala atuar para a melhoria das condições de saúde dos países das Américas e ter como missão “[...] orientar os esforços estratégicos de colaboração entre os Estados membros e outros parceiros, no sentido de promover a equidade na saúde, combater doenças, melhorar a qualidade de vida e elevar a expectativa de vida dos povos das Américas” (OPAS, 2014).

⁵ Lançado em 1994, o Programa Saúde da Família (PSF) marcou a consolidação do Sistema Único de Saúde. Com base no princípio da intersetorialidade, esse Programa atua por meio de estratégias voltadas à promoção, prevenção, recuperação e manutenção da saúde de famílias e comunidades brasileiras (BRASIL, 2013f).

parceria entre Ministério da Saúde (MS) e Ministério da Educação (MEC) (BRASIL, 2007a). Aliás, a intersetorialidade é um dos pilares centrais desse Programa. Toda a legislação, materiais de apoio e políticas que envolvem sua execução estão eivados pelo incentivo às parcerias entre os diversos setores e atores sociais.

O PSE compartilha dos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), a saber: integralidade, equidade, universalidade, descentralização e participação social. No Art. 4º do Decreto presidencial de 2007, consta que as ações referentes à saúde “[...] previstas no âmbito do PSE considerarão a atenção, promoção, prevenção e assistência, e serão desenvolvidas articuladamente com a rede de educação pública básica e em conformidade com os princípios e diretrizes do SUS” (BRASIL, 2007a).

Os documentos orientadores do PSE expressam a concepção de que a escola é um espaço amplo de convivência, portanto, instituição em que se desenvolve não somente o processo de ensino-aprendizagem, mas relações sociais que interferem diretamente na produção social da saúde. Tendo em vista tais aspectos, ao PSE é atribuída a tarefa de contribuir para a construção de uma escola capaz de proporcionar o desenvolvimento integral dos estudantes e de promover o acesso da comunidade escolar em programas de saúde, de modo a formar cidadãos críticos e capacitados para o enfrentamento das vulnerabilidades que possam comprometer o desenvolvimento dos educandos (BRASIL, 2011a).

Almejando a superação das ações individualizadas nos campos da saúde e da educação, a proposta do Programa Saúde na Escola consiste em articular o SUS ao sistema público de ensino. Busca-se, com isso, promover o diálogo, a troca de saberes e experiências entre setores com vistas a aumentar a qualidade dos sistemas públicos de saúde e educação no Brasil.

O PSE divulga a intenção de contribuir para a formação ampla para a cidadania e o usufruto pleno dos direitos sociais à saúde e à educação, em conformidade com a Declaração Universal dos Direitos Humanos⁶ (ONU, 2000) – primeiro documento a reconhecer internacionalmente a saúde e a educação como direitos humanos fundamentais – e com a Constituição Federal de 1988 (BRASIL,

⁶ A Declaração Universal dos Direitos Humanos foi adotada pela Resolução 217 A (III) da Assembleia Geral das Nações Unidas, em 1948 e, desde então, é referência para as ações políticas internacionais, particularmente de países membros da Organização das Nações Unidas (ONU, 2000).

1988) – primeira carta magna a firmar a saúde e a educação como direitos sociais no Brasil.

Até a publicação da Portaria Interministerial nº 1.413, de julho de 2013 (BRASIL, 2013m), a perspectiva de garantia de direitos⁷ no âmbito do PSE estava circunscrita aos municípios em situação de vulnerabilidade no campo da educação e saúde, no caso, aqueles com resultados insatisfatórios no Índice de Desenvolvimento da Educação Básica (IDEB)⁸. Ademais, somente poderiam pleitear o PSE os municípios que, além de contarem com a atuação do Programa Saúde da Família em seus territórios, estivessem articulados ao Programa Mais Educação⁹. Com a publicação da Portaria Interministerial nº 1.413, as regras e critérios para adesão ao Programa Saúde na Escola foram redefinidos, de forma que todos os municípios e Distrito Federal se tornaram legalmente aptos a assinar o Termo de Compromisso Municipal ou do Distrito Federal. Fato que representou importante avanço na afirmação do PSE como política pública (VIEIRA, 2013).

1.1. Objetivos

O objetivo geral desta dissertação é analisar a configuração e a função social de políticas públicas brasileiras de educação e saúde na escola – em especial, a implementada por meio do Programa Saúde na Escola (PSE) no período de 2007 a 2014 – e a sua articulação com políticas internacionais de mesmo tipo no contexto de crise estrutural do capital.

Para alcançar o proposto, são definidos três objetivos específicos:

⁷ Concorda-se com Martins (2009, p. 82) quando aponta que os direitos: “[...] nunca foram resultantes da percepção “benevolente” dos funcionários do aparelho do Estado ou do capital. Elas sempre foram questão política e econômica determinadas pela luta de classes, envolvendo estágio da organização da produção e a correlação de forças existentes. Portanto elas não são concessões”.

⁸ O Índice de Desenvolvimento da Educação Básica (IDEB) foi criado pelo Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira (INEP) em 2007 e: “Sintetiza dois conceitos igualmente importantes para a qualidade da educação: aprovação e média de desempenho dos estudantes em língua portuguesa e matemática. O indicador é calculado a partir dos dados sobre aprovação escolar, obtidos no Censo Escolar, e médias de desempenho nas avaliações do Inep, o Saeb e a Prova Brasil” (INEP, 2011, p. 1). É uma das principais ferramentas utilizadas na atualidade para aferir a qualidade e a vulnerabilidade no âmbito da educação básica brasileira.

⁹ O Programa Mais Educação foi instituído pela Portaria Interministerial nº 17/2007 e busca ampliar o ambiente escolar por meio do oferecimento de atividades optativas extracurriculares atendendo, prioritariamente, escolas que apresentam baixo IDEB (BRASIL, 2007c).

1) Analisar os principais elementos de políticas públicas internacionais de educação e saúde na escola que influenciam a constituição da agenda dessas políticas no âmbito brasileiro;

2) Analisar os principais elementos da configuração da política pública brasileira de educação e saúde na escola, implementada pelo Programa Saúde na Escola no período de 2007 a 2014;

3) Investigar a função social da política pública brasileira para a educação e saúde na escola e sua relação com políticas de regulação social implantadas no contexto da crise estrutural da ordem sociometabólica do capital.

1.2. Problema de pesquisa

O problema de pesquisa pode ser expresso pelas seguintes indagações: a) De que maneira se configuram as políticas públicas direcionadas à educação e saúde na escola, em âmbito internacional e nacional, na transição do século XX para o XXI? b) De que modo se processa a influência das agências internacionais na constituição da agenda nacional de políticas públicas de educação e saúde na escola? c) Que medidas legais foram aprovadas e que principais sujeitos e instituições participaram do processo de construção e elaboração do Programa Saúde na Escola (PSE) no período de 2007 a 2014? d) Nos documentos de políticas analisados, que função social é atribuída à educação e saúde na escola?

1.3. Justificativas

O processo de levantamento e revisão da literatura, até então realizado, possibilitou identificar a existência de diversos estudos científicos abrangendo discussões relacionadas à saúde e à educação em âmbito escolar. Dentre os autores que tratam desta questão, pode-se citar: Gouvêa (2001), Lomônaco (2004), Mainardi (2010) e Vilela (2011) e Brito, Silva e França (2012). Entretanto, não são muitos os estudos científicos relacionados à política pública brasileira de educação e saúde na escola, implementada pelo Programa Saúde na Escola (PSE). A esse respeito é possível destacar os trabalhos de Vieira e Furtado (2010), Vieira e Vieira (2011), Eberhardt e Reis (2011), Albuquerque e Menezes (2011), Ferreira, Vosgerau, Moysés e colaboradores (2012), Carvalho (2012), Tusset (2012), Ferreira

(2012), Vasconcelos e Cordeiro (2013), Vieira (2013), Felix (2013), Tabosa, Paes, Ferreira e colaboradores (2013), Ferreira, Moysés, França e colaboradores (2014) e Camargo, Santos, Pereira e colaboradores (2014). Entende-se com base em tal constatação que a proposta de pesquisa ora apresentada detém justificativa científica por pretender contribuir para a ampliação do conhecimento já produzido sobre essa temática.

Outro ponto que torna relevante esta pesquisa é que, apesar dos recorrentes cortes de verbas que vêm sendo realizados nos setores sociais, os Ministérios da Saúde e da Educação – responsáveis diretos pelo PSE – ainda recebem significativas quantias de dinheiro público. Além disso, vale destacar que o valor repassado ao Programa Saúde na Escola pode aumentar nos próximos anos, por conta do projeto de universalização do PSE. Esta é uma meta do MS e do MEC a ser alcançada até 2015, contida no Seminário Integrado de Política de Saúde na Escola, realizado em 2012 (BUENO, 2012), e no Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022 (BRASIL, 2011b).

Este estudo também possui relevância por pretender romper com o processo de naturalização e simplificação que acompanha o entendimento das políticas públicas de educação e saúde na escola e os principais conceitos por ela envolvidos como, por exemplo, “participação social”, “equidade”, “vulnerabilidade social” e “empoderamento”. Aliás, a tendência à naturalização dos fenômenos sociais é uma característica da sociedade capitalista que ao “[...] transformar as relações sociais em relações entre coisas, faz com que essas relações apareçam como se fossem naturais”, como explicam Marx e Engels (2009, p. 10).

A pretensão de realizar uma análise crítica acerca do Programa Saúde na Escola se torna ainda mais válida quando se leva em consideração o público alvo desta política: alunos da rede pública de ensino, portanto, os filhos da classe trabalhadora. Compreende-se que isso confere relevância social a este estudo na medida em que a análise da função social da política em foco poderá oferecer aos educadores e à classe trabalhadora elementos para o desvelamento das estratégias políticas de regulação social que vem sendo utilizadas pelo Estado para lidar com as expressões da “questão social”¹⁰ nesse momento histórico.

¹⁰ Com base em Iamamoto e Carvalho (1991, p. 77), compreende-se que a “[...] questão social não é senão as expressões do processo de formação e desenvolvimento da classe operária e de seu

Por fim, entende-se que esta pesquisa se justifica ainda por contar com a disponibilidade de fontes para a realização de estudo, expressas em documentos internacionais e nacionais de políticas públicas.

1.4. Método

Adota-se o materialismo-histórico como referencial teórico e metodológico para a interpretação da realidade e para a abordagem do objeto em investigação. Para sua efetivação, são utilizadas as seguintes categorias analíticas: práxis, totalidade, contradição, mediação, hegemonia e reprodução.

A categoria da práxis, conforme Netto e Braz (2006), engloba as diversas objetivações humanas. Por essa razão, a utilização dessa categoria justifica-se pela compreensão das políticas como parte do mundo social construído e constantemente reconstruído pelos homens. Por isso, as políticas públicas abordadas não são aqui entendidas e analisadas enquanto particularidades isoladas do todo social. Pelo contrário, nessa perspectiva, concebe-se que as políticas nacionais de educação e saúde na escola não podem ser satisfatoriamente compreendidas se sua análise for descolada das políticas internacionais do mesmo tipo, por estarem conectadas a uma totalidade histórica. Considerando que a totalidade é categoria teórico-ontológica basilar, os documentos de políticas são analisados como singularidades que se relacionam dialeticamente com totalidades mais amplas do modo de produção social.

A categoria da práxis¹¹, essencial ao trabalho interpretativo realizado nesta dissertação, é fundamental para a análise das ações humanas que se consolidam por meio das políticas públicas de educação e saúde. Isso significa o entendimento de que o objeto em estudo só pode ser efetivamente aprendido no campo

ingresso no cenário político da sociedade, exigindo seu reconhecimento como classe por parte do empresariado e do Estado. É a manifestação, no cotidiano da vida social, da contradição entre o proletariado e a burguesia, a qual passa a exigir outros tipos de intervenção, mais além da caridade e repressão". Pode-se citar como exemplos de expressão da questão social a pobreza, a miséria e a desigualdade social.

¹¹ É como práxis que o homem concretiza sua condição humana social e histórica de ser humano genérico, que só existe pela sua constituição em sociedade. A categoria da práxis, ao abranger todas as objetivações humanas, "[...] permite apreender a riqueza do ser social desenvolvido: verifica-se, na e pela práxis, como, para além de suas objetivações primárias, constituídas pelo trabalho, o ser social se projeta e se realiza nas objetivações materiais e ideais da ciência, da filosofia, da arte, construindo um mundo de produtos, obras e valores – um mundo social, humano enfim, em que a espécie humana se converte inteiramente em **gênero humano**" (NETTO; BRAZ, 2006, p. 44, grifo dos autores).

contraditório da práxis de determinado tempo e contexto históricos. Ao interpretar o homem como ser que produz e se autoproduz, a política brasileira de educação e saúde na escola, expressa pelo Programa Saúde na Escola, é compreendida como construção humana configurada por determinadas relações sociais em um momento histórico específico. Isso implica a compreensão de que essa política não é um todo acabado, mas sim uma totalidade histórica em constante transformação.

Como o Programa Saúde na Escola é uma política instituída no ano de 2007, é fundamental considerar a configuração do contexto histórico contemporâneo, caracterizado pela crise estrutural do capital e pela conseqüente intensificação das expressões da “questão social” que, por sua vez, passaram a exigir novas formas de controle e regulação social. Também é necessário demonstrar as relações existentes entre o PSE e as demais políticas nacionais, como por exemplo, a Política Nacional de Promoção da Saúde e a Política Nacional de Alimentação e Nutrição, bem como as políticas e iniciativas internacionais, como o Projeto Saúde e Prevenção nas Escolas e o Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/Aids, que, em seu conjunto, atendem a interesses do capital global relacionados a uma agenda internacionalmente estruturada.

Com base na perspectiva da totalidade, parte-se da prioridade ontológica da economia em relação aos demais complexos sociais, visto que a “[...] primeira premissa de toda a história humana é, naturalmente, a existência de indivíduos humanos vivos” (MARX; ENGELS, 2009, p. 24). Observa-se, desse modo, que diferentemente da forma como comumente se compreende o termo economia na atualidade, Marx e Engels utilizavam essa terminologia para se referir às formas de produção e de reprodução da vida que expressam os modos de ser do ser social.

Todavia, é importante esclarecer que a prioridade ontológica da esfera econômica não indica que este deve ser o único fator a ser observado na análise da realidade, desconsiderando os demais como os culturais e políticos, por exemplo. Marx e Engels “[...] sustentavam tão somente a tese segundo a qual *a produção e a reprodução da vida real apenas em última instância* determinavam a história [...]” (NETTO, 2011, p. 14, grifos do autor)¹². Também não indica que os demais

¹² Sobre a prioridade ontológica do fator econômico sugere-se consultar as cartas de Friedrich Engels para Joseph Bloch, de 21-22 de setembro de 1890 (ENGELS, 1890) e as cartas de Friedrich Engels para W. Borgius, de 25 de janeiro de 1894 (ENGELS, 1894). Na carta destinada a Bloch, Engels (1890, p. 1, grifos do autor) é enfático ao afirmar que, segundo “[...] a concepção materialista da história, o elemento determinante *final* na história é a produção e reprodução da

complexos sociais sejam meros reflexos da categoria trabalho. Embora derivem dessa categoria, tais complexos possuem certa autonomia relativa, que lhes permite exercer papel ativo na realidade (LUKÁCS, 1981).

Considerar a prioridade ontológica da base material significa, no caso desta pesquisa, compreender que a política nacional e internacional de educação e saúde na escola tem por base de sustentação a própria materialidade da práxis social. Isso significa que nem o Estado, nem tampouco suas políticas são aqui compreendidos como entidades autônomas e independentes das objetivações materiais e ideais humanas da transição do século XX para o XXI.

Para que os múltiplos determinantes do objeto de pesquisa sejam explicitados, suas fontes são entendidas como particularidades a serem articuladas a uma totalidade histórica, o que evidencia o importante papel desempenhado pela categoria da mediação neste estudo. Ademais, a categoria da mediação exerce papel fundamental para a realização do processo investigativo, dada a necessidade de se descobrir as relações existentes entre os complexos e as singularidades que compõem a totalidade (NETTO, 2011). A adoção dessa categoria subsidia a articulação entre os aspectos singulares e universais desta pesquisa, não permitindo o tratamento e análise dos documentos de políticas como particularidades isoladas. Por isso, a adoção da categoria da mediação é imprescindível na presente pesquisa para estabelecer as ligações necessárias entre o objeto particular de pesquisa e os demais objetos e/ou complexos da realidade que o cercam, de forma dialética e não mecânica.

A categoria da contradição é a base de uma metodologia dialética, devido a sua capacidade de expressar o movimento real da história (CURY, 1986). Portanto, sua adoção permite analisar o Programa Saúde na Escola como um fenômeno imerso em um contexto contraditório, marcado pela contraposição de forças entre classes com interesses sociais opostos e antagônicos. Importa, pois, compreendê-lo como produto de embates entre dois principais grupos: a) dos representantes dos interesses populares, que luta em prol da garantia da saúde e da educação como direitos sociais a serem efetivados pelo Estado e b) dos representantes dos setores

vida real. Mais do que isso, nem eu e nem Marx jamais afirmamos. Assim, se alguém distorce isto afirmando que o fator econômico é o *único determinante*, ele transforma esta proposição em algo abstrato, sem sentido e em uma frase vazia”.

privatistas que, de forma oposta ao grupo anterior, age com vistas à mercadorização desses direitos sociais.

Considerando o exposto e o fato desta pesquisa ter como objeto de investigação uma política pública – período de 2007 a 2014 –, é fundamental analisar as mediações realizadas pelo Estado, sujeito desencadeador de políticas, bem como as mediações empreendidas pelos governos de Luiz Inácio Lula da Silva e de Dilma Rousseff.

O tratamento das mediações realizadas pelo Estado, governos e grupos de sujeitos da sociedade civil precisa ser acompanhado, por sua vez, pelo exame da atuação das agências internacionais envolvidas direta e indiretamente no planejamento, implementação e manutenção das políticas de educação e saúde na escola. Dentre estas, podem ser citadas as que integram a Organização das Nações Unidas (ONU): a Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura (UNESCO)¹³, Fundo das Nações Unidas para a Infância (Unicef)¹⁴, a Organização Pan-americana de Saúde (OPAS), a Organização Mundial da Saúde (OMS)¹⁵ e o Banco Mundial¹⁶.

Os acordos e compromissos que ocorrem por intermédio dessas instituições multilaterais estão relacionados, sobretudo, à construção de consensos, fundamentais para a implementação de políticas que atendem aos interesses de setores hegemônicos do capital internacional e nacional. Considerando que a categoria da hegemonia está relacionada à busca pelo estabelecimento e manutenção do consenso e formação do senso comum, essenciais à manutenção da direção cultural e ideológica dada pela classe ou por frações de classe no poder, e considerando que o Programa Saúde na Escola veicula conceitos que corroboram com a formação deste consenso, entende-se que a utilização da categoria hegemonia encontra justificativa neste estudo.

¹³ A Unesco, fundada em 1945, é a agência do sistema ONU especializada em educação, ciência, cultura e comunicação. Propala ter como missão a consolidação da paz, a erradicação da pobreza, a promoção do desenvolvimento sustentável e do diálogo intercultural por meio da educação, da ciência e da cultura (UNESCO, 2014a).

¹⁴ O Unicef foi criado em 1946 pela Organização das Nações Unidas (ONU) e tem fixação no Brasil desde 1950. Propala ter como principal missão assegurar o cumprimento dos direitos humanos de crianças e adolescentes, prioritariamente, em países pobres (UNICEF, 2014).

¹⁵ A OMS é a agência da ONU especializada em saúde. Fundada em 1948, tem por objetivo elevar o padrão de saúde mundial.

¹⁶ O Banco Mundial é uma instituição financeira criada em 1945 na Conferência de Bretton Woods. Formado pelo Banco Internacional para Reconstrução e Desenvolvimento (BIRD) e pela Associação Internacional de Desenvolvimento (AID), o Banco Mundial atua no financiamento do desenvolvimento de países pobres (BANCO MUNDIAL, 2014).

Assim, tendo em vista que o Programa Saúde na Escola pode estar servindo como mediador ao processo de produção e reprodução de conceitos e valores necessários à manutenção desse modo societário, a utilização da categoria da reprodução também se justifica neste estudo, concebendo que ela diz respeito à tendência existente em todos os modos de produção à autoconservação do sistema social vigente, por meio de suas instituições específicas (CURY, 1986).

Portanto, as categorias da reprodução e da hegemonia são fundamentais para subsidiarem a análise, visto que permitem compreender a funcionalidade das políticas públicas de educação e saúde na escola e, em particular, o Programa Saúde na Escola no atual processo de reprodução e legitimação das estratégias de regulação social do capitalismo contemporâneo.

Pautando-se, dessa forma, nas categorias assinaladas e com vistas a atingir a essência do objeto de pesquisa em questão, o discurso do Programa Saúde na Escola e dos demais documentos de políticas relacionados são tomados como pontos de partida desta pesquisa. Faz-se necessário, assim, não reduzir a explicação das políticas públicas de educação e saúde na escola nos limites dos discursos propalados por seus documentos, pretende-se explicitar as ações dos sujeitos, instituições, ações estatais e governamentais que instituíram e que mantêm essas políticas em vigência. Portanto, é fundamental ultrapassar a esfera da política destinada às crianças, jovens e adultos da educação escolar, relacionando o PSE a interesses distintos.

Considerando que o processo de conhecimento tem que transcender a prática cotidiana pelo simples fato de que o movimento do real não é imediatamente visível, como aponta Cury (1986), as fontes deste estudo são interrogadas de modo a refletir o que as determina estruturalmente. Isso ocorre, pois esses registros, assim como os demais complexos sociais, expressam determinações históricas que não estão dadas na fonte em si. Em consonância, fundamentando-se em Evangelista (2012, p. 63), assume-se a postura de que os documentos que compõem as fontes desta investigação “[...] são produtos de informações selecionadas, de avaliações, de análises, de tendências, de recomendações, de proposições. Expressam e resultam de uma combinação de intencionalidades, valores e discursos; são constituídos pelo e constituintes do momento histórico”.

Nesse sentido, a autora enfatiza que “[...] ao se tratar de política é preciso ter clareza de que eles não expõem as ‘verdadeiras’ intenções de seus autores e nem a

‘realidade’” (EVANGELISTA, 2012, p. 63). Dito de outra forma, os significados das fontes ultrapassam o que é expresso textualmente. Ou seja:

O que a fonte silencia pode ser mais importante que o que proclama, razão pela qual nosso esforço deve ser o de apreender o que está dito e o que não está. Ler nas entrelinhas parece recomendação supérflua, entretanto, deve-se perguntar-lhe o que oculta e por que oculta: fazer sangrar a fonte (EVANGELISTA, 2012, p. 64).

Para a apropriação adequada do conteúdo dos documentos de políticas, o método utilizado é imprescindível, pois implica um modo de tratamento, análise e interpretação das fontes que servem de alicerce às políticas públicas de educação e saúde na escola. Cabe ao investigador:

[...] encontrar o sentido dos documentos e com eles construir conhecimentos que permitam não apenas o entendimento da fonte, mas dos projetos históricos ali presentes e das perspectivas que – não raro obliteradas no texto – estão em litígio e em disputa pelo conceito, pelo que define o mundo, pelo que constrói a história. (EVANGELISTA, 2012, p. 59).

A presente pesquisa é de caráter teórico, os procedimentos usados são de cunho bibliográfico e documental. A técnica documental é empregada para coletar dados em fontes primárias (MARCONI; LAKATOS, 2008). Uma das técnicas documentais utilizada para coletar dados é a *home page*, descrita por Krokosz (2011) como uma fonte escrita primária que contém arquivos institucionais divulgados em meio eletrônico e de acesso público.

1.5. Fontes primárias

Partindo do pressuposto de que as fontes são elementos fundamentais para a pesquisa científica, adota-se a concepção de fonte, expressa por Ragazzini (2001, p. 14), como sendo “[...] uma ponte, um veículo, uma testemunha, um lugar de verificação, um elemento capaz de propiciar conhecimentos acertados sobre o passado”. Isso porque somente com sua cuidadosa utilização o pesquisador pode imprimir a fidedignidade, a coerência e a relação com a realidade necessária a um estudo científico, especialmente àqueles pautados na perspectiva materialista-

histórica. Em outras palavras, tal postura significa que o reconhecimento¹⁷ das fontes pelo pesquisador é imprescindível para o processo de compreensão de determinado objeto de pesquisa em um determinado momento histórico.

No caso desta pesquisa, cujo objeto de análise são as políticas nacionais de educação e saúde na escola, em especial o Programa Saúde na Escola, as fontes primárias selecionadas são documentos de políticas públicas entendidos como:

[...] leis, documentos oficiais e oficiosos, dados estatísticos, documentos escolares, correspondências, livros, textos e correlatos. Contudo, documento pode ser qualquer tipo de registro histórico – fatos, diários, arte, música, entrevistas, depoimentos, filmes, jornais, revistas, *sítes*, e outros – e compõem a base empírica da pesquisa, neste caso aquele destinado à difusão de diretrizes políticas para a educação e será analisado como fonte primária. Ressalte-se que não há “superioridade” de um documento sobre o outro. Todos os documentos são importantes quando definidos no âmbito de um projeto de produção de conhecimento cuja finalidade seja a de compreender objetivamente o mundo e sobre ele agir conscientemente (EVANGELISTA, 2012, p. 52).

Nesse sentido, para a realização desta dissertação foram selecionados e reunidos diversos documentos, internacionais e nacionais, relacionados direta ou indiretamente ao objeto específico a ser pesquisado.

No âmbito das políticas públicas internacionais de educação e saúde na escola, são analisados documentos elaborados, publicados e divulgados por agências do sistema ONU tais como declarações, cartas, informes e relatórios, relacionados ao campo da educação, da saúde e da educação e saúde.

No domínio das políticas nacionais, as fontes selecionadas e analisadas são documentos de políticas de educação, de políticas de saúde e de políticas de educação e saúde na escola. São analisados documentos elaborados e publicados pelo Ministério da Educação junto a outros órgãos nacionais e agências internacionais. Dentre estes, constam documentos normativos e orientadores da política educacional brasileira como leis, planos, parâmetros e diretrizes. Quanto às fontes nacionais relacionadas às políticas públicas de saúde brasileiras, são examinados relatórios, leis e projetos publicados pelo Ministério da Saúde,

¹⁷ Entende-se que o pesquisador seleciona, identifica e destaca fontes de estudo com base nas necessidades apresentadas à compreensão de seu objeto de pesquisa. Ele não as cria puramente a partir de um esforço intelectual. As fontes são produções humanas postas na materialidade, portanto, objetivações sociais. Por isso, antes de habitarem o pensamento e consciência do pesquisador, as fontes de estudo constituem a realidade concreta.

documentos normativos e orientadores que dão sustentação à política pública de saúde no Brasil.

1.6. Estrutura das seções

Esta dissertação está estruturada em três principais seções, além da introdução e das considerações finais.

Na primeira seção deste trabalho, são analisados os principais elementos das políticas públicas internacionais de educação e saúde na escola. Aborda-se como as ações em saúde foram, cada vez mais, ganhando espaço na agenda educacional mundial, especialmente a partir dos anos de 1990 e, da mesma forma, como a educação foi sendo chamada a contribuir para o alcance dos grandes objetivos impressos na agenda internacional da saúde, constituindo as bases para as iniciativas intersetoriais contemporâneas de educação e saúde na escola.

Na segunda seção, o objetivo é analisar os principais elementos da política pública brasileira de educação e saúde na escola. Buscando seguir a mesma sistemática da seção anterior, tratam-se, primeiramente, dos documentos da agenda educacional brasileira com o intuito de identificar o papel depositado às ações em saúde nessa agenda. Na sequência, destaca-se a importância dada à educação nos documentos das políticas públicas de saúde no Brasil. Por fim, discorre-se sobre as estratégias intersetoriais contemporâneas de educação e saúde na escola no Brasil, com vistas a alcançar o Programa Saúde na Escola.

A terceira seção é dedicada à apreensão dos pilares teórico-ideológicos do Programa Saúde na Escola, com o fito de contribuir para a elucidação acerca da função social dessa política pública nacional de educação e saúde na escola. Argumenta-se que o programa foi implementado no Brasil em consonância às necessidades criadas pelo movimento de reorganização do capital em âmbito internacional e nacional e do seu sistema ideológico e político de dominação e de controle social no contexto de sua crise estrutural.

2. POLÍTICAS PÚBLICAS INTERNACIONAIS DE EDUCAÇÃO E SAÚDE NA ESCOLA

Nesta seção, o objetivo é analisar os principais elementos de políticas públicas internacionais de educação e saúde na escola na contemporaneidade, haja vista a significativa influência destas sobre as políticas públicas brasileiras do mesmo segmento.

De acordo com fontes consultadas, o ideário sustentador das políticas internacionais contemporâneas de educação e saúde na escola começou a ser desenvolvido a partir da década de 1970, com a reforma do sistema de saúde canadense. Nas décadas seguintes, houve a defesa da necessidade das parcerias entre o campo da educação e da saúde, como revela a análise de documentos de políticas educacionais do período. Foi na década de 1990 que as primeiras ações internacionais intersetoriais entre educação e saúde na escola começaram a ser desenvolvidas, com a iniciativa das Escolas Promotoras de Saúde.

Em decorrência do método adotado na presente pesquisa para analisar o objeto em estudo, utiliza-se o procedimento de articular a discussão das questões abordadas com o contexto histórico no qual se constituiu. Em consonância, nesta seção, a análise das políticas públicas internacionais de educação e saúde na escola é realizada de modo a estabelecer suas vinculações com o contexto histórico-social da crise estrutural da ordem sociometabólica do capital. Justifica-se o procedimento por considerar que as políticas em foco são expressões de ações e estratégias de políticas públicas pautadas num novo padrão político-ideológico de respostas às manifestações da “questão social”, constituído na transição do século XX para o XXI. Tais políticas estão relacionadas a mecanismos corretivos e controladores de todo o sistema social para a manutenção contínua do sociometabolismo do capital.

2.1. A crise estrutural do capital e as novas formas de regulação social

Marx (2011, p. 588) explica que o “[...] próprio capital é a contradição em processo”. Em decorrência, “[...] sua produção se move em contradições que constantemente têm que ser superadas, mas que são também constantemente postas” (MARX, 2011, p. 334).

As contradições imanentes da produção capitalista, explica Mazzucchelli (1985, p. 22), “[...] sempre se exteriorizam e se ‘resolvem’ nas crises, para serem repostas mais adiante, já que são constitutivas deste regime de produção”. O que significa afirmar que as crises exteriorizam e resolvem apenas temporariamente as referidas contradições, porque, por serem estruturais, não são suprimíveis nos limites do modo de produção capitalista (MAZZUCHELLI, 1985).

A expressão “crise estrutural” é utilizada por Mészáros (2002) ao abordar a crise do capital eclodida na década de 1970, caracterizada por atingir a sociedade capitalista como um todo e não apenas alguns de seus territórios. As crises fazem parte da lógica de funcionamento capitalista, como afirma Mészáros (2002, p. 795, grifo do autor), “[...] crises de intensidade e duração variadas são o modo *natural* de existência do capital: são maneiras de progredir para além de suas barreiras imediatas e, desse modo, estender com dinamismo cruel sua esfera de operação e dominação”. O mesmo autor continua a explicação ressaltando que, nesse sentido, “[...] a última coisa que o capital poderia desejar seria uma superação *permanente* de todas as crises, mesmo que seus ideólogos e propagandistas frequentemente sonhem com (ou ainda, reivindiquem a realização de exatamente isso)” (MÉSZÁROS, 2002, p. 795, grifo do autor).

Combinando colapso de crescimento econômico, desemprego e altos níveis de inflação, a crise de acumulação ocorrida na década de 1970 exprimiu, mais uma vez, os limites da lógica capitalista, espalhando efeitos devastadores por todo o mundo. Conforme aponta Mészáros (2002, p. 100), diversamente das crises anteriores, essa crise foi de caráter “estrutural” e “sistêmico” porque afetou “[...] o sistema do capital global não apenas em um de seus aspectos – o financeiro/monetário, por exemplo – mas em todas as suas dimensões fundamentais [...]”. Além disso, sua abrangência foi “[...] verdadeiramente *global* (no sentido mais literal e ameaçador do termo), em lugar de limitado a um conjunto particular de

países (como foram todas as principais crises do passado)” (MÉSZÁROS, 2002, p. 796, grifo do autor).

Ao provocar a ativação dos limites absolutos do capital¹⁸, “[...] que não podem ser transcendidos sem que o modo de controle prevalecente mude para um modo qualitativamente diferente”, a crise em andamento imprimiu contradições irreparáveis ao sistema capitalista, colocando em risco não somente a viabilidade da manutenção do próprio capital como sistema socio-reprodutivo, como a própria sobrevivência da humanidade (MÉSZÁROS, 2002, p. 216).

Considerando que tal crise tem fundamento nas contradições da própria estrutura e do metabolismo social do capital, argumenta Mézáros (2002, p. 217) que “[...] quanto mais mudam as próprias circunstâncias históricas, apontando na direção de uma mudança necessária das contraditórias [...]” e quanto mais devastadoras se tornam as “[...] premissas estruturais irracionais do sistema do capital, mais categoricamente os imperativos de funcionamento devem ser reforçados e mais estreitas devem ser as margens dos ajustes aceitáveis”. É por essa razão que, “[...] nas últimas décadas, a máxima de que não há alternativa aos ditames materiais prevalecentes se tornou o axioma indiscutível do sistema do capital pelo mundo afora” (MÉSZÁROS, 2002, p. 217).

Tendo por base a explanação de Mézáros (2002, p. 106-107), entende-se que, dada a vasta amplitude da crise estrutural do capital¹⁹, esta afetou “[...] em profundidade todas as instituições do Estado e os métodos organizacionais correspondentes”. Por esse motivo, a crise econômica foi acompanhada pela crise política em geral, uma vez que, para a sustentação da estabilidade do sistema do capital, edificado sobre antagonismos estruturais, é essencial garantir a sua sobrevivência. Com vistas à perpetuação da ordem dominante, ajustes se fazem

¹⁸ Segundo Mézáros (2002), a ativação dos limites absolutos do capital decorre do esgotamento da fase expansionista deste sistema, considerando a atual inexistência de territórios a serem dominados. Conforme o autor, são quatro as questões que caracterizam a ativação dos limites absolutos do capital: a) o antagonismo estrutural entre o capital global e os Estados nacionais; b) a degradação do meio ambiente; c) a luta pela emancipação das mulheres e; d) o desemprego crônico.

¹⁹ Diferentemente da crise estrutural do capital, “[...] uma crise não estrutural afeta apenas algumas partes do complexo em questão, e assim, não importa o grau de severidade em relação às partes afetadas, não pode pôr em risco a sobrevivência contínua da estrutura global” (MÉSZÁROS, 2002, p. 797). O autor ainda esclarece que, por terem abrangência parcial, as crises não estruturais podem ser momentaneamente sobrepujadas por meio de ajustes voltados ao deslocamento de contradições dentro dos limites estruturais do sistema.

necessários pela ação corretiva dos diversos processos de reprodução do capital e de seu modo de controle sociometabólico²⁰.

É nesse sentido que as estruturas de comando político-ideológico do capital desempenham as funções de regulação social. As mediações políticas, jurídicas e ideológicas do Estado são fundamentais para a regulação do metabolismo social, pois operam mecanismos de reprodução do capital, dentre os quais se destacam as políticas públicas e sociais, expressões das suas respostas e formas de enfrentamento às manifestações da “questão social”. Se, como afirma Behring (2007, p. 172), a “[...] onda longa com tendência à estagnação coloca a política social no cerne da crise”, na transição do século XX para o XXI, a política social passa a ser concebida como estratégia econômica e política de controle do metabolismo social e de regulação social.

Há duas principais formas de regulação social, de acordo com Rua (1998, *apud* PEREIRA, 2008, p. 87): “[...] a) a coerção pura e simples, como acontece nas ditaduras ou nos Estados restritos; e b) a política como instrumento de consenso, negociação e entendimento entre as partes conflitantes, usado nas democracias ou nos Estados ampliados [...]”. Esclarece a autora que, no impedimento de se utilizar pura e simplesmente a coerção como forma de regulação, adota-se a política como alternativa. Estabelecendo a comparação entre a política e a simples coerção, a autora destaca que a vantagem da primeira em relação à segunda “[...] é que a primeira possibilita o exercício de procedimentos democráticos, uma vez que, no processo de resolução de conflitos, as partes envolvidas não cogitam de eliminar a vida do opositor” (PEREIRA, 2008, p. 89). Evidentemente, deve-se levar em consideração “[...] que a política também contém a possibilidade de coerção porque pauta-se por regras e prevê penalidades aplicadas pelo Estado contra quem as infringe [...]” (PEREIRA, 2008, p. 89).

Enfatiza-se ainda que a política é uma das formas de regulação social não apenas porque é uma forma de resolver conflitos. É a “[...] política que permite a organização do social como espaço que é instituído, historicamente construído e articulado por conflitos, proporcionando a diversificação e a multiplicação de direitos de cidadania [...]” (PEREIRA, 2008, p. 90).

²⁰ As estratégias de enfrentamento da crise estrutural forjadas pela burguesia internacional articulam “[...] as seguintes dimensões: a reestruturação da esfera produtiva, o reordenamento do papel dos Estados nacionais e a difusão de um novo projeto burguês de sociabilidade” (LIMA, 2008, p.3).

As políticas de educação e saúde na escola são componentes das novas estratégias de regulação social forjadas no processo de reorganização capitalista decorrente da crise estrutural na transição do século XX para o XXI. Na área social, como a educação e a saúde, a regulação pode ocorrer por mediação de três processos: 1) regulação institucional; 2) regulação situacional e 3) regulação conjunta. Por integrar um sistema social complexo, explica Barroso (2005, p. 731), no campo da educação há “[...] uma pluralidade de fontes, de finalidades e modalidades de regulação, em função da diversidade dos actores envolvidos, das suas posições, dos seus interesses e estratégias”.

No período pós-Segunda Guerra Mundial, explica Lima (2008), o Estado teve um papel central na direção do processo de regulação econômico-política da vida social em sua totalidade. Isto mudou com “[...] a crise de acumulação do capitalismo que se adensa nos anos de 1970, marcada por uma profunda recessão e combinando baixas taxas de crescimento e altas taxas de inflação” (LIMA, 2008, p. 14-15). Tal processo conduziu à “[...] reconfiguração do fordismo-taylorismo e do Estado de Bem-Estar Social e ao abandono da ideologia do desenvolvimentismo²¹ [...]” (LIMA, 2008, p. 14-15). Em decorrência, a burguesia internacional foi impulsionada “[...] ao relançamento das bases teóricas e de ação do liberalismo, a partir da retomada das obras de Hayek e Friedman” (LIMA, 2008, p. 14-15).

Baseada na argumentação ideológica em defesa da necessidade da modernização do Estado para haver a inserção dos países no mundo globalizado, houve um movimento histórico cujo fluxo resultou na efetivação: a) do “Estado mínimo para o social”, à medida que incentiva a mercadorização dos serviços públicos e, com isso, o recrudescimento dos direitos sociais; b) do “Estado máximo para o capital”, conforme incita posicionamentos estatais voltados ao fomento de políticas de liberalização econômica, incentivos fiscais, financiamento com taxas de juros reduzidas, flexibilização das relações trabalhistas e promoção da concorrência (NEVES, 2010). A influência dessa lógica nas políticas de educação e saúde no Brasil pode ser identificada na fixação da responsabilidade do Estado para com os serviços básicos de educação e saúde – onde se localizam as políticas nacionais de

²¹ Refere-se, aqui, ao abandono da perspectiva nacional desenvolvimentista que vigorou no Brasil no século XX, sobretudo após a 2ª Guerra Mundial, caracterizada pelo processo de substituição de importações. A ideologia do desenvolvimentismo foi posteriormente retomada na forma do “neodesenvolvimentismo” (MOTTA, 2012).

educação e saúde na escola – concomitante ao desdobramento de políticas catalisadoras do desenvolvimento do setor privado nestes campos.

2.2. Reação à crise estrutural do capital: reestruturação produtiva, neoliberalismo e contrarreforma do Estado

Em decorrência da crise estrutural do capital, o regime de acumulação capitalista fordista-keynesiano teve de “[...] ser substituído por uma nova estratégia hegemônica” (MONTAÑO; DURIGUETTO, 2011, p. 192). Acrescentam estes autores que tal estratégia política, implantada por governos de alinhamento neoliberal, se alicerça em três pilares: “[...] a) a ofensiva contra o trabalho e suas formas de organização e lutas; b) a reestruturação produtiva; e c) a (contra)reforma do Estado” (p. 192-193).

A reestruturação produtiva iniciou-se posteriormente à crise da década de 1970, como uma das estratégias empreendidas para a retomada da taxa de lucratividade do capital. Com esse processo, houve a assimilação parcial (em alguns casos, integral) do sistema toyotista pelas empresas de países capitalistas centrais. De fato, ocorreu a articulação entre práticas de organização dos processos de trabalho fordista, toyotistas e outras que possibilitaram a flexibilização do fordismo. Por isso, por vezes, a forma toyotista de organização do trabalho também é chamada de acumulação flexível (NETTO; BRAZ, 2006). Edificada para diminuir os poros do processo produtivo, de forma a aumentar a produtividade do trabalho²² e, por decorrência, os lucros²³ capitalistas, a reorganização da produção sob a forma toyotista ou “modelo japonês” caracteriza-se, em linhas gerais, pela produção por demanda a partir do conceito de qualidade total, flexibilização do processo produtivo

²² Investimentos em maquinaria também podem aumentar a produtividade do trabalho. Assim: “A produtividade do trabalho depende não só da virtuosidade do trabalhador, mas também da perfeição de suas ferramentas” (MARX, 1988, p. 257).

²³ Para Marx (1988, p. 49): “Genericamente, quanto maior a força produtiva do trabalho, tanto menor o tempo de trabalho exigido para a produção de um artigo, tanto menor a massa de trabalho nele cristalizada, tanto menor o seu valor. Inversamente, quanto menor a força produtiva do trabalho, tanto maior o tempo de trabalho necessário para a produção de um artigo, tanto maior o seu valor. A grandeza do valor de uma mercadoria muda na razão direta do quantum, e na razão inversa da força produtiva do trabalho que nela se realiza”. Pode-se compreender, então, que o aumento da produtividade do trabalho leva ao aumento da mais-valia (em sua forma relativa) e do lucro, via diminuição do tempo unitário para a produção de mercadorias.

e necessidade de um novo tipo de trabalhador²⁴: polivalente, apto a operar várias máquinas, proativo e criativo, com habilidades para resolução de conflitos (NETTO; BRAZ, 2006).

A intensificação do trabalho planeada pelo toyotismo, fonte de importantes ganhos em produtividade e lucro, não foi seguida, contudo, por melhorias nas condições de vida da classe trabalhadora. Com o modelo japonês, proliferaram os contratos de trabalho flexíveis, como os temporários e terceirizados – formas instáveis de trabalho, acompanhadas, em regra, por baixa remuneração, longas jornadas e ausência de direitos. Ademais, a reorganização do setor produtivo trouxe consigo a ampliação das taxas de desemprego e, por sua vez, o alargamento do “exército industrial de reserva” ou da “superpopulação relativa”²⁵, catalisando o acirramento da concorrência por postos de trabalho.

Conforme Lara (2011, p. 80), dentre os reflexos do aumento da competitividade entre os próprios trabalhadores, pode-se citar a angústia e a ansiedade, “[...] o que faz aumentar as tensões psicológicas e pode acarretar distúrbios mentais e lesões”. Nota-se, de tal modo, que nos marcos capitalistas, ao invés de o aumento da produtividade do trabalho servir para aliviar as cargas de trabalho aos trabalhadores²⁶, – considerando que esse aumento representa a capacidade alcançada pela humanidade de produzir uma maior quantidade de valores de uso em um menor tempo –, constituiu-se em meio de ampliação do domínio do capital sobre o trabalho. Situação que, para Marx (2013, p. 697), “[...] não poderia ser diferente, num modo de produção em que o trabalhador serve às necessidades de valorização de valores existentes, em vez de a riqueza objetiva servir às necessidades de desenvolvimento do trabalhador”. Observa-se, portanto, que para corresponder às necessidades da reestruturação produtiva

²⁴ A necessidade de formação de um novo perfil de trabalhador a cada reorganização produtiva é sustentada por Gramsci em: *Americanismo e Fordismo*. Conforme o autor, o modelo fordista, que se tornou predominante após a crise de 1929, determinou a necessidade de um novo tipo humano, adequado ao novo tipo de trabalho e de processo produtivo (GRAMSCI, 1991).

²⁵ Entende-se por “exército industrial de reserva” ou “superpopulação relativa” a camada da classe trabalhadora não empregada no mercado capitalista. Marx esmiúça esta questão no item 3 do Capítulo 23 d’O Capital (*A lei geral da acumulação capitalista*), intitulado *Progressão progressiva de uma superpopulação relativa ou exército industrial de reserva*. Grosso modo, a superpopulação relativa desempenha um duplo papel no capital: ao mesmo tempo em que representa uma ameaça à coesão social, pressiona os trabalhadores empregados (aumentando a produtividade destes) e ainda oferece ao capitalismo uma fonte quase inesgotável de forças de trabalho prontas para serem imediatamente exploradas (MARX, 2013).

²⁶ Concomitante ao aumento da produtividade do trabalho é vital à preservação da forma social capital, é condição para a emancipação humana, ou seja, para o máximo distanciamento do homem de suas barreiras naturais.

contemporânea, o trabalhador, além de polivalente, proativo e criativo, precisa estar preparado (físico e mentalmente) para suportar as novas taxas de exploração sobre a força de trabalho, necessárias neste estágio de desenvolvimento capitalista.

O que caracteriza o capitalismo contemporâneo, explicam Netto e Braz (2006, p. 225), é “[...] o fato de, nele, o capital estar destruindo as regulamentações que lhe foram impostas como resultado das lutas do movimento operário e das camadas trabalhadoras”. Para legitimar a estratégia de destruir qualquer trava extraeconômica à sua livre movimentação, “[...] o grande capital fomentou e patrocinou a divulgação maciça do conjunto ideológico que se difundiu sob a designação de neoliberalismo [...]” (NETTO; BRAZ, 2006, p. 226). Em geral, explicam Leher e Motta (2012 p. 578), o termo neoliberalismo é utilizado “[...] para denotar a adesão à doutrina liberal de tradição anglo-saxã que afirma ser a liberdade do indivíduo dentro da lei a melhor forma de alcançar, por meio de métodos pragmáticos, a prosperidade e o progresso”.

Na doutrina dos neoliberais há a defesa do Estado de Direitos, um modelo de Estado voltado a propiciar ao indivíduo a igualdade de oportunidades e a liberdade de escolha no mercado. Ao Estado de Direito, caberia a tarefa de criar e preservar a estrutura institucional apropriada para a garantia do pleno funcionamento dos mercados e resguardar a propriedade privada dos meios de produção. Para Friedman (1984, p. 33), o governo, como legislador e árbitro, deveria preocupar-se em manter “[...] a lei e a ordem para evitar a coerção de um indivíduo por outro; a execução de contratos voluntariamente estabelecidos; a definição do significado de direitos de propriedade, a sua interpretação e a sua execução; o fornecimento de uma estrutura monetária”.

A consolidação da proposta neoliberal²⁷ como nova ortodoxia econômica e política ocorreu na Grã-Bretanha, com a eleição de Margareth Thatcher em 1979, nos Estados Unidos da América, com o governo de Ronald Reagan em 1980, na Alemanha, com Helmut Kohl em 1982 e na Dinamarca, no governo de Poul Schluter

²⁷ Não se deve incorrer no equívoco de considerar que o neoliberalismo é uma matriz única e sem diferenciações em seu interior. Moraes (2001) e Boito Jr (1999) identificam vertentes no pensamento neoliberal, dentre estas, podem ser citadas: “1) escola austríaca, liderada por Friedrich August von Hayek, o patrono de todo o pensamento neoliberal contemporâneo; 2) escola de Chicago, personificada em T. W. Schultz e Gari Becker (ligados à teoria do capital humano) e principalmente Milton Friedman [...], o grande homem de mídia dessa escola; 3) escola de Virgínia ou public choice, capitaneada por James M. Buchanan” (MORAES, 2001, p. 42). Embora não seja consensual, a Terceira Via pode ser citada como uma quarta vertente do neoliberalismo, consolidou-se no final da década de 1990 e seu principal ideólogo é o sociólogo Anthony Giddens.

em 1983. Fortemente contrários às práticas políticas intervencionistas vigentes até então em seus países, uma das primeiras medidas desencadeadas por esses governos foi direcionada à readequação das políticas fiscais e sociais. O combate ao Estado keynesiano²⁸ foi marcado pelo enfrentamento das organizações sindicais e rescisão dos compromissos assumidos pelo Estado de bem-estar social, além da privatização de empresas públicas, redução de impostos e promoção da iniciativa privada (HARVEY, 2008).

Conforme Montañó e Duriguetto (2011), se por um lado, a política keynesiana foi importante para a recuperação de algumas economias capitalistas centrais, por outro, o aumento da inflação e diminuição do crescimento econômico, seguido por queda nas receitas de impostos e elevação acentuada dos gastos sociais tornaram a manutenção desse modelo político inviável ao capital. Assim sendo, nos fins da década de 1960, o modelo do Estado interventor, guiado pela forma taylorista-fordista de produção em massa, começou a dar sinais de esgotamento, ao mesmo tempo em que o constructo político e ideológico neoliberal foi sendo retomado e propagado em âmbito mundial (HARVEY, 2008).

O êxito neoliberal, enquanto doutrina e movimento político, explica Cruz (2010, p. 29), “[...] não advém da intensidade do esforço empenhado ou da inteligência com que foi dirigido”. O autor explicita que o “[...] sucesso do movimento neoliberal se verifica em um período em que o capitalismo central está em crise e não seria plausível na ausência desta”. É por esta razão que Cruz (2010, p. 28) afirma que o neoliberalismo é “pura e simplesmente reacionário”. A retomada do ideário neoliberal²⁹, com características distintas daquelas da década de 1940 – em refluxo nos anos dourados do capitalismo, de 1945 a 1973 – pode ser considerada

²⁸ O Estado keynesiano desenvolveu-se, sobretudo, posteriormente à Segunda Guerra Mundial (1939-1945). Buscando saídas para os efeitos da crise de 1929 e frente à constatação de que a “mão invisível” do mercado não seria capaz de produzir a propalada harmonia entre os interesses egoístas dos agentes individuais, Keynes entendia que o Estado deveria ter legitimidade para intervir por meio de medidas econômicas e sociais. Assim, como explicam Behring e Boschetti (2008, p. 86), o Estado, na perspectiva keynesiana, “[...] passa a ter um papel ativo na administração macroeconômica, ou seja, na produção e regulação das relações econômicas e sociais. Nessa perspectiva, o bem-estar ainda deve ser buscado individualmente no mercado, mas se aceitam intervenções do Estado em áreas econômicas, para garantir a produção, e na área social, sobretudo para as pessoas consideradas incapazes para o trabalho: idosos, deficientes e crianças. Nessa intervenção social, cabe, portanto, o incremento das políticas sociais”. O objetivo central das medidas anticíclicas do Estado keynesiano seria recuperar a economia e amortizar os efeitos da queda tendencial da taxa de lucros.

²⁹ Com a crise dos anos de 1970, houve as condições propícias para a retomada e a difusão político-ideológica de livros como os de Hayek e de Friedman, publicados no pós-guerra: *O Caminho da Servidão*, de Hayek, em 1943, e *Capitalismo e Liberdade*, de Friedman, em 1962.

como uma das formas de reação do capitalismo à sua própria crise estrutural da década de 1970. Na perspectiva do autor, o processo de revitalização do neoliberalismo iniciou-se nessa época e foi incrementado no decorrer dos anos 1980 e 1990.

Adaptando os pressupostos do liberalismo clássico³⁰ ao contexto político-econômico dos fins do século XX, a doutrina neoliberal propala a necessidade de liberação das capacidades empreendedoras do indivíduo, assegurando a manutenção e a reprodução da “[...] estrutura institucional caracterizada por sólidos direitos à propriedade privada, livres mercados e livre comércio” (HARVEY, 2008, p. 12).

Conforme Cruz (2010, p. 27), o termo neoliberalismo pode ser apreendido a partir de três acepções: como uma doutrina, um movimento e um programa político. Como doutrina, o neoliberalismo define-se “[...] pelas relações de afinidade ou de oposição que mantém com outras vertentes ideológicas e políticas – o conservadorismo clássico, o socialismo, a social-democracia e/ou o keynesianismo” (CRUZ, 2010, p. 27). A especificidade teórico-ideológico neoliberal estaria assentada em sua capacidade de responder, “[...] com inovações conceituais, ao desafio posto pelos novos adversários” e não somente à retomada de temas do liberalismo econômico (CRUZ, 2010, p. 28). Como movimento, o neoliberalismo remete ao processo histórico de “[...] criação de mecanismos indispensáveis à tarefa de aprofundar e generalizar seus pontos de vista, de traduzi-los em linguagem passível de ser compreendida pelo cidadão comum e de propagar as mensagens assim produzidas em públicos-alvo” (CRUZ, 2010, p. 28). Por fim, a acepção do neoliberalismo como programa político está relacionada aos pacotes de políticas neoliberais caracterizados pelos “[...] programas radicais de desregulamentação dos mais diversos setores de atividades e da privatização de empresas públicas [...]” (CRUZ, 2010, p. 29).

O Estado é uma instituição atrelada à própria base material do capital. Por se relacionar ao seu comando político, essa instituição atua contribuindo para formação, consolidação e funcionamento ininterrupto das grandes estruturas reprodutivas da sociedade (MÉSZÁROS, 2002). Há, desta maneira, uma relação de determinação recíproca entre Estado e capital. Por um lado, o comando político do

³⁰ O pensamento liberal origina-se do século XVIII, tendo como principal teórico Adam Smith (1723-1790), cuja obra central é o livro intitulado *A riqueza das nações*, de 1776.

sistema capitalista, exercido pelo Estado, consiste em um “[...] *pré-requisito* necessário da transformação das unidades inicialmente fragmentadas do capital em um *sistema viável*, e o *quadro geral* para a completa articulação e manutenção deste último como *sistema global*” (MÉSZÁROS, 2002, p. 124-125, grifo do autor). Por outro, o “[...] Estado moderno em si é totalmente inconcebível sem o capital como função sociometabólica” (MÉSZÁROS, 2002, p. 124-125). Alinha-se nesse sentido a afirmativa de Mascaró (2013, p. 63) de que o Estado é “[...] ao mesmo tempo derivado e ativo” da estrutura social do capital. Como estrutura de comando político totalizadora do sistema capitalista, o Estado tem ainda fundamental importância na esfera do controle social.

Na relação social do capital, baseada no trabalho alienado, o “[...] trabalhador se torna tanto mais pobre quanto mais riqueza produz, quanto mais a sua produção aumenta em poder e extensão. O trabalhador se torna uma mercadoria³¹ tanto mais barata, quanto mais mercadorias cria” (MARX, 2004, p. 80). Por conta dessa lógica, inscrita na própria forma de ser do capital, o grau de degradação da força de trabalho (única fonte de mais-valia e lucro ao capital) tende a acompanhar os níveis de desenvolvimento do sistema capitalista. A esse respeito, Mézszáros (2002, p. 126) elucida que o “[...] papel do Estado em relação a esta contradição é da maior importância, pois é ele quem oferece a garantia fundamental de que a recalcitrância e a rebelião potenciais não escapem ao controle”.

Com a reforma e neoliberalização do Estado – o sujeito desencadeador de políticas – essa instituição se aprimorou como agente do capital, fortalecendo-se como mediadora da implementação de medidas compatíveis aos interesses do grande capital. A paulatina adoção do paradigma empresarial vem tornando o Estado cada vez mais competitivo e sintonizado aos consensos e objetivos dos capitalistas internacionais. Torna-se atribuição desse Estado assegurar a qualidade e a integridade do dinheiro, mesmo que seja por meio de práticas predatórias, fraudulentas e violentas. Outras funções estatais seriam “[...] estabelecer as estruturas e funções militares, de defesa, da polícia e legais requeridas para garantir

³¹ Posteriormente, Marx (1983, p. 98) supera este entendimento do trabalhador como mercadoria. Conforme pode ser observado neste trecho de *O Capital* (1983, p. 98): “O que o operário vende não é diretamente o seu trabalho, mas a sua força de trabalho, cedendo temporariamente ao capitalista o direito de dispor dela”. Sendo assim, o capitalista, quando compra a força de trabalho, adquire o direito de usufruí-la por um determinado tempo, e não de forma integral como ocorria no sistema escravagista.

direito de propriedades individuais e para assegurar, se necessário, pela força, o funcionamento apropriado dos mercados” (HARVEY, 2008, p.12).

Para os neoliberais, as intervenções do Estado e dos governos na economia devem ser mínimas para fornecer garantia institucional dos direitos dos capitalistas à propriedade privada, ao livre funcionamento dos mercados e ao livre comércio. Para assegurar isto, são adotadas políticas neoliberais fundadas em três pilares: a) abertura comercial e desregulamentação financeira; b) política de privatização das empresas públicas; e, c) política de desregulamentação do mercado de trabalho, da diminuição dos salários, redução de gastos públicos e supressão dos direitos sociais (BOITO JR, 1999).

Reforçando o anteriormente exposto, destaca-se que as estratégias políticas utilizadas pelos governos neoliberais para a redução da ação do Estado no campo do bem-estar-social são: “[...] a privatização do financiamento e da produção dos serviços; cortes dos gastos sociais, eliminando-se programas e reduzindo-se benefícios; a canalização dos gastos para os grupos carentes; e a descentralização em nível local” (LAURELL, 2002, p, 163). A política da privatização é o elemento articulador das estratégias, de acordo com a mesma autora. Foram privatizados os setores mais diretamente vinculados à esfera produtiva – em especial, as empresas estatais – e os serviços sociais considerados não exclusivos do Estado. A política em foco facilita a realização do objetivo econômico de liberar todas as atividades rentáveis disponibilizando-as aos investimentos privados, com vistas a ampliar os processos de acumulação do capital pela mercantilização do bem estar social.

Desde o seu início, explicita Cruz (2010, p. 28), o neoliberalismo fruiu das “[...] relações de ‘afinidade eletiva’ que círculos das altas finanças mantinham com a doutrina que o inspirava”. No seu longo percurso, suas proposições “[...] passaram a informar documentos de governo e vários de seus próceres foram aquinhoados com o Prêmio Nobel [de Economia], a história do neoliberalismo é pontilhada de nomes de banqueiros, financistas, executivos de grandes corporações etc” (CRUZ, 2010, p. 29). O propósito dos neoliberais foi e continua sendo de “[...] recolocar o poder e a riqueza tão plenamente quanto possível nas mãos da fração superior das classes capitalistas e das instituições onde se concentra sua capacidade de ação” (CHESNAIS, 2005, p. 56-57). Isso explica por que o movimento neoliberal tem afinidades eletivas e relações muito próximas com instituições financeiras

multilaterais, representantes dos interesses das grandes economias capitalistas³², como o Banco Mundial (BM), o Fundo Monetário Internacional (FMI) e o Banco Interamericano de Desenvolvimento (BID). Também tem vinculações com organizações e instâncias de regulação supranacional como a Organização Mundial do Comércio (OMC), a União Europeia (UE), a Organização para Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE), a Área de Livre Comércio das Américas (ALCA), o Mercado Comum do Sul (Mercosul), entre outras.

Fundamentando-se no individualismo metodológico³³, os neoliberais disseminam a concepção de homem enquanto indivíduo isolado, que age de modo a atingir seus objetivos individuais, produzindo-se e reproduzindo-se independentemente do meio em que está inserido. Com base na concepção de sociedade como a soma de indivíduos isolados³⁴, os fins sociais seriam “[...] simplesmente, objetivos de muitos indivíduos – ou objetivos para cuja realização os indivíduos estão dispostos a contribuir em troca da ajuda que recebem no tocante à satisfação dos seus próprios desejos” (HAYEK, 1990, p. 77). Outro pressuposto do pensamento neoliberal é o de que a satisfação plena dos propósitos individuais seria dependente da liberdade econômica dos indivíduos que, por sua vez, estaria condicionada à liberdade de ação no mercado. Assim, quanto maior fosse a extensão da liberdade do mercado, menor seria a coerção e os limites impostos ao alcance dos objetivos e metas individuais.

³² No Banco Mundial, por exemplo, o país que detém o maior poder de voto são os Estados Unidos da América, grande potência industrial da atualidade.

³³ Paulani (2005, p. 97), afirma que, de forma genérica, o individualismo metodológico pode ser definido como a “[...] prática de buscar, para os fenômenos sociais, quaisquer que eles sejam, explicações que recaiam no agir individual, vale dizer, encontrar na motivação e na ação de agentes soberanos o fundamento dos fenômenos sociais de modo geral e dos fenômenos econômicos particularmente [...]”.

³⁴ Adam Smith, economista do século XIX, em *A riqueza das Nações*, já expôs que, quanto maior fosse a divisão social do trabalho, menor seria a parcela de necessidades humanas que poderia ser atendida pela produção individual do trabalhador (SMITH, 1983). Pode-se compreender com base nesta afirmativa, que, quanto maior o desenvolvimento das forças produtivas, mais dependente da produção social o homem fica. Acontece que, o mesmo desenvolvimento que aumenta a dependência do homem perante os demais, permite a este se pensar enquanto sujeito isolado. Dessa forma, apesar de, do ponto de vista ontológico, ser uma impossibilidade entender o homem como um sujeito isolado, esta é uma possibilidade social-subjetiva, dependente das relações sociais de produção da vida. Na sociedade capitalista, o individualismo é uma categoria presente e funcional ao capital, tendo em vista a sua importância para o consumo de mercadorias, competição e desarticulação de movimentos sociais, por exemplo. De tal modo, o individualismo egoísta e a noção de ser isolado nada mais são do que produções sociais, considerando que os homens somente tiveram a condição de se pensar na condição de indivíduos isolados mediante relações sociais altamente desenvolvidas, visto que, em sociedades menos desenvolvidas, era impensável se pensar um indivíduo fora de seu grupo.

2.3. Crise estrutural, exponenciação da “questão social” e políticas neoliberais

A crise estrutural da ordem sociometabólica capitalista ocasionou o aprofundamento das contradições próprias do capital, que, por sua vez, levou à exponenciação da “questão social” – aumento da desigualdade social, da exclusão social, da pobreza, do desemprego, da violência e da criminalidade, entre outros – e à evidenciação de “[...] *novas manifestações* da velha ‘questão social’” (MONTAÑO, 2010, p. 187, grifo do autor).

Em razão da “questão social” ter uma dimensão estrutural, as suas formas de manifestação estão historicamente relacionadas às transformações nas formas de produção e de reprodução social. Em decorrência disso, a questão social adquire novas configurações e expressões no capitalismo em crise, por um lado, “[...] designa o crescimento da pobreza (absoluta e relativa) que, nesse modo de produção, adquire determinações singulares, já que vem acompanhado do desenvolvimento sem precedentes das forças produtivas [...]” e, por outro, revela a problematização da atual situação da luta de classes³⁵ (SANTOS, 2012, p. 431).

A receita neoliberal de redução da prestação de serviços sociais pelo Estado, acompanhada pela ampliação do controle econômico direto pela esfera privada, ocasionou, de forma geral, a agudização das expressões da “questão social” que, por fim, provocaram forte instabilidade política e riscos à coesão social. Pereira (2008, p. 98) chama a atenção para o fato de que as “[...] não-ações [estatais] não são inócuas pelo fato de não se realizarem. Pelo contrário, elas geram impactos que, por vezes, podem ser mais dramáticos que os gerados por ações governamentais”³⁶. O não oferecimento de serviços sociais pelo Estado neoliberal concomitante à promoção do setor privado é exemplar na ilustração dessa afirmativa.

³⁵ “A ofensiva do capital ao trabalho gestada ao longo das décadas de 1970 e 1980 assume a forma de um arcabouço político mais elaborado a partir do Consenso de Washington, apresentando como eixos políticos centrais (a) a defesa da liberdade individual como um dos fundamentos básicos do pensamento liberal; (b) a concepção do mercado como um complexo sistema de realizações individuais, como instância de ordenação da vida social; (c) a crítica à excessiva intervenção do Estado nas atividades econômicas” (LIMA, 2008, p. 15).

³⁶ Complementando: “[...] muitas das omissões do governo são deliberadas como parte de um plano que não prevê determinadas escolhas públicas. Exemplo: o governo decide não aprovar a criação de um fundo especial para a saúde ou educação, ou não restringir certas opções no âmbito da vida privada dos cidadãos” (PEREIRA, 2008, p. 97).

O Estado de alinhamento neoliberal passou a responder às manifestações da “questão social” com políticas sociais e compensatórias³⁷, na forma de políticas focalizadas³⁸. Ou seja, com estratégias direcionadas ao atendimento de interesses de segmentos sociais específicos e não da população como um todo. Como sintetiza Montañó (2010, p. 188): “[...] como solução parcial da crise capitalista, o neoliberalismo visa à reconstituição do mercado, reduzindo ou até eliminando a intervenção social do Estado em diversas áreas e atividades”.

O movimento neoliberal vem engendrando a construção de um novo trato à “questão social”³⁹, na medida em que isenta o Estado da responsabilidade principal pelas respostas às manifestações dessa questão e a transfere à sociedade civil, portanto, “[...] para o âmbito imediato e individual, e para a esfera privada” (MONTAÑO, 2010, p. 188). O campo das políticas sociais⁴⁰ vem sendo profundamente impactado com a instauração dessa nova modalidade de resposta à manifestação da “questão social” e “[...] agora é fundamentalmente o próprio trabalhador quem tem o encargo de responder às suas necessidades e reproduzir-se como força de trabalho, liberando o capital deste ‘ônus’” (MONTAÑO, 2010, p. 191-192).

Assim sendo, o capital passou a estabelecer novas estratégias de regulação social com base em uma nova modalidade de resposta às expressões da “questão

³⁷ Com o desenvolvimento das relações capitalistas, as políticas sociais foram assumindo um caráter compensatório que, segundo Silva (2010, p. 3), referem-se a “[...] todo tipo de ação de governos que tem por objetivo minimizar carências nas condições de vida de estratos sociais específicos, vistos como prejudicados os discriminados pelo padrão dominante de distribuição da riqueza social”.

³⁸ Em resumo, as políticas focalizadas referem-se a um modelo de políticas sociais que se configura após a crise estrutural da década de 1970, regulado por um estado mínimo no tocante às suas funções sociais (BARCO, 2010). Constituem-se na forma pela qual as políticas sociais e compensatórias estão configuradas no neoliberalismo. Na perspectiva de Montañó e Duriguetto (2011), a focalização atua na pulverização dos movimentos sociais e setorialização da realidade social. Consequentemente, decorrem os movimentos por questões particulares, como manifestações do projeto político-ideológica capitalista de secundarizar e descartar a noção de classe social pela noção de identidades culturais. Segundo Vieira e Albuquerque (2001), o princípio das políticas focalizadas tem tido grande repercussão nas políticas sociais da América Latina e tem chegado ao Brasil sob a forma de programas, que objetivam promover o desenvolvimento local com equidade.

³⁹ Netto (2010) expõe que a “questão social” se trata de uma seqüela incontornável da ordem capitalista e que, por isso, o que se modifica são somente as formas encontradas pelo capital para lidar com suas manifestações.

⁴⁰ Entende-se por políticas sociais: “[...] ações que determinam o padrão de proteção social implementado pelo Estado, voltadas, em princípio, para a redistribuição dos benefícios sociais visando a diminuição das desigualdades estruturais produzidas pelo desenvolvimento econômico” (HÖFLING, 2001, p. 31). Assim sendo, “[...] as políticas públicas e, conseqüentemente, a política social, têm como uma de suas principais funções a concretização de direitos de cidadania conquistados pela sociedade e amparados pela lei” (PEREIRA, 2008, p. 101).

social”, caracterizada pelo distanciamento do Estado de suas funções sociais, desenvolvimento da esfera privada e pela conseqüente individualização das demandas sociais, como as de educação e saúde. Ao Estado, no tocante ao oferecimento de serviços sociais, ficou reservada uma parcela mínima, compatível à promoção da regulação social, ou seja, do “[...] equilíbrio provisório de interesses antagônicos e a adaptação da ação conflitiva aos requisitos da acumulação do capital” (HIRSCH, 2010, p. 113).

No contexto de predomínio neoliberal e de protagonismo das organizações internacionais, as estratégias de controle e regulação social – marcadas pela constrição dos direitos sociais e impulsionamento do setor privado – passam a ser fundamentadas no estabelecimento de consensos, a serem alcançados, principalmente, por intermédio de políticas (PEREIRA, 2008). Como enfatiza Behring (2008, p. 46):

[...] a política real é a de redirecionar (e atenção, não diminuir) o fundo público como um pressuposto geral das condições de produção e reprodução do capital, diminuindo sua alocação e impacto junto às demandas do trabalho, ainda que isso implique em desproteção e barbarização da vida social, considerando que este é um mundo onde não há emprego para todos, donde decorre a perversa associação entre a perda de direitos e criminalização da pobreza.

É possível afirmar que as políticas de educação e saúde na escola mantêm relação com as estratégias de controle e regulação social neoliberais em curso, tendo em vista que as políticas em foco visam a responder às manifestações da “questão social”, especialmente às materializadas na forma de agravos de saúde, bem como atuar na produção de consensos articulados à formação do novo tipo necessário de sociabilidade burguesa. Com isso, nota-se que as políticas de educação e saúde na escola compartilham da contradição intrínseca às políticas sociais: ao mesmo tempo em que exercem função social essencial à sociedade capitalista de abrandar as contradições próprias desse modo de produção, representam ganhos históricos resultantes das lutas da classe trabalhadora por seus direitos sociais.

2.4. A definição das políticas públicas nacionais a partir de consensos globais

Paralelamente ao processo de neoliberalização e fortalecimento do Estado como agente capitalista, observou-se, nas últimas décadas, o surgimento novas “instâncias de regulação supranacional”. São instituições internacionais cuja atuação, baseada na realização de acordos entre países e na disseminação de recomendações, tem sido decisiva no estabelecimento de parâmetros e prioridades das políticas mundiais contemporâneas (AFONSO, 2001, p. 24).

De forma geral, a efetivação das recomendações dessas organizações internacionais nos países compreende um processo complexo, porque depende das forças e interesses sociais presentes em cada contexto e momento histórico. É possível apontar que a miscelânea entre pressão econômica e acordos políticos tem se apresentado como principal meio pelo qual as organizações internacionais vêm operando transnacionalmente a sintonização das políticas mundiais ao processo de universalização das relações capitalistas, sobretudo no âmbito dos países periféricos.

Como resultado desse movimento, emergiram novas formas de regulação mundial, ou seja, novas estratégias de manutenção do equilíbrio social, de forma que “[...] todos os quadros regulatórios nacionais são agora, em maior ou menor medida, moldados e delimitados por forças supranacionais, assim como por forças político-econômicas nacionais” (DALE, 2004, p. 441).

Considerando tais aspectos, concorda-se com Dale (2010) quando aponta para a impossibilidade de se compreender o processo de formulação e implementação de políticas públicas, na atualidade, quando se adota como única referência as determinações relativas ao contexto de um Estado nacional. Faz-se necessário considerar, portanto, a participação ativa dos Estados nacionais na construção de agendas políticas “[...] para não se cair em falácias habituais: de se considerar que as orientações políticas das Oms [organizações multilaterais] são impostas aos governos⁴¹ nacionais sem sua anuência [...]” (ROSEMBERG, 2000, p. 65). Desse modo, como argumenta Dale (2010, p. 1102), os Estados, “[...] longe de

⁴¹ Entende-se governo como o “[...] conjunto de programas e projetos que parte da sociedade (políticos, técnicos, organismos da sociedade civil e outros) propõe para a sociedade como um todo, configurando-se a orientação política de um determinado governo que assume e desempenha as funções de Estado por um determinado período”. Assim, diferentemente do Estado, que consiste em um conjunto de instituições permanentes, o governo está relacionado a ações temporárias, dependentes de processo eleitoral (HÖFLING, 2001, p. 31).

serem vítimas mais ou menos indefesas da globalização, estão entre seus agentes mais fortes e são participantes condescendentes e conscientes ou parceiros na relação com outros agentes da globalização [...]”⁴².

É nesse sentido a argumentação de Mascaro (2013, p. 124) de que o neoliberalismo “[...] não é uma política dos capitais contra os Estados, é uma política dos capitais passando pelos Estados”. Por conseguinte, as políticas educacionais e de saúde, particularmente as expressas a partir da década de 1990, emergem de um quadro político cada vez mais articulado aos grandes consensos e parâmetros firmados internacionalmente, expressos, dentre outras maneiras, na ideia de imprescindibilidade das ações em educação e saúde na escola para o combate às desigualdades sociais e à pobreza, além da promoção do desenvolvimento econômico e social.

Em síntese, com o desenvolvimento do neoliberalismo e das instâncias de regulação supranacional, são desprendidas formas de regulação nacional pautadas em consensos globais. Daí a pertinência da retomada do conceito de Agenda Globalmente Estruturada para a Educação (AGEE), formulado por Dale (2004). Subtraindo as especificidades que caracterizam cada contexto nacional, pode-se considerar, resumidamente, que a construção da AGEE foi um processo guiado por organizações internacionais – em especial, Banco Mundial e Unesco⁴³ – pelo qual os países passaram a compartilhar objetivos educacionais gerais comuns, acoplados aos contornos de orientação neoliberal (DALE, 2004). Seguindo o caminho teórico-analítico disponibilizado por este autor, infere-se que a globalização vem aproximando, cada vez mais, os Estados de um sistema global de educação e os distanciando, na mesma medida, de um sistema nacional de educação. Analogamente, faz-se possível identificar a existência de diretrizes cada vez mais globais no campo das políticas de educação e saúde na escola.

⁴² Como sinal de participação efetiva dos Estados nacionais no processo de globalização e neoliberalização, pode-se destacar o Leilão do Campo de Libra, que buscou “[...] conceder, sob o regime de partilha de produção, áreas para exploração de petróleo e gás natural na região brasileira do pré-sal” (PORTAL BRASIL, 2013). Com o discurso de que essas concessões resultarão em benefícios orçamentários à saúde e à educação, empreendeu-se a privatização da exploração de petróleo no Brasil. Frisa-se, neste caso, a privatização não resultou de uma imposição externa, pelo contrário, o Estado brasileiro atraiu a iniciativa privada para a exploração do petróleo nacional (PORTAL BRASIL, 2013).

⁴³ De forma geral, pode-se considerar que a atuação do Banco Mundial centra-se no financiamento de projetos e a atuação da Unesco, na difusão de recomendações e na prestação de assistência técnica aos países.

A AGEE ganhou formas mais evidentes a partir dos anos de 1990, por intermédio de acordos e consensos firmados mundialmente em Conferências sobre educação. Com base em Cristina e Silveira (1999), compreende-se as Conferências Internacionais de Educação como espaços estratégicos, marcados pela negociação e diálogo, por meio dos quais são estabelecidas alianças entre países, formando pontos de agenda comuns.

Sublinha-se, deste modo, que nessas conferências de educação e nas de saúde, não são definidas as políticas educacionais e de saúde em si, mas consensos expressos em recomendações gerais, que passam a servir como parâmetros para os países elaborarem suas políticas e como critério para o financiamento de projetos pelas agências internacionais. Importante reforçar que, comumente, os agentes nacionais participam de forma ativa dessas Conferências, aprovando recomendações e, portanto, contribuindo para a construção das Agendas Globalmente Estruturadas de educação e de saúde na escola.

Tendo por base essas premissas, trata-se, na sequência, dos principais documentos de políticas públicas internacionais que deram concretude à agenda globalmente estruturada para a educação e saúde na escola, firmada nas últimas décadas do século XX.

2.5. A saúde na Agenda Globalmente Estruturada para a Educação: a intersectorialidade como estratégia para a melhoria da qualidade da educação básica

Nesta subseção, a discussão desenvolvida fundamenta-se na consideração de que os documentos de políticas analisados expressam o processo de elaboração de uma Agenda Globalmente Estruturada para a Educação. São abordados os seguintes documentos: a) a Declaração Mundial sobre Educação para Todos: satisfação das necessidades básicas de aprendizagem (ONU, 1990); b) o Relatório para a UNESCO da Comissão Internacional sobre Educação para o Século XXI – Relatório Jacques Delors, publicado em 1996 e c) o Marco de Ação de Dakar – Educação para todos: Atingindo nossos Compromissos Coletivos, em 2000. O critério de escolha foi a importância dessas fontes documentais às políticas públicas mundiais na atualidade, em especial para as de educação e saúde na escola.

2.5.1. Declaração Mundial sobre Educação para Todos: Satisfação das necessidades básicas de aprendizagem – 1990

Uma das principais expressões do grande movimento educacional internacionalmente capitaneado nos anos de 1990 foi a aprovação da “Declaração Mundial sobre Educação para Todos: satisfação das necessidades básicas de aprendizagem”, elaborada a partir da “Conferência Mundial sobre Educação para Todos – Satisfação das Necessidades Básicas de Aprendizagem”, promovida pela Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura (Unesco), Fundo das Nações Unidas para a Infância (Unicef), Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD) e Banco Mundial, em Jomtien em 1990. Ao defender a efetivação do direito à educação para todos, mediante à satisfação das necessidades básicas de aprendizagem e à promoção da qualidade da educação, essa Declaração passou a nortear perspectivas educacionais em todo o mundo (ONU, 1990).

Segundo essa Declaração, a efetivação do direito à educação poderia ser impedida pela ausência das condições para a satisfação das necessidades básicas de aprendizagem. Uma das formas de promover a satisfação dessas necessidades seria por meio de programas de educação formal e não formal em saúde, conforme consta no artigo 5 deste documento:

As necessidades básicas de aprendizagem de jovens e adultos são diversas, e devem ser atendidas mediante uma variedade de sistemas. [...] Outras necessidades podem ser satisfeitas mediante a capacitação técnica, a aprendizagem de ofícios e os programas de educação formal e não formal em matérias como saúde, nutrição, população, técnicas agrícolas, meio-ambiente, ciência, tecnologia, vida familiar - incluindo-se aí a questão da natalidade - e outros problemas sociais (ONU, 1990).

Nessa perspectiva, o documento chama a atenção para a importância do desenvolvimento de políticas de apoio nos setores social, cultural e econômico para o pleno aproveitamento e provisão da educação básica. Além disso, compreende-se que uma “[...] política adequada em matéria de economia, comércio, trabalho, emprego e saúde incentiva o educando e contribui para o desenvolvimento da sociedade” (ONU, 1990).

A promoção da qualidade da educação básica seria uma tarefa de todos e, para isso:

[...] seria necessário pensar em aproveitar ao máximo as oportunidades de ampliar a colaboração existente e incorporar novos parceiros como, por exemplo, a família e as organizações não-governamentais e associações de voluntários, sindicatos de professores, outros grupos profissionais, empregadores, meios de comunicação, partidos políticos, cooperativas, universidades, instituições de pesquisa e organismos religiosos, bem como autoridades educacionais e demais serviços e órgãos governamentais (trabalho, agricultura, saúde, informação, comércio, indústria, defesa, etc.) (ONU, 1990).

Por meio do estabelecimento de parcerias, a ideia propõe o fomento de um intercâmbio de informações, experiências e competências entre setores regionais, de caráter intergovernamental e não-governamental. Para a melhoria da qualidade da educação básica, seria importante promover a "[...] cooperação em matéria de educação e capacitação, saúde, desenvolvimento agrícola, pesquisa e informação, comunicação, e em outros campos relativos à satisfação das necessidades básicas de aprendizagem" (ONU, 1990). De tal modo, orienta-se a elaboração de planos para a satisfação das necessidades básicas de aprendizagem a partir de uma abordagem multissetorial, "[...] de forma a orientar as atividades dos setores envolvidos (por exemplo, educação, informação, meios de comunicação, trabalho, agricultura, saúde)" (ONU, 1990).

Na Declaração Mundial sobre Educação para Todos, portanto, a perspectiva da intersetorialidade é clara e a saúde estaria relacionada, sobretudo, à melhoria das condições de aprendizagem e à promoção da qualidade de ensino e equidade no contexto da educação básica. No Brasil, os impactos dessa Declaração podem ser identificados em diversos documentos, em especial, no Plano Decenal de Educação para Todos – 1993-2003 (BRASIL, 1993), na Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional nº 9.394/96 (BRASIL, 1996) e nos Parâmetros Curriculares Nacionais (BRASIL, 1997a).

2.5.2. Relatório para a UNESCO da Comissão Internacional sobre Educação para o Século XXI – Relatório Jacques Delors (1996)

Reiterando os princípios e objetivos definidos em Jomtien, foi publicado, em 1996, o Relatório Jacques Delors, intitulado “Educação: um Tesouro a Descobrir”. Esse documento foi encomendado pela Unesco e apresentou amplas metas e orientações para a educação do século XXI. Começou a ser elaborado em 1993, quando foram reunidas comissões de especialistas de diversas áreas, por todo o mundo, com o intuito de realizar grande consulta sobre como deveria ser a educação para o século XXI. Este foi um esforço importante para a formação de consensos e para dar legitimidade social ao documento.

Assim como a Declaração Mundial sobre Educação para Todos, o Relatório Delors subsidiou, sobremaneira, as reformas educacionais empreendidas mundialmente, de maneira especial, no âmbito dos países membros da Organização das Nações Unidas (ONU). Por isso, entende-se que esse Relatório condensa em si alguns dos traços elementares da política educacional empreendida na atualidade.

Após incursão em dados sobre as condições sociais globais, o Relatório Delors (UNESCO, 2012) concluiu que a superação das desigualdades e conflitos sociais presentes na realidade contemporânea passaria, necessariamente, pelo reordenamento do papel da educação em âmbito mundial, a ser efetivado com base em quatro pilares: aprender a conhecer, aprender a fazer, aprender a ser e aprender a viver juntos. Estes deveriam ser pensados a partir de seis pistas de reflexão: 1) educação e cultura; 2) educação e cidadania; 3) educação e coesão social; 4) educação, trabalho e emprego; 5) educação e desenvolvimento; 6) educação, investigação e ciência (UNESCO, 2012).

Com o pilar “aprender a conhecer”, afirma-se que, por conta das novas configurações sociais e econômicas resultantes das inovações científicas, a educação deveria capacitar sujeitos para se adaptarem a um mundo em constante mudança, habilitando-os a buscar e a construir seus próprios conhecimentos, seguindo a perspectiva da “educação ao longo da vida”. Por intermédio do pilar “aprender a fazer”, defende-se que à educação também caberia o papel de preparar os sujeitos para situações de incerteza, como as de subemprego e desemprego por

exemplo. No que concerne ao “aprender a ser”⁴⁴, imputa-se à educação a tarefa de formar pessoas autônomas e com responsabilidade social, capacitadas a reconhecer e resolver problemas no ambiente em que vivem, segundo as competências, potencialidades, talentos e criatividade individuais. O pilar “aprender a viver juntos”, propala que a educação deveria atuar de forma a reavivar os laços sociais, contribuindo, de tal modo, para a construção de uma “cultura da paz”. Alcançar-se-ia, com isso, a minimização de conflitos e a promoção da coesão social, substancialmente, por intermédio do diálogo (UNESCO, 2012).

Tecendo críticas ao modelo tradicional de ensino, o documento alega que esse modelo estaria provocando exclusão na escola ao prezar pela homogeneização, padronização e uniformização cultural. Em contrapartida, a educação do século XXI deveria se pautar na valorização do pluralismo, da diversidade e dos talentos individuais. A educação formal deveria ser, sobretudo, um processo de formação de valores, transcendendo a perspectiva da transmissão de conhecimentos.

Em suma, o documento propõe uma educação flexível focada no sujeito, visando à formação de subjetividades ativas e autônomas, inclusive no tocante à saúde. De acordo com o Relatório Delors, conhecimentos relacionados à saúde deveriam ser preservados nos currículos escolares, por serem essenciais para “[...] uma educação básica que ensine a viver melhor pelo conhecimento, pela experiência e pela construção de uma cultura pessoal” (UNESCO, 2010, p. 9). O desenvolvimento da criatividade e da capacidade de inovação, a serem fomentados pela educação, exerceria função indispensável na área da saúde, assim como nos diversos domínios da atividade humana.

2.5.3. O Marco de Ação de Dakar – Educação para todos: atingindo nossos compromissos coletivos – 2000

O Marco de Ação Dakar foi estabelecido durante a Cúpula Mundial de Educação, realizada em Dakar, Senegal, no ano 2000 e, assim como a Conferência Mundial de Educação para Todos, foi organizado pela UNESCO, Unicef, PNUD e

⁴⁴ “Aprender a ser” foi o tema principal do Relatório Edgar Faure, marco do pensamento educacional da Unesco, publicado em 1972. Neste documento, além da máxima do “aprender a ser”, já se fazia presente a ideia de educação permanente.

Banco Mundial. Nesse Marco, todos os participantes se comprometeram a alcançar, por meio de amplas parcerias entre países, os objetivos e as metas de Educação Para Todos (EPT). Reiteram-se as concepções da Declaração Mundial de Educação Para Todos – Jomtien, 1990, que defenderam a necessidade de satisfação das necessidades básicas de aprendizagem na perspectiva da garantia do direito universal à educação.

Na perspectiva do documento, a persistência de problemas educacionais, como: a) a existência de crianças sem acesso ao ensino primário; b) parcelas da população com níveis significativos de analfabetismo; c) discriminação de gênero e; d) jovens e adultos sem acesso às habilidades e conhecimentos necessários para um emprego proveitoso e para participarem plenamente em suas sociedades – estariam comprometendo o alcance das metas de educação para todos e de redução da pobreza e desigualdades mundiais (UNESCO, 2001a). Com vistas a amenizar esses problemas educacionais, o Marco de Ação Dakar propõe:

- a) expandir e melhorar o cuidado e a educação da criança pequena, especialmente para as crianças mais vulneráveis e em maior desvantagem;
- b) assegurar que todas as crianças, com ênfase especial nas meninas e crianças em circunstâncias difíceis, tenham acesso à educação primária, obrigatória, gratuita e de boa qualidade até o ano 2015;
- c) assegurar que as necessidades de aprendizagem de todos os jovens e adultos sejam atendidas pelo acesso equitativo à aprendizagem apropriada, a habilidades para a vida e a programas de formação para a cidadania;
- d) alcançar uma melhoria de 50% nos níveis de alfabetização de adultos até 2015, especialmente para as mulheres, e acesso equitativo à educação básica e continuada para todos os adultos;
- e) eliminar disparidades de gênero na educação primária e secundária até 2005 e alcançar a igualdade de gênero na educação até 2015, com enfoque na garantia ao acesso e ao desempenho pleno e equitativo de meninas na educação básica de boa qualidade;
- f) melhorar todos os aspectos da qualidade da educação e assegurar excelência para todos, de forma a garantir a todos resultados reconhecidos e mensuráveis, especialmente na alfabetização, matemática e habilidades essenciais à vida (UNESCO, 2001a).

Para atingir esses objetivos, os participantes da Cúpula Mundial de Educação se comprometeram a:

- a) mobilizar uma forte vontade política nacional e internacional em prol da Educação para Todos, desenvolver planos de ação nacionais

- e incrementar de forma significativa os investimentos em educação básica;
- b) promover políticas de Educação para Todos dentro de marco setorial integrado e sustentável, claramente articulado com a eliminação da pobreza e com estratégias de desenvolvimento;
 - c) assegurar o engajamento e a participação da sociedade civil na formulação, implementação e monitoramento de estratégias para o desenvolvimento da educação;
 - d) desenvolver sistemas de administração e de gestão educacional que sejam participativos e capazes de dar respostas e de prestar contas;
 - e) satisfazer as necessidades de sistemas educacionais afetados por situações de conflito e instabilidade e conduzir os programas educacionais de forma a promover compreensão mútua, paz e tolerância, e que ajudem a prevenir a violência e os conflitos;
 - f) implementar estratégias integradas para promover a equidade de gênero na educação, que reconheçam a necessidade de mudar atitudes, valores e práticas;
 - g) *implementar urgentemente programas e ações educacionais para combater a pandemia HIV/AIDS;*
 - h) criar ambientes seguros, saudáveis, inclusivos e equitativamente supridos, que conduzam à excelência na aprendizagem e níveis de desempenho claramente definidos para todos;
 - i) melhorar o status, a auto-estima e o profissionalismo dos professores;
 - j) angariar novas tecnologias de informação e comunicação para apoiar o esforço em alcançar as metas EPT;
 - k) monitorar sistematicamente o progresso no alcance dos objetivos e estratégias de EPT nos âmbitos internacional, regional e nacional;
 - l) fortalecer os mecanismos existentes para acelerar o progresso para alcançar Educação para Todos (UNESCO, 2001a, grifo nosso).

É marcante no documento o incentivo ao estabelecimento de parcerias para a obtenção de recursos financeiros em prol da meta de educação para todos, conforme expresso no trecho a seguir:

Vontade política e uma liderança nacional mais forte são necessárias à implementação efetiva e bem sucedida dos planos nacionais em cada um dos países. No entanto, a vontade política precisa sustentar-se em recursos. A comunidade internacional reconhece que, atualmente, muitos países não possuem recursos para alcançar uma Educação para Todos dentro de um prazo aceitável. *Recursos financeiros novos, de preferência na forma de doações, devem, portanto, ser mobilizados pelas agências financeiras bilaterais e multilaterais, incluindo o Banco Mundial e bancos regionais de desenvolvimento assim como o setor privado* (UNESCO, 2001a, p. 3, grifo nosso).

Observa-se no Marco de Ação Dakar a preocupação com a melhoria da qualidade da educação básica, como estratégia fundamental à redução da pobreza

e à promoção do desenvolvimento sustentável. Contexto no qual programas e ações de combate ao HIV/AIDS e a criação de ambientes saudáveis e seguros seriam fundamentais. Baseando-se na relevância das práticas de saúde para o alcance da meta de educação para todos, ainda durante a Cúpula Mundial de Educação, em 2000, foi elaborado um documento específico para o incentivo à elaboração de políticas de educação e saúde na escola, abordado na sequência.

2.5.3.1. Focalizar recursos numa saúde escolar eficaz – Uma abordagem FRESH para alcançar a educação para todos – 2000

O documento “*Focusing Resources on Effective School Health – A FRESH Approach for Achieving Education for All*”⁴⁵, traduzido para o português como “Focalizar Recursos numa Saúde Escolar Eficaz – Uma Abordagem FRESH para Alcançar a Educação para Todos”, trata-se de uma comunicação conjunta de diversas organizações internacionais, incluindo a OMS, Unicef, UNESCO e Banco Mundial (UNESCO, 2001b).

Resultante do Fórum Mundial de Educação em 2000 (Dakar), pode-se considerar que, no documento FRESH, encontram-se as principais diretrizes internacionais para as políticas de educação e saúde na escola. Comportando os componentes essenciais da noção de Escolas Promotoras de Saúde, esse documento tornou-se referência mundial para a elaboração e implementação de políticas públicas de educação em saúde na escola. O objetivo central da comunicação em foco foi defender a adesão dos governos nacionais à iniciativa das Escolas Promotoras de Saúde como modelo de política pública. Advoga-se a equidade no acesso à educação e à atenção à saúde como produto desejável e possível da promoção da saúde na escola.

Dentre os argumentos centrais do documento FRESH, utilizados em defesa da implantação de políticas públicas fundamentadas na concepção de EPS, encontra-se o da efetividade da promoção da saúde na escola. Conforme o documento, os impactos positivos da implementação desses programas poderiam ser mensurados pela melhoria da saúde e nutrição dos estudantes, bem como pela redução das taxas de reprovação. Além disso, entende-se a promoção de saúde

⁴⁵ Versão em inglês disponível em: <<http://www.freshschools.org/Documents/FRESHandEFA-English.pdf>>. Acesso em: 03 set. 2013.

como estratégia de mútua potencialização, visto que a saúde seria condição para a aprendizagem e, reciprocamente, finalidade e produto da educação (VALADÃO, 2004).

Nota-se, em resumo, que nos documentos que compõem a Agenda Globalmente Estruturada para a Educação, a saúde está inserida como política de apoio à melhoria da qualidade da educação básica que, por sua vez, seria estratégia fundamental para a promoção do desenvolvimento econômico e social, assim como para o combate às desigualdades sociais e pobreza.

2.6. A educação na agenda global da saúde: o empoderamento para a equidade em saúde

Apesar da existência de movimentos que já chamavam a atenção para a importância dos determinantes sociais no processo de saúde e doença, como o movimento da Medicina Social⁴⁶, o período que antecedeu a década de 1970 foi caracterizado pelo predomínio do pensamento biomédico no campo da saúde pública em âmbito mundial (GOMES, 2012).

Ocorreu que o avanço das pesquisas epidemiológicas, em particular aquelas relacionadas às doenças não transmissíveis, começou a sinalizar para a multiplicidade dos fatores de risco articulados às doenças, enfraquecendo, sobremaneira, o modelo biomédico e fortalecendo, na mesma medida, a criação de um modelo ampliado de saúde pública (GOMES, 2012). Além disso, no Canadá, dentre as questões que mais preocupavam o governo e geravam insatisfação popular estavam os serviços de saúde: demasiadamente caros se comparados à sua eficiência no enfrentamento dos problemas da população. Paralelamente, uma experiência realizada na China havia demonstrado que modelos de atenção pautados nos aspectos ambientais da saúde estavam articulados a melhores resultados (VALADÃO, 2004). Tais fatores acabaram por colocar o modelo biomédico sob a mira de fortes questionamentos durante a década de 1960.

⁴⁶ Para Gomes (2012), mais do que um exemplo de resistência, o movimento da Medicina Social construiu as bases do novo conceito de promoção da saúde, evidenciado a partir da década de 1970. Complementa Mito e Schütz (2011, p. 9), “[...] a Medicina Social surgiu a partir de produções científicas e políticas acerca da determinação social do processo saúde/doença”. Ainda conforme as autoras, a expressão Medicina Social era utilizada para “[...] denominar ações baseadas em educação sanitária e ações do Estado voltadas para a melhoria das condições de vida da população” (p. 9).

Somando-se a isso, a crise do capital da década de 1970 e as recomendações internacionais de ajuste fiscal que se seguiram reforçaram a necessidade de desenvolvimento de um novo modelo de saúde no Canadá, mais eficiente e econômico (VALADÃO, 2004).

Esses aspectos teceram o pano de fundo para o surgimento do Movimento da Nova Promoção da Saúde⁴⁷ no Canadá, formalmente, na década de 1970. Tal Movimento, central para a formação do consenso da escola como espaço de educação para a saúde, foi construído por intermédio de diversas conferências internacionais (em especial, as conferências internacionais sobre promoção da saúde) – espaços de diálogo e formação de alianças entre atores sociais distintos. Durante esses eventos, documentos foram publicados sintetizando consensos estabelecidos entre vários países, dos quais se desdobraram recomendações e orientações para a formulação e implementação de políticas.

Pode-se considerar que o Movimento da Nova Promoção da Saúde revolucionou o conceito de saúde e de promoção de saúde, hegemônicos até então. Novas formas de se pensar e compreender a saúde – articulando-a à educação – foram sendo expressas com vistas a aumentar a eficiência e a efetividade das ações nesse campo. A iniciativa das Escolas Promotoras de Saúde, da qual o Programa Saúde na Escola é signatário, pode ser considerada uma das principais decorrências desse Movimento.

2.6.1. Informe Lalonde: Uma nova perspectiva na saúde dos canadenses – 1974

O documento “*A New Perspective on the Health of Canadians*”, para o português, “Uma nova perspectiva da saúde dos canadenses”, mais conhecido como “Informe Lalonde”⁴⁸, foi publicado em 1974 e inaugurou, formalmente, o processo de reorientação das políticas de saúde em nível mundial. Esse documento foi a primeira declaração governamental a apresentar uma abordagem mais abrangente de saúde pública, para além da concepção de saúde como ausência de doenças.

⁴⁷ A expressão “promoção da saúde” foi utilizada pela primeira vez em 1946, com o médico e historiador Henry Ernest Sigerist. Ao usá-la, Sigerist queria destacar a importância de boas condições de vida para a saúde, já ressaltando a relevância da abordagem multidisciplinar e intersetorial para o campo da saúde.

⁴⁸ Esse nome deve-se ao Ministro da Saúde e Bem Estar do Canadá, Marc Lalonde.

Na perspectiva do documento, a saúde seria uma condição determinada por um conjunto de fatores agrupáveis em quatro categorias: a) biologia humana: envolvendo fatores orgânicos e genéticos; b) ambiente: onde estariam incluídos fatores externos ao organismo, sobre o qual o sujeito exerceria pouco ou nenhum controle; c) estilo de vida: se referindo ao conjunto de decisões tomadas pelos indivíduos que interfeririam em sua saúde. Nesse item, pode-se incluir a prática de atividade física e a seleção de alimentos, por exemplo; d) organização da atenção à saúde: categoria que estaria relacionada à quantidade de recursos destinados aos cuidados em saúde (BECKER, 2001).

Criticando a ênfase do modelo de saúde pública canadense nos serviços sanitários e de assistência médica, o Informe chama a atenção para a necessidade de realização de investimentos públicos nas dimensões sociais e ambientais do processo de saúde e doença (VALADÃO, 2004). Para Lervolino (2000, p. 16), ao problematizar a desconsideração da influência dos fatores ambientais no processo de saúde e doença, o Informe Lalonde inaugurou uma nova fase de “[...] interesse social e político pela saúde pública, propondo programas educacionais e proporcionando um avanço na compreensão da importância da adoção de ações intersetoriais independentes do sistema de cuidados de saúde”.

Ao apresentar uma concepção de saúde ampliada e inovadora para época, o Informe Lalonde marcou o início do Movimento da Nova Promoção da Saúde no Canadá, a partir do qual a medicina deixou de ser vista como a única fonte de melhorias de saúde da população, e a promoção da saúde despontou como estratégia promissora.

2.6.2. Primeira Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde e a Declaração de Alma-Ata para os Cuidados Primários em Saúde – 1978

A formalização do novo paradigma de saúde ocorreu com a realização da Primeira Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, conhecida como Conferência de Alma-Ata, na cidade de Alma-Ata, em setembro de 1978. Nessa reunião, foi elaborada a “Declaração de Alma-Ata para os Cuidados Primários em Saúde” – relatório conjunto da OMS e do Unicef, com o qual se reafirmou a força tarefa “Saúde Para Todos no Ano 2000”, inaugurada na Assembleia Mundial da Saúde em 1977.

Na Declaração de Alma-Ata, a saúde é apresentada como direito humano fundamental e entendida como o “[...] estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não simplesmente a ausência de doença ou enfermidade”. Além disso, a saúde é reconhecida como a mais importante meta social mundial, cujo alcance requereria a participação dos diversos setores sociais (OMS, 1978). Para que níveis de saúde adequados fossem atingidos até o ano 2000, houve o incentivo para que todos os governos formassem “[...] políticas, estratégias e planos nacionais de ação para lançar/sustentar os cuidados primários de saúde em coordenação com outros setores”. Seria, portanto, necessário agir com vontade política, mobilizando e utilizando racionalmente recursos nacionais e internacionais disponíveis (OMS, 1978, p. 2).

Ao afirmar a importância das ações conjuntas com outras instâncias sociais, a Declaração de Alma-Ata reforçou o enfoque multidisciplinar em saúde. Conforme o documento, as questões relacionadas à saúde deveriam envolver, além do setor da saúde, “[...] todos os setores e aspectos correlatos do desenvolvimento nacional e comunitário, mormente a agricultura, a pecuária, a produção de alimentos, a indústria, a educação, a habitação, as obras públicas, as comunicações e outros setores” (OMS, 1978, p. 2). Mediante o exposto, concorda-se com Mito e Schütz (2011, p. 9) quando consideram que, no campo da saúde, a “[...] intersectorialidade é forjada no âmbito das produções que privilegiam a determinação social do processo saúde/doença”. Em outras palavras, “[...] é possível perceber a estreita relação com o desenvolvimento do conceito de promoção da saúde, nos marcos da determinação social do processo saúde/doença, e conceito de intersectorialidade” (MIOTO; SCHÜTZ, 2011, p. 10).

Nesse documento, propala-se a existência de uma relação de reciprocidade entre o desenvolvimento socioeconômico e a promoção da saúde. Transmite-se a ideia de que o desenvolvimento econômico e social acarretaria a promoção da saúde e esta seria fundamental ao desenvolvimento econômico e social. Por isso, defende-se que os cuidados em saúde deveriam ser promovidos em todo o mundo e, em especial, nos países em desenvolvimento (OMS, 1978). Nessa linha de pensamento, a Declaração de Alma-Ata (OMS, 1978, p. 2) enfatizou a necessidade do desencadeamento de medidas sanitárias e sociais governamentais voltadas ao alcance de níveis de saúde adequados, para que todos os povos pudessem “[...] levar uma vida social e economicamente produtiva”.

Assim sendo, a educação seria um dos setores que deveria atuar em prol da promoção dos cuidados primários de saúde, operando sobre os principais problemas e métodos de prevenção correspondentes. A promoção da saúde, a ser alcançada por vias intersetoriais, seria caminho para a qualidade de vida e para o desenvolvimento econômico e social dos países, bem como para o alcance da paz mundial. Ainda com base no princípio da intersetorialidade, a Declaração de Alma-Ata recomenda a participação de sujeitos e comunidades em todas as etapas do processo de atenção primária de saúde (OMS, 1978).

Tanto o Informe Lalonde quanto a Declaração de Alma-Ata estabeleceram as bases fundamentais para o desenvolvimento do Movimento da Nova Promoção da Saúde, que se deu mediante a realização das Conferências Internacionais sobre Promoção da Saúde.

Nesse contexto de ressignificação de conceitos e de práticas no campo da saúde pública, foi realizada, em 1986, a 1ª Conferência Mundial de Promoção da Saúde, evento no qual foi produzida a Carta de Ottawa, conhecida por revolucionar o conceito de promoção de saúde e que, ainda hoje, permanece como referência para a formulação de políticas públicas (LOPES; TOCANTINS, 2012). Após a Carta de Ottawa, o conceito de promoção de saúde foi, progressivamente, ampliado com os eventos e documentos acordados e aprovados nas Conferências Internacionais sobre Promoção da Saúde seguintes. A Organização Mundial da Saúde (OMS) foi a agência responsável pela disseminação desse novo ideário mundialmente, estimulando a cooperação e diálogo entre governos e agências internacionais e a formação de uma agenda internacional comum.

2.6.3. As Conferências Internacionais sobre Promoção da Saúde

O Informe Lalonde (1974), a Declaração de Alma-Ata (1978) e o aumento das evidências sobre a influência dos fatores externos no processo de produção da saúde da população formaram as bases de sustentação das Conferências Internacionais de Promoção da Saúde, realizadas periodicamente a partir da década de 1980. Nessas Conferências, promovidas especialmente via parceria entre a OMS, OPAS e Unicef, o conceito de saúde foi, progressivamente, enriquecido, como fica evidente nos discursos dos documentos resultantes destes eventos.

No Quadro 1, estão dispostas todas as Conferências Internacionais de Promoção da Saúde já ocorridas. Importante assinalar que esses documentos foram gerados em um contexto de universalização do capital e expansão das políticas neoliberais.

Quadro 1: As Conferências Internacionais sobre Promoção da Saúde e os documentos a partir delas publicados.

Evento	Ano/local	Documento
1ª Conferência Mundial de Promoção da Saúde	1986/Ottawa	Carta de Ottawa
2ª Conferência Internacional sobre Promoção de Saúde	1988/Austrália	Declaração de Adelaide
3ª Conferência Internacional sobre Promoção de Saúde	1991/Suécia	Declaração de Sundsvall
4ª Conferência Internacional sobre Promoção de Saúde, conhecida como a 1ª Conferência sobre Promoção de Saúde na América Latina	1992/Colômbia	Declaração de Santafé de Bogotá
5ª Conferência Internacional sobre Promoção de Saúde	1997/Jacarta	Declaração de Jacarta
6ª Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde	2000/México	Declaração do México
7ª Conferência Internacional sobre Promoção de Saúde	2005/Bangkok	Carta de Bangkok para a Promoção de Saúde no Mundo Globalizado
8ª Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde	2013/Helsinque	Declaração de Helsinque sobre Saúde em todas as Políticas

Fonte: Adaptado de Lopes e Tocantins (2012).

Na sequência, são detalhados os documentos que deram corpo ao Movimento da Nova Promoção da Saúde, à concepção da escola como local de promoção de saúde e às políticas intersetoriais entre saúde e educação na escola.

2.6.3.1. Carta de Ottawa para a Promoção da Saúde – 1986

A “Carta de Ottawa para a Promoção da Saúde” resultou da “Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde nos Países Industrializados”, realizada em 1986 e patrocinada pela OMS, Ministério da Saúde e Bem Estar do

Canadá e Associação Canadense de Saúde Pública. Compartilhando do compromisso “Saúde para Todos no Ano 2000”, estabelecido na Conferência de Alma-Ata, a Carta de Ottawa (OMS, 1986) apresentou uma concepção ampliada de promoção da saúde. Conforme o documento, promoção da saúde seria:

Processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria de sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo. Para atingir um estado de completo bem-estar físico, mental e social os indivíduos e grupos devem saber identificar aspirações, satisfazer necessidades e modificar favoravelmente o meio ambiente. A saúde deve ser vista como um recurso para a vida, e não como objetivo de viver (OMS, 1986, p. 1).

Na citação anterior, reafirma-se a ideia de que a promoção da saúde não seria atribuição exclusiva do setor da saúde, mas uma responsabilidade a ser compartilhada pelos diversos setores sociais. A saúde seria resultante de um esforço conjunto entre “[...] governo, setor saúde e outros setores sociais e econômicos, organizações voluntárias e não governamentais, autoridades locais, indústria e mídia” (OMS, 1986, p. 2).

Nesse documento, são definidos cinco campos de ação para a promoção da saúde: a) elaboração e implementação de políticas públicas saudáveis; b) criação de ambientes favoráveis à saúde; c) participação comunitária; d) desenvolvimento de habilidades pessoais e; e) reorientação dos serviços de saúde. Estipula-se ainda que as ações de promoção de saúde devem incluir ações direcionadas à promoção do acesso à informação, experiências e oportunidades que capacitem pessoas para a realização de escolhas mais saudáveis. A capacitação de sujeitos para atuarem ativamente na promoção da saúde deve ser realizada “[...] nas escolas, nos lares, nos locais de trabalho e em outros espaços comunitários [...] através de organizações educacionais, profissionais, comerciais e voluntárias, bem como pelas instituições governamentais” (OMS, 1986, p. 3).

Com a nova definição de promoção da saúde, divulga-se que a intenção é incrementar o “[...] poder das comunidades – a posse e o controle dos seus próprios esforços e destino” (OMS, 1986, p. 3). A saúde seria, assim, construída pelo “[...] cuidado de cada um consigo mesmo e com os outros, pela capacidade de tomar decisões e de ter controle sobre as circunstâncias da própria vida, e pela luta para

que a sociedade ofereça condições que permitam a obtenção da saúde por todos os seus membros” (OMS, 1986, p. 3-4).

No documento analisado, expressa-se a importância da promoção da saúde para a equidade em saúde. De forma geral, o conceito de equidade diz respeito ao reconhecimento das diferenças entre as pessoas, reforçando a ideia de um tratamento diferenciado aos sujeitos, levando em consideração suas características próprias e peculiares⁴⁹. Além disso, reforça-se a relevância da promoção da saúde para o desenvolvimento econômico e social. Conforme a Carta, a saúde “[...] é o maior recurso para o desenvolvimento social, econômico e pessoal, assim como uma importante dimensão da qualidade de vida” (OMS, 1986, p. 1).

Faz-se possível identificar uma perspectiva individualista nessa Carta, sintonizada ao ideário neoliberal, na medida em que, com base nas estratégias de empoderamento, busca-se capacitar sujeitos e grupos para atuarem sobre os determinantes sociais da saúde. Segundo a interpretação de Romano (2002), o termo empoderamento compõe o conjunto de conceitos reapropriados e evocados por bancos e agências internacionais para legitimar socialmente a prática dessas organizações⁵⁰. Ainda conforme o autor, este termo está relacionado ao desenvolvimento de capacidades para que pessoas inseridas em situação de vulnerabilidade possam controlar questões de seu interesse e agir de forma mais autônoma. Adaptando a noção de empoderamento para o campo da saúde, pode-se defini-la como o processo de “[...] desenvolvimento de habilidades e poder de atuar em benefício da própria qualidade de vida, enquanto sujeitos e/ou comunidades ativas” (GOMES, 2012, p. 16).

As ideias e propostas da Carta de Ottawa subsidiaram amplo movimento internacional em prol da promoção da saúde. Desde sua publicação, a Carta tem sido a principal referência no campo das políticas de saúde em todo o mundo. Prova disso é que todos os documentos das Conferências e eventos posteriores compartilharam as diretrizes nela dispostas, ampliando os debates já estabelecidos.

⁴⁹ Apesar do termo “equidade” ser, na maioria das vezes, utilizado como sinônimo de “igualdade”, Oliveira (2001) afirma a necessidade de se apontar diferenças entre eles. Para a autora, equidade diz respeito ao máximo de igualdade possível de ser alcançado dentro da lógica capitalista, tendo em vista ser a igualdade real um patamar inalcançável no âmbito da sociedade capitalista.

⁵⁰ Romano (2002) explica que a apropriação do conceito de empoderamento por bancos e agências internacionais, a partir da década de 1990, alterou o significado original deste termo, relacionado a um grande potencial de mudança.

2.6.3.2. Declaração de Adelaide – 1988

A Declaração de Adelaide foi resultante da “Segunda Conferência Internacional sobre Promoção de Saúde”, realizada em abril de 1988, na cidade de Adelaide, Austrália. Essa Conferência é conhecida como “Declaração da Conferência de Adelaide” ou “Recomendações de Adelaide sobre as Políticas de Saúde Pública”. Nesse evento, o foco foi a discussão sobre as “políticas saudáveis”, mantendo as orientações já estabelecidas na Declaração de Alma-Ata e na Carta de Ottawa.

Segundo a Declaração de Adelaide, as políticas públicas saudáveis seriam caracterizadas “[...] pelo interesse e preocupação explícitos de todas as áreas das políticas públicas em relação à saúde e à equidade, e pelos compromissos com o impacto de tais políticas sobre a saúde da população” (OMS, 1988, p. 2). O principal objetivo dessas políticas consiste em criar ambientes favoráveis a uma vida saudável. De acordo com o referido documento, para a formulação das políticas saudáveis, “[...] setores governamentais de agricultura, comércio, educação, indústria e comunicação devem levar em consideração a saúde como um fator essencial” (p. 2).

Reafirmando a saúde como direito humano fundamental e como um sólido investimento social, a Declaração de Adelaide divulgou a promoção da vida saudável como conceito chave à justiça social⁵¹ que, por sua vez, resultaria em impactos positivos à produtividade econômica. Como dispõe o documento, um princípio básico da justiça social “[...] é assegurar que a população tenha acesso aos meios imprescindíveis para uma vida saudável e satisfatória. Ao mesmo tempo, isso aumentaria, de maneira geral, a produtividade da sociedade tanto em termos sociais como econômicos” (OMS, 1988, p. 3).

O entendimento é o de que as políticas públicas para a saúde, baseadas no conceito de justiça social e planejadas para a obtenção de resultados a curto prazo, trariam benefícios econômicos de longo prazo. Estabelece-se, nessa Declaração, uma relação direta entre as políticas públicas saudáveis e o desenvolvimento econômico. É possível identificar na Declaração de Adelaide o discurso em favor da

⁵¹ O conceito de justiça social está relacionado à ideia de compensação das desigualdades sociais, promoção da equidade social e equilíbrio distributivo (BARZOTTO, 2003).

equidade em saúde e da necessidade de políticas, em nível nacional, regional e local, voltadas ao acesso aos serviços promotores de saúde (OMS, 1988).

Assim como ocorreu nos encontros anteriores, a Conferência de Adelaide considera que o estabelecimento de alianças na área da saúde seria importante para a obtenção de resultados satisfatórios. O desafio fundamental dos governos e agências internacionais seria reforçar e desenvolver parcerias para a construção da paz, respeito aos direitos humanos e à ecologia, justiça social e desenvolvimento sustentável. Nesse sentido, os governos deveriam encorajar organizações não governamentais e comunitárias no desenvolvimento de ações em saúde, por entender que associações sindicais, “[...] comércio e indústria, associações acadêmicas e lideranças religiosas, têm muitas oportunidades em atuar na melhoria da saúde da população como um todo”.

Em consonância, novas “[...] alianças devem ser forjadas, visando promover o incremento das ações de saúde” (OMS, 1988, p. 4). Considera-se ser de grande valia o estabelecimento de parcerias com instituições educacionais, que devem: “[...] responder às necessidades emergentes da nova saúde pública, reorientando os currículos existentes, no sentido de melhorar as habilidades em capacitação, mediação e defesa da saúde pública” (OMS, 1988, p. 4).

Ao retomar a meta de “Saúde para Todos no Ano 2000”, assim como os pressupostos da Carta de Ottawa, o foco da Declaração de Adelaide foi a defesa das políticas públicas de promoção da saúde, com ênfase na participação comunitária e na cooperação entre os diferentes setores da sociedade. A Declaração destacou o compromisso com a equidade no acesso a bens e serviços, relacionando-os a melhorias nas condições de vida e saúde das populações. Em suma, a Declaração de Adelaide reforçou a importância da intersetorialidade e da criação de ambientes saudáveis para a resolução dos problemas em saúde.

2.6.3.3. Declaração de Sundsvall – 1991

A Declaração de Sundsvall originou-se da Terceira Conferência Internacional sobre Promoção de Saúde, realizada em Sundsvall, Suécia, no mês de julho de 1991, na qual estiveram presentes representantes de 81 países. Seguindo a perspectiva da Conferência de Adelaide, a Declaração de Sundsvall enfatizou a

importância da criação de ambientes favoráveis à saúde e, por isso, o documento é nominado como “A Declaração de Sundsvall sobre Ambientes Favoráveis à Saúde”.

Seu texto alerta para o fato de significativa parcela da sociedade estar vivendo em ambientes degradados pela situação de pobreza e privação, estaria colocando em risco a meta de “Saúde Para Todos no Ano 2000”. Com isso, conforme a Declaração de Sundsvall, esforços precisariam ser empreendidos para a criação de ambientes saudáveis, definidos como “[...] espaços nos quais as pessoas vivem: a comunidade, suas casas, seu trabalho e lazer”, englobando “[...] estruturas que determinam o acesso aos recursos para viver e as oportunidades para ter maior poder de decisão” (OMS, 1991, p. 2).

A Conferência aponta para quatro dimensões de um ambiente favorável e promotor de saúde: 1) social: incluindo maneiras pelas quais normas, costumes e processos sociais afetariam a saúde; 2) política: referente à participação democrática nos processos de decisão e de descentralização de recursos e das responsabilidades; 3) econômica: relacionada aos recursos e ao desenvolvimento sustentável; 4) valorização da mulher: relacionada à necessidade de se reconhecer a capacidade e o conhecimento das mulheres em todos os setores sociais (OMS, 1991). Nesse contexto, a capacitação da comunidade e dos indivíduos para o controle sobre os determinantes da saúde e ambiente, por meio de mecanismos democráticos, é considerada fundamental para o desenvolvimento social e econômico (OMS, 1991).

As estratégias para a criação de ambientes saudáveis deveriam ser elaboradas ante o respeito aos princípios da equidade e da interdependência entre os setores sociais e “[...] levadas a cabo pelas pessoas nas suas comunidades, nacionalmente pelos governos e ONGs, e, globalmente, através das organizações internacionais” (OMS, 1991, p. 2). Nesse contexto, entende-se que a educação é “[...] um direito humano básico e um elemento-chave para realizar as mudanças políticas, econômicas e sociais necessárias para tornar a saúde possível para todos”. Enfatiza-se que a “[...] educação deveria ser acessível durante toda a vida e baseada nos princípios da igualdade, particularmente com respeito à cultura, classe social e gênero” (OMS, 1991, p. 4). Novamente, a intersetorialidade é apoiada na medida em que se expõe que as ações políticas precisariam “[...] envolver, predominantemente, setores como a educação, transporte, habilitação, desenvolvimento urbano, produção industrial e agricultura” (OMS, 1991, p. 2). Na

perspectiva do documento, todos os espaços teriam potencialidade para favorecer a construção da saúde, inclusive a escola.

2.6.3.4. Declaração de Jacarta – 1997

Na Declaração de Jacarta, estão registradas as orientações provenientes da Quarta Conferência Internacional de Promoção da Saúde, “Novos Protagonismos para uma Nova Era: Orientando a Promoção da Saúde no Século XXI”, realizada na cidade de Jacarta, Indonésia, em julho de 1997. Esta foi a primeira Conferência realizada em um país “em desenvolvimento”, assim como foi a primeira a incluir o setor privado no apoio à promoção da saúde.

Reafirmando a necessidade de investimentos no setor da saúde para a redução de iniquidades, desigualdades entre países desenvolvidos e em desenvolvimento e para a garantia do direito à saúde, a Declaração de Jacarta apresenta prioridades para a promoção da saúde no século XXI.

A primeira delas seria responsabilizar os setores públicos e privados pela promoção da saúde. Segundo a Declaração de Jacarta (OMS, 1997), ambos os setores deveriam desencadear ações e práticas de proteção ao meio ambiente, uso sustentável de recursos, restrição de produção e comércio de produtos e substâncias prejudiciais à vida humana e de proteção ao consumidor e cidadão no local de trabalho. Outras prioridades seriam o incremento nos investimentos no setor da saúde e a consolidação das parcerias entre os setores sociais. Para tanto, seria necessário capacitar a comunidade e dar direito de voz aos indivíduos, já que, na perspectiva do documento, a “[...] promoção da saúde efetua-se pelo e com o povo, e não sobre e para o povo” (OMS, 1997, p. 3). Por fim, afirma-se que a infraestrutura também deveria ser fator considerado nas estratégias de promoção da saúde.

Conforme o documento, redes de colaboração intersetorial precisam ser criadas, sendo que estas “[...] deveriam prestar assistência mútua dentro e entre países e facilitar o intercâmbio de informações sobre que estratégias são eficazes e em que localidades” (OMS, 1997, p. 3). Nesse sentido, afirma-se que todos “[...] os países deveriam criar os ambientes político, jurídico, educacional, social e econômico apropriados, necessários para apoiar a promoção da saúde” (OMS,

1997, p. 3). Ademais, a Declaração propõe a formulação de uma aliança mundial para a promoção da saúde, com as seguintes prioridades:

- aumento da sensibilização sobre as mudanças dos determinantes da saúde;
- apoio à criação de atividades de colaboração e de redes para o desenvolvimento sanitário;
- mobilização de recursos para a promoção da saúde;
- acumulação de conhecimentos sobre as melhores práticas;
- facilitação do aprendizado compartilhado;
- promoção da solidariedade em ação;
- promoção da transparência e da responsabilidade pública de prestação de contas em promoção da saúde (OMS, 1997, p. 7).

Nesse ínterim, destaca-se a importância das escolas como espaços potencialmente capazes de oferecer oportunidades práticas para a implementação de estratégias abrangentes de promoção de saúde. Com sustentação em um conceito ampliado de saúde, a instrução é considerada um dos pré-requisitos à saúde, juntamente com a paz, a segurança, a justiça social, a equidade e o respeito aos direitos humanos (OMS, 1997).

2.6.3.5. Declaração do México – 2000

A Declaração do México, intitulada “Promoção de saúde: diminuir desigualdades”, foi elaborada na Quinta Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, realizada em junho de 2000 na cidade do México. A Declaração reafirma a concepção de que níveis adequados de saúde seriam essenciais ao desenvolvimento socioeconômico e para a promoção da equidade nos países. Por isso, recomenda-se aos países que a promoção da saúde deve compor a proposta de programas e políticas públicas (OMS, 2000).

Nessa comunicação, ressalta-se a importância de abordagens em saúde que valorizem a colaboração entre os diversos setores da sociedade. Dessa forma, advoga-se a favor de incentivos à “[...] participação ativa de todos os setores e da sociedade civil na implementação das ações de promoção da saúde que fortaleçam e ampliem as parcerias na área da saúde” (OMS, 2000, p. 2).

2.6.3.6. Carta de Bangkok para a Promoção de Saúde no Mundo Globalizado – 2005

A Carta de Bangkok, denominada “Políticas e parcerias: abordando os determinantes de saúde”, consiste em um documento oriundo da Sexta Conferência Internacional de Promoção da Saúde, realizada em Bangkok, Tailândia, em agosto de 2005. Nessa Carta, identificam-se as “[...] ações, compromissos e promessas necessários para abordar os determinantes da saúde em um mundo globalizado através da promoção da saúde” (OMS, 2005, p. 1). Para o enfrentamento dos novos desafios impostos pela globalização, o documento aponta que as políticas de promoção da saúde precisariam ser desenvolvidas mediante articulação entre os diferentes níveis de governo, ONU e demais organizações, incluindo o setor privado (OMS, 2005). Assim, para a implementação de estratégias saudáveis, todos os setores e meios precisariam contribuir para:

- Advogar pela saúde com base nos direitos humanos e na solidariedade;
- Investir em políticas sustentáveis, ações e infra-estrutura para atuar nos determinantes da saúde;
- Desenvolver capacidades para desenvolvimento de políticas, liderança, prática de promoção da saúde, transferência de conhecimento, pesquisa e conhecimentos básicos de saúde;
- Regular e legislar para assegurar um alto nível de proteção de agravos e criar oportunidades iguais de saúde e bem estar para todas as pessoas;
- Construir parcerias e alianças com organizações públicas, privadas, não governamentais e sociedade civil com o objetivo de criar ações sustentáveis (OMS, 2005, p. 3).

Na perspectiva da Carta de Bangkok (OMS, 2005, p. 5), projetos “[...] comunitários de base, grupos da sociedade civil e organizações de mulheres têm demonstrado sua eficiência na promoção da saúde, e possuem modelos de práticas que outros grupos podem seguir”. Por isso, a importância da adesão ao princípio da intersetorialidade, apesar de cada setor – governo, sociedade civil, incluindo o setor privado – ter papéis e responsabilidades distintas.

2.6.3.7. Apelo para a Ação de Nairobi: acabando com o abismo na implementação da Promoção da Saúde – 2009

A Carta de Nairobi é um documento resultante da Sétima Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, realizada em outubro de 2009 na cidade de Nairobi, Quênia. Esse evento, que teve como tema “Promoção da Saúde e Desenvolvimento: Reduzindo as Lacunas na Implementação”, contou com a presença de mais de 500 delegados de todo o mundo. O objetivo foi aproximar as estratégias políticas de desenvolvimento e promoção da saúde (OMS, 2009).

Pode-se considerar que as principais recomendações dessa Conferência foram o fortalecimento e o desenvolvimento: a) do empoderamento da comunidade para a promoção da autonomia comunitária; b) do conhecimento sobre saúde e comportamento para a expansão da autonomia individual; c) do reforço dos Sistemas de Saúde; d) das parcerias e ação intersetorial, visando o fortalecimento do trabalho de redes; e) da construção de competências para a promoção da saúde. Com base nessas diretrizes, foi encaminhado um apelo aos governos, à sociedade civil, às organizações de desenvolvimento e aos serviços de saúde para a união de esforços e intensificação do estabelecimento de políticas e programas de promoção da saúde (OMS, 2009).

2.6.3.8. Declaração de Helsinque sobre Saúde em Todas as Políticas – 2013

A “Declaração de Helsinque sobre Saúde em Todas as Políticas” é resultante da 8ª Conferência Global sobre Promoção da Saúde, realizada em Helsinque, Finlândia, entre os dias 10 e 14 de junho de 2013. Nesse documento, a saúde é reconhecida como um direito humano fundamental e defendida como “[...] a maior meta dos governos, e a pedra angular do desenvolvimento sustentável” (OMS, 2013, p. 1). Isso porque, conforme a Carta em foco, “[...] a boa saúde melhora a qualidade de vida, aumenta a capacidade para aprender, fortalece as famílias e comunidades, e melhora a produtividade da força de trabalho” (OMS, 2013, p. 1).

Seguindo a mesma orientação das Declarações e Cartas anteriores, na Declaração de Helsinque destaca que as políticas “[...] elaboradas em todos os setores podem ter um efeito profundo sobre a saúde da população e a equidade na saúde” (OMS, 2013, p. 1). É nesse sentido que a abordagem “*Saúde em Todas as*

Políticas” é apresentada como uma forma de fomentar a busca por sinergias em todos os setores, “[...] a fim de melhorar a saúde da população e a equidade em saúde” (OMS, 2013, p. 1). Ademais, essa abordagem seria “[...] parte integrante da contribuição dos países para que sejam alcançadas as Metas de Desenvolvimento do Milênio das Nações Unidas [...]” (OMS, 2013, p. 2).

Nessa perspectiva, apela-se para o fortalecimento da capacidade dos Ministérios da Saúde para envolverem outros setores do governo e promover o significativo engajamento da esfera pública e da sociedade civil no processo de desenvolvimento, implementação e monitoramento da “*Saúde em Todas as Políticas*” (OMS, 2013).

2.6.4. Livro Branco – Juntos para a Saúde: Uma abordagem estratégica para a União Europeia (2008-2013)

O Livro Branco da Comissão das Comunidades Europeias foi publicado em 2008 e dispôs as estratégias em saúde da União Europeia a serem desenvolvidas até 2013. Dever-se-ia, conforme o documento, dar prioridade à promoção da saúde e ampliar a informação sobre saúde em nível comunitário, na perspectiva do empoderamento, para a formação de sujeitos ativos em saúde, com vistas à construção de um futuro competitivo e sustentável (COMISSÃO DA COMUNIDADE EUROPEIA, 2007).

Sob esta perspectiva, a capacitação dos cidadãos deveria ser um dos valores centrais nas estratégias de saúde em âmbito europeu, para que o doente se tornasse um “[...] sujeito ativo em vez de apenas o receptor passivo de cuidados de saúde” (COMISSÃO DA COMUNIDADE EUROPEIA, 2007, p. 4). O ponto de partida da política de saúde comunitária europeia deveria ser os direitos dos cidadãos e doentes, dentre os quais estaria o de “[...] participar e influir nos processos de decisão, bem como o de adquirir as competências necessárias ao bem-estar [...]”, a ser garantido, por exemplo, por meio de programas escolares (COMISSÃO DA COMUNIDADE EUROPEIA, 2007, p. 4).

Além da promoção do bem-estar individual e coletivo, a saúde é considerada importante porque “[...] uma população saudável é também uma condição fundamental para a produtividade e a prosperidade econômicas”. Seguindo esse raciocínio, entende-se que as “[...] despesas no setor da saúde não representam

apenas um custo – são também um investimento” (COMISSÃO DA COMUNIDADE EUROPEIA, 2007, p. 5).

A equidade deveria ser instituída como princípio comum aos sistemas de saúde da União Europeia, juntamente com a universalidade, o acesso a cuidados de qualidade e a solidariedade. Segundo esse documento, a formação do cidadão saudável é um processo contínuo e permanente, e condição para a formação do cidadão ativo (COMISSÃO DA COMUNIDADE EUROPEIA, 2007).

Além disso, considera-se que a formação de cidadãos saudáveis é de responsabilidade coletiva. Sinergias com outras políticas sociais são fundamentais para o alcance dos objetivos e estratégias em saúde, tendo em vista a compreensão de que a “[...] saúde da população não depende unicamente da política de saúde” (COMISSÃO DA COMUNIDADE EUROPEIA, 2007, p. 6).

2.6.5. As Conferências Realizadas na América Latina: A promoção da saúde para o combate às desigualdades sociais e pobreza

Em razão da posição periférica ocupada pelos países da América Latina na divisão internacional do trabalho⁵², estes sempre foram e ainda são, historicamente, caracterizados por comportarem altos níveis de desigualdade social e pobreza em seus territórios. A grave crise econômica que acometeu esses países nas últimas décadas do século XX os impulsionou a contraírem empréstimos junto a instituições financeiras internacionais, como o Banco Mundial (BM) e o Fundo Monetário Internacional (FMI). Tais empréstimos, por sua vez, acompanhados por condicionalidades materializadas na forma dos Programas de Ajustes Estruturais (PAE), marcaram a entrada do ideário neoliberal na América Latina (SILVA; AZZI; BOCK, 2007).

O Chile foi o primeiro país do mundo a sofrer o alinhamento político neoliberal, mediante a implantação de políticas de filiação neoliberal a partir de 1973⁵³, com o governo do general Augusto José Ramón Pinochet Ugarte (1915-2006). Posteriormente, conforme as particularidades sociais de cada região, as medidas neoliberais foram implantadas nos demais países latino-americanos:

⁵² As economias dos países latino-americanos estão baseadas, principalmente, na exportação de *commodities*.

⁵³ Para Gomes (2012), a América Latina é o grande laboratório para a experimentação de modelos político-econômicos.

Bolívia, com a eleição de Víctor Paz Estenssoro, em 1985; México, com Carlos Salinas de Gortari, em 1988; Argentina, Venezuela e Brasil, em 1989, com as eleições de Carlos Saúl Menem, Carlos Andrés Pérez e Fernando Collor de Mello respectivamente; e Peru, em 1990, com a eleição de Alberto Fujimori.

As medidas de ajuste fiscal e de controle da inflação foram as primeiras a serem encaminhadas com a reforma. Na sequência, destacaram-se as estratégias de liberalização do comércio, privatização, reformas financeiras e tributárias, desregulação das leis trabalhistas e inflexão radical das políticas sociais⁵⁴ (LAURELL, 1998). Conforme esta autora, a principal justificativa dos formuladores dos programas de ajuste estrutural era de que as medidas encaminhadas iriam garantir o crescimento econômico sustentado dos países e que isso acabaria por reduzir o impacto social negativo oriundo da implementação dessas políticas.

Entretanto dados apresentados por Pereira (1991, p. 3-4⁵⁵) indicaram que, entre os anos de 1980 e 1989, a renda por habitante da América Latina caiu 8,3%. A média de inflação desses países, em 1980, era de 54,90%, em 1985 marcou 274,70% e em 1989, subiu para 1.157,60%. Quanto à taxa de investimento em relação ao PIB, apresentam-se os seguintes dados: 1980-24,20%, 1985-16,30% e 1989-16,20%. O declínio do emprego formal e aumento do emprego informal se juntam à caracterização deste momento. Segundo a Organização Internacional do Trabalho (OIT), 84% dos empregos criados durante a década de 1990 foram informais e, até 1996, mais da metade da força de trabalho estava ocupada neste tipo de emprego⁵⁶.

Assim, confirmando a tendência já desvelada por Marx no século XIX – de que o desenvolvimento do capital estabelece relação negativa com o bem-estar da humanidade⁵⁷ – as medidas neoliberais encaminhadas somente intensificaram as

⁵⁴ Importante destacar que, para Hayek (1990), o sistema de seguridade social não deveria ser descartado, mas sim, limitado: “[...] não há dúvida de que, no tocante à alimentação, roupas e habitação é possível garantir a todos um mínimo suficiente para conservar a saúde e a capacidade de trabalho” (p. 124). A intervenção do Estado na área social é explicitamente voltada à manutenção das mínimas capacidades de trabalho.

⁵⁵ Fonte consultada por Pereira (1991): Comissão Econômica para a América Latina (CEPAL), Santiago, Chile.

⁵⁶ Esses dados foram levantados por Laurell (1998) por meio de pesquisa realizada pelo Banco Interamericano de Desenvolvimento em 1996.

⁵⁷ Conforme Marx (2013), as condições de vida e de existência do trabalhador tendem a piorar proporcionalmente à taxa de acumulação de capital. Isso significa que a acumulação de capital de um lado é acompanhada, necessariamente, da acumulação de miséria de outro. Ao expor a “Lei Geral de Acumulação Capitalista”, no capítulo 23 d’O Capital, Marx (2013, p. 721) aborda essa contradição, ao explicar que, no capital: “[...] a acumulação de riqueza em um polo é, ao mesmo

manifestações da “questão social”, especialmente no âmbito das economias periféricas. Nesses países, pode-se considerar que o neoliberalismo atuou, particularmente, na privação, restrição e supressão de direitos trabalhistas, de forma mais incisiva que nos países capitalistas centrais.

Nessa conjuntura, sobretudo por conta da instabilidade política e social em curso instaurada, em especial, nos países periféricos, houve uma readequação do papel das agências internacionais e estas passaram a recomendar as políticas públicas denominadas humanitárias, fundamentalmente, a partir do final do século XX⁵⁸ (DRUCK; FILGUEIRAS, 2007). Para Neves (2005), o incentivo à implementação de políticas humanitárias em países periféricos traz consigo o interesse do capital internacional no aumento da competitividade dos países pobres como meio de manter ou elevar a capacidade de pagamento da dívida externa destes.

Devido à necessidade de retomada da estabilidade econômica e política, as organizações internacionais – especialmente, agências de financiamento, como Banco Mundial e Banco Interamericano de Desenvolvimento – estabeleceram presença marcante nos processos de elaboração de políticas públicas e sociais (como as humanitárias) nos países da América Latina, ao longo da década de 1990 (CRISTINA; SILVEIRA, 1999). Desse modo, observa-se que a política social focalizada, “[...] de combate à pobreza, nasce e se articula umbilicalmente às reformas neoliberais e tem por função compensar parcial, e muito limitadamente, os estragos socioeconômicos promovidos pelo MLP [Modelo Liberal Periférico] e suas políticas econômicas [...]” (DRUCK; FILGUEIRAS, 2007, p. 26).

tempo, a acumulação de miséria, o suplício do trabalho, a escravidão, a ignorância, a brutalização e a degradação moral no polo oposto, isto é, do lado da classe que produz seu próprio produto como capital”. Lembrando que, aqui, Marx não se refere somente à pobreza e à miséria absolutas, mas sim, a suas expressões relativas à riqueza já produzida pela humanidade. Antes de ser fruto de um possível mal funcionamento do sistema capitalista, portanto, a miséria e precarização da vida compõem as expressões do pleno funcionamento do capital.

⁵⁸ Para ilustrar tal questão é válido citar o Banco Mundial, organismo multilateral que, a partir da década de 1980, passou a atuar, de forma mais incisiva, no combate aos problemas sociais, principalmente, no contexto dos países em desenvolvimento. Silva, Azzi e Bock (2007) esclarecem que o papel do Banco Mundial foi se alterando ao longo do tempo. Em sua origem, o Banco tinha como “missão” contribuir com a reconstrução das economias devastadas pela Guerra. Na década de 1950 até o início da década de 1970, suas políticas se voltaram para a industrialização e desenvolvimento dos países. A partir da constatação de que o crescimento econômico não foi acompanhado por uma melhoria das condições de vida da população, e sim, pelo aprofundamento das desigualdades sociais e pobreza, o Banco Mundial passou a trabalhar, prioritariamente, com políticas focalizadas na agricultura e setores sociais.

Incluídas nas políticas públicas e sociais de combate à pobreza, as políticas de educação e saúde básicas e as políticas intersetoriais de educação e saúde na escola passaram a incorporar mecanismos de reprodução sociometabólica do capital. Na perspectiva das organizações internacionais, tais como o Banco Mundial, investimentos em educação e saúde básicas seriam importantes para reduzir e aliviar a pobreza, por meio do aumento da renda e produtividade da força de trabalho. Como expõe Figueiredo (2008, p. 186, grifos nossos), o consenso do BM e BID referente ao oferecimento estatal de “[...] serviços essenciais básicos, de educação e de saúde, tem como meta *manter a pobreza em níveis suportáveis*, atendendo às demandas sociais críticas para administrar os efeitos recessivos das duras políticas de ajuste econômico”.

Faz-se possível compreender, portanto, que as políticas públicas e sociais de educação e saúde na escola, enquanto parte das políticas públicas e sociais de “combate” às desigualdades sociais e pobreza, ao mesmo tempo que atuam na perspectiva de concretização e ampliação do direito de crianças, jovens e adolescentes à educação e saúde básicas, compõem o projeto capitalista contemporâneo voltado à amenização das manifestações da “questão social” e à promoção da coesão e regulação social (FIGUEIREDO, 2008, p. 186).

Essas políticas constituem-se em alternativas capitalistas para a garantia da reprodução da força de trabalho e para conter “projetos mais arrojados de ruptura” (BOSCHETTI; BEHRING; SANTOS *et al*, 2008, p. 8). É nesse sentido que se constituem as propostas supostamente generosas e humanizadoras apresentadas durante o desenvolvimento histórico do capitalismo, cada qual respondendo a configurações sócio-históricas específicas e guardando em si o objetivo último de manter em razoável equilíbrio a dinâmica social e demonstrar que as mazelas sociais são naturais e inevitáveis, podendo ser combatidas pela própria forma capitalista de produção. Vale esclarecer que este é um esforço necessariamente incansável da classe dominante, para rechaçar qualquer possibilidade de identificação social da necessidade de transformação radical da sociedade.

Mediante as políticas públicas humanitárias, focalizadas em grupos em condição de vulnerabilidade⁵⁹ e risco social⁶⁰, as agências internacionais – personas

⁵⁹ O conceito de vulnerabilidade social adentrou ao campo das políticas públicas na década de 1990, por conta da infecção por HIV e epidemia de AIDS. Difundido por organismos internacionais como

do capital – deram concretude à forma neoliberal de tratamento às expressões da “questão social”, caracterizada: a) pela focalização de grupos específicos em situações emergenciais e b) pela utilização da participação ativa da sociedade civil na amenização de problemas sociais. Nesse contexto, a noção de empoderamento, entendida como “[...] processo de mobilizações e práticas destinadas a promover e impulsionar grupos e comunidades – no sentido de seu crescimento, autonomia, melhora gradual e progressiva de suas vidas [...]”, foi readaptada para o campo das políticas públicas e sociais (GOHN, 2004, p. 23).

A perspectiva da promoção da saúde não tardou a se tornar estratégia prioritária de governos latino-americanos para o campo da saúde, sobretudo pelo fato de estar supostamente relacionada à promoção da equidade e empoderamento, ao enfrentamento das vulnerabilidades sociais⁶¹ e das desigualdades, e ao desenvolvimento econômico e social. Com sustentação nessas justificativas, as proposições do Movimento de Promoção da Saúde foram difundidas pela América Latina, especialmente mediante a ação da OPAS, instituição regional da Organização Mundial da Saúde.

Em seguida, são abordados documentos de políticas que marcaram a construção das políticas públicas de educação e saúde na escola no âmbito da América Latina.

2.6.5.1. A primeira Conferência de Promoção da Saúde na América Latina e a Declaração de Santafé de Bogotá – 1992

O primeiro evento prioritariamente voltado à discussão da promoção da saúde no contexto da América Latina foi a “Quarta Conferência Internacional de Promoção da Saúde”, também conhecida como “Primeira Conferência de Promoção da Saúde na América Latina”, realizada no mês de novembro de 1992 na cidade de Santafé de Bogotá, Colômbia. Custeada pelo Ministério da Saúde da Colômbia, participaram da “Primeira Conferência de Promoção da Saúde na América Latina” 550

a ONU, Banco Mundial e Cepal, o conceito de vulnerabilidade social vem sendo disseminado como pressuposto orientador para a consolidação de políticas sociais (MONTEIRO, 2011).

⁶⁰ Como assinala Ximenes (2010), a condição de vulnerabilidade social leva à de risco social, composta pela desnutrição, condições precárias de moradia e saneamento, por exemplo.

⁶¹ Baseando-se em Ximenes (2010, p. 1), é possível compreender vulnerabilidade social como “[...] um conceito multidimensional que se refere à condição de indivíduos ou grupos em situação de fragilidade, que os tornam expostos a riscos e a níveis significativos de desagregação social”.

representantes de 21 países (Argentina, Bolívia, Brasil, Canadá, Chile, Colômbia, Costa Rica, Cuba, Equador, El Salvador, Espanha, Guatemala, Honduras, México, Nicarágua, Panamá, Paraguai, Peru, República Dominicana, Uruguai e Venezuela) (OPAS, 1992).

Nesse encontro regional, foi produzida a Declaração de Santafé de Bogotá, intitulada “Promoção e Igualdade”. Segundo esse documento, as condições gerais de vida da população da América Latina, agravadas pela crise econômica e pelas políticas de ajuste macroeconômico, estariam dificultando o alcance da meta “Saúde para Todos nos anos 2000”. Além das enfermidades, do atraso e da pobreza, identificava-se na região:

[...] uma situação epidemiológica caracterizada pela persistência ou ressurgimento de endemias como a malária, cólera, tuberculose e desnutrição; pelo aumento de problemas como o câncer e doenças cardiovasculares e pelo surgimento de novas enfermidades como a Aids e as resultantes da deterioração ambiental (OPAS, 1992, p. 2).

Considerando que o bem-estar e a saúde da população latino-americana seria requisito para o enfrentamento das iniquidades sociais e obstáculos estruturais, agravados pelas crises recorrentes, bem como mola propulsora para o desenvolvimento econômico e social nos países da região, são destacadas as estratégias de promoção da saúde (OPAS, 1992). Por isso, afirma-se que o papel “[...] que corresponde à promoção da saúde para alcançar esse propósito consiste não só em identificar os fatores que favorecem a iniquidade e propor ações que diminuam seus efeitos [...]”, mas “[...] em atuar além, como um agente de mudança que induza transformações radicais nas atitudes e condutas da população e seus dirigentes, origem destas calamidades” (OPAS, 1992, p. 3). A promoção da saúde teria, portanto, a potencialidade de promover a participação ativa das pessoas no estabelecimento de mudanças das condições sanitárias e da maneira de viver do povo latino-americano, condizentes com uma nova cultura de saúde (OPAS, 1992).

Na Declaração de Santafé de Bogotá (OPAS, 1992), são apresentadas três estratégias centrais para a promoção da saúde na América Latina:

1. Impulsionar a cultura da saúde, modificando valores, crenças, atitudes e relações que permitam chegar tanto à produção quanto ao usufruto de bens e oportunidades para facilitar opções saudáveis. Com eles, será possível a criação de ambientes sadios e o

prolongamento de uma vida plena, com o máximo desenvolvimento das capacidades pessoais e sociais;

2. Transformar o setor saúde colocando em relevo a estratégia de promoção da saúde, o que significa garantir o acesso universal aos serviços de atenção, modificar os fatores condicionantes que produzem morbimortalidade e levar a processos que conduzam nossos povos a criar ideais de saúde, mediante a completa tomada de consciência da importância da saúde e a determinação de realizar ações transcendentais de impacto neste campo;

3. Convocar, animar e mobilizar um grande compromisso social para assumir a vontade política de fazer da saúde uma prioridade. Este é um processo que tende a modificar as relações sociais de modo que sejam inaceitáveis a marginalidade, a iniquidade, a degradação ambiental e o mal-estar que estas produzem (OPAS, 1992, p. 3).

Baseando-se nessas estratégias, compromissos foram assumidos pelos países participantes da Quarta Conferência Internacional de Promoção da Saúde, tais como fortalecer “[...] a capacidade da população nas tomadas de decisões que afetem sua vida e para optar por estilos de vida saudáveis” e identificar “[...] como trabalhadores e agentes de saúde todas as pessoas comprometidas com os processos de promoção da saúde, da mesma maneira que os profissionais formados para a prestação de serviços assistenciais” (OPAS, 1992, p. 4).

Na Declaração de Bogotá, constam os pressupostos das Conferências Internacionais de Promoção da Saúde anteriores, acrescidos de questões específicas do contexto da América Latina. Em suma, seu foco foi a discussão acerca do significado da promoção da saúde na América Latina, enfatizando a importância das políticas de promoção da saúde para o combate às iniquidades sociais e o desenvolvimento socioeconômico dos países da região.

2.6.5.2. A primeira Conferência de Promoção da Saúde do Caribe e a Carta do Caribe para a Promoção da Saúde – 1993

A Carta do Caribe para a Promoção da Saúde foi publicada em 1993, tomando por base proposições discutidas e formuladas na Primeira Conferência de Promoção da Saúde do Caribe, ocorrida em Port of Spain, Trinidad e Tobago nesse mesmo ano. Segundo essa Carta (OMS; OPAS, 1993), a promoção da saúde fortaleceria “[...] a capacidade dos indivíduos e comunidades para controlar, melhorar e manter seu bem estar físico, mental, social e espiritual” (p. 1). Isto, por

sua vez, afetaria positivamente os problemas sociais enfrentados pelos povos do Caribe.

A multissetorialidade, pautada no princípio da interdisciplinaridade, deveria ser um dos princípios para a formulação das políticas públicas saudáveis, dando relevância prioritária às ações de promoção da saúde. Para a potencialização das estratégias de promoção da saúde, recomenda-se a:

- formulação de normas públicas saudáveis;
- reorientação dos serviços de saúde;
- poder às comunidades para conseguir o bem estar;
- criação de ambientes saudáveis;
- fortalecimento e desenvolvimento das capacidades pessoais relacionadas com a saúde, e
- construção de alianças baseadas nos meios de comunicação (OMS; OPAS, 1993, p. 2).

Entende-se que o êxito das ações voltadas à promoção da saúde dependeria da manutenção e melhoramento do ambiente físico, social, econômico e político. Conforme a Carta do Caribe, todas as atividades de desenvolvimento deveriam ter, “[...] como fio condutor, a necessidade de manter e melhorar o meio-ambiente, posto que a população do Caribe aspira viver em países e cidades saudáveis, a trabalhar em lugares saudáveis e que seus filhos estejam em escolas saudáveis” (OMS; OPAS, 1993, p. 3).

O fortalecimento das aptidões pessoais seria um processo contínuo que deveria ser facilitado durante toda a vida e em todos os espaços, especialmente no escolar. A educação das crianças, voltada à saúde pessoal, seria importante para reforçar a autodisciplina, os valores, as crenças e os costumes compatíveis com a cultura de saúde (OMS; OPAS, 1993).

2.6.5.3. A III Conferência Latino Americana de Promoção da Saúde e a Carta de São Paulo – 2002

A Carta de São Paulo foi elaborada durante a “III Conferência Latino Americana de Promoção da Saúde e Educação para a Saúde”, realizada em São Paulo, em novembro de 2002, com o tema “Visão Crítica da Promoção da Saúde e Educação para a Saúde: situação atual e perspectivas”. O evento foi promovido pela “União Internacional para a Promoção da Saúde e Educação” (IUHPE), Faculdade

de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (FSP-USP), OPAS e Ministério da Saúde. Participaram da Conferência os seguintes países: Brasil, Argentina, Canadá, Chile, Colômbia, Costa Rica, Cuba, EUA, França, Honduras, Itália, México, Panamá, Paraguai, Porto Rico e Uruguai (IUHPE; OPAS; MS, 2002).

O objetivo da Carta foi estimular a adoção de estratégias de promoção de saúde, qualidade de vida e educação na América Latina. Discutiu-se ainda sobre princípios, estratégias e compromissos orientados para a universalidade e a equidade no acesso aos direitos fundamentais e sociais na região (IUHPE; OPAS; MS, 2002). Segundo a Carta em foco:

1. Promover saúde na América Latina implica contribuir na discussão, fortalecimento e pactuação de uma agenda social integrada que busque alternativas ao desenvolvimento que tenha como centro o humano e se pautar pelo imperativo ético da equidade, profundo respeito às diferenças, construção de solidariedade, tolerância, esperança e paz entre os países e seus povos, numa afirmação que o desenvolvimento só faz sentido quando for capaz de fazer diferença positiva no cotidiano das pessoas;
2. Promover saúde na América Latina é se comprometer com o movimento social na impulsão de mecanismos e experiências que permitam a adoção de processos democráticos de participação social real e efetiva, com poder de decisão em espaços formais e informais, participando na formulação, execução e avaliação de políticas voltadas para a saúde e qualidade de vida, como expressão concreta da democratização do Estado e das sociedades;
3. Promover saúde na América Latina implica trabalhar na perspectiva do sujeito, em todas as suas dimensões, como centro da ação; a superação da hegemonia de um conhecimento sobre outro, a aceitação e incorporação de outros saberes e racionalidades, resgatando e preservando culturas; e trabalhando para o não predomínio do poder de uma corporação sobre outra nas práticas de trabalho cotidianas;
4. Promover saúde na América Latina significa trabalhar na superação da fragmentação da atenção e do cuidado, *em uma perspectiva transversal e transectorial que permita a abordagem integral dos sujeitos e das coletividades, assim como o diálogo entre os setores do Estado, sociedade e comunidades;*
5. Promover saúde é defender intransigentemente a adoção pelos países da América Latina de sistemas públicos de saúde que se comprometam não só com ações coletivas de saúde mas também com a assistência de qualidade dos cidadãos em todas as suas necessidades (IUHPE; OPAS; MS, 2002, p. 1, grifo nosso).

Com ações balizadas pelo diálogo entre diferentes setores, a promoção da saúde na América Latina deveria “[...] consolidar a democracia e criar e fortalecer espaços de participação que impliquem o empoderamento dos sujeitos e das

coletividades e contribuam para a construção da autonomia solidária destes mesmos sujeitos e coletividades [...]”, o que se daria pela solidificação de “[...] parcerias entre os setores públicos e privados e contribuindo na edificação de políticas inter e transeitoriais que objetivem a busca da equidade e o respeito às diferenças” (IUHPE; OPAS; MS, 2002, p. 1). Nesse sentido, são apresentadas cinco principais recomendações:

1. Que os países latino americanos fortaleçam e defendam os sistemas públicos e universais de saúde nacionais como condição fundamental e estratégica para a promoção da saúde de suas populações;
2. Que os países latino americanos pactuem agendas integrais que estejam comprometidas com o desenvolvimento humano e com a criação de mecanismos que ampliem a equidade e que qualifiquem as políticas, programas e ações na perspectiva da promoção da saúde.
3. Que os países latino americanos assegurem maiores investimentos na formação e na qualificação dos profissionais para atuarem na perspectiva da promoção da saúde;
4. Que os países latino americanos fomentem a formação de redes sociais de proteção e apoio, incentivem a participação popular e incorporem outros conhecimentos, saberes e racionalidades como imperativos para a promoção da saúde e atenção integral em saúde, de suas populações;
5. Que os países incorporem a dimensão de que desenvolver a promoção da saúde na América Latina é se comprometer com marcos conceituais e instrumentais que levem o setor saúde a dialogar com outros setores do Estado, da sociedade civil e das comunidades, pautando a saúde e a qualidade de vida como eixos norteadores de políticas sociais integrais, voltadas para o desenvolvimento emancipatório dos povos e das nações (IUHPE; OPAS; MS, 2002, p. 1).

Na Carta de São Paulo (IUHPE; OPAS; MS, 2002), são valorizadas as parcerias entre diferentes setores públicos e privados e os processos centrados no indivíduo, ressaltando a importância do empoderamento de sujeitos e comunidades para a resolução de conflitos e problemas sociais, principalmente, da desigualdade social⁶² e da pobreza.

⁶² Estima-se que, em 2013, 0,7% da população deteve 41% da riqueza mundial (CALIXTO, 2013).

2.6.5.4. Conferência Internacional de Saúde para o Desenvolvimento – 2007

Com o tema “Direitos, Fatos e Realidades”, a Conferência Internacional de Saúde para o Desenvolvimento foi realizada na cidade de Buenos Aires em agosto de 2007, com a presença de representantes de mais de 60 países de todas as regiões do mundo (OPAS, 2007).

Nesse evento, a saúde foi apresentada como fundamental para o alcance dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM)⁶³. Além disso, firmou-se a equidade, a universalidade e a solidariedade como conceitos que deveriam reger os sistemas e as políticas de saúde e desenvolvimento. Como fica exposto nos princípios pactuados pelo documento:

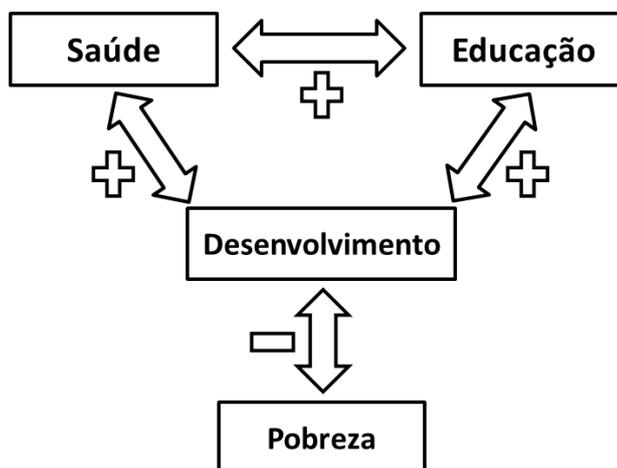
- A saúde é uma causa e fator gerador de desenvolvimento e crescimento de uma nação. É por este motivo que consideramos a saúde como investimento e não como despesa, e também como uma responsabilidade do Estado e do conjunto da sociedade;
- A atenção à saúde baseada na equidade é um fator chave para o desenvolvimento e pode estimular enfoques equitativos em outros setores. Isto requer políticas públicas fortes, que incluam todos os atores sociais;
- Para alcançar equidade em saúde é imperativo avançar em direção à cobertura universal e integral de saúde para a população mundial, com enfoque de gênero, inclusão, não-discriminação e priorização de grupos vulneráveis (OPAS, 2007, p. 2).

Pode-se perceber no discurso dos documentos internacionais de política de saúde, além de uma abordagem centrada na formação de subjetividades, o estabelecimento de uma relação de reciprocidade positiva entre saúde e educação, ou seja, transmite-se a ideia de que a saúde promove a educação e a educação promove saúde. A mesma lógica pode ser transferida às relações entre saúde e desenvolvimento econômico, e educação e desenvolvimento. Já no que se refere à conexão entre desenvolvimento econômico, social e pobreza, a relação estabelecida é de reciprocidade negativa, visto que o desenvolvimento econômico atuaria no

⁶³ Os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio, oriundos da Declaração do Milênio das Nações Unidas (2000), sintetizam uma série de compromissos mundiais estabelecidos ao longo dos anos de 1990, compartilhados por 191 países. Na ocasião, foram definidos oito Objetivos do Milênio: 1 – Acabar com a fome e a miséria; 2 – Oferecer educação básica de qualidade para todos; 3 – Promover a igualdade entre os sexos e a autonomia das mulheres; 4 – Reduzir a mortalidade infantil; 5 – Melhorar a saúde das gestantes; 6 – Combater a Aids, a malária e outras doenças; 7 – Garantir qualidade de vida e respeito ao meio ambiente; 8 – Estabelecer parcerias para o desenvolvimento. Tais ODM, são seguidos por 22 estratégias e 48 indicadores, que viabilizam o acompanhamento da progressão no alcance dos Objetivos em diferentes países (BRASIL, 2014b).

combate à pobreza que, por sua vez, diminuiria com o desenvolvimento. Conforme imagem 1:

Imagem 1: Relação entre saúde, educação, desenvolvimento econômico e pobreza nos documentos das políticas internacionais de saúde.



Fonte: Autoria própria.

Essa relação entre saúde, educação, desenvolvimento econômico e pobreza é estabelecida, de forma mais explícita, nos documentos sobre promoção da saúde publicados no âmbito da América Latina.

2.6.6. A Iniciativa das Escolas Promotoras de Saúde

Como exposto na análise das fontes anteriormente realizada, a ampliação dos conceitos de saúde e de educação em âmbito mundial foi acompanhada por um duplo movimento de: a) valorização da saúde na agenda global da educação, tendo em vista suas supostas contribuições, especialmente, à melhoria da qualidade da educação básica e b) valorização da educação na agenda da saúde, como estratégia chave para a equidade e formação de sujeitos ativos em saúde. Resultante dessa conjuntura, a escola, sobretudo a de ensino fundamental, passou a ser valorizada como espaço privilegiado para a promoção de saúde, ganhando espaço na agenda das organizações internacionais a partir da década de 1990⁶⁴.

⁶⁴ Apesar de a UNESCO e a OMS virem trabalhando com questões de educação escolar e saúde desde a década de 1960, com a publicação de um manual de referência intitulado: “*Planning for Health Education in Schools*”, que tinha por objetivo orientar o planejamento e implantação de programas nacionais de saúde escolar, ações efetivas pautadas em uma agenda comum foram

Nesse ínterim, ocorre a formulação da iniciativa das “Escolas Promotoras de Saúde” (EPS), perspectiva que ganhou corpo na Europa a partir de 1991. Na América Latina, essa iniciativa foi implementada com o lançamento da “Iniciativa Regional de Escolas Promotoras de Saúde” pela OPAS, em 1995 (BRASIL; OPAS, 2007). Na perspectiva das EPS, a escola deve ser vista como um campo privilegiado para a promoção da saúde, “[...] por congregar, por um período importante, crianças e adolescentes numa etapa crítica de crescimento e desenvolvimento, como também um ambiente de trabalho para professores, outros profissionais e representantes da comunidade educativa” (BRASIL; OPAS, 2007, p. 35).

Valadão (2004) apresenta um conjunto de elementos que caracterizam a escola que promove saúde. Em síntese, a EPS seria aquela que: a) compreende e aplica um conceito de saúde apoiado na interação dos determinantes físicos, psíquicos, socioculturais e ambientais; b) atua no desenvolvimento de uma visão crítica da saúde por parte de alunos, professores e toda a comunidade; c) promove um ambiente saudável e que favorece a aprendizagem, tanto nas salas de aula como nas áreas de merenda, por exemplo; d) valoriza a promoção de saúde para todos os que estudam e trabalham na escola; e) reforça o desenvolvimento de estilos saudáveis de vida e oferece opções saudáveis e atraentes para a prática de ações que promovem saúde; f) favorece a participação ativa dos alunos e dos educadores na elaboração do projeto de educação em saúde, buscando estabelecer inter-relações com o projeto político-pedagógico.

Pelicione (2000, p. 28) complementa afirmando que, teoricamente, “[...] as Escolas Promotoras da Saúde são aquelas que contam com um edifício seguro e confortável, com água potável, instalações sanitárias adequadas e uma atmosfera psicológica positiva para a aprendizagem [...]”, que possibilitam “[...] um desenvolvimento humano saudável; estimulam relações humanas construtivas e harmônicas e promovem atitudes positivas, conducentes à saúde [...]”.

As Escolas Promotoras de Saúde são caracterizadas por práticas de educação e saúde que se materializam com metodologias participativas “[...] que possibilitam a construção de ambientes mais saudáveis na comunidade escolar, que estimulam o acesso aos serviços de saúde, reorientados para a promoção da saúde, e contribuem para a consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS)” (BRASIL;

ênfatizadas por estes e outros organismos internacionais somente no final do século XX (VALADÃO, 2004).

OPAS, 2007, p. 23). Conforme aponta Gomes (2012, p. 38), no modelo das EPS “[...] tem-se como pressuposto que crianças e jovens precisam ter boa saúde, para aprender e beneficiar-se dos investimentos da escola”. Outros pressupostos das EPS:

[...] a amplitude e complexidade do conceito de saúde; a discussão acerca da qualidade de vida; o pressuposto de que a solução dos problemas está no potencial de mobilização e participação efetiva da sociedade; o princípio da autonomia dos indivíduos e das comunidades e o reforço do planejamento e poder local (BRASIL; OPAS, 2007, p. 7).

Como “patrimônio da comunidade”, a Escola Promotora de Saúde é, em resumo, um espaço fundamental para a promoção da saúde e formação do cidadão crítico “[...] estimulando-o à autonomia, ao exercício de direitos e deveres, às habilidades com opção por atitudes mais saudáveis e ao controle das suas condições de sua saúde e qualidade de vida” (BRASIL; OPAS, 2007, p. 24).

O entendimento é que a tarefa da promoção da saúde deve ser compartilhada com todas as políticas sociais, dentre elas, “[...] a de educação⁶⁵, habitação, transporte, cultura entre outras, e políticas econômicas, quando definidas e executadas para favorecer melhores condições de saúde e de vida da população, com vistas à equidade, justiça e direitos de cidadania [...]” (BRASIL; OPAS, 2007, p. 27).

Em síntese, os documentos das Conferências Internacionais sobre Promoção da Saúde analisados nessa seção da dissertação disseminaram a compreensão das doenças como fontes de iniquidades e obstáculos ao desenvolvimento humano e social e, apesar de não terem *status* de leis, tornaram-se “regras” em âmbito mundial. Com sustentação na ideia da ineficiência da atuação isolada do setor da saúde na promoção da saúde das comunidades, outros setores sociais foram chamados a contribuir com essa tarefa como, por exemplo, o da educação. Nesse sentido, a educação (em especial, a escolar) foi progressivamente valorizada a partir da década de 1970, especialmente por conta do papel que teria como impulsionadora da nova cultura ativa em saúde, marcada por novos valores, crenças e atitudes.

⁶⁵ Internacionalmente, a iniciativa das Escolas Promotoras de Saúde toma por base as metas e estratégias estabelecidas no Fórum Mundial de Educação, de 2000. Em âmbito nacional, a Iniciativa se baseia nas Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) (BRASIL; OPAS, 2007).

Pode-se compreender que a educação na agenda internacional da saúde e, mais especificamente no Movimento da Nova Promoção da Saúde, está incluída como estratégia de modificação de comportamentos individuais. Busca-se, por meio da educação, o estabelecimento de um processo de reformulação de subjetividades que visa, no tocante à saúde, à formação de sujeitos individual e socialmente mais responsáveis e ativos. Essa perspectiva é evidenciada especialmente nas Conferências mais recentes, com destaque para a Carta de São Paulo, de 2002.

Com esse movimento, encabeçado pela OMS, premissas foram alastradas mundialmente, formando consensos internacionais na área, tais como: a) a noção de empoderamento de sujeitos e comunidades para atuação na promoção e produção de saúde, enfocando as regiões mais vulneráveis; b) a equidade em saúde como fator de desenvolvimento econômico e social e combate à pobreza; c) valorização da multidisciplinaridade, interdisciplinaridade e intersectorialidade, assentadas na noção de responsabilidade social e solidariedade. No âmbito da América Latina, educação e saúde são apresentadas nos documentos de políticas como importantes à equidade, desenvolvimento econômico e social e combate à pobreza.

Um dos principais resultados do Movimento da Nova Promoção da Saúde foi a Iniciativa das Escolas Promotoras de Saúde. Tal iniciativa passou a servir de referência para a atuação de diversas organizações internacionais (como a OMS, OPAS, UNESCO, Unicef e Banco Mundial), no processo de proposição de diretrizes e estratégias de ação para os governos nacionais no tocante às políticas de educação e saúde na escola, bem como nos debates técnicos e políticos sobre o tema em nível internacional.

Com fundamento nas fontes documentais analisadas nesta seção, chega-se ao entendimento de que as políticas internacionais de educação e saúde na escola estão desempenhando a função social de formar subjetividades individual e socialmente ativas em saúde, adaptadas ao novo padrão de respostas do capital às manifestações da “questão social”, bem como de contribuir com a regulação e administração dos pobres.

3. POLÍTICAS PÚBLICAS BRASILEIRAS DE EDUCAÇÃO E SAÚDE NA ESCOLA

Nesta seção, o objetivo é analisar os principais elementos das políticas públicas brasileiras de educação e saúde na escola. Adotando a mesma forma de abordagem da seção anterior, analisa-se o processo de construção das políticas públicas brasileiras, as medidas legais aprovadas, as ações políticas realizadas para a construção das agendas que conduziram à definição de marcos, parâmetros e instrumentos das políticas públicas nacionais de educação e saúde na escola. A abordagem é alicerçada na análise de fontes documentais que subsidiaram e subsidiam a implantação e a implementação das políticas de educação e saúde na escola pelo Estado brasileiro.

As políticas em investigação são abordadas como produtos históricos permeados de contradições que expressam interesses e projetos sociais antagônicos em contínuo processo de configuração. Tomando como referência a discussão elaborada na seção dois desta dissertação, parte-se do pressuposto de que objetivos, metas, estratégias e conteúdos das políticas públicas brasileiras de educação e saúde na escola não foram e não são resultados de um processo de planejamento próprio do país. Estes foram preconcebidos, prefixados e consensuados por compromissos e intervenções internacionais e pelo processo de construção de uma AGEE (DALE, 2004).

Deve-se enfatizar que o fato de reconhecer a ação de instâncias de regulação supranacional definidoras e mediadoras da construção e da implantação de políticas em razão de compromissos internacionais – tratados, pactos, acordos e declarações – assinados pelo país signatário, não significa a aceitação de que se trata de uma aplicação mecânica concretizada ponto a ponto pelos governos dos países que compõem as regiões do mundo e do Brasil. Diferentemente, o atendimento aos compromissos e às recomendações das instituições internacionais se processa com incorporações e adaptações consoantes às particularidades e especificidades dos países. Na perspectiva metodológica adotada, isso significa que se faz necessário analisar as singularidades da sociedade brasileira para compreender as especificidades das políticas públicas de educação e saúde implantadas no país.

No Brasil, a análise de documentos de políticas indica que os fundamentos das ações intersetoriais entre educação e saúde na escola remontam à década de 1980, mais especificamente ao Movimento de Reforma Sanitária e adoção do ideário do Movimento da Nova Promoção da Saúde. Na década de 1990, documentos de políticas educacionais reforçaram a necessidade de ações articuladas com o campo da saúde. Na década de 2000, o Projeto Saúde e Prevenção das Escolas e o Programa Saúde na Escola foram as principais expressões nacionais das políticas internacionais de educação e saúde na escola.

Com referência às fontes examinadas, localiza-se o desenvolvimento das políticas de educação e saúde na escola no contexto histórico brasileiro caracterizado fundamentalmente por dois principais movimentos, por um lado, pela luta pela redemocratização da sociedade e, por outro lado, pela adoção de políticas de alinhamento neoliberal no Brasil a partir das eleições presidenciais de 1989.

3.1. O movimento neoliberal no Brasil e a mercantilização da educação e da saúde

A década de 1980 foi um momento histórico marcado por grande agitação política no Brasil, sobretudo por conta das lutas populares empreendidas em prol do término da ditadura civil-militar e do reestabelecimento do regime democrático no país. Nos países da América Latina, como o Brasil, os anos 1980 ficaram marcados pelos altos níveis de inflação, dívidas⁶⁶, decréscimo da atividade industrial e redução do ritmo de crescimento da economia (ADRIÃO; CAMARGO, 2007).

Na perspectiva de Anderson (2000), a virada continental em direção ao neoliberalismo ocorreu mais próximo aos anos 1990, com a eleição dos seguintes presidentes: Salinas no México em 1988; Menem na Argentina em 1989; Perez na Venezuela em 1989 (segundo mandato); Collor de Mello no Brasil em 1989, e Fujimori no Peru em 1990. No Brasil, o discurso neoliberal começou a se afirmar e a criar raízes nas eleições presidenciais de 1989. O ingresso do país na era da política

⁶⁶ Essas dívidas foram contraídas, em grande medida, durante os anos do “milagre econômico” (1969-1973). Se, por um lado, o acelerado desenvolvimento da economia nacional – fundamentalmente custeado por empréstimos internacionais – acarretou significativo incremento na taxa de geração de empregos, por outro, observou-se aumento da dívida externa, inflação, concentração de renda e desigualdade social.

neoliberal, enfatiza Boito Jr (1999), ocorreu apenas nos anos 1990, sob a presidência de Collor de Mello.

Como foi exposto na seção anterior desta dissertação, com o processo das respostas do capital à sua crise estrutural, houve amplo movimento de reorganização social para a manutenção das estruturas de reprodução capitalista sustentado, fundamentalmente, em três pilares “[...]: a) a ofensiva contra o trabalho e suas formas de organização e lutas; b) a reestruturação produtiva; c) a (contra)reforma do Estado” (MONTAÑO; DURIGUETTO, 2011, p. 192-193).

O receituário para as reformas ou ajustes visando a submeter todas as instâncias da vida social à lógica do mercado se fundamentou no neoliberalismo entendido como um conjunto de políticas e de programas direcionados para a universalização da lógica mercantil. Aplicou-se um Programa de Ajuste Estrutural (PAE) fundamentado nas prescrições internacionais acordadas no Consenso de Washington⁶⁷ que, por sua vez, significou um conjunto de reformas favoráveis ao mercado para os países endividados da América Latina. Dentre as diversas medidas indicadas, estavam as políticas consideradas fundamentais à recuperação do crescimento econômico pelas “[...] principais instituições de Washington, como o Tesouro Americano, o Fundo Monetário Internacional, o Banco Mundial e o Banco Interamericano de Desenvolvimento” (KUCZYNSKY, 2004, p. 21). Tais ações políticas incluíram: a) elevação dos juros; b) liberalização do mercado e c) dolarização das economias. No referente às medidas de ajuste fiscal, destacam-se: a) restrição nos gastos estatais; b) restrição do financiamento das políticas sociais e reforma da seguridade social; c) reconstrução da base tributária; d) privatização das empresas públicas (MONTAÑO; DURIGUETTO, 2011). Consoante com esta perspectiva política, foi apregoada a urgência da reforma do aparelho do Estado brasileiro – definida como reforma modernizadora – propalada, conseqüentemente, como antídoto à crise econômica e passaporte para a inserção do Brasil no mundo globalizado.

Na compreensão de Boito Jr (1999), o processo de reforma do aparelho do Estado – ou (contra)reforma do Estado – no Brasil foi iniciado na década de 1990,

⁶⁷ O Consenso de Washington foi uma reunião, realizada em 1989, da qual participaram os Organismos Internacionais de Bretton Woods (Fundo Monetário Internacional – FMI, Banco Mundial – BID), funcionários do governo americano, bem como economistas e governantes latino-americanos. Motivada pela crise político-econômica que atingira os países da América Latina, a reunião de Washington destinou-se à avaliação das medidas que vinham sendo implementadas na região, desde a década de 1970 (KUCZYNSKY, 2004).

com o governo de Fernando Collor de Mello que assumiu a presidência do país entre 1990 a 1992⁶⁸, efetivado nos dois governos de Fernando Henrique Cardoso de 1995 a 2002, e continuado tanto por Luiz Inácio Lula da Silva no período 2003-2011 quanto por Dilma Rousseff, eleita em 2012 para um mandato de quatro anos.

Segundo a interpretação de Neves (2011), o governo Fernando Henrique Cardoso (FHC) foi responsável por construir as bases fundamentais para a efetiva implementação das políticas neoliberais de Terceira Via⁶⁹ realizada pelos governos Lula e Dilma. Como explica a autora, os governos FHC “[...] realizaram o desmonte das bases do capitalismo desenvolvimentista e definiram um novo arcabouço jurídico para a execução das políticas neoliberais de Terceira Via”⁷⁰ (NEVES, 2011, p. 235). Dessa forma, quando o primeiro mandato do governo Lula teve início, “[...] já existia toda uma estrutura econômica, jurídica e política montada para viabilizar a proposta neoliberal de Terceira Via de pôr em ação ‘um Estado mais próximo do povo’, proposta do Banco Mundial desde o ano de 1997” (NEVES, 2011, p. 235). Por tais motivos, apesar de o governo Lula da Silva ter sido mais popular que o governo FHC, os fundamentos desses “[...] projetos políticos são, no entanto, idênticos” (NEVES, 2011, p. 235)⁷¹.

Pode-se considerar que o primeiro marco formal do processo de reforma do Estado brasileiro foi a criação do Ministério de Administração e Reforma do Aparelho do Estado (MARE) e a publicação do Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado, em 1995, idealizado pela equipe do então ministro do MARE, Luiz Carlos

⁶⁸ As orientações de base neoliberal foram evidenciadas no documento *Brasil: um projeto de reconstrução Nacional*, publicado durante o governo Collor, em 1991 (COLLOR, 1991).

⁶⁹ A expressão “Terceira Via” refere-se à renovação da social democracia, um projeto político de centro-esquerda situado “para além da esquerda e da direita” e defendido como uma alternativa ao neoliberalismo ortodoxo e ao socialismo real. O principal ideólogo desta corrente, Anthony Giddens (2007), explica que “Terceira Via” é uma expressão antiga, já utilizada em outros momentos da história do pensamento e prática política. De acordo com Chauí (1999, p. 2), o ideário da Terceira Via foi utilizado, originalmente, pelo fascismo para indicar um projeto e programa político-econômico que se pretendia diferenciar do liberalismo e do socialismo/comunismo. Ainda segundo a autora, a Terceira Via haveria reaparecido, na década de 1940, nos discursos de Perón. Desta forma, percebe-se que a ideia da Terceira Via não é atual e, desde sua origem, busca se colocar como proposta para além da “direita” e da “esquerda”. A discussão mais detalhada da Terceira Via é realizada na quarta seção desta dissertação.

⁷⁰ De acordo com Neves (2011, p. 235), no período do governo FHC “[...] foram votadas pelo Congresso Nacional inúmeras emendas constitucionais que redefiniram importantes preceitos da Constituição Federal de 1988. Ao longo dos oito anos de seu governo, foram aprovados tantos dispositivos legais que a população não conseguiu assimilar”.

⁷¹ Dentre as provas históricas de que o governo Lula deu continuidade à política neoliberal pode-se destacar a publicação da Lei 11.079/2004, que instituiu as normas gerais para licitação e contratação de parceria público-privada no âmbito da administração pública (BRASIL, 2004c). Discussão mais detalhada sobre o tema é efetuada por Armando Boito Jr, no artigo intitulado: *A hegemonia neoliberal no governo Lula*, publicado na revista “Crítica Marxista”, em 2003.

Bresser Pereira. Nesse documento, recheado de características neoliberais de Terceira Via, é nítida a tentativa de combinar economia de mercado com justiça social, uma das principais características do programa da Terceira Via. Com base no Plano Diretor, foram definidos os objetivos e as diretrizes que guiaram a reforma da administração pública brasileira, materializados nos Cadernos de Reforma do Estado⁷².

No ideário da reforma da aparelhagem estatal, para que o Estado brasileiro se transformasse em uma instituição empreendedora e eficiente, submetendo-se à lógica do mercado, seria preciso: a) livrar o Estado do acúmulo de encargos sociais, ampliando o campo de atuação da iniciativa privada e b) traçar estratégias políticas voltadas à economia de gastos, balizadas pela lógica do “fazer mais com menos”, principalmente, por conta da suposta necessidade do pagamento da dívida externa para a garantia da credibilidade frente aos emprestadores internacionais (SOARES, 2001).

Veiculou-se o discurso de que a reforma estatal deveria ser conduzida com vistas a minar os traços desenvolvimentistas do Estado brasileiro e os substituir por predicados empresariais. Nessa perspectiva, uma das medidas imediatas da reforma foi a adoção do modelo de administração gerencial, pelo qual a máquina estatal passou a funcionar norteadada por parâmetros próprios do mercado, como: a) rapidez na obtenção de resultados; b) agilidade na resolução de problemas e c) qualidade na prestação de serviços – tornando o cálculo do custo-benefício decisivo para a formulação e implementação de políticas (SOARES, 2001).

Grosso modo, segundo a mensagem propalada pelo Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado e as orientações das organizações internacionais,

⁷² Ao todo, foram publicados 17 Cadernos de Reforma do Estado: Caderno nº 1: “A Reforma do Estado dos anos 90: Lógica e Mecanismos de Controle”; Caderno nº 2: “Organizações Sociais”; Caderno nº 3: “Exposição no Senado sobre a Reforma da Administração Pública”; Caderno nº 4: “Programa da Qualidade e Participação na Administração na Administração Pública”; Caderno nº 5: “Plano de Reestruturação e Melhoria da Gestão do MARE”; Caderno nº 6: “A Reforma do Aparelho do Estado e as Mudanças Constitucionais: Síntese & Respostas a Dúvidas mais Comuns”; Caderno nº 7: “A Reforma Administrativa na Imprensa: Seleção de artigos produzidos no MARE”; Caderno nº 8: “O Conselho de Reforma do Estado”; Caderno nº 9: “Agências Executivas”; Caderno nº 10: “Questões sobre a Reforma Administrativa”; Caderno nº 11: “A Nova Política de Recursos Humanos”; Caderno nº 12: “Programa de Reestruturação e Qualidade dos Ministérios”; Caderno nº 13: “A Reforma Administrativa do Sistema de Saúde”; Caderno nº 14: “Regime Jurídico Único Consolidado: Lei nº 8.112, de 11/12/90, consolidação publicada no DOU de 18/03/98”; Caderno nº 15: “Os Avanços da Reforma na Administração Pública: 1995-1998”; Caderno nº 16: “Programa de Modernização do Poder Executivo Federal - Termo de Referência do Convênio de Cooperação Técnica com o BID”; Caderno 17: “Serviço Integrado de Atendimento ao Cidadão - SAC/BRASIL” (BRESSER-PEREIRA WEBSITE, 2014).

para que o Brasil pudesse superar a crise fiscal e resgatar a governabilidade e legitimidade perdidas pelo modelo desenvolvimentista, a instituição estatal brasileira deveria funcionar em consonância com a lógica empresarial, visto que somente esta devolveria a eficiência ao Estado, bem como qualidade a seus serviços (SOARES, 2001).

Enquanto instituição empreendedora, o Estado não mais deveria se ocupar da mesma quantidade de encargos sociais da qual se ocupava o Estado desenvolvimentista nacional. Assim, com o processo de reforma, a instituição estatal passou a descentralizar as tarefas voltadas à execução de políticas, mantendo centralizadas as de planejamento e avaliação. Em outras palavras, o Estado passou a buscar, fora de seus quadros, unidades executoras de serviços sociais, não abrindo mão, contudo, do estabelecimento das regras do jogo. Houve, portanto, uma separação entre os responsáveis pela formulação e os responsáveis pela implementação de políticas (NOMA; KOEPSEL, 2010).

Disseminou-se pelo país o discurso neoliberal de defesa da abertura da economia e do processo de privatizações, inaugurando o que se chama de “Era Liberal” no Brasil (FILGUEIRAS, 2006). Tal processo resultou na edificação de um novo modelo econômico no país, redefinindo “[...] as relações políticas entre as classes e frações de classes que constituíam a sociedade brasileira” (FILGUEIRAS, 2006, p. 183). Para o mesmo autor, houve o “[...] estímulo a um processo de transnacionalização dos grandes grupos econômicos nacionais e seu fortalecimento no interior do bloco dominante [...]” (FILGUEIRAS, 2006, p. 183). Teve como consequência a fragilização financeira do Estado e a progressiva submissão da economia brasileira à movimentação internacional de capitais. Em consonância, ocorreu a solidificação dos principais blocos econômicos nacionais, da produção e das finanças (FILGUEIRAS, 2006).

Considera-se importante salientar que a adoção de políticas neoliberais pelos países “em desenvolvimento” como o Brasil, no entendimento de Castro (2005, p. 41), é “[...] o resultado da internalização de esquemas internacionais de poder, [...] sob regras impostas pela Organização Mundial do Comércio (OMC) e por iniciativas de integração como a Área de Livre Comércio das Américas (ALCA)”. Destaca-se que, segundo o mesmo autor, a imposição dessas normas é feita pelo Fundo Monetário Internacional (FMI), pelo Banco Mundial (BM), pelo Banco Inter-Americano de Desenvolvimento (BID) e por outras Instituições Financeiras

Internacionais (IFIs). Ao impor condicionalidades e programas de assistência técnica aos governos nacionais e subnacionais, as IFIs são protagonistas decisivos para a internalização de agenda de políticas públicas (CASTRO, 2005).

Inerente à doutrina neoliberal está o ideário de que todas as instâncias da vida social devem se submeter à lógica do mercado. Para tal propósito, explica Carcanholo (2002, p. 28), “[...] faz-se necessário um Estado forte para disseminar essa lógica por toda a sociedade” e para realizar as desregulamentações e as reformas que são prescritas pelo receituário neoliberal. O ponto central deste processo é “[...] a diminuição da participação financeira do Estado no fornecimento de serviços sociais (incluindo educação, saúde, pensões e aposentadorias, transporte público e habitações populares) e sua subsequente transferência ao setor privado” (TORRES, 1997, p. 115).

Tal explanação coloca em evidência que uma das principais bandeiras neoliberais é a desregulamentação estatal visando à abertura de novas possibilidades promissoras de acumulação de capital por meio da livre iniciativa. Fica explicitada a razão pela qual as políticas neoliberais podem ser consideradas estratégias burguesas de enfrentamento da crise estrutural do capital.

As estratégias políticas adotadas pelos governos neoliberais para a redução da ação do Estado no campo do bem-estar-social são “[...] a privatização do financiamento e da produção dos serviços; cortes dos gastos sociais, eliminando-se programas e reduzindo-se benefícios; a canalização dos gastos para os grupos carentes; e a descentralização em nível local” (LAURELL, 2002, p. 163). A política da privatização é o elemento articulador das estratégias, de acordo com a mesma autora, visto que facilita atingir o objetivo econômico de liberar todas as atividades rentáveis disponibilizando-as aos investimentos privados, com vistas a ampliar os processos de acumulação do capital pela mercantilização do bem estar social.

Iniciado no governo de Fernando Collor de Mello, com a venda das empresas Siderbrás e Usiminas, o real avanço do projeto privatizador ocorreu no Brasil durante o governo de Fernando Henrique Cardoso (FHC), quando foram desnacionalizadas grandes empresas como, por exemplo, a Embraer, a Vale do Rio Doce, a Telebrás e a Eletropaulo. Ainda que com menor intensidade, as privatizações continuaram no governo Lula, com a venda de rodovias, hidroelétricas e jazidas petrolíferas. Na atualidade, a onda privatizadora sustentada pela presidente Dilma Rousseff vem

atingindo, sobretudo, aeroportos, hospitais e rodovias⁷³. Dados do Instituto Latino-americano de Estudos Socioeconômicos (ILAESE) revelam a presença estrangeira nos diversos setores da economia brasileira no ano de 2012:

Quadro 2: Presença estrangeira nos setores da economia brasileira, em 2012.

Setor	% de controle estrangeiro
Montadoras	100%
Eletrônico	92%
Autopeças	75%
Telecomunicações	74%
Farmacêutico	68%
Indústria digital	60%
Setor de bens de capital	57%
Setor de bens de consumo	55%
Siderurgia e metalurgia	50%
Petroquímica	47%

Fonte: Romero, Andreassy e Godeiro (2014, p. 40).

Almejando a legitimação dessas políticas de desnacionalização, disseminou-se o discurso de que estas agregariam qualidade aos serviços públicos e, além disso, trariam maior liberdade de escolha aos consumidores. A esse respeito, Silva (2003, p. 94) argumenta que “[...] na defesa da liberdade de escolha, a responsabilidade recai sobre o consumidor, na sua capacidade de fazer a escolha certa, enquanto o Estado retira-se do foco de pressão pela melhoria dos serviços”.

A principal justificativa encaminhada às privatizações foi que elas seriam fundamentais à formação de *superávit* primário voltado ao pagamento da dívida externa no Brasil⁷⁴. Porém, contrariando esse discurso, a dívida externa brasileira praticamente triplicou durante o governo FHC e no período de 2012 a 2014, parte

⁷³ Em 2013, foram leiloadas as rodovias: BR-060, BR-153 e BR-262. O trecho leiloado tem 1.176,50 quilômetros e abrange 47 municípios do Distrito Federal, Goiás e Minas Gerais. A concessão dessas rodovias transferiu à “Triunfo Participações e Investimento S.A”, empresa vencedora, o direito de explorar essas rodovias por 30 anos (BRASIL, 2013n).

⁷⁴ O compromisso com o pagamento da dívida externa tem sido marcante nos governos neoliberais brasileiros. No governo Lula, por exemplo, a “Carta ao povo brasileiro”, publicada em 2002, é exemplar. Nas palavras do ex-presidente: “Vamos preservar o superávit primário o quanto for necessário para impedir que a dívida interna aumente e destrua a confiança na capacidade do governo de honrar os seus compromissos” (SILVA, 2002, p. 3-4). Segundo esse documento, o não pagamento da dívida externa poderia gerar desconfiança internacional sobre a economia brasileira, tornando-a não atrativa aos investidores.

significativa do esforço arrecadatário brasileiro tem sido direcionado ao pagamento de juros e amortizações da dívida, conforme apresentado no Quadro 3:

Quadro 3: Parcelas do Orçamento Geral da União destinadas ao pagamento de juros e amortizações da dívida externa, educação e saúde nos anos de 2012, 2013 e 2014.

Ano	Orçamento Geral da União	Parcela destinada ao pagamento de juros e amortizações da dívida	Parcela destinada à educação	Parcela destinada à saúde
2012	1,712 trilhão de reais	43,98% (753 bilhões de reais)	3,34% (62 bilhões de reais)	4,17% (71 bilhões de reais)
2013	1,783 trilhão de reais	40,30% (718 bilhões de reais)	3,70% (65 bilhões de reais)	4,29% (76 bilhões de reais)
2014 (previsão)	2,383 trilhões de reais	42,04% (1,001 trilhão de reais)	3,49% (83 bilhões de reais)	4,11% (97 bilhões de reais)

Fonte: Auditoria Cidadã da Dívida (2014).

Importante ressaltar, tal como consta no Quadro 3, que o dinheiro público repassado ao pagamento da dívida externa brasileira é direcionado somente ao pagamento de juros e amortizações dessa dívida. Nesse contexto, a dívida vem crescendo no decorrer dos anos. Em 1994, a dívida brasileira era de 0,3 trilhão de reais. Em 2012, atingiu o montante de 3,7 trilhões de reais, mesmo com a destinação de 13,5 trilhões de reais do governo federal para o pagamento da dívida neste período (ROMERO; ANDREASSY; GODEIRO, 2014).

Essa significativa quantia de verbas públicas que poderia ser investida em políticas sociais – nas de educação e saúde, por exemplo –, vem sendo injetada nos cofres dos grandes bancos transnacionais e, portanto, direcionada à remuneração do capital financeiro⁷⁵. Com isso, evidencia-se a vigência no Brasil de uma política econômica de favorecimento ao grande capital, por privilegiar o setor privado e secundarizar o público.

No bojo dessa conjuntura, os serviços a serem exclusivamente desempenhados pelo Estado brasileiro assumiram a forma de políticas compensatórias e focalizadas. Respondendo ao critério do custo-benefício, a

⁷⁵ No livro III d'O Capital, Marx (1989) esclarece sobre a subordinação do capital financeiro perante o capital industrial (setor produtivo de capital). Logo, o capital financeiro – representado pelos grandes bancos e financeiras - apesar de ter alcançado amplas dimensões nas últimas décadas, não tem autonomia absoluta em relação à produção. Pode-se considerar que a principal função do capital financeiro no capitalismo é o financiamento do capital industrial, setor produtor de mais-valia.

focalização passou a ser entendida como a forma política estatal mais rentável e eficiente de intervenção social, uma vez que, por permitirem o atendimento a grupos específicos em situações emergenciais, evitariam excessivos gastos públicos, diferentemente das políticas amplas e permanentes, demasiadamente custosas e ineficientes. Em síntese, segundo a doutrina neoliberal, as políticas focalizadas seriam ideais porque: a) comportariam maior poderio para a resolução de problemas sociais, por serem planejadas e desenvolvidas mais próximas às reais necessidades do grupo alvo; b) evitariam desperdício de gastos estatais e a sobreposição de políticas sociais e c) por serem, em regra, temporárias, impediriam o acomodamento e dependência da população, estimulados pelas políticas amplas e permanentes.

Para potencializar as virtudes das políticas compensatórias e focalizadas, há a indicação para que estas sejam desenvolvidas atreladas a estratégias de empoderamento da população, ou seja, de capacitação de pessoas e grupos para atuarem autonomamente na resolução de problemas. De tal modo, o Estado estaria contribuindo, substancialmente, para a formação da “sociedade civil ativa”, tal como advoga o neoliberalismo de Terceira Via. Assim, concomitantemente ao movimento de desresponsabilização do Estado, tem-se o de responsabilização da sociedade civil por seu bem-estar. Como explica Soares (2001, p. 45-46, grifos do autor): “Por trás de um falso e importado conceito de ‘*empowerment*’ [empoderamento] está o abandono por parte do Estado de seu papel ativo e determinante nas condições de vida da população [...]”.

O ideário neoliberal no Brasil, implementado por intermédio das reformas iniciadas nos anos de 1990, fez com que o Estado brasileiro passasse a mediar, com maior intensidade, os interesses das grandes economias capitalistas, comprometidas com as necessidades de acumulação do capital. Objetivamente, isso tem se materializado em duros golpes às condições de vida da classe trabalhadora, em particular no âmbito dos Estados periféricos e dependentes, como o Brasil.

Como resultado desse gradual e bem articulado processo de desresponsabilização social do Estado, seguido pela mercadorização dos serviços sociais, vem-se observando a concretização do propósito neoliberal de conversão dos direitos sociais em privilégios ou mercadorias e dos cidadãos de direitos em beneficiários ou clientes. Esse panorama, caracterizado pelo retrocesso perante as conquistas previstas pela Constituição Federal de 1988, acabou por impactar os diversos campos sociais, dentre eles o da educação e o da saúde. A transferência

das tarefas sociais à sociedade civil pelo Estado brasileiro impulsionou um duplo processo: de responsabilização dos indivíduos pela resposta às manifestações da “questão social”, como as relacionadas à saúde e de desenvolvimento dos setores privados no âmbito do oferecimento dos serviços sociais de educação de saúde.

Mediante ao exposto, percebe-se o solo contraditório em que é edificada a política contemporânea de educação e saúde na escola no Brasil. Se por um lado, o processo de redemocratização política colocava em pauta a luta pela efetivação de direitos sociais, por outro, desenvolvia-se a tendência de orientação neoliberal, voltada à de mercadorização dos serviços sociais.

3.1.1. A Política Educacional Brasileira a partir dos anos de 1990

Entendendo que a política nacional de educação e saúde na escola está inclusa no domínio da política educacional, considera-se importante abordar o processo de reforma das políticas educacionais brasileiras e os contornos que tais políticas passaram a ter com essa reforma. Assim sendo, propõe-se, neste momento, tratar do impacto do processo de adoção do constructo político e ideológico neoliberal sobre as políticas educacionais brasileiras, apontando as interconexões com a política brasileira de educação e saúde na escola e, mais especificamente, com o Programa Saúde na Escola.

Em meio ao contexto de reforma do aparelho do Estado e emergência dos preceitos da “Agenda Globalmente Estruturada para a Educação”, que vinha sendo estruturada, a reforma educacional no Brasil foi iniciada, efetivamente, durante o governo de Fernando Henrique Cardoso. Considera-se que o marco inicial da reforma da educação foi a publicação da Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional – LDB, nº 9.394/96 (BRASIL, 1996).

Segundo Silva, Azzi e Bock (2007), durante o governo FHC, o Banco Mundial exerceu ação direta na política de educação brasileira por meio dos projetos financiados. De tal modo, com o processo de reforma, houve um alinhamento do sistema educacional brasileiro à concepção educacional do Banco Mundial. Nesse sentido, a compreensão dos contornos atuais da política educacional brasileira passa pela compreensão das recomendações gerais do Banco Mundial para a educação dos países mais pobres, como o Brasil. Destaca-se, desta forma, o relatório publicado pelo Banco Mundial em 1996, intitulado “*Prioridades y estrategias*

para la educación: Examen del Banco Mundial”, no qual essa agência expôs diversas orientações aos governos dos Estados aos quais emprestava dinheiro, os chamados “países-clientes”, como o Brasil. Dentre as recomendações dispostas nesse documento, encontram-se as relacionadas à educação.

Nesse documento (BANCO MUNDIAL, 1996), o Banco Mundial disseminou a ideia de que a melhoria da qualidade da educação básica (entenda-se educação primária e primeiro ciclo da educação secundária) nos “países em desenvolvimento” seria urgente, considerando que o desenvolvimento de habilidades básicas seria peça chave para a melhoria da produtividade, desenvolvimento econômico, saúde e governança. Além disso, ainda na perspectiva do Banco Mundial, dever-se-ia dar prioridade à educação básica, pela alta taxa de retorno apresentada por essa etapa de ensino.

Afere-se, pautando-se nisso, que a educação, para essa agência, é encarada como um serviço a ser prestado e não como um direito social. Conforme o ideário do BM, bastante influenciado pela teoria do “capital humano”, a educação seria um investimento fundamental para o aumento da produtividade dos pobres e, portanto, redução da pobreza:

A educação, especialmente a educação básica (primário e secundário inferior), ajuda a reduzir a pobreza por meio do aumento da produtividade dos pobres, reduz a fecundidade e melhora a saúde, além de equipar as pessoas com as habilidades necessárias para participarem plenamente na economia e na sociedade. De forma geral, a educação contribui para o fortalecimento das instituições civis, construção da capacidade nacional e promoção de uma boa governação, que são elementos essenciais para a implementação de políticas econômicas e sociais sólidas (BANCO MUNDIAL, 1996, p. 1, tradução nossa)⁷⁶.

Investimentos em educação básica promoveriam, assim, o crescimento econômico sustentável que, por sua vez, seria um atrativo para ações do setor privado. Nas palavras do documento (BANCO MUNDIAL, 1996, p. 1, tradução nossa): “Os investimentos em educação contribuem para a acumulação de capital

⁷⁶ Texto no formato original: “La educación, especialmente la educación básica (primaria y secundaria de primer ciclo), contribuye a reducir la pobreza al aumentar la productividad de los pobres, reducir la fecundidad y mejorar la salud, y al dotar a las personas de las aptitudes que necesitan para participar plenamente en la economía y en la sociedad. De modo más general, la educación contribuye a fortalecer las instituciones civiles, a crear una capacidad nacional y a promover el buen gobierno, que son elementos esenciales para la implantación de políticas económicas y sociales racionales” (BANCO MUNDIAL, 1996, p. 1).

humano, que é essencial para se alcançar maior renda e crescimento econômico sustentado”⁷⁷.

Na avaliação do Banco Mundial, os principais problemas a serem enfrentados no campo da educação básica pública brasileira seriam o abandono e repetência escolar (SILVA, AZZI, BOCK, 2007). Para tanto, diversos programas e projetos foram elaborados, como o Programa de Desenvolvimento da Educação (PDE) e o Programa Saúde na Escola (PSE).

A reforma do sistema de educação público brasileiro foi delineada com base no discurso de que esta seria urgente para estender a escolaridade básica a todos e agregar qualidade à educação, em especial ao ensino fundamental⁷⁸, nível escolar que ganhou mais importância no campo das políticas educacionais ao ser associado à transmissão dos “códigos da modernidade”, supostamente basilares à inserção dos sujeitos no contexto da globalização. Além disso, em consonância às diretrizes globais, especialmente do Banco Mundial, a melhoria da qualidade do ensino fundamental passou a ser vista como indispensável para fazer frente, a curto prazo, a problemas educacionais que marcaram a educação no Brasil no final do século XX, como o analfabetismo, a repetência e a evasão escolar. A longo prazo, a expectativa era de que os investimentos no ensino fundamental redundariam na diminuição dos níveis de desigualdade social, pobreza e miséria, bem como na promoção do desenvolvimento econômico e social do país (KRAWCZYK; VIEIRA, 2008).

Segundo o ideário neoliberal, o alcance da meta de melhoria da qualidade do ensino fundamental passaria, contudo, pela agregação de eficiência aos sistemas públicos de ensino. E a eficiência, por sua vez, estaria condicionada ao remodelamento desses sistemas com base na lógica empresarial. Assim, em síntese, tal como ocorreu no contexto da reforma da aparelhagem estatal, a rendição do público à lógica do privado foi apresentada como solução aos problemas educacionais brasileiros.

⁷⁷ Texto no formato original: “Las inversiones en educación contribuyen a la acumulación de capital humano que es esencial para lograr ingresos más altos y un crecimiento económico sostenido” (BANCO MUNDIAL, 1996, p. 1).

⁷⁸ Dentre as evidências da priorização dada ao ensino fundamental nas políticas educacionais, pode-se destacar a criação do Fundo de Manutenção e Desenvolvimento do Ensino Fundamental e de Valorização do Magistério (FUNDEF), instituído pela Emenda Constitucional nº 14, de 1996, e regulamentado pela Lei nº 9.424, do mesmo ano e pelo Decreto nº 2.264, de 1997.

Compartilhando os grandes parâmetros referenciais da reforma do aparelho do Estado, o processo de reforma educacional no Brasil foi iniciado na segunda metade da década de 1990, com a tarefa de agregar qualidade e eficiência à educação brasileira e, dessa forma, capacitá-la para o combate ao analfabetismo, evasão escolar e repetência, bem como às desigualdades sociais e pobreza.

Com base nessas grandes justificativas, foram capitaneadas diversas mudanças na política educacional brasileira, assentadas na justaposição entre o funcionamento escolar e o empresarial. Nesse sentido, no âmbito da administração educacional, a substituição do modelo de administração burocrática pelo modelo de administração gerencial levou à priorização de parâmetros quantitativos no campo da educação (inspirados na lógica de mercado), colocando o cálculo do custo-benefício na posição de critério decisivo para a definição de prioridades nas políticas educacionais. Na esfera da gestão escolar, o gestor, e não mais o diretor, passou a ser o sujeito responsável pelo gerenciamento da escola-empresa e pela garantia da qualidade dos serviços prestados aos cidadãos-clientes (CARVALHO, 2009).

Em acordo com as mudanças ocorridas no papel do Estado, a reforma educacional provocou a concentração das funções de planejamento e avaliação no Estado, aliada à descentralização administrativa. Como explicam Krawczyk e Vieira (2008, p. 53):

A União (governo federal) ficou, assim, responsável pela definição das diretrizes gerais para uma educação de qualidade e pela avaliação dos resultados, enquanto se ampliava a responsabilidade dos estados e municípios sobre a gestão e o provimento da educação à população em todos os níveis, embora os recursos fossem canalizados prioritariamente para o ensino fundamental.

Com o objetivo de esmiuçar essa mudança no papel do Estado para com a educação pública brasileira e sua relação com a política nacional de educação e saúde na escola, trata-se, em seguida, do processo de descentralização e desresponsabilização do Estado perante seus encargos educacionais e do processo de centralização no Estado da definição de diretrizes e avaliação do desempenho escolar, buscando relacioná-los ao PSE.

3.1.1.1. Sobre o processo de descentralização administrativa

A descentralização administrativa foi uma das bandeiras populares erigidas no contexto das décadas de 1970 e 1980 contra o autoritarismo ditatorial. Nesse âmbito, como reflexo da revalorização do governo local na política pública brasileira, uma das principais conquistas foi o reconhecimento de municípios como entes federados e autônomos na Constituição Federal de 1988. Conforme esclarecem Westphal e Ziglio (1999, p. 112), desde então, “[...] é legalmente possível aos municípios darem conta dos problemas sociais do seu território [...]”.

Na década de 1990, a LDB de 1996 fortaleceu a descentralização administrativa e financeira e a autonomia escolar na formulação do projeto político-pedagógico (KRAWCZYK; VIEIRA, 2008). Entretanto, com as reformas do aparelho do Estado e da educação, os projetos de descentralização administrativa e autonomização escolar tomaram rumos diferentes dos originais. Em regra, ao invés de atuarem no fortalecimento da democracia brasileira, passaram a compor as estratégias de desresponsabilização estatal perante seus encargos sociais.

Consoante à ideologia neoliberal, a melhoria da qualidade da educação estaria condicionada a uma substancial alteração na relação entre Estado, sociedade civil e mercado, que promovesse o compartilhamento de responsabilidades no oferecimento de serviços de educação com a sociedade civil, rompendo com a exclusividade estatal no dever para com a educação pública (KRAWCZYK; VIEIRA, 2008). Além disso, a retomada da governabilidade passaria pelo aperfeiçoamento dos mecanismos democráticos de participação e controle social (SILVA, 2003). O processo de descentralização das políticas educacionais da União aos Estados, municípios e unidades escolares contribuiu sobremaneira para tais intentos.

Krawczyk (2008, p. 65) esclarece sobre as justificativas encaminhadas para a efetivação da descentralização:

Afirma-se que a descentralização entre os diferentes órgãos do governo permite direcionar os gastos públicos a alvos específicos, otimizando os investimentos na melhoria do ensino fundamental; aumenta as possibilidades de interação, no nível local, dos recursos públicos, dos não-governamentais e dos privados para o financiamento dos programas sociais e permite responder melhor e

com mais rapidez às necessidades e demandas dos usuários devido à proximidade entre os problemas e a gestão.

A municipalização⁷⁹ figura entre as expressões de maior destaque desse processo de descentralização administrativa. O discurso hegemônico foi o de que a municipalização seria fundamental para dotar os municípios de autonomia para a construção de seus projetos e tomada de decisões, segundo as necessidades da população local, o que, por sua vez, aumentaria a qualidade dos serviços prestados (KRAWCZYK, 2008).

Entretanto, como alerta Soares (2001), a descentralização de encargos nem sempre é acompanhada pela descentralização de recursos, comprometendo, pela raiz, o proclamado projeto de autonomização dos municípios. A autora ainda afirma que, por vezes, este processo: “[...] não tem levado em conta a complexidade dos problemas sociais em determinadas regiões (como por exemplo as metropolitanas) cuja dimensão é supra-municipal e exige uma intervenção articulada e regional” (SOARES, 2001, p. 54). Com isso, conforme salientam Westphal e Ziglio (1999, p. 113), o “[...] status de ‘ente federado’ não tem sido assumido pela maioria dos municípios, porque exige autonomia financeira e auto-governo, dependente de arrecadação financeira própria”.

De forma geral, pode-se considerar que o Programa Saúde na Escola é resultante e, ao mesmo tempo, parte do processo de municipalização, tendo em vista que: a) para o desenvolvimento do PSE, os municípios devem aderir ao Programa, ou seja, a iniciativa deve partir dos municípios; b) são os municípios que, com base nas características e necessidades locais, elaboram o Projeto Municipal, no qual dispõem objetivos, metas e prazos a serem alcançados com o desenvolvimento do PSE; c) o não alcance de objetivos e metas acarreta penalização aos municípios, na forma de restrição de repasse de verbas e/ou de desligamento do Programa.

Tratando dos reflexos da municipalização à educação, Krawczyk e Vieira (2008, p. 53) consideram que embora em alguns municípios este processo tenha propiciado o aumento da participação popular na luta pela melhoria da educação local, em regra:

⁷⁹ Antes de ser uma novidade advinda das políticas atuais, a indução ao processo de municipalização já se fez presente no artigo 58, parágrafo único da LDB de 1971.

[...] observa-se que a municipalização onerou os municípios pela obrigatoriedade de abrigar novos contingentes de alunos, desorganizou e precarizou o sistema educacional, acentuou a burocratização da sua gestão e não criou condições efetivas de democratização da educação básica em nível local, mantendo a formação deficiente dos professores, a precariedade do transporte público, entre outros aspectos. O processo de municipalização acabou resultando numa simples transferência de encargos e gastos do governo central para os municípios, cujos problemas se acentuaram em face da diversidade de suas condições socioeconômicas, e a educação foi submetida às rixas políticas que retardaram a implantação de ações para o desenvolvimento educacional no município.

Frente ao fracasso dos projetos municipais, por vezes, no lugar de se responsabilizar o Estado por uma tarefa que deixou de executar, a culpa acaba recaindo sobre a “incapacidade” dos municípios em administrar os recursos financeiros e sobre a falta de vontade e compromisso político dos governantes locais. Considerando tais aspectos, o apelo ao desenvolvimento da autonomia das esferas municipais e escolas, bem como à democracia e participação, parece estar mais relacionado ao processo de desresponsabilização do Estado e responsabilização dos municípios, escolas e sujeitos pela resolução de problemas, do que com o real interesse governamental com a participação popular no desenvolvimento de políticas e na melhoria da qualidade dos serviços públicos.

Por conta da necessidade de complementação do orçamento para viabilização da execução de projetos, os municípios passaram, por vezes, a ter que recorrer ao estabelecimento de parcerias, em suas variadas formas. Aliás, as parcerias passaram a ser mais recorrentes no campo educacional para: a) flexibilizar as fontes de financiamento das políticas educacionais e b) tornar as políticas públicas mais eficientes. Nesse sentido, pode-se destacar a emergência: 1) das parcerias público-privadas (PPPs) como, por exemplo, o Programa Universidade para Todos (Prouni), por meio do qual o Estado, para ampliar as vagas no Ensino Superior, passou a comprar vagas do setor privado, no lugar de realizar investimentos para a educação superior pública e 2) de parcerias entre setores públicos – ministérios e esferas do governo (federal, estadual e municipal) – denominadas de políticas intersetoriais, como o Programa Saúde na Escola.

3.1.1.1.1. Notas sobre as políticas intersetoriais

Considerando que o objeto desta pesquisa são as políticas nacionais de educação e saúde na escola, em particular o Programa Saúde na Escola, portanto, uma política intersetorial, torna-se relevante a apresentação de apontamentos sobre essas políticas.

A intersetorialidade pode ser definida como um modelo de gestão de políticas públicas que, em sua essência, baseia na “[...] contratualização de relações entre diferentes setores, onde responsabilidades, metas e recursos são compartilhados, compatibilizando uma relação de respeito à autonomia de cada setor, mas também de interdependência” (SANTOS, 2011, p. 26). Para Inojosa (2001, p. 105), intersetorialidade diz respeito à “[...] articulação de saberes e experiências com vistas ao planejamento, para a realização e avaliação de políticas, programas e projetos, com o objetivo de alcançar resultados sinérgicos em situações complexas”.

Os princípios básicos da intersetorialidade são o “[...] senso de responsabilidade, de compartilhamento, parceria, envolvimento, articulação, cooperativismo, interface, conexão, participação, diálogo, trabalho em rede, integração, dentre outros” (GARAJAU, 2013, p. 5). Além disso, a intersetorialidade pressupõe planejamento integrado e articulado, bem como a integração de agendas intersetoriais distintas. De acordo com Garajau (2013, p. 5), a implementação de estratégias políticas “[...] de ação intersetorial requer um amplo esforço pessoal e das diversas áreas para atuar de forma integrada, no intuito de consolidar um novo modelo de direcionar ações para a resolução das expressões da questão social”.

Como já apresentado nas seções anteriores, a intersetorialidade vem sendo firmada internacionalmente no campo da saúde pública (mais especificamente da promoção da saúde) desde a década de 1970, sendo intrínseca ao Movimento da Nova Promoção da Saúde. Nesse sentido, concorda-se com Monnerat e Souza (2011) quando explicam haver liderança no setor da saúde na proposição de estratégias intersetoriais, por meio de projetos no campo da promoção da saúde. No domínio das políticas educacionais internacionais, como já exposto na segunda seção desta dissertação, a intersetorialidade foi defendida na Declaração Mundial de Educação para Todos (ONU, 1990). Embasada na noção da educação como de responsabilidade de todos, esse documento afirmou a importância do estabelecimento de articulações e alianças em todos os níveis, inclusive “[...] entre

os órgãos educacionais e demais órgãos de governo, incluindo os de planejamento, finanças, trabalho, comunicações, e outros setores sociais [...] (ONU, 1990, p. 6). A linha central de argumentação desse documento é a de que a intersectorialidade, aplicada às políticas educacionais, seria caminho para a satisfação das necessidades básicas de aprendizagem, o que, por sua vez, acarretaria ganhos expressos na garantia do direito à educação básica de qualidade e no desenvolvimento socioeconômico.

Embora a articulação intersectorial não seja uma expressão inovadora no âmbito da administração pública brasileira, a intersectorialidade como princípio e modelo de gestão das políticas públicas e sociais ganhou maior visibilidade nas últimas décadas do século XX (CARVALHO, 2011). A promulgação da Constituição Federal de 1988, ao defender a noção de indivisibilidade dos direitos sociais⁸⁰, horizontalidade nas políticas sociais e a descentralização, apontou para a intersectorialidade como um princípio a ser considerado na operacionalização da gestão social no Brasil (BRASIL, 1988). Em suma, a gestão intersectorial⁸¹ a partir dos anos de 1980, passou a ser associada ao fomento da participação e da ampliação da democracia.

Desse modo, do processo de descentralização política e administrativa brasileira, derivou um “[...] novo modelo de elaboração de políticas públicas, referenciado pelo conceito da intersectorialidade [...]” (WESTPHAL; ZIGLIO, 1999, p. 111). Nota-se, portanto, que a intersectorialidade é filiada aos novos modelos de gestão pública, pautados no compartilhamento de responsabilidades (GARAJAU, 2013). No campo das políticas públicas de saúde brasileiras, a intersectorialidade – entendida por Garajau (2013) como sinônimo de integralidade – foi incorporada na Lei Orgânica de 1990 e tornou-se um dos pilares centrais do Sistema Único de Saúde. Atualmente, as ações intersectoriais vêm ocupando parte do tempo regular escolar de crianças e adolescentes. Dentre os programas do governo federal que envolvem a educação e compartilham do paradigma da intersectorialidade, pode-se destacar, além do Programa Saúde na Escola: o Programa de Erradicação do Trabalho Infantil (PETI), o Programa Agente Jovem de Desenvolvimento Social e Humano, o Programa Esporte e Lazer da Cidade (PELC), o Programa Bolsa Família

⁸⁰ Significa que o direito à educação, por exemplo, não poderia ser satisfatoriamente garantido se desarticulado da garantia dos demais direitos sociais.

⁸¹ A gestão intersectorial é, por vezes, entendida como sinônimo de “modelo transversal”, “coordenação intragovernamental”, “cooperação interorganizacional”, entre outros.

(PBF), o Programa Mais Educação, o Programa Crack, é possível vencer e o Programa Brasil Sem Miséria.

A perspectiva intersetorial está inclusa no bojo das estratégias voltadas à superação dos desafios contemporâneos postos no campo da política educacional brasileira de educação básica, especialmente a repetência e a evasão escolar. Acredita-se, assim, que a superação de tais desafios seria basilar ao desenvolvimento econômico, bem como ao combate às mazelas sociais, em especial as desigualdades sociais e pobreza no Brasil. A intersetorialidade, desse modo, compõe o leque de estratégias governamentais para o combate às manifestações da “questão social” correlatas à escola (CARVALHO, 2011).

A intersetorialidade, característica estrutural da iniciativa das Escolas Promotoras de Saúde, “[...] é evocada por contrapor-se ao aparato setorial que molda as políticas sociais” (MIOTO; SCHÜTZ, 2011, p. 3). O pretendido é “[...] superar e minimizar as características históricas de fragmentação das políticas sociais, favorecendo sua integração” (GOMES, 2012, p. 10).

Na perspectiva dos defensores das políticas intersetoriais, as políticas setoriais precisariam ser urgentemente superadas, considerando que estas estariam associadas a ações ineficientes e ineficazes. Além disso, as políticas setoriais: a) compartilhariam de uma visão fragmentada da realidade social e, portanto, não seriam capazes de visualizar pessoas e grupos enquanto totalidades; b) essa visão fragmentada da realidade social, por sua vez, promoveria a fragmentação e desarticulação das políticas brasileiras, dificultando o atendimento às demandas da população; c) poderiam levar o governo a acionar diferentes setores para o atendimento de segmentos da população idênticos, por meio de programas sociais diferentes, desperdiçando recursos públicos; d) por corresponderem a estruturas hierarquizantes, departamentalizadas e burocratizadas, dificultariam o trabalho coletivo, participação e controle social (GOMES, 2012; MIOTO, SCHÜTZ, 2011).

Na gestão do PSE, a orientação é para que sejam formados grupos de trabalho intersetorial (GTI) em todos os níveis federados. Tais grupos devem, obrigatoriamente, comportar representantes das secretarias de saúde e de educação, assim como parceiros locais (BRASIL, 2011a). Conforme Vieira (2013, p. 2), o modelo de gestão intersetorial no PSE tem propiciado importantes trocas, reflexões e decisões não apenas “[...] do ponto de vista da implantação de práticas de saúde na escola, como também de reinvenção das relações interfederativas e do

papel de todos em um projeto de sociedade mais democrática e com equidade”. Esse posicionamento se funda no entendimento de que somente “[...] a gestão intersetorial do PSE, fortalecida pelos GTIs (saúde e educação), impulsionará os avanços necessários” (BRASIL, 2011a, p. 9).

É importante observar, todavia, que a defesa da intersetorialidade não implicaria na negação das especificidades de cada setor. A ideia seria somar forças para obtenção de melhores resultados. Conforme salienta Garajau (2013, p. 3), o fato de tomar a interdisciplinaridade como parâmetro no bojo da política pública “[...] não significa acabar com as estruturas setorializadas, e sim obter meios para articulá-las em busca de resultados sinérgicos, visando à integração dos componentes específicos para a construção de um conhecimento comum”. São mantidas “[...] a especificidade de cada setor com o objetivo de torná-los interativos e articulados entre si na busca de resolutividade para problemas complexos na ordem social” (GARAJAU, 2013, p. 3).

Ademais, os defensores das políticas intersetoriais entendem que somente a integração entre os diversos setores aumentaria o alcance das políticas públicas e sociais e, desse modo, garantiria direitos sociais. Como argumentam Mioto e Schütz (2011, p. 3), não “[...] é possível garantir o direito a saúde, por exemplo, sem que sejam contempladas necessidades relacionadas ao lazer, educação, saneamento básico, entre outras”. Na mesma perspectiva, Monnerat e Souza (2011, p. 42) consideram que “[...] o conceito de intersetorialidade se volta para a construção de interfaces entre setores e instituições governamentais (e não governamentais)” com o propósito de “[...] enfrentamento de problemas sociais complexos que ultrapassem a alçada de um só setor de governo ou área de política pública”.

Por isso, tal como apontam Westphal e Ziglio (1999, p. 114), as políticas intersetoriais se justificam pela própria complexidade da realidade. Ainda conforme os autores, é importante “[...] ter diferentes recortes de um problema para equacioná-los em uma multiplicidade de níveis, ter diferentes profissionais trabalhando para os mesmos objetivos, de diferentes maneiras e de forma complementar”. Por intermédio do paradigma da intersetorialidade poder-se-ia “[...] ter uma visão completa dos processos que ocorrem no mundo real e de suas conexões entre vários e diferentes níveis do contexto” (WESTPHAL; ZIGLIO, 1999, p. 115).

Nos casos da saúde e da educação, por exemplo, pelo fato desses campos comportarem problemáticas complexas, somente uma abordagem ampla e, portanto,

intersetorial, poderia oferecer soluções eficazes e sustentáveis, tendo em vista que somente estas reuniriam vários setores da sociedade em prol de causas comuns. Nessa perspectiva, as políticas intersetoriais teriam emergido de um contexto em que as demandas passaram a transcender a capacidade das políticas setoriais. Com base nessa argumentação, no âmbito do PSE justifica-se o modelo de gestão e abordagem intersetorial na compreensão acerca da complexidade e dinamicidade das questões relativas à saúde e à educação (VIEIRA, 2013).

Por terem, em regra, formatos mais flexíveis e democráticos, compostos por mecanismos de participação popular, as políticas intersetoriais estariam mais próximas da população, sensíveis às suas reais necessidades e, por tais motivos, aptas a prestarem serviços de maior qualidade. No caso da educação, por exemplo, a Carta de Jomtiem foi clara ao afirmar a importância da intersetorialidade para a melhoria da qualidade da educação básica (ONU, 1990).

As políticas intersetoriais expressam significativo avanço no campo das políticas públicas e sociais na perspectiva de garantia dos direitos sociais, o que ocorre em função de seu formato mais abrangente, capaz de propor a articulação de setores que, de fato, podem oferecer serviços mais completos, abrangentes e preparados a atender as necessidades da população. Apesar dos avanços assinalados no campo das políticas intersetoriais nas últimas décadas, para Gomes (2012), ações integradas ainda são um desafio. Dentre as principais dificuldades encontradas para a implementação destas, pode-se citar: a) características historicamente setoriais no campo das políticas públicas (MIOTO; SCHÜTZ, 2011); b) a fragilidade dos mecanismos de participação e controle social ainda presentes no âmbito das políticas nacionais e c) o constrangimento de recursos promovido pela política econômica neoliberal que limita a articulação intersetorial (WESTPHAL; ZIGLIO, 1999).

Importante observar, contudo, que a intersetorialidade refere-se a uma estratégia de gestão aplicada, especialmente, aos setores que prestam serviços sociais básicos, bem como uma forma de “otimizar os recursos escassos” do Estado (JUNQUEIRA, 1999, p. 27). Combinada ao mecanismo da focalização, a intersetorialidade vem sendo apresentada como forma de potencializar as ações de diferentes setores, possibilitando a estes oferecer serviços de melhor qualidade a um menor custo. Mediante o exposto, nota-se que o estabelecimento de parcerias intersetoriais não se contrapõe, necessariamente, aos princípios neoliberais

contemporâneos. Pelo contrário, a noção de parceria, apropriada e ressignificada pelo ideário neoliberal, tornou-se um importante eixo para a operacionalização do novo trato à “questão social” preconizado pelo neoliberalismo de Terceira Via.

Assim, não obstante à intersectorialidade ser anunciada como expressão da superação da fragmentação, segmentação e setorialidade⁸² nas políticas, o mesmo não pode ser transposto em relação à focalização. Além de não serem polos incompatíveis, a intersectorialidade e a focalização estabelecem, em regra, relação de complementariedade. O PSE, por exemplo, é uma política intersectorial, tendo em vista que resulta da parceria entre MEC e MS. Entretanto, esta não deixa de ser uma política focalizada, considerando que visa atender a um grupo social específico – os estudantes da rede básica de ensino público.

3.1.1.2. A Centralização da Definição de Diretrizes Gerais e Avaliação da Educação no Estado

Paralelamente à inserção de temas como democracia, autonomia, descentralização e participação no âmbito das políticas educacionais contemporâneas, com o processo de mudança do papel do Estado, a partir dos anos de 1990, houve o fortalecimento dessa instituição como sujeito responsável pela definição do planejamento e das diretrizes centrais de avaliação dessas políticas.

Segundo o Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado, a diferença fundamental entre o modelo de administração burocrático e o gerencial “[...] está na forma de controle, que deixa de se basear nos processos para se concentrar nos resultados [...]” (BRASIL, 1995, p. 22). Nesse sentido, ainda conforme o Plano, o Estado empreendedor deveria fazer “[...] cobrança a *posteriori* dos resultados” (BRASIL, 1995, p. 22, grifos do autor).

Por isso, com a adoção do modelo de administração gerencial do Estado, os indicadores de sucesso passaram a regular a distribuição de recursos estatais para o financiamento de projetos e políticas públicas. Em outras palavras, a apresentação de resultados satisfatórios ou a comprovação do desempenho passou a anteceder a liberação de recursos financeiros pelo Estado (CARVALHO, 2009). Na dinâmica de

⁸² Apesar de a prática setorial ter se concretizado no contexto das políticas públicas, concorda-se com Pereira (2014, p. 24) que “[...] os chamados ‘setores’ das políticas sociais, como a saúde, a educação, a previdência, a assistência, fazem parte, na realidade, de um todo indivisível, já que cada política contém elementos das demais [...]”.

funcionamento do PSE, por exemplo, primeiramente, solicita-se prova do desempenho do município no alcance dos objetivos e metas traçados no Projeto Municipal, para depois haver a “premiação” destes com o repasse de verbas. Evidencia-se, assim, a lógica de financiamento de resultados e não de processos, que é característica das recomendações do Banco Mundial.

Para aferição do desempenho, tornou-se fundamental a construção de um forte e centralizado sistema avaliativo no Brasil. Assim, como explicam Krawczyk e Vieira (2008, p. 52), o “[...] sistema nacional de avaliação foi centralizado no Ministério da Educação (MEC) e introduziu a avaliação externa do desempenho do aluno, abrangendo os diferentes níveis de ensino”. Concomitantemente, “[...] o governo federal aperfeiçoou o sistema de estatísticas da educação básica e superior já existente, objetivando oferecer à sociedade informações sobre o sistema educacional” (KRAWCZYK; VIEIRA, 2008, p. 52). Em consonância, foram elaborados e instituídos o Sistema Nacional de Avaliação da Educação Básica (SAEB) e o Sistema Integrado de Informações Educacionais (SIIED).

Um dos principais mecanismos de avaliação da qualidade da educação básica é o Índice de Desenvolvimento da Educação Básica (IDEB). Tomando-se como parâmetros os resultados apresentados pelo IDEB, realizam-se comparações de desempenho entre municípios e escolas, nacionais e internacionais, por meio da qual se constroem sistemas de ranqueamento e traçam-se estratégias para a melhoria da qualidade da educação básica nos países. O IDEB está fundamentado no Programa Internacional de Avaliação de Estudantes (*Programme for International Student Assessment – PISA*). Como explicitado no projeto do Plano Nacional de Educação (2011-2021), os “[...] fatores que compõem os parâmetros do Ideb tem como referência a média de resultados do PISA para os países membros da OCDE [...]” (BRASIL, 2011c).

Segundo o Inep, o PISA “[...] é uma iniciativa internacional de avaliação comparada, aplicada a estudantes na faixa dos 15 anos, idade em que se pressupõe o término da escolaridade básica obrigatória na maioria dos países” (INEP, 2013). Internacionalmente, o PISA é desenvolvido e coordenado pela Organização para Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE) e, no Brasil, pelo Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira (Inep) (INEP, 2013).

O objetivo do PISA é produzir indicadores para o subsídio de políticas voltadas à melhoria do ensino básico. As avaliações são realizadas a cada três anos

e abrangem as áreas de leitura, matemática e ciências (INEP, 2013). Em 2013, ranqueamento realizado pelo PISA, que teve como foco o desempenho em matemática, reforçou a necessidade da melhoria da educação básica brasileira. Neste, o Brasil apareceu na 58ª posição, consideravelmente atrás do país melhor colocado, China (Xangai) (MORENO, 2013).

Visando a alcançar a média seis para os anos iniciais do ensino fundamental e equiparar-se aos demais países membros da OCDE, o Brasil dispôs no Plano Nacional de Educação as seguintes metas a serem atingidas até 2021:

Quadro 4: Médias nacionais para o IDEB a serem alcançadas até 2021.

IDEB	2015	2017	2019	2021
Anos iniciais do ensino fundamental	5,2	5,5	5,7	6,0
Anos finais do ensino fundamental	4,7	5,0	5,2	5,5
Ensino médio	4,3	4,7	5,0	5,2

Fonte: Plano Nacional de Educação (BRASIL, 2014a).

Nessa perspectiva, está em curso uma série de estratégias e ações no campo das políticas de educação básica brasileiras. Uma delas é o fomento às políticas de apoio e de desenvolvimento da educação básica. Destaca-se, nesse caso, o Plano de Desenvolvimento da Educação (PDE), lançado em 2007. Dentre as ações do PDE que incidem diretamente sobre a educação básica, está o Programa Saúde na Escola (PSE). Portanto, a proposta de atuação do PSE no contexto do PDE está articulada ao atendimento das demandas do IDEB, tanto na melhoria do rendimento dos alunos quanto na melhoria dos indicadores de fluxo (promoção, repetência e evasão escolar) (BRASIL, 2007b). Outra estratégia é o aumento da carga horária das disciplinas de Matemática e Português nos currículos escolares, seguido da diminuição de carga horária de disciplinas como Filosofia, Sociologia e Educação Física. Além disso, com o intuito de atenuar os índices de repetência e evasão escolar, tem-se observado a “[...] pressão governamental sobre os professores para aprovarem os alunos e [...] introdução da progressão continuada, que elimina compulsoriamente a repetência serial” (KRAWCZYK; VIEIRA, 2008, p. 63).

Em face desse cenário em que as políticas brasileiras para a educação básica vêm sendo reguladas e controladas por parâmetros globalmente estabelecidos,

observa-se que o Programa Saúde na Escola exerce o papel de política de apoio à melhoria da qualidade da educação básica, na medida em que vem sendo utilizado para melhorar o IDEB.

3.1.2. A Política Nacional de Saúde a partir da Década de 1990: os embates entre o Projeto de Reforma Sanitária e o Privatista Neoliberal

As políticas nacionais de saúde na década de 1990, segundo Bravo e Matos (2012), ficaram marcadas pelo embate entre dois principais projetos: a) o Projeto da Reforma Sanitária, desenvolvido na década de 1980 e b) o Projeto Privatista Neoliberal iniciado, sobretudo, a partir da segunda metade da década de 1990.

O Projeto da Reforma Sanitária marcou, nos anos de 1980, a luta popular pela descentralização e universalização do direito à saúde. Além disso, propôs a alteração da relação entre Estado e sociedade nas políticas de saúde com a criação de mecanismos de participação e controle social, como os Conselhos e Conferências de Saúde (BRAVO; MATOS, 2012). Expressão desse momento foi o reconhecimento da saúde como direito social na Carta Magna de 1988 e a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), como estratégia de operacionalização deste direito.

A partir de meados da década de 1990, medidas voltadas ao ajuste da “[...] política de saúde à proposta de reforma do Estado” acabaram por comprometer, sobremaneira, a efetivação das propostas veiculadas pelo projeto da Reforma Sanitária (BRAVO; MATOS, 2012, p. 209). Com base em estratégias de descentralização de responsabilidades e flexibilização da gestão, organizações multilaterais, especialmente o Banco Mundial, passaram a defender que o Estado deveria ser responsabilizado apenas pelas funções de regulação e financiamento das políticas nacionais de saúde, dentro da lógica de restrição de recursos (CORREIA, 2008).

Mediante orientação neoliberal, houve a adoção governamental dos pacotes mínimos para a saúde pública, fomentadores de ações estatais focalizadas em saúde para o atendimento de populações vulneráveis. Sintonizadas aos delineamentos do processo de reforma estatal, a intenção com essas medidas de ajuste foi promover a restrição de gastos públicos no setor da saúde (BRAVO; MATOS, 2012).

Paralelamente a medidas de contenção de gastos, as políticas de cunho neoliberal viabilizaram a entrada de grandes investidores internacionais e o estabelecimento de inúmeras empresas privadas de saúde no Brasil (BRAVO; MATOS, 2012). Em 2013, o Brasil foi o nono maior mercado de fármacos e medicamentos do mundo, particularmente pelo fato de comportar importantes indústrias em seu território. A indústria nacional lidera, na atualidade, as vendas no mercado interno e o mercado farmacêutico vem movimentando, anualmente, cerca de 28 bilhões de reais (CORREIO LAGEANO, 2012). Também novas estratégias de financiamento do setor privado com dinheiro público foram gestadas, como no caso de hospitais e clínicas particulares conveniados ao SUS. Como esclarece Correia (2008, p. 5-6), a “[...] proposta é de repasse da gestão do SUS para outras modalidades de gestão não estatais, através dos contratos de gestão, mediante transferências de recursos públicos”.

Ocorreu, portanto, que o projeto privatista neoliberal articulou e vem concretizando um processo de mercantilização da saúde pública. Para Soares (2001, p. 55-56), os seguros privados de saúde constituem-se na “expressão máxima da mercantilização da saúde”, sendo este beneficiado duplamente. Por um lado, “[...] pela política de desmonte do SUS que ‘expulsa’ clientela potencial para esses seguros, ou seja, com a sua política, o governo federal assegura um patamar de demanda para esses seguros” (SOARES, 2001, p. 55-56). Por outro, “[...] por um financiamento direto e indireto através de subsídios e isenções fiscais, o que tem representado um enorme desvio de recursos públicos para esse setor, abertamente lucrativo, em detrimento do SUS (SOARES, 2001, p. 55-56).

Uma das consequências imediatas desse contexto marcado pela secundarização do setor público é a queda da qualidade dos serviços e o fechamento de hospitais públicos por falta de médicos e demais insumos, como ocorreu no Instituto de Pediatria e Puericultura Martagão Gesteira, no início de 2013 (ESTADÃO, 2013a). Em pesquisa publicada em 2013 pela Bloomberg (POLATO, DURÃES, TANIGAWA, 2013), o sistema público de saúde brasileiro apareceu na última colocação ao ser comparado a 48 países. Ademais, levantamento de auditorias do Governo Federal revelou que, até 2013, o Brasil já havia perdido mais de um bilhão de reais em desvios de recursos do SUS (FOLHA DE SÃO PAULO, 2013). Os principais problemas identificados por essas auditorias foram: a) desvios da aplicação de recursos; b) cobranças indevidas; c) falta de qualidade na saúde; d)

problemas em licitação; e) falta de prestação de contas; f) suspeitas de fraudes e favorecimentos; g) equipamentos não encontrados e h) descumprimento de normas (FOLHA DE SÃO PAULO, 2013).

Percebe-se, mediante o exposto, que o projeto privatista neoliberal vem fomentando a lógica mercantil na esfera dos serviços públicos de saúde, e contrariando, substancialmente, a proposta original do projeto da Reforma Sanitária e do Sistema Único de Saúde. Na perspectiva de Soares (2001, p. 56-57), a transformação de “[...] órgãos públicos estatais em agências privadas [...]” é uma estratégia característica do processo de Reforma do Estado. A consequência disso para o âmbito da gestão estatal é a crescente efetivação da desresponsabilização do Ministério da Saúde pela execução direta dos serviços de saúde (CORREIA, 2008). Conforme Bravo e Matos (2012), somente o atendimento básico continuou sob a responsabilidade do Estado, por conta da menor capacidade de geração de lucros deste nível de atendimento.

Desse modo, a responsabilidade pelo provimento de serviços de saúde à população vem sendo entregue “[...] nas mãos de agentes privados, os quais, obviamente, são devidamente alavancados por recursos públicos”. Ocorre, por fim, um duplo pagamento do usuário, “[...] através dos impostos e do pagamento direto pelos serviços” (SOARES, 2001, p. 56-57). Como resultado dessa política, Rolli (2013), tomando por base dados da Organização Mundial da Saúde, aponta que o gasto das famílias brasileiras com saúde subiu 54% em uma década. Baseando-se em dados integrantes da pesquisa do Instituto Datapopular, Rolli (2013, p. 1) afirma que:

Em 2002, saíram do bolso do brasileiro R\$ 110 bilhões para pagar remédios e serviços como plano e seguro-saúde. Neste ano [2013], os gastos devem chegar a R\$ 169 bilhões. [...] São 48,7 milhões de usuários de planos no Brasil (25% da população), segundo a ANS (Agência Nacional de Saúde Suplementar), sendo que 43% -ou 20,9 milhões- usaram o SUS ao menos uma vez após adquirir o plano.

Segundo a Organização Mundial da Saúde, mais da metade das necessidades de saúde de um brasileiro são pagas pelo próprio cidadão. A média mundial de gastos públicos com saúde por cidadão, em 2010, foi de R\$1.200, enquanto no Brasil, a média foi de R\$950 (ESTADÃO, 2013b). Vale frisar que na raiz deste movimento de privatização do serviço público de saúde encontra-se a

necessidade, cada vez mais premente, de o capital estender seus espaços de produção e reprodução ampliada de capital.

Considerando tais aspectos, percebe-se que, a partir da década de 1990, o neoliberalismo aplicado às políticas públicas de saúde brasileiras vem atuando em duas principais frentes: na política de desmonte do SUS e no encaminhamento de medidas voltadas ao fomento do setor privado no campo da saúde. De tal modo, a política de saúde empreendida nos anos de 1990 gerou condicionantes econômicos e políticos que, além de obstaculizarem o desenvolvimento da proposta original do SUS, promoveram o sucateamento deste sistema.

Apesar de suas inúmeras limitações, em grande parte oriundas das investidas neoliberais – principalmente caracterizadas pelo corte de verbas para o setor da saúde – o SUS ainda se constitui como a maior política pública e social vigente no Brasil. Além disso, desde sua implantação, essa política vem promovendo significativos avanços no campo da saúde, especialmente no que se refere à atenção básica, conforme relatório do Banco Mundial intitulado “*Twenty Years of Health System Reform in Brazil: An Assessment of the Sistema Único de Saúde*” (GRAGNOLATI; LINDELOW; COUTTOLENC, 2013). Nesse relatório, que apresenta uma avaliação realizada pelo Banco Mundial dos 20 anos do SUS, o Banco admite os avanços proporcionados pelo SUS ao sistema de saúde nacional desde seu surgimento. Conforme o documento, o SUS já proporcionou diversas melhorias nas condições de saúde e de vida da população brasileira, refletidas, especialmente, na redução da mortalidade infantil e no aumento da expectativa de vida. Portanto, mesmo que parcialmente, o SUS tem alcançado as metas propostas de promoção do acesso aos serviços de saúde.

Destarte, as disputas protagonizadas pelo Projeto Privatista Neoliberal – que vem encaminhando medidas voltadas ao constrangimento da saúde como direito social, ao mesmo tempo em que fomenta o desenvolvimento do setor privado – e pelo Projeto da Reforma Sanitária – que vem buscando estratégias de resistência frente às investidas neoliberais – constituem-se processo em aberto.

Como produto desse contexto histórico, o PSE expressa as contradições de seu tempo. Por um lado, esse Programa é uma política que compõe e visa a fortalecer a proposta do SUS e, portanto, o Projeto de Reforma Sanitária, atuando na perspectiva da garantia de direitos sociais, em especial de educação e saúde. Por outro, contribui para a legitimação do afastamento do Estado de seus encargos

sociais, na medida em que atua na formação de sujeitos autônomos e protagonistas em saúde e promove a garantia da educação e saúde em padrões mínimos, justamente aqueles necessários à promoção da estabilidade política e social no atual estágio de desenvolvimento do capital.

3.2. A saúde na agenda nacional da educação contemporânea: melhoria da qualidade da educação básica para o desenvolvimento econômico e social

A partir da década de 1990, diversos documentos de políticas públicas educacionais brasileiras assinalaram a importância das parcerias com variados setores, dentre eles, com o da saúde. Dentre estes documentos, detalha-se, na sequência: a) o Plano Decenal de Educação para Todos (BRASIL, 1993); b) a Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional nº 9.394 (BRASIL, 1996); c) os Parâmetros Curriculares Nacionais – PCNs (BRASIL, 1997); d) as Diretrizes Curriculares Nacionais Gerais para a Educação Básica – Resolução nº 4, de 13 de julho de 2010 (BRASIL, 2010a); e) o Plano de Desenvolvimento da Educação – PDE (BRASIL, 2007b) e f) o Plano Nacional de Educação (BRASIL, 2011a).

3.2.1. O Plano Decenal de Educação para Todos – 1993

O Plano Decenal de Educação para Todos foi elaborado pelo Ministério da Educação e do Desporto e publicado em 1993. Sua principal meta era fazer cumprir no Brasil, até 2003, as disposições acordadas na Conferência Mundial de Educação para Todos realizada em Jomtien, 1990. O documento marca, portanto, a aceitação nacional das discussões e formulações que vinham sendo discutidas e acordadas nos fóruns internacionais.

O Plano Decenal de Educação para Todos foi apresentado e aprovado em Nova Delhi, encontro promovido pelo Banco Mundial e Unicef, onde foram reunidos os nove países mais populosos do “terceiro mundo”. A aprovação desse Plano oficializou o compromisso do governo brasileiro com a garantia das necessidades básicas de educação (BRASIL, 1993).

Nesse sentido, o objetivo mais amplo do Plano Decenal foi assegurar “[...] até o ano 2003, a crianças, jovens e adultos, conteúdos mínimos de aprendizagem [...]”

que atendessem “[...] a necessidades elementares da vida contemporânea” (BRASIL, 1993, p. 12-13). Ainda conforme o Plano, outras necessidades poderiam ser satisfeitas, “[...] mediante a capacitação técnica, a aprendizagem de ofícios e os programas de educação formal e não-formal em matérias de saúde, nutrição, população, técnicas agrícolas, meio ambiente, ciência, tecnologia, vida familiar [...]” (p. 76).

Segundo o documento, a precária situação econômica em que se encontrava boa parte dos escolares brasileiros seria um obstáculo ao funcionamento adequado das escolas. Em contrapartida, o problema exigiria do poder público ações no sentido de contribuir para a permanência e a melhoria do desempenho escolar. Com vistas a amenizar esse quadro, o documento aponta para a necessidade do provimento de: “[...] alimentação escolar, alguns cuidados básicos de saúde e transporte escolar” pelo governo federal (BRASIL, 1993, p. 26).

As preocupações e recomendações dos países desenvolvidos com a educação do chamado “terceiro mundo”, contidas nesse documento, são retomadas pela Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional, de 1996.

3.2.2. Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional nº 9.394 – 1996

A Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (LDB) nº 9.394, publicada em dezembro de 1996, foi a terceira na ordem das leis de diretrizes e bases já publicadas no Brasil⁸³. Trata-se da maior lei da educação depois da Constituição Federal, responsável por regulamentar e sistematizar todo o sistema de ensino brasileiro.

Com a aprovação da LDB, uma série de programas e projetos foram implementados no país com o objetivo de dar concretude à política nela prevista. Após apresentar um conceito ampliado de educação, logo em seu primeiro artigo, a LDB de 1996, dando continuidade aos preceitos da Constituição Federal, aponta ser a educação uma tarefa da família e do Estado: “[...] inspirada nos princípios de liberdade e nos ideais de solidariedade humana [...]” (BRASIL, 1996).

No artigo 22 da LDB, discorre-se sobre a finalidade da educação básica: “[...] desenvolver o educando, assegurar-lhe a formação comum indispensável para o

⁸³ Duas LDBs antecederam a Lei nº 9.394/96, a Lei nº 4024/61 (BRASIL, 1961) e a Lei nº 5692/71 (BRASIL, 1971).

exercício da cidadania e fornecer-lhe meios para progredir no trabalho e em estudos posteriores” (BRASIL, 1996). Nessa perspectiva, no inciso VIII do título III dessa Lei – Do Direito à Educação e do Dever de Educar – prevê-se: “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; [...] (Redação dada pela Lei nº 12.796, de 2013⁸⁴)” (BRASIL, 1996). A assistência à saúde do educando, portanto, está relacionada à finalidade da educação básica – formação para o exercício da cidadania e trabalho. Define-se como primordial à educação nacional os padrões mínimos de qualidade de ensino, o que implicaria, por sua vez, o oferecimento de insumos necessários ao processo de ensino-aprendizagem, como os relacionados à saúde.

3.2.3. Parâmetros Curriculares Nacionais – 1997

Os Parâmetros Curriculares Nacionais (PCNs), documento publicado em 1997, propalam o objetivo de “[...] fazer com que as crianças dominem os conhecimentos de que necessitam para crescerem como cidadãos plenamente reconhecidos e conscientes de seu papel em nossa sociedade” (BRASIL, 1997a, p. 4). Esta pretensão, por sua vez, apresenta-se como fundamental para que o aluno se torne conhecedor de seus direitos e deveres e possa enfrentar “[...] o mundo atual como cidadão participativo, reflexivo e autônomo [...]” (BRASIL, 1997a, p. 4). Para tanto, os PCNs difundem ser necessário oferecer às crianças e adolescentes, além dos conteúdos escolares, condições que lhes permitam problematizar questões relativas ao meio ambiente, saúde, sexualidade, ética, direitos dignidade e solidariedade (BRASIL, 1997a, p. 4).

Nesse documento, a saúde é compreendida na perspectiva do direito universal, como condição a ser construída ao longo da vida, por meio de relações sociais e culturais. A saúde é, em síntese, “[...] produto e parte do estilo de vida e das condições de existência, sendo a vivência do processo saúde/doença uma forma de representação da inserção humana no mundo” (BRASIL, 1997b, p. 252). Expõe-se, deste modo, “[...] o entendimento de saúde como um valor coletivo, de determinação social” (BRASIL, 1997b, p. 250).

⁸⁴ Consultar Lei nº 12.796, de 4 de abril de 2013 (BRASIL, 2013o).

Como condição complexa, diversos seriam os condicionantes do processo de saúde e doença, expressos, por exemplo, nos níveis de ocupação, renda e acesso à educação formal. Dentre esses condicionantes, a importância da educação é ressaltada, porque, segundo os Parâmetros, ao educar para a saúde “[...] o professor e a comunidade escolar contribuem de maneira decisiva na formação de cidadãos capazes de atuar em favor da melhoria dos níveis de saúde pessoais e da coletividade” (BRASIL, 1997b, p. 245).

Além de ser um conteúdo curricular relacionado a um dos objetivos gerais do ensino fundamental “[...] conhecer e cuidar do próprio corpo, valorizando e adotando hábitos saudáveis como um dos aspectos básicos da qualidade de vida e agindo com responsabilidade em relação à sua saúde e à saúde coletiva”, a saúde é apresentada nos PCNs como um tema transversal, juntamente à ética, ao meio ambiente, à pluralidade cultural e à orientação sexual (BRASIL, 1997a, p. 69). Na perspectiva do documento, tais temas deveriam permear os conteúdos pedagógicos durante o currículo obrigatório por “[...] envolverem problemáticas sociais atuais e urgentes, consideradas de abrangência nacional e até mesmo de caráter universal” (BRASIL, 1997a, p. 45).

Ainda segundo os Parâmetros, a saúde como conteúdo e tema transversal seria importante para “[...] garantir uma aprendizagem efetiva e transformadora de atitudes e hábitos de vida” pelos alunos (BRASIL, 1997b, p. 245). A educação para a saúde deveria, assim, atuar na conscientização dos estudantes quanto ao direito à saúde e na instrumentalização voltada à intervenção individual e coletiva sobre os condicionantes do processo saúde/doença (BRASIL, 1997a).

3.2.4. Plano de Desenvolvimento da Educação – 2007

O Plano de Desenvolvimento da Educação (PDE) foi lançado em 24 de abril de 2007, pelo MEC, durante o segundo mandato do governo de Luiz Inácio Lula da Silva. O PDE assumiu o compromisso “Todos pela Educação⁸⁵”, a partir do Decreto

⁸⁵ O “Compromisso Todos pela Educação” foi uma iniciativa de grupos empresariais, dentre eles: Grupo Pão de Açúcar, Fundação Itaú-Social, Fundação Bradesco, Instituto Gerdau, Grupo Gerdau, Fundação Roberto Marinho, Fundação Educar DPaschoal, Instituto Itaú Cultural, Faça Parte-Instituto Brasil Voluntário, Instituto Ayrton Senna, Cia. Suzano, Banco ABN-Real, Banco Santander e Instituto Ethos (SAVIANI, 2007).

n. 6.094, que apresentou o “Plano de Metas Compromisso Todos pela Educação”, movimento lançado em 2006.

O PDE é composto por 30 ações, que incidem sobre variados aspectos da educação básica. Trata-se, pois, de um Plano bastante abrangente, que abriga a maioria dos Programas do MEC, como o Programa Saúde na Escola. O Plano tem como foco promover a melhoria da qualidade da educação básica no Brasil no prazo de 15 anos (BRASIL, 2007b).

Ao adotar o “Compromisso Todos pela Educação”, o PDE reforçou a ideia de que as ações no campo da educação não seriam de responsabilidade exclusiva do Estado. Nesse sentido, o Plano enfatiza a necessidade da sintonização das políticas e do trabalho em conjunto entre família, Estado, Terceiro Setor e sociedade civil em prol da qualidade da educação básica.

3.2.5. Diretrizes Curriculares Nacionais Gerais para a Educação Básica – Resolução nº 4, de 13 de julho de 2010

A Resolução nº 4, de julho de 2010 definiu as Diretrizes Curriculares Nacionais Gerais para a Educação Básica. Em seu artigo 4º, são apresentados os princípios que sustentam o projeto nacional de educação:

- I - igualdade de condições para o acesso, inclusão, permanência e sucesso na escola;
- II - liberdade de aprender, ensinar, pesquisar e divulgar a cultura, o pensamento, a arte e o saber;
- III - pluralismo de ideias e de concepções pedagógicas;
- IV - respeito à liberdade e aos direitos;
- V - coexistência de instituições públicas e privadas de ensino;
- VI - gratuidade do ensino público em estabelecimentos oficiais;
- VII - valorização do profissional da educação escolar;
- VIII - gestão democrática do ensino público, na forma da legislação e das normas dos respectivos sistemas de ensino;
- IX - garantia de padrão de qualidade;
- X - valorização da experiência extraescolar;
- XI - vinculação entre a educação escolar, o trabalho e as práticas sociais (BRASIL, 2010a).

No documento, a educação básica é reafirmada como direito universal e alicerce indispensável para o exercício da cidadania em plenitude, pela qual depende a possibilidade de conquistar todos os demais direitos, definidos na

Constituição Federal, no Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), na legislação ordinária e nas demais disposições que consagram as prerrogativas do cidadão.

Além disso, apresenta-se a necessidade da garantia do padrão de qualidade da educação básica, conforme disposto no artigo 8º:

A garantia de padrão de qualidade, com pleno acesso, inclusão e permanência dos sujeitos das aprendizagens na escola e seu sucesso, com redução da evasão, da retenção e da distorção de idade/ano/série, resulta na qualidade social da educação, que é uma conquista coletiva de todos os sujeitos do processo educativo (BRASIL, 2010a).

De acordo com o artigo 9º, a escola de qualidade social adotaria como centralidade o estudante e a aprendizagem, o que pressuporia atendimento a requisitos como, por exemplo: “[...] IX - realização de parceria com órgãos, tais como os de assistência social e desenvolvimento humano, cidadania, ciência e tecnologia, esporte, turismo, cultura e arte, saúde, meio ambiente” (BRASIL, 2010a). Assim, nessas Diretrizes Curriculares Nacionais para a Educação Básica, o atendimento à saúde do educando foi entendido como pressuposto à educação de qualidade social.

3.2.6. Plano Nacional de Educação – 2014

O Plano Nacional de Educação (PNE), aprovado pela lei nº 13.005/2014, apresenta as prioridades do governo em educação, expressas em metas, a serem atingidas pelo sistema educacional brasileiro até 2024. No artigo 2º, são apresentadas as diretrizes do PNE:

- I - erradicação do analfabetismo;
- II - universalização do atendimento escolar;
- III - superação das desigualdades educacionais, com ênfase na promoção da cidadania e na erradicação de todas as formas de discriminação;
- IV - melhoria da qualidade da educação;
- V - formação para o trabalho e para a cidadania, com ênfase nos valores morais e éticos em que se fundamenta a sociedade;
- VI - promoção do princípio da gestão democrática da educação pública;
- VII - promoção humanística, científica, cultural e tecnológica do País;
- VIII - estabelecimento de meta de aplicação de recursos públicos em educação como proporção do Produto Interno Bruto - PIB, que

assegure atendimento às necessidades de expansão, com padrão de qualidade e equidade;
IX - valorização dos (as) profissionais da educação;
X - promoção dos princípios do respeito aos direitos humanos, à diversidade e à sustentabilidade socioambiental (BRASIL, 2014a).

Seguindo essas diretrizes gerais, há a defesa do princípio da intersetorialidade. Dentre as passagens do documento que evidenciam essa defesa, pode-se destacar o artigo 8º, segundo o qual os entes federados (Estados, Distrito Federal e Municípios) devem estabelecer, em seus respectivos planos de educação, estratégias que: “I - assegurem a articulação das políticas educacionais com as demais políticas sociais, particularmente as culturais [...]” (BRASIL, 2014a).

Até 2016, almeja-se universalizar a educação infantil na pré-escola para as crianças de 4 a 5 anos de idade e ampliar a oferta de educação infantil em creches de forma a atender, no mínimo, 50% das crianças de até 3 anos. Para tanto, dentre outras estratégias, encontra-se a de instituir “[...] programas de orientação e apoio às famílias, por meio da articulação das áreas de educação, saúde e assistência social, com foco no desenvolvimento integral das crianças de até 3 (três) anos de idade [...]” (BRASIL, 2014a).

Também até 2016, o Plano propõe como meta a universalização do atendimento escolar para toda a população de 15 a 17 anos e a elevação da taxa líquida de matrículas no ensino médio para 85%. Dentre as estratégias adotadas para esse fim, está a de:

[...] estruturar e fortalecer o acompanhamento e o monitoramento do acesso e da permanência dos e das jovens beneficiários (as) de programas de transferência de renda, no ensino médio, quanto à frequência, ao aproveitamento escolar e à interação com o coletivo, bem como das situações de discriminação, preconceitos e violências, práticas irregulares de exploração do trabalho, consumo de drogas, gravidez precoce, em colaboração com as famílias e com órgãos públicos de assistência social, saúde e proteção à adolescência e juventude; [...] (BRASIL, 2014a).

Ante o objetivo de melhorar a qualidade da educação, expressa pelo IDEB, propõe-se a ampliação de programas e aprofundamento de: “[...] ações de atendimento ao (à) aluno (a), em todas as etapas da educação básica, por meio de programas suplementares de material didático-escolar, transporte, alimentação e assistência à saúde [...]” (BRASIL, 2014a). Além disso, almeja-se também a

universalização “[...] mediante articulação entre os órgãos responsáveis pelas áreas da saúde e da educação, o atendimento aos (às) estudantes da rede escolar pública de educação básica por meio de ações de prevenção, promoção e atenção à saúde; [...]” (BRASIL, 2014a).

Nota-se, desse modo, que a intersetorialidade é um dos princípios que regem o Plano Nacional de Educação, estando relacionado à melhoria da qualidade da educação, bem como com o desempenho e aproveitamento escolar de crianças e jovens da educação básica.

3.3. A educação na agenda nacional de saúde: a perspectiva da nova promoção da saúde na política brasileira

Pode-se considerar que o movimento da Nova Promoção da Saúde teve eco no Brasil na segunda metade da década de 1980, por meio do movimento de Reforma Sanitária. O movimento da Reforma Sanitária, iniciado ainda na década de 1960, marcou os primórdios do questionamento do conceito de saúde enquanto ausência de doenças, predominante até então na política de saúde brasileira. Capitaneou também a transição de um modelo assistencial de saúde, centrado em práticas curativas voltadas a doenças já instaladas, para um modelo integral, baseado em abordagens mais amplas e intersetoriais em saúde, por meio do qual as ações educativas passaram a ser valorizadas na agenda da política nacional de saúde.

Dentre os documentos de políticas que expressam esse processo, destaca-se: a) o Relatório da 8ª Conferência Nacional de Saúde (BRASIL, 1986); b) a Constituição Federal (BRASIL, 1988) e; c) a Lei nº 8.080 – Lei Orgânica da Saúde (BRASIL, 1990a).

3.3.1. O Marco Inicial da Influência do Movimento da Nova Promoção da Saúde no Brasil: O Relatório da 8ª Conferência Nacional de Saúde

A 8ª Conferência Nacional de Saúde⁸⁶ (CNS), realizada em 1986, foi o principal evento do movimento de Reforma Sanitária do Brasil e marcou formalmente

⁸⁶ Até 2014, foram realizadas 14 Conferências Nacionais de Saúde: 1ª CNS (1941) – “Situação sanitária e assistencial dos estados”; 2ª CNS (1950) – “Legislação referente à higiene e à

o início do processo de absorção das recomendações internacionais advindas do Movimento da Nova Promoção da Saúde. Segundo Valadão (2004), é notável a presença dos preceitos da Carta de Ottawa (OMS, 1986) na 8ª Conferência Nacional de Saúde. Dentre as coincidências que podem ser assinaladas, destacam-se: a valorização do direito universal à saúde; o foco na equidade; a centralidade da participação dos cidadãos; a valorização da interdisciplinaridade; a defesa da intersetorialidade na concretização das práticas e políticas sociais e o controle social para a construção de caminhos mais democráticos.

Publicado na década de 1980, portanto, em um momento da história brasileira marcado por intensas lutas e movimentos sociais pelo fim da ditadura civil-militar e abertura política, o Relatório da 8ª Conferência Nacional de Saúde teve como tema central “Saúde como Direitos de Todos e Dever do Estado”. De forma genérica, a Conferência foi instituída a partir da luta pela implantação do Sistema Único de Saúde e implantação de políticas sociais de defesa à vida. As plenárias da 8ª Conferência Nacional de Saúde contaram com a participação efetiva de quase todos os grupos que atuavam no setor da saúde no Brasil, assim como de representantes da sociedade civil, de grupos de profissionais e de partidos políticos. Para a construção do relatório dessa Conferência, foram formados 135 grupos de trabalho, que discutiram os temas: “Saúde como direito”, “Reformulação do Sistema Nacional de Saúde” e “Financiamento Setorial” (BRASIL, 1986).

A 8ª Conferência Nacional de Saúde ficou conhecida por revolucionar o conceito de saúde das políticas brasileiras, que passaram a ter a promoção da saúde como um dos seus pilares centrais. Conforme o Relatório dessa Conferência,

segurança do trabalho”; 3ª CNS (1963) – “Descentralização na área de Saúde”; 4ª CNS (1967) – “Recursos humanos para as atividades em saúde”; 5ª CNS (1975) – “I. Implementação do Sistema Nacional de Saúde; II. Programa de Saúde Materno-Infantil; III. Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica; IV. Programa de Controle das Grandes Endemias; e V. Programa de Extensão das Ações de Saúde às Populações Rurais”; 6ª CNS (1977) – “I. Situação atual do controle das grandes endemias; II. Operacionalização dos novos diplomas legais básicos aprovados pelo governo federal em matéria de saúde; III. Interiorização dos serviços de saúde; e IV. Política Nacional de Saúde”; 7ª CNS (1980) – “Extensão das ações de saúde por meio dos serviços básicos”; 8ª CNS (1986) – “I. Saúde como Direito; II. Reformulação do Sistema Nacional de Saúde; e III. Financiamento Setorial”; 9ª CNS (1992) – “Municipalização é o caminho”; 10ª CNS (1996) – “I. - Saúde, cidadania e políticas públicas; II. Gestão e organização dos serviços de saúde; III. Controle social na saúde; IV. Financiamento da saúde; V. Recursos humanos para a saúde; e VI. Atenção integral à saúde”; 11ª CNS (2000) – “Efetivando o SUS: acesso, qualidade e humanização na atenção à saúde com controle social”; 12ª CNS (2003) – “Saúde: um direito de todos e um dever do Estado. A saúde que temos, o SUS que queremos”; 13ª CNS (2007) – “Saúde e Qualidade de Vida: Política de Estado e Desenvolvimento”; 14ª CNS (2011) – “Todos usam o SUS! SUS na Seguridade Social - Política Pública, Patrimônio do Povo Brasileiro” (BRASIL, 2011e).

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 a serviços de saúde” (BRASIL, 1986, p. 4). Antes de tudo, a saúde é compreendida como “[...] o resultado das formas de organização social da produção, as quais podem gerar grandes desigualdades nos níveis de vida” (BRASIL, 1986, p. 4).

Com base nessa conceituação, o direito à saúde – a ser promovido pelo Estado – seria alcançado por meio da adoção de políticas de saúde integradas às demais políticas sociais que garantissem “[...] condições dignas de vida e de acesso universal e igualitário às ações e serviços de promoção, proteção e recuperação de saúde, em todos os seus níveis, a todos os habitantes do território nacional [...]” (BRASIL, 1986, p. 4).

Partindo-se da noção de direito como conquista social, entende-se, no documento analisado, que o pleno exercício do direito à saúde implicaria na garantia de:

- trabalho em condições dignas, com amplo conhecimento e controle dos trabalhadores sobre o processo e o ambiente de trabalho;
- alimentação para todos, segundo as suas necessidades; moradia higiênica e digna;
- educação e informação plenas;
- qualidade adequada do meio-ambiente;
- transporte seguro e acessível;
- repouso, lazer e segurança;
- participação da população na organização, gestão e controle dos serviços e ações de saúde;
- direito à liberdade, à livre organização e expressão;
- acesso universal e igualitário aos serviços setoriais em todos os níveis (BRASIL, 1986, p. 5).

As responsabilidades básicas do Estado para com o direito à saúde seriam:

- adoção de políticas sociais e econômicas que propiciem melhores condições de vida, sobretudo, para os segmentos mais carentes da população;
- definição, financiamento e administração de um sistema de saúde de acesso universal e igualitário;
- operação descentralizada de serviços de saúde;
- normatização e controle das ações de saúde desenvolvidas por qualquer agente público ou privado de forma a garantir padrões de qualidade adequados (BRASIL, 1986, p. 7).

A 8ª Conferência Nacional de Saúde fortaleceu a batalha popular para que os direitos à educação e saúde fossem previstos na nova Constituição Federal que vinha sendo gestada. Considera-se que a principal proposta da 8ª Conferência Nacional de Saúde foi a criação do Sistema Único de Saúde, tendo como meta a descentralização administrativa e a crescente estatização do setor, por intermédio de uma ampla e profunda reforma sanitária. Dispôs-se ainda sobre os princípios pelos quais o novo sistema de saúde deveria ser regido, como por exemplo, a descentralização, a integralização, a regionalização, a participação da população, o fortalecimento do papel do município, a universalização, a equidade e a qualidade (BRASIL, 1986).

O estímulo à participação da população organizada nos núcleos decisórios asseguraria o controle social das ações do Estado. Nesse sentido, o documento indica a necessidade de formação de Conselhos de Saúde em níveis local, municipal, regional e estadual, compostos por representantes da comunidade, de forma a permitir que a sociedade participe plenamente do planejamento, execução e fiscalização dos programas de saúde (BRASIL, 1986).

3.3.2. A Constituição Federal de 1988: A educação e a saúde como direitos sociais e a criação Sistema Único de Saúde (SUS)

A Constituição Federal de 1988⁸⁷ apresenta os fundamentos da República Federativa do Brasil: “Art. 1º [...] I - a soberania; II - a cidadania; III - a dignidade da pessoa humana; IV - os valores sociais do trabalho e da livre iniciativa; V - o pluralismo político” (BRASIL, 1988). No artigo 6º da Carta, Capítulo II, afirmam-se, como direitos sociais: “[...] a educação, a saúde⁸⁸, a alimentação, o trabalho, a moradia, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, a assistência aos desamparados, na forma dessa Constituição” (BRASIL, 1988). Percebe-se, assim, que a defesa da cidadania e dos direitos à saúde e à educação efetuada pela política nacional de educação e saúde na escola tem por principal fundamento o texto constitucional.

⁸⁷ A Constituição de 1988 foi a 7ª Constituição do Brasil e a primeira a garantir os direitos sociais, apesar de eles já terem sido previstos na Constituição de 1934.

⁸⁸ O direito à saúde compõe o tripé da Seguridade Social (saúde, previdência social, assistência social).

Na seção I do Capítulo III “da Educação, da Cultura e do Desporto” apresenta-se no Art. 205 que: “A educação, direito de todos e dever do Estado e da família, será promovida e incentivada com a colaboração da sociedade, visando ao pleno desenvolvimento da pessoa, seu preparo para o exercício da cidadania e sua qualificação para o trabalho” (BRASIL, 1988). Sendo dever do Estado para com a educação efetivado mediante a garantia de: “[...] 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” (BRASIL, 1988, Art. 208).

Quanto à responsabilidade pela garantia dos direitos sociais, a Constituição Federal dispõe que:

[...] é dever da família, da sociedade e do Estado assegurar à criança, ao adolescente e ao jovem, com absoluta prioridade, o direito à vida, à saúde, à alimentação, à educação, ao lazer, à profissionalização, à cultura, à dignidade, ao respeito, à liberdade e à convivência familiar e comunitária, além de colocá-los a salvo de toda forma de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão (BRASIL, 1988, Art. 227).

Percebe-se, a partir desse fragmento do texto constitucional, que a responsabilidade do Estado para com os direitos sociais fica secundarizada, tendo em vista que a família e a sociedade passaram a ser as primeiras responsáveis por assegurar tais direitos.

Em relação ao financiamento da educação, fica evidente a preocupação do documento com conceitos como qualidade e equidade, enunciados pelas políticas internacionais e nacionais de educação e saúde na escola. Conforme o texto legal:

Art. 212. A União aplicará, anualmente, nunca menos de dezoito, e os Estados, o Distrito Federal e os Municípios vinte e cinco por cento, no mínimo, da receita resultante de impostos, compreendida a proveniente de transferências, na manutenção e desenvolvimento do ensino. § 3º A distribuição dos recursos públicos assegurará prioridade ao atendimento das necessidades do ensino obrigatório, no que se refere a universalização, garantia de padrão de qualidade e equidade, nos termos do plano nacional de educação (BRASIL, 1988).

A seção II do texto constitucional é dedicada ao tratamento de questões relacionadas à saúde. No artigo 196 dessa seção, apresenta-se a saúde como um

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

Vale destacar o artigo 198, que apresenta as diretrizes por meio das quais os serviços públicos de saúde deveriam ser organizados: “I – descentralização, com direção única em cada esfera de governo; II - atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais; III - participação da comunidade” (BRASIL, 1988). Ao trazer tais disposições, a Constituição de 1988 lançou as bases para a formulação e implementação do SUS, atendendo a uma importante demanda social.

No texto constitucional, está prevista a possibilidade de oferta de serviços de saúde pela iniciativa privada. Nas palavras do Artigo 199 da Carta: “A assistência à saúde é livre à iniciativa privada” (BRASIL, 1988). Ainda no mesmo artigo, discorre-se sobre a forma de participação das instituições privadas no sistema único de saúde:

§ 1º - As instituições privadas poderão participar de forma complementar do sistema único de saúde, segundo diretrizes deste, mediante contrato de direito público ou convênio, tendo preferência as entidades filantrópicas e as sem fins lucrativos (BRASIL, 1988).

Ademais, caberia ao Estado o provimento de programas de assistência integral à saúde da criança, do adolescente e do jovem, admitindo-se a participação de entidades não governamentais, por meio de políticas específicas.

Com os fundamentos postos pelo Relatório da 8ª Conferência Nacional de Saúde de 1986, em seguida, firmados pela Constituição Federal de 1988, o SUS foi instituído em 1990 pela Lei Orgânica da Saúde.

3.3.3. A lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990 e a institucionalização do SUS

Dois anos após a promulgação da Constituição Federal de 1988, o SUS foi implementado pela Lei nº 8.080/90⁸⁹, a qual ficou conhecida como “Lei Orgânica da

⁸⁹ De acordo com Bravo e Matos (2012), diversos vetos foram impostos à versão original da Lei nº 8.080, particularmente no que se refere ao financiamento e controle social. Por isso, considera-se que a Lei nº 8.142/90 (BRASIL, 1990c) foi publicada para suprimir essas lacunas.

Saúde”, que regulamentou os artigos de 196 a 200 da Constituição Federal. A Lei Orgânica da Saúde instituiu e dispôs as orientações e bases gerais do SUS – instrumento de efetivação do direito à saúde no Brasil –, passando a regular, desde sua publicação, as ações e serviços de saúde públicos e privados em todo o território nacional.

Compartilhando a perspectiva dos documentos antecedentes, a Lei em pauta reconheceu a saúde como “[...] um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício” (BRASIL, 1990a). O dever do Estado para com a saúde consistiria na formulação e execução de políticas econômicas e sociais voltadas à redução de riscos de doenças e agravos e no estabelecimento de condições que garantissem o acesso universal e igualitário aos serviços de promoção, proteção e recuperação de saúde. O documento alerta, entretanto, que o fato de o Estado ser o responsável direto pelo provimento destes serviços não excluiria a responsabilidade das pessoas, famílias, empresas e demais agentes da sociedade na construção da saúde.

De acordo com a Lei Orgânica da Saúde, o SUS seria constituído por um “[...] conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da Administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público”. A iniciativa privada, neste contexto, poderia complementar as ações do SUS (BRASIL, 1990a).

No artigo quinto do Capítulo I dessa Lei, são apresentados os objetivos do SUS:

- I - a identificação e divulgação dos fatores condicionantes e determinantes da saúde;
- II - a formulação de política de saúde destinada a promover, nos campos econômico e social, a observância do disposto no § 1º do art. 2º desta lei;
- III - a assistência às pessoas por intermédio de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, com a realização integrada das ações assistenciais e das atividades preventivas (BRASIL, 1990a).

As ações e serviços públicos de saúde e serviços privados que integram o SUS deveriam ser desenvolvidos segundo as diretrizes previstas no artigo 198 da Constituição Federal, obedecendo, ainda, os seguintes princípios:

- I - universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência;
- II - integralidade de assistência, entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema;
- III - preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral;
- IV - igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie;
- V - direito à informação, às pessoas assistidas, sobre sua saúde;
- VI - divulgação de informações quanto ao potencial dos serviços de saúde e a sua utilização pelo usuário;
- VII - utilização da epidemiologia para o estabelecimento de prioridades, a alocação de recursos e a orientação programática;
- VIII - participação da comunidade;
- IX - descentralização político-administrativa, com direção única em cada esfera de governo: a) ênfase na descentralização dos serviços para os municípios; b) regionalização e hierarquização da rede de serviços de saúde;
- X - integração em nível executivo das ações de saúde, meio ambiente e saneamento básico;
- XI - conjugação dos recursos financeiros, tecnológicos, materiais e humanos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios na prestação de serviços de assistência à saúde da população;
- XII - capacidade de resolução dos serviços em todos os níveis de assistência;
- XIII - organização dos serviços públicos de modo a evitar duplicidade de meios para fins idênticos (BRASIL, 1990a).

O artigo 12 dessa lei ainda prevê a criação de “[...] comissões intersetoriais de âmbito nacional, subordinadas ao Conselho Nacional de Saúde, integradas pelos Ministérios e órgãos competentes e por entidades representativas da sociedade civil”, com a finalidade de articularem “[...] políticas e programas de interesse para a saúde, cuja execução envolva áreas não compreendidas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)” (BRASIL, 1990a). O princípio da intersectorialidade consta, portanto, como um dos pilares organizativos do SUS, juntamente com a descentralização, hierarquização, regionalização e transversalidade. Nesse interim, a educação é apontada como um dos fatores determinantes e condicionantes da saúde, assim como a alimentação, moradia, saneamento básico, renda, transporte, lazer e o acesso e bens e serviços essenciais (BRASIL, 1990a).

Nota-se que a proposta de reorganização dos serviços de saúde apresentada pelo SUS visa superar o modelo de serviços centrados na atenção hospitalar. Por isso, o SUS pode ser entendido como um sistema inovador na organização do

serviço de saúde brasileira “[...] no qual o modelo de assistência pautado em uma atuação meramente curativa, reabilitadora e hospitalocêntrica [...]”, seria substituído por um “[...] modelo assistencial promotor da saúde, preventivo e interdisciplinar, com ações voltadas para acompanhamento, cuidado e tratamento da saúde coletiva e individual da população” (VIEIRA, 2013, p. 8). Como discorre Vieira (2013), o SUS materializa no Brasil uma nova concepção de saúde, para além da noção de ausência de doenças. Se antes, privilegiava-se a atenção médica individual em detrimento das ações de promoção e prevenção de doenças, com o SUS, a proposta é inverter esse quadro, dando enfoque às ações educativas e intersetoriais.

3.4. As iniciativas de educação e saúde na escola a partir da década de 1990: a inserção do ideário das Escolas Promotoras de Saúde no Brasil

No Brasil, a assimilação dos preceitos da iniciativa das Escolas Promotoras de Saúde foi catalisada pela evolução da epidemia da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS) que marcou o final da década de 1980 e a década de 1990⁹⁰. O surto desses casos de doença no país desempenhou papel decisivo no deslocamento das taxas de mortalidade para faixas etárias mais precoces. Dados da Coordenação Nacional de DST/AIDS (1996) mostravam que 33% dos casos de AIDS estavam concentrados na faixa etária de 20 a 29 anos de idade. Considerando o período de incubação, foi possível presumir que a infecção pelo HIV ocorria, na maioria dos casos, na adolescência e início da fase adulta, portanto, em idade escolar (VALADÃO, 2004).

Além disso, com o avanço das pesquisas sobre o vírus e os procedimentos terapêuticos a “[...] Aids passou a ser apresentada como uma doença crônica, possível de ser controlada por políticas apropriadas de saúde e educação” (MARQUES, 2003, p. 30). Como já demonstrado, diversos documentos da agenda educacional brasileira, a partir dos anos de 1990, começaram a valorizar, de forma

⁹⁰ A AIDS consiste em uma doença causada pelo Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV), que atinge o sistema imunológico humano. O primeiro caso de AIDS no mundo foi oficialmente notificado nos Estados Unidos em 1981. No Brasil, a doença foi primeiramente registrada em São Paulo no ano de 1982. Apesar do rápido crescimento no número de casos de pessoas infectadas pelo vírus, a AIDS somente foi reconhecida pelo Ministério da Saúde como problema de saúde pública no ano de 1985. Neste mesmo ano, por intermédio da Portaria 236, foi criado o Programa Nacional de AIDS. A princípio, ações educativas voltadas ao combate à AIDS foram desenvolvidas no âmbito da educação informal por meio de estratégias como a distribuição de cartazes e boletins informativos (MARQUES, 2003).

mais expressiva, as ações em saúde na escola, articulando-as a melhorias na qualidade da educação básica, desenvolvimento econômico e social e combate à pobreza.

Todos esses fatores impulsionaram a implantação de novos projetos de saúde na escola por meio de sistemas estaduais e municipais de educação (em um primeiro momento, com foco na educação sexual), fundamentados no ideário das Escolas Promotoras de Saúde, no Brasil. Em 1995, a Organização Panamericana de Saúde (OPAS), escritório regional da OMS, lançou oficialmente a “Iniciativa Escolas Promotoras de Saúde”, com o intuito de fortalecer as ações no campo da saúde escolar dos países da América Latina e Caribe.

Vale salientar, contudo, que, se nos anos de 1990, a política nacional de educação e saúde na escola tinha como principal justificativa o número de casos de HIV/AIDS, a partir da década de 2000, a preocupação se volta para os alarmantes índices de sobrepeso e obesidade. Conforme Cambricoli (2014), baseando-se em dados fornecidos pelo Datasus, de 2001 a 2011, o número de óbitos decorrentes de complicações diretamente relacionadas à obesidade, no Brasil, praticamente triplicou. Em 2001, 808 mortes tiveram a obesidade como uma das causas, ao passo que, em 2011, este número subiu para 2.390, representando um aumento de 196%. Estima-se que o número de vítimas indiretas da obesidade seja maior, tendo em vista que esta condição é fator de risco para uma série de doenças como, por exemplo, diabetes e hipertensão arterial. Sustentando-se em dados dessa natureza, especialistas passaram a reforçar a importância das políticas públicas de prevenção e tratamento dirigidas a crianças e adolescentes em idade escolar.

3.4.1. As Escolas Promotoras de Saúde no Brasil

O movimento da Reforma Sanitária, cujos avanços mais importantes foram registrados na 8ª Conferência Nacional de Saúde e na criação do Sistema Único de Saúde (SUS), referendados pela Constituição Brasileira de 1988, redefiniu o conceito de saúde e fincou as bases para as experiências de Escolas Promotoras de Saúde no Brasil.

Em 1992, foi realizada uma reunião em Georgetown, Barbados, para se discutir estratégias com vistas à melhoria da promoção da saúde dentro e fora da escola. Foram também realizadas pesquisas e analisadas experiências em Buenos

Aires, Argentina e Costa Rica (BRASIL; OPAS, 2007). Os resultados foram publicados em 1994 e indicaram que a maioria dos países precisava atualizar os acordos e parcerias entre os Ministérios da Saúde e Educação para desenvolver um modelo mais participativo e integral de saúde escolar (BRASIL; OPAS, 2007).

A proposta de Escolas Promotoras de Saúde foi apresentada em reunião de saúde escolar realizada no Chile, em 1995 (BRASIL; OPAS, 2007). Em 1996, foi criada, em San José (Costa Rica), a Rede Latino-Americana de Escolas Promotoras de Saúde com a participação de representantes de diversos países: Argentina, Bolívia, Chile, Cuba, Colômbia, México, Panamá, Nicarágua, Honduras, Equador, El Salvador, Costa Rica República Dominicana, Peru, Paraguai, Venezuela e Espanha (BRASIL; OPAS, 2007). Desde então, considera-se que a Iniciativa das Escolas Promotoras de Saúde tem fortalecido alianças entre as agências das Nações Unidas, cujas diretrizes coincidem com as ações da promoção da saúde escolar, como o Unicef, a Unesco e a Opas/OMS na Região das Américas (BRASIL; OPAS, 2007). Nesse contexto, experiências fundamentadas na iniciativa das Escolas Promotoras de Saúde começaram a ser desenvolvidas no Brasil mais especificamente nos municípios do Rio de Janeiro e São Paulo (BRASIL; OPAS, 2007).

A iniciativa das Escolas Promotoras de Saúde no Brasil compartilha dos pressupostos firmados pelas Conferências Internacionais de Promoção da Saúde, dentre eles: equidade em saúde, justiça social, garantia aos direitos sociais à saúde e à educação e valorização do envolvimento e participação da comunidade. Conforme os objetivos da agenda educacional brasileira, as EPS têm importante papel a desempenhar, especialmente na redução das taxas de abandono e evasão escolar.

Em 2007, foi publicado o documento “Escolas Promotoras de Saúde: experiências no Brasil”, elaborado pelo Ministério da Saúde (BRASIL; OPAS, 2007) em parceria com a Organização Panamericana da Saúde (OPAS). O objetivo central do documento (BRASIL; OPAS, 2007) foi resgatar as experiências que eram desenvolvidas nas escolas públicas de alguns municípios brasileiros e divulgá-las, para que servissem de exemplos a governos e sociedade como um todo, com o intuito de fomentar o desenvolvimento de políticas de saúde na escola, comprometidas com a promoção da saúde e desenvolvimento da cidadania. As várias experiências reunidas neste documento (BRASIL; OPAS, 2007) enfatizam a

importância da intersetorialidade, da articulação das ações com os Programas Saúde da Família e Agentes Comunitários de Saúde e das parcerias com ONGs para o desenvolvimento de ações complementares às do setor público.

Apesar de reconhecer os avanços no campo da saúde na escola, esse documento critica o caráter predominantemente terapêutico por meio do qual as iniciativas e programas de saúde na escola vinham sendo desenvolvidos no Brasil e, com base na iniciativa das Escolas Promotoras de Saúde, propõe a “revitalização de saúde na escola” (BRASIL; OPAS, 2007, p. 23). Para tanto, foram indicados alguns desafios a serem superados, tais como, a) o rompimento com o caráter prescritivo e desarticulado das ações desenvolvidas em saúde na escola; b) a criação de arranjos institucionais intersetoriais e participativos; c) superação de metodologias e técnicas pedagógicas tradicionais; d) ressignificação da escola enquanto espaço de construção de subjetividades; e) promoção do protagonismo da escola como espaço de produção de saúde em seu território⁹¹; f) mobilização em torno do direito à saúde; g) o fortalecimento da participação da comunidade escolar nos espaços de controle social e de gestão participativa do SUS (BRASIL; OPAS, 2007).

Em síntese, a iniciativa das EPS é apresentada nos documentos de políticas como estratégia fundamental para o combate às iniquidades e para o fomento do desenvolvimento econômico e social no Brasil. A saúde seria premissa para um bom aproveitamento escolar e para o enfrentamento de problemas como o da evasão escolar. Da mesma forma, a educação é considerada de suma relevância no setor da saúde, como meio para a formação de sujeitos capazes de realizar escolhas compatíveis a um estilo de vida saudável. A primeira grande iniciativa fundamentada na perspectiva das Escolas Promotoras de Saúde no Brasil foi o lançamento do Projeto Saúde e Prevenção nas Escolas, em 2003.

⁹¹ O conceito de território é pormenorizadamente discutido por Bernardo Mançano Fernandes. Na perspectiva deste autor, o uso da noção de território tem sido crescente nos últimos tempos, tanto que o território “[...] é utilizado como conceito central na implantação de políticas públicas e privadas, nos campos, nas cidades e nas florestas, promovidas pelas transnacionais, governos e movimentos socioterritoriais” (FERNANDES, 2009, p. 4). Para Fernandes (2009), o território – como um conceito permeado por conflitos e contradições – não deve ser somente compreendido como espaço de governança. Explica o autor: “Partimos do território como espaço de governança, mas reconhecemos os outros tipos de territórios fixos e fluxos, material e imaterial, formados pelas diferentes relações sociais e classes sociais [...]” (FERNANDES, 2009, p. 4). Nesse sentido, acrescenta ele, o conceito em foco é compreendido, ao mesmo tempo, como “território uno” e “território diverso” (p. 5). O autor ressalta ainda que as disputas territoriais não se limitam à esfera econômica, mas se desdobram nas diversas dimensões sociais como a política, a teórica e a ideológica.

3.4.2. O Projeto Saúde e Prevenção nas Escolas – 2003

O Projeto Saúde e Prevenção nas Escolas foi lançado na cidade de Curitiba, em agosto de 2003, e vem sendo implementado nos Estados e municípios brasileiros desde 2004. Tem por objetivo reduzir vulnerabilidades de adolescentes e jovens às Doenças Sexualmente Transmissíveis (DSTs), HIV/AIDS e hepatites virais, ao uso de álcool e outras drogas e gravidez na adolescência. Trata-se de uma iniciativa integrada entre Ministério da Saúde e Ministério da Educação, apoiada pelo Fundo das Nações Unidas para a Infância (Unicef), Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura (UNESCO) e Fundo de População das Nações Unidas (UNFPA).

Na verdade, o SPE deve ser entendido como parte de uma força tarefa mundial para o combate ao HIV/AIDS. Nesse contexto, é importante destacar o apoio direto dado ao SPE pelo Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/AIDS (UNAIDS), componente do sistema da Organização das Nações Unidas⁹² (ONU). O UNAIDS foi estabelecido em 1994 e mantém representação no Brasil desde 2000, sendo resultado de parceria entre a ONU e o Governo Federal. O programa tem como objetivos encorajar, mobilizar e apoiar países para alcançar o acesso universal à prevenção, tratamento e cuidados no que concerne ao HIV/AIDS (UNAIDS, 2013).

É relevante destacar que a preocupação com o combate ao HIV/AIDS está presente em alguns documentos internacionais que exerceram e exercem forte influência no Brasil, como exemplo, o “Marco Estratégico para a UNESCO no Brasil” (UNESCO, 2006) e os “Objetivos de Desenvolvimento do Milênio” (BRASIL, 2014b).

Em 2006, foram publicadas as “Diretrizes para implantação do Projeto Saúde e Prevenção nas Escolas”, documento elaborado pelo Ministério da Saúde e Ministério da Educação, com o apoio da Unesco, Unicef e Fundo de População das Nações Unidas (UNFPA), com o objetivo de nortear a implementação do SPE nas cidades (BRASIL, 2006b). Segundo tal documento, o SPE constitui-se um marco na articulação dos sistemas de saúde e educação “[...] e privilegia a escola como espaço para a articulação das políticas voltadas para adolescentes e jovens,

⁹² A ONU possui, atualmente, 193 Países-Membros, dentre eles o Brasil que é membro fundador (ONU, 2014).

mediante a participação dos sujeitos desse processo: estudantes, famílias, profissionais da educação e da saúde” (p. 8).

No âmbito do SPE, parte-se da compreensão de que a escola é “[...] um espaço institucional privilegiado para a convivência social e o estabelecimento de relações intersubjetivas favoráveis à promoção da saúde e à construção de resposta social aos desafios colocados para a sociedade” (BRASIL, 2006b, p. 15). Por isso, para a implementação do Projeto Saúde e Prevenção nas Escolas, far-se-ia necessária a inclusão das diretrizes e estratégias desse Projeto “[...] no Projeto político-pedagógico das unidades escolares, favorecendo a incorporação da temática ao currículo e o desenvolvimento da cultura de prevenção e promoção à saúde, na experiência escolar cotidiana (BRASIL, 2006b, p. 15).

Dentre as ações desenvolvidas pelo Projeto, está a promoção de espaços de diálogo entre jovens, professores, profissionais da saúde e comunidade, entendida como fundamental para a superação das relações de vulnerabilidade às DST, infecção pelo HIV e AIDS, e gravidez indesejada (BRASIL, 2006b). Vale salientar que diversos materiais pedagógicos são distribuídos pelo Projeto (como histórias em quadrinho e guias para professores), como iniciativa do MEC, MS, UNESCO, UNICEF e UNFPA (UNESCO, 2014a).

3.4.3. A Política Nacional de Promoção da Saúde – 2006

Em 2006, foi aprovada a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS), com o objetivo de 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, 2013a, p. 17). As orientações contidas na PNPS repousam nas seguintes diretrizes fundamentais: integralidade, equidade, responsabilidade sanitária, mobilização e participação social, intersetorialidade, informação, educação e comunicação, e sustentabilidade (BRASIL, 2006a).

Parte-se do entendimento da saúde como produção social complexa, o que exigiria, por sua vez, “[...] a participação ativa de todos os sujeitos envolvidos em sua produção – usuários, movimentos sociais, trabalhadores da Saúde, gestores do setor sanitário e de outros setores [...]”, bem como a produção do conhecimento e práticas no campo da saúde por meio da gestão compartilhada (BRASIL, 2006a, p.

12). O protagonismo da população deveria ser fortalecido na elaboração, implementação de políticas públicas favoráveis à saúde, ratificando preceitos constitucionais de participação social, de modo a considerar que “[...] a produção de saúde torna-se indissociável da produção de subjetividades mais ativas, críticas, envolvidas e solidárias (BRASIL, 2006a, p. 12).

Nessa perspectiva, entende-se que as ações intersetoriais são de suma importância para a potencialização da interferência de distintos setores na produção social da saúde, uma vez que, ao propiciarem o diálogo e a troca de experiências, estariam contribuindo para a elaboração de soluções inovadoras voltadas à melhoria da qualidade de vida da população. Ademais, a PNPS defende a ideia de que a atuação integrada e intersetorial é estratégia importante para evitar o desperdício de recursos públicos, reduzir a superposição de ações e aumentar a eficiência e a efetividade das políticas públicas em geral (BRASIL, 2006a).

Ao tratar das estratégias relacionadas ao incentivo à “prática corporal/atividade física”, essa política orienta o apoio das atividades nos serviços de atenção básica e na Estratégia de Saúde da Família. Também nesse aspecto a ação intersetorial e em parceria seria a recomendação básica para a atuação em escolas, universidades e demais espaços públicos. A PNPS prevê, ainda, ações voltadas à prevenção e controle do tabagismo. Nesse sentido, destaca-se o incentivo às parcerias entre o MEC e secretarias estaduais e municipais de educação para a promoção de saúde no espaço escolar.

Dentre os setores aos quais a saúde deveria estar articulada, estaria o da educação. Essa tese é claramente identificada quando a PNPS dispõe os objetivos das ações de promoção da alimentação saudável:

IV – Desenvolver ações para a promoção da alimentação saudável no ambiente escolar: a) fortalecimento das parcerias com a SGTES, Anvisa/MS, Ministério da Educação e FNDE/MEC para promover a alimentação saudável nas escolas; b) divulgação de iniciativas que favoreçam o acesso à alimentação saudável nas escolas públicas e privadas; c) implementação de ações de promoção da alimentação saudável no ambiente escolar; d) produção e distribuição do material sobre alimentação saudável para inserção de forma transversal no conteúdo programático das escolas em parceria com as secretarias estaduais e municipais de saúde e educação; e) lançamento do guia “10 Passos da Alimentação Saudável na Escola”; f) sensibilização e mobilização dos gestores estaduais e municipais de saúde e de educação, e as respectivas instâncias de controle social para a implementação das ações de promoção da alimentação saudável no

ambiente escolar, com a adoção dos dez passos; e g) produção e distribuição de vídeos e materiais instrucionais sobre a promoção da alimentação saudável nas escolas (BRASIL, 2006a, p. 31-32).

A PNPS também expressa apoio à iniciativa das Escolas Promotoras de Saúde, nos seguintes termos:

[...] VII – Estímulo à criação de Rede Nacional de Experiências Exitosas na adesão e no desenvolvimento da estratégia de municípios saudáveis: a) identificação e apoio a iniciativas referentes às Escolas Promotoras da Saúde com foco em ações de alimentação saudável; práticas corporais/atividades físicas e ambiente livre de tabaco; b) identificação e desenvolvimento de parceria com estados e municípios para a divulgação das experiências exitosas relativas a instituições saudáveis e ambientes saudáveis; [...]

XII – Apoio ao desenvolvimento de estudos referentes ao impacto na situação de saúde considerando ações de promoção da saúde: a) apoio à construção de indicadores relativos as ações priorizadas para a Escola Promotora de Saúde: alimentação saudável; práticas corporais/atividade física e ambiente livre de tabaco [...] (BRASIL, 2006a, p. 20-21).

Em síntese, o objetivo da PNPS é reduzir as condições de vulnerabilidade social, tendo como uma das principais estratégias de ação o apelo e incentivo à participação ativa da população, à formação de sujeitos e comunidades autônomas e à noção de corresponsabilidade. É evidente no documento a perspectiva de formação de sujeitos e comunidades protagonistas. Dentre as expressões mais atuais da Política Nacional de Promoção da Saúde no âmbito escolar, está o Programa Saúde na Escola, um dos desdobramentos da iniciativa das Escolas Promotoras de Saúde no Brasil.

Pode-se compreender que o PSE, na esfera da política pública brasileira de saúde, atua como uma extensão do eixo de atenção básica do sistema público de saúde, relacionando-se à prevenção, à promoção e à atenção em saúde na perspectiva da formação de subjetividades ativas e socialmente responsáveis. Na agenda da educação, o PSE é apresentado como uma política de apoio, relacionada a estratégias de combate à evasão escolar e repetência que, por sua vez, seriam condições para a melhoria da qualidade da educação básica e, por conseguinte, para a atenuação das desigualdades sociais e pobreza no país.

A partir das análises documentais efetivadas nesta seção, identifica-se que a função social das políticas brasileiras de educação e saúde na escola é atuar na

edificação da racionalidade ideológica voltada à formação de subjetividades ativas e responsáveis, adaptadas ao contrato social do neoliberalismo de Terceira Via, e colaborar com o desenvolvimento da economia nacional e regulação da pobreza.

Além disso, vale destacar que enquanto em âmbito internacional a edificação da política contemporânea de educação e saúde na escola foi protagonizada por agências do sistema da ONU, em especial, Unicef, OCDE, OMS, UNESCO, UNFPA, UNAIDS e BM, no Brasil, o governo federal exerceu papel de relevo na efetivação dessa tarefa, por intermédio do Ministério da Saúde, Ministério da Educação e Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, principalmente. Como disposto no quadro 5:

Quadro 5: Principais atores envolvidos na construção das políticas de educação e saúde na escola, em âmbito internacional e nacional.

Âmbito	Principais atores
Internacional	ONU (Unicef, OCDE, OMS, UNESCO, UNFPA, UNAIDS, BM)
América Latina	OPAS
Brasil	GOVERNO FEDERAL (MS, MEC, MDS)

Fonte: Autoria própria.

Observa-se, com base nas fontes analisadas, que o ideário internacional relativo à política de educação e saúde na escola exerceu forte influência no processo de planejamento e implementação das políticas nacionais contemporâneas do mesmo tipo. Vale reiterar que tal influência não se deu de forma direta e mecânica. A comprovação disso é que, apesar de o movimento da nova promoção da saúde ter surgido formalmente, em âmbito internacional, na década de 1970, os preceitos desse movimento começaram a ser disseminados no Brasil somente no final da década de 1980, com o auge do movimento da Reforma Sanitária, ou seja, quando particularidades do contexto político-econômico brasileiro viabilizaram a assimilação desse ideário.

4. PROGRAMA SAÚDE NA ESCOLA: UM INSTRUMENTO DE FORMAÇÃO PARA A NOVA SOCIABILIDADE DO CAPITAL?

Nesta seção, o objetivo é apreender os pilares teóricos centrais do Programa Saúde na Escola – que está articulado com as políticas públicas brasileiras de educação e saúde na escola – com o intuito de analisar a função social dessa política. Adota-se o mesmo procedimento metodológico das seções anteriores desta dissertação, razão pela qual a discussão das questões aqui abordadas é conduzida de forma a vinculá-las com o contexto histórico no qual se constituíram.

De forma similar à realizada anteriormente neste trabalho, a política em investigação é examinada como produto histórico, que expressa ações e estratégias de políticas públicas alinhadas a um novo padrão político-ideológico de respostas às manifestações da “questão social” constituído no Brasil, na transição do século XX para o XXI. Mantém-se a argumentação de que a política em foco estabelece relações com mecanismos corretivos e controladores da sociedade brasileira para a manutenção contínua do sociometabolismo do capital.

Deve ser salientado que, com a crise estrutural do capital e as mudanças político-econômicas dela resultantes, novas formas de regulação e conformação ideológica passaram a ser empreendidas para a conservação das políticas favoráveis à reprodução do capital e à manutenção da hegemonia das classes e frações de classes, corroborando com a consolidação dos grandes grupos econômicos nacionais, produtivos e financeiros.

De forma geral, os resultados das medidas de estabilização macroeconômica neoliberais ortodoxas não foram os esperados: as contas públicas continuaram deficitárias, a inflação não foi controlada e os índices de desigualdade, pobreza, desemprego, violência urbana, terrorismo e narcotráfico pioraram significativamente (CHAUÍ, 1999). Para o enfrentamento da exponenciação da “questão social” em decorrência da crise estrutural do capital, muitas foram as estratégias políticas adotadas pelos governos neoliberais que operaram e continuam operando para legitimar e justificar novos mecanismos de regulação do sociometabolismo do capital. As políticas públicas de educação e saúde na escola são constituídas como meio estratégico para instrumentalizar a perspectiva político-ideológica neoliberal da Terceira Via.

4.1. O poder da ideologia e da racionalidade ideológica para a nova sociabilidade do capital

Os fundamentos teóricos para subsidiar o desenvolvimento desta seção da dissertação são buscados na abordagem que Mészáros (2012) realiza sobre o poder da ideologia e sobre a constituição da racionalidade ideológica para o capital.

Explica Mészáros (2012, p. 57), “[...] em nossas sociedades, tudo está ‘impregnado de ideologia’, quer percebamos, quer não”. Isso porque todo discurso está saturado de determinados valores, crenças e consensos que expressam formas específicas de compreensão de homem, mundo e sociedade, compatíveis aos interesses diferenciados das classes sociais.

A ideologia, como enfatiza o mesmo autor, “[...] não é ilusão nem superstição religiosa de indivíduos mal orientados, mas uma forma específica de consciência social, materialmente ancorada e sustentada. Como tal, não pode ser superada nas *sociedades de classe*” (MÉSZÁROS, 2012, p. 65, grifo do autor). A sua “[...] persistência se deve ao fato de ela ser constituída objetivamente (e constantemente reconstituída) como *consciência prática inevitável das sociedades de classe*” que está organicamente “[...] relacionada com a articulação de conjunto de valores e estratégias rivais que tentam controlar o metabolismo social em todos os seus principais aspectos” (MÉSZÁROS, 2012, p. 65, grifo do autor). As ideologias podem ser compreendidas como formas de interesses sociais contraditórios que se manifestam na consciência social de determinada sociedade de classes em um também determinado momento histórico.

Na esfera da luta ideológica, formas ideológicas afirmam ou negam as bases de produção e reprodução das relações sociais estabelecidas. A ideologia dominante “[...] apoia a ordem estabelecida com uma atitude acrítica, adotando e exaltando a forma vigente do sistema dominante – por mais que seja problemático e repleto de contradições – como o *horizonte absoluto* da própria vida social” (MÉSZÁROS, 2012, p. 67, grifos do autor). A ideologia da classe dominante “[...] tem uma grande vantagem na determinação do que pode ser considerado critério legítimo de avaliação do conflito, já que controla efetivamente as instituições culturais e políticas da sociedade” (MÉSZÁROS, 2012, p. 59). Isso ocorre principalmente pelo fato de essa ideologia poder “[...] usar e abusar abertamente da linguagem [...]”, visto que “[...] o risco de ser publicamente desmascarada é

pequeno, tanto pela relação de forças existente quanto pelo sistema de dois pesos e duas medidas aplicado às questões debatidas pelos defensores da ordem estabelecida” (MÉSZÁROS, 2012, p. 59).

Vale ressaltar que o que se espera da ideologia dominante “[...] não é o *verdadeiro* reflexo do mundo social, com a representação objetiva dos principais agentes sociais e seus conflitos hegemônicos” (MÉSZÁROS, 2012, p. 69, grifos do autor). A ideologia dominante deve “[...] fornecer apenas uma explicação *plausível*, a partir da qual se possa projetar a *estabilidade* da ordem estabelecida” (MÉSZÁROS, 2012, p. 69, grifo do autor). Por isto, tende à produção de “[...] um quadro categorial que *atenua* os conflitos existentes e *eterniza* os parâmetros estruturais do mundo social estabelecido” (MÉSZÁROS, 2012, p. 69, grifos do autor). Apela para “[...] a ‘unidade’ e para a ‘moderação’ – a partir do ponto de vista e em defesa do interesse das relações de poder hierarquicamente estabelecidas[...].” visando legitimar “[...] suas reivindicações hegemônicas em nome do ‘interesse comum’ da sociedade como um todo” (MÉSZÁROS, 2012, p. 67).

Em sociedades internamente divididas, as ideologias em conflito de qualquer período histórico estão vinculadas com “[...] a consciência prática necessária em termos da qual as principais classes da sociedade se inter-relacionam e até se confrontam, de modo mais, ou menos, aberto, articulando sua visão da ordem social correta e apropriada como um todo abrangente” (MÉSZÁROS, 2012, p. 65). As ideologias estão, portanto, sempre associadas a certos tipos de valores e estratégias de determinada classe social. Apreende-se, a partir dessa constatação, que a durabilidade das formas ideológicas é a mesma da dos conflitos entre as classes. Vale ressaltar que por serem produtos das sociedades de classes e por terem determinações materiais e culturais em suas raízes, as ideologias desempenham um papel ativo vital no processo de reprodução social (MÉSZÁROS, 2012).

Conforme Gramsci (1999, p. 193), “[...] as ideologias não são de modo algum arbitrárias; são fatos históricos reais, que devem ser combatidos e revelados em sua natureza de instrumentos de domínio, não por razões de moralidade [...]”, mas sim, “[...] por razões de luta política: para tornar os governados intelectualmente independentes dos governantes, para destruir uma hegemonia e criar outra, como momento necessário à subversão da práxis”.

Os interesses sociais que se constituem “[...] ao longo da história e se *entrelaçam conflituosamente* manifestam-se, no plano da consciência social na

grande diversidade de discursos ideológicos relativamente *autônomos* (mas, é claro, de modo algum independentes) [...]” (MÉSZÁROS, 2012, p. 65, grifo do autor)”. Tais discursos exercem “[...] forte influência sobre os processos materiais mais tangíveis do metabolismo social”. Isso porque “[...] as diferentes formas ideológicas de consciência social têm (mesmo se em graus variáveis, direta ou indiretamente) implicações práticas de longo alcance em todas as suas variedades [...]” (MÉSZÁROS, 2012, p. 66). Tal argumentação habilita o entendimento de que as ideologias são, concomitantemente, determinadas e determinantes das relações sociais próprias das sociedades de classes.

A garantia das condições de produção e reprodução do capital não pode ser efetivada somente no campo econômico e estrutural, mas também no campo da constituição ideológica (MASCARO, 2013). Para este autor, a ideologia é fundamental para o exercício da dominação econômica e política de uma classe sobre a outra, já que tal dominação “[...] não pode se bastar apenas na repressão estatal, mas principalmente na vivificação ideológica, por toda a sociedade, de seus valores, de sua inteligibilidade operacional e de sua forma de reprodução social” (p. 66). Em outras palavras, a dominação de uma classe sobre a outra também precisa ser operacionalizada no plano da racionalidade ideológica.

Por isso, mudanças nas bases econômicas estão articuladas a mudanças no campo da racionalização ideológica e precisam ser acompanhadas por mudanças no padrão de sociabilidade que, segundo Martins (2009, p. 17), corresponde à maneira pela qual “[...] os homens e as classes produzem e reproduzem as condições objetivas e subjetivas de sua própria existência, sob mediação das bases concretas de produção, de uma dada direção política e do estágio de correlação de forças presentes num certo contexto”⁹³. Isso porque o capital não se sustenta somente por uma estrutura econômica, mas também, por uma superestrutura política e ideológica, engendrada por estratégias de educação para o consenso e cooptação.

O Estado capitalista, como assinala Nucci Jr (2014, p. 3), opera buscando atingir duas principais metas, que se condicionam reciprocamente. A primeira delas, é garantir o “[...] processo de acumulação e reprodução ampliada do capital em favor

⁹³ Martins (2009, p. 272) desenvolve essa explicação fundamentando-se em Gramsci, mais especificamente, na obra: “GRAMSCI, Antonio. *Cadernos do cárcere. Vol. 1. Introdução ao estudo da filosofia. A filosofia de Benedetto Croce*. Tradução de Carlos Nelson Coutinho. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1999”.

das frações burguesas hegemônicas, o que requer um suporte político e ideológico do Estado, bem como dos aparelhos estatais e privados de hegemonia”. A segunda meta é conservar as classes subalternas apassivadas dosando, “[...] de acordo com a temperatura da luta de classe, a coerção (uso dos aparelhos repressivos) e a cooptação (atendimento precário de certos interesses econômicos e utilização dos aparelhos estatais e privados de hegemonia e ideológicos)” (NUCCI JR, 2014, p. 3). Conforme o autor a “[...] conciliação de classe torna-se, nesse sentido, um aspecto essencial para garantir certo nível de legitimidade do Estado capitalista” (p. 3). Assim, a instituição estatal precisa “[...] buscar em outras classes, através de mediações feitas por suas representações políticas, inclusive com camadas do proletariado, alguma forma de conciliação através de concessões econômico-corporativas” (NUCCI JR, 2014, p. 3).

Nesse sentido, torna-se evidente a importância da racionalidade ideológica que vem sendo construída e disseminada pelo neoliberalismo de Terceira Via – caracterizada pelo discurso em prol do apaziguamento dos conflitos e conciliação de classes – para a educação da sociabilidade no Brasil contemporâneo. Como explicam Filgueiras e colaboradores (2010, p. 39), o chamado “novo desenvolvimentismo” dos governos de Lula e de Dilma, “[...] tal como o velho, sintetiza o capitalismo possível de existir na periferia do capitalismo na ‘era imperialista’, cujas características fundamentais são: dependência tecnológico-financeira, concentração de renda, exclusão social e democracia restrita”. O subsídio fornecido pelos autores permite o entendimento sobre a importância do neoliberalismo da Terceira Via para a reprodução do capital. Tal como no “velho desenvolvimentismo”, o “novo desenvolvimentismo” tem necessitado de um elemento político fundamental:

[...] o ‘apaziguamento’ e consentimento dos setores dominados, em especial a cooptação do sindicalismo e dos movimentos sociais, redirecionando suas energias para apoiar as políticas do governo, com o atendimento marginal das demandas sociais dos setores subalternos da sociedade (FILGUEIRAS et al, 2010, p. 39).

Nesse contexto, identifica-se que as políticas de educação e saúde na escola tem desempenhando papel de alta relevância na edificação da racionalidade ideológica voltada ao arrefecimento das contradições próprias do capitalismo e à conciliação entre classes. Nas fontes que expressam as políticas públicas

analisadas nesta dissertação é forjado e disseminado um discurso com tom salvacionista que consolida o projeto político-ideológico da Terceira Via. Sob forma mistificada, credita-se às políticas de educação e saúde, além do abrandamento das expressões da “questão social”, uma função bastante pragmática no processo de desenvolvimento econômico.

As políticas em tela compõem um projeto que se funda em uma política de conciliação de classes e de “[...] ampliação do consumo como meio de apassivamento das classes dominadas [...]”, que visa ao enfraquecimento dos entraves a um novo ciclo de expansão e acumulação capitalista no Brasil (NUCCI JR, 2014, p. 3). Concomitantemente “[...] o capital reinventa as formas de acumulação, a sociedade civil se modifica e o Estado ganha maior dinamicidade e desempenha um papel de exagerada influência sobre a autonomia dos movimentos populares e dos partidos políticos” (BOGO, 2014, p.8).

Há uma ênfase no aspecto humano das políticas de educação e saúde ao se propalar o potencial pacificador, redentor e democrático destas para a solução da “questão social”, oriunda do próprio agravamento da exploração capitalista. O tom supostamente humanista e sedutor desse discurso é utilizado para eternizar a sociedade do capital naturalizando a desigualdade, a exclusão social e a pobreza como se não fossem processos inerentes ao sistema do capital.

4.2. O revisionismo do neoliberalismo ortodoxo e a Terceira Via

Frente ao fracasso do neoliberalismo de formato clássico para proporcionar a retomada das taxas de crescimento e lucratividade, bem como a estabilidade política ao capital, uma nova estratégia de desenvolvimento e dominação das classes subalternas precisou ser gerada, com uma política mais estável e de longo prazo. Na década de 1990, houve a reformulação do ideário neoliberal, com vistas a reestabelecer as estratégias de coesão e regulação social compatíveis à manutenção da hegemonia burguesa.

Segundo Martins (2009), o citado movimento revisionista foi iniciado, primeiramente, nos Estados Unidos e na Inglaterra. Disseminou-se em outros países europeus e em Estados de elevado grau de industrialização e de ocidentalização, que buscavam um modelo “alternativo” de Estado e de desenvolvimento comprometido com a tentativa de compatibilizar a economia de mercado com justiça

social. Como reforça o autor, esse revisionismo, propalando ser uma alternativa ao neoliberalismo ortodoxo e ao socialismo, pretendia o realinhamento do projeto neoliberal para a recuperação da economia, partindo de bases políticas mais sustentáveis (MARTINS, 2009).

Segundo seu principal sistematizador, o sociólogo britânico Anthony Giddens, o programa da Terceira Via seria uma proposta alternativa, para além da “esquerda” e “direita”, de “centro radical” adaptada e preparada para enfrentar os desafios da modernidade. Trata-se “[...] de um renovado discurso que flexibiliza alguns dos dogmas do neoliberalismo predominante até então, o que nos permite chamá-lo de ‘neoliberalismo de Terceira Via’” (GROPPO; MARTINS, 2008, p. 216).

Ao articular economia de mercado à justiça social, a Terceira Via almeja uma recuperação do projeto burguês que, por um lado, mantém as premissas básicas do liberalismo e, por outro, retoma os elementos centrais do reformismo da socialdemocracia⁹⁴ (LIMA, 2004). Pelo fato de propor a combinação entre os fundamentos econômicos do neoliberalismo ortodoxo⁹⁵ – tais como a defesa do individualismo metodológico, a exaltação das virtudes do mercado e do Estado de direito – e valores como solidariedade e participação social, a Terceira Via pode ser compreendida como um “neoliberalismo humanizado”.

Por suas características, objetivos e perspectiva histórica, a política de Terceira Via foi adotada por diversos governos, partidos políticos, sindicatos e organizações da sociedade civil, especialmente, as empresariais, tendo em vista a preocupação destes com a instauração de um projeto hegemônico com maior estabilidade política (MARTINS, 2009). Nesse sentido, como novo consenso globalmente estabelecido, desde “[...] o final dos anos 1990, a Terceira Via vem sendo o principal discurso político-ideológico a referendar a *práxis* hegemônica das elites dominantes e dirigentes do capitalismo global” (GROPPO; MARTINS, 2008, p. 216, grifo do autor). Nos moldes desse constructo teórico, pode-se considerar que o neoliberalismo tornou-se poderosa referência ideológica para a ação política,

⁹⁴ Segundo Bottomore (2001), socialdemocracia é uma expressão antiga que vem adquirindo vários significados nos últimos 150 anos. De forma geral, a política social-democrata entende ser a democracia o sistema político mais satisfatório. Além disso, direciona suas ações às políticas reformistas, com o objetivo último de forjar um ‘capitalismo reformado’. O termo socialdemocracia é utilizado por Giddens (1998, p. 16) “[...] para designar partidos e outros grupos da esquerda reformista, inclusive o Partido Trabalhista britânico”.

⁹⁵ Giddens utiliza o termo “neoliberalismo ortodoxo” para se referir à versão pura do neoliberalismo, norteadas, principalmente, pelo pensamento de Friedrich Hayek, Milton Friedman, e desenvolvidas nos governos de Margaret Thatcher, Helmut Kohl, Poul Schluter e Ronald Reagan.

renovando as estratégias de consenso, conformação e dominação do capital, nos mais diversos campos sociais como, por exemplo, nos de educação e saúde.

Tomando como referência o contexto europeu, o ideário da Terceira Via advoga que, nas últimas décadas, a realidade viria passando por grandes modificações, decorrentes, sobretudo, da intensificação do fenômeno da globalização, definida por Giddens (1998, p. 43) como “[...] uma complexa variedade de processos, movidos por uma mistura de influências políticas e econômicas” que estaria “[...] transformando as instituições das sociedades em que vivemos”.

Sem explicitar quais seriam os fundamentos da “globalização”, – assentados, segundo Martins (2009), na tendência à padronização cultural, social e política, resultante das múltiplas mediações realizadas pelo capital – e tratando suas consequências como fenômenos isolados, para Giddens (1998), a globalização estaria gerando novas demandas e possibilidades que exigiriam, por sua vez, um processo de adaptação social, que nem o projeto neoliberal ortodoxo e muito menos a social-democracia estariam aptos a contribuir.

Segundo o discurso da Terceira Via, a proposta política dos neoliberais ortodoxos, pautada no pensamento liberal clássico, deveria ser superada, já que havia produzido um mercado demasiadamente instável e desestabilizado, além de ter gerado sérios riscos à coesão social. A insuficiência da social-democracia clássica seria motivada por se fundamentar basicamente nos ideais socialistas que, para Giddens e os demais ideólogos da Terceira Via, não poderiam mais apresentar possibilidades reais às demandas daquele momento histórico, visto que entrara em colapso com a queda do muro de Berlim em 1989 e fim da União Soviética em 1990. Além disto, não se justificaria a possibilidade de retorno às antigas políticas de bem-estar social, uma vez que, como aponta Giddens (1998, p. 26), o “[...] welfare state, visto pela maioria como o cerne das políticas social-democráticas, gera hoje mais problemas que resolve”.

Comparando as propostas do neoliberalismo ortodoxo com as da social-democracia clássica, Giddens (2007, p. 18) conclui que “[...] existe um reconhecimento geral quase que por toda parte de que as duas ‘vias’ que têm dominado o pensamento político desde a Segunda Guerra Mundial fracassaram ou perderam a pujança”. Desse modo, a polarização da política entre “direita” e “esquerda” não teria mais sentido, por estas não estarem aptas a oferecer à sociedade possibilidades aplicáveis (GIDDENS, 1998). Como saída para esse

impasse, propôs-se a Terceira Via, programa político de “centro-radical” pautado na reformulação dos conceitos constitutivos da social-democracia clássica. Como salienta Giddens (1998), referindo-se à expressão Terceira Via, utiliza-a para se “[...] referir à renovação social-democrática – a versão atual do esforço que os social-democratas tiveram de empreender periodicamente e com muita frequência ao longo do século passado para repensar a política” (p. 7).

Por isso, a Terceira Via é conhecida por “democracia social atualizada”, “democracia social modernizadora” e “esquerda modernizadora” (GIDDENS, 2007). Segundo seus ideólogos, esta seria a única proposta capaz de enfrentar os desafios do século XXI, tais como, “[...] promover emprego e prosperidade, oferecer a todo indivíduo a oportunidade de desenvolver o seu potencial pessoal, combater a exclusão social e a pobreza [...]”, e ainda, “[...] reconciliar progresso material com sustentabilidade ambiental e com a nossa responsabilidade para com as gerações futuras, combater problemas comuns que ameaçam a coesão da sociedade [...]” (BLAIR; SCHROEDER, 1999, p. 1).

Para o enfrentamento de tais desafios, seria necessário um processo de reforma e modernização das políticas até então vigentes, para que estas se tornassem mais “realistas” e com “visão de futuro”. A fim de que o Estado se tornasse capaz de realizar a necessária modernização das políticas, seria preciso enfrentar, entretanto, um de seus principais problemas na época, o da legitimidade. Para tanto, ainda segundo o ideário da Terceira Via, o Estado deveria se tornar um administrador competente, assim como um administrador de empresas, o que, por sua vez, exigiria uma reforma na aparelhagem estatal (CHAUÍ, 1999).

Reformas modernizadoras seriam necessárias para tornar o Estado mais eficiente e menos burocrático, tendo em vista que um Estado burocrático não seria apenas pouco propenso a prestar bons serviços públicos, como disfuncional para a prosperidade econômica. Além disso, as reformas no âmbito do aparelho do Estado seriam necessárias para tornar Estado e governo mais democráticos, transparentes e livres de corrupção – aperfeiçoamento fundamental para o combate à apatia política instaurada na época. Assim, segundo as orientações da Terceira Via, a reforma da aparelhagem do Estado, com vistas a deixá-la mais flexível e ajustada à lógica empresarial, com ações baseadas em parâmetros próprios do mercado, como qualidade e eficiência, seria a única forma de capacitar o Estado a realizar todas as

reformas modernizadoras supostamente necessárias à “nova sociedade” (GIDDENS, 2007).

Este é, pois, um dos diversos pontos que deixam transparecer a grande relevância dada à economia de mercado pela proposta política da Terceira Via. Tal questão fica ainda mais evidente nas palavras de Giddens (2007, p. 25) quando o autor afirma que uma “[...] economia de mercado efetiva é a melhor maneira de promover a prosperidade e a eficiência econômica, trazendo ainda outros benefícios”. À luz das consequências geradas pelas políticas de livre mercado implementadas pelo neoliberalismo ortodoxo⁹⁶, a Terceira Via adverte sobre as consequências do livre comércio e aconselha um maior controle sobre o mercado. Como argumenta Giddens (2007, p. 25): “[...] o papel dos mercados deve ser confinado. Quando se permite que eles se imiscuem demasiadamente em outras esferas da vida social, resulta uma variedade de consequências inaceitáveis”. Ainda segundo o autor, mercados “[...] geram inseguranças e desigualdades que requerem a intervenção ou regulação do governo para serem controladas ou minimizadas. O comercialismo pode invadir áreas que deviam ser da alçada do governo ou da sociedade civil” (GIDDENS, 2007, p. 25).

Apesar de considerar necessário certo controle sobre os mercados, estes continuariam a ter formidável importância na sociedade, pois, para a Terceira Via, os “[...] mercados permitem a escolha por parte do consumidor e o livre e não violento intercâmbio de bens a curta e longa distância” (GIDDENS, 2007, p. 25). O mercado continuaria a ser o espaço social de regulação das atividades humanas na política de Terceira Via, apesar desta criticar a liberdade dada à atuação dos mercados pelo neoliberalismo ortodoxo.

Alinhando-se à lógica de mercado entende-se que o próprio Estado, de acordo com o constructo da Terceira Via, deveria ter um formato mais flexível. Este seria o “novo Estado democrático”, fundamentado na ideia de que “[...] as realizações e as estruturas estatais inspiradas no modelo do ‘Estado máximo’ e de ‘Estado mínimo’ seriam inadequadas aos desafios e às exigências do mundo de

⁹⁶ Para Hayek, o mercado deveria atuar livremente, como condição para que houvesse liberdade. Desta forma, qualquer intervenção governamental na economia deveria ser evitada, visto que impediria o pleno desenvolvimento do mercado. Aliás, para o autor, a concorrência, oriunda do desenvolvimento do comércio, é considerada como “[...] um método superior, não somente por constituir, na maioria das circunstâncias, o melhor método que se conhece, mas sobretudo por ser o único método pelo qual nossas atividades podem ajustar-se umas às outras sem a intervenção coercitiva ou arbitrária da autoridade” (HAYEK, 1990, p. 58).

hoje” (MARTINS, 2009, p. 76). Por isso, “[...] em seu lugar deveria predominar um aparelho nem grande nem pequeno, mas sim ‘necessário’ ou ‘gerencial’”, sendo o papel principal deste “Estado necessário” o de regular e coordenar o desenvolvimento econômico e social capitalista (MARTINS, 2009, p. 76).

Justaposto aos princípios empresariais e desempenhando seu novo papel gerenciador, ao Estado não mais caberia a função de fornecedor de serviços sociais, com a pena de se tornar um administrador ineficiente. Em decorrência, a política de Terceira Via defende uma substancial reformulação no campo das políticas de bem estar social. Como explicam Blair e Schroeder (1999, p. 4), a meta seria “[...] modernizar o estado de bem-estar social, não desmontá-lo [...]”, de forma a “[...] inaugurar novas maneiras de expressar solidariedade e responsabilidade para com os outros, sem basear a motivação para a atividade econômica em puro e simples interesse próprio”.

Cientes dos problemas à coesão social, provocados pela ausência de um sistema adequado de seguridade – como bem havia demonstrado o período de vigência do neoliberalismo ortodoxo – a Terceira Via entende que o oferecimento de serviços públicos mínimos deveria ser uma preocupação vital dos social-democratas. A recomendação geral seria para que o Estado não acumulasse responsabilidades para com a sociedade civil, desencadeando políticas amplas e universais e, ao mesmo tempo, se tornasse forte o bastante para promover a justiça social. A ideia seria instaurar um “Estado de bem-estar positivo”, em que os próprios indivíduos e instituições, além do governo, contribuíssem para o oferecimento de serviços e resolução de problemas sociais, participando ativamente da geração de riqueza (GIDDENS, 1998). Segundo Martins (2009, p. 81), a proposta do “Estado de bem-estar positivo”, conhecido como “*welfare* positivo”, seria “[...] inovar a natureza das políticas sociais através da criação de uma dinâmica em que a aparelhagem estatal passaria a partilhar suas responsabilidades sociais com os diferentes sujeitos políticos coletivos”.

Vale ressaltar, ainda, que para a Terceira Via o *welfare* não seria um conceito puramente econômico, mas também psicológico. Por isso, entende-se que “[...] as instituições de *welfare* devem estar preocupadas em promover benefícios tanto econômicos quanto psicológicos” (GIDDENS, 1998, p. 127). Ao apontar para a dimensão psicológica do *welfare*, a Terceira Via, além de, novamente, reforçar o afastamento entre o Estado e as questões sociais, ainda ofusca a centralidade

econômica no tocante ao bem-estar da população, anexando uma conotação relativa e pessoal no conceito de bem-estar social. Desviando a discussão do plano econômico para o plano psicológico, obscurecesse-se, por fim, a possibilidade de reflexão e desvelamento das contradições próprias da base econômica capitalista.

Em suma, a modernização estatal rumo à constituição do novo Estado democrático passaria pela construção de um novo contrato social, onde direitos passassem a também implicar deveres e responsabilidades. Isso porque a aceitação de deveres e obrigações seria crucial para a criação de compromissos cívicos, fundamentais ao desenvolvimento da economia e da comunidade solidária. O objetivo seria produzir um novo relacionamento entre indivíduo e comunidade, redefinindo direitos e obrigações (GIDDENS, 2007).

Para o estabelecimento do novo contrato social e forma de regulação social, tornou-se necessária a modernização da sociedade civil, com vistas à formação da “sociedade civil ativa”, o que demandou, por sua vez, a elaboração e disseminação de um novo projeto educacional para as massas – de uma “nova pedagogia da hegemonia”. Nesse sentido, “[...] percebe-se que todo o programa da Terceira Via é uma proposta ampla de intervenção educacional como uma ‘re-politização’ do indivíduo e da ‘sociedade civil’, aspirando que esses se tornem agentes reflexivos propositivos e ativos para a ação voluntária e o empreendedorismo [...]” (GROPPO; MARTINS, 2008, p. 232).

O movimento revisionista fomentou concomitantemente a reforma do aparelho do Estado e um processo de “[...] reeducação política das massas – isto é, aprimoramento da sociabilidade neoliberal –, visando a consolidação de um suposto modelo capitalista de ‘face humana’ e um conformismo capaz de assegurar a coesão social em torno desse modelo redefinido” (MARTINS, 2009, p. 61). Nesse contexto, a reeducação das massas tornou-se necessária para a efetivação da nova forma de relacionamento entre sociedade civil, Estado e mercado, arquitetada pelo neoliberalismo de Terceira Via. É à efetivação desse processo educativo, orientado para a formação da nova sociabilidade, que se presta a “nova pedagogia da hegemonia”.

4.3. O projeto educativo do neoliberalismo de Terceira Via para a formação do novo padrão de sociabilidade: a “nova pedagogia da hegemonia”

Mudanças na forma do trabalho e nos parâmetros de convivência acabam por exigir modificações no modo de vida coletivo, que tendem a englobar todas as dimensões da existência humana, “[...] entre elas as concepções, os comportamentos, os hábitos e costumes cotidianos, incluindo até mesmo o ordenamento familiar e sexualidade” (MARTINS, 2009, p. 17). Em outras palavras, transformações nas bases objetivas de sustentação do capital implicam também alterações no padrão de sociabilidade do capital.

Os padrões de sociabilidade que emergem em momentos históricos determinados – sustentados por uma racionalidade ideológica específica – são sempre provisórios por serem expressões do “[...] estágio das relações de produção e de desenvolvimento das forças produtivas [...]” (MARTINS, 2009, p. 17). Com o movimento revisionista e a emergência do neoliberalismo de Terceira Via, em meados da década de 1990, foi desencadeada a necessidade de renovação do padrão de sociabilidade e, portanto, de constituição e disseminação de uma nova racionalidade ideológica, para a formação de sujeitos aptos a efetivarem o novo contrato social idealizado pela Terceira Via (MARTINS, 2009).

Tratou-se de uma “[...] tentativa de restauração da hegemonia burguesa a partir de mudanças substanciais no padrão de sociabilidade” (MARTINS, 2009, p. 71). Para este autor, hegemonia pode ser compreendida como uma relação de poder situada no capitalismo “[...] que expressa a dominação de uma ou mais frações de classe sobre o conjunto de sua própria classe e das classes adversárias, em que o econômico e o político expressam a ‘direção moral e intelectual’ a ser seguida pelo conjunto da sociedade” (p. 18). Importante não perder de vista que “[...] se a hegemonia é ético-política, não pode deixar de ser também econômica, não pode deixar de ter seu fundamento na função decisiva que o grupo dirigente exerce no núcleo decisivo da atividade econômica” (MARTINS, 2009, p. 20).

O processo de readequação do padrão de sociabilidade, capitaneado pelo neoliberalismo de Terceira Via, está em curso por meio de um abrangente projeto educacional composto por estratégias de reeducação política para a formação de novas subjetividades. Assim, por intermédio de “[...] um amplo e dinâmico exercício de educação política” o neoliberalismo de Terceira Via vem disseminando em todos

os polos as características básicas da nova forma de sociabilidade, adaptada às novas necessidades do capital em crise estrutural (MARTINS, 2009, p. 19).

Para difundir a nova racionalidade ideológica – voltada à edificação do novo padrão de sociabilidade – é que se funda o projeto educacional do neoliberalismo de Terceira Via, denominado por Neves (2005, p. 15), de “nova pedagogia da hegemonia”. Desse modo, a “nova pedagogia da hegemonia” refere-se ao projeto educativo burguês contemporâneo, fundamentado nos preceitos do neoliberalismo de Terceira Via, que objetiva contribuir com a construção de um novo padrão de sociabilidade por meio da formação de novas subjetividades para o capital.

A repolitização da sociedade civil é a via adotada pelo projeto neoliberal em tela para o estabelecimento de um novo contrato social, a partir da criação de sujeitos políticos e novas subjetividades “[...] com as tarefas de assumir as responsabilidades sociais até então restritas à aparelhagem estatal, eliminar as resistências sociais à ordem burguesa e disseminar valores caros a essa doutrina” (NEVES, 2005, p. 16). A construção da nova racionalização ideológica – a que se presta o projeto educacional do neoliberalismo de Terceira Via ou a “nova pedagogia da hegemonia” – é guiada pela necessidade de formação de sujeitos ativos e autônomos, adaptados ao novo contrato social caracterizado pelo afastamento do Estado no oferecimento dos serviços sociais.

Para tanto, desde a década de 1990, a “nova pedagogia da hegemonia” promove “[...] uma educação para o consenso sobre os sentidos⁹⁷ da democracia, cidadania, ética e participação adequados aos interesses privados do grande capital nacional e internacional”, para o reestabelecimento da hegemonia burguesa (NEVES, 2005, p. 15).

No bojo do neoliberalismo de Terceira Via, o Estado foi requalificado como agente educador⁹⁸, transformando-se em um dos principais difusores dos ensinamentos da “nova pedagogia da hegemonia” (NEVES, 2005, p. 15). Como

⁹⁷ Observa-se, de tal modo, que a ressignificação de conceitos é um dos mecanismos pelos quais a “nova pedagogia da hegemonia” atua no movimento de reeducação política. Harvey (2008) explica que a ressignificação ou modificação da carga ideológica de conceitos consta entre as estratégias lançadas pelo constructo neoliberal para a obtenção do consentimento e aceitação social, necessários à implementação de políticas e intenções econômicas.

⁹⁸ O Estado, além de centralizar o poder de repressão e execução da violência física, exerce importante papel na educação e inculcação ideológica, relacionada à produção de consenso (HIRSCH, 2010). Na perspectiva do Estado ampliado, ou seja, do Estado como a soma da sociedade civil e sociedade políticas, as agências internacionais são compreendidas como agentes educadoras (NEVES, 2005).

explica Neves (2005, p. 16), “[...] o Estado assume cada vez mais um papel educador, na medida em que passa a propor a condução de amplos setores da população a uma reforma intelectual e moral adequada ao projeto de sociabilidade dominante e dirigente”. Nas palavras de Martins (2009, p. 84), o papel pedagógico do Estado “[...] seria o de criar uma nova cultura cívica por meio da renovação organizativa da sociedade civil, visando à consolidação da coesão social”.

No Brasil, a construção do novo Estado educador foi iniciada com o processo de reforma do aparelho do Estado nos anos de 1990. Sabe-se que Fernando Henrique Cardoso (o então presidente da república) e Bresser Pereira⁹⁹ (ministro do Ministério de Administração e Reforma do Aparelho do Estado na época) tinham Anthony Giddens como um dos principais mentores, o qual, “[...] segundo os jornais brasileiros, deixou de ser apenas o guru de Blair para tornar-se leitura obrigatória dos assessores de FHC” (CHAUI, 1999, p. 2).

Conforme Boito Jr (2003), durante o governo Lula, a política econômica neoliberal de Terceira Via não somente foi continuada, como aprofundada. Por esse motivo, o governo Lula seria uma espécie de “terceira via’ da periferia” (BOITO JR, 2003, p. 1). No governo Dilma, foram seguidas as linhas mestras do governo Lula, mantidas as políticas que propiciam a redução das desigualdades por estratégias de distribuição de renda, com o fim último de manter o neoliberalismo e a reprodução da hegemonia burguesa no Brasil. Ao avaliar a economia brasileira no governo Dilma, Contri (2014, p. 19) assevera que, nos últimos cinco anos (2009-2014), esta “[...] tem sofrido o impacto negativo da crise econômica mundial”, que “[...] tem se refletido no baixo crescimento econômico, nas oscilações cambiais, na balança de pagamentos e na inflação”. Segundo a análise de Maciel (2013, p. 4), diante das “[...] dificuldades econômicas manifestas na piora das contas nacionais, no aumento da inflação, na redução do ritmo de crescimento do PIB e na queda da produção industrial [...]”, o governo Dilma “[...] reagiu cortando gastos, subindo juros, privatizando e aprofundando a simbiose entre acumulação privada e recursos públicos, acirrando o caráter neoliberal da política econômica [...]”.

Na perspectiva de Neves (2008), as políticas sociais são um dos instrumentos pelos quais o Estado vem exercendo seu papel educador na legitimação e produção

⁹⁹ Conforme explica Groppo e Martins (2008, p. 230): “[...] Bresser Pereira havia feito um ‘estágio’ na Inglaterra, voltando de lá disposto a promover a aplicação dos princípios da Terceira Via na reforma do Estado brasileiro, que, nas suas palavras, deixava de ser patrimonial e se tornava ‘gerencial’”.

de consensos. Um dos principais modos para o encaminhamento da reeducação política da sociedade civil é “[...] através da ação da aparelhagem estatal, mais especificamente, pelas políticas sociais [...]” (MARTINS, 2009, p. 19). Ainda assevera Martins (2009, p. 18), as “[...] políticas sociais do Estado capitalista monopolista passaram a desempenhar um importante papel na legitimação do padrão de sociabilidade capitalista, ainda que em seu conteúdo contemplassem contraditoriamente demandas da classe trabalhadora”. Tal argumentação permite compreender as políticas sociais contemporâneas como instrumentos de difusão da “nova pedagogia da hegemonia” e, portanto, de constituição do novo padrão de sociabilidade e reconstrução da hegemonia burguesa.

Nesse sentido, o Programa Saúde na Escola pode ser compreendido como parte do projeto educacional burguês contemporâneo, fundamentado e empreendido pelo neoliberalismo de Terceira Via e, portanto, como um instrumento de difusão da “nova pedagogia da hegemonia”. Como agente de construção da nova sociabilidade, entende-se que o PSE ajuda a disseminar essa nova pedagogia na medida em que atua na formação de novas subjetividades, protagonistas e ativas em saúde e, por extensão, ajustadas aos delineamentos dispostos pelo novo contrato social neoliberal de Terceira Via. Sendo assim, o PSE pode ser incluído no conjunto das “[...] políticas educacionais neoliberais que prestam à formação ético-política do intelectual urbano de novo tipo [...]” (NEVES, 2005, p. 105).

O fato de as políticas públicas e sociais oriundas do novo Estado educador terem sido postas, fundamentalmente, para atuar na regulação social e disseminação dos preceitos da “nova pedagogia da hegemonia”, não indica que tais políticas somente possam transmitir componentes da ideologia dominante. O caráter não absoluto e linear da determinação econômica sobre os diversos complexos sociais, já explicitado na parte introdutória deste trabalho, permite compreender as políticas como fenômenos sociais estruturalmente contraditórios e detentores de certa autonomia relativa perante os determinantes de ordem econômica. Essa premissa demanda a relativização da afirmativa de que o PSE transmite unicamente os preceitos da “nova pedagogia da hegemonia” e, portanto, os elementos direcionados à construção do novo padrão de sociabilidade burguesa. As políticas de educação e saúde na escola exercem papel de importância na luta pela conquista e efetivação de direitos sociais, em especial de educação e saúde, e para a melhoria das condições de vida da classe trabalhadora.

Considerando o exposto, na sequência, objetiva-se abordar o Programa Saúde na Escola com vistas a apresentar os principais pontos de compatibilidade entre este e os preceitos da “nova pedagogia da hegemonia” e revelar a função social que o PSE vem exercendo no atual momento do sociometabolismo capitalista.

4.4. O Programa Saúde na Escola (PSE)

O Programa Saúde na Escola foi lançado pelo Decreto presidencial nº 6.286, de 05 de dezembro de 2007, durante o mandato do presidente Luiz Inácio Lula da Silva e dos ministros da educação e da saúde, Fernando Haddad e Jose Gomes Temporão, respectivamente. Desde então, já foram publicados diversos documentos normativos sobre o Programa, dando concretude à base legal que sustenta essa política.

Quadro 6: Documentos normativos do Programa Saúde na Escola.

Documento	Deliberação
Decreto presidencial nº 6.286, de 05 de dezembro de 2007	Institui o Programa Saúde na Escola - PSE, e dá outras providências.
Portaria nº 675, de 04 de junho de 2008	Institui a Comissão Intersetorial de Educação e Saúde na Escola.
Portaria nº 1.861, de 04 de setembro de 2008	Estabelece recursos financeiros pela adesão ao PSE para Municípios com equipes de Saúde da Família, priorizados a partir do Índice de Desenvolvimento da Educação Básica - IDEB, que aderirem ao Programa Saúde na Escola - PSE.
Portaria nº 1.399, de 14 de novembro de 2008	Designa os membros para compor a Comissão Intersetorial de Educação e Saúde na Escola - CIESE instituída pela Portaria nº 675, de 4 de junho de 2008.
Portaria nº 2.931, de 04 de dezembro de 2008	Altera a Portaria nº 1.861/GM, de 4 de setembro de 2008, que estabelece recursos financeiros pela adesão ao Programa Saúde na Escola - PSE e credencia Municípios para o recebimento desses recursos.
Portaria nº 3.146, de 17 de dezembro de 2009	Estabelece recursos financeiros para Municípios com equipes de Saúde da Família que aderirem ao Programa Saúde na Escola - PSE.
Portaria nº 790, de 12 de abril de 2010	Altera a Portaria nº 3.146/GM, de 17 de dezembro de 2009, que estabelece recursos financeiros pela adesão ao Programa Saúde na Escola (PSE).
Portaria nº 1.537, de 15 de junho de 2010	Credencia Municípios para o recebimento de recursos financeiros pela adesão ao Programa Saúde na Escola - PSE, conforme a Portaria Nº 3.146/GM, de 17 de dezembro de 2009.

Portaria nº 3.696, de 25 de novembro de 2010	Estabelece critérios para adesão ao Programa Saúde na Escola (PSE) para o ano de 2010 e divulga a lista de Municípios aptos para Manifestação de Interesse.
Portaria nº 3.696, de 25 de dezembro de 2010 – Republicação	Estabelece critérios para adesão ao Programa Saúde na Escola (PSE) para o ano de 2010 e divulga a lista de Municípios aptos para Manifestação de Interesse.
Portaria nº 1.910, de 08 de agosto de 2011	Estabelece o Termo de Compromisso Municipal como instrumento para o recebimento de recursos financeiros do Programa Saúde na Escola (PSE).
Portaria nº 1.911, de 09 de agosto de 2011	Altera a Portaria Interministerial nº 3.696/MEC/MS, de 25 de novembro de 2010, que estabelece critérios para transferência de recursos aos Municípios credenciados ao Programa Saúde na Escola (PSE) e define lista de Municípios aptos a assinarem Termo de Compromisso Municipal.
Portaria nº MS/GM nº 3.014, de 20 de dezembro de 2011	Habilita Municípios e o Distrito Federal para o recebimento do repasse de recursos financeiros relativos ao Programa Saúde na Escola (PSE).
Portaria nº 357, de 1º de março de 2012	Institui a Semana Anual de Mobilização Saúde na Escola (Semana Saúde na Escola) e o respectivo incentivo financeiro, e estabelece regras específicas para a execução no ano de 2012.
Portaria MS/GM nº 524, de 26 de março de 2012	Habilita Municípios ao recebimento do repasse de recursos financeiros relativos ao Programa Saúde na Escola (PSE).
Resolução /CD/FNDE nº 15, de 13 de junho de 2012	Estabelece critérios e procedimentos para assistência financeira às Instituições Federais de Ensino Superior e Instituições Federais de Pesquisa no que diz respeito à formação continuada e pesquisa no âmbito do Programa Saúde na Escola da Secretaria de Educação Básica.
Portaria nº 297, de 28 de fevereiro de 2013	Estabelece recursos do Bloco de Atenção de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar a ser incorporado ao Teto Financeiro de Média e Alta Complexidade do Estado de Minas Gerais, em conformidade com o Programa de Reestruturação e Contratualização dos Hospitais Filantrópicos no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).
Portaria nº 364, de 8 de março de 2013	Redefine a Semana de Mobilização Saúde na Escola (Semana Saúde na Escola), de periodicidade anual, e o respectivo incentivo financeiro.
Portaria nº 1.302, de 28 de junho de 2013	Altera o prazo para o registro das informações das ações realizadas na Semana de Mobilização Saúde na Escola (Semana Saúde na Escola) junto aos Sistemas de Avaliação e Monitoramento do PSE.
Portaria nº 1.412, de 10 de julho de 2013	Institui o Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB).
Portaria Interministerial nº 1.413, de 10 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.

Portaria Interministerial nº 15, de 10 de outubro de 2013	Institui o Projeto Consultórios Itinerantes de Odontologia e de Oftalmologia, no âmbito do Programa Saúde na Escola - PSE e Programa Brasil Alfabetizado - PBA, e dá outras providências.
Portaria nº 2.608, de 31 de outubro de 2013	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.
Portaria nº 3.210, de 26 de dezembro de 2013	Inclui os Municípios de Glória (BA), Palmeira dos Índios (AL) e Paulo Frontin (PR) à lista dos Municípios que finalizaram a adesão ao Programa Saúde na Escola de 2013 e ao recebimento de 20% (vinte por cento) do teto de recursos financeiros pactuados em Termo de Compromisso.
Portaria nº 220, de 25 de março de 2014	Define normas para o cadastramento no SCNES das equipes com profissionais não cadastrados em estabelecimentos de Atenção Básica, que desempenham ações pactuadas no Programa Saúde da Escola.

Fonte: Autoria própria.

O Programa Saúde na Escola tem como público alvo crianças, adolescentes e jovens matriculados em escolas públicas de educação básica¹⁰⁰ no Brasil, bem como estudantes da modalidade¹⁰¹ de Educação de Jovens e Adultos (EJA). Segundo a LDB (n. 9.394/96), dentre os níveis que estruturam a educação pública brasileira, somente a educação básica é obrigatória. Conforme a Lei:

Art. 5º O acesso à educação básica obrigatória é direito público subjetivo, podendo qualquer cidadão, grupo de cidadãos, associação comunitária, organização sindical, entidade de classe ou outra legalmente constituída e, ainda, o Ministério Público, acionar o poder público para exigí-lo. (Redação dada pela Lei nº 12.796, de 2013) (BRASIL, 1996).

A educação básica no Brasil, composta pela Educação Infantil, Ensino Fundamental (9 anos¹⁰²) e Ensino Médio, é obrigatória e gratuita dos 04 aos 17 anos:

¹⁰⁰ No Capítulo I “Da Composição dos Níveis Escolares” do Título V da LDB (9394/96) – Dos Níveis e das Modalidades de Educação e Ensino: “Art. 21. A educação escolar compõe-se de: I – educação básica, formada pela educação infantil, ensino fundamental e ensino médio; II – educação superior” (BRASIL, 1996).

¹⁰¹ O termo “modalidade” diz respeito aos modos e maneiras de ministrar os diferentes níveis de educação. Além da modalidade de Educação de Jovens e Adultos (EJA), a legislação brasileira ainda prevê as modalidades de Educação Profissional, Educação a Distância, Educação Especial, Educação do Campo e Educação Indígena.

¹⁰² Consultar Brasil (2006e).

TÍTULO III [...] Do Direito à Educação e do Dever de Educar [...] Art. 4º O dever do Estado com educação escolar pública será efetivado mediante a garantia de: [...] I - educação básica obrigatória e gratuita dos 4 (quatro) aos 17 (dezesete) anos de idade, organizada da seguinte forma: (Redação dada pela Lei nº 12.796, de 2013¹⁰³) a) pré-escola; (Incluído pela Lei nº 12.796, de 2013) b) ensino fundamental; (Incluído pela Lei nº 12.796, de 2013) c) ensino médio; (Incluído pela Lei nº 12.796, de 2013) [...]" (BRASIL, 1996).

Nessa perspectiva, o PSE se propõe a ampliar as ações de saúde aos estudantes da rede básica de ensino público, no sentido de contribuir para a garantia dos direitos sociais à saúde e à educação. Segundo o Decreto presidencial de 2007 (BRASIL, 2007a), o PSE tem como objetivos:

- I - promover a saúde e a cultura da paz, reforçando a prevenção de agravos à saúde, bem como fortalecer a relação entre as redes públicas de saúde e de educação;
- II - articular as ações do Sistema Único de Saúde - SUS às ações das redes de educação básica pública, de forma a ampliar o alcance e o impacto de suas ações relativas aos estudantes e suas famílias, otimizando a utilização dos espaços, equipamentos e recursos disponíveis;
- III - contribuir para a constituição de condições para a formação integral de educandos;
- IV - contribuir para a construção de sistema de atenção social, com foco na promoção da cidadania e nos direitos humanos; V - fortalecer o enfrentamento das vulnerabilidades, no campo da saúde, que possam comprometer o pleno desenvolvimento escolar;
- VI - promover a comunicação entre escolas e unidades de saúde, assegurando a troca de informações sobre as condições de saúde dos estudantes;
- VII - fortalecer a participação comunitária nas políticas de educação básica e saúde, nos três níveis de governo (Art. 2).

Tais objetivos estariam postos para atender a finalidade de “[...] contribuir para a formação integral dos estudantes da rede pública de educação básica por meio de ações de prevenção, promoção e atenção à saúde” (BRASIL, 2007a, art. 1). Isso evidencia a perspectiva do Programa de que as práticas de saúde na escola devem ir além da prestação de serviços de atendimento hospitalar.

São diretrizes do PSE:

- I. Tratar a saúde e educação integrais como parte de uma formação ampla para a cidadania e o usufruto pleno dos direitos humanos;

¹⁰³ Consultar Lei nº 12.796, de 4 de abril de 2013 (BRASIL, 2013o).

- II. Permitir a progressiva ampliação intersetorial das ações executadas pelos sistemas de saúde e de educação com vistas à atenção integral à saúde de crianças e adolescentes;
- III. Promover a articulação de saberes, a participação dos educandos, pais, comunidade escolar e sociedade em geral na construção e controle social das políticas públicas da saúde e educação;
- IV. Promover a saúde e a cultura da paz, favorecendo a prevenção de agravos à saúde, bem como fortalecer a relação entre as redes públicas de saúde e de educação;
- V. Articular as ações do Sistema Único de Saúde (SUS) às ações das redes de educação pública de forma a ampliar o alcance e o impacto de suas ações relativas aos educandos e suas famílias, otimizando a utilização dos espaços, equipamentos e recursos disponíveis;
- VI. Fortalecer o enfrentamento das vulnerabilidades, no campo da saúde, que possam comprometer o pleno desenvolvimento escolar;
- VII. Promover a comunicação, encaminhamento e resolutividade entre escolas e unidades de saúde, assegurando as ações de atenção e cuidado sobre as condições de saúde dos estudantes;
- VIII. Atuar, efetivamente, na reorientação dos serviços de saúde para além de suas responsabilidades técnicas no atendimento clínico, para oferecer uma atenção básica e integral aos educandos e à comunidade (BRASIL, 2011a, p. 07).

Para alcançar seus objetivos e metas, o PSE está estruturado em três grandes componentes que devem ser articulados ao projeto político-pedagógico das escolas, principal instrumento de organização do trabalho pedagógico: Avaliação clínica e psicossocial, Promoção e prevenção da saúde e Formação (BRASIL, 2011a).

O componente “Avaliação clínica e psicossocial” está voltado à obtenção de informações sobre o crescimento, desenvolvimento e saúde mental das crianças, adolescentes e jovens. Suas estratégias são: a) Avaliação antropométrica; b) Atualização do calendário vacinal; c) Detecção precoce de hipertensão arterial sistêmica (HAS); d) Detecção precoce de agravos de saúde negligenciados (prevalentes na região: hanseníase, tuberculose, malária etc.); e) Avaliação oftalmológica; f) Avaliação auditiva; g) Avaliação nutricional; h) Avaliação da saúde bucal; i) Avaliação psicossocial. Importante destacar que nesse componente estão inseridas as ações do: a) Projeto Olhar Brasil, lançado em 2007 pelo MS e MEC, que tem por objetivo melhorar o rendimento escolar e qualidade de vida dos estudantes; b) Política Nacional de Alimentação e Nutrição, aprovada em 1999, pautada na compreensão do direito humano universal à alimentação nutrição e c)

Política Nacional de Saúde Bucal, lançada em 2004, com vistas à melhoria da qualidade de vida da população (BRASIL, 2011a).

Conforme um dos principais documentos orientadores do PSE (BRASIL, 2011a), o segundo componente do Programa “Promoção e prevenção da saúde” tem por objetivo contribuir para que os educandos façam escolhas mais saudáveis e se tornem protagonistas de suas próprias condições de saúde. As estratégias desse componente são: a) Ações de segurança alimentar e promoção da alimentação saudável; b) Promoção das práticas corporais e atividade física nas escolas; c) Saúde e Prevenção nas Escolas (SPE)¹⁰⁴: educação para a saúde sexual, saúde reprodutiva e prevenção das DST/AIDS – uma das intenções aqui é evitar a evasão escolar por conta da gravidez; d) Saúde e Prevenção nas Escolas (SPE): prevenção ao uso de álcool¹⁰⁵ e tabaco e outras drogas; e) Promoção da cultura de paz e prevenção das violências; f) Promoção da saúde ambiental e desenvolvimento sustentável. As estratégias são elencadas segundo as prioridades de cada território. No que se refere ao incentivo à realização de atividades físicas, o PSE prevê parcerias com: a) Programa Segundo Tempo (PST); b) Projeto Esporte e Lazer da Cidade (PELC); c) Programa Escola Aberta; d) Programa Academia da Saúde e demais projetos locais de esporte e lazer (BRASIL, 2011a).

O terceiro componente do PSE, “Formação”, tem como meta formar os gestores e as equipes de educação e de saúde que atuam no PSE. As estratégias para isso são: a) Formação do Grupo de Trabalho Intersetorial (GTI); b) Formação de Jovens Protagonistas para o PSE/SPE; c) Formação de profissionais da educação e saúde nos temas relativos ao Programa Saúde na Escola; d) Curso de Prevenção do Uso de Drogas para Educadores de Escolas Públicas; e) Rede Universidade Aberta do Brasil (BRASIL, 2011a). A qualificação e capacitação previstas pelo Programa voltam-se, desta forma, aos profissionais de educação e de saúde e às crianças e adolescentes a fim de torná-los sujeitos autônomos e críticos.

Na Resolução/CD/FNDE nº 15, de 13 de junho de 2012 (BRASIL, 2012c), afirma-se que a formação continuada no âmbito do PSE tem como público

¹⁰⁴ Em 2007, o SPE passou a integrar o Componente II do PSE, sendo a principal estratégia de educação para a saúde sexual, reprodutiva, prevenção de DST/AIDS e combate a drogas.

¹⁰⁵ Campanhas antialcoólicas nas escolas primárias já eram realizadas no Brasil nas décadas de 1920-1930. Para o combate ao alcoolismo, diversas estratégias eram utilizadas, tais como a realização de palestras e a entrega de folhetos explicativos nas escolas primárias. Para aprofundamento, consultar Maestri (2011).

beneficiário os professores, os gestores, os estudantes e os profissionais da saúde que atuam no PSE e no SPE. Os objetivos da formação continuada seriam:

- I - qualificar 50% (cinquenta por cento) dos profissionais de educação e de saúde e 30% (trinta por cento) de estudantes que atuam no Programa Saúde na Escola e do Projeto Saúde e Prevenção nas Escolas Programa Saúde na Escola – PSE e de ações de promoção da saúde e de prevenção de doenças e agravos, da Secretaria de Educação Básica do Ministério da Educação e/ou do governo federal;
- II - promover a capacitação de gestores do Programa Saúde na Escola e do Projeto Saúde e Prevenção na Escola, nas 27 (vinte e sete) Unidades da Federação e nos municípios que desenvolvem ações do PSE;
- III - e qualificar 20 % (vinte por cento) de profissionais de educação que atuem em ações de promoção da saúde e de prevenção de doenças e agravos (BRASIL, 2012c).

A implementação do PSE nas cidades ocorre via adesão dos municípios aos objetivos e diretrizes do programa. Os municípios interessados precisam registrar manifestação de interesse e apresentar um projeto Municipal de Saúde na Escola ao MEC e MS, onde devem estar contidas as metas e estratégias do município para as ações de educação e saúde para a cidade (BRASIL, 2010c).

Com o intuito de facilitar o processo de adesão dos municípios ao PSE, o MS e o MEC lançaram em 2013 o “Manual para adesão – Programa Saúde na Escola”, direcionado aos gestores (BRASIL, 2013p). Além disso, considerando a importância da elaboração do Projeto Municipal Saúde na Escola para a adesão dos municípios ao PSE, no ano de 2010, o Ministério da Saúde lançou o documento “Orientações para elaboração do Projeto Municipal – PSE – 2010” (BRASIL, 2010c). A orientação seria para que os municípios elaborassem seus projetos com base em problemas existentes na comunidade, por meio de um processo coletivo, intersetorial, voltado às necessidades do contexto local. Por isso, o conhecimento acerca da realidade local seria fundamental e, para tanto, existem as seguintes recomendações: “1 – Valorize a diversidade de olhares e vivências no território; 2 – Identifique: relações e tensões no processo de vinculação com a escola e a comunidade; 3 – Identifique: barreiras e oportunidades para o sucesso do trabalho” (BRASIL, 2010c, p. 5). Assim, o planejamento das ações do PSE deve ser construído com base nas necessidades de saúde diagnosticadas no território onde vivem os educandos atendidos pelo PSE.

Na dinâmica do PSE, o compromisso entre município e governo federal é firmado mediante a assinatura do Termo de Compromisso pelos Secretários

Municipais da Saúde e da Educação e mediante a inserção do Projeto municipal no sistema (SIMEC). Trata-se de documento no qual constam as ações a serem implementadas, nele estipula-se que “[...] escolas e equipes de Atenção Básica participarão do programa, bem como as metas de cobertura de educandos para as ações de promoção, prevenção, educação e avaliação das condições de saúde no território de responsabilidade” (BRASIL, 2013b, p. 77).

O estabelecimento do Termo de Compromisso Municipal como instrumento para o recebimento de recursos financeiros do Programa Saúde na Escola (PSE) ocorreu com a publicação da Portaria interministerial nº 1.910, de 08 de agosto de 2011. Segundo o documento, o Termo deveria ser elaborado entre as Secretarias de Saúde e 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 Programa Saúde na Escola (PSE) (BRASIL, 2011a, art. 1º).

Uma vez tendo aderido ao PSE, as Secretarias Municipais de Educação e Saúde passam a receber *kits* com material clínico e pedagógico para o desenvolvimento das atividades previstas pelo Programa. Em contrapartida, os municípios devem formar Grupos de Trabalho Intersetorial (GTIs), que têm a incumbência de realizar um mapeamento da rede do Sistema Único de Saúde (SUS) de Atenção Básica, do PSF e suas ESF e a rede de ensino existente na cidade. Além disso, o GTI tem a função de elaborar um diagnóstico das necessidades da cidade e definir as atribuições das ESF e das escolas em cada região da cidade (BRASIL, 2011a).

O PSE é desenvolvido por meio de visitas permanentes das ESF às escolas participantes. Nessas ocasiões, são realizadas intervenções com vistas a: a) avaliar as condições de saúde dos educandos; b) elaborar ações conjuntas entre as ESF e comunidade escolar e c) promover ações de educação permanente¹⁰⁶ em saúde,

¹⁰⁶ O conceito de educação permanente, integrado às políticas de educação e saúde na escola, “[...] consiste em um projeto de reformulação que tem como parâmetro e alvo concepções de sociedade – com o desenvolvimento da noção de Rede Social – e educação, que se desenvolvem no conjunto do corpus teórico produzido pela UNESCO a partir do final da década de 1960, constituindo hoje um dos principais referenciais para a reorganização dos sistemas de ensino nos diversos países [...]” (HIDALGO, 2004, p. 43). Informa Hidalgo (2004, p. 44) que esse conceito “[...] aparece nos documentos da UNESCO pela primeira vez em 1965, apresentando uma concepção do processo educativo como contínuo, estendendo-se por toda a vida do indivíduo, exigindo uma organização integrada”. Para aprofundamento sobre o conceito de educação permanente, consultar Forquin (2002).

atividade física e capacitação profissional para o monitoramento da saúde dos estudantes (VIEIRA; VIEIRA, 2011; BRASIL, 2011a).

Na dinâmica do PSE, o financiamento é efetuado via Ministério da Saúde, que repassa a verba ao Programa Saúde da Família. O MEC participa com o oferecimento de materiais pedagógicos para o Programa (GOMES, 2012). Prevê-se repasse de 70% do valor total do recurso financeiro destinado ao PSE imediatamente após a assinatura do Termo de Compromisso pelo município, enquanto os 30% restantes são pagos após o cumprimento de 70% das metas firmadas¹⁰⁷.

A verificação do cumprimento das metas do PSE pelos municípios é realizada por meio do Sistema Integrado de Monitoramento Execução e Controle (SIMEC), que deve ser alimentado a cada seis meses (BRASIL, 2011a). Outro instrumento de acompanhamento do desenvolvimento das atividades do PSE é a Comissão Intersetorial de Educação e Saúde na Escola (CIESE). Instituída em 2008, por meio da assinatura da Portaria Interministerial n.º 675, de 4 de junho de 2008 pelo MEC e MS, a CIESE tem as seguintes tarefas:

- I - propor diretrizes para a política nacional de saúde na escola; II - apresentar referenciais conceituais de saúde necessários para a formação inicial e continuada dos profissionais de educação na esfera da educação básica;
- III - para a formação inicial e continuada dos profissionais da saúde;
- IV - propor estratégias de integração e articulação entre as áreas de saúde e de educação nas três esferas do governo;
- V - acompanhar a execução do Programa Saúde na Escola - PSE, especialmente na apreciação do material pedagógico elaborado no âmbito do Programa (BRASIL, 2008a).

Essa Comissão é responsável, portanto, por formular a Política de Educação e Saúde na Escola, bem como por acompanhar as atividades do PSE, especialmente quanto ao material elaborado para a utilização no Programa.

¹⁰⁷ A Portaria n.º 1.861, de 04 de setembro de 2008 (BRASIL, 2008c), estabeleceu que o repasse de verbas aos municípios fosse realizado em parcela única. Essa diretriz foi modificada em 2011, com a publicação da Portaria n.º 3.014, que passou a incluir condicionalidades nesse processo. Como explica Vieira (2013, p. 36): “Num primeiro momento, o PSE não trabalhava na lógica de repasse de incentivo financeiro por meio da obrigatoriedade de alcançar metas por ações desenvolvidas intersetorialmente entre as unidades de saúde e as escolas por componentes. A partir de 2011, essa obrigatoriedade foi adotada como forma de monitoramento e avaliação das atividades e controle quanto à aplicabilidade dos recursos”.

Em 2012, a Portaria nº 357 instituiu a Semana Anual de Mobilização Saúde na Escola (Semana Saúde na Escola)¹⁰⁸ e o respectivo incentivo financeiro. Estabelece esta Portaria que poderiam aderir à Semana Saúde na Escola os municípios que já tivessem “[...] concluído o processo de pactuação com o Programa Saúde na Escola (PSE), junto ao Sistema de Monitoramento e Avaliação do PSE” (BRASIL, 2012a). No artigo 3º do documento, instituiu-se o recurso financeiro aos municípios e Distrito Federal que aderissem à Semana Saúde na Escola, “[...] valor de 1/12 (um doze avos) da parcela mensal repassada às Equipes de Saúde da Família (ESF) que atuarão na execução na Semana Saúde na Escola” (BRASIL, 2012a). A Portaria estabeleceu ainda que as ações a serem realizadas durante a Semana Saúde na Escola deveriam ser contabilizadas no alcance das metas afirmadas no Termo de Compromisso dos municípios (BRASIL, 2012a, art. 4º).

Em 2012, 2.495 municípios já haviam aderido ao PSE, contemplando 56.157 escolas¹⁰⁹ e totalizando investimento de R\$ 120 milhões (CAVICHOLI, 2013). Informa Vieira (2013) que, até 2013, 85,67% dos municípios brasileiros já haviam assinado ao Termo de Compromisso. No quadro 7, consta a evolução no número de adesões municipais ao PSE por ano:

¹⁰⁸ A Semana Saúde na Escola é de uma estratégia de mobilização e de comunicação voltada à promoção de visibilidade ao PSE. Até 2012, 1.948 municípios já haviam participado dessa iniciativa (BUENO, 2012). Em 2014, foi lançado um “Guia de Sugestões de Atividades – Semana Saúde na Escola”, pelos Ministérios da Educação e da Saúde, com o intuito de orientar “[...] todos e todas envolvidos com o Programa Saúde na Escola: profissionais de saúde, de educação, de assistência, comunidade, educandos e famílias”, com vistas a “[...] investir na formação de comportamentos favoráveis à saúde e ao bem estar desde a infância” (BRASIL, 2014c).

¹⁰⁹ O Programa Saúde na Escola é uma das iniciativas do Estado do Paraná voltadas à atenção integral à saúde de adolescentes. Segundo o Plano Estadual de Saúde do Estado do Paraná 2012-2015, 82 municípios paranaenses participam do PSE. Ainda nesse Plano, dentre as ações previstas para a saúde da criança e adolescente, constam: “1. Articulação junto à Secretaria de Estado da Educação (SEED) de estratégias para acompanhamento da saúde da criança e adolescente em idade escolar. [...] 3. Estímulo para expansão do Programa Saúde na Escola (PSE) em todos os municípios paranaenses [...]” (PARANÁ, 2013, p. 190).

Quadro 7: Número de municípios que aderiram ao PSE até o ano de 2013.

Ano	Nº de municípios	Total de Equipes de Saúde da Família e UBS (em 2013)	Total de Estudantes
2008	608	5.130	1.941.763
2009	1.253	9.014	8.502.412
2010	1.253	9.014	8.502.412
2011/2012	2.495	12.899	11.220.050
2013	4.861	30.041	18.713.940

Fonte: VIEIRA (2013, p. 31).

Até a publicação da Portaria nº 1.413, de 2013, a adesão dos municípios ao PSE estava condicionada à área de abrangência das Equipes de Saúde da Família (ESF), aos indicadores de vulnerabilidade no âmbito da educação, no caso, o Índice de Desenvolvimento da Educação Básica (IDEB)¹¹⁰ e à adesão ao Programa Mais Educação (BRASIL, 2007a; BUENO, 2012).

Quadro 8: Evolução dos critérios de adesão ao Programa Saúde na Escola (PSE).

Ano	IDEB	Cobertura das ESF	Programa Mais Educação
2008	≤2,69	100 %	Municípios que possuam em seu território, escolas participantes do Programa Mais Educação
2009	≤3,10	70%	
2010	≤4,50	70%	
2011/2012	≤4,50	70%	
2013	Todos os Municípios podem aderir ao Programa		

Fonte: VIEIRA (2013, p. 31).

Nota-se, com base nos dados dispostos no quadro 8 que, progressivamente, os critérios de adesão ao PSE foram sendo diminuídos, até serem extintos em definitivo no ano de 2013, um dos principais motivos pelo fato de a adesão ao Programa nesse ano ter praticamente dobrado em relação aos anos de 2011/2012.

¹¹⁰ A articulação entre o PSE e o IDEB, como um dos critérios para adesão de municípios, foi prevista pela Portaria nº 1.861, de 04 de setembro de 2008 (BRASIL, 2008c).

A perspectiva é a de que o PSE se expanda ainda mais nos próximos anos. Sua proposta tem plena compatibilidade com os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM), iniciativa da ONU lançada em 2000. Dentre os pontos de conexão entre o PSE e os ODM, pode-se fazer alguns destaques: a) Dentre as políticas sociais desenvolvidas no Brasil com base no primeiro Objetivo do Milênio – erradicar a extrema pobreza e a fome – o Programa Saúde na Escola é, atualmente, apontado como uma das principais iniciativas do governo voltada às crianças, adolescentes e jovens; b) O PSE está inserido na agenda de melhoria da qualidade da educação básica e, portanto, atua em consonância com o Objetivo número 2 – “Educação Básica de qualidade para todos”; c) Desde 2013, o PSE passou a ser desenvolvido em centros de Educação Infantil, o que o colocou em sintonia com o Objetivo número 4 – Reduzir a mortalidade infantil; d) O Objetivo número 6 – Combater o HIV AIDS, a malária e outras doenças – está diretamente relacionado ao PSE, mais especificamente ao componente II do Programa, “Promoção da Saúde e Prevenção”, no qual estão inseridas as ações do Projeto Saúde e Prevenção nas Escolas (SPE); e) O PSE também está relacionado ao Objetivo número 7 – “Qualidade de vida e respeito ao meio ambiente”, mais especificamente, no Componente II do PSE “Promoção da Saúde e Prevenção”; f) As iniciativas relativas à Política Nacional de Alimentação Escolar (PNAE), integrada à proposta do PSE, são apoiadas no item – Acesso à alimentação – das Metas de Desenvolvimento do Milênio.

O PSE está previsto na agenda do “Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas não Transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022”, publicado pelo Ministério da Saúde em 2011. Nesse documento, a articulação entre educação e saúde é exaltada, considerando os altos índices de doenças crônico-degenerativas existentes e pelo fato destas estarem relacionadas a um conjunto de comportamentos adotados desde tenra idade.

Esse Plano (BRASIL, 2011b) apresenta as doenças crônicas não transmissíveis como uma das principais causas de morte no mundo, tendo como determinantes “[...] as desigualdades sociais, as diferenças no acesso aos bens e aos serviços, as desigualdades no acesso à informação [...]”, além dos fatores de risco modificáveis, como “[...] tabagismo, consumo de bebida alcoólica, inatividade física e alimentação inadequada a baixa escolaridade” (BRASIL, 2011b).

Com base nesses e em outros dados, o Plano em tela propõe objetivos e metas a serem alcançados até 2020 para o combate às DCNTs e seus fatores de risco. Com vistas a contribuir com ações e investimentos voltados ao preparo do Brasil para o enfrentamento das DCNTs nos próximos anos e com o alcance das metas dos objetivos de desenvolvimento do milênio, o Plano tem por objetivo:

Promover o desenvolvimento e a implementação de políticas públicas efetivas, integradas, sustentáveis e baseadas em evidências para a prevenção e o controle das DCNT e seus fatores de risco e fortalecer os serviços de saúde voltados para a atenção aos portadores de doenças crônicas (BRASIL, 2011b, p. 23).

Para tanto, são apresentadas as seguintes metas nacionais:

- reduzir a taxa de mortalidade prematura (<70 anos) por DCNT em 2% ao ano;
- reduzir a prevalência de obesidade em crianças;
- reduzir a prevalência de obesidade em adolescentes;
- deter o crescimento da obesidade em adultos;
- reduzir as prevalências de consumo nocivo de álcool;
- aumentar a prevalência de atividade física no lazer;
- aumentar o consumo de frutas e hortaliças;
- reduzir o consumo médio de sal;
- reduzir a prevalência de tabagismo;
- aumentar a cobertura de mamografia em mulheres entre 50 e 69 anos;
- aumentar a cobertura de exame preventivo de câncer de colo uterino em mulheres de 25 a 64 anos;
- tratar 100% das mulheres com diagnóstico de lesões precursoras de câncer (BRASIL, 2011b, p. 23-24).

Dentre as 11 metas citadas, sete estão relacionadas diretamente ao PSE. Por isso, a ampliação do PSE aparece como uma das principais ações a serem desenvolvidas a partir do eixo da “Atividade Física” deste documento (BRASIL, 2011b). Nas palavras do Plano:

[...] II. Programa Saúde na Escola: Universalização do acesso ao incentivo material e financeiro do PSE a todos os municípios brasileiros, com o compromisso de ações no âmbito da avaliação nutricional, avaliação antropométrica, detecção precoce de hipertensão arterial, sistêmica, promoção de atividades físicas e corporais, promoção da alimentação saudável e de segurança alimentar no ambiente escolar (BRASIL, 2011b, p. 26).

Esse documento fundamenta-se no delineamento de diretrizes e ações em: a) vigilância, informação, avaliação e monitoramento; b) promoção da saúde; c) cuidado integral. No eixo de Promoção de Saúde, compreende-se a importância do estabelecimento de parcerias para a superação de fatores e determinantes do processo de saúde e doença, envolvendo os diversos Ministérios, dentre eles, o da Educação. Vale destacar que grupos mais vulneráveis são caracterizados como os de menor renda e escolaridade (BRASIL, 2011b). No referente ao eixo “Alimentação saudável”, pretende-se desenvolver ações nas escolas na perspectiva da promoção da alimentação saudável por meio do Programa Nacional de Alimentação Escolar. A frente de combate ao “Tabagismo e álcool” pretende promover o “[...] Fortalecimento, no Programa Saúde na Escola (PSE), das ações educativas voltadas à prevenção e à redução do uso de álcool e do tabaco” (BRASIL, 2011b, p. 29).

O PSE insere-se na agenda do “Plano Brasil Sem Miséria”, instituído em 2011, por meio do Decreto nº 7.492/11. Tem com o objetivo superar objetivo de superar a situação de extrema pobreza da população brasileira, por meio da integração e articulação de políticas, programas e ações (BRASIL, 2011d). O artigo 3º do Decreto nº 7.492/2011 apresenta as diretrizes deste Plano:

- I - garantia dos direitos sociais;
- II - garantia de acesso aos serviços públicos e a oportunidades de ocupação e renda;
- III - articulação de ações de garantia de renda com ações voltadas à melhoria das condições de vida da população extremamente pobre, de forma a considerar a multidimensionalidade da situação de pobreza;
- IV - atuação transparente, democrática e integrada dos órgãos da administração pública federal com os governos estaduais, distrital e municipais e com a sociedade (BRASIL, 2011d).

O Plano Brasil Sem Miséria agrega a transferência de renda e acesso a serviços públicos nas áreas da educação, saúde, assistência social, saneamento e energia elétrica. Suas ações envolvem a criação de programas e a ampliação de iniciativas já existentes, em parceria com estados, municípios, empresas públicas e privadas e organizações da sociedade civil (BRASIL, 2013c).

Nesse Plano, o PSE está incluído no eixo de atuação “Acesso a Serviços”, como uma das frentes de ações no combate à miséria no Brasil. Todavia, é importante destacar que, mesmo antes da inclusão do PSE neste Plano, esse

Programa já pretendia contribuir nesse combate, como se pode observar em um de seus documentos orientadores: “O apoio institucional dos Estados aos municípios é imprescindível para o avanço na implementação do PSE no Brasil e qualificação da saúde e da educação, contribuindo para a superação da miséria no nosso país” (BRASIL, 2011a, p. 9).

O “Plano Brasil Carinhoso” é uma medida do Plano Brasil Sem Miséria que visa a combater o problema da extrema pobreza no Brasil (BRASIL, 2013d). Lançado em 2012 com o objetivo de retirar da miséria famílias com filhos entre 0 a 6 anos, beneficiárias do “Bolsa Família”¹¹¹, o “Plano Brasil Carinhoso” realiza transferência de renda e busca prover a educação, aumentando as vagas em creches, bem como promover cuidados em saúde para enfrentar alguns dos principais problemas na infância. Foi proposto para incrementar a transferência de renda já realizada pelo “Bolsa Família”. Envolve a ação do Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (MDS), MS e MEC, além de parcerias com governos estaduais e municipais (BRASIL, 2013d). Uma das ações previstas é a extensão do PSE às creches e pré-escolas, com o objetivo de ampliar a promoção e prevenção da saúde na primeira infância, em todos os municípios participantes do PSE até 2014 (BRASIL, 2012b).

Vale salientar que a meta do “Brasil Carinhoso” está em sintonia com as disposições do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA, Lei nº 8.069, de julho de 1990), na medida em que defende a garantia dos direitos às crianças e adolescentes, dentre estes, o direito à saúde. Segundo o ECA: “A criança e o adolescente têm direito a proteção à vida e à saúde, mediante a efetivação de políticas sociais públicas que permitam o nascimento e o desenvolvimento sadio e harmonioso, em condições dignas de existência” (BRASIL, 1990b).

Seguindo essa perspectiva, existe a disposição de que a Política Nacional de Educação Infantil, publicada em 2006, deve ser articulada às políticas de “[...] Saúde, Assistência Social, Justiça, Direitos Humanos, Cultura, Mulher e Diversidades, bem como aos fóruns de Educação Infantil e outras organizações da sociedade civil” (BRASIL, 2006d). No documento intitulado “Indicadores da

¹¹¹ Segundo o estudo “Efeitos macroeconômicos do Programa Bolsa Família – uma análise comparativa das transferências sociais”, divulgado pelo IPEA no dia 15 de outubro de 2013, o Programa Bolsa Família foi responsável por 28% da queda da extrema pobreza na última década (2003-2013). Ainda de acordo com a pesquisa, caiu de 8,8% para 3,6% o percentual de brasileiros que vivem com menos de R\$70 por mês (IPEA, 2013).

Qualidade na Educação Infantil” (BRASIL, 2009b), publicado pelo MEC em 2009, a promoção da saúde consta como aspecto fundamental para a qualidade da educação infantil.

4.4.1. As políticas nacionais relacionadas ao PSE

Além da Política Nacional de Promoção da Saúde, da qual o PSE faz parte, o programa está associado a outras políticas nacionais, dentre as quais pode-se citar: a “Política Nacional do Meio Ambiente”, “Política Nacional de DST/AIDS”, “Política Nacional de Alimentação e Nutrição”, “Política Nacional de Saúde Bucal”, “Política Nacional de Atenção à Saúde Auditiva”, “Política Nacional de Atenção à Mulher” e “Política Nacional sobre Drogas”. Como representado na imagem a seguir:

Imagem 2: As políticas públicas nacionais relacionadas ao PSE.



Fonte: Autoria própria.

Observa-se, portanto, que o Programa Saúde na Escola não articula somente as políticas de saúde e educação, engloba um amplo leque de políticas, com vistas

à garantia de direitos sociais às crianças, jovens e adolescentes, reforçando o caráter intersetorial do Programa.

A Política Nacional do Meio Ambiente foi lançada no Brasil em 1981, tendo por objetivo “[...] a preservação, melhoria e recuperação da qualidade ambiental propícia à vida, visando assegurar, no País, condições ao desenvolvimento sócio-econômico, aos interesses da segurança nacional e à proteção da dignidade da vida humana” (BRASIL, 1981). Dentre os princípios dessa política, pode-se destacar a “[...] X – educação ambiental a todos os níveis de ensino, inclusive a educação da comunidade, objetivando capacitá-la para participação ativa na defesa do meio ambiente [...]” (BRASIL, 1981).

Tal política está relacionada à linha de ação nº 6 do PSE “Promoção da Saúde Ambiental e Desenvolvimento Sustentável”, eixo em que estão incorporadas ações de educação ambiental.

A Política Nacional de DST/AIDS é uma iniciativa do Ministério da Saúde, lançada em 1999, sobretudo por conta da epidemia de AIDS no Brasil, que despontou a partir da década de 1990. Essa política, com base nos fundamentos do SUS (integralidade, universalidade, equidade, descentralização e controle social), incentiva ações focalizadas na educação sexual e reprodutiva no ambiente escolar (BRASIL, 1999a). Pode-se considerar que sua principal influência no âmbito do PSE é o Projeto Saúde e Prevenção nas Escolas.

A Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN), aprovada no ano de 1999, é composta por sete diretrizes baseadas no Direito Humano à Alimentação e à Segurança Alimentar e Nutricional:

1. Estímulo a ações intersetoriais com vistas ao acesso universal aos alimentos;
2. Garantia da segurança e qualidade dos alimentos;
3. Monitoramento da situação alimentar e nutricional;
4. Promoção de práticas alimentares e estilos de vida saudáveis;
5. Prevenção e controle dos distúrbios e doenças nutricionais;
6. Promoção do desenvolvimento de linhas de investigação;
7. Desenvolvimento e capacitação de recursos humanos em saúde e nutrição (BRASIL, 2003).

Segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2003), essa proposta visa a combater os males relacionados à escassez alimentar e à pobreza, à desnutrição infantil e materna, bem como às altas taxas de prevalência de sobrepeso e

obesidade na população adulta. Relaciona-se também com o PSE, mais especificamente, em relação ao componente I – Avaliação Clínica e Psicossocial.

A Política Nacional de Saúde Bucal – Brasil Sorridente, do Ministério da Saúde, tem a finalidade de garantir a promoção, prevenção e recuperação da saúde bucal dos brasileiros. Foi aprovada em 2003 e tem como público alvo todos os brasileiros dependentes da rede pública de saúde. Seu principal objetivo é reorganizar a prática e a “[...] qualificação das ações e serviços oferecidos, reunindo uma série de ações em saúde bucal voltada para os cidadãos de todas as idades, com ampliação do acesso ao tratamento odontológico gratuito aos brasileiros por meio do Sistema Único de Saúde (SUS)” (BRASIL, 2013e). As ações dessa política estão inseridas na Linha de Ação 8 “Avaliação da Saúde Bucal”, parte do Componente I do PSE “Avaliação física e psicossocial” (BRASIL, 2011a).

A Política Nacional de Atenção à Saúde Auditiva foi instituída pela Portaria nº 2.073, de setembro de 2004 (BRASIL, 2004a). Dentre os objetivos dessa política, destaca-se: “[...] identificar os determinantes e condicionantes das principais patologias e situações de risco que levam à deficiência auditiva e desenvolver ações transeitoriais de responsabilidade pública, sem excluir as responsabilidades de toda a sociedade; [...]”, bem como “[...] promover intercâmbio com outros subsistemas de informações setoriais, implementando e aperfeiçoando permanentemente a produção de dados e garantindo a democratização das informações; [...]” (BRASIL, 2004a). A avaliação auditiva é uma das ações prioritárias do PSE, prevista no Componente I do Programa “Avaliação Clínica e Psicossocial” (BRASIL, 2011a).

A Política Nacional de Atenção à Mulher foi oficializada no Brasil em 2004, com vistas a apoiar ações voltadas à atenção da saúde sexual e reprodutiva de adolescentes e jovens. A prioridade é agir em situações de vulnerabilidade e, desta forma, combater, em especial, a gravidez na adolescência e abandono escolar (BRASIL, 2004b) Esta política está relacionada ao Componente II do PSE “Promoção da Saúde e Prevenção” (BRASIL, 2011a).

A Política Nacional sobre Drogas (PNAD) foi aprovada pela Resolução nº 03 de 27 de outubro de 2005 (BRASIL, 2005). Dentre os objetivos da PNAD está a prevenção às drogas, devendo as ações relacionadas a este campo serem:

[...] planejadas e direcionadas ao desenvolvimento humano, o incentivo à educação para a vida saudável, acesso aos bens

culturais, incluindo a prática de esportes, cultura, lazer, a socialização do conhecimento sobre drogas, com embasamento científico, o fomento do protagonismo juvenil, da participação da família, da escola e da sociedade na multiplicação dessas ações (BRASIL, 2010d, p. 16).

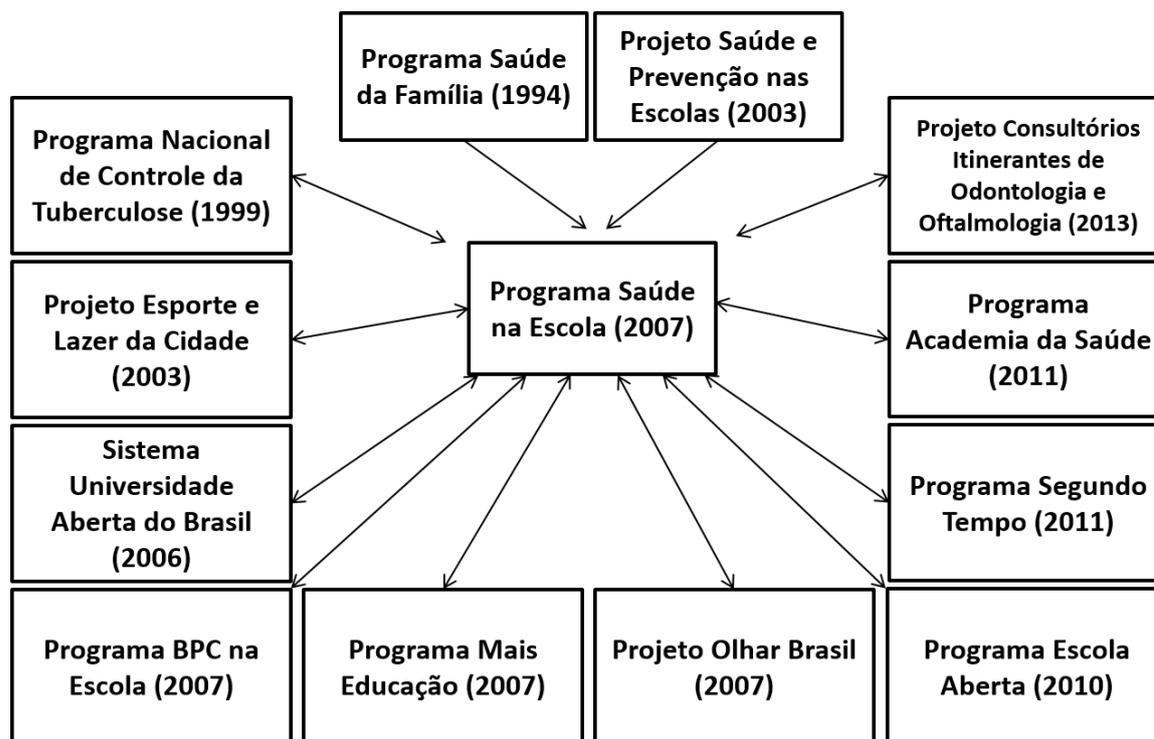
Para atingir o ideal de construção de uma sociedade protegida do uso de drogas ilícitas e do uso indevido de drogas lícitas, essa proposta tem como uma de suas diretrizes desenvolver ações de educação preventiva (BRASIL, 2010d). Nesse sentido, relaciona-se com o Componente II do PSE “Promoção e Prevenção à Saúde”, mais especificamente, na linha de ação 4 “Saúde e Prevenção nas Escolas (SPE): Prevenção ao Uso de Álcool e Tabaco e outras Drogas” (BRASIL, 2011a).

4.4.2. Programas e projetos nacionais parceiros do PSE

Reafirmando a importância da realização de parcerias para a melhoria da eficiência e eficácia do PSE, este Programa prevê ação articulada com diversos programas e projetos. Assim, além do Programa Saúde da Família e do Projeto Saúde e Prevenção nas Escolas, elementos constituintes desse e de outros programas e projetos estão relacionados a sua proposta. O estabelecimento de parcerias como, por exemplo, as que ocorrem no campo da prática de atividade física, estão previstas nos seguintes termos: “O apoio à realização das práticas corporais poderá ser acordado com profissionais de outras ações e programas como: Segundo Tempo, Esporte e Lazer da Cidade, Escola Aberta, Academia da Saúde e demais projetos locais de esporte e lazer” (BRASIL, 2011a, p. 38).

Não há, portanto, um regulamento formal para o estabelecimento de parcerias, e sim apoio à realização destas. Na imagem 3, constam alguns dos Programas e Projetos que se articulam à proposta do PSE:

Imagem 3: Os programas e projetos nacionais parceiros do PSE.



Fonte: Autoria própria.

O Programa Saúde da Família (PSF), lançado em 1994 pelo Ministério da Saúde, ficou conhecido por consolidar o Sistema Único de Saúde no Brasil. Como estratégia de fortalecimento da atenção básica nacional, o PSF opera por meio de equipes multiprofissionais em unidades básicas de saúde. Essas equipes acompanham famílias de uma determinada localidade e promovem ações de promoção e prevenção da saúde, recuperação, bem como de reabilitação de doenças e agravos (BRASIL, 2013f). Saliendam Monnerat e Souza (2011, p. 44) que o PSF está sendo implementado, em regra, “[...] nas áreas mais periféricas, onde a pobreza e suas multicausalidades apresentam sua face mais aguda, tornando óbvias as ‘incompletudes’ do setor saúde para impactar os indicadores locais com intervenções isoladas”.

O Programa Nacional de Controle da Tuberculose foi lançado em 1999 e tem como objetivo geral reduzir “[...] a morbidade, mortalidade e transmissão da TB [tuberculose]” (BRASIL, 1999b, p. 6). A “Detecção precoce de agravos de saúde negligenciados”, tais como a tuberculose, é uma das ações previstas no Componente I do PSE “Avaliação Clínica e Psicossocial” (BRASIL, 2011a, p. 15).

O Projeto Esporte e Lazer da Cidade (PELC) foi criado em 2003, com a “[...] finalidade de desenvolver uma proposta de política pública e social que atenda às necessidades de esporte recreativo e de lazer da população” (BRASIL, 2013g). Dessa forma, o Projeto visa a promover a igualdade de acesso e conhecimento do esporte recreativo e lazer por parcela significativa da população brasileira, favorecendo o desenvolvimento humano e a inclusão social. As ações do PELC estão estruturadas em três eixos:

1. Funcionamento de Núcleos de Esporte Recreativo e de Lazer, nas diversas regiões do Brasil, com o objetivo de garantir o direito ao acesso de qualidade a políticas públicas de lazer e de esporte, em sua dimensão recreativa, para as diversas faixas etárias, garantindo a inclusão de pessoas com deficiência;
2. Funcionamento da Rede CEDES - Centros de Desenvolvimento de Esporte Recreativo e de Lazer junto às Instituições de Ensino Superior – por meio do estímulo e fomento à produção e difusão de conhecimentos científico-tecnológicos, voltados à qualificação das políticas públicas de esporte recreativo e do lazer;
3. Implantação e Modernização de Infra-Estrutura para Esporte Recreativo e Lazer, que prevê a construção e reforma de equipamentos, ação executada pela Secretaria Executiva do Ministério do Esporte (BRASIL, 2013g).

Atividades em parceria com o PELC estão previstas no PSE, mais especificamente, na Linha de ação 2 “Promoção das Práticas Corporais e Atividade Física nas Escolas”, integrante do Componente II “Promoção da Saúde e Prevenção” (BRASIL, 2011a).

O Sistema Universidade Aberta do Brasil (UAB) foi instituído pelo Decreto nº 5.800/2006 (BRASIL, 2006c) e desenvolve a modalidade de educação à distância com a perspectiva de expandir a oferta de cursos e programas de educação superior no país. São objetivos da UAB:

- I - oferecer, prioritariamente, cursos de licenciatura e de formação inicial e continuada de professores da educação básica;
- II - oferecer cursos superiores para capacitação de dirigentes, gestores e trabalhadores em educação básica dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios;
- III - oferecer cursos superiores nas diferentes áreas do conhecimento;
- IV - ampliar o acesso à educação superior pública;
- V - reduzir as desigualdades de oferta de ensino superior entre as diferentes regiões do País;

VI - estabelecer amplo sistema nacional de educação superior a distância; e

VII - fomentar o desenvolvimento institucional para a modalidade de educação a distância, bem como a pesquisa em metodologias inovadoras de ensino superior apoiadas em tecnologias de informação e comunicação (BRASIL, 2006c).

Instituída em parceria entre o MEC e a Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Ensino Superior (CAPES), a Rede de Educação para a Diversidade (Rede) tem ações implementadas por instituições públicas de ensino superior. A constituição dessa rede objetiva promover a formação continuada e semipresencial de profissionais da rede pública de educação básica e das equipes de Saúde da Família (BRASIL, 2011a). No PSE, o oferecimento de cursos via Rede Universidade Aberta do Brasil é uma das ações previstas no Componente II “Formação” (BRASIL, 2011a). O curso de formação continuada “Formação em Educação e Saúde” foi disponibilizado especialmente para professores, gestores e profissionais da ESF que atuam no PSE.

O Programa de Acompanhamento e Monitoramento do Acesso e Permanência na Escola das Pessoas com Deficiência Beneficiárias do Benefício de Prestação Continuada da Assistência Social, Programa BPC na Escola, foi instituído pela Portaria Interministerial nº 18, de 26 de abril de 2007, com o objetivo de fazer [...] o acompanhamento e monitoramento do acesso e da permanência na escola das pessoas com deficiência, beneficiárias do BPC, até 18 anos, por meio da articulação das políticas de educação, saúde, assistência social e direitos humanos (BRASIL, 2013h). Esse programa relaciona-se com o Componente I do PSE “Avaliação Antropométrica”.

O Programa Mais Educação foi instituído pela Portaria Interministerial nº 17/2007 (BRASIL, 2007c), com o objetivo de:

[...] contribuir para a formação integral de crianças, adolescentes e jovens, por meio da articulação de ações, de projetos e de programas do Governo Federal e suas contribuições às propostas, visões e práticas curriculares das redes públicas de ensino e das escolas, alterando o ambiente escolar e ampliando a oferta de saberes, métodos, processos e conteúdos educativos (BRASIL, 2007c).

De forma geral, o Programa Mais Educação almeja combater a evasão escolar e melhorar o IDEB.

O Projeto Olhar Brasil é uma política aprovada em 2007, oriunda da ação articulada entre o MEC e o MS, que busca ampliar o acesso da população a serviços de oftalmologia, oferecendo óculos aos alunos da rede pública de ensino, considerando os prejuízos desse problema ao rendimento escolar de crianças e jovens. Com isso, o Projeto se propõe a “[...] contribuir para a redução da evasão escolar e da dificuldade de aprendizagem [...]”, bem como das “[...] grandes limitações na qualidade de vida causadas pelas doenças que afetam a visão” (BRASIL, 2013i). No âmbito do PSE, o Projeto Olhar Brasil atua na identificação e na correção de problemas de visão dos educandos de escolas vinculadas (BRASIL, 2011a).

O Programa Escola Aberta, ação do MEC em cooperação com a UNESCO, procura incentivar a abertura de escolas públicas localizadas em territórios de vulnerabilidade social, especialmente nos finais de semana. De acordo com o Ministério da Educação (BRASIL, 2013j), o Programa “[...] visa a fortalecer a convivência comunitária, evidenciar a cultura popular, as expressões juvenis e o protagonismo da comunidade, além de contribuir para valorizar o território e os sentimentos de identidade e pertencimento”.

Objetiva-se, com isso, tornar a escola mais inclusiva e competente em sua ação educativa, favorecendo a aprendizagem e propiciando o exercício da cidadania. As atividades são organizadas no formato de oficinas, palestras e cursos que se estendem a toda a comunidade. A operacionalização é feita por meio do “Programa Dinheiro Direto na Escola para o Funcionamento das Escolas nos Finais de Semana” (PDDE/FEFS), do Fundo Nacional de Desenvolvimento da Educação (FNDE) (BRASIL, 2013j). O Programa Escola Aberta prevê ações articuladas com o PSE na Linha de ação 2 “Promoção das Práticas Corporais e Atividade Física nas Escolas”, integrante do Componente II “Promoção da Saúde e Prevenção” (BRASIL, 2011a).

O Programa Segundo Tempo (PST) foi instituído em 2011 pelo Ministério do Esporte, fundamentando-se no artigo 217 da Constituição Federal de 1988, que prevê o esporte como direito de cada cidadão. Pela promoção da prática esportiva, pretende-se contribuir para a reversão do quadro de vulnerabilidade social, para a formação integral dos indivíduos e construção da consciência crítica e cidadania. O objetivo central do PST consiste em democratizar o acesso “[...] à prática e à cultura do Esporte de forma a promover o desenvolvimento integral de crianças,

adolescentes e jovens, como fator de formação da cidadania e melhoria da qualidade de vida, prioritariamente em áreas de vulnerabilidade social (BRASIL, 2013k). Ações articuladas entre PSE e PST são viabilizadas na Linha de ação 2 do PSE “Promoção das Práticas Corporais e Atividade Física nas Escolas”, integrante do Componente II “Promoção da Saúde e Prevenção” (BRASIL, 2011a).

O Programa Academia da Saúde foi criado pelo Ministério da Saúde, por meio da Portaria nº 719/2011 que, posteriormente, foi redefinida pela portaria nº 2.681/2013 (BRASIL, 2013l). Dentre os objetivos do Programa, pode-se destacar: “I - ampliar o acesso da população às políticas públicas de promoção da saúde; II - fortalecer a promoção da saúde como estratégia de produção de saúde; [...] IV - promover práticas de educação em saúde [...]” (BRASIL, 2013l). Recomenda-se o estabelecimento de parcerias com o Programa Academia da Saúde de modo a potencializar as atividades realizadas no Componente II “Promoção da Saúde e Prevenção” (BRASIL, 2011a).

O Programa Consultórios Itinerantes de Odontologia e Oftalmologia foi instituído no âmbito do PSE pela Portaria Interministerial n. 15, de outubro de 2013 (BRASIL, 2013q). Esse projeto atende, prioritariamente, aos participantes do Programa Saúde na Escola e cadastrados no Programa Brasil Alfabetizado. Os Consultórios Itinerantes são “[...] veículos adaptados e equipados para o desenvolvimento de ações de atenção à saúde bucal e oftalmológica [...]” (BRASIL, 2013q). Com o desenvolvimento desse projeto, objetiva-se identificar precocemente problemas de visão e de saúde bucal de crianças e adolescentes, de forma a combater eficazmente esses problemas, entendidos como importantes causadores de repetência escolar.

4.5. O Programa Saúde na Escola como instrumento de difusão da “nova pedagogia da hegemonia”

Com base nas fontes consultadas neste estudo, entende-se que as políticas de educação e saúde na escola atuam no compartilhamento dos preceitos da “nova pedagogia da hegemonia” que, com base na reformulação de conceitos e criação de consensos, vem empreendendo uma reeducação política sobre as massas com o objetivo de atender as novas necessidades do setor produtivo e de alterar a correlação de forças dos projetos em disputa. Os principais pontos de conexão

identificados entre a “nova pedagogia da hegemonia” e as políticas nacionais e internacionais de educação e saúde na escola são: o incentivo à formação da “sociedade civil ativa” e do “Terceiro Setor”, a promoção do “capital social” e o compartilhamento dos princípios da teoria do “capital humano”. A identificação desses pontos de conexão evidencia a participação efetiva das políticas de educação e saúde na escola, principalmente, do Programa Saúde na Escola, no trabalho de educação da nova sociabilidade para o capital.

4.5.1. A “Nova Pedagogia da Hegemonia” e o Programa Saúde na Escola: incentivos à formação da “sociedade civil ativa” e do “Terceiro Setor”

Embora o neoliberalismo de Terceira Via discursse em prol da construção de um novo contrato social baseado em um sistema de oferecimento de serviços sociais cujo pilar central seja articulação entre comunidade, empresariado e Estado, na prática, defende que a maioria dos serviços sociais seja oferecido pela “sociedade civil ativa”, de forma a deixar o Estado com o menor número possível de tarefas sociais. Por meio do incentivo à participação ativa da sociedade civil, especialmente no âmbito da resolução dos conflitos sociais, o objetivo seria a formação do que Giddens (2007) denomina de “sociedade civil ativa”, elemento basilar à efetivação do novo contrato social de Terceira Via.

Compreendida como sinônimo de “Terceiro Setor”¹¹² (MARTINS, 2009), a “sociedade civil ativa” refere-se a grupos da sociedade civil capacitados a se organizarem autonomamente para o enfrentamento de problemas sociais locais, com base no trabalho voluntário¹¹³ (MONTAÑO; DURIGUETTO, 2011). Nessa

¹¹² Montañó e Duriguetto (2011) explicam que o primeiro setor seria o Estado, o segundo o mercado e o “Terceiro Setor” seria a sociedade civil.

¹¹³ Exemplo de grupos de “Terceiro Setor” são as Organizações Não-Governamentais (ONGs), as Fundações Privadas e as Associações sem Fins Lucrativos. Somente no período de 2002 a 2006 o número de ONGs no Brasil cresceu 1.180% (O GLOBO, 2006). Segundo o estudo *Perfil das Fundações Privadas e Associações sem Fins Lucrativos*, realizado em parceria entre o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA), Associação Brasileira de Organizações não-governamentais (ABONG) e o Grupo de Institutos, Fundações e Empresas (GIFE), em 2010 havia no Brasil 290,7 mil Fundações Privadas e Associações sem Fins Lucrativos. Essas Fundações eram predominantemente voltadas à religião, associações patronais e profissionais, desenvolvimento e defesa de direitos, saúde e educação. Dentre tais entidades, 210 mil não possuíam emprego formalizado, apoiando-se somente em trabalho voluntário e prestação de serviços autônomos. Ainda segundo o estudo, mais de 118 mil fundações privadas sem fins lucrativos foram criadas no período de 2000 a 2010 (IBGE, 2010). Como exemplo, pode-se citar a “ASSESOAR - Associação de Estudos, Orientação e Assistência

perspectiva, Martins (2009, p. 60) assinala que as forças neoliberais passaram a reconhecer a participação popular como “[...] articuladora da nova sociabilidade e não como um fenômeno nocivo a ser contido, ou mesmo reprimido, como recomendado pelo pensamento hayekiano ortodoxo e praticado por vários governos eleitos pelo voto popular no centro e na periferia”.

O projeto do “Terceiro Setor”, explicam Montañó e Duriguetto (2011, p. 305), foi fomentado e expandido a partir da década de 1990, com base na “satanização do Estado interventor” somada à “santificação da sociedade civil”. Isso porque é propalado que a atuação do “Terceiro Setor” se sustentaria na suposta ineficiência administrativa do Estado e, paralelamente, na eficiência da sociedade civil. Conforme argumenta Montañó (2010), enquanto o Estado seria visto como instituição burocrática e ineficiente, as organizações do “Terceiro Setor” seriam dinâmicas, flexíveis, participativas e eficientes no atendimento às demandas sociais. Esses argumentos servem de justificativas para a redução do papel do Estado no oferecimento dos serviços sociais e para o desenvolvimento do “Terceiro Setor” (MONTAÑO, 2002).

O projeto do “Terceiro Setor” se desenvolve em um contexto de crise estrutural do capital caracterizado pela mercadorização das políticas sociais e pela ofensiva aos direitos sociais, somada ao fomento do voluntariado. Para cobrir as lacunas deixadas pelo distanciamento do Estado do oferecimento dos serviços sociais, “[...] parcelas importantes das respostas à ‘questão social’ são privatizadas e transferidas ao mercado (quando lucrativas) e à ‘sociedade civil’ ou ‘terceiro setor’ (quando deficitárias), que vende ou fornece ‘gratuitamente’ os serviços sociais” (MONTAÑO, 2002, p. 55).

Em um quadro social de potencialização das expressões da questão social em que amplos setores populacionais não têm acesso a serviços sociais básicos, transfere-se à sociedade civil a tarefa de assistir tais setores “[...] mediante práticas voluntárias, filantrópicas e caritativas, de ajuda-mútua ou de auto-ajuda” (MONTAÑO, 2002, p. 56). Neste espaço, surge “[...] o ‘terceiro setor’, atendendo a *população ‘excluída’ ou parcialmente ‘integrada’*” (MONTAÑO, 2002, p. 56, grifos do autor).

Rural” e a “ADITEPP – Associação Difusora de Treinamentos e Projetos Pedagógicos”, ambas atuantes na região paranaense.

Com vistas a incentivar a formação da “sociedade civil ativa”, programas e políticas de corte neoliberal tendem “[...] a instrumentalizar um conjunto de valores, práticas, sujeitos, instâncias: o chamado ‘Terceiro Setor’, os valores altruístas de ‘solidariedade individual’ e do ‘voluntarismo’ e as instituições e organizações que em torno deles se movimentam” (MONTAÑO, 2002, p. 58). Além disso, a formação do cidadão ativo – sujeito que age menos na reivindicação de direitos e mais na prestação de serviços sociais – permite entrever a intenção de promover a “[...] colaboração entre classes e harmonização, nas quais os voluntários das organizações não-governamentais são exemplos ideais. Este incentivo à participação cidadã colaborativa é um dos principais elementos desta recriação da ‘sociedade civil’ [...]” (GROPPO; MARTINS, 2008, p. 224).

Observa-se, assim, que o Estado “[...] dirigido pelos governos neoliberais, se afasta parcialmente da intervenção social, porém, ele é subsidiador e promotor do processo ideológico de ‘transferência’ da ação social para o ‘terceiro setor’”, com vistas a amenizar e minimizar os impactos sociais das investidas neoliberais (MONTAÑO, 2002, p. 59, grifos do autor). Desse modo, “[...] enquanto para Gramsci a sociedade civil é a principal arena de luta de classes nas sociedades ‘ocidentais’ [...]”, para a Terceira Via, o conceito de sociedade civil deveria ser atrelado ao de filantropia e voluntariado (NEVES, 2005, p. 12).

Frente ao exposto, “[...] fica evidente que o programa da Terceira Via deseja construir uma nova sociabilidade em que predominariam organizações sociais, operando nos níveis mais elementares da consciência política coletiva” (MARTINS, 2009, p. 84). Sua missão seria a educação das massas para uma nova dinâmica social na qual haveria uma mudança no Estado. Este, por sua vez, deixaria de ser “protetor” e passaria a ser “[...] o indutor do ‘progresso’ e cada um, de receptor dos bens sociais e culturais, tornar-se-ia o empreendedor de seu próprio sucesso (ou fracasso) a partir da liberdade de escolhas e autonomia para agir (MARTINS, 2009, p. 84). Nesse sentido, Mascaro (2013, p. 118, grifo do autor) afirma que o neoliberalismo “[...] não é uma retirada do Estado da economia, mas um específico modo de *presença* do Estado na economia”. Em outras palavras, não se trata de uma “[...] retirada do Estado do cenário econômico, mas sim presença massiva da forma política estatal, variando os meios e horizontes de sua atuação” (MASCARO, 2013, p. 124).

Para os ideólogos da Terceira Via, a intenção seria forjar uma nova forma de sociabilidade na qual as soluções para os problemas sociais (como os relacionados à saúde) fossem obtidas mediante a participação da sociedade civil e não, necessariamente, por medidas governamentais. Dito de outro modo, o neoliberalismo de Terceira Via propõe que “[...] a ‘sociedade civil ativa’, na qual estariam incluídas as empresas, assuma responsabilidades para definição de uma rede de proteção social descentralizada e desvinculada do Estado” (MARTINS, 2009, p. 80).

O projeto do “Terceiro Setor” consiste em uma estratégia burguesa lançada no bojo da nova forma engendrada pelo capital de lidar com as expressões da “questão social”, no contexto de crise estrutural do capital (MONTAÑO, 2010). Por conseguinte, longe de pôr em xeque o funcionamento capitalista, o “Terceiro Setor” é seu grande parceiro. Ademais, vem desempenhando papel de relevo no atual regime de acumulação ao desonerar o capital de significativa parcela dos custos relativos à reprodução da força de trabalho (MONTAÑO; DURIGUETTO, 2011).

Face a importância da formação da “sociedade civil ativa” e do “Terceiro Setor” para a constituição do contrato social burguês contemporâneo, o incentivo à participação ativa da população é um dos pontos centrais do processo de reeducação política dos cidadãos e de renovação do padrão cultural da sociabilidade, bem como um dos principais pontos de interconexão entre a “nova pedagogia da hegemonia” e a política nacional de educação e saúde na escola. Isso porque a valorização da participação ativa dos sujeitos nas ações em saúde é corrente no discurso das políticas de educação e saúde na escola, como pode-se identificar no principal documento orientador do PSE (BRASIL, 2011a, p. 15), quando se afirma que, como produção social, a saúde “[...] exige a participação ativa de todos os sujeitos na construção de ações que visam às escolhas mais saudáveis”.

Na perspectiva do incentivo à participação ativa em saúde e à formação da “sociedade civil ativa”, no Programa Saúde na Escola, identifica-se a proposta de empoderamento da população intra e extraescolar. Por isso, no âmbito do referido Programa, entende-se que, nas escolas, “[...] o trabalho de promoção da saúde com os educandos, e também com professores e funcionários, precisa ter como ponto de partida ‘o que eles sabem’ e ‘o que eles podem fazer’” (BRASIL, 2011a, p. 6). Isso seria fundamental para “[...] desenvolver em cada um a capacidade de interpretar o

cotidiano e atuar de modo a incorporar atitudes e/ou comportamentos adequados para a melhoria da qualidade de vida” (BRASIL, 2011a, p. 6). O objetivo seria capacitar as pessoas para atuarem em prol da saúde individual e coletiva, tal como propõe o conceito de promoção da saúde disseminado pela Carta de Ottawa e tão prontamente assimilado pelo Relatório da 8ª Conferência Nacional de Saúde.

No horizonte do PSE, a escola é entendida como um espaço privilegiado para a educação e saúde, valioso para a construção de indivíduos e comunidades ativas – responsáveis, conscientes e protagonistas¹¹⁴ de suas próprias condições de vida e saúde. Por isso, o Programa Saúde na Escola propõe o alargamento do papel da instituição escolar no processo de atendimento, prevenção e educação em saúde, visando a contribuir para a melhoria da qualidade de vida da população brasileira por meio da educação para a cidadania e saúde (BRASIL, 2007a; BRASIL, 2011a).

Para orientar profissionais e usuários sobre a dinâmica do PSE, foi publicado, em 2011, o documento “Passo a Passo PSE Programa Saúde na Escola: Tecendo caminhos da Intersetorialidade”, pelos Ministérios da Saúde e da Educação (BRASIL, 2011a). O texto reforçou a premissa presente no Decreto presidencial nº 6.286/2007 de que as ações do PSE devem estar baseadas na intersetorialidade, na multidisciplinariedade, no empoderamento, e na participação ativa dos sujeitos e inseridas nos Projetos Político-Pedagógicos das escolas (BRASIL, 2011a).

A escola é, portanto, entendida como espaço fundamental para a produção social da saúde, por conta de sua capacidade de desenvolver sujeitos ativos e comprometidos com valores de cidadania. Assim, as ações de educação e saúde na escola deveriam ser desenvolvidas na perspectiva de construir uma “[...] escola que forme cidadãos críticos e atualizados com habilidades para agir em defesa da vida e de sua qualidade e que, além disso, devem ser compreendidos pelas equipes de Saúde da Família (ESF) em suas estratégias de cuidado” (BRASIL, 2011a, p. 5).

O objetivo volta-se, então, para a oferta de atendimento integral ao educando, envolvendo, dessa forma, atividades de promoção, prevenção, atenção e formação, de maneira a atuar sobre as condições de vulnerabilidade social, potencialmente

¹¹⁴ Em 2010, o Ministério da Educação, com o apoio da Organização dos Estados Iberoamericanos para o Desenvolvimento da Educação, Ciência e Cultura (OEI) publicou o documento intitulado *Agenda Educação e Saúde*. A Agenda, voltada à comunidade, foi preparada com o intuito de incentivar a elaboração de propostas e ações integradas, com base no incentivo à “[...] formação de coletivos fortes e do protagonismo social” (BRASIL, 2010b, p. 5). Ainda de acordo com o documento, o protagonismo de uma população que busca a qualificação da oferta dos serviços públicos para atender às demandas sociais deveria ocorrer nos mais variados espaços, dentre eles no escolar (BRASIL, 2010b).

comprometedoras da aprendizagem, desenvolvimento e permanência do educando na escola. Nesse contexto, busca-se desenvolver ações locais mais sustentáveis, em territórios marcados pela vulnerabilidade (GOMES, 2012). Visando a combater as condições de vulnerabilidade social, o PSE recomenda aos profissionais de educação e de saúde e à comunidade intra e extraescolar, que assumam uma atitude para o empoderamento dos princípios básicos da promoção da saúde.

A valorização da participação dos sujeitos e comunidades voltada à formação de indivíduos e grupos ativos também é expressa nas recomendações concernentes à elaboração do projeto municipal do PSE. Compreende-se que o incentivo à participação ativa de sujeitos e comunidades no processo de construção do projeto municipal resulta de uma concepção de “[...] educação que focaliza o sujeito, buscando o desenvolvimento de todas as potencialidades humanas, com equilíbrio entre os diferentes aspectos – cognitivos, afetivos e sociais” (BRASIL, 2010c, p. 3).

4.5.2. A “Nova Pedagogia da Hegemonia” e o Programa Saúde na Escola: A promoção do “capital social”

Segundo os preceitos do neoliberalismo de Terceira Via, no lugar de conflitos e lutas de classes, para além da direita e da esquerda, deveria prevalecer a noção de parceria e o espírito de solidariedade, para que a economia pudesse se desenvolver em um contexto de harmonia social. Como complementa Martins (2009, p. 74), ao “[...] invés de tensões e disputas entre classes pelo poder – manifestação típica do ‘mundo das polaridades’ [...], prevaleceria o colaboracionismo, a responsabilidade social e a liberdade de escolhas individuais”. Valores como “justiça social”, “liberdade e igualdade de oportunidades”, “solidariedade” e “responsabilidade para com os outros” seriam as bases para a formação de “[...] uma geração nova de adultos com espírito empreendedor, iniciativa individual e com senso de responsabilidade social [...]” (MARTINS, 2009, p. 88). A meta seria “[...] tornar o mundo uma comunidade democrática pautada na tolerância e no diálogo entre os indivíduos”, contexto no qual uma das principais funções do governo consistiria, precisamente, em conciliar as reivindicações divergentes de diferentes grupos (MARTINS, 2009, p. 73).

Seguindo essa linha de argumentação – baseada no fim das classes sociais e na compreensão da sociedade civil como bloco homogêneo –, para a Terceira Via,

se um grupo específico de indivíduos estivesse com problemas, por exemplo, os próprios indivíduos que dele fizessem parte deveriam buscar estratégias para resolvê-los, recorrendo, principalmente à capacidade criativa. Caso esse grupo não conseguisse solucionar tais problemas, a comunidade local (ou seja, os grupos vizinhos) deveria, partindo do espírito de solidariedade e de parceria, ajudar na resolução desses conflitos. Se, porém, a sociedade civil não fosse capaz de encontrar as soluções necessárias, o governo seria acionado. Para tais circunstâncias, entende-se que não seriam necessárias políticas permanentes e amplas, pois que o ideal seriam as políticas focalizadas e descentralizadas, que solucionassem esses conflitos momentaneamente e, ao mesmo tempo, capacitassem a população para a resolução de problemas do gênero, para que, caso estes viessem a se repetir, os próprios grupos ou comunidades fossem capazes de solucioná-los.

Percebe-se, dessa forma, que tanto para a Terceira Via quanto para o “velho mundo das polaridades”, a ideia de classes sociais deveria ser rejeitada e as diferenças sociais compreendidas como diferenças entre grupos. Nessa linha de pensamento, não haveria mais luta de classes, simplesmente, porque não haveria mais classes sociais. Existiriam apenas indivíduos e grupos com interesses distintos que deveriam se ajudar mutuamente para a satisfação de suas necessidades (MARTINS, 2009).

É importante destacar ainda que, para a Terceira Via, ao mesmo tempo em que se responsabiliza os sujeitos por suas ações, como se estes agissem individualmente, livres de influências e de determinações sociais, propala-se a necessidade de se alargar a noção de comunidade solidária, de fraternidade para com o próximo e do espírito de solidariedade. A recomendação da Terceira Via seria para que, em situações de resolução de problemas e conflitos, especialmente nas que fossem capazes de poupar a participação estatal, predominasse o sentimento de coletividade e de solidariedade. Em todas as demais situações, dever-se-ia desconsiderar as relações econômicas e políticas que determinam e englobam a totalidade do ser social, adotando como parâmetro o sujeito individual, portador de deveres e responsabilidades. Na prática, o real sentido desse novo contrato social seria o de aumentar os deveres e responsabilidades do indivíduo e da sociedade civil, diminuindo, em contrapartida, os deveres e responsabilidades do Estado e governo para com suas tarefas sociais.

A mensagem transmitida por meio desses valores e do incentivo à autonomização pessoal seria a de que não somente o Estado deveria se preocupar com o bem-estar da população, mas a sociedade civil como um todo. Assim, em lugar do “[...] associativismo majoritariamente reivindicativo de direitos dos anos 1980”, a Terceira Via propõe o desenvolvimento do associativismo “[...] prestador de serviços sociais de ‘interesse público’ [...]”, almejando a construção de uma nova cultura cívica pautada na solidariedade e colaboracionismo (NEVES, 2005, p. 95).

Com isso, torna-se evidente a relação entre os preceitos da “nova pedagogia da hegemonia” e o conceito de “capital social”, que ganhou projeção a partir da década de 1990, quando passou a ser evocado no discurso das organizações internacionais, particularmente nos relacionados ao combate à pobreza.

Para Martins (2009), “capital social” seria uma noção indicativa de que o estabelecimento de relações interpessoais pode gerar laços de confiança, solidariedade e de ajuda mútua, fundamentais à capacidade de articulação de grupos para a resolução de problemas imediatos. No discurso das organizações internacionais, os investimentos em “capital social” vêm sendo sustentados na crença de que redes de colaboração promoveriam a cooperação – peça chave para a competição de desenvolvimento econômico e alívio da pobreza. Nota-se, assim, a importância da noção de “capital social” para a efetivação do novo contrato social, compatível à nova forma do capital de lidar com as manifestações da “questão social”.

De acordo com Martins (2007, p. 146), além de ativo, o novo cidadão, segundo a “nova pedagogia da hegemonia”, deveria ser reflexivo e possuir “[...] um espírito empreendedor, capacidade de iniciativa individual e um elevado senso de responsabilidade social comprometido com a busca de soluções para os problemas de sua comunidade”. Groppo e Martins (2008, p. 227), por sua vez, explicam que o papel desempenhado pelo Estado no neoliberalismo de Terceira Via é tomar medidas para enfrentar as manifestações da “questão social” por intermédio de “[...] parcerias com entidades da ‘sociedade civil’ para, acima de tudo, gerar uma nova subjetividade na qual os indivíduos assumam responsabilidades de lidar com questões coletivas antes do Estado [...]”. Trata-se de desenvolver “[...] em especial nas comunidades com problemas sociais, o seu ‘capital social’, ou seja, a capacidade da coletividade se mobilizar para resolver suas dificuldades [...]”.

No âmbito do PSE, essa perspectiva se reflete na noção de que os educandos não devem se preocupar somente com a saúde individual, mas também com a de seus pares. Nesse Programa, a perspectiva de promoção da solidariedade pode ser identificada quando se afirma que o “[...] trabalho conjunto entre escola e equipe de saúde pode trazer novos sentidos para a produção da saúde, construindo redes de produção de saberes e de solidariedade entre profissionais e comunidade” (BRASIL, 2011a, p. 17). Respaldaado ainda em valores como “respeito mútuo” e “cooperação”, o Programa revela a intenção de formar redes de colaboração mútua para a resolução de problemas de saúde da população (BRASIL, 2011a, p. 43).

Um dos pilares centrais modelo de gestão intersetorial e compartilhado do PSE é a interdisciplinaridade e a participação de toda a comunidade. Como dispõe o Art. 3º do Decreto n. 6.286/2007, 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, 2007a).

Assim, no âmbito do PSE, as parcerias não são estabelecidas somente entre os Ministérios, mas entre os diversos atores envolvidos nessa política. Logo, o Programa prevê parceria com os jovens beneficiários – na perspectiva de promoção do protagonismo juvenil –, professores e comunidade, com o intuito de catalisar o desenvolvimento local e o trabalho em rede (BRASIL, 2011a). Na perspectiva do PSE, compreende-se que a “[...] articulação intersetorial das redes públicas de saúde e de educação e das demais redes sociais para o desenvolvimento das ações do PSE [...] deve propiciar a sustentabilidade das ações a partir da conformação de redes de corresponsabilidade” (BRASIL, 2013r, p. 4).

De tal modo, no PSE, a “[...] responsabilidade de promover a saúde dos escolares, além de ser um compromisso do setor saúde, passa a ser definida como processo de conscientização da comunidade para atuar na melhoria da qualidade de vida” (VIEIRA, 2013, p. 27). Segundo Vieira (2013, p. 16), a construção de redes de corresponsabilidade, fomentada pelo PSE, estimularia “[...] a participação mais ativa da comunidade no cotidiano dos sistemas de ensino e saúde [...]”.

Ademais, no processo de elaboração do projeto municipal do PSE entende-se que todos deveriam trabalhar como parceiros – secretarias, programas, sociedade civil organizada, conselhos locais, organizações não-governamentais, pastorais, entre outros – para criação e potencialização das iniciativas existentes. Trabalhar na

perspectiva do diálogo, da participação dos diferentes atores sociais e da formação de redes e colaboração seria fundamental para a redução das vulnerabilidades e promoção de saúde de crianças, adolescentes e jovens (BRASIL, 2010c).

4.5.3. A “Nova Pedagogia da Hegemonia” e o Programa Saúde na Escola: O compartilhamento dos princípios da teoria do “capital humano”

A teoria do “capital humano” foi exposta na década de 1960, tendo como um de seus principais idealizadores o economista estadunidense Theodore William Schultz. Ao estudar a rápida recuperação da economia japonesa no período pós-guerra, esse economista concluiu que o investimento em “capital não-humano”, como em usinas de aço e fábricas, por exemplo, não explicava o desenvolvimento econômico de um país, mas sim, os investimentos em “capital humano”, realizados nas áreas de:

[...] 1) recursos relacionados a saúde e serviços; 2) treinamento realizado no local do emprego; 3) educação formalmente organizada; 4) programas de estudos para os adultos que não se acham organizados em firmas; 5) migração de indivíduos e de famílias (SCHULTZ, 1973, p. 42).

Dessa forma, para Schultz (1973), a realização desses tipos de investimentos melhoraria a qualidade do esforço humano, agregando-lhe maior capacidade produtiva, que, por consequência, poderia promover o desenvolvimento econômico dos países. Por tais aspectos, segundo essa teoria, o investimento em “capital humano” seria a chave para o crescimento econômico e para a abundância. Por isso, diferentemente dos demais teóricos neoliberais, a teoria do “capital humano” apoia certa quantia de investimento público-estatal no setor social, especialmente em áreas como a educação básica e a pesquisa.

Compartilhando dos pressupostos da teoria do “capital humano”, o neoliberalismo de Terceira Via advoga que a modernização do *welfare state* deveria ser promovida paralelamente a programas de desenvolvimento da sociedade civil. Portanto, de acordo com Giddens (1998, p. 127-128), em “[...] lugar do *welfare state* deveríamos considerar o Estado do investimento social [...]”. No âmbito do Estado do investimento social, o governo teria um papel de grande relevância, “[...]”

investindo nos recursos humanos e na infra-estrutura necessária para o desenvolvimento de uma cultura empresarial” (GIDDENS, 1998, p. 109).

De acordo com as formulações de Giddens, não seria papel do governo financiar serviços à população, mas tão somente auxiliá-la em sua preparação para a inserção no mercado de trabalho, de forma a contribuir, em última instância, para o crescimento e desenvolvimento econômico. Por isso, a forma mais adequada de investimento social a ser adotada pelo Estado seria a de investimento em “capital humano”. Esse tipo de investimento teria grande importância na preparação para o trabalho¹¹⁵ e diminuição das taxas de desemprego. Dessa maneira, as políticas de preparação para o trabalho deveriam fazer parte da agenda do governo de Terceira Via. A ideia central desse pensamento advoga que o investimento em “capital humano” aumentaria as possibilidades pessoais para o aproveitamento das oportunidades oferecidas pelo mercado, o que seria de extrema relevância para que a sociedade civil se tornasse cada vez mais autônoma perante o Estado.

No modelo de *welfare* positivo, portanto, a diretriz seria o investimento em “capital humano” sempre que possível, no lugar do fornecimento de sustento econômico. Nas palavras de Giddens (1998, p. 133), os gastos estatais com o *welfare* deveriam ser diminuídos e “[...] desviados tanto quanto possível para o investimento em capital humano”. Aliás, esse tipo de investimento consistiria na tarefa mais importante no processo de modernização da política a ser empreendido pela Terceira Via (BLAIR; SCHROEDER, 1999, p. 2).

Vale destacar que, para a Terceira Via, os investimentos pessoais em “capital humano” (como em educação e saúde) seria a situação ideal, livrando o Estado de oferecer estes tipos de recursos. Por isso, considera-se que em “[...] vez de se assentar em benefícios incondicionais, as políticas deveriam ser orientadas para incentivar a poupança, o uso de recursos educacionais e outras oportunidades de investimento pessoal” (GIDDENS, 1998, p. 135).

Frente a inevitabilidade do investimento estatal em setores sociais, a recomendação é para que estes sejam feitos em parcerias com outras instituições e empresas, pois, mediante tais parcerias, o Estado seria capaz de investir em “capital humano”, na forma de empregos, saúde e educação, por exemplo, e, ao mesmo

¹¹⁵ Ao discorrer sobre as virtudes do trabalho, Giddens (1998, p. 120) afirma que esse “[...] tem múltiplos benefícios: gera renda para o indivíduo, proporciona um senso de estabilidade e direção na vida, e cria riqueza para a sociedade global”.

tempo, de se desobrigar do pagamento direto dos benefícios sociais (CHAUÍ, 1999). Acrescenta esta autora que o Estado “[...] faz parcerias com empresas de saúde e se desobriga à saúde pública gratuita; o Estado faz parcerias com empresas de educação e se desobriga à educação pública gratuita etc” (p. 7).

Torna-se evidente que os incentivos à formação da “sociedade civil ativa” e “Terceiro Setor”, “capital humano” e “capital social” têm por objetivo preparar os sujeitos para enfrentarem a realidade em que o Estado não supre as demandas e necessidades da população. A efetivação de investimentos dessa natureza é uma tentativa de formar uma sociedade autossuficiente e independente da atuação do Estado, instituição que, cada vez mais, se assumiria como indutora do progresso individual, responsável por criar e manter condições favoráveis à geração e aproveitamento de oportunidades (MARTINS, 2009).

Conforme as seções anteriores, as políticas internacionais e nacionais de educação e saúde na escola estão inclusas nas agendas políticas direcionadas ao desenvolvimento socioeconômico de países, especialmente de países pobres. Isso habilita a compreensão de que a teoria do “capital humano” é um dos pilares teórico-ideológicos que sustenta tal política internacional e nacionalmente¹¹⁶.

A América Latina é exemplar nesse sentido: investimentos em educação e saúde são apregoados por organizações internacionais, especialmente pelo Banco Mundial, como molas propulsoras para o desenvolvimento socioeconômico. Na perspectiva da ONU, por exemplo, investimentos em saúde do trabalhador são importantes, tendo em vista que as doenças entre trabalhadores seriam prejudiciais não somente aos trabalhadores e suas famílias, como à sociedade “[...] devido ao enorme custo gerado, particularmente no que diz respeito à perda de produtividade e a sobrecarga dos sistemas de seguridade social” (ONU, 2013, p. 1).

Em 2008, o Programa Saúde na Escola foi incorporado à proposta do plano “Mais Saúde – Direito de Todos – 2008-2011” (BRASIL, 2008b), em que é possível identificar a proposição de investimentos em políticas de saúde com vistas ao desenvolvimento econômico brasileiro. Nas palavras do Plano, a saúde deveria ser entendida não somente como uma política social, mas sobretudo, “[...] como parte

¹¹⁶ De acordo com Motta (2011, p. 38), nas décadas de 1950 e 1960, a teoria do “capital humano” foi difundida mundialmente, fazendo com que a “função econômica da educação” penetrasse “[...] no tecido social das sociedades capitalistas”. Esse pensamento foi introduzido na política educacional brasileira “[...] com as reformas da educação básica e universitária expressas nas Leis 5.540/68 e 5692/71” (MOTTA, 2011, p. 38).

integrante do desenvolvimento econômico do país” (BRASIL, 2008b, p. 5), porque um “[...] país somente pode ser denominado ‘desenvolvido’ se seus cidadãos forem saudáveis, o que depende tanto da organização e do funcionamento do sistema de saúde quanto das condições gerais de vida associadas ao modelo de desenvolvimento vigente” (BRASIL, 2008b, p. 8).

Ainda conforme o referido documento, a política de saúde teria papel fundamental no desenvolvimento do Brasil porque é “[...] parte da política social e do sistema de proteção social e fonte de geração de riqueza para o País” (BRASIL, 2008b, p. 9). Assim sendo, antes de ser entendido como um fardo para o orçamento público, os investimentos em saúde deveriam ser vistos como “[...] parte constitutiva da estratégia de desenvolvimento e como uma frente de expansão para um novo padrão de desenvolvimento comprometido com o bem-estar social”, uma vez que a saúde “[...] contribui tanto para os direitos de cidadania quanto para a geração de investimentos, inovações, renda, emprego e receitas para o Estado brasileiro” (BRASIL, 2008b, p. 9).

No principal documento orientador do Programa Saúde na Escola (BRASIL, 2011a, p. 18), as ações de educação e saúde na escola estão articuladas à ideologia do desenvolvimentismo, com enfoque na promoção do “desenvolvimento sustentável”. Segundo esse documento, as estratégias concernentes ao componente II do PSE – “Promoção e Prevenção à Saúde” – devem ser abordadas a partir de temas, dentre os quais encontra-se o da “[...] Promoção da saúde ambiental e desenvolvimento sustentável” (BRASIL, 2011a, p. 18). Recomenda-se nessa linha de ação a realização de atividades de sensibilização, responsabilização e intervenção na perspectiva do cuidado consigo mesmo e com o ambiente escolar.

Fundamentando-se em Lazarini (2010), entende-se que a educação e da saúde como motores do desenvolvimento econômico, propalada pela teoria do “capital humano” e compartilhada pelas políticas internacionais e nacionais de educação e saúde na escola, estabelece uma relação invertida entre a educação, saúde e a economia: diferentemente do que dissemina a tese supracitada, a educação e a saúde ocupam uma posição subordinada em relação aos determinantes econômicos e políticos predominantes em uma sociedade¹¹⁷.

¹¹⁷ Tratando especificamente da educação, Lazarini (2010, p. 389) explica que “[...] em todos os países onde ocorreram processos de industrialização capitalista e que hoje se constituem em integrantes do bloco política e economicamente dominante em âmbito mundial, seja nos pioneiros

Investimentos em “capital humano” e em “capital social”, conforme explica Motta (2011), são recomendações das organizações internacionais para o alívio da pobreza e das tensões sociais disseminadas a partir das últimas décadas do século XX. Assim, considerando o fato de que o PSE vem atuando na promoção do “capital humano” e do “capital social”, pode-se apreender que esse Programa é um mecanismo de administração e alívio da pobreza no contexto da sociabilidade brasileira e um importante ator no projeto conservador contemporâneo de forjar um capital de “face mais humana” (MOTTA, 2011, p. 42).

4.5.4. A “Sociedade Civil Ativa” e o “Terceiro Setor”, o “Capital Social” e o “Capital Humano” no âmbito do Programa Saúde na Escola: A perspectiva do protagonismo juvenil

Por intermédio da análise das fontes primárias, identificou-se que os incentivos à formação da “sociedade civil ativa” e do “Terceiro Setor”, à promoção do “capital social” e ao compartilhamento dos princípios da teoria do “capital humano” se expressam no Programa Saúde na Escola, principalmente, pelo ideário do protagonismo juvenil, fomentado pelas estratégias de empoderamento.

Políticas focalizadas na população juvenil começaram a ser desencadeadas a partir do final da década de 1990 e início dos anos de 2000. Orientadas ao enfrentamento de problemas como os relacionados à saúde, segurança e trabalho, por exemplo, causadores da condição de vulnerabilidade social na população jovem, as políticas para a juventude visam à população juvenil em condição de risco social (fundamentalmente, àquela em situação de pobreza) para a promoção do controle social. Nesse sentido, as iniciativas governamentais em relação a jovens estão centradas, predominantemente, em jovens pobres (SPOSITO; CARRANO, 2003).

No discurso das políticas de juventude, consta a noção de que as soluções para a superação da condição de vulnerabilidade de jovens pobres poderiam ser encontradas no âmbito da própria população juvenil em vulnerabilidade. Isto porque, para esse ideário, tais jovens comportariam, intrinsecamente, a capacidade de

(Inglaterra, França e Bélgica), seja nos imediatamente posteriores (Alemanha, Estados Unidos, Japão e Itália), a educação formal ocupou um papel determinado pela lógica particular da economia política capitalista que neles se desenvolveu. Essa educação não constituiu condição para que tais processos se realizassem e muito menos foi ela que levou os referidos países a se tornarem potências capitalistas industriais. Ela foi condicionada pelo nível de desenvolvimento particular da economia política de cada um desses países”.

identificar problemas e apontar soluções para as condições de vulnerabilidade social.

Essa noção alude ao conceito de “protagonismo juvenil”, que se tornou recorrente nos discursos governamentais e de organizações internacionais especialmente após a segunda metade dos anos 1990. Na perspectiva do protagonismo juvenil, os jovens deveriam ser compreendidos como atores sociais, capazes de atuarem como agentes de seu próprio desenvolvimento e de seus pares. Os jovens deveriam se distanciar da passividade social e assumir uma atitude ativa mediante as suas condições de vida e de sua comunidade. Pode-se entender, portanto, o protagonismo juvenil como um discurso que busca suscitar nos jovens a motivação necessária para atuarem na mudança social, com base na valorização do indivíduo (SOUZA, 2006). Complementa Costa (2007, p. 1):

[...] quando o adolescente, individualmente ou em grupo, se envolve na solução de problemas reais; atuando como fonte de iniciativa, liberdade e compromisso; temos, diante de nós, um quadro de participação genuína no contexto escolar ou sócio-comunitário, o qual pode ser chamado de protagonismo juvenil.

Ainda tratando da concepção de protagonismo juvenil, Costa (2007, p. 1), esclarece que o “[...] centro da proposta é que, por meio da participação ativa, construtiva e solidária, o adolescente possa se envolver na solução de problemas reais na escola, na comunidade e na sociedade”. Somente por meio da participação ativa “de fato autêntica e não simbólica, decorativa ou manipulada” do jovem no âmbito das políticas, este poderia passar a se reconhecer como protagonista (COSTA, 2007, p. 1). Assim, o protagonismo juvenil pode ser compreendido como “um discurso que prescreve sobre a participação política da juventude” (SOUZA, 2006, p. 20).

Para que o jovem pudesse atuar como protagonista, além da promoção de sua participação efetiva, seriam necessárias estratégias de instrumentalização e empoderamento destes (SOUZA, 2006). Em resumo, a participação ativa dos jovens seria um meio para o desenvolvimento do protagonismo juvenil que, por sua vez, mediaría a superação das desigualdades sociais e da pobreza. Em outras palavras, a superação das manifestações da “questão social”, como as desigualdades e a pobreza, poderia e deveria ser empreendida pelos próprios pobres.

Como parte das políticas para a juventude na contemporaneidade, as políticas internacionais e nacionais de educação e saúde na escola compartilham da perspectiva do protagonismo juvenil, compreendendo-a como fundamental à promoção da saúde e qualidade de vida. No âmbito do Programa Saúde na Escola, o discurso de participação dos jovens e promoção do protagonismo juvenil é estratégia destacada. Segundo o documento orientador do Programa:

[...] as ações de promoção da saúde visam a 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, 2011a, p. 17).

No Componente III do PSE, que dispõe sobre a formação de agentes de educação e saúde na escola, consta a “Formação de Jovens Protagonistas para o PSE/SPE por meio da metodologia de educação de pares”, como caminho para “[...] a valorização do jovem como protagonista na defesa dos direitos à saúde” (BRASIL, 2011a, p. 18). Além disso, segundo o discurso veiculado pelo PSE:

A inclusão dos temas nos projetos político-pedagógicos também facilita o protagonismo dos educandos, apontando para um processo importante de autocuidado. Falar e trabalhar pedagogicamente os temas da alimentação, visão, audição, práticas corporais e outros aproximam os educandos da ação e desperta o interesse deles com suas próprias condições de saúde e riscos (BRASIL, 2011a, p. 16).

Compreende-se ainda que os conhecimentos relativos à articulação entre educação e saúde potencializariam “[...] o desenvolvimento de ações que privilegiam a dimensão educativa do cuidado à saúde, do cuidado de si, do outro e do ambiente [...]”, ocasionando “[...] efeitos no desenvolvimento saudável e protagonismo do educando e da comunidade onde vive, permitindo que realize opções que melhorem sua qualidade de vida” (BRASIL, 2013r, p. 9).

Nesse sentido, assinala-se no âmbito do PSE que as:

[...] avaliações das condições de saúde precisam envolver de forma protagonista os educandos, é preciso que eles saibam o que está acontecendo e para que servem as ações realizadas, as atividades são melhores sucedidas quando se convertem em processos de educação em saúde. Não basta detectar problemas, é importante ter

compromisso com a produção de autonomia e de autocuidado dos escolares (BRASIL, 2013r, p. 9).

Observa-se, de tal modo, que o sentido e o significado do conceito de participação veiculado pelo ideário do protagonismo juvenil, presente no discurso hegemônico disseminado por organizações internacionais (inclusive no campo das políticas de educação e saúde na escola) está articulado à perspectiva de resolução de conflitos sociais. Esse conceito de participação – resultante da apropriação e ressignificação neoliberal – seria uma importante estratégia de combate às desigualdades sociais e “[...] meio de evitar o descontrole e assegurar a coesão social” (SOUZA, 2006, p. 9). Diferentemente do conceito de participação defendido e exercido no contexto da década de 1980, por exemplo, veiculado à contestação da ordem posta e a reivindicação por direitos sociais.

Souza (2006, p. 9) esclarece que “[...] o jovem protagonista é invariavelmente lembrado como ‘ator principal’ no cenário público, posição de destaque que supõe algum tipo de ação política”. Contudo, “[...] uma ação política despida da luta e transformada em *atuação social*” (SOUZA, 2006, p. 9, grifos do autor). Também é possível compreender, portanto, que no âmbito do discurso do protagonismo juvenil, a mudança social é compreendida como “atividade direta do indivíduo” e “alteração imediata e quantificável de uma situação específica, considerada negativa, e que atinge um número determinado de pessoas” (SOUZA, 2006, p. 11). Veicula-se, assim, o “ativismo privado” como meio de mudança social (SOUZA, 2006, p. 11).

Essa perspectiva pode ser reconhecida no Programa Saúde na Escola, na medida em que este afirma ter a escola potencial singular para a formação de sujeitos “[...] autônomos e críticos, capazes de compreender a realidade e modificá-la do lugar que ocupam, ou seja, aptos a fazer uma reflexão acerca dos problemas da comunidade e a propor ações para resolvê-los, a partir de suas perspectivas” (BRASIL, 2011a, p. 17). Observa-se, portanto, que o apelo à participação ativa da sociedade civil, realizado pelo ideário da Terceira Via e identificado nas políticas públicas de educação e saúde na escola não ultrapassa os limites da resolução dos problemas individuais e locais da comunidade.

Em seu sentido mais amplo, para além da transmissão de informações, cabe à educação a tarefa de formar sujeitos autônomos, criativos (sabendo-se que a criatividade é uma capacidade básica para o desenvolvimento das funções psíquicas

superiores) e ativos em saúde. O problema está na autonomização dos sujeitos na forma social capital, que o torna autônomo, criativo e saudável, em um meio de valorização de capital, de legitimação do afastamento do Estado de suas funções sociais e de amenização das manifestações da “questão social”. Em suma, entende-se que o problema não está no processo de autonomização dos sujeitos em si, mas sim, na apropriação desse processo para fins imediatos ou não imediatamente ligados aos interesses de manutenção do sistema capitalista.

Mediante tais aspectos, entende-se que o discurso do protagonismo juvenil, apesar de defender a participação ativa do jovem na esfera política (o que seria basilar do ponto de vista da concretização e ampliação dos direitos sociais), pois que canaliza essa participação ativa dos jovens para o âmbito da resolução de conflitos sociais (como os relativos à saúde pública), pode levar à legitimação do afastamento do Estado de suas funções sociais e, ao mesmo tempo, afastar do campo ideológico social a necessidade da revolução para a superação de tais conflitos, já que veicula a ideia de que os problemas sociais podem ser resolvidos dentro da própria lógica capitalista, por intermédio de iniciativas locais e individuais.

Como buscou-se evidenciar nesta seção da dissertação, com o constructo da Terceira Via, o neoliberalismo se aperfeiçoou tornando-se poderosa referência ideológica para a ação política, com a renovação de estratégias de consenso, conformação e dominação do capital. Mediante a propagação da racionalidade ideológica conservadora, que defende ser o capital uma ordem racionalmente administrável, a Terceira Via vem executando seu projeto educacional direcionado à formação de cidadão de novo tipo, ativo, autônomo e, sobretudo, preparado para enfrentar os desafios da realidade contemporânea, na qual a responsabilidade pelo bem-estar social passou a ser compartilhada por toda a sociedade civil.

Apesar de estratégias de regulação e controle social, alinhadas ao neoliberalismo de Terceira Via, serem adotadas com a promessa de compatibilizar economia de mercado e justiça social – tal como o Programa Saúde na Escola – observa-se o aprofundamento da crise social e a exponenciação da “questão social”. Tal processo, antes de ser “[...] um simples defeito de percurso”, consiste no “[...] resultado ineliminável da forma das relações sociais de trabalho” própria do capitalismo (MARX, 2010, p. 23).

Para Mészáros (2002), qualquer proposta que se coloque em prol da superação das manifestações da “questão social” que, atualmente, ameaçam a

sobrevivência da própria humanidade deve apontar para além do capital. Frente a esta impossibilidade dentro do sociometabolismo capitalista – visto que isso implicaria o solucionamento da contradição entre capital e trabalho, parte estrutural do capital –, esse sistema se limita a agir por intermédio de medidas amenizadoras e paliativas. Mézáros (2002, p. 175, grifos do autor) explica que o “[...] aspecto mais problemático do sistema do capital, apesar de sua força incomensurável como forma de controle sociometabólico, é a total incapacidade de *tratar as causas como causas*, não importando a gravidade de suas implicações a longo prazo”. Segundo o autor, essa incapacidade não é uma condição temporária, mas um atributo estrutural do sistema capitalista “[...] voltado para a expansão que, em suas necessárias ações remediadoras, deve procurar soluções para todos os problemas e contradições gerados em sua estrutura por meio de ajustes feitos estritamente nos *efeitos* e nas *consequências*” (MÉSZÁROS, 2002, p. 175, grifos do autor). Assim sendo, como “[...] não pode atinar com as causas fundamentais destes males, só resta ao Estado tomar medidas paliativas” (MARX, 2010, p. 23).

Decorre desse quadro a incapacidade do modo de produção social capitalista de dar respostas efetivas e definitivas às manifestações da “questão social”, como as que se expressam em âmbito escolar e são alvos das políticas de educação e saúde na escola. As expressões da “questão social”, manifestadas na escola pública brasileira, não podem ser solucionadas nos limites das políticas educacionais (ou por estas em articulação com as políticas de saúde), exatamente porque tais expressões não são derivadas da insuficiência das políticas sociais em curso, e sim das contradições próprias do processo de acumulação e expansão do capital. Logo, se as causas das manifestações da “questão social” que adentram a escola têm raízes fora dessa instituição, as soluções para esses males também encontram-se fora do domínio da escola.

Considerando o exposto, infere-se que as políticas de educação e saúde na escola e de forma mais específica o PSE – ao propor o enfrentamento das expressões da “questão social” por intermédio da ideologia da “sociedade civil ativa”, “capital social” e “capital humano” - podem, quando muito, amenizar as contradições entre capital e trabalho (materializadas, por exemplo, na forma de problemas de saúde), mas jamais solucioná-las em definitivo. Como explica Pimentel (2012, p. 239), “[...] a escola inserida no contexto da totalidade social não tem em si a capacidade de resolver os problemas sociais oriundos das contradições inerentes ao

processo de acumulação e expansão do capital”. Nesse quadro, programas educacionais de assistência “[...] somente podem ter influência limitada sobre a desigualdade social, exercendo um efeito minimizador ante as condições sociais existentes” (PIMENTEL, 2012, p. 239).

Em resposta ao problema de pesquisa enunciado no início desta dissertação, com os subsídios obtidos pela análise das fontes primárias, pode-se afirmar que a função social do PSE é colaborar com a disseminação da racionalidade ideológica conservadora, compatível com a edificação de um novo padrão de sociabilidade no Brasil, via formação de subjetividades ativas em saúde, bem como atuar na amenização das manifestações da “questão social” e manutenção da força de trabalho em condições de atender às necessidades de exploração capitalista.

Entretanto, é importante não perder de vista que, por um lado, o PSE opera no projeto de formação do sujeito ativo e se limita a ofertar serviços mínimos de educação e saúde para a amenização das desigualdades sociais e da pobreza, por outro lado, está inscrito na tendência da garantia do direito e melhoria da qualidade dos serviços básicos de educação e saúde. Dito de outro modo, o fato de as ações contemporâneas de educação e saúde na escola serem partes da nova modalidade de políticas neoliberais de resposta do capital às expressões da “questão social”, direcionada ao estabelecimento e legitimação de um novo consenso, controle e regulação social, não as desclassificam como importantes iniciativas no âmbito da luta democrática por direitos.

Ao discorrer sobre as conquistas sociais na esfera política brasileira, Nucci Jr (2014, p. 8) afirma que para alguns “[...] tais demandas [sociais] podem parecer reformistas e recuadas diante do nível de desenvolvimento das forças produtivas, o que tornaria a luta por melhoras imediatas ultrapassada para os que fazem uma leitura puramente economicista de Marx”. Entretanto, reconhecendo-se “[...] o nível de consciência e organização da classe trabalhadora na atualidade, bem como as demandas expostas pelas massas nas manifestações”¹¹⁸, para o autor, “[...] a pauta

¹¹⁸ Tais manifestações compreendem “[...] uma série de lutas, como a universalização dos serviços públicos, a pressão popular para que as suas demandas se sobreponham às imposições da oligarquia financeira, a reforma urbana e agrária para barrar o atual movimento de expropriação primária feita pelo capital no campo e na cidade, o fim da repressão policial na avenida e na favela, a redução da jornada de trabalho, o fim das terceirizações, aumentos substanciais de salários, o combate ao poder econômico e a punição de seus delitos, o fim da exploração e violência contra os segmentos mais vulneráveis do proletariado (juventude, negros e mulheres), a crítica ao autoritarismo político etc” (NUCCI JR, 2014, p. 8).

por uma ampla e clássica cidadania de direitos ainda se coloca na ordem do dia para largas camadas do proletariado brasileiro” (NUCCI JR, 2014, p. 8).

Conforme Marx (2009, p. 52, grifo do autor), a “[...] emancipação *política* é, sem dúvida, um grande progresso; ela não é, decerto, a última forma de emancipação humana, em geral, mas é a última forma de emancipação política *no interior* da ordem mundial até aqui”. É importante “[...] a compreensão da importância que ela [a emancipação política] teve e ainda terá para a humanidade – até como mediação na luta pela superação do capital” (TONET, 2013, p. 154). Como explica Mézáros (1993), a busca e alcance dos direitos sociais são de grande valia para as tendências emancipadoras, pois expressam resistência contra a exploração e opressão próprias do sociometabolismo capitalista.

Contudo, como esclarece Mascaro (2013, p. 87), a emancipação política “[...] pode até mesmo tender a ser a máxima possibilidade de escolha, mas dentro dos campos que não alteram as próprias estruturas da reprodução social”. Ademais, a formação do sujeito de direitos é uma condição à própria exploração da força de trabalho e reprodução do capitalismo (MASCARO, 2013). Assim, apesar de a emancipação política ser o nível mais elevado de liberdade nessa forma de organização social, “[...] não pode ser posta como objetivo último da humanidade, como patamar mais propício para a construção de uma sociedade livre, igual e fraterna” (TONET, 2013, p. 78). Tal condição precisará ser superada para o estabelecimento da emancipação humana (TONET, 2013). Desta forma, não obstante a importância das conquistas no campo dos direitos sociais, como as que podem ser alcançadas com a plena implementação e ampliação do Programa Saúde na Escola, entende-se que essas são insuficientes se analisadas sob a perspectiva da emancipação humana, pois estão circunscritas aos limites da emancipação política, condição de igualdade jurídico-política, na qual todos os homens seriam dotados de direitos civis, políticos e sociais (TONET, 2013).

Para Marx, a emancipação humana, cujo ato fundante é o trabalho associado, equivale à liberdade, ou seja, diz respeito à condição de máximo distanciamento possível do homem frente às suas barreiras naturais, que propiciaria, por decorrência, a possibilidade do máximo desenvolvimento das potencialidades humanas. Nesse sentido, pactuando da perspectiva da emancipação humana, compreende-se que, apesar da importância da luta pela conquista e efetivação de direitos sociais como os de educação e saúde – da qual faz parte o Programa Saúde

na Escola –, essa é substancialmente insuficiente se descolada de um projeto político-ideológico¹¹⁹ estratégico voltado à superação do capital.

¹¹⁹ Para Mészáros (2012, p. 236), sem “[...] a intervenção ativa de uma ideologia abrangente, o potencial estratégico das mudanças mais ou menos extensivas que são espontaneamente postas em movimento em diferentes pontos do sistema social não pode ser articulado, pela falta de um ponto comum significativo que retenha e aumente cumulativamente a sua importância – que, isoladamente, é muito limitada. Como resultado, as mudanças particulares desprovidas de um quadro estratégico de referência (que apenas uma ideologia coerentemente definida pode proporcionar) em geral ficam limitadas à imediatividade de seu impacto potencial estreitamente circunscrito”. Acrescenta o mesmo autor: “[...] o papel vital da ideologia socialista, como negação radical da ordem estabelecida, consiste precisamente em identificar e ajudar a ativar, através de sua orientação abrangente, todas aquelas mediações potencialmente libertadoras e que tenham a capacidade de transcender essa ordem, mediações que, sem sua ativa intervenção, permaneceriam adormecidas e dominadas pelo poder do isolamento da imediatividade, gerenciada e manipulada pela ideologia dominante” (2012, p. 239).

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com base no método materialista histórico, objetivou-se, nesta dissertação analisar a configuração e a função social das políticas públicas brasileiras de educação e saúde na escola – em especial a implementada por meio do Programa Saúde na Escola (PSE) – e a sua articulação com as políticas internacionais de mesmo tipo no contexto de crise estrutural do capital e das estratégias de regulação social correspondentes.

No processo de edificação das políticas internacionais contemporâneas de educação e saúde na escola, cujas origens remontam ao processo de reforma do sistema de saúde canadense, iniciado na década de 1960, pôde-se identificar o papel de destaque exercido pelas agências internacionais, em especial as integrantes do sistema ONU, tais como a Unesco, a Unicef, o Banco Mundial e a Organização Mundial da Saúde.

Nesse contexto, observou-se que o Movimento da Nova Promoção da Saúde, protagonizado pela OMS e inaugurado formalmente na década de 1970, foi um marco para a edificação e disseminação de grandes consensos relativos às políticas em foco, como a noção de empoderamento de sujeitos e comunidades para atuação na promoção da saúde. Os mesmos foram considerados fatores decisivos para o desenvolvimento socioeconômico e o combate à pobreza. Destacou-se também a valorização da intersectorialidade como mediação necessária para a superação de desafios no campo da saúde e dos demais setores sociais.

Foi possível apreender que um dos principais mecanismos utilizados pela OMS para o desenvolvimento do Movimento da Nova Promoção da Saúde e disseminação dos consensos supracitados foi a realização das Conferências Internacionais sobre Promoção da Saúde, que passaram a ser periodicamente desenvolvidas a partir da década de 1980. Dentre os encaminhamentos resultantes dessas Conferências – cruciais para a efetivação e fortalecimento da associação das políticas de educação e de saúde – chegou-se ao entendimento de que a Carta de Ottawa foi a que obteve maior repercussão no planejamento das políticas de educação e saúde na escola em âmbito mundial, especialmente no conjunto dos países membros da ONU.

Ao propagar um conceito ampliado de promoção da saúde a Carta lançou a concepção de saúde como uma tarefa a ser compartilhada pelos diversos setores sociais e, ao mesmo tempo, uma condição passível de ser construída pela ação autônoma dos sujeitos individuais. Avaliou-se que o principal resultado do Movimento da Nova Promoção da Saúde relacionado à educação foi a criação da Iniciativa das Escolas Promotoras de Saúde, cujas atividades começaram a ser desenvolvidas, de fato, a partir da década de 1990.

No decorrer da estruturação das políticas internacionais de educação e saúde na escola, foi identificada a participação fundamental da Unesco que – por intermédio de documentos de políticas educacionais publicados especialmente a partir da década de 1990 – disseminou a noção da educação e da saúde como setores de responsabilidade a ser assumida por coletivos. Nos documentos que expressam a construção de agendas de políticas internacionais de educação, observou-se que a saúde é apresentada como política de apoio imprescindível à melhoria da qualidade da educação básica, um caminho para o desenvolvimento socioeconômico sustentável e combate às desigualdades sociais e à pobreza.

Por meio da análise documental das fontes, compreendeu-se que a perspectiva assentada na defesa das políticas intersetoriais entre educação e saúde na escola – entendidas como mediação para o desenvolvimento socioeconômico e o enfrentamento das desigualdades sociais e da pobreza – é mais expressiva no âmbito dos países mais pobres, como os da região latino-americana. Neles, as políticas de educação e saúde na escola figuram como importantes estratégias para o controle e a regulação dos pobres.

As análises documentais desenvolvidas na terceira seção desta dissertação – cujo objetivo foi examinar as políticas brasileiras de educação e saúde na escola, especialmente o Programa Saúde na Escola, em articulação com os contornos do contexto social pertinente – permitiram entender que as diretrizes políticas internacionais exerceram forte influência sobre o planejamento e a elaboração das políticas de educação e saúde na escola em vigor no Brasil. Por isso, é correto afirmar que os pilares centrais das políticas nacionais de educação e saúde na escola não foram planejados apenas em âmbito nacional, mas mantêm articulações em esfera internacional. Como apresentado, o Relatório da 8ª Conferência Nacional de Saúde (um dos principais documentos que fundamentam as políticas brasileiras de educação e saúde na escola na atualidade) foi basilaramente influenciado pelas

orientações da Carta de Ottawa, oriunda da Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde.

No que se refere especificamente ao papel do PSE no âmbito das políticas de saúde e de educação brasileiras, observou-se que esse programa, ao mesmo tempo em que contribui para a afirmação, fortalecimento e ampliação do SUS, reforça a perspectiva de oferecimento do mínimo em saúde pelo Estado, necessário à amenização das expressões da “questão social” e, portanto, à promoção da coesão e controle social. Na esfera das políticas educacionais, o PSE está incluso no campo das estratégias voltadas à melhoria da qualidade da educação básica. Tanto nas políticas de saúde quanto nas políticas de educação, o PSE está relacionado à perspectiva de contenção das desigualdades sociais e da pobreza.

A análise dos documentos que compõem a agenda brasileira das políticas de educação e saúde na escola permitiu identificar significativas similitudes entre as diretrizes nacionais e internacionais no âmbito de tais políticas. Dentre as semelhanças, destacou-se: a importância dada à saúde como estratégia fundamental para a melhoria da qualidade da educação básica, a relevância da educação para a melhoria da qualidade dos serviços de saúde e o papel fundamental das políticas de educação e saúde na escola para o desenvolvimento socioeconômico e combate às desigualdades sociais e pobreza.

Os pontos de homogeneidade entre as políticas nacionais e internacionais de educação e saúde na escola supracitados, aclarados com as análises efetivadas na segunda e terceira seção desta dissertação, tornaram possível identificar a existência de uma agenda globalmente estruturada no campo das políticas de educação e saúde na escola. Embora a política nacional comporte alguns contornos diferenciados frente a internacional, derivados das próprias particularidades da realidade brasileira, as proposições gerais que sustentam tais políticas são fundamentalmente as mesmas.

Ante tal constatação, entende-se que as políticas nacionais de educação e saúde na escola são expressões resultantes da condensação de diferentes forças internacionais e nacionais desprendidas no contexto de crise estrutural do capital e de emergência de novas formas de regulação social. Tais políticas não emanaram, portanto, de um só ator ou de uma só vontade, mas sim, de um conjunto heterogêneo de determinantes e sujeitos sociais. Importante reforçar, contudo, que a assimilação nacional dos preceitos internacionais relativos às políticas de educação

e saúde na escola não foi conduzida por intermédio da imposição supranacional. Como pretendeu-se deixar claro no desenvolvimento deste trabalho, o governo federal – especialmente por meio do Ministério da Educação, Ministério da Saúde e Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome – participou de forma ativa do processo de internalização nacional das diretrizes internacionais. Dito de outro modo, a influência internacional sobre as políticas brasileiras de educação e saúde na escola foi mediada por diversos sujeitos e atores sociais, tanto nacionais quanto internacionais.

No mesmo sentido, observou-se que a influência das diretrizes internacionais nas políticas brasileiras de educação e saúde na escola não foi via simples transposição. Como destacado no corpo desta dissertação, se, em âmbito internacional, o ideário contemporâneo das políticas de educação e saúde na escola começou a ser construído no contexto da década de 1960, no Brasil, tais preceitos passaram a compor os documentos de políticas posteriormente à segunda metade da década de 1980, com o ápice do movimento da reforma sanitária.

Na quarta seção, o objetivo foi analisar os principais pilares teóricos sustentadores das políticas brasileiras de educação e saúde na escola e, mais especificamente, do Programa Saúde na Escola, com vistas a apreender a função social que tais políticas vêm exercendo na atualidade.

Com base na análise dos documentos de políticas que sustentam o Programa Saúde na Escola, foi possível identificar que o principal fundamento dessa política é o constructo ideológico [ou doutrina] e o movimento político neoliberal da Terceira Via. O que, por decorrência, possibilitou a compreensão do PSE como parte do conjunto de estratégias utilizadas pelo Estado educador brasileiro direcionadas à compatibilização de uma economia de mercado com justiça social. Em última instância, esse raciocínio levou a compreender o PSE como uma das estratégias burguesas em curso para a efetivação do projeto de “humanização do capital” defendido pelo neoliberalismo de Terceira Via.

No bojo do constructo teórico e ideológico do neoliberalismo de Terceira Via, pôde-se identificar que o PSE estabelece relação direta com três grandes componentes desse movimento: a noção de “sociedade civil ativa” e o projeto do “Terceiro Setor”, a ideologia do “capital social” e a teoria do “capital humano”. Apreendeu-se também que esses elementos, desenvolvidos de forma simultânea e complementar, estão inclusos no domínio da “nova pedagogia da hegemonia” –

projeto educacional burguês contemporâneo, fundamentado nos preceitos do neoliberalismo de Terceira Via, que pretende, por meio da repolitização da sociedade civil, construir um novo padrão de sociabilidade e reestabelecer a hegemonia burguesa.

Tais aproximações permitiram entender o Programa Saúde na Escola como parte do projeto socioeducativo burguês em andamento para a edificação do novo padrão de sociabilidade e, portanto, como um instrumento de difusão da “nova pedagogia da hegemonia”. O entendimento foi de que o PSE vem desempenhando importante papel como agente no processo de formação e de disseminação da ideologia de sujeitos ativos e autônomos em saúde. Nesse sentido, conclui-se que o programa analisado está atuando na criação de uma nova racionalidade ideológica, voltada à edificação e legitimação do contrato social da Terceira Via, que intenta combinar o protagonismo da sociedade civil com o afastamento do Estado no oferecimento dos serviços sociais.

Além disso, as análises empreendidas na quarta seção propiciaram identificar a importância do Programa Saúde na Escola para a amenização das manifestações da “questão social”, aprofundadas no contexto de crise estrutural do capital. Administrar estrategicamente tais expressões importa ao capital, tendo em vista que elas estão relacionadas ao enfraquecimento da coesão social e, uma vez adequadamente interpretadas para além da racionalidade ideológica do capital, deixam socialmente mais evidentes as contradições próprias do sistema capitalista. Ademais, o Estado, sujeito mediador da relação de exploração capitalista, precisa traçar mecanismos, tais como o PSE para manter a força de trabalho em condições físicas compatíveis às necessidades de exploração.

Considerando o exposto, chegou-se ao entendimento de que as políticas de educação e saúde na escola, que incluem o Programa Saúde na Escola, vêm exercendo sua função social de duas principais formas. Primeiramente, na medida em que atua de modo ativo na construção da nova racionalidade ideológica voltada à constituição da nova sociabilidade burguesa, nos marcos do predomínio do neoliberalismo de Terceira Via. E também porque colabora com a amenização das manifestações da “questão social” e a manutenção da força de trabalho em condições físicas aptas à exploração. A identificação dessa função social permitiu compreender o Programa Saúde na Escola como um dos meios pelos quais o capital

vem se valendo para alargar, ao máximo possível, as fases de estabilização da sociabilidade capitalista.

As políticas públicas de educação e saúde na escola integram o conjunto de estratégias políticas de controle e regulação capitalistas voltadas ao enfrentamento das manifestações da “questão social”, aprofundadas na transição do século XX para o XXI. Ao propalarem a possibilidade de superação das contradições sociais estruturalmente capitalistas por intermédio de ajustes no campo dos efeitos e das consequências destas, as políticas em foco vêm exercendo a função ideológica de legitimar os mecanismos políticos de controle e regulação do sociometabolismo capitalista.

Entretanto, como apresentado, a constatação de que as políticas de educação e saúde na escola – e o Programa Saúde na Escola – mantém relações com as estratégias atuais de regulação social do capital convive com a verificação de que essa política também exprime conquistas da classe trabalhadora no campo dos direitos sociais. Assim, como objeto estruturalmente contraditório, as políticas analisadas nesta dissertação, ao mesmo tempo em que são um instrumento funcional ao capital, são também um meio para a garantia dos direitos sociais básicos à saúde e à educação para a classe trabalhadora.

Como explica Marx (2009), a dinâmica que envolve a garantia e ampliação dos direitos sociais se esbarra nos limites da condição de emancipação política, ou seja, no mais elevado grau de liberdade possível dentro dos limites da sociedade capitalista. Entretanto, as lutas coletivas em prol desses direitos – resultantes da emancipação jurídico-política e materializados pelas políticas sociais – são indispensáveis para se contrapor à tendência de solapamento dos direitos sociais encaminhada pela ofensiva histórica neoliberal. A oposição entre a luta pelos direitos humanos e a luta pela emancipação humana revela-se insustentável face a importância da defesa dos direitos humanos para o acúmulo de forças e fortalecimento do projeto de superação do capital.

Importa externalizar que o intuito com o desenvolvimento desta dissertação foi desvelar a funcionalidade das políticas de educação e saúde na escola na dinâmica atual do movimento capitalista, de forma a apontar o lugar que essas políticas ocupam na sua dinâmica. Defende-se a ampliação e a efetivação do PSE como política pública no Brasil, considerando a relevância dessa política como mediadora para a garantia de direitos sociais. Alerta-se, contudo, que apesar de importante, se

desarticulada de um projeto histórico estratégico comprometido com a transformação radical da sociedade, essa política é insuficiente quando se almeja a construção de uma sociedade qualitativamente superior ao capitalismo.

Espera-se, por fim, que as análises desenvolvidas neste trabalho, bem como as fontes compiladas possam subsidiar a elaboração de novas pesquisas, especialmente as comprometidas não somente com o conhecimento da realidade, mas também com sua radical transformação na direção da emancipação humana.

REFERÊNCIAS

ADRIÃO, Theresa; CAMARGO, Rubens Barbosa. A gestão democrática na Constituição Federal de 1988. In: OLIVEIRA, Romualdo Portela; ADRIÃO, Theresa (Orgs.). **Gestão, financiamento e direito à educação**. 3. ed. São Paulo: Xamã, 2007. p. 63-71.

AFONSO, Almerindo Janela. Reforma do Estado e políticas educacionais: entre a crise do Estado-Nação e a emergência da regulação supranacional. **Educação & Sociedade**, Campinas, ano XXII, n. 75, p. 15-32, ago. 2001. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/es/v22n75/22n75a03.pdf>>. Acesso em: 10 nov. 2013.

ALBUQUERQUE, Débora Lima Barbosa; MENEZES, Cristiane Souza. Educação alimentar na escola: em busca de uma vida saudável. In: ENCONTRO DE PESQUISA EDUCACIONAL EM PERNAMBUCO, 3, 2011, Recife. **Anais...** Recife: Fundaj, 2011. p. 1-25. Disponível em: <http://www.ufpe.br/ce/images/Graduacao_pedagogia/pdf/2010.1/educacao%20alimentar%20na%20escola%20em%20busca%20de%20uma%20vida%20saudavel.pdf>. Acesso em: 22 jul. 2014.

ANDERSON, Perry. Balanço do neoliberalismo. In: SADER, Emir; GENTILI, Pablo (Orgs.). **Pós-neoliberalismo**: as políticas sociais e o Estado democrático. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2000. p. 9-23.

AUDITORIA CIDADÃ DA DÍVIDA. **É por direitos! Auditoria da Dívida Já!** – Confira os gráficos do orçamento de 2014, 2013 e 2012. 2014. Disponível em: <<http://www.auditoriacidada.org.br/e-por-direitos-auditoria-da-divida-ja-confira-o-grafico-do-orcamento-de-2012/>>. Acesso em: 09 jul. 2014.

BANCO MUNDIAL. **Prioridades y estrategias para la educación**: Examen del Banco Mundial. Washington: Banco Mundial, 1996. Disponível em: <http://www-wds.worldbank.org/external/default/WDSContentServer/WDSP/IB/2005/06/13/000160016_20050613172136/Rendered/PDF/14948010spanish.pdf>. Acesso em: 29 out. 2013.

_____. **About**. 2014. Disponível em: <<http://www.worldbank.org/>>. Acesso em: 31 mar. 2014.

BARCO, Silvia Noemí. Políticas focalizadas. In: OLIVEIRA, D. A.; DUARTE, A. M. C.; VIEIRA, L. M. F. **DICIONÁRIO**: Trabalho, profissão e condição docente. Belo Horizonte: UFMG/Faculdade de Educação, 2010. CD-ROM.

BARROSO, João. O Estado, a educação e a regulação das políticas públicas. **Educação & Sociedade**, Campinas, SP, v. 26, n. 92 (Especial), p. 725-751, out. 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/es/v26n92/v26n92a02.pdf>>. Acesso em: 16 jul. 2014.

BARZOTTO, Luís Fernando. Justiça social: gênese, estrutura e aplicação de um conceito. **Revista da Procuradoria-Geral do Município de Porto Alegre**, Porto Alegre, n. 17, p. 15-56, 2003. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/revista/Rev_48/artigos/ART_LUIS.htm>. Acesso em: 16 jul. 2014.

BECKER, Daniel. **No seio da família**: amamentação e promoção da saúde no Programa de Saúde da Família. 2001. 127f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 2001. Disponível em: <http://portaldeseres.icict.fiocruz.br/transf.php?script=thes_cover&id=000040&lng=pt&nr=iso>. Acesso em: 16 jul. 2014.

BEHRING, Elaine Rossetti. **Política social no capitalismo tardio**. 3. ed. São Paulo: Cortez, 2007.

BEHRING, Elaine Rossetti. Acumulação capitalista, fundo público e política social. In: BOSCHETTI, Ivanete; BEHRING, Elaine Rossetti; SANTOS, Silvana Mara de Moraes; MIOTO, Regina Célia Tamasso (Orgs.). **Política social no capitalismo**: tendências contemporâneas. São Paulo: Cortez, 2008. p. 44-63.

BEHRING, Elaine Rossetti; BOSCHETTI, Ivanete. Keynesianismo-fordismo e a generalização da política social. In: _____. **Política social**: fundamentos e história. 4. ed. São Paulo: Cortez, 2008. p. 82-111.

BLAIR, Tony; SCHROEDER, Gerhard. Europa: A Terceira Via / O Novo Centro. **Terra vista**. ago. 1999. Disponível em: <<http://www.terravista.pt/Bilene/4140/novocentro.htm>> Acesso em: 17 maio 2000.

BOGO, Ademar. O institucional e o seu contrário. Dossiê esquerdas, eleições e transformações estruturais da sociedade brasileira. **Blog Marxismo 21**, 2014. Disponível em: <<http://marxismo21.org/wp-content/uploads/2014/09/Ademar-Bogo.pdf>>. Acesso em: 04 out. 2014.

BOITO JR., Armando. **Política neoliberal e sindicalismo no Brasil**. São Paulo: Xamã, 1999.

_____. A hegemonia neoliberal no governo Lula. **Crítica marxista**, Rio de Janeiro, n. 17, p. 9-35, 2003. Disponível em: <http://biblioteca.clacso.edu.ar/Brasil/ifch-unicamp/20121129113308/Governo_Lula.pdf>. Acesso em: 10 dez. 2013.

BOSCHETTI, Ivanete; BEHRING, Elaine Rossetti; SANTOS, Silvana Mara de Moraes, *et al* (Orgs.). **Política social no capitalismo**: tendências contemporâneas. São Paulo: Cortez, 2008.

BOTTOMORE, Tom. **Dicionário do pensamento marxista**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2001.

BRASIL. **Lei nº 4.024**, de 20 de dezembro de 1961. Fixa as Diretrizes e Bases da Educação Nacional. Brasília, DF, dez. 1961. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l4024.htm>. Acesso em: 11 jul. 2014.

_____. **Lei nº 5.692**, de 11 de agosto de 1971. Fixa Diretrizes e Bases para o Ensino de 1º e 2º graus, e dá outras providências. Brasília, DF, ago. 1971. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l5692.htm>. Acesso em: 02 jun. 2013.

_____. **Lei nº 6938**, de 31 de agosto de 1981. Dispõe sobre a Política Nacional do Meio Ambiente, seus fins e mecanismos de formulação e aplicação, e dá outras providências. Brasília, DF, ago. 1981. Disponível em: <http://www.marica.rj.gov.br/fazenda/legislacao_complementar/politica_meio_ambiente/prote_o_meio_ambiente.pdf>. Acesso em: 26 set. 2013.

_____. Ministério da Saúde. **Relatório Final da 8ª Conferência Nacional de Saúde**. In: CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 8. mar.1986. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio_8.pdf>. Acesso em: 26 abr. 2013.

_____. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. 1988. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm>. Acesso em: 24 nov. 2013.

_____. **Lei nº 8.080**, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, DF, set. 1990a. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm>. Acesso em: 01 ago. 2013.

_____. **Lei nº 8.069**, de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. Brasília, DF, jul. 1990b. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8069.htm>. Acesso em: 18 jan. 2014.

_____. **Lei nº 8.142**, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Brasília, DF, dez. 1990c. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8142.htm>. Acesso em: 15 jul. 2014.

_____. **Plano Decenal de Educação para Todos**. Brasília, DF: MEC, 1993. Disponível em: <<http://www.dominiopublico.gov.br/download/texto/me001523.pdf>>. Acesso em: 13 out. 2013.

_____. **Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado**. Brasília, DF: Presidência da República, Câmara da Reforma do Estado, Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado, 1995. Disponível em: <<http://www.bresserpereira.org.br/Documents/MARE/PlanoDiretor/planodiretor.pdf>>. Acesso em: 24 nov. 2013.

_____. **Lei nº 9.394**, de 20 de dezembro de 1996. Estabelece as diretrizes e bases da educação nacional. Brasília, DF, dez. 1996. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l9394.htm>. Acesso em: 03 ago. 2013.

_____. **Introdução aos Parâmetros Curriculares Nacionais**. Brasília, DF: MEC/SEF, 1997a. Disponível em: <<http://portal.mec.gov.br/seb/arquivos/pdf/livro01.pdf>>. Acesso em: 04 ago. 2013.

_____. **Parâmetros Curriculares Nacionais – Saúde**. 1997b. Disponível em: <<http://portal.mec.gov.br/seb/arquivos/pdf/saude.pdf>>. Acesso em: 04 ago. 2013.

_____. Ministério da Saúde. **Política Nacional de DST/Aids**: princípios e diretrizes. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 1999a. Disponível em: <http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed_protect/---protrav/---ilo_aids/documents/legaldocument/wcms_127698.pdf>. Acesso em: 28 set. 2013.

_____. **Programa Nacional de Controle da Tuberculose**. 1999b. Disponível em: <<http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/ProgramaTB.pdf>>. Acesso em: 13 out. 2013.

_____. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN)**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2003. Disponível em: <<http://189.28.128.100/nutricao/docs/geral/pnan.pdf>>. Acesso em: 31 maio 2013.

_____. **Portaria nº 2.073/GM**, de 28 de setembro de 2004. Institui a Política Nacional de Atenção à Saúde Auditiva. 2004a. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2004/GM/GM-2073.htm>>. Acesso em: 18 jan. 2014.

_____. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher**: Princípios e Diretrizes. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2004b. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/ultimas_noticias/2007/politica_mulher.pdf>. Acesso em: 13 jul. 2014.

_____. **Lei nº 11.079**, de 30 de dezembro de 2004. Institui normas gerais para licitação e contratação de parceria público-privada no âmbito da administração pública. 2004c. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2004/lei/l11079.htm>. Acesso em: 04 set. 2014.

_____. **Resolução nº 03/GSIPR/CH/CONAD**, de 27 de outubro de 2005. Aprova a Política Nacional sobre Drogas. 2005. Disponível em: <<http://www.obid.senad.gov.br/portais/OBID/biblioteca/documentos/Legislacao/328898.pdf>>. Acesso em: 13 jul. 2014.

_____. Ministério da Saúde. **Política nacional de promoção da saúde**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2006a. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/pactovolume7.pdf>>. Acesso em: 26 abr. 2013.

_____. Ministério da Saúde. **Diretrizes para implantação do Projeto Saúde e Prevenção nas Escolas**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2006b. Disponível em: <http://www.unicef.org/brazil/pt/SPE_Guia_Diretrizes.pdf>. Acesso em: 04 ago. 2013.

_____. **Decreto nº 5.800**, de 8 de junho de 2006. 2006c. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/decreto/d5800.htm>. Acesso em: 18 jan. 2014.

_____. Ministério da Educação. **Política Nacional de Educação Infantil**: pelo direito das crianças de zero a seis anos à educação. Brasília, DF: MEC, SEB, 2006d. Disponível em: <http://www.oei.es/quipu/brasil/pol_educ_infantil.pdf>. Acesso em: 13 jul. 2014.

_____. **Lei nº 11.274**, de 6 de fevereiro de 2006. Altera a redação dos arts. 29, 30, 32 e 87 da Lei no 9.394, de 20 de dezembro de 1996, que estabelece as diretrizes e bases da educação nacional, dispondo sobre a duração de 9 (nove) anos para o ensino fundamental, com matrícula obrigatória a partir dos 6 (seis) anos de idade. Brasília, DF, 2006e. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2006/Lei/L11274.htm>. Acesso em: 13 jul. 2014.

_____. **Decreto nº 6.286**, de 5 de dezembro de 2007. Institui o Programa Saúde na Escola – PSE, e dá outras providências. Brasília, DF, dez. 2007a. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2007/decreto/d6286.htm>. Acesso em: 05 fev. 2013.

_____. Ministério da Educação. **O Plano de Desenvolvimento da Educação**: Razões, princípios e programas. 2007b. Disponível em: <<http://portal.mec.gov.br/arquivos/livro/>>. Acesso em: 27 set. 2013.

_____. **Portaria Normativa Interministerial nº 17**, de 24 de abril de 2007. Institui o Programa Mais Educação, que visa fomentar a educação integral de crianças, adolescentes e jovens, por meio do apoio a atividades socioeducativas no contraturno escolar. Brasília, DF, abr. 2007c. Disponível em: <http://www.abmes.org.br/abmes/public/arquivos/legislacoes/Port_Norm_Inter_017_2007_04_24.pdf>. Acesso em: 18 jan. 2014.

_____. **Portaria nº 675**, de 04 de junho de 2008. Institui a Comissão Intersetorial de Educação e Saúde na Escola. 2008a. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/mec/pri0675_04_06_2008.pdf>. Acesso em: 18 jan. 2014.

_____. Ministério da Saúde. **Mais Saúde – Direito de Todos 2008-2011**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2008b. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/mais_saude_direito_todos_2ed.pdf>. Acesso em: 18 jan. 2014.

_____. **Portaria nº 1.861**, de 4 de setembro de 2008. Estabelece recursos financeiros pela adesão ao PSE para Municípios com equipes de Saúde da Família, priorizados a partir do Índice de Desenvolvimento da Educação Básica – IDEB, que aderirem ao Programa Saúde na Escola – PSE. Brasília, DF, 2008c. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt1861_04_09_2008_rep.html>. Acesso em: 12 jul. 2014.

_____. Ministério da Educação (MEC). **Salto para o Futuro – Série Saúde e Educação**: uma relação possível e necessária, Programa 1: Integração das Políticas de Saúde e Educação. TV-Escola: o canal da educação. 2009a. Disponível em: <http://tvescola.mec.gov.br/index.php?option=com_zoo&view=item&item_id=1248>. Acesso em: 13 abr. 2013.

_____. Ministério da Educação. **Indicadores da Qualidade na Educação Infantil**. Brasília, DF: MEC/SEB, 2009b. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/dmdocuments/indic_qualit_educ_infantil.pdf>. Acesso em: 13 jul. 2014.

_____. Ministério da Educação. **Resolução nº 4**, de 13 de julho de 2010. Define Diretrizes Curriculares Nacionais Gerais para a Educação Básica. 2010a. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_content&view=article&id=12992>. Acesso em: 27 abr. 2013.

_____. Ministério da Educação. **Agenda Educação e Saúde / Programa Saúde na Escola**. Brasília, DF: Programa Saúde na Escola, 2010b.

_____. Ministério da Saúde. **Orientações para elaboração do Projeto Municipal – PSE**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2010c. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/geral/orientacao_elaboracao_projetoPSE.pdf>. Acesso em: 04 ago. 2013.

_____. **Legislação e políticas públicas sobre drogas no Brasil**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2010d.

_____. Ministério da Saúde/Ministério da Educação. **Passo a Passo PSE Programa Saúde na Escola**: Tecendo caminhos da Intersetorialidade. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2011a. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/legislacao/passo_a_passo_pse.pdf>. Acesso em: 18 abr. 2013.

_____. Ministério da Saúde. **Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não-Transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022**. Brasília, DF: Ministério da Saúde. 2011b. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/cartilha_dcnt_pequena_portugues_esp_anhol.pdf>. Acesso em: 18 abr. 2013.

_____. **Projeto de Lei** – Aprova o Plano Nacional de Educação para o decênio 2011-2020, e dá outras providências. 2011c. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_content&id=16478&Itemid=1107>. Acesso em: 18 abr. 2013.

_____. **Decreto nº 7.492**, de 02 de junho de 2011. Institui o Plano Brasil Sem Miséria. 2011d. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2011/Decreto/D7492.htm>. Acesso em: 31 maio 2013.

_____. Ministério da Saúde. **História das conferências de saúde**. 2011e. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/14cns/historias.html>>. Acesso em: 20 mar. 2014.

_____. **Portaria nº 357**, de 1º de março de 2012. Institui a Semana Anual de Mobilização Saúde na Escola (Semana Saúde na Escola) e o respectivo incentivo financeiro, e estabelece regras específicas para a execução no ano de 2012. 2012a. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm./2012/prt0357_01_03_2012.html>. Acesso em: 18 jan. 2014.

_____. **Brasil carinhoso vai retirar da miséria famílias com filhos de até seis anos**. 2012b. Disponível em: <<http://www.brasil.gov.br/noticias/arquivos/2012/07/06/brasil-carinhoso-vai-retirar-da-miseria-familias-com-filhos-de-ate-seis-anos>>. Acesso em: 31 maio 2013.

_____. **Resolução/CD/FNDE nº 15**, de 13 de junho de 2012. Estabelece critérios e procedimentos para assistência financeira às Instituições Federais de Ensino Superior e Instituições Federais de Pesquisa no que diz respeito à formação continuada e pesquisa no âmbito do Programa Saúde na Escola da Secretaria de Educação Básica. 2012c. Disponível em: <<http://www.fnde.gov.br/fnde/legislacao/resolucoes/item/3525-resolu%C3%A7%C3%A3o-cd-fnde-n%C2%BA-15-de-13-de-junho-de-2012>>. Acesso em: 12 jul. 2014.

_____. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde**. 2013a. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/profissional/area.cfm?id_area=1484>. Acesso em: 31 maio 2013.

_____. Ministério da Saúde. **Saúde da Família: Passo a Passo** do Departamento de Atenção Básica. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013b. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/passo_a_passo_dab.pdf>. Acesso em: 30 ago. 2013.

_____. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. **Plano Brasil sem Miséria**. 2013c. Disponível em: <<http://www.mds.gov.br/falemds/perguntas-frequentes/superacao-da-extrema-pobreza%20plano-brasil-sem-miseria-1/plano-brasil-sem-miseria>>. Acesso em: 17 maio 2013.

_____. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. **Brasil carinhoso – Primeira Infância**. 2013d. Disponível em: <<http://www.mds.gov.br/falemds/perguntas-frequentes/superacao-da-extrema-pobreza%20plano-brasil-sem-miseria-1/brasil-carinhoso-2013-primeira-infancia>>. Acesso em: 17 maio 2013.

_____. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB)**. Brasília, DF: Ministério da Saúde. 2013e. Disponível em: <<http://dab.saude.gov.br/portaldab/pnsb.php>>. Acesso em: 25 maio 2013.

_____. Ministério da Saúde. **Programa Saúde da Família**. 2013f. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/cidadao/area.cfm?id_area=149>. Acesso em: 12 maio 2013.

_____. Ministério do Esporte. **Projeto Esporte e Lazer da Cidade**. 2013g. Disponível em: <<http://www.esporte.gov.br/snelis/esporteLazer/default.jsp>>. Acesso em: 19 abr. 2013.

_____. **BPC na Escola**. 2013h. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_content&view=article&id=12291>. Acesso em: 12 out. 2013.

_____. Ministério da Saúde. **Projeto Olhar Brasil**. 2013i. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/area.cfm?id_area=1298>. Acesso em: 31 maio 2013.

_____. Ministério da Educação. **Programa Escola Aberta**. 2013j. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_content&view=article&id=16738&Itemid=811>. Acesso em: 19 abr. 2013.

_____. Ministério do Esporte. **Segundo Tempo (PST)**. 2013k. Disponível em: <<http://www.esporte.gov.br/snelis/segundotempo/default.jsp>>. Acesso em: 19 abr. 2013.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.681**, de 7 de novembro de 2013. Redefine o Programa Academia da Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). 2013l. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt2681_07_11_2013.html>. Acesso em: 13 jul. 2014.

_____. Ministério da Saúde. **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. 2013m. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/pri1413_10_07_2013.html>. Acesso em: 05 abr. 2014.

_____. Ministério dos Transportes. **Leilão do lote composto por BR-060/153/262/DF/GO/MG**. 2013n. Disponível em: <<http://www.transportes.gov.br/conteudo/96448>>. Acesso em: 12 jul. 2014.

_____. **Lei nº 12.796**, de 4 de abril de 2013. Altera a Lei no 9.394, de 20 de dezembro de 1996, que estabelece as diretrizes e bases da educação nacional, para dispor sobre a formação dos profissionais da educação e dar outras providências. 2013o. Disponível em: < http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2013/Lei/L12796.htm>. Acesso em: 12 jul. 2014.

_____. Ministério da Saúde/Ministério da Educação. **Manual para adesão – Programa Saúde na Escola**. Brasília, DF: Ministério da Saúde. 2013p. Disponível em: <http://www.sgc.goias.gov.br/upload/links/arq_139_manualadesaopassoapasso.pdf>. Acesso em: 12 jul. 2014.

_____. Ministério da Saúde/Ministério da Educação. **Portaria Interministerial nº 15, de 10 de outubro de 2013**. 2013q. Disponível em: <http://www.lex.com.br/legis_24934022_PORTARIA_INTERMINISTERIAL_N_15_DE_10_DE_OUTUBRO_DE_2013.aspx>. Acesso em: 02 set. 2014.

_____. Ministério da Saúde. **Programa Saúde na Escola: Manual Instrutivo**. Brasília, 2013r. Disponível em: <http://www.pmf.sc.gov.br/arquivos/arquivos/pdf/19_06_2013_16.21.18.880166244cb983df2c85e0bcc746a73b.pdf>. Acesso em: 19 out. 2014.

_____. **Lei nº 13.005**, de 25 junho de 2014. Aprova o Plano Nacional de Educação – PNE e dá outras providências. 2014a. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/CCIVIL_03/_Ato2011-2014/2014/Lei/L13005.htm>. Acesso em: 05 jul. 2014.

_____. **Os objetivos de desenvolvimento do milênio**. 2014b. Disponível em: <<http://www.odmbrasil.gov.br/os-objetivos-de-desenvolvimento-do-milenio>>. Acesso em: 10 jul. 2014.

_____. Ministério da Saúde/Ministério da Educação. **Guia de sugestões de atividades – Semana Saúde na Escola (2014)**. 2014c. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/guia_semana_saude_escola_2014.pdf>. Acesso em: 02 set. 2014.

BRASIL; OPAS. ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DA SAÚDE. **Escolas promotoras de saúde: experiências no Brasil**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2007. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/escolas_promotoras_saude_experiencias_brasil_p1.pdf>. Acesso em: 18 jan. 2014.

BRAVO, Maria Inês; MATOS, Maurílio Castro. A saúde no Brasil: Reforma sanitária e ofensiva neoliberal. In: BRAVO, Maria Inês; PEREIRA, Potyara Amazoneida Pereira (Orgs.). **Política social e democracia**. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: UERJ, 2012. p. 200-220.

BRESSER-PEREIRA WEBSITE. **Reforma da gestão pública** – Documentos e trabalhos sobre a reforma gerencial do Estado brasileiro. 2014. Disponível em: <<http://www.bresserpereira.org.br/recipient3.asp?cat=100>>. Acesso em: 04 set. 2014.

BRITO, Ahécio Kleber Araújo; SILVA, Francisca Islandia Cardoso; FRANÇA, Nanci Maria. Programas de intervenção nas escolas brasileiras: uma contribuição da escola para a educação em saúde. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 36, n. 95, p. 624-632, out./dez. 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v36n95/a14v36n95.pdf>>. Acesso em: 02 out. 2014.

BUENO, Denise. **Programa Saúde na Escola (PSE):** desafios da intersectorialidade. Ministério da Saúde. In: SEMINÁRIO INTEGRADO DA POLÍTICA DE SAÚDE NA ESCOLA. Fortaleza, jun. 2012. Disponível em: <<http://www.itarget.com.br/newclients/undimece.org.br/2011/extra/download/Apresentacao.pdf>>. Acesso em: 12 maio 2013.

CALIXTO, Dodô. Mapa da desigualdade em 2013: 0,7% da população detém 41% da riqueza mundial. **Rede Brasil Atual**. 2013. Disponível em: <<http://www.redebrasilatual.com.br/mundo/2013/10/mapa-da-desigualdade-em-2013-0-7-da-populacao-detem-41-da-riqueza-mundial-3939.html>>. Acesso em: 09 jul. 2014.

CAMARGO, Tatiéle dos Santos; SANTOS, Aline Amaral; PEREIRA, Flávia Michelle, *et al.* Programa Saúde na Escola: um relato de experiência multiprofissional em uma unidade de estratégia de Saúde da Família de Santa Rosa/RS. **Salão do conhecimento: ciência, tecnologia e desenvolvimento social**, Ijuí, 2014. p. 1-6. Disponível em: <<https://www.revistas.unijui.edu.br/index.php/salaconhecimento/article/view/3487>>. Acesso em: 02 out. 2014.

CAMBRICOLI, Fabiana. Mortes por obesidade triplicam no Brasil em 10 anos. **Estadão**, abr. 2014. Disponível em: <<https://br.noticias.yahoo.com/mortes-obesidade-triplicam-brasil-10-anos-113300557.html>>. Acesso em: 29 abr. 2014.

CARCANHOLO, Marcelo Dias. **Abertura externa e liberalização financeira:** impactos sobre crescimento e distribuição no Brasil dos anos 90. 2002. 255f. Tese (Doutorado em Economia) – Instituto de Economia, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2002.

CARVALHO, Elma Júlia Gonçalves. Reestruturação produtiva, reforma administrativa do Estado e gestão da educação. **Educ. Soc.**, Campinas, SP, v. 109, p. 1139-1166, set./dez. 2009.

CARVALHO, Cristiane Queiroz Leite. O desafio da articulação das políticas de educação e assistência social como uma alternativa de enfrentamento das expressões da questão social no espaço escolar. In: JORNADA INTERNACIONAL DE POLÍTICAS PÚBLICAS, 5., 2011. São Luís. **Anais...** São Luís, 2011. p. 1-10. Disponível em: <http://www.joinpp.ufma.br/jornadas/joinpp2011/CdVjornada/JORNADA_EIXO_2011/>

IMPASSES_E_DESAFIOS_DAS_POLITICAS_DE_EDUCACAO/O_DESAFIO_DA_ARTICULACAO_DAS_POLITICAS_DE_EDUCACAO_E_ASSISTENCIA_SOCIAL.pdf >. Acesso em: 04 set. 2014.

CARVALHO, Fabio Fortunato Brasil. **A saúde na escola e a promoção da saúde: conhecendo a dinâmica intersetorial em Duque de Caxias e Nova Iguaçu – RJ.** 2012. 112f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2012.

CASTRO, Marcus Faro (Org.). **Sociedade civil e o monitoramento das instituições financeiras multilaterais.** Brasília, DF: Rede Brasil sobre Instituições Financeiras Multilaterais, 2005.

CAVICHIOLO, Silvia. **Ministro Padilha lança semana de mobilização em escola do DF.** 2013. Disponível em: <<http://www.blog.saude.gov.br/ministro-padilha-lanca-semana-de-mobilizacao-em-escola-do-df/>>. Acesso em: 17 abr. 2013.

CHAUÍ, Marilena. Fantasia da Terceira Via. **Jornal Folha de São Paulo** (Entrevista). São Paulo, dez.1999. Disponível em: <<http://www1.folha.uol.com.br/fsp/mais/fs1912199904.htm>>. Acesso em: 05 jul. 2013.

CHESNAIS, François (Org.). **Finança mundializada.** São Paulo: Boitempo, 2005.

COLLOR, Fernando. **Brasil: um projeto de reconstrução nacional.** Brasília, DF: Secretaria de Imprensa da Presidência da República, 1991.

COMISSÃO DAS COMUNIDADES EUROPEIAS. **Livro Branco – Juntos para a saúde: uma abordagem estratégica para a UE (2008-2013).** Bruxelas, out. 2007. Disponível em: <http://ec.europa.eu/health/archive/ph_overview/documents/strategy_wp_pt.pdf>. Acesso em: 22 nov. 2013.

CONTRI, André Luís. Uma avaliação da economia brasileira no Governo Dilma. **Indic. Econ. FEE**, Porto Alegre, v. 41, n. 4, p. 9-20, 2014.

COOPER, Carlos Leal Ferreira. **A saúde na sala de aula: um diálogo a construir.** 2006. 150f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) - Universidade do Estado do Rio de Janeiro/Instituto de Medicina Social, Rio de Janeiro, 2006. Disponível em: <http://www.dominiopublico.gov.br/pesquisa/DetalheObraForm.do?select_action=&o_obra=158080>. Acesso em: 24 jan. 2013.

CORREIA, Maria Valéria Costa. Orientações do Banco Mundial à política de saúde brasileira: flexibilização da gestão e as fundações estatais. In: ENCONTRO NACIONAL DE PESQUISADORES EM SERVIÇO SOCIAL - TRABALHO, POLÍTICAS SOCIAIS E PROJETO ÉTICO-POLÍTICO PROFISSIONAL DO SERVIÇO SOCIAL: RESISTÊNCIAS E DESAFIOS, 11., 2008, São Luís. **Anais ...** São Luís: ABEPSS, 2008. p. 1-22. Disponível em: <<https://www.google.com.br/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=0C0QFjAA&url=http%3A%2F%2Fxa.yimg.com%2Fkq%2Fgroups%2F23089490%2F6>>

92218689%2F&ei=pDleU--wGtS2kAfFx4GIBA&usg=AFQjCNHF7HJuRBCP7t_XR3p-gzKGcUG9Ww&sig2=3DuPjv0g2shAkcRgE03XFQ>. Acesso em: 10 mar. 2014.

CORREIO LAGEANO. **O Brasil é o nono maior mercado de fármacos e medicamentos do mundo**. Brasília, DF, abr. 2012. Disponível em: <<http://www.clnmais.com.br/negocios/view/3950/o-brasil-%C3%A9-o-nono-maior-mercado-de-f%C3%A1rmacos-e-medicamentos-do-mundo>>. Acesso em: 12 jul. 2014.

COSTA, Antonio Carlos Gomes da. O adolescente como protagonista. **Instituto Ayrton Senna**, 2007. Disponível em: <<http://www.educacaoetecnologia.org.br/escolaconectada/?p=270>>. Acesso em: 28 dez. 2014.

CRISTINA, Elisabete; SILVEIRA, Cruvello. O espaço das Conferências Internacionais de Educação (CIEs) da OIE/Unesco e o processo de políticas públicas educativas. **R. Bras. Est. Pedagóg.**, Brasília, DF, v. 80, n. 196, p. 440-450, set./dez. 1999.

CRUZ, Sebastião Carlos Velasco. Organizações internacionais e reformas neoliberais: reflexões sobre o tema da propriedade intelectual. In: _____. **O Brasil no mundo: ensaios de análise políticas e prospectiva**. São Paulo: UNESP: Programa San Tiago Dantas de Pós-graduação em Relações Internacionais da Unesp, Unicamp e PUC-SP, 2010. p. 25-41.

CURY, Carlos Roberto Jamil. **Educação e contradição: elementos metodológicos para uma teoria crítica do fenômeno educativo**. São Paulo: Cortez: Autores Associados, 1986.

DALE, Roger. Globalização e educação: demonstrando a existência de uma “Cultura Educacional Mundial Comum” ou localizando uma “Agenda Globalmente Estruturada para a Educação”? **Educ. Soc.**, Campinas, SP, v. 25, n. 87, p. 423-460, maio/ago. 2004.

_____. A sociologia da educação e o Estado após a globalização. **Educ. Soc.**, Campinas, SP, v. 31, n. 113, p. 1099-1120, out./dez. 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/es/v31n113/03.pdf>>. Acesso em: 29 out. 2013.

DRUCK, Graça; FILGUEIRAS, Luiz. Política social focalizada e ajuste fiscal: as duas faces do governo Lula. **Rev. Katál.**, Florianópolis, v. 10, n. 1, p. 24-34, jan./jun. 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rk/v10n1/v10n1a04.pdf>>. Acesso em: 22 dez. 2013.

EBERHARDT, Thaís Dresch; REIS, Luiz Fernando. Programa Saúde na Escola – PSE: estruturado de acordo com os princípios do SUS? In: SEMINÁRIO NACIONAL: ESTADO E POLÍTICAS SOCIAIS, 5., 2011, Cascavel. **Anais...** Cascavel: Unioeste, 2011. p. 1-14. Disponível em: <http://cac.php.unioeste.br/projetos/gpps/midia/seminario6/arqs/Trab_completos_politicas_seguridade/Programa_saude_na_escola_estruturado_sus.pdf>. Acesso em: 02 out. 2014.

ENGELS, Friedrich. **Carta para Joseph Bloch**, de 21-22 de setembro de 1890. Disponível em: <<http://www.marxists.org/portugues/marx/1890/09/22.htm>>. Acesso em: 02 set. 2014.

_____. **Carta a W. Borgius**, de 25 de janeiro de 1894. Disponível em: <<https://www.marxists.org/portugues/marx/1894/01/25.htm>>. Acesso em: 02 set. 2014.

ESTADÃO. **Pediatria da UFRJ fecha por falta de médicos**. Rio de Janeiro, maio 2013a. Disponível em: <<http://www.estadao.com.br/noticias/geral,pediatria-da-ufrj-fecha-por-falta-de-medicos,1032004>>. Acesso em: 09 jul. 2014.

_____. **Governo brasileiro gasta menos com saúde que a média mundial**. 2013b. Disponível em: <<http://noticias.r7.com/saude/governo-brasileiro-gasta-menos-com-saude-que-a-media-mundial-16052013>>. Acesso em: 09 jul. 2013.

EVANGELISTA, Olinda. Apontamentos para o trabalho com documentos de política educacional. In: ARAÚJO, Ronaldo Marcos de Lima; RODRIGUES, Doriedson S. **A pesquisa em trabalho, educação e políticas educacionais**. Campinas, SP: Alínea, 2012. p. 51-71.

FELIX, Wendel. **O Programa Saúde na Escola em escolas municipais de Uberlândia – MG**. 2013. 171f. Dissertação (Mestrado em Geografia) – Universidade Federal de Uberlândia, Uberlândia, MG, 2013. Disponível em: <<http://www.ppgeo.ig.ufu.br/sites/ppgeo.ig.ufu.br/files/Anexos/Bookpage/dissertaco%20copia%20biblioteca.pdf>>. Acesso em: 02 out. 2014.

FERNANDES, Bernardo Mançano. Sobre a tipologia de territórios. In: Saquet, Marco Aurélio; Sposito, Eliseu Saverio. (Orgs.). **Territórios e territorialidades: teorias, processos e conflitos**. São Paulo: Expressão Popular, 2009. Disponível em: http://acciontierra.org/IMG/pdf/BERNARDO_TIPOLOGIA_DE_TERRITORIOS.pdf. Acesso em: 20 set. 2014.

FERREIRA, Izabel do Rocio Costa. **Avaliação da intersectorialidade no Programa Saúde na Escola**. 2012. 235f. Tese (Doutorado em Odontologia) – Pontifícia Universidade Católica do Paraná, Curitiba, 2012.

FERREIRA, Izabel do Rocio Costa; MOYSÉS, Samuel Jorge; FRANÇA, Beatriz Helena Sottile, *et al.* **Avaliação da intersectorialidade no Programa Saúde na Escola**: utilização da Metodologia de Avaliação Rápida. Curitiba: Champagnat, 2014.

FERREIRA, Izabel do Rocio Costa; VOSGERAU, Dilmeire Sant'Anna Ramos; MOYSÉS, Samuel Jorge, *et al.* Diplomas normativos do Programa Saúde na Escola: análise de conteúdo associada à ferramenta ATLAS TI. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 12, p. 3385-3398, 2012.

FIGUEIREDO, Ireni Marilene Zago. A centralidade em educação e em saúde básicas: a estratégia político-ideológica da globalização. **Pro-Posições**, Campinas, v. 19, n. 1, p. 173-187, jan./abr. 2008. Disponível em:

GOMES, Livia Cardoso. **O desafio da intersectorialidade**: a experiência do Programa Saúde na Escola (PSE) em Manguinhos, no município do Rio de Janeiro. 2012. 185f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Rio de Janeiro, 2012. Disponível em: <https://www.google.com.br/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=2&ved=0CDsQFjAB&url=http%3A%2F%2Fbvssp.icict.fiocruz.br%2Ffiledbi%2Fdocsonline%2Fget.php%3Fid%3D2907&ei=GVVEUu_MH4va8wSz2oCACQ&usg=AFQjCNFDzBOoICQOTuSQQiCz4SZh0LW88A>. Acesso em: 26 set. 2013.

GOUVÊA, Leda Aparecida Vanelli Nabuco. Educação para a saúde na legislação educacional no Brasil. In: SEMINÁRIO NACIONAL – ESTADO E POLÍTICAS SOCIAIS NO BRASIL, 1., 2003, Cascavel. **Anais...** Cascavel: Unioeste, 2003. p. 1-15. Disponível em: <<http://cac.php.unioeste.br/projetos/gpps/midia/seminario1/trabalhos/Saude/eixo1/73LedaVNabucodeGouvea.pdf>>. Acesso em: 22 jul. 2014.

GRAGNOLATI, Michele; LINDELOW, Magnus; COUTTOLENC, Bernard. **Twenty years of health system reform in Brazil**: An Assessment of the Sistema Único de Saúde. 2013. Disponível em: <http://jornalggn.com.br/sites/default/files/documentos/banco_mundial-20_anos_da_reforma_do_sistema_de_saude_no_brasil.pdf>. Acesso em: 20 dez. 2013.

GRAMSCI, Antônio. Americanismo e fordismo. In: _____. **Maquiavel, a política e o Estado moderno**. 8. ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1991. p. 375-435.

_____. **Cadernos do cárcere**: introdução ao estudo da filosofia, a filosofia de Benedetto Croce. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1999.

GROPPO, Luís Antonio; MARTINS, Marcos Francisco. Terceira Via e políticas educacionais: um novo mantra para a educação. **RBPAE**, Recife, v. 24, n. 2, p. 215-233, maio/ago. 2008. Disponível em: <<http://seer.ufrgs.br/index.php/rbpae/article/view/19251/11174>>. Acesso em: 18 jan. 2014.

HARVEY, David. **O neoliberalismo**: história e implicações. São Paulo: Loyola, 2008. p. 11-96.

HAYEK, Friedrich August Von. **O caminho da servidão**. Rio de Janeiro: Instituto Neoliberal, 1990.

HIDALGO, Angela Maria. **Gestão e currículo**: fundamentos políticos e epistemológicos dos projetos Escola Cidadã e Cidade Educadora. 2004. 340f. Tese (Doutorado em Educação) – Faculdade de Filosofia e Ciências, Universidade Estadual Paulista, Marília, SP, 2004.

HIRSCH, Joachim. **Teoria materialista do Estado**: processos de transformação do sistema capitalista de Estado. Rio de Janeiro: Revan, 2010.

HÖFLING, Eloísa de Mattos. Estado e políticas (públicas) sociais. **Cadernos Cedes**, São Paulo, ano XXI, n. 55, p. 30-41, nov. 2001.

IAMAMOTO, Marilda; CARVALHO, Raul de. **Relações sociais e serviço social no Brasil**: esboço de uma interpretação histórico-metodológica. 8. ed. São Paulo: Cortez, 1991.

IBGE. INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Perfil das Fundações Privadas e Associações sem Fins Lucrativos**. 2010. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/economia/fasfil/2010/default.shtm>>. Acesso em: 12 jul. 2013.

INEP. INSTITUTO NACIONAL DE ESTUDOS E PESQUISAS EDUCACIONAIS ANÍSIO TEIXEIRA. **Ideb 2011**: Brasil continua a avançar. Brasília, DF, 2011. Disponível em: <<http://inep.gov.br/web/portal-ideb>>. Acesso em: 27 nov. 2013.

_____. **Pisa**. 2013. Disponível em: <<http://portal.inep.gov.br/pisa-programa-internacional-de-avaliacao-de-alunos>>. Acesso em: 27 nov. 2013.

INOJOSA, Rose Marie. Sinergia em políticas e serviços públicos: desenvolvimento social com intersetorialidade. **Cadernos FUNDAP**, São Paulo, n. 22, p. 102-110, 2001.

IPEA. INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA. **Sem renda do Bolsa Família, miséria seria 36% maior**. 2013. Disponível em: <http://www.ipea.gov.br/portal/index.php?option=com_content&view=article&id=20220&catid=4&Itemid=2>. Acesso em: 09 jul. 2014.

IUHPE; OPAS; MS. INTERNATIONAL UNION FOR HEALTH PROMOTION AND EDUCATION; ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE; MINISTÉRIO DA SAÚDE. Carta de São Paulo. In: CONFERÊNCIA REGIONAL LATINO-AMERICANA DE PROMOÇÃO DA SAÚDE E EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE, 3., 2002, São Paulo. **Anais...** São Paulo: UIPES/FSP-CEPEDOC/OPAS/MS, 2002. Disponível em: <<http://www.fsp.usp.br/cepedoc/fr-carta.htm>>. Acesso em: 24 jul. 2013.

JUNQUEIRA, L. A. P. Descentralização, intersetorialidade e rede como estratégias de gestão da cidade. **FEA-PUC-SP**, São Paulo, v. 1, p. 57-72, nov. 1999.

KRAWCZYK, Nora Rut. Em busca de uma nova governabilidade na educação. In: OLIVEIRA, Dalila Andrade; ROSAR, Maria de Fatima Felix (Orgs.). **Política e gestão da educação**. Belo Horizonte: Autêntica, 2008.

KRAWCZYK, Nora Rut; VIEIRA, Vera Lucia. Brasil: A utopia da democratização e da modernização. In: _____. **A reforma educacional na América Latina**: uma perspectiva histórico-sociológica. São Paulo: Xamã, 2008. p. 47-73.

KROKOSCZ, Marcelo. Abordagem do plágio nas três melhores universidades de cada um dos cinco continentes e do Brasil. **Revista Brasileira de Educação**, Rio de Janeiro, v. 16 n. 48, p. 745-768, set./dez. 2011.

KUCZYNSKY, Pedro-Pablo. Montando o palco. In: KUCZYNSKY, Pedro-Pablo; WILLIAMSON, John (Orgs.). **Depois do Consenso de Washington: Retomando o crescimento e a reforma na América Latina**. São Paulo: Saraiva, 2004. p. 18-27.

LARA, Ricardo. Saúde do trabalhador: considerações a partir da crítica da economia política. **R. Katál.**, Florianópolis, v. 14, n. 1, p. 78-85, jan./jun. 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rk/v14n1/v14n1a09.pdf>>. Acesso em: 18 jan. 2014.

LAURELL, Asa Cristina. Para um novo estado de bem-estar na América Latina. **Lua Nova**, São Paulo, n. 45, p. 187-234, 1998. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ln/n45/a08n45.pdf>>. Acesso em: 24 ago. 2013.

_____. Avançando em direção ao passado: a política social do neoliberalismo. In: _____. (Org.). **Estado e políticas sociais no neoliberalismo**. 3. ed. São Paulo: Cortez, 2002. p.151-178.

LAZARINI, Ademir Quintilio. **A relação entre capital e educação escolar na obra de Dermeval Saviani**: apontamentos críticos. 2010. 528f. Tese (Doutorado em educação) – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2010.

LEHER, Roberto; MOTTA, Vânia Cardoso. Políticas educacionais neoliberais e educação do campo. In: CALDART, Roseli Salette; PEREIRA, Isabel Brasil; ALENTEJANO, Paulo; FRIGOTTO, Gaudêncio (Orgs.). **Dicionário da educação do campo**. Rio de Janeiro; São Paulo: Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio; Expressão Popular, 2012. p. 578-587.

LERVOLINO, Solange Abrocési. **Escola promotora da saúde**: um projeto de qualidade de vida. 2000. 167f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2000.

LIMA, Kátia. Terceira via ou social-liberalismo: bases para a refundação do projeto burguês de sociabilidade. **Universidade e Sociedade**, Brasília, ano XIV, n. 34, p. 11-21, out. 2004. Disponível em: <<http://www.andes.org.br/imprensa/publicacoes/imp-pub-390873073.pdf>>. Acesso em: 22 jul. 2014.

_____. Novas configurações da luta de classes e refundação do projeto burguês de sociabilidade. **Trabalho Necessário**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 6, p. 1-36, 2008. Disponível em: <<http://www.uff.br/trabalhonecessario/images/TN06%20LIMA,%20K.pdf>>. Acesso em: 22 jul. 2014.

LOMÔNACO, Aparecida de Fátima Soane. **Concepções, ensino e prática de saúde no cotidiano da escola**: a educação para a saúde nas escolas públicas de Uberlândia (MG). 2004. 166f. Dissertação (Mestrado em Educação) – Faculdade de Educação da Universidade Federal de Uberlândia, Uberlândia, MG, 2004. Disponível em: <http://www.btdt.ufu.br/tde_arquivos/9/TDE-2008-10-28T154630Z-1233/Publico/Aparecida.pdf>. Acesso em: 22 jul. 2014.

LOPES, Rosane; TOCANTINS, Florence Romijn. Promoção da saúde e a educação crítica. **Interface – Comunic., Saúde, Educ.**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 40, p. 235-46, jan./mar. 2012.

LUKÁCS, Georg. O trabalho. In: _____. **Por uma ontologia do ser social**. Roma: Riuniti, 1981. v. II. Tradução de Ivo Tonet. Disponível em: <<http://sergiolessa.com/BibliotecaLukacs.html>>. Acesso em: 31 mar. 2014.

MACIEL, David. De Lula à Dilma Roussef: crise econômica, hegemonia neoliberal e regressão política. **Blog marxismo 21**, 2013. Disponível em: <marxismo21.org/wp-content/uploads/2013/06/D-Maciel-2.pdf>. Acesso em: 04 out. 2014.

MAESTRI, Marcos. As campanhas antialcoólicas nas escolas primárias – nas décadas de 20 e 30 do século XX no Brasil. In: BOARINI, Maria Lucia (Org.). **Raça, higiene social e nação forte**: mitos de uma época. Maringá, PR: EDUEM, 2011. p. 129-156.

MAINARDI, Neuza. **Educação em saúde**: problema ou solução? 2010. 135f. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2010.

MARCONI, Marina de Andrade; LAKATOS, Eva Maria. **Técnicas de pesquisa**. 7. ed. São Paulo: Atlas, 2008.

MARQUES, Maria Cristina da Costa. **A história de uma epidemia moderna**: a emergência política da AIDS/HIV no Brasil. Maringá, PR: RiMa/Eduem, 2003.

MARTINS, André Silva. **Burguesia e a nova sociabilidade**: estratégias para educar o consenso no Brasil contemporâneo. 2007. 293f. Tese (Doutorado em Educação) – Universidade Federal Fluminense, Niterói, 2007. Disponível em: <<http://www.acervo.epsjv.fiocruz.br/beb/textocompleto/mfn11154>>. Acesso em: 27 set. 2013.

_____. Os fundamentos do projeto neoliberal: formulações para educar a sociabilidade. In: MARTINS, André Silva. **A direita para o social**: a educação da sociabilidade no Brasil contemporâneo. Juiz de Fora, RJ: UFJF, 2009. p. 33-58.

MARX, Karl. **O capital**: crítica da economia política. São Paulo: Abril Cultural, 1983.

_____. **O capital**: crítica da economia política: Livro I: o processo de produção do capital. São Paulo: Nova Cultural, 1988.

_____. **O capital**: o processo de produção global capitalista. Livro III, v. IV. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 1989.

_____. **Manuscritos econômico-filosóficos**. São Paulo: Boitempo, 2004.

_____. **Para a questão judaica**. São Paulo: Expressão Popular, 2009.

_____. **Críticas marginais ao artigo “O rei da Prússia e a reforma social”** - De um prussiano. São Paulo: Expressão Popular, 2010.

_____. **Grundrisse**: manuscritos econômicos de 1857-1858: esboços da crítica da economia política. São Paulo: Boitempo; Rio de Janeiro: UFRJ, 2011.

_____. **O capital**: crítica da economia política: Livro I: o processo de produção do capital. São Paulo: Boitempo, 2013.

MARX, Karl; ENGELS, Friedrich. **A ideologia alemã**. Tradução de Álvaro Pina. São Paulo: Expressão Popular, 2009.

MASCARO, Alysson Leandro. **Estado e forma política**. São Paulo: Boitempo, 2013.

MAZZUCHELLI, Frederico. **A contradição em processo**: o capitalismo e suas crises. São Paulo: Brasiliense, 1985.

MÉSZÁROS, István. **Filosofia, ideologia e ciência social**: ensaios de negação e afirmação. São Paulo: Ensaio, 1993.

_____. **Para além do capital**: Rumo a uma teoria de transição. São Paulo: Boitempo, 2002.

_____. **O poder da ideologia**. São Paulo: Boitempo, 2012.

MIOTO, Regina Célia Tamasso; SCHÜTZ, Fernanda. Intersetorialidade na política social: reflexões a partir do exercício profissional dos assistentes sociais. In: DIPROSUL: O DIREITO À SAÚDE E A PREVENÇÃO SOCIAL EM FAIXAS DE FRONTEIRAS – UM BALANÇO DO DEBATE ACADÊMICO NO SUL DA AMÉRICA DO SUL, 2011, Pelotas, RS. **Anais...** Pelotas, 2011. p. 1-27. ISBN 978-85-7590-139-7. Disponível em: <<http://www.ucpel.tche.br/mps/diprosul/docs/trabalhos/28.pdf>>. Acesso em: 10 dez. 2013.

MOHR, Adriana. **A saúde na escola**: análise de livros didáticos de 1ª a 4ª séries. 1994. 100f. Dissertação (Mestrado em Educação) - Fundação Getúlio Vargas, Rio de Janeiro, 1994. Disponível em: <<http://bibliotecadigital.fgv.br/dspace/bitstream/handle/10438/9092/000061139.pdf?sequence=1>>. Acesso em: 22 jul. 2014.

MONNERAT, Giselle Lavinias; SOUZA, Rosimary Gonçalves. Da seguridade social à intersectorialidade: reflexões sobre a integração das políticas sociais no Brasil. **Katál.**, Florianópolis, v. 14, n. 1, p. 41-49, jan./jun. 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rk/v14n1/v14n1a05.pdf>>. Acesso em: 10 dez. 2013.

MONTAÑO, Carlos. O projeto neoliberal de resposta à “questão social” e a funcionalidade do “terceiro setor”. **Lutas Sociais**, São Paulo, p. 53-64, jun. 2002.

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

MONTAÑO, Carlos; DURIGUETTO, Maria Lúcia. **Estado, classe e movimento social**. São Paulo: Cortez, 2011.

MONTEIRO, Simone Rocha da Rocha Pires. O marco conceitual da vulnerabilidade social. **Sociedade em Debate**, Pelotas, RS, v. 17, n. 2, p. 29-40, jul./dez. 2011.

MORAES, Reginaldo. **Neoliberalismo: de onde vem, para onde vai?** São Paulo: SENAC, 2001.

MORENO, Ana Carolina. Brasil evolui, mas segue nas últimas posições em ranking de educação. **G1**. 2013. Disponível em: <<http://g1.globo.com/educacao/noticia/2013/12/brasil-evolui-mas-segue-nas-ultimas-posicoes-em-ranking-de-educacao.html>>. Acesso em: 05 dez. 2013.

MOTTA, Vânia Cardoso. Educação e capital social: orientações dos organismos internacionais para as políticas públicas de educação como mecanismos de alívio à pobreza. In: ANDRADE, Juarez; PAIVA, Lauriana G. (Orgs.). **As políticas públicas para a educação no Brasil contemporâneo: limites e contradições**. Juiz de Fora: UFJF, 2011. p. 36-55.

_____. Mudanças no pensamento sobre desenvolvimento: o novo-desenvolvimentismo brasileiro. **R. Pol. Públ.**, São Luís, v. 16, n. 2, p. 389-399, jul./dez. 2012.

NETTO, José Paulo. Prefácio. In: PASTORINI, Alejandra. **A categoria “questão social” em debate**. São Paulo: Cortez, 2010.

_____. **Introdução ao estudo do método de Marx**. São Paulo: Expressão Popular, 2011.

NETTO, José Paulo; BRAZ, Marcelo. **Economia política: uma introdução crítica**. São Paulo: Cortez, 2006.

NEVES, Lúcia Maria Wanderley (Org.). **A nova pedagogia da hegemonia: Estratégias do capital para educar o consenso**. São Paulo: Xamã, 2005.

NEVES, Lúcia Maria Wanderley. Políticas sociales contemporáneas: tesis para discusión. **Revista Argentina de Educación**, Buenos Aires, v. 30, p. 7-27, 2008.

_____. **Direita para o social e esquerda para o capital: intelectuais da nova pedagogia da hegemonia no Brasil**. São Paulo: Xama, 2010.

_____. A nova pedagogia da hegemonia no Brasil – Entrevista com Lúcia Neves concedida a Eneida Oto Shiroma e Olinda Evangelista em 23 de junho de 2010 em Florianópolis. **Perspectiva**, Florianópolis, v. 29, n. 1, jan./jun. 2011, p. 229-242.

NOMA, Amélia Kimiko; KOEPSEL, Eliana Cláudia Navarro. Política e planejamento educacional no contexto da mundialização do capital. In: LARA, Ângela Mara de Barros; KOEPSEL, Eliana Cláudia Navarro (Orgs.). **Gestão educacional**. Maringá, PR: EDUEM, 2010. p. 13-41.

NUCCI JR, Renato. Construir uma política comunista socialmente enraizada para superar a conciliação de classe. **Blog Marxismo 21**, 2014. Disponível em: <<http://marxismo21.org/wp-content/uploads/2014/09/Renato-Nucci-Jr-dossie.pdf>>. Acesso em: 07 out. 2014.

O GLOBO. **Número de ONGs cresceu 1.180% em 4 anos**. nov. 2006. Disponível em: <http://oglobo.globo.com/ece_incoming/numero-de-ongs-cresceu-1180-em-4-anos-4546593>. Acesso em: 09 jul. 2014.

OLIVEIRA, Dalila Andrade. Política educacional nos anos 1990: Educação básica e empregabilidade. In: _____. **Políticas públicas e educação básica**. São Paulo, 2001.

OMS. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Declaração de Alma-Ata**. In: CONFERÊNCIA INTERNACIONAL SOBRE CUIDADOS PRIMÁRIOS DE SAÚDE. Alma-Ata, set. 1978. Disponível em: <<http://cmdss2011.org/site/wp-content/uploads/2011/07/Declara%C3%A7%C3%A3o-Alma-Ata.pdf>>. Acesso em: 31 jul. 2013.

_____. **Carta de Ottawa**. In: PRIMEIRA CONFERÊNCIA INTERNACIONAL SOBRE PROMOÇÃO DA SAÚDE. Ottawa, nov. 1986. Disponível em: <http://www.mpba.mp.br/atuacao/cidadania/gesau/legislacao/internacionais/carta_ottawa.pdf>. Acesso em: 04 ago. 2013.

_____. **Declaração de Adelaide**. In: SEGUNDA CONFERÊNCIA INTERNACIONAL SOBRE PROMOÇÃO DA SAÚDE. Adelaide, abr. 1988. Disponível em: <<http://molar.crb.ucp.pt/cursos/1%C2%BA%20e%202%C2%BA%20Ciclos%20-%20Lics%20e%20Lics%20com%20Mests/Servi%C3%A7o%20Social/2%C2%BA%20Ano/1%C2%BA%20Semestre/21-OSSIII/Declara%C3%A7%C3%B5es/3-Adelaide.pdf>>. Acesso em: 31 jul. 2013.

_____. **Declaração de Sundsvall**: promoção da saúde e ambientes favoráveis à saúde. In: CONFERÊNCIA INTERNACIONAL SOBRE PROMOÇÃO DA SAÚDE, 3. Sundsvall, jun. 1991. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/declaracao_sundsvall.pdf>. Acesso em: 22 jul. 2014.

_____. **A Declaração de Jacarta sobre Promoção da Saúde no Século XXI**. In: CONFERÊNCIA INTERNACIONAL SOBRE PROMOÇÃO DA SAÚDE, 4. Jacarta, jul. 1997. Disponível em: <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/jakarta/en/hpr_jakarta_declaration_portuguese.pdf>. Acesso em: 31 jul. 2013.

_____. **Declaração do México**. 2000. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cartas_promocao.pdf>. Acesso em: 31 jul. 2013.

_____. **Carta de Bangkok para a Promoção de Saúde no Mundo Globalizado.** 2005. Disponível em: <<http://www.bvsde.ops-oms.org/bvsdeps/fulltext/cartabangkokpor.pdf>>. Acesso em: 31 jul. 2013.

_____. **The Nairobi call to action for closing the implementation gap in health promotion.** In: CONFERÊNCIA INTERNACIONAL SOBRE PROMOÇÃO DA SAÚDE, 7. Nairobi, 2009.

_____. **Declaração de Helsinque sobre saúde em todas as políticas.** In: CONFERÊNCIA INTERNACIONAL DE PROMOÇÃO DA SAÚDE, 8. 2013. Disponível em: <<http://dssbr.org/site/wp-content/uploads/2013/09/8%C2%AA-Confer%C3%Aancia-Internacional-de-Promo%C3%A7%C3%A3o-da-Sa%C3%BAde.pdf>>. Acesso em: 04 set. 2014.

OMS; OPAS. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE; ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE. **Carta do Caribe para a Promoção da Saúde.** 1993. Disponível em: <http://www.mpba.mp.br/atuacao/cidadania/gesau/legislacao/internacionais/carta_caribe.pdf>. Acesso em: 01 ago. 2013.

ONU. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DAS NAÇÕES UNIDAS. **Declaração Mundial sobre Educação para Todos:** satisfação das necessidades básicas de aprendizagem. 1990. Disponível em: <<http://unesdoc.unesco.org/images/0008/000862/086291por.pdf>>. Acesso em: 01 ago. 2013.

_____. **Declaração Universal Dos Direitos Humanos** - 1948. 2000. Disponível em: <http://unicrio.org.br/img/DeclU_D_HumanosVersoInternet.pdf>. Acesso em: 15 jul. 2014.

_____. **OIT: um trabalhador morre a cada 15 segundos por acidentes ou doenças relacionadas ao trabalho.** abr. 2013. Disponível em: <<http://www.onu.org.br/oit-um-trabalhador-morre-a-cada-15-segundos-por-acidentes-ou-doencas-relacionadas-ao-trabalho/>>. Acesso em: 23 dez. 2013.

_____. **Países-Membros da ONU.** 2014. Disponível em: <<http://www.onu.org.br/conheca-a-onu/paises-membros/>>. Acesso em: 09 jul. 2014.

OPAS. ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Declaração de Santafé de Bogotá.** In: CONFERÊNCIA INTERNACIONAL DE PROMOÇÃO DA SAÚDE. Santafé de Bogotá, nov. 1992. Disponível em: <<http://www.ergonomianotrabalho.com.br/artigos/Santafe.pdf>>. Acesso em: 04 ago. 2013.

_____. **Conferência Internacional de Saúde para o Desenvolvimento.** Buenos Aires, 2007. Disponível em: <<http://www5.enasp.fiocruz.br/biblioteca/dados/arq6751.pdf>>. Acesso em: 24 jul. 2013.

_____. **OPAS/OMS Brasil**. 2014. Disponível em: <http://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=885&Itemid=672>. Acesso em: 31 mar. 2014.

PARANÁ. **Plano Estadual de Saúde Paraná 2012-2015**. Curitiba: SESA – Secretaria de Estado da Saúde do Paraná, 2013. Disponível em: <http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/plano_estadual_saude_1104.pdf>. Acesso em: 15 out. 2013.

PAULANI, Leda Maria. O homem econômico, Hayek e o individualismo. In: _____. **Modernidade e discurso econômico**. São Paulo: Boitempo, 2005. p. 79-114.

PELICIONI, Maria Cecília Focesi. **Educação em saúde e educação ambiental: Estratégias de construção da escola promotora da saúde**. 2000. 214f. Livre Docência - Universidade de São Paulo, São Paulo, 2000. Disponível em: <<http://www.bvsde.paho.org/bvsacd/cd26/fulltexts/0805.pdf>>. Acesso em: 05 fev. 2013.

PEREIRA, Luiz Carlos Bresser. A crise da América Latina: Consenso de Washington ou crise fiscal? **Pesquisa e Planejamento Econômico**, São Paulo, v. 21, n. 1, p. 3-23, abr. 1991. Disponível em: <<http://www.bresserpereira.org.br/papers/1991/91-AcriseAmericaLatina.pdf>>. Acesso em: 18 jan. 2014.

PEREIRA, Potyara Amazoneida Pereira. Discussões conceituais sobre política social como política pública e direito de cidadania. In: BOSCHETTI, Ivanete; BEHRING, Elaine Rossetti; SANTOS, Silvana Mara de Moraes dos Santos *et al.* **Política social no capitalismo: tendências contemporâneas**. São Paulo: Cortez, 2008. p. 87-106.

_____. A intersectorialidade das políticas sociais na perspectiva dialética. In: MONNERAT, Giselle Lavinias; ALMEIDA, Ney Luiz Teixeira; SOUZA, Rosemary Gonçalves (Orgs.). **A intersectorialidade na agenda das políticas sociais**. São Paulo: Papel Social, v. 1, 2014. p. 21-39.

PIMENTEL, Edlene. Questão social e o pauperismo na escola pública. In: BERTOLDO, Edna; MOREIRA, Luciano Accioly Lemos; JIMENEZ, Susana (Orgs.). **Trabalho, educação e formação humana: frente à necessidade histórica da revolução**. São Paulo: Instituto Lukács, 2012. p. 227-239.

POLATO, Amanda; DURÃES, Natália; TANIGAWA, Renato. Brasil é o último em ranking sobre eficiência de sistemas de saúde. **Época**, set. 2013. Disponível em: <<http://epoca.globo.com/tempo/noticia/2013/09/brasil-e-o-bultimo-em-rankingb-sobre-eficiencia-de-sistemas-de-saude.html>>. Acesso em: 09 jul. 2014.

PORTAL BRASIL. **Ministro de Minas e Energia confirma a realização do leilão de libras para esta segunda**. 2013. Disponível em: <[http://www.brasil.gov.br/economia-e-emprego/2013/10/ministro-de-minas-e-energia-confirma-a-realizacao-do-leilao-para-esta-segunda-feira-\(21\)](http://www.brasil.gov.br/economia-e-emprego/2013/10/ministro-de-minas-e-energia-confirma-a-realizacao-do-leilao-para-esta-segunda-feira-(21))>. Acesso em: 02 set. 2014.

RAGAZZINI, Dario. Para que e o que testemunham as fontes da História da Educação? **Educar**, Curitiba, n. 18, p. 13-28, 2001.

ROLLI, Claudia. **Gastos das famílias com saúde aumenta 54% em uma década**. 2013. Disponível em: <<http://www1.folha.uol.com.br/mercado/2013/04/1267737-gastos-das-familias-com-saude-aumentam-54-em-uma-decada.shtml>>. Acesso em: 16 dez. 2013.

ROMANO, Jorge O. Empoderamento: recuperando a questão do poder no combate à pobreza. In: ROMANO, Jorge O.; ANTUNES, Marta. **Empoderamento e direitos no combate à pobreza**. Rio de Janeiro: Action Aid Brasil, 2002. p. 9-20.

ROMERO, Daniel; ANDREASSY, Érika; GODEIRO, Nazareno (Orgs.). **Os motivos da revolta popular: um balanço crítico do governo do PT** Por Nazareno Godeiro, Daniel Romero e Érika Andreassy. São Paulo: ILAESE, 2014.

ROSEMBERG, Fúlvia. Uma introdução ao estudo das organizações multilaterais no campo educacional. In: KRAWCZYK, Nora; CAMPOS, Maria Malta; HADDAD, Sérgio (Orgs.). **O cenário educacional latino-americano no limiar do século XXI: reformas em debate**. Campinas, SP: Autores Associados, 2000. p. 63-93.

SANTOS, Iolanda U. Montano. **Cuidar e curar para governar: as campanhas de saúde na escola**. 2004. 216f. Dissertação (Mestrado em Educação) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2004. Disponível em: <<http://www.lume.ufrgs.br/handle/10183/5562>>. Acesso em: 18 mar. 2013.

SANTOS, Josiane Soares. Particularidades da “questão social” no Brasil: mediações para seu debate na “era” Lula da Silva. **Serviço Social e Sociologia**, Campinas, SP, n. 11, p.430-449, jul./set. 2012.

SANTOS, Natalia Navarro. **A intersectorialidade como modelo de gestão das políticas de combate à pobreza no Brasil: o caso do Programa Bolsa Família no município de Guarulhos**. 2011. 166f. Dissertação (Mestrado em Administração Pública e Governo) – Fundação Getúlio Vargas de São Paulo. São Paulo, 2011. Disponível em: <<http://bibliotecadigital.fgv.br/dspace/bitstream/handle/10438/8225/62090100009.pdf?sequence=1>>. Acesso em: 03 mar. 2014.

SAVIANI, Dermeval. O Plano de Desenvolvimento da Educação: Análise do Projeto do MEC. **Educ. Soc.**, Campinas, SP, v. 28, n. 100 (Especial), p. 1231-1255, out. 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/es/v28n100/a2728100.pdf>>. Acesso em: 27 set. 2013.

SCHALL, Virgínia T.; STRUCHINER, Miriam. Educação em saúde: novas perspectivas. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 15, p. 1-3, nov. 1999.

SCHULTZ, Theodore William. **O capital humano**. Rio de Janeiro: Zahar, 1973.

SILVA, Camilla Croso (Org.); AZZI, Diego; BOCK, Renato. **Banco Mundial em foco: um ensaio sobre sua atuação na educação brasileira e na América Latina**. Ação

educativa/Actionaid. 2007. Disponível em:
<http://www.bdae.org.br/dspace/bitstream/123456789/2348/1/banco_mundial_em_foco.pdf>. Acesso em: 12 set. 2013.

SILVA, Ilse. A “reforma” do Estado brasileiro dos anos 90: processos e contradições. In: SILVA, Ilse Gomes. **Democracia e participação na “reforma” do Estado**. São Paulo: Cortez, 2003. p. 66-117.

SILVA, J. O. **Educação e saúde**: Palavras e atos. Porto Alegre: Dacasa, 2001.

SILVA, Luiz Inácio. **Carta ao Povo Brasileiro**. jun. 2002. Disponível em:
<http://www.iisg.nl/collections/carta_ao_povo_brasileiro.pdf>. Acesso em: 26 ago. 2013.

SILVA, Vera Alice Cardoso. Políticas compensatórias. In: OLIVEIRA, D. A.; DUARTE, A.M.C.; VIEIRA, L. M. F. **Dicionário**: trabalho, profissão e condição docente. Belo Horizonte: UFMG/Faculdade de Educação, 2010. CD-ROM.

SMITH, Adam. **A riqueza das nações**: investigação sobre sua natureza e suas causas. São Paulo: Abril Cultural, 1983.

SOARES, Laura Tavares. Estado brasileiro e o desmonte das políticas de saúde: os riscos do desmonte neoliberal. In: NOGUEIRA, Francis Mary Guimarães (Org.). **Estado e políticas sociais no Brasil**: conferências do Seminário Estado e Políticas Sociais no Brasil e textos do relatório parcial do projeto de pesquisa – Programas nas áreas de Educação e Saúde no Estado do Paraná: sua relação com as orientações do BID e BIRD e sua contribuição na difusão das propostas liberalizantes em nível nacional. Cascavel, PR: EDUNIOESTE, 2001. p. 45-57.

SOUZA, Regina Magalhães. **O discurso do protagonismo juvenil**. 2006. 351f. Tese (Doutorado em Sociologia) – Universidade de São Paulo, Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas, São Paulo, 2006. Disponível em:
<<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/8/8132/tde-25042007-115242/pt-br.php>>. Acesso em: 12 mar. 2014.

SPOSITO, Marília Pontes; CARRANO, Paulo César Rodrigues. Juventude e políticas públicas no Brasil. **Revista Brasileira de Educação**, São Paulo, n. 24, p. 16-39, 2003. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbedu/n24/n24a03.pdf>>. Acesso em: 11 mar. 2014.

STOTZ, Eduardo Navarro; DAVID, Helena Maria Scherlowski Leal; UN, Júlio Alberto Wong. Educação popular e saúde: trajetória, expressões e desafios de um movimento social. **Revista APS**, v. 8, n. 1, p. 49-60, jan./jun. 2005.

TABOSA, Hamilton Rodrigues et al. A gestão da informação no programa saúde na escola em Fortaleza-CE: impasses e alternativas. **RACIn**, João Pessoa, v. 1, n. 1, p. 30-49, jan./jun. 2013. Disponível em:
<http://racin.arquivologiauepb.com.br/edicoes/v1_n1/racin_v1_n1_artigo02.pdf>. Acesso em: 02 out. 2014.

TONET, Ivo. **Educação, cidadania e emancipação humana**. 2 ed. Maceió: EDUFAL, 2013.

TORRES, Carlos Alberto *et al.* Estado, privatização e política educacional. Elementos para uma crítica do neoliberalismo. In: GENTILI, Pablo (Org.). **Pedagogia da exclusão**: crítica ao neoliberalismo em educação. 3. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 1997. p. 109-135.

TUSSET, Dalila. **Competências em promoção da saúde no Programa Saúde na Escola no Distrito Federal**. 2012. 161f. Dissertação (Mestrado em Educação Física) – Faculdade de Educação Física da Universidade de Brasília, Brasília, DF, 2012. Disponível em: <<http://repositorio.unb.br/handle/10482/11930>>. Acesso em: 02 out. 2014.

UNAIDS. NAÇÕES UNIDAS E A RESPOSTA À AIDS NO BRASIL. **Quem somos** – GT/UNAIDS. 2013. Disponível em: <http://www.unaids.org.br/quem_somos/quem_unaids.asp>. Acesso em: 17 abr. 2013.

UNESCO. ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A EDUCAÇÃO, A CIÊNCIA E A CULTURA. **Educação para Todos**: o compromisso de Dakar. Brasília, DF: UNESCO, CONSED, 2001a. Disponível em: <<http://www.direitoshumanos.usp.br/index.php/Direito-a-Educa%C3%A7%C3%A3o/declaracao-de-dakar.html>>. Acesso em: 09 jul. 2014.

_____. **Focusing resources on effective school health**: a fresh start to enhancing the quality and equity of education. 2000. 2001b. Disponível em: <<http://www.unicef.org/lifeskills/files/FreshDocument.pdf>>. Acesso em: 22 jul. 2014.

_____. **Marco estratégico para a UNESCO no Brasil**. Brasília, DF, out. 2006. Disponível em: <<http://unesdoc.unesco.org/images/0014/001475/147544POR.pdf>>. Acesso em: 18 abr. 2013.

_____. **Um tesouro a descobrir**: Relatório para a UNESCO da Comissão Internacional sobre Educação para o século XXI. Brasília, DF: 2010. Disponível em: <<http://unesdoc.unesco.org/images/0010/001095/109590por.pdf>>. Acesso em: 09 mar. 2014.

_____. **Educação**: um tesouro a descobrir – Relatório para a UNESCO da Comissão Internacional sobre Educação para o Século XXI (Relatório Jacques Delors). São Paulo: Cortez; Brasília, DF: UNESCO, 2012.

_____. **HQ SPE – Histórias em quadrinhos** – Projeto Saúde e Prevenção nas Escolas. 2014a. Disponível em: <<http://www.fe.unb.br/catedraunescoead/areas/menu/publicacoes/livros-publicados-pela-unesco/hq-spe-historias-em-quadrinhos-projeto-saude-e-prevencao-nas-escolas/hq-spe-historias-em-quadrinhos-projeto-saude-e-prevencao-nas-escolas>>. Acesso em: 09 jul. 2014.

UNICEF. FUNDO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A INFÂNCIA. **UNICEF no mundo**. 2014. Disponível em: <<http://www.unicef.org.br/>>. Acesso em: 31 mar. 2014.

VALADÃO, Marina Marcos. **Saúde na escola**: um campo em busca de espaço na agenda intersetorial. 2004. 154f. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Universidade de São Paulo, Faculdade de Saúde Pública, São Paulo, 2004. Disponível em: <<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/6/6135/tde-12022007-152151/pt-br.php>>. Acesso em: 17 jan. 2014.

VASCONCELOS, Adriana Servula Fernandes Cunha; CORDEIRO, Joselma Cavalcanti. O Programa Saúde na Escola (PSE) no Distrito Sanitário II da cidade do Recife: Concepção dos atores e os componentes estruturantes da Escola Promotora de Saúde (EPS). In: CONGRESSO BRASILEIRO DE POLÍTICA, PLANEJAMENTO E GESTÃO EM SAÚDE: UNIVERSALIDADE, IGUALDADE E INTEGRALIDADE DA SAÚDE: UM PROJETO POSSÍVEL, 2., 2013, Belo Horizonte. **Anais...** Belo Horizonte: Abrasco, 2013. p.1-28 . Disponível em: <<http://www.politicaemsaude.com.br/anais/trabalhos/publicacoes/196.pdf>>. Acesso em: 02 out. 2014.

VIEIRA, Ana Clara da Cunha; VIEIRA, Valéria da Silva. A necessidade de capacitação dos profissionais do Programa Saúde na Escola para inclusão de orientações posturais preventivas no âmbito escolar. **Ciência em Tela**, v. 4, n. 2, p. 1-15, 2011. Disponível em: <http://www.cienciaemtela.nutes.ufrj.br/artigos/0211_vieira.pdf>. Acesso em: 18 abr. 2013.

VIEIRA, Maria Edna Moura. **Programa Saúde na Escola**: a intersetorialidade em movimento. 2013. 94f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Universidade de Brasília, Instituto de Psicologia, Brasília, 2013. Disponível em: <http://repositorio.unb.br/bitstream/10482/14859/1/2013_MariaEdnaMouraVieira.pdf> . Acesso em: 05 abr. 2014.

VIEIRA, Patrícia Santiago; FURTADO, Roberto Pereira. A Política Nacional de Educação Permanente em Saúde: as orientações dos discursos oficiais. In: SEMANA CIENTÍFICA DA FACULDADE DE EDUCAÇÃO FÍSICA, 10., 2010, Goiânia. **Anais...** Goiânia: FEF, 2010. p. 1-5.

VIEIRA, Sofia Lerche; ALBUQUERQUE, Maria Gláucia Menezes. **Política e planejamento educacional**. Fortaleza: Demócrito Rocha, 2001.

VILELA, Maria Aparecida Augusto Satto. **Semear educação e colher saúde**: 1º Congresso Nacional de Saúde Escolar (São Paulo – 1941). 2011. 244f. Tese (Doutorado em Educação) – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2011.

WESTPHAL, Márcia Faria; ZIGLIO, Erio. Políticas públicas e investimentos: a intersetorialidade. In: FUNDAÇÃO PREFEITO FARIA LIMA (CEPAM). **O município no século XXI**: cenários e perspectivas. São Paulo: CEPAM, 1999. p. 111-121. Disponível em: <http://cappf.org.br/tiki-download_wiki_attachment.php?attId=111>. Acesso em: 20 dez. 2013.

XIMENES, Daniel de Aquino. Vulnerabilidade social. In: OLIVEIRA, D. A.; DUARTE, A. M. C.; VIEIRA, L. M. F. **Dicionário**: trabalho, profissão e condição docente. Belo Horizonte: UFMG/Faculdade de Educação, 2010. CD-ROM.

APÊNDICE

OS TERMOS MAIS UTILIZADOS NO CAMPO DAS POLÍTICAS DE EDUCAÇÃO E SAÚDE NA ESCOLA

Educação em saúde

Segundo Schall e Struchiner (1999), o termo “educação em saúde” exprime um campo multifacetado para o qual convergem diversas concepções, tanto da área da educação quanto da saúde, relacionando-se a diferentes compreensões de mundo. De forma semelhante, Valadão (2004) compreende este termo como uma expressão genérica, ainda não muito bem definida. Nesse sentido, a autora utiliza a expressão “educação em saúde” para designar, genericamente, as experiências educativas organizadas com a finalidade de proporcionar oportunidades para a construção de conhecimentos teóricos e práticos em prol da saúde de pessoas e coletividades.

A expressão “educação em saúde”, conforme Mohr (1994, p. 38) é empregada para “[...] designar as atividades realizadas como parte do currículo escolar, que tenham uma intenção pedagógica definida, relacionada ao ensino-aprendizagem de algum assunto ou tema relacionado com a saúde individual ou coletiva”. Também Pelicione (2000) aponta que o termo “educação em saúde” se refere à articulação dos conteúdos de saúde no currículo escolar. Entretanto, para a autora, estas atividades não devem ser realizadas somente no âmbito do currículo escolar, mas com base em um conceito ampliado de educação, relacionando-se a ações de prevenção e promoção da saúde, conservação do meio ambiente e apoio mútuo entre famílias e comunidade.

No documento orientador do PSE, o termo “educação em saúde” é citado apenas uma vez, no “Componente I – Avaliação Clínica e Psicossocial”, nos seguintes termos:

8 – Linha de ação: Avaliação da Saúde Bucal: [...] As ações coletivas devem ser executadas, preferencialmente, pelo pessoal auxiliar ou técnico em saúde bucal, de forma a potencializar o trabalho do dentista em relação às atividades clínicas. A abordagem coletiva pode incluir os seguintes procedimentos: [...] - Educação em saúde bucal (BRASIL, 2011a, p. 33).

No Decreto que institui o PSE, utiliza-se essa expressão para tratar da inclusão das temáticas de saúde no projeto político-pedagógico das escolas, como pode ser observado no trecho a seguir:

Art. 4º As ações em saúde previstas no âmbito do PSE considerarão a atenção, promoção, prevenção e assistência, e serão desenvolvidas articuladamente com a rede de educação pública básica e em conformidade com os princípios e diretrizes do SUS, podendo compreender as seguintes ações, entre outras: [...] XVII - inclusão das temáticas de educação em saúde no projeto político pedagógico das escolas (BRASIL, 2007a).

Assim sendo, pode-se entender que o termo “educação em saúde” está relacionado ao trato pedagógico com as temáticas de saúde na escola.

Educação para a saúde

De acordo com Silva (2001), o termo “educação para a saúde” está vinculado, sobretudo, à transmissão de informações sobre autocuidado e aos Programas de Saúde Escolar. No âmbito do PSE, a expressão é utilizada no Componente II “Promoção da Saúde e Prevenção”, mais especificamente na linha de ação 3, referente ao Projeto Saúde e Prevenção nas Escolas (SPE):

Em 2007, o SPE passa a integrar o Componente II do Programa Saúde na Escola (PSE) e se constitui como a principal estratégia para trabalhar as questões de educação para a saúde sexual, saúde reprodutiva, prevenção das DST/aids e de hepatites virais, riscos e danos do uso de álcool, tabaco, crack e outras drogas no cotidiano da escola (BRASIL, 2011a, p. 39).

No Seminário Integrado do PSE¹²⁰, a expressão “educação para a saúde” foi utilizada para tratar dos antecedentes deste Programa, mais especificamente, das Escolas Promotoras de Saúde. Segundo o documento oriundo deste evento, a “educação para a saúde” se pauta na “[...] promoção e a educação para a saúde com enfoque integral no âmbito escolar” (BUENO, 2012, p. 3). Logo, a expressão

¹²⁰ Faz-se referência, aqui, ao Seminário Integrado do PSE realizado em Fortaleza, no ano de 2012. Seminários Integrados são eventos que estão sendo realizados nos diversos Estados brasileiros com vistas à apresentação e difusão da proposta do PSE.

“educação para a saúde” se refere a informações de autocuidado e, no âmbito do PSE, está articulada à educação sexual.

Educação popular e/em saúde

Apesar de os termos “educação popular e saúde” e “educação popular em saúde” não constarem nos documentos relativos ao PSE, compõem o leque de termos relacionados ao campo da saúde na escola, haja vista que referem-se a processos de ampliação da participação popular no acesso e gestão de bens e serviços públicos (VALADÃO, 2004).

Na mesma linha de argumentação, Stotz, David e Un (2005, p. 1) utilizam a expressão “educação popular e saúde” indicando ser esta uma perspectiva que “[...] anima um amplo movimento de profissionais, técnicos e pesquisadores e de militantes e ativistas atuantes na área da saúde desde 1991”. Ainda segundo os autores, como um movimento social, a “Educação Popular e Saúde” teria emergido como uma atitude coletiva em defesa do SUS, frente às dificuldades de implementação deste sistema, no contexto de política neoliberal. Em resumo, o objetivo desse movimento seria construir uma sociedade mais saudável e participativa, provida de um sistema de saúde democrático e adequado às condições de vida da população.

Educação e saúde

A expressão “educação e saúde” é amplamente empregada nos documentos relacionados ao PSE, tanto nos normativos quanto nos orientadores, como o *PASSO a PASSO Saúde na Escola: Tecendo Caminhos da Intersetorialidade* (BRASIL, 2011a). Dentre as passagens em que este termo é utilizado no referido documento, destaca-se:

O Programa Saúde na Escola (PSE) vem contribuir para o fortalecimento de ações na perspectiva do desenvolvimento integral e proporcionar à comunidade escolar a participação em programas e projetos que articulem saúde e educação, para o enfrentamento das vulnerabilidades que comprometem o pleno desenvolvimento de crianças, adolescentes e jovens brasileiros. Essa iniciativa reconhece e acolhe as ações de integração entre saúde e educação já

existentes e que têm impactado positivamente na qualidade de vida dos educandos (BRASIL, 2011a, p. 6).

Esta expressão também compõe a primeira diretriz do Programa: “Tratar a saúde e educação integrais como parte de uma formação ampla para a cidadania e o usufruto pleno dos direitos humanos; [...]” (BRASIL, 2011a, p. 7). Está presente, ainda, no texto do Componente II – Promoção e Prevenção à Saúde: “O PSE constitui-se uma estratégia que procura fomentar uma gestão coletiva das ações de saúde e educação a partir da participação de profissionais da saúde, educação, dos educandos e da comunidade, no território onde convivem” (BRASIL, 2011a, p. 17). Fica claro, então, que a ampla utilização do termo “educação e saúde” remete à afirmação do caráter intersetorial do PSE.

Educação permanente em saúde

A educação permanente em saúde é uma das ações previstas pelo Programa Saúde na Escola. Inserida no componente III – Formação, a educação permanente compõe as estratégias previstas neste componente:

[...] c) Formação de profissionais da educação e saúde nos temas relativos ao Programa Saúde na Escola – Realização de atividades de educação permanente de diversas naturezas, junto aos(as) professores(as), merendeiros(as), agentes comunitários de saúde, auxiliares de enfermagem, enfermeiros(as), médicos(as) e outros profissionais das escolas e das equipes de Saúde da Família, em relação aos vários temas de avaliação das condições de saúde, de prevenção e promoção da saúde, objeto das demais atividades propostas pelo PSE; [...] (BRASIL, 2011a, p. 18).

Também no Seminário Integrado da Política de Saúde na Escola, realizado em Fortaleza em 2012, a educação permanente em saúde foi apontada como uma das ações a ser desenvolvida pelo PSE. Assim, segundo o documento elaborado nesse evento, as ações do PSE devem compreender a: “Educação permanente e capacitação local de profissionais da educação nos temas da saúde e constituição das equipes de saúde que atuarão nos territórios do Programa Saúde na Escola” (BUENO, 2012, p. 16). Aliás, o Programa entende como essenciais os processos de formação inicial e continuada de profissionais das áreas de saúde e de educação para o alcance dos objetivos e metas do PSE. Vale destacar, ainda, que “[...] o

programa prevê a responsabilidade dos ministérios em subsidiar a formulação das propostas de educação permanente dos profissionais de saúde e da educação básica para implementação das ações do PSE” (BRASIL, 2011a, p. 14).

Na dinâmica do Programa, a “educação permanente em saúde” é de competência dos Grupos de Trabalho Intersectorial (Federal, Estadual e Municipal). Desta forma, o documento considera que é de competência destes grupos: “[...] IV – Subsidiar a formulação das propostas de educação permanente dos profissionais de saúde e da educação básica para implementação das ações do PSE; [...]” (BRASIL, 2011a, p. 10-11-12). Deste modo, identifica-se que na proposta do PSE, o termo “educação permanente em saúde” está relacionado a ações voltadas à formação de profissionais para atuação no Programa.

Saúde escolar e saúde na escola

A “saúde escolar” pode ser entendida como uma expressão genérica para políticas, campanhas e programas de saúde que se concretizam na escola. Segundo Valadão (2004), este termo carrega consigo sentido de práticas basicamente assistenciais e normativas. Santos (2004) afirma que a saúde escolar foi inserida na escola brasileira no final do século XIX englobando a dimensão assistencial, o desenvolvimento de hábitos, atitudes e valores. A partir de tais preocupações, pôde-se observar o registro crescente de leis, decretos e discussões em âmbito acadêmico e político em torno da área que se consolidou como saúde escolar. Santos (2004), ao problematizar questões relativas a relações de poder dentro do espaço escolar, compreende que o campo da saúde escolar relaciona-se ao controle dos corpos. Assim, toma as campanhas de saúde escolar como movimentos que se colocam estrategicamente para governar práticas sociais.

Para Valadão (2004, p. 4), a “[...] expressão ‘saúde na escola’ é utilizada para designar o campo que compreende concepções, diretrizes, programas, projetos e ações relacionadas à saúde que acontecem no cenário da escola, sejam eles de natureza educativa, preventiva ou assistencial”. Segundo Cooper (2006), a saúde na escola é uma área que em sala de aula trata de conceitos e conteúdos tais como: corpo, higiene, alimentação, funções vitais, doenças, vida sexual, dentre outros. Sendo assim, o Programa Saúde na Escola também pode ser considerado uma política de saúde na escola.