



UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ
NÚCLEO DE ESTUDOS TRANSDICCIPLINARES EM EDUCAÇÃO BÁSICA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CURRÍCULO E GESTÃO DA ESCOLA
BÁSICA

MARCONDE ÁVILA BANDEIRA

O PROGRAMA SAÚDE NA ESCOLA: A intersectorialidade entre educação e saúde em
Altamira – Pará (2008 – 2019)

BELÉM

2021

MARCONDE ÁVILA BANDEIRA

**O PROGRAMA SAÚDE NA ESCOLA: A intersetorialidade entre educação e saúde em
Altamira – Pará (2008 – 2019)**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Currículo e Gestão da Escola Básica (PPEB) – Mestrado – Turma 2019/2020 – Núcleo de Estudos Transdisciplinares em Educação Básica (NEB) – Universidade Federal do Pará (UFPA) – Campus Universitário de Belém como requisito para obtenção de grau de mestre em educação.

Linha de pesquisa em Gestão e Organização do Trabalho Pedagógico na Escola Básica.

Orientadora Profa. Dra. Ney Cristina Monteiro de Oliveira.

BELÉM

2021

**Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP) de acordo com ISBD
Sistema de Bibliotecas da Universidade Federal do Pará
Gerada automaticamente pelo módulo Ficat, mediante os dados fornecidos pelo(a) autor(a)**

B214p Bandeira, Marconde Ávila.
 O Programa Saúde na Escola : a intersectorialidade entre
 educação e saúde em Altamira – Pará (2008 – 2019) / Marconde
 Ávila Bandeira. — 2021.
 124 f. : il.

 Orientador(a): Prof. Dr. Ney Cristina Monteiro Oliveira
 Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal do Pará, Núcleo
 de Estudos Transdisciplinares em Educação Básica, Programa de
 Pós-Graduação em Currículo e Gestão da Escola Básica, Belém,
 2021.

 1. Programa Saúde na Escola. 2. Intersectorialidade. 3.
 Educação Básica. 4. Sistemas Municipais de Ensino. 5.
 Políticas Públicas. I. Título.

CDD 370

MARCONDE ÁVILA BANDEIRA

O PROGRAMA SAÚDE NA ESCOLA: A intersetorialidade entre educação e saúde em Altamira – Pará (2008 – 2019)

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Currículo e Gestão da Escola Básica (PPEB) – Mestrado – Turma 2019/2020 – Núcleo de Estudos Transdisciplinares em Educação Básica (NEB) – Universidade Federal do Pará (UFPA) – Campus Universitário de Belém, linha de pesquisa em Gestão e Organização do Trabalho Pedagógico na Escola Básica, como requisito para obtenção de grau de mestre em educação sob orientação da Profa. Dra. Ney Cristina Monteiro de Oliveira.

DATA DA AVALIAÇÃO: 11/06/2021

CONCEITO: *Aprovado*

BANCA EXAMINADORA

Profa. Dra. Ney Cristina Monteiro de Oliveira (Orientadora)
Universidade Federal do Pará – UFPA

Profa. Dra. Tânia Regina Lobato dos Santos (Examinador externo)
Universidade Estadual do Pará – UEPA

Profa. Dra. Dinair Leal da Hora (Examinador interno)
Universidade Federal do Pará – UFPA

Profa. Dra. Emina Márcia Nery dos Santos (Examinador interno – Suplente)
Universidade Federal do Pará – UFPA

Dedico este trabalho aos meus familiares, principalmente a minha amada mamãe, Maria Ávila Araújo e ao meu amado papai, José Bandeira Filho, pela força e incentivos que me fortaleceram durante esta árdua jornada.

Peço licença para proferir homenagens neste trabalho às queridas professoras Maria Ferreira dos Santos (Professora de Língua Portuguesa no ginásio, hoje Ensino Fundamental Maior), Dra. Irlanda do Socorro de Oliveira Miléo e Dra. Ney Cristina Monteiro de Oliveira pelo apoio incondicional durante esta caminhada, também as queridas enfermeiras Socorro de Jesus Gomes Mota e Gecilda Aparecida de Lima, ainda a amiga Gracinda Magalhães e também ao amigo sociólogo Silvano Fortunato por contribuições em defesa do nosso Sistema Único de Saúde.

AGRADECIMENTOS

Deixo meus eternos agradecimentos a todos e a todas que participaram direta e indiretamente no decorrer da execução deste estudo, principalmente:

- ✓ O Deus, Pai Eterno que nos concedeu a vida com seu amor incondicional, o qual nos privilegiou com a oportunidade dessa conquista em acessar o Mestrado, logo seguido da graduação, guiando-nos fortemente em mais esta caminhada árdua, contudo gratificante que no final tem “sabor de mel”;
- ✓ Aos meus familiares, por mais uma vez, terem a gigante paciência e compreensão pela minha ausência no decorrer destes mais dois anos no Mestrado;
- ✓ A nossa querida Professora Orientadora Dra. Ney Cristina Monteiro de Oliveira, por confiar na nossa capacidade e necessidade de crescimento intelectual. Pela vossa humildade, paciência com enorme dimensão que não tenho palavras para mensurar, acredita-se no poder de transformação social educacional;
- ✓ As professoras da graduação, Dra. Irlanda do Socorro de Oliveira Miléo e Dra. Léia Gonçalves de Freitas, por acreditarem em nosso potencial, contribuindo para a construção do nosso conhecimento;
- ✓ Aos professores de graduação Dr. Raimundo Sousa, Dr. Lindomal Ferreira e Dr. Leonardo Zenha, por contribuírem com apoio logístico que viabilizou acesso ao processo seletivo do Mestrado em 2017;
- ✓ Aos professores e professoras do Programa de Pós-Graduação em Currículo e Gestão da Escola Básica pela paciência, pelo respeito e pela contribuição em nossa formação continuada como pesquisador;
- ✓ À querida Profa. Dra. Émina Márcia Nery dos Santos, pelos ensinamentos valiosos desde a entrevista para ingresso no mestrado e durante as disciplinas ministradas sobre a Escola Básica brasileira, Atelier de Pesquisa I e III e, por aceitar fazer parte desta Banca de Defesa, apoiando-nos com suas contribuições valiosas durante a produção deste texto dissertativo;
- ✓ À querida Profa. Dra. Wilma de Nazaré Baía Coelho pelo ensinamento na disciplina Escola Básica brasileira, apoio e contribuição na nossa formação;

- ✓ A Profa. Dra. Maria de Fátima Matos de Souza e ao Prof. Dr. Fabrício Aarão pelas contribuições no decorrer das disciplinas referentes às Teorias e Práticas de Gestão e de Organização do Trabalho Pedagógico e Atelier de Pesquisa II;
- ✓ A Profa. Dra. Dinair Leal da Hora, pelo carinho e ensinamentos durante a disciplina Teorias e Práticas de Gestão e de Organização do Trabalho Pedagógico e por aceitar o convite para fazer parte da banca de qualificação e de defesa;
- ✓ À Profa. Dra. Marise Nogueira Ramos da Universidade Estadual do Rio de Janeiro, por destinar seu valioso tempo à leitura e contribuições na banca de qualificação, na condição de examinadora externa;
- ✓ À Profa. Dra. Tânia Regina Lobato dos Santos da Universidade Estadual do Pará, ao destinar seu precioso tempo à leitura, análises e contribuições na qualidade de examinadora externa da banca de defesa;
- ✓ A todos/as os/as colegas do Mestrado e do Atelier I, II e III, com quem compartilhei momentos de aprendizagem, aflições e risadas, principalmente, pela amizade construída nesse processo;
- ✓ Ao Grupo de Estudos e Pesquisa sobre Estado e Educação na Amazônia, ao nosso amando Prof. Dr. Orlando Nobre Bezerra de Souza e as amadas Integrantes: Ney Cristina Monteiro de Oliveira, Izete Magno Correa, Kezya Helga de Souza Rodrigues da Silva, Rosa do Socorro Gomes Vale, Luana Patrícia Paixão Maciel, Keila Roberta Cavalheiro Guimarães, Cintia Aurora Quaresma Cardoso e Cintya da Silva Aguiar, pelo acalorado carinho, aprendizagens e a todos/as os/as colegas da pesquisa, pelas sessões de estudo;
- ✓ Aos técnicos e técnicas de apoio do Núcleo de Estudos Transdisciplinares em Educação Básica pela atenção, pelo acolhimento, pelo respeito e contribuições em nossa formação;
- ✓ Às Secretarias Municipais de Educação e de Saúde de Altamira - Pará, pelo acolhimento, pelo respeito e suas contribuições com nosso estudo;
- ✓ Aos colegas e as colegas de turma do Programa de Pós-Graduação em Currículo e Gestão da Escola Básica, pelo carinho, pelo respeito e acolhimento;
- ✓ A Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior do Ministério da Educação do Brasil, pela concessão de bolsa para estudos via Programa de Demanda Social;

- ✓ A todos/as amigos/as que contribuíram diretamente e indiretamente para este trabalho, que porventura não tenha mencionado, e estão na torcida pelo meu sucesso, com destaque à amável amiga Rayssa Souza e ao amável amigo Kelson Lobato, sem palavras para mensurar o apoio incondicional de vocês, foram angelicais;
- ✓ Por fim, porém, não menos importante agradeço a minha amada esposa Ozenilda da Silva Bandeira que compreensivamente me apoiou nesta reta final à conclusão deste sonho de tornar-me mestre em Educação.

“É fundamental diminuir a distância entre o que se diz e o que se faz, de tal forma que, num dado momento, a tua fala seja a tua prática”.

(FREIRE, 2003, p. 61).

RESUMO

O presente texto tem como objeto de estudo, o Programa Saúde na Escola, sua diretriz intersetorialidade nos sistemas municipais de Ensino e de Saúde no contexto de Altamira, Pará, no período compreendido entre 2008 – 2019. Neste sentido, traçou-se como problemática: Quais as ações implementadas intersetorialmente no Programa Saúde na Escola e suas contribuições para Educação Pública Básica no Sistema Municipal de Ensino de Altamira, Pará, no período entre 2008 e 2019? Para isso, Objetivou-se analisar a implementação do Programa Saúde na Escola e suas ações caracterizadas pelo princípio da intersetorialidade nos Sistemas Municipais de Ensino e de Saúde em Altamira, Pará, no período entre 2008 – 2019. Assim, organizam-se três objetivos específicos, os quais são: 1) identificar as concepções dos partícipes sobre o Programa Saúde na Escola em Altamira, Pará; 2) verificar as percepções dos partícipes sobre os princípios característicos da intersetorialidade do programa e; 3) analisar as ações na perspectiva da intersetorialidade do programa realizadas nos Sistemas Municipais de Ensino e de Saúde em Altamira, Pará. Na realização deste estudo, optou-se pela abordagem qualitativa com uma pesquisa do tipo documental, organizou-se em conformidade com “os ciclos da pesquisa qualitativa”, subdividiram-se em três etapas: 1) fase exploratória; 2) trabalho de campo e 3) análise do material baseado nas experiências e nos documentos (MINAYO apud DELANDES; GOMES; MINAYO, 2009, p. 25-27). Tomou-se por base, o elemento conceitual da política pública caracterizada pela intersetorialidade que define a interface dos conhecimentos e das práticas no planejamento integrado, na execução e nas análises das ações, tendo em vista os objetivos propostos na implementação de momentos necessários, com vista a um resultado colaborativo para o desenvolvimento integral da sociedade (JUNQUEIRA, 1997). O estudo estrutura-se em quatro capítulos, mais a Introdução; Capítulo I - Percursos Metodológicos; Capítulo II - Políticas Públicas Educacionais e de Saúde no Brasil; Capítulo III - Implantação do Programa Saúde na Escola como política pública nos sistemas municipais de Ensino e de Saúde em Altamira, Pará; Capítulo IV – Programa Saúde na Escola e suas contribuições para a educação pública básica em Altamira, Pará, seguida das considerações finais e referências. Nesta formatação compreendeu-se que este texto contribuirá reforçando estudos existentes na produção científica, acadêmica e social.

Palavras-chave: Programa Saúde na Escola. Princípios Característicos da Intersetorialidade. Educação Pública Básica. Sistemas Municipais de Ensino e de Saúde. Políticas Públicas em Altamira - Pará.

ABSTRACT

The present text has as object of study, the School Health Program, its intersectoriality guideline in the municipal systems of Education and Health in the context of Altamira, Pará, in the period between 2008 and 2019. In this sense, the following problem was identified: What are the intersectorial actions implemented in the School Health Program and their contributions to Basic Public Education in the Municipal Teaching System of Altamira, Pará, in the period between 2008 and 2019? For this, It was aimed to analyze the implementation of the Health at School Program and its actions characterized by the intersectoriality principle in the Municipal Education and Health Systems in Altamira, Pará, in the period between 2008 - 2019. Thus, three specific objectives are organized, which are: 1) identify the conceptions of participants about the School Health Program in Altamira, Pará; 2) verify the perceptions of participants about the characteristic principles of intersectoriality of the program and; 3) analyze the actions from the perspective of intersectoriality of the program carried out in the Municipal Education and Health Systems in Altamira, Pará. In carrying out this study, we opted for a qualitative approach with a documentary type research, organized in accordance with "the cycles of qualitative research", subdivided into three stages: 1) exploratory phase; 2) field work and 3) analysis of the material based on experiences and documents (MINAYO apud DELANDES; GOMES; MINAYO, 2009, p. 25-27). It was taken as a basis, the conceptual element of public policy characterized by intersectoriality that defines the interface of knowledge and practices in integrated planning, execution and analysis of actions, in view of the objectives proposed in the implementation of necessary moments, aiming at a collaborative result for the integral development of society (JUNQUEIRA, 1997). The study is structured in four chapters, plus the Introduction; Chapter I - Methodological Paths; Chapter II - Public Educational and Health Policies in Brazil; Chapter III - Implementation of the Health at School Program as a public policy in the municipal education and health systems in Altamira, Pará; Chapter IV - Health at School Program and its contributions to basic public education in Altamira, Pará, followed by the final considerations and references. In this format it was understood that this text will contribute to reinforce existing studies in scientific, academic and social production.

Keywords: School Health Program. Characteristic Principles of Intersectoriality. Basic Public Education. Municipal Education and Health Systems. Public Policies in Altamira - Pará.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Do Marco legal na fase de implantação do Programa Saúde na Escola.	28
Quadro 2 – Dos Manuais/orientações para implantação e funcionamento do Programa Saúde na Escola.....	29
Quadro 3 – Dos entrevistados.	30
Quadro 4 – Consolidação dos documentos selecionados para as categorias das análises	33
Quadro 5 - Unidades Escolares X Unidades de Saúde da Família do PSE, em 2008.....	57
Quadro 6 - Unidades Escolares X Unidades de Saúde da Família do PSE - 2019.	58
Quadro 7 - Unidades Escolares para implantação do Programa Saúde na Escola - 2008.....	73
Quadro 8 - Unidades Escolares X Unidades de Saúde da Família do Programa - 2008.....	74
Quadro 9 - Unidades Escolares X Unidades de Saúde da Família do programa - 2019.....	78
Quadro 10 - Participantes na Pesquisa	82
Quadro 11 – Perfil dos participantes na pesquisa.	83

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Quadro da Educação Básica – Altamira - 2008 a 2018.....	53
Tabela 2 - Índice de Desenvolvimentos da Educação Básica – resultados e metas.	53
Tabela 3 - Matrículas da Educação Básica Municipal de Altamira - 2008 a 2018.	54
Tabela 4 - Docentes da Educação Básica Municipal de Altamira – 2008 a 2018.....	55
Tabela 5 - Estabelecimentos da Educação Básica Municipal de Altamira – 2008 a 2018.....	55
Tabela 6 - Turmas da Educação Básica Municipal de Altamira – 2008 a 2018.....	56
Tabela 7 - Estabelecimentos da Rede de Atenção em Saúde.	57
Tabela 8 - Planilha de Avaliação dos Indicadores de Saúde/2007.	69
Tabela 9 - Morbidades Hospitalares Especificadas 2007.	71
Tabela 10 - Mortalidade Geral Segundo Principais Causas 2007.	71
Tabela 11 - Estabelecimentos da Rede de Atenção em Saúde 2007.	72
Tabela 12 - Recursos humanos da Saúde – 2007.	72
Tabela 13 - Estabelecimentos da Rede de Atenção em Saúde.	77
Tabela 14 - Equipes Multiprofissionais da Rede de Atenção em Saúde 2019.....	77

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CAPES – Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior;
CF/88 – Constituição Federal de 1988;
CNES – Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde;
EACS – Estratégia de Agente Comunitário de Saúde;
ECA – Estatuto das Crianças e dos Adolescentes;
ESF – Estratégia de Saúde da Família;
ESF/SB – Estratégia de Saúde da Família com Saúde Bucal;
GTIM – Grupos de Trabalho Intersetorial Municipal;
IBICT – Instituto Brasileiro de Informação em Ciência e Tecnologia;
IDEB – Índice de Desenvolvimento da Educação Básica;
INEP – Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira;
LDBEN – Leis de Diretrizes e Bases da Educação Nacional;
MEC – Ministério da Educação;
MS – Ministério da Saúde;
MS/CNES – Ministério da Saúde/Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde;
PAR – Plano de Ações Articuladas;
PDE – Plano de Desenvolvimento da Educação;
PDE/MEC – Plano de Desenvolvimento da Educação/Ministério da Educação;
PNAB – Política Nacional de Atenção Básica;
Projeto SE – Projeto Saúde na Escola;
PSE – Programa Saúde na Escola;
RAS – Redes de Atenção em Saúde;
SB – Saúde Bucal;
SEMED – Secretaria Municipal de Educação;
SESMA – Secretaria de Saúde Municipal de Altamira;
SME – Sistema Municipal de Ensino;
SUS – Sistema Único de Saúde;
TCM/PSE – Termo de Compromisso Municipal do Programa Saúde na Escola;
UE – Unidades Escolares;
USF – Unidade de Saúde da Família.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	18
2 PERCURSOS METODOLÓGICOS	25
3 POLÍTICAS PÚBLICAS EDUCACIONAIS E DE SAÚDE NO BRASIL.....	35
3.1 DESCENTRALIZAÇÃO E REGIME DE COLABORAÇÃO FEDERATIVA.....	37
3.2 PRINCÍPIOS CARACTERÍSTICOS DA INTERSETORIALIDADE	45
3.3 PROGRAMAS INTERSETORIAIS NAS POLÍTICAS PÚBLICAS EDUCACIONAIS E DE SAÚDE NO BRASIL	48
4 IMPLANTAÇÃO DO PROGRAMA SAÚDE NA ESCOLA COMO POLÍTICA PÚBLICA NOS SISTEMAS MUNICIPAIS DE ENSINO E SAÚDE DE ALTAMIRA- PARÁ.....	52
4.1 O PROGRAMA SAÚDE NA ESCOLA E SEU APORTE LEGAL.....	58
4.2 O PROGRAMA SAÚDE NA ESCOLA E AS COMPETÊNCIAS ESTADUAIS	64
4.3 PROGRAMA SAÚDE NA ESCOLA E AS SUAS NORMATIZAÇÕES NO MUNICÍPIO DE ALTAMIRA - PARÁ.....	68
5 PROGRAMA SAÚDE NA ESCOLA E SUAS CONTRIBUIÇÕES NA EDUCAÇÃO PÚBLICA BÁSICA EM ALTAMIRA - PARÁ.....	81
5.1 CONCEPÇÕES DOS PARTICIPANTES SOBRE O PROGRAMA SAÚDE NA ESCOLA.....	84
5.2 PERCEPÇÕES DOS PARTICIPANTES SOBRE OS PRINCÍPIOS CARACTERÍSTICOS DA INTERSETORIALIDADE.....	89
5.3 CONTRIBUIÇÕES CARACTERÍSTICAS DA INTERSERORIALIDADE EFETIVADAS DO PROGRAMA SAÚDE NA ESCOLA NO SISTEMA MUNICIPAL DE ENSINO DE ALTAMIRA	95
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	101
REFERÊNCIAS.....	106
APÊNDICE A – CARTAS DE APRESENTAÇÃO DO PESQUISADOR.....	116
APÊNDICE B – OFÍCIO Nº. 01/2020 – UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ	119
APÊNDICE C – QUESTIONÁRIO ESCRITO.....	120
APÊNDICE D – TERMO DE COMPROMISSO LIVRE E ESCLARECIDO.....	122

1 INTRODUÇÃO

No Brasil, principalmente após o regime militar ditatorial e autoritário (1964 - 1985), que no final da década de 1970, intermediado por intensos debates e lutas que se demandaram por políticas sociais como direitos propostos pela sociedade civil¹. Direitos estes que fortaleceram o processo de redemocratização do Estado brasileiro, com maior abertura indexada a partir da década 1980, culminou com a realização da Assembleia Nacional Constituinte no ano de 1986, instituiu-se as garantias de direitos sociais aprovados e promulgados na Constituição Federal de 1988 (BRASIL, 1988).

Nestas características integradoras provenientes das “significativas discussões e debates políticos sobre as condições de saúde da população brasileira. Teve início em meados da década de 1970” (ALBUQUERQUE, 2015, p. 5), ainda “num contexto político e social marcado por um regime de governo autoritário de uma ditadura militar, que teve início em 1964 e o seu final em 1985” (ALBUQUERQUE, 2015, p. 5). Período este, coordenado pelo “Movimento Sanitarista e outros movimentos políticos e sociais” (ALBUQUERQUE, 2015, p. 5), culminou com a “[...] VII Conferência Nacional de Saúde (CNS), em 1980, que tratou da temática que contemplava a extensão das ações de saúde por meio dos serviços básicos [...]” (ALBUQUERQUE, 2015, p. 5) e também com a promulgação da Constituição Federal de 1988 (BRASIL, 1988).

A Constituição Federal de 1988, que ficou conhecida como a Carta Magna cidadã, trouxe em seu arcabouço as pautas dos direitos sociais fundamentais, com destaque para os setores da Educação, da Saúde, do Trabalho, da Moradia, da Segurança, da Maternidade e da Infância (BRASIL, 1988). Diante disto, constituíram-se as reformas descentralizadoras na legislação brasileira que se adentraram a década de 1990.

Contudo, neste estudo, têm-se mais destaques os setores da Educação e da Saúde, com suas leis, as quais são: a Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990 que “dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências” (BRASIL, 1990a); Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990 (Lei Orgânica da Saúde), que “dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes” (BRASIL, 1990b), e a Lei nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996, que “estabelece as Diretrizes e Bases da Educação Nacional” (BRASIL, 1996).

¹ São setores sociais compostos por instituições (empresas, escolas, igrejas, sindicatos, associações etc) de natureza econômica e política, com características produtivas espontaneamente ideológicas, contratando e conciliando capacidades para consolidação e/ou contestação do comando executado pelas agremiações dominante Estatal (GRAMSCI, 1999).

Com as conquistas das políticas sociais como direito na Constituição Federal de 1988 (BRASIL, 1988), bem como a consagração dos princípios democráticos nas políticas públicas educacionais e a participação da sociedade civil nos diversificados setores, que geraram possibilidades e instrumentos legais para o fortalecimento da autonomia das unidades escolares, nos aspectos da promoção da Educação em um ambiente democrático e de direitos, tendo como mecanismo a participação da comunidade escolar local (corpo de gestores escolares, corpo docente, corpo discente, corpo de apoio complementar, mães, pais e responsáveis pelos discentes) nas definições da política educacional descentralizadas. Foi a partir deste contexto que se instituiu uma série de projetos e programas visando à atenção aos mais vulneráveis e à melhoria da qualidade de vida e da ação educativa escolar.

No Governo Lula (2003-2006; 2007-2010), na vigência do Plano de Desenvolvimento da Educação (BRASIL, 2007a) instituiu-se o Plano de Ações Articuladas, criado pelo Decreto nº. 6.094, de 24 de abril de 2007 que “Dispõe sobre a implementação do Plano de Metas Compromisso Todos pela Educação, pela União Federal, em regime de colaboração com os Municípios, o Distrito Federal e os Estados, e a participação das famílias e da comunidade” que se apresentou como ferramenta de apoio diagnóstico e de planejamento para as políticas públicas educacionais, arquitetado com intuito de estruturação e gerenciamento das metas decididas de maneira estratégica, colaborando para a constituição de um Sistema Nacional de Educação (BRASIL, 2007a).

No art. 2º do Plano de Ações Articuladas, que se tratou das diretrizes do regime de colaboração (União, Estados, Municípios e Distrito Federal), apresentou-se na diretriz XXIV o seguinte texto “integrar os programas da área da educação com os de outras áreas como saúde, esporte, assistência social, cultura, dentre outras, com vista ao fortalecimento da identidade do educando com sua escola; [...]” (BRASIL, 2007a). Com isso, procurou-se promover a integralização dos diversos setores sociais com a escola no intuito de promover a melhoria de acesso à qualidade de vida do escolar (BRASIL, 2007a).

Neste viés que Barbieri e Noma (2017, p. 138) afirmam que “especialmente a partir dos anos 2000 as ações intersetoriais vêm ocupando parte do tempo regular escolar de crianças e adolescentes”. Os autores destacam ainda que foram nos governos de Luiz Inácio Lula da Silva e de Dilma Rousseff que surgiram diversificados projetos e programas envolvendo o setor da Educação com caracterização no paradigma da intersetorialidade, tais como o 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 (PBF), o Programa Mais Educação, o Programa Crack, é possível vencer, o Programa Brasil Sem Miséria (BARBIERI; NOMA, 2017, p. 138).

Todavia, nosso objeto de estudo foi o Programa Saúde na Escola e sua diretriz caracterizada pelo princípio da intersetorialidade, que se define como “a articulação de saberes e experiências no planejamento, realização e avaliação de ações, com o objetivo de alcançar resultados integrados em situações complexas, visando um efeito sinérgico no desenvolvimento social” (JUNQUEIRA; INOJOSA; KOMATSU, 1997, p. 24).

Nesta linha de raciocínio, Góis (2013, p. 129), suplementou-se que as características da intersetorialidade “é entendida como uma forma de reflexão e de prática socioinstitucional que privilegia a construção e troca de saberes coletivos entre instituições envolvidas em uma dada ação”.

Para Junqueira, Inojosa, Komatsu (1997) e Góis (2013), a perspectiva diretiva caracterizada pela intersetorialidade, versa-se pelos diálogos dos saberes coletivos como premissa para a construção de ações articuladas a serem instituídas nas políticas públicas como direitos sociais.

Nestas características integradoras provenientes das “significativas discussões e debates políticos sobre as condições de saúde da população brasileira. Teve-se início em meados da década de 1970” (ALBUQUERQUE, 2015, p. 5), ainda “num contexto político e social marcado por um regime de governo autoritário de uma ditadura militar, que teve início em 1964 e o seu final em 1985” (ALBUQUERQUE, 2015, p. 5). Período este, coordenado pelo “Movimento Sanitarista e outros movimentos políticos e sociais” (ALBUQUERQUE, 2015, p. 5), que culminou com a “[...] VII Conferência Nacional de Saúde (CNS), em 1980, que tratou da temática que contemplava a extensão das ações de saúde por meio dos serviços básicos [...]” (ALBUQUERQUE, 2015, p. 5) e com a promulgação da Constituição Federal de 1988 (BRASIL, 1988).

Como parte deste arcabouço constitucional, no ano de 2007, os Ministérios da Educação e da Saúde por meio do Decreto Presidencial n 6.286, de 5 de dezembro instituíram o Programa Saúde na Escola (BRASIL, 2007b), com diretrizes e ações para o público-alvo os quais são: as crianças, os adolescentes, os jovens e os adultos da Educação Básica brasileira, ainda as comunidades escolares (corpo de gestores escolares, corpo docente, corpo discente, corpo de apoio complementar, mães, pais e responsáveis pelos discentes). Deste modo, os dois setores, unem forças para a promoção, prevenção e atenção

à saúde para enfrentamento das vulnerabilidades que interferem na educação integral dos estudantes do Sistema Nacional da Educação Básica (BRASIL, 2007).

Cury, Reis e Zanardi (2018, p. 106) afirmam que “As crianças em condições adequadas de saúde, alimentação e proteção estão frequentemente ansiosas para aprender e experimentar coisas novas”. Esta afirmação dos autores corrobora com o objetivo do Programa Saúde na Escola, pois ele tinha como princípio, tornar-se um importante elo entre a Unidade Escolar e a Unidade de Saúde da Família, para promoverem conhecimentos e ações para o desenvolvimento humano integral (físico, psicológico, social e cultural) das crianças e dos adolescentes na Educação Básica.

Para o Ministério da Educação, o programa visava à integração articulada permanente da Educação e da Saúde, promovendo a qualidade de vida da população brasileira em idade escolar, que nasceu a partir do questionamento de, “Como consolidar essa atitude dentro das escolas?” (BRASIL, 2007a). Tal questionamento norteou a elaboração do processo metodológico das “Agendas de Educação e Saúde, a serem executadas como projetos didáticos nas Escolas” (BRASIL, 2007a).

Ainda de acordo com o Ministério da Educação (BRASIL, 2007a), o Programa Saúde na Escola objetivou:

Contribuir para a formação integral dos estudantes por meio de ações de promoção, prevenção e atenção à saúde, com vistas ao enfrentamento das vulnerabilidades que comprometem o pleno desenvolvimento de crianças e jovens da rede pública de ensino.

Notou-se que o norte proposto pelo Ministério da Educação em parceria com o Ministério da Saúde, é a qualidade de vida cidadã focada no pleno desenvolvimento integral dos corpos discentes, docentes e de apoio administrativo e suplementar na Educação Básica e que, com a garantia de políticas sociais como direito propostos na legislação brasileira.

Diante dos aspectos levantados, manifestou-se o interesse na efetivação do estudo, problematizou-se o questionamento: Quais as ações implementadas intersetorialmente no Programa Saúde na Escola e suas contribuições para a Educação Pública Básica no Sistema Municipal de Ensino de Altamira, Pará, no período entre 2008 e 2019?

Teve-se esse interesse, porque durante a formação na graduação de Licenciatura em Pedagogia, permitiu-me a possibilidade de estudar sobre a temática a intersetorialidade nas políticas sociais envolvendo os setores da Educação e da Saúde que proporcionou-me a experiência de publicar um artigo em parceria com Feitosa e Souza com o título “Educação, Saúde e Social: diálogos para inclusão em Altamira – Região Xingu/Pará”, com apresentação

e publicação nos anais do 37º Encontro Nacional de Estudantes de Pedagogia, em Petrolina, Pernambuco, em julho de 2017 (BANDEIRA; FEITOSA; SOUZA, 2017).

Estudo este que mostrou a necessidade de explorar mais sobre as políticas sociais com a diretriz caracterizada pela intersetorialidade, por sua relevância enquanto um novo marco nos modelos de política pública, bem como ser um tema pouco explorado nos estudos acadêmicos no setor da Educação, tendo em vista serem mais explorados nos setores da Saúde Coletiva e da Administração Pública, como será apresentado ou visto ou apreciado pelo leitor no levantamento bibliográfico no capítulo I.

Ressalta-se ainda um interesse pessoal, pois exerci profissionalmente serviços públicos em âmbitos municipais no setor da Saúde no período compreendido entre 1997 – 2019, nas Prefeituras Municipais de Medicilândia, Porto de Moz e Anapú, todas situadas no Estado do Pará. Nesse período acumulei diversas experiências, tais como, atendente em enfermagem (1997 - 1998), fiscal de vigilância sanitária (1999), auxiliar em enfermagem (2000 - 2002), chefe de departamento (2003 - 2005), técnico de controle e avaliação (2006 - 2012) e, ultimamente, atuava como agente de planejamento em Saúde (2013 - 2019). Diante disto, tive a oportunidade de envolvimento com uma série de programas que foram inaugurados a partir do ano de 1996 com o processo de descentralização do Sistema Único de Saúde que tem exigido interfaces setoriais das políticas da Saúde com a Educação.

Nesse exercício profissional, no decorrer destes anos, percebi que muitas vezes, apesar dos objetivos propostos nos programas direcionados pela intersetorialidade, os setores da Saúde e da Educação se distanciaram da ação promotora de educação em saúde dos escolares. Apesar de haver aportes financeiros para isso (incentivos e custeios) e diretrizes para a integração e a articulação dos sistemas de Educação e de Saúde, não adentram efetivamente nas escolas, não se teve sucesso almejado na execução, não houve um diálogo mais efetivo com as Secretarias Municipais de Educação e de Saúde, por alguns impedimentos que são, muitas vezes, de ordem jurídica ou administrativa (Regimento interno desconexo, planejamentos desintegrados e distanciamento dos setores da Educação e da Saúde) ou até mesmo do financiamento e, com isso, os programas não apresentam resultados mais positivos.

Para dar conta deste problema de pesquisa, objetivou-se, analisar a implementação do Programa Saúde na Escola e suas ações caracterizadas pelo princípio da intersetorialidade nos Sistemas Municipais de Ensino e de Saúde em Altamira, Pará, no período entre 2008 – 2019. Ainda objetivou-se especificamente: 1) identificar as concepções dos partícipes sobre o Programa Saúde na Escola em Altamira, Pará; 2) verificar as percepções dos partícipes sobre os princípios característicos da intersetorialidade do programa e; 3) analisar as ações na

perspectiva da intersetorialidade do programa realizadas nos Sistemas Municipais de Ensino e de Saúde em Altamira, Pará.

Ancorou-se epistemologicamente e teoricamente sobre a intersetorialidade em Barbieri e Noma (2017), Ferreira (2009), Inojosa (1998), Junqueira (1997, 2000), Monnerat e Sousa (2014), Nascimento (2010), Santos e Dias (2012), Silva (2019) e Tumelero (2018).

Tratou-se assim, de um estudo qualitativo cunhado por análise de documentos oficiais (Leis, Decretos, Portarias, Resoluções, Termo de Adesão e de Compromissos, dentre outros pertinentes) e entrevistas em que se utilizou a Análise de Conteúdo (BARDIN, 2011 [1977]) para análises dos dados que no Capítulo I, explorou-se com mais amplitude.

A presente dissertação estrutura-se em quatro capítulos e da introdução que é constituída pela justificativa, pelo problema, pelos objetivos (geral e específicos). No primeiro capítulo, traçou-se o caminho percorrido metodologicamente para execução do estudo em questão.

No segundo capítulo, discorreu-se sobre as Políticas Públicas Educacionais e de Saúde no Brasil, baseada em uma revisão bibliográfica tendo como foco os conceitos básicos e seus fatores, dividiu-se em três subcapítulos: Descentralização e regime de colaboração federativa; Princípios característicos da intersetorialidade e Programas intersetoriais nas políticas públicas educacionais e de saúde no Brasil.

O terceiro capítulo tratou da Implantação do Programa Saúde na Escola como política pública caracterizada pela intersetorialidade nos sistemas municipais de Educação e de saúde de Altamira-PA no período compreendido entre 2008 – 2019 a partir da tessitura três subcapítulos: O Programa Saúde na Escola e seu aporte legal; O Programa Saúde na Escola e as obrigações Estaduais e, O Programa Saúde na Escola e suas normatizações no Município de Altamira - Pará.

O quarto capítulo apresentou o Programa Saúde na Escola nos sistemas municipais de Educação e de Saúde de Altamira – Pará, contendo quatro subcapítulos: As concepções dos participantes sobre o Programa; As percepções dos participantes sobre os princípios característicos da intersetorialidade; A efetividade do programa no Sistema Municipal de Educação de Altamira e As contribuições do programa para o Sistema Municipal de Educação de Altamira.

Por fim, seguem as considerações finais, que norteadas pela problemática e nossos objetivos, exprimem nossos resultados alcançados e produzidos no estudo que assim desenvolvemos. Neste formato, entendeu-se que nossa dissertação poderá contribuir para reforçar a compreensão dos estudos existentes na produção científica, acadêmica e social para

o enfrentamento das vulnerabilidades sociais e ao pleno desenvolvimento humano escolar como instrumento de apoio nas políticas públicas da Educação Básica brasileiras.

2 PERCURSOS METODOLÓGICOS

Neste capítulo delinea-se a caracterização de nosso estudo com o conceito de pesquisa, o caminho percorrido, nossos achados na revisão literária delimitando o *locus*, os participantes e as produções de dados.

Para Chizzotti (1991, p. 11),

A pesquisa investiga o mundo em que o homem vive e o próprio homem. Para esta atividade o investigador recorre à observação e a reflexão que faz sobre os problemas que enfrenta, e à experiência passada e atual dos homens na solução destes problemas, a fim de munir-se dos instrumentos mais adequados à sua ação e intervir no seu mundo para construí-lo adequado à sua vida.

Deslandes, Gomes e Minayo (2009, p. 14) ressaltam que o conceito de metodologia da pesquisa é entendido como “o caminho do pensamento e a prática exercida na abordagem da realidade” ainda complementam que “inclui simultaneamente a teoria da abordagem (o método), os instrumentos de operacionalização do conhecimento (as técnicas) e a criatividade do pesquisador (sua experiência, sua capacidade pessoal e sua sensibilidade)”. A teoria e o método são “esses dois termos inseparáveis, devendo ser tratados de maneira integrada e apropriada quando se escolhe um tema, um objeto, ou um problema de investigação” (MINAYO, 2014, p. 44).

Para realização deste estudo, aplicou-se o princípio da abordagem qualitativa de pesquisa que, para Deslandes, Gomes e Minayo (2009, p. 21), consistem em responder a assuntos específicos, porque,

[...] trabalha com universos dos significados, dos motivos, das aspirações, das crenças, dos valores, e das atitudes. Esse conjunto de fenômenos humanos é entendido aqui como parte da realidade social, pois o ser humano se distingue não só por agir, mas por pensar sobre o que faz e por interpretar suas ações dentro e a partir da realidade vivida e partilhada com seus semelhantes.

Para Kripka, Sheller e Bonotto (2015, p. 243),

Os estudos qualitativos se caracterizam como aqueles que buscam compreender um fenômeno em seu ambiente natural, onde esses ocorrem e do qual faz parte. [...] o investigador é o instrumento principal por captar as informações, interessando-se mais pelo processo do que pelo produto.

No sentido de organicidade, dividiu-se este estudo em três etapas propostas por Delandes, Gomes e Minayo (2009, p. 26) e com intercâmbio com as premissas em forma de decálogo proposto por Minayo (2012), as quais foram:

Primeira Etapa – Fase exploratória compôs-se pelos quatros decálogos iniciais: (1) conhecer os termos estruturantes das pesquisas; (2) definição do objeto e sua teorização; (3)

definir as estratégias de campo e (4) exploração informal do contexto a ser estudado. Organizou-se o projeto de pesquisa, que foi submetido ao Comitê de Ética do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Pará com Certificado de Apresentação de Apreciação Ética número 43592821.1000.0018 e parecer número 4.631.619: Aprovado. Seguiu-se para a próxima etapa.

Segunda Etapa – Trabalho de campo composto por outros dois decálogos: (5) ir a campo munido de teoria e hipóteses, mas aberto para questionamentos e (6) organização de material secundário e baseado na experiência com as informações de campo. Complementando-se, as informações primárias da fase exploratória para nosso estudo.

Terceira Etapa – Analisou-se o material baseado na experiência e documental, compondo-se dos quatros decálogos finais: (7) construindo a tipificação do material recolhido em campos, fazendo a transcrição e a elaboração teórica; (8) exercitando a interpretação de segunda ordem; (9) sendo fiel em suas produções aos achados no campo contextualizado e acessível e, (10) assegurando-se aos critérios de fidedignidade e de validade.

Na formatação proposta por Delandes, Gomes e Minayo (2009) denominada de ciclos da pesquisa qualitativa com as três etapas (fase exploratória, trabalho de campo e tratamento do material) que se compôs nosso estudo, atentou-se ao fato de que “a pesquisa é um trabalho artesanal que não prescinde da criatividade, realiza-se fundamentalmente por uma linguagem baseada em conceitos, proposições, hipóteses, métodos e técnicas” ainda que a “linguagem esta que se constrói com um ritmo próprio e particular” (DELANDES; GOMES; MINAYO, 2009, p. 26).

Em consequência disso, na nossa primeira etapa (fase exploratória) iniciou-se com a revisão da literatura, focando-se na importância da qualidade, uma vez que a mesma objetivou-se em “iluminar o caminho a ser trilhado pelo pesquisador, desde a definição do problema até a interpretação dos resultados” (ALVES-MAZZOTI; GEWANDSZNAJDER, 2000, p. 26). Foi realizada nos bancos de dados da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), do Instituto Brasileiro de Informação em Ciência e Tecnologia (IBICT), da Biblioteca da Universidade Federal do Pará, *Scientific Electronic Library Online (SciELO)*, *Google Acadêmico* e livros com os seguintes descritores: Programa Saúde na Escola, princípios da intersetorialidade, descentralização, Educação e Saúde.

Nesse processo realizou-se a busca dos aportes teóricos e conceituais à luz dos autores e autoras, nas Teses de doutorados, nas Dissertações de mestrados e nos Artigos científicos. No tocante às teses de doutorado, encontraram-se quatro estudos inscritos no setor da Saúde Coletiva, quais sejam: Correia (2016), Domingues (2016), Silva, A. (2014) e Silva, C. (2010).

No que se refere às dissertações de mestrados, localizaram-se trabalhos em distintos setores, a saber: seis pesquisas em Saúde Coletiva (BARRA, 2013; FARIAS, 2014; MEDEIROS, E., 2017; MEDEIROS, T., 2016; MOURA, 2014; SILVA, 2014); seguido de um em Educação (SANTOS, 2017); um em Gestão Social, Educação e Desenvolvimento Local (ALMEIDA, 2013) e; um em Sociedade, Ambiente e Qualidade de Vida (COELHO, 2018).

Por fim, os artigos científicos, detectaram-se estudos em diversificados setores, que foram: treze na Saúde Coletiva (AZEVEDO; PELICIONI; WESTPHAL, 2012; BARILLI; PESSÔA, 2013; CHIARI *et al.*, 2018; FERREIRA *et al.*, 2014; JUNQUEIRA, 2000; MAGALHÃES; BODSTEIN, 2009; MORETTI *et al.*, 2010; ORNELAS; TEIXEIRA, 2015; PEREIRA, 2017; SILVA; RODRIGUES, 2010; SILVA; SILVA; BODSTEIN, 2016; SILVA; TAVARES, 2016; SOUZA; ESPERIDIÃO; MEDINA, 2017); dois no setor educacional (ARAÚJO; MANZINI; FIORINI, 2014; BARBIERI; NOMA, 2017); dois no setor da Administração (Gestão) Pública (INOJOSA, 1998; JUNQUEIRA; INOJOSA; KOMATSU, 1997); dois na Administração (Gestão) Pública em Saúde (JUNQUEIRA, 1997; SOUZA; ROSA; OLIVEIRA, 2013); três nas Políticas Sociais (GÓIS, 2013; MONNERAT; SOUZA, 2014; NASCIMENTO, 2010) e; dois em Políticas Públicas (AKERMAN *et al.*, 2014; TUMELERO, 2018).

Neste sentido, nesta revisão literária, visibilizou-se que a maior parte das produções nos repositórios científicos prevalece no setor da Saúde Coletiva, com vinte e três trabalhos publicados, entretanto, apresentaram-se frequentes estudos em outros setores, os quais foram: três no setor Educacional, cinco em Políticas Sociais, dois em Administração Pública, dois em Administração Pública em Saúde e dois em Políticas Públicas, confirmando-se a necessidade de estudos que envolvam os princípios da intersetorialidade nos Sistemas de Municipais de Educação e da Saúde.

Para Chizzotti (1991, p. 16),

A pesquisa sobre um problema determinado depende das fontes de informação sobre o mesmo. As informações podem provir de observações, de reflexões pessoais, de pessoas que adquiriram experiências pelo estudo ou pela participação em eventos, ou ainda do acervo de conhecimentos reunidos em bibliotecas, centros de documentações bibliográficas ou de qualquer registro que contenham dados.

Neste estudo, optou-se pela pesquisa do tipo documental como método operacional porque,

[...] é aquela em que os dados obtidos são estritamente provenientes de documentos, a fim de compreender um fenômeno [...] é um procedimento que se utiliza de métodos e técnicas para a apreensão, compreensão e análises de documentos dos

mais variados tipos. [...] O método utilizado para analisar os documentos chama-se “método de análise documental” (KRIPKA; SHELLER; BONOTTO, 2015, p. 244, grifos dos autores).

Para tanto, o artifício para organização e concepção das informações expressas nos instrumentos legais de implantação do Programa Saúde na Escola, aderiu-se a técnica de análise de conteúdo (BARDIN, 2011 [1977]).

“A pesquisa documental tem como principal característica o fato de que a fonte dos dados, o campo se procederá à coleta dos dados, é um documento (histórico, institucional, associativo, oficial, etc.)” (TOZONI-REIS, s/a, p. 31). Na educação, este tipo de pesquisa “é uma ‘visita’ que o pesquisador faz a documentos que tenham significado para a organização da educação ou do ensino, com o objetivo de empreender uma análise, em geral crítica, das propostas em questão” (TOZONI-REIS, s/a, p. 31).

A fonte de informação da documentação,

visa responder as necessidades objetivas da investigação e pode, didaticamente, atender as seguintes questões: para que servem as informações documentadas; quais documentos são necessários para realizar o estudo do problema; onde encontra-los; e como utilizar-se para os objetivos da pesquisa (CHIZZOTTI, 1991, p. 17).

Frisou-se o quão importante é a pesquisa documental na abordagem qualitativa, porque proporciona “a compreensão de casos específicos por meio de registros, ou documentos, seja na sua utilização como método autônomo, seja na complementação em pesquisas qualitativas em que se utilizam outros métodos de constituição e análise de dados” (KRIPKA; SHELLER; BONOTTO, 2015, p. 246-247).

Neste intuito, nos quadros 1 e 2, apresentam-se os principais documentos do Programa Saúde na Escola emitidos desde sua instituição em 2007 até sua atualidade, em 2019, e no quadro 3, estão os documentos que foram selecionados para a análise de conteúdo.

Quadro 1 – Do Marco legal na fase de implantação do Programa Saúde na Escola

Setores	Documentos	Finalidade
Presidência da República.	Decreto nº 6.286, de 5 de dezembro de 2007.	Institui o Programa Saúde na Escola, e dá outras providências (BRASIL, 2007a).
Ministérios da Saúde e da Educação.	Portaria interministerial nº 675, de 4 de junho de 2008.	Institui a Comissão Intersetorial de Educação e Saúde na Escola (BRASIL, 2008b).
Ministério da Saúde.	Portaria nº 1.861, de 4 de setembro de 2008.	Estabelece recursos financeiros pela adesão ao Programa Saúde na Escola pelos municípios (BRASIL, 2008a).
Ministério da Saúde.	Portaria interministerial nº 1.055, de 25 de abril de 2017.	Redefine as regras e os critérios para adesão ao Programa Saúde na Escola (BRASIL, 2017).

Secretarias Municipais de Saúde e de Educação.	Termo de Adesão ao Programa Saúde na Escola 2008.	Implantação do Programa Saúde na Escola (ALTAMIRA, 2008e).
Secretarias Municipais de Saúde e de Educação.	Portaria conjunta nº 01/2008 do Gabinete das Secretarias Municipais de Saúde e de Educação, de 14 de novembro de 2008.	Instituindo o Grupo de Trabalho Intersetorial Municipal do Programa Saúde na Escola (ALTAMIRA, 2008b).

Fonte: Elaborado pelo autor.

Em razão de complementar nossas análises de conteúdo, verificou-se os manuais e as orientações que nortearam o processo de implantação e funcionamento do Programa Saúde na Escola, ao passo que o critério para seleção dos referidos documentos, congratula com o mencionado anteriormente porque é parte do referencial legal da política de implantação e funcionamento do programa:

Quadro 2 – Dos Manuais/orientações para implantação e funcionamento do Programa Saúde na Escola

Setores	Documentos
Ministérios da Saúde e da Educação.	Orientações sobre o Programa Saúde na Escola para a elaboração dos Projetos Locais 2007 (BRASIL, 2007d).
Ministérios da Saúde e da Educação.	Passo a passo Programa Saúde na Escola – Tecendo caminhos da intersetorialidade 2011 (BRASIL, 2011).
Ministério da Saúde.	Política Nacional de Atenção Básica 2012 (BRASIL, 2012).
Ministérios da Saúde e da Educação.	Caderno do Gestor do Programa Saúde na Escola 2015 (BRASIL, 2015).
Ministérios da Saúde e da Educação.	Documento orientador: indicadores e padrões de avaliação do Programa Saúde na Escola ciclo 2017/2018 (BRASIL, 2017c).
Ministérios da Saúde e da Educação.	Manual técnico de adesão e desenvolvimento das ações do Programa Saúde na Escola 2018 (BRASIL, 2018).

Fonte: Elaborado pelo autor.

Na nossa segunda etapa, denominada trabalho de campo, objetivou-se a complementação de dados nas fontes de informação, tanto de documentação quanto de material secundário e empírico, que “consiste em levar para a prática empírica a construção teórica elaborada na primeira etapa” (KRIPKA; SHELLER; BONOTTO, 2015, p. 246-247). Em que “combina instrumentos de observação, entrevistas ou outras modalidades de comunicação e interlocução com os pesquisados, levantamento de material documental e outros” (KRIPKA; SHELLER; BONOTTO, 2015, p. 246-247).

Esta etapa consistiu no estreitamento que distanciava o pesquisador do contexto ao qual estabeleceu o questionamento da problemática, assim como o estabelecimento de influências mútuas com os sujeitos que vivenciam a realidade, constituindo assim, o conhecimento.

Para isso, oficializou-se a pesquisa de campo junto a duas secretarias municipais da Educação e da Saúde, por intermédio de carta de apresentação do pesquisador, emitidas no dia

27 de junho de 2019 (Apêndice A), que foram protocoladas em seguida. No sentido de complementar os documentos para este estudo, emitiu-se em 08 de janeiro de 2020, o ofício nº 001/2020 da Universidade Federal do Pará (Apêndice B), solicitando documentos, os quais foram: Termo de Compromisso Municipal do Programa Saúde na Escola; Portaria conjunta do Grupo de Trabalho Intersetorial Municipal do Programa Saúde na Escola e Relatórios do Programa Saúde na Escola. Estes últimos, os relatórios, infelizmente, não foram encontrados nos arquivos dos referidos setores.

Ressalta-se que para coleta dos dados, estava planejada a coleta dos relatórios do Programa para análise documental. Mas em função da não localização dos mesmos nos arquivos das respectivas Secretarias Municipais de Saúde e de Educação e, no Sistema Integrado de Monitoramento, Execução e Controle do Ministério da Educação (BRASIL, 2007a), inviabilizou-se o procedimento referente aos relatórios.

Neste sentido, no intuito de suplementar as informações necessárias para alcançar os objetivos deste estudo, partiu-se para entrevista semiestruturada com os participantes do Grupo de Trabalho Intersetorial Municipal do Programa Saúde na Escola, com três Gestores das Unidades Escolares e três Coordenadoras de Unidades de Saúde da Família, que foi primordial, como afirma Chizzotti (1991, p. 17) que, “Outra fonte de informação são as pessoas-fontes, que, pela sua participação ou pelo estudo, adquiriram competência específica sobre um determinado problema”. Em virtude disso, no quadro 3, apresenta-se a proposta de entrevistas que foram realizadas.

Quadro 3 – Dos entrevistados

Cargo	Participantes	Setores	Finalidades – Justificativas
Coordenação.	01	Secretaria Municipal de Saúde.	Verificar as ações articuladas desencadeadas nas secretarias de educação e de saúde de Altamira para implantação e execução da estratégia intersetorial do Programa Saúde na Escola no contexto da Educação Básica municipal.
Coordenação.	01	Secretaria Municipal de Educação.	
Gestão.	03	Unidades Escolares.	
Coordenação.	03	Unidades de Saúde da Família.	

Fonte: Elaborado pelo autor.

Os critérios para seleção dos partícipes a serem entrevistados balizou-se na Portaria interministerial nº 675, de 4 de junho de 2008 (BRASIL, 2008), emitida pelos Gabinetes dos Ministérios da Saúde e da Educação que instituiu a Comissão Intersetorial de Educação e Saúde na Escola e da Portaria conjunta nº 01/2008 (BRASIL, 2008) emitida pelos Gabinetes

Municipais de Saúde e de Educação, instituindo o Grupo de Trabalho Intersetorial Municipal do referido programa de Altamira, Pará. Assim como os gestores de Unidades Escolares e coordenadoras das Unidades de Saúde da Família que são pessoas-fontes participantes das dinâmicas locais em que se executam as ações do programa.

Contudo, os instrumentos planejados para realização das entrevistas que contava com auxílio *software* (aplicativo de gravação de voz) instalado em *hardware* (aparelho celular) com roteiro semiestruturado com questionamentos abertos foram inviabilizados, motivados pela dificuldade de realizarem-se entrevistas, em função da necessidade de isolamento social ocasionado pela pandemia do Coronavírus (COVID-19) desde março de 2020.

Assim, modificou-se para aplicação do questionário escrito como possibilidade, porque permitiu o respeito às medidas de distanciamento social e por ter sido julgado pelos participantes o instrumento de coleta mais viável diante da situação sanitária, por exigir menos interpelações interpessoais, garantindo assim, o acesso aos dados necessários para a compreensão do Programa Saúde na Escola e sua dinâmica de implementação.

Para Tozoni-Reis (2009, p. 40) o questionário “[...] consiste num conjunto de questões predefinidas e sequenciais apresentadas ao entrevistado diretamente pelo pesquisador ou indiretamente via correspondência”. Ainda Marconi e Lakatos (2002, p. 98) afirmam que “Questionário é um instrumento de coletas de dados constituído por uma série ordenada de perguntas, que devem ser respondidas por escrito e sem a presença do entrevistador”.

Portanto, instrumentalizou-se com questionário escrito estruturado com doze questões, sendo sete fechadas com quatro opções (na última, com a possibilidade de acrescentar outras respostas dos participantes) e cinco abertas. As questões foram organizadas em quatro eixos temáticos correlacionáveis: I - Perfil dos participantes; II – Concepção dos participantes sobre o Programa Saúde na Escola; III – Princípios da Intersetorialidade no Programa Saúde na Escola e; IV – Ações do Programa Saúde na Escola em Altamira (Apêndice C).

Realizou-se a entrega dos questionários escritos e Termos de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice D) no período de 01 de outubro a 10 de novembro de 2020, tendo-se como locais para coletas de dados, a Secretaria Municipal de Saúde por intermédio da Divisão Técnica de Saúde que é responsável pela Coordenação da Atenção Básica em Saúde, bem como com as coordenações responsáveis por três Unidades de Saúde da Família, também na Secretaria Municipal de Educação por meio da coordenação pedagógica responsável pelos programas no setor educacional, ainda com gestões de três Unidades Escolares, as quais são vinculadas territorialmente com as referidas Unidades de Saúde da Família.

Quanto ao retorno dos questionários escritos enviados aos oito participantes, recebemos retorno de sete, apenas uma coordenadora da Unidade Saúde da Família da periferia não retornou, mesmo com constantes insistências não se obteve sucesso. Entretanto, com os questionários recebidos seguiram-se com as transcrições fidedignas, com auxílio de *hardware* (*notebook*) e *software* (*Word*), consentindo-se como pesquisador a compreensão do teor contextual estudado. Os conteúdos resultantes das declarações dos partícipes foram utilizados para complementação das análises de conteúdo (BARDIN, 2011 [1977]).

Para preservar a identidade dos participantes, estes foram designados com nomes fictícios, os quais foram: para a Coordenação da Atenção Básica em Saúde a denominamos de Coordenação de Saúde; para as três Coordenações das Unidades de Saúde da Família, que são coordenadas por enfermeiras, as denominamos de Enfermeira 1, Enfermeira 2 e Enfermeira 3; para a Coordenação Pedagógica da Educação, a denominamos de Coordenação Educacional; para os Gestores das três Unidades Escolares de Altamira, denominamos de Gestor Escolar 1, Gestor Escolar 2 e Gestor Escolar 3.

Na terceira e última Etapa deste estudo, analisou-se o material baseado na experiência e documental (análise do conteúdo), que foi balizado em Delandes, Gomes e Minayo (2009), Franco (2018) e Bardin (2011[1977]), tendo em vista suas orientações fundamentais nas teorias, possuindo particularidades que definem as áreas, as unidades, a organização e as categorias para as análises documentais.

“A análise de conteúdo aparece com um conjunto de técnicas de análises das comunicações, que utiliza procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo da mensagem”, que “[...] é a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção (ou, eventualmente, de recepção), inferência esta que recorre a indicadores (quantitativos ou não)” (BARDIN, 2011 [1977], p. 38).

Para Delandes, Gomes e Minayo (2009, p. 27), a análise de conteúdo,

[...] diz respeito ao conjunto de procedimentos para valorizar, compreender, interpretar os dados baseados na experiência, articulá-los com a teoria que fundamentou o projeto ou outras leituras teóricas e interpretativas cuja necessidade foi dada pelo trabalho de campo”. [...] três tipos de procedimentos: (a) Ordenação dos dados; (b) Classificação dos dados e (c) Análises propriamente dita.

Para Franco (2018, p. 16) a Análise de Conteúdo “requer que as descobertas tenham relevância teórica”. Ou melhor, “Uma informação puramente descritiva não relacionada a outros atributos ou às características do emissor é de pequeno valor” (FRANCO, 2018, p. 16). Por causa disso, ressalta o/a autor/a que “toda análise de conteúdo implica comparações contextuais” (FRANCO, 2018, p. 16). Em razão disto, “esse procedimento tende a valorizar o

material a ser analisado, especialmente se a interpretação do conteúdo “latente” estipular, como parâmetros, os contextos individuais, sociais e históricos nos quais foram produzidos” (FRANCO, 2018, p. 17).

Em virtude disso, Bardin (2011 [1977]) apresenta as seguintes técnicas de análise, quais sejam: a) organização da análise, b) a codificação, c) a categorização e d) a inferência e o tratamento informático. Para Delandes, Gomes e Minayo (2009, p. 87), os procedimentos metodológicos se constituem pela: categorização, inferência, descrição e interpretação.

Mediante isso, analisaram-se as categorias de análises assentadas em Bardin (2011 [1977]), Delandes, Gomes e Minayo (2009) e Franco (2018), a saber: i) Concepção sobre o Programa Saúde na Escola; ii) Percepções sobre os princípios característicos da intersetorialidade e iii) Contribuições das ações interssetoriais do Programa para Educação Básica no Sistema Municipal de Ensino. Como elas se expressam enquanto unidades de análise, como os conceitos foram utilizados e partilhados, ou perceber em que circunstância ou justificativa para a ação articulada e integrada eles foram convocados (BARDIN, 2011 [1977]).

Quadro 4 – Consolidação dos documentos selecionados para as categorias das análises

Documentos	Finalidades – Justificativas
Decreto nº 6.286, de 5 de dezembro de 2007. Institui o Programa Saúde na Escola - PSE, e dá outras providências (BRASIL, 2007a).	Analisar os artigos que diretamente refletem os respectivos objetivos, os componentes, as diretrizes, as ações e as competências de cada área.
Termo de Adesão ao Programa Saúde na Escola 2008 (ALTAMIRA, 2008d).	Analisar suas cláusulas que definem seu objeto, o repasse do recurso financeiro, o parâmetro essencial, a vigência, as atribuições e responsabilidades da esfera municipal, as ações e metas pactuadas.
Termo de Compromisso Municipal do Programa Saúde na Escola (Repactuação) 2011, 2019. (ALTAMIRA, 2011; 2019d).	
Portarias conjuntas números 01/2008; 01/2019, emitidas pelos Gabinetes das Secretarias Municipais de Saúde e de Educação, instituindo o Grupo de Trabalho Intersetorial Municipal do Programa Saúde na Escola (ALTAMIRA, 2008b; 2019a).	Analisar em seus respectivos artigos referente às finalidades, os objetivos, as competências e a sua composição.
Portaria interministerial nº 675/2008, instituindo a Comissão Intersetorial de Educação e Saúde na Escola (BRASIL, 2008b).	
Orientações sobre o Programa Saúde na Escola para a elaboração dos Projetos Locais (BRASIL, 2007d).	Analisar os respectivos processos de elaboração, de adesão, de implantação do programa em relação aos seus objetivos, seus componentes, suas diretrizes, suas ações, suas metas e suas competências nas áreas de saúde e educação.
Caderno do gestor do Programa Saúde na Escola (BRASIL, 2015a).	
Manual técnico de adesão e desenvolvimento das ações do Programa Saúde na Escola (BRASIL, 2018).	
Transcrições dos questionários escritos.	

Fonte: Elaborado pelo autor.

Os critérios para seleção se deram, a partir dos instrumentos legais para implantação e implementação do Programa Saúde na Escola no período compreendido entre 2007 – 2019, período este o de existência do programa.

Os estudos da literatura sobre o Programa Saúde na Escola e sua diretriz caracterizada pelo princípio da intersetorialidade convocada para esta pesquisa e dos documentos selecionados deram a base para a discussão e análise deste Programa no Brasil e em âmbito local, expressos nos capítulos II e III a seguir.

O aporte teórico necessário para teorização sobre as políticas públicas educacionais e de saúde brasileira expressa pelas reformas descentralizadoras, regime colaborativo federativo, características da intersetorialidade e os programas intersetoriais presente no país, conforme segue no capítulo III.

3 POLÍTICAS PÚBLICAS EDUCACIONAIS E DE SAÚDE NO BRASIL

Neste capítulo, teve-se como foco a teorização dos conceitos básicos essenciais sobre Políticas Públicas, bem como, as desenvolvidas sob os moldes da descentralização e regime de colaboração federativa; princípios característicos da intersetorialidade e dos programas intersetoriais nas políticas públicas educacionais e da saúde no Brasil.

Para Oliveira e Duarte (2011, p. 72), “Os estudos sobre a ação governamental e a ação pública que dão origem às análises sobre as políticas públicas atuais têm seu início nas primeiras décadas do século XX”. As autoras acrescentam que,

A análise das políticas públicas surge assim em um contexto de forte atuação do Estado em que o planejamento central permitia uma regulação social fundamentada em estreita relação entre a produção em série, o mercado de consumo de massa e o Estado de bem-estar social, garantindo e arbitrando sobre as relações de trabalho, de crédito, etc (OLIVEIRA; DUARTE, 2011, p. 72-73).

Neste sentido, houve um período do século XX em que o papel do Estado centralizador e regulador teve seu sentido com seu planejamento centrado nos interesses do capitalismo, diminuindo a distância para a produtividade seriada, mercadológica, consumista, com um tipo de bem-estar social produzido mercadologicamente, não interviu-se no fato de que seu verdadeiro objetivo era a manutenção de relacionamentos trabalhistas, manutenção do crédito, dentre outros para manutenção do processo regulatório do mercado.

Esse Estado regulador, no início da década de 1970, no cenário mundial, passou a receber críticas dos estudos sobre sua matriz de caráter liberal ou neoliberal, destacando que o sonhado crescimento econômico, não deu conta das contradições das relações de classe. Tal percepção trouxe sérias críticas aos moldes reguladores desenvolvimentista, responsabilizando-se as autoridades públicas sobre seus processos gerenciais, questionando sua eficácia e eficiência. Neste sentido, surgiu à crise deste modelo da matriz ideológica que promovia a ideia de “desenvolvimentismo” e, percebeu-se que as políticas econômicas não objetivaram as políticas sociais, não buscaram as políticas redistributivas para o contexto social local (OLIVEIRA; DUARTE, 2011, p. 73).

Contudo, no cenário dos países centrais, as críticas citadas anteriormente, enfatizaram as marcas negativas da competência do Estado, se caracterizando como desintegrado, uma vez que as ações estatais deixam visíveis suas dificuldades coordenativas de responsabilidades em nível de comando governativo central, fragilizando as inserções objetivadas mais gerais nos níveis de comando governativos locais. Portanto, pelas análises supracitadas, Oliveira e Duarte (2011, p. 73), ressaltam que “o poder político se encontra mais bem definido por seus

atos que por suas estruturas e funções”, o neoliberalismo desponta como a crítica ao Estado interventor na economia e promotor de políticas públicas de cunho regulatórias.

Neste viés, “observa que no final dos anos 1990, houve um renascimento dos estudos de implementação, sobretudo, nos países do Norte, especialmente nos Estado Unidos” (PEREZ, 2010 apud OLIVEIRA; DUARTE, 2011, p. 74). Afirma ainda o autor que “Está na base desse renascimento maior atenção aos processos de participação local, valorização da participação pública e democrática nos planejamentos de políticas descentralizadas” (PEREZ, 2010 apud OLIVEIRA; DUARTE, 2011, p. 74).

Para isso,

[...] na primeira década do século XXI, a pesquisa de implementação de políticas educacionais aprofundou os conhecimentos sobre esse processo numa perspectiva epistemológica distintas das pesquisas produzidas no passado, o que explica pelo fato de que a política educacional contemporânea difere da política formulada anteriormente em seu planejamento, seus objetivos e metas, sua população-alvo e seus instrumentos (PEREZ, 2010 apud OLIVEIRA; DUARTE, 2011, p. 74).

Atualmente, mesmo que ainda com influências do Estado nas atividades públicas levadas para os coletivos locais, as reações entre sujeitos vão além das divisas nacionalistas, exigindo-se assim, estudos complexos sobre as políticas públicas regulatórias, com envolvimento de colaborações transnacionais, às vezes, com envolvimento de órgãos internacionais em políticas sociais, educacionais e execução de projetos e programas locais (OLIVEIRA; DUARTE, 2011, p. 75).

Souza (2002, p. 1), ressalta que nas “últimas décadas registraram o ressurgimento da importância do campo de conhecimento denominado políticas públicas” e que também o “ressurgimento deve-se, em grande parte, às restrições financeiras e políticas que estão sendo impostas aos governos, gerando demandas pela elaboração de políticas públicas eficientes e efetivas”.

Ainda para Souza (2002. p. 1) os “vários fatores contribuíram para o crescimento da importância do campo da política pública, tanto nos países industrializados como nos em desenvolvimento”. Neste sentido, a autora destaca três deles, que são:

O primeiro fator foi à adoção de políticas restritivas de gasto, que passaram a dominar a agenda da maioria dos países, em especial os em desenvolvimento. A partir dessas políticas, o desenho e a execução de políticas públicas, tanto as econômicas como as sociais, ganharam maior visibilidade. O segundo fator é que novas visões sobre o papel dos governos ganharam hegemonia e políticas keynesianas, que guiaram a política pública do pós-guerra, foram substituídas pela ênfase no ajuste fiscal. Assim, do ponto de vista da política pública, o ajuste fiscal implicou na adoção de orçamentos equilibrados entre receita e despesa e em restrições à intervenção do Estado na economia e nas políticas sociais. Essa agenda

passou a dominar corações e mentes a partir dos anos 80, em especial em países com longas e recorrentes trajetórias inflacionárias, como os da América Latina. O terceiro fator, mais diretamente relacionados com países em desenvolvimento e de democracia recente ou recém-democratizados, é que a maioria desses países, em especial os da América Latina, ainda não conseguiu equacionar, minimamente, a questão de como desenhar políticas públicas capazes de impulsionar o desenvolvimento econômico e de promover a inclusão social de grande parte de sua população (SOUZA, 2002, p. 1).

Neste cenário, a elaboração e a efetivação de políticas públicas pelo Estado continuam sendo um grande desafio. A definição de uma agenda pública, a preparação e a implementação de ações que estejam na direção dos interesses da população, ao mesmo tempo em um quadro de recessão econômica e restrição de gastos públicos, ou ainda o atendimento às agendas neoliberais de mínima interferência do Estado na agenda econômica, apresentam um quadro complexo nos estudos sobre políticas públicas, em especial sobre políticas públicas na área da Educação.

Para tanto, as implementações de Políticas Públicas direcionadas para a justiça social, necessita de fato e de direito que as agendas sejam discutidas, elaboradas e definidas em nível local em que as ações realmente acontecem, considerando-se que as avaliações, como também seu redimensionamento, sejam executadas em nível de comandos locais, pela sociedade civil local, viabilizando as ações, com investimentos socialmente referenciados e não visto somente como gastos públicos.

3.1 DESCENTRALIZAÇÃO E REGIME DE COLABORAÇÃO FEDERATIVA

Neste subcapítulo discorre-se sobre os elementos essenciais da descentralização e do regime de colaboração, que para isso, elegem-se: Arretche (2002), Brasil (1988) – Constituição do Brasil –, Fortes e Moraes (2016), Lima (2015), Melo, Fernandes e Oliveira (2017), Novaes e Fialho (2010) e Oliveira, Barbosa e França (2013), em que foram utilizados por pertencerem às discussões reformistas deste elemento essencial e temporal, compreendendo o período entre 1980 a 2000.

No Brasil, mais precisamente no decálogo de 1980, a centralização e o autoritarismo, dois elementos apontados que se originam do período ditatorial como cerne do poder, em que a descentralização, a democratização do processo decisório e a eficiência como ações estratégicas nas políticas públicas caminhariam automaticamente acopladas aos dois primeiros elementos (centralização e autoritarismo). Neste momento histórico, aconteceram fatos democratizantes, como as “Reformas das instituições políticas ao longo dos anos de 1980”

precisamente, “a retomada de eleições diretas em todos os níveis de governo a partir de 1982” e os embates para a “Constituição Federal de 1988 – recuperaram as bases federativas do Estado brasileiro, suprimidas durante a ditadura militar” (ARRETCHE, 2002, p. 26-27).

No decálogo de 1990, com a instituição estadista federativa, tendo como agenda a implementação de um ampliado programa de descentralização, mais precisamente no campo das políticas sociais como direito garantiu-se constitucionalmente em 1988 (BRASIL, 1988). Contudo, o sincronismo histórico de ambos os momentos tem apresentado uma falsa ideia, de que em um dado momento seria igualmente ao outro, em vista que não o são. Ainda que oriundos também do contexto da história de construção da realidade brasileira, sendo indeferido o elemento autoritário e centralizador, assim como o federalismo e a descentralização, não aludem edificação de políticas públicas idênticas (ARRETCHE, 2002).

Para tanto, neste decálogo referendado acima, a reforma estadista federalista brasileira, instituiu-se como a prática de um ampliado programa de descentralização das políticas sociais, contemporizando os níveis de comandos governativos federativos intermediários e locais (estados e municípios) com maiores componentes funcionais de ações estratégicas nas políticas públicas como direitos sociais, não abonando as cautelas que assinalam para a ilusória paralisia decisória em Estados federalistas.

A descentralização, teoricamente refere-se à repartição dos cargos administrativos para os três níveis de comandos, desde o comando central perpassando pelos intermediários até os locais, formando as mais diversificadas cessões de recursos e incumbências de colocações que admitem que um referido ente em comando exerça estratégias de gestão de dadas ações políticas que independem de sua autonomia federativa política e fiscal (ARRETCHE, 2002).

Paulatinamente no início do decálogo 1990, no Brasil, as instituições políticas dos entes federativos prontamente permaneciam de modo pleno reestruturando-se, primordialmente nas ações estratégicas de políticas públicas como direitos sociais, contudo, permaneciam centradas no nível de comando governativo centralizado, influenciada pela herança do regime militar (1964-1986), sob sua responsabilidade de gestão, as ações de financiamento das políticas de saúde, habitação, merenda escolar, livro didático, assistência social, dentre outras (ARRETCHE, 2002).

Dentre as reformas das ações estratégicas nas políticas públicas destacam-se duas: a descentralização das políticas de saúde ao longo do decálogo de 1990 e a municipalização do Ensino Fundamental, em meio ao período compreendido entre 1997 a 2000. As primeiras delas, no caso à Saúde, demandada pelos embates vindouros do Movimento pelas reformas sanitaristas para a democratização da Saúde, pelo Sistema Único de Saúde, trazem em seu

arcabouço como marco principal, a VIII Conferência Nacional de Saúde, em 1986 (BRASIL, 1986), realizada em Brasília, Distrito Federal, que antecedeu a Constituição Federal de brasileira de 1988 (BRASIL, 1988) (ARRETCHE, 2002).

Para o ente federativo central, teoricamente se consistiu num afortunado sucesso na transferência para os entes federativos intermediários e locais do país. O comando de gestão da atenção básica foi repassado à saúde, desconcentrando universalmente as ações de políticas públicas federativas de Saúde e assim, seguidamente à constituição do Sistema Único de Saúde, emergiram como normatização na Constituição Federal brasileira de 1988 (BRASIL, 1988).

Ainda que o princípio da universalização para a promoção dos serviços públicos de Saúde calhasse a apresentar legitimidade com a municipalização aludia a um artifício de reedificação do arcabouço federativo do país para sua organicidade, balizando-se recorrentemente a repassar ações exercidas pelo ente federativo central para os intermediários e locais. Essa nova roupagem ficaria abancada no afastamento em meio ao financiamento e o aprovisionamento dos serviços, permanecendo, o primeiro, sobre a responsabilidade dos três entes federativos e, o segundo, sobre reponsabilidades dos entes locais, perfazendo o regime colaborativo federativo (ARRETCHE, 2002).

A municipalização, descentralizando-se universalmente as ações dos serviços de saúde, perfez-se como artifício fundamental na agenda das reformas do ente federativo central no setor da saúde ao extenso decálogo de 1990, arriscando-se a assegurar que as reformas preponderaram como um sucesso, em vista que no decálogo 2000, 99% dos entes federativos locais, permaneciam certificados no Sistema Único de Saúde, com suas contratualidades normatizadas pela política de descentralização do ente federativo central. Isto pôs a agenda para as reformas universais na ascensão aos serviços e a desconcentração da gestão. Porquanto, a universalização dos serviços deu-se a entender a amplificação do esboço diretivo para os cidadãos, tendo em vista que o princípio contributivo do exemplar antecedente negava às ascensões as ações e serviços de saúde a uma classe expressiva da população, com pouca renda e com contornos prevaricados de inclusão mercadológica ao trabalho (ARRETCHE, 2002).

As contratações dos entes federativos locais para adesão ao Sistema Único de Saúde ficam explanados pela ação estratégica da descentralização do ente federativo central, formalizadas em normativos constituídos por emissão do setor do Ministério da Saúde, com publicação de Normas Operacionais Básicas no decálogo de 1990, as quais foram emitidas nos anos de 1991, 1992, 1993 e 1996 (ARRETCHE, 2002).

A Norma Operacional Básica de 1991 (ARRETCHE, 2002), a qual interna-se como abertura da habilitação ao Sistema Único de Saúde, normativa pela qual os entes federativos intermediários e os locais proporcionariam as contratações adesivas às ações estratégicas de políticas públicas de saúde para descentralização dos comandos dos serviços do ente federativo central, submetendo-se às normatizações instituídas e certificando-se para acesso das transferências originárias do ente federativo central. Com isso, no período de 1991 e 1992, o ente federativo central do presidencial Fernando Collor de Melo, aconteceu a elementar impulso de adesão, na perspectiva das Normas Operacionais Básicas de 1991 e 1992 (ARRETCHE, 2002), regulamentando-se sistematicamente as transferências de recursos aos entes federativos intermediários e locais, regulando-se universalmente via setor ministerial para as transferências de recursos, amortizando-se as incertezas e a politização das transferências ajustadas, apesar de que na prática, não se consolidaram completamente, motivadas pelas crises políticas econômicas e instrucionais que levaram à cassação do presidencial na época (ARRETCHE, 2002).

Contudo, com a Norma Operacional Básica emitida em 1993 (ARRETCHE, 2002), pelo presidente Itamar Franco, em decorrência de um extenso procedimento de consulta, este normativo ministerial ampliaria um ambiente opcional para os entes federativos locais, com as tríades categóricas distintas de habilitação, respeitando-se assim, a potencialidade operacional existente no contexto no ente federativo local, com garantia de recursos para financiamento das referidas ações. Por ser um período marcado pelas incertezas econômicas do Governo Federal na execução integralista das transferências, motivados pela carência de recursos, aproximadamente 63% dos entes federativo locais, aderiram ao Sistema Único de Saúde (ARRETCHE, 2002).

Contudo, aperfeiçoou-se o Sistema Único de Saúde com a Norma Operacional Básica de 1996 (ARRETCHE, 2002), em que sua execução tão somente aconteceu dois anos depois de sua constituição, em 1998, sob o governo de Fernando Henrique Cardoso (1995 – 1998) (ARRETCHE, 2002). Em que os contratos de adesão dos entes federativos locais, superaram as metas do próprio setor ministerial da Saúde, por duas motivações fundamentais: as inovações no regramento para as transferências de recursos dos entes federativos centrais que adicionam recursos aos caixas de 66% dos entes federativo locais do país que constituíram fiscalmente neutralidade para 22% e o convencimento de que as transferências dos recursos constituir-se-iam exequibilidades concretizadas (ARRETCHE, 2002).

No setor educacional brasileiro, no período de 1997 e 2000, constitui-se a municipalização do Ensino Fundamental, com expressivo remanejamento das matrículas nesta

etapa do ensino que aumentaram consideravelmente para 6,7% das matrículas totais no âmbito público, com 34,5% no ente federativo local e um decréscimo de -12,4% para o ente federativo intermediário. Significa uma proeminente transferência das matrículas que eram ofertadas pelo ente intermediário para os locais (ARRETCHE, 2002).

A Constituição Federal de 1988 (BRASIL, 1988) expressa que a universalização das matrículas da etapa de Ensino Fundamental precisaria ser ofertada preferencialmente pelos entes federativos locais, constituindo-se que os entes intermediários e locais investissem 25% de suas receitas próprias dos impostos e de transferências no ensino para expansão sistemática para a universalização de acesso das matrículas em todas as etapas de ensino (Infantil, fundamental, médio e superior) (ARRETCHE, 2002).

As receitas fiscais dos entes locais, provenientes das normas reformistas descentralizadoras, conexas à garantia constitucional vinculante de investimento no ensino, não apenas educacional, consentiram alargamento no investimento local direcionando assim a diversas ações afins, as quais são incentivo estudantil por intermédio de bolsas de auxílios e permanências, transporte escolar, merenda escolar, dentre outros (ARRETCHE, 2002).

O Ministério da Educação, durante o governo de Fernando Henrique Cardoso, continha teoricamente, dentre diversos itens de sua agenda reformista, a objetividade para a promoção municipal e a valorização priorizando-se a etapa de Ensino Fundamental, ainda que a mesma adviesse em detrimento de outras etapas de ensino, como também a valorização dos proventos do corpo docente, fundamentalmente os que atuavam absolutamente na docência em sala de aula (ARRETCHE, 2002).

Para isso, burocraticamente constituiu-se a Emenda Constitucional nº 14/1996 (BRASIL, 1996), instituindo o Fundo de Manutenção e Desenvolvimento do Ensino e de Valorização do Magistério, com previsão de uma década para os entes federativos intermediários e locais, aplicarem o mínimo de 15% de todas as suas rendas tão somente na etapa de Ensino Fundamental, ainda 60% destes seriam investidos obrigatoriamente no provento docente efetivos na execução do magistério, constituindo-se o custeio por discente anualmente, suplementado pelo ente governativo central, considerando-se aqueles em que sua renda não atingissem o custeio estabelecido pela normatização constitucional. Com a Emenda Constitucional, a inusitada tática admissível para conservarem-se as rendas locais gerou aumento considerável de universalização de acesso de matrículas na rede local para etapa de Ensino Fundamental, a desconcentração derivou-se do arcabouço de estímulos legislativos respeitando, em tese, a disposição dos entes federativos mais locais (ARRETCHE, 2002).

Com essas regras reformistas constitucionais acedem um arcabouço de estímulos perfazendo-se chamativo para a universalização de matrículas para a etapa de Ensino Fundamental, por se tornar uma oportunidade para proveitos de receita combinante com a expansão de oferta de serviços para a população e a valorização provincial para o corpo docente, ocasionando uma estruturação estimulante para descentralização para os entes federativos locais, fundamentalmente das matrículas escolares (ARRETCHE, 2002).

Contudo, a caracterização da descentralização, incorpora-se às organizações das ações estratégicas das políticas educacionais e de saúde é diversa. A primeira, afirma-se que a descentralização e a democratização são empregadas, em determinadas ocasiões, de configuração imbricada que não se assemelha a possuir alguma singularidade em meio aos dois. Semelhantemente calha, assim como se constituem analogias causal e decorrente entre a descentralização e a autonomia das ações estratégicas de gestão educacionais, como se a segunda consistisse em decorrência imprescindível da primeira (NOVAES; FIALHO, 2010).

A relação entre a centralização e descentralização, é tão embaraçosa que para caracterização da descentralização se faz necessária a existência de artifício que afere estruturas políticas-administrativas aos entes federativos locais, com autonomia para se constituir e decidir acerca das agendas e suas ações estratégicas nas políticas públicas, respeitando e considerando as especificidades de caráter mais locais (NOVAES; FIALHO, 2010).

Novaes e Fialho (2010) destacam quatro elementos que tem constituído a agenda da descentralização na América Latina-Caribe: desconcentração, delegação, devolução e privatização. O primeiro se institui pela cessão ou incumbência de comando, de alçada de ação do ente federativo central para os intermediários e locais. O segundo incide por procurador paraestatal do ente federativo central de determinados encargos atinentes de ações estratégicas de políticas públicas, regulamentados e centralizados. No caso do terceiro, se caracteriza o fortalecimento autonomicamente dos entes federativos intermediários e locais, sem necessidade de controladoria diretiva centralizada, incumbindo-se de responsabilização, ofertando ações e serviços, ainda alçar recursos estruturais, tanto financeiros, como físicos, também humanos e pedagógicos imprescindíveis para às questões educacionais, aferindo competências ao nível local o elevado grau independente. O quarto e último distinguiu-se pela progressiva cessão de comando governativo das ações de políticas educativas, transformando-se as unidades escolares públicas em escolas particulares, perfazendo-se a privatização do acesso, permanência e sucesso escolar, alimentado pela desigualdade social (NOVAES; FIALHO, 2010).

Contudo, das distintas tipificações caracterizadas por Novaes e Fialho (2010) sobre a descentralização, considera-se que a devolução seria a ideal para construção da emancipação local, em vista a elevada independência que o ente local abrange, com possibilidade de autonomia para instituição das ações participativas da sociedade cívico organizacional. Entretanto, os modelos locais adotados na implantação do Programa Saúde da Escola, em Altamira, Pará, hipoteticamente, se aproximam mais do modelo de delegação, considerando-se que as ações estratégicas de políticas públicas deste, jaziam acentuadas *a priori*, incumbindo ao ente local tão somente sua execução (NOVAES; FIALHO, 2010).

A descentralização democrática das ações estratégicas das políticas públicas educacionais poderia ser materializada com cessões legislatórias, repassando-se dos níveis de comandos governativos jurisdicionais centrais para os locais e interlocais, promovendo progressivamente, continuamente e abalizadamente dos arcabouços propriamente populacional dos entes mais locais, assim como os interlocais, especificamente, os de domínio das políticas economicistas e sociais (LIMA, 2015).

Os programas de reformas instalados pelo Governo Federal, no Brasil desde 1995 estabeleceram a política organizacional, administrativas das reestruturações para ação estratégica das políticas públicas dos sistemas educacionais das unidades escolares, balizam-se visivelmente com maior protagonismo dos níveis locais com adesão ao referido programa, com contratação administrativamente delegada de jurisdição, ocasionando um processo de desconcentração da administração educacional, minimizando no decorrer dos últimos decálogos, a descentralização democratizante ao simples repasses de jurisdições (LIMA, 2015).

O federalismo estatal é composto por configurações singulares verticalizadas de níveis de comando governativos desconjuntados, em que diversificadas modalidades governativas possuem poderes influentes na decisão dada a um determinado povo e sua jurisdição. Para tanto, todos os entes (central, intermediários e locais) independem-se entre si e possuem soberanias em suas concernentes jurisdicionais, em decorrência de que o poder local a jurisdição é variável, de acordo com que determina sua construção, respaldado pela soberania, o que se constitui participantes politizados independentes e com competências para efetivação de suas adequadas políticas (ARRETCHE, 2002).

No Brasil, no decorrer do século XX, as reformas objetivaram proporcionar aos entes federativos maior eficiência, atendo-se as pretensões almejadas pelo cidadão, consistindo-se em uma concepção estatizada, incrementando o desenvolvimento conexo à concorrência, equivalendo-se de aparelhos terceirizados que competiriam entre si. A estatização social-

liberal em contraponto da social burocrática. Essas modificações implicavam em cidadãos inferiormente resguardados, mas ao mesmo tempo, com mais liberdade e politizados (OLIVEIRA; BARBOSA; FRANÇA, 2013).

Os entes federativos no país percorrem um caminho concentrado no que se refere ao financiamento de suas ações estratégicas das políticas públicas, com programas focados em agenda preestabelecida pelo ente federalista central com tendência alusiva as redefinições do Estado com inovação relacionada à ação particular ou com entes públicos intermediados por acordos para a gestão com características empresarial para acolhimento às necessidades populacionais, contudo, aperfeiçoavam-se recursos, fazer mais com menos. (OLIVEIRA; BARBOSA; FRANÇA, 2013).

Com a publicação da Constituição Federal de 1988 (BRASIL, 1988), que se organizou a política da República Federativa do Brasil e que traz compreendida em seu arcabouço, o ente federativo central representado pela União, o intermediário pelos Estados, o Distrito Federal e os locais que são os Municípios, todos autônomos nos termos constitucionais. Contudo, o ente central regula o arrecadamento da receita que na repartição possui contornos que se advoga centralizado, contrapondo a autonomia dos entes intermediários e locais dos quais na contramão desta centralização, estes vêm reivindicar a participação na elaboração das agendas e a coerente da descentralização e da autonomia, tendo-se em vista que a prática executada pelo ente central está distante da realidade intermediária e local. (OLIVEIRA; BARBOSA; FRANÇA, 2013).

A reforma federalista é um artifício a ser inserido por meio de extenso embate, de configuração permanente, tendo em aspecto, a volatilidade da circunstância economicista e social sucedida no país com marco iniciado pela Constituição Federal de 1988 (BRASIL, 1988). Deste modo, contemplava o universo participativo dos entes federalistas, perfazendo uma pauta de discussões descentralizadas dos recursos socioeconômicos, se balizando na prática das ações estratégicas das políticas públicas, ao contrário, repete-se a singela desconcentração financeira por meio de programas focados em ações determinadas pelo ente federativo central (OLIVEIRA; BARBOSA; FRANÇA, 2013).

A referida agenda das reformas configura-se em programas focais com desconcentração econômica que proporcionou neste molde a descentralização no país, que alastrou trincheiras para batalhas verticais, horizontais, suscitando imprecisões indenitárias do ente federalista que realmente é responsável pela execução das políticas sociais e seus setores: Saúde, Educação, Assistência Social, Segurança, dentre outros. Tudo isso, acarreta na falta de

responsabilização do ente federalista central, diante dos pleitos emergentes da sociedade (OLIVEIRA; BARBOSA; FRANÇA, 2013).

A autonomia federalista atribuída para os contextos dos entes locais, a designação de um ambiente politizado para concretização democrática, participativa, deliberativa numa perspectiva mais inclusiva, com empoeiramento popular com direito de oportunidade e de fala nas deliberações sobre as ações que envolvem seu entorno. Até mesmo porque, a descentralização estatal proporcionada pelo federalismo, ocasionou o estreitamento de laços entre os sujeitos públicos e o sujeito popular, acostou-se aos aparatos que legisla e executa para aperfeiçoar suscintamente artifícios para a influência social e a aplicabilidade qualitativa estatizada (FORTES; MORAES, 2016).

Neste sentido, a autonomia local, proporcionaria as agendas democráticas, com arcabouços reais influenciando significativamente na formatação global, potencializando o regime colaborativo federalista brasileiro (FORTES; MORAES, 2016). Agendas que estrategicamente seriam mecanismo institucional e não institucional para exercício da cidadania, com preceitos democráticos, considerando-se o pluralismo de ideias politizadas, com a “autonomia político-comunitária do localismo federativo” (FORTES; MORAES, 2016, p. 223).

No Brasil, as ações descentralizadas e o regime federativo colaborativo das políticas públicas educacionais e de saúde, constitucionalmente comprometem os entes federativos em prol do bem-estar essencial para a população, sobretudo, comprometendo-os com as realidades locais, contudo, a descentralização das ações prevalece-se numa trincheira de debates para politização entre entes para universalização e equidade das políticas públicas para a sociedade, não apenas como transferências de competências para execuções locais e sim das junções das condições institucionais estabelecidas para o planejamento, execução, avaliação, monitoramento e replanejamento de programas nos locais e sua territorialidade.

3.2 PRINCÍPIOS CARACTERÍSTICOS DA INTERSETORIALIDADE

A intersectorialidade situa-se em atuações partilhadas e de corresponsabilidades. As ações caracterizadas pela intersectorialidade dos Sistemas Educação, Saúde e demais políticas públicas ocorreram por intermédio de Grupos de Trabalho Intersetoriais, que envolvem os entes federalista central (União), intermediários (Estados) e locais (Municípios) e que são responsáveis pelo regime colaborativo federativo para o financiamento e a manutenção das políticas públicas institucionais, sejam equipes dos Sistemas de Educação e de Saúde na

implementação das ações como planejamento, execução, avaliação e monitoramento do programa (BRASIL, 2012).

Para Junqueira (1997), a intersetorialidade tem em suas características, a interface dos conhecimentos e das práticas no planejamento integrado, na execução e nas análises das ações, tendo em vista os objetivos propostos na implementação de momentos necessários, com vista a um resultado colaborativo para o desenvolvimento integral da sociedade.

Para Inojosa (1998, p. 47), a intersetorialidade “visa introduzir práticas de planejamento e avaliação participativas e integradas, o compartilhamento de informações e a permeabilização ao controle social”, que congratulando com Junqueira (2000, p. 42), ,

[...] constitui uma concepção que deve informar uma nova maneira de planejar, executar e controlar a prestação de serviços, para garantir um acesso igual dos desiguais. Isso significa alterar toda forma de articulação dos diversos segmentos da organização governamental e de seus interesses.

De acordo com que denota Junqueira (2000), fica nítida a necessidade de transformação na lógica do poder dos órgãos do governo e dos interesses que se encontram em constantes disputas na arena das políticas sociais. Uma vez que, inferem-se mudanças paradigmáticas impregnadas tanto nos instrumentos burocráticos e ainda nas estruturas de funcionamento do Estado.

Partindo da percepção conceitual de Ferreira (2009, p. 21), no que tange aos princípios característicos da intersetorialidade,

[...] é um convite para reconhecimento de capacidades, de saberes e também de ampliação da construção, hoje, de estratégias educativas cujos resultados possam ter sinergia. Desse modo, estaremos gradativamente ampliando o usufruto de direitos das crianças e adolescentes brasileiros.

De acordo com o supracitado no escopo da citação acima, vislumbra-se um chamado importante para dispor de nossas competências, nossas habilidades, nossa sabedoria para contribuir para a consolidação de caminhos sinérgicos na garantia dos direitos sociais expressos em nossas legislações. Nesta direção, Nascimento (2010) afirma que a política tem em vista a efetividade por meio de articulação entre instituições governamentais e entre essas e a sociedade civil.

Do ponto de vista de Santos e Dias (2012, p. 121), são característicos da intersetorialidade,

[...] a convergência e a integração das políticas públicas municipais e ainda estabelecesse alianças com diversos setores e instituições da sociedade para ofertar

uma educação que reconhecesse e abarcasse a integralidade das crianças e adolescentes atendidos nas escolas da rede municipal de ensino.

Em relação ao princípio caracterizado pela intersectorialidade, Monnerat e Sousa (2014, p. 42), afirmam que essa estratégia busca a constituição da interconexão pelos agentes setoriais e as instituições tanto governamentais como não governamentais, propõe ao “enfretamento de problemas sociais complexos que ultrapassem a alçada de um só setor de governo ou área de política pública”.

No ponto de vista mais recente, temos Barbieri e Noma (2017, p. 140), que afirmam que essa política recomenda um “planejamento integrado e articulado, bem como integração de agendas intersectoriais distintas”. Nessa mesma linha de pensamento, Tumerelo (2018, p. 227) evidencia que,

[...] Os sentidos mais frequentes atribuídos à intersectorialidade, são os de complementariedade de setores; de práticas integradas; de articulação política na gestão pública; de otimização de recursos e/ou de trabalho com redes, sendo limitado o número de estudos que problematizamos esta categoria sob sua dimensão política.

Barbieri, Noma (2017) e Tumerelo (2018), identificam cinco noções sobre intersectorialidade na execução de políticas públicas que merecem destaques: envolvimento de distintos setores, práxis em um contexto com territorialidade real, articulação política na gestão pública, otimização de recursos e trabalho em rede.

Para Silva (2019, p. 29), este princípio caracteriza-se pela “[...] interação articulada entre setores e instituições que compartilham seus projetos e desejos, desde a definição dos objetos, atividades, recursos, processos e resultados. Permite a troca de saberes entre setores e a produção de novos conhecimentos”. O autor reforça ideias trazidas pelos autores anteriores que tratam desta temática (BARBIERI; NOMA, 2017; FERREIRA, 2009; INOJOSA, 1998; JUNQUEIRA, 1997; 2000; MONNERAT; SOUSA, 2014; NASCIMENTO, 2010; SANTOS; DIAS, 2012; TUMELERO, 2018), como a interação articulada entre setores, compartilhamento de planos de ações, reforçando o intercâmbio dos saberes setorial e acrescentando a formatação de outros entendimentos sociais.

No entanto, as ideias evidenciadas pelos autores supracitados neste estudo, nos revelam que os princípios característicos da intersectorialidades não são simples, porém, também se pode afirmar que não é impossível de serem realizados, tendo em vista de que é preciso que haja comprometimento consciente institucional e não institucional, com participação da sociedade na perspectiva de perseguir os objetivos reais necessários para

políticas públicas na perspectiva dos direitos sociais em virtude da importância dada para o público.

A efetivação do princípio característicos da intersectorialidade no Programa Saúde na Escola fundamenta-se diretamente relacionando nas práticas da realidade, “[...] como chave compreensiva dos processos históricos de apreensão e enfrentamento das condições de vida e necessidades do cidadão em sua relação com o Estado, a partir da mediação das políticas sociais” (PEREIRA, 2014, p. 23-39).

Nesta linha de raciocínio, Pereira (2014), analisa o papel dialético no estabelecimento dialógico e integrativo no planejamento, levando em consideração a edificação setorial e buscando a complexidade dos procedimentos societários em seu contexto. Neste sentido, na relação dialética dos princípios característicos da intersectorialidade, consistem em,

[...] partes que se constituem; ligam-se organicamente; dependem e condiciona-se reciprocamente; condições de existência e do seu meio; unitária ou total; reciprocidade e a contradição; totalidade dialética proporcionada pela relação dinâmica e interdependente entre partes; composta ao mesmo tempo; e, atitudes recíprocas e antagônicas (PEREIRA, 2014, p. 23-39).

Contudo, Pereira (2014, p. 23-39) afirma que “a intersectorialidade não é uma estratégia técnica, administrativa ou simplesmente de boa prática gerencial. Pelo contrário, é um processo eminentemente político e, portanto, vivo e conflituoso”. Isto, pois os princípios característicos da intersectorialidade exigem que sua implementação ocorra de maneira conjunta, o que mobiliza um novo modelo nas estratégias para as políticas públicas dos Sistemas de Educação e de Saúde.

Os desafios para integralizar intersectorialmente os Sistemas de Educação e de Saúde são complexos, no que se refere à perspectiva de complementariedade na promoção de ações desencadeadas para a população brasileira, com demandas constantes a serem resolvidas e suplementadas valendo-se de uma estratégia conjunta dessas políticas públicas intersectoriais que devem visar o atendimento universal, equitativo, qualitativo e, referenciado historicamente e socialmente.

3.3 PROGRAMAS INTERSETORIAIS NAS POLÍTICAS PÚBLICAS EDUCACIONAIS E DE SAÚDE NO BRASIL

No cenário brasileiro estão presentes os mais diversificados programas com princípios característicos da intersectorialidade, dos quais se destacam com mais assiduidade nos setores da Saúde Coletiva e da Administração, conforme se mostrou na revisão literária realizada na

primeira etapa, fase exploratória do primeiro capítulo deste estudo que formata o percurso metodológico desta dissertação. Contudo, esse subcapítulo enfatiza com mais profundidade sobre os setores da Educação com a Saúde, tendo em vista a confirmação da hipótese de que existem poucos estudos envolvendo os dois setores. Nesta perspectiva, foram apresentados e os programas com princípios característicos da intersetorialidade, presentes nas Políticas Públicas Educacionais e de Saúde brasileira.

Na Saúde Coletiva, historicamente com o movimento sanitário das lutas e conquistas mediadas pela sociedade civil, implantaram-se a consolidação de variados projetos e programas, que foram e são balizares para a mudança no modelo de atenção em saúde, dos quais se apresentam a seguir (BRASIL, 1988, 1990).

O Programa dos Agentes Comunitários de Saúde, implantado no final da década de 1980: a equipe é composta por trinta Agentes Comunitários de Saúde e coordenada por um enfermeiro, com o objetivo de buscar alternativas para melhorar as condições de saúde das comunidades, com papel importante no acolhimento por este ser membro da equipe de saúde e ao mesmo tempo fazer parte da comunidade, uma vez que um dos critérios para selecionar este profissional, é residir em sua área de atuação (BRASIL, 1991).

O Programa de Saúde da Família compõe-se por uma equipe multiprofissional interdisciplinar com no mínimo um médico, um enfermeiro, um técnico de enfermagem, seis Agentes Comunitários de Saúde de acordo com a população adstrita, que visa à promoção qualitativa da vida com intervenção nos fatores que colocam em risco a saúde da população brasileira e é a porta de entrada no Sistema Único de Saúde no país (BRASIL, 1994).

O Programa Brasil Sorridente, faz parte da Política Nacional de Saúde Bucal, com equipe mínima composta por um cirurgião dentista e um técnico de saúde bucal, prevendo uma série de ações junto às comunidades com intuito de ampliar o acesso aos serviços odontológicos ofertados no Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2004).

O Núcleo de Apoio à Saúde da Família, com equipe multiprofissional mínima, atua de maneira integrada com as equipes de atenção primária, de Saúde da Família, dentre outros, com o objetivo em apoiar a consolidação e a ampliação na oferta dos serviços em saúde entre as redes (BRASIL, 2008).

O Programa Academia da Saúde, com equipe mínima multiprofissional e interdisciplinar com profissionais qualificados, visa promover as práticas corporais e atividades físicas, promoção de alimentação saudável, educação em saúde, entre outros (BRASIL, 2011).

O Programa Saúde na Escola, que é uma política intersetorial interdisciplinar envolvendo a educação com a saúde, tem como objetivo, a promoção da saúde e da educação integral dos estudantes da rede pública de ensino (BRASIL, 2007).

Esses são os principais programas correlatos às políticas públicas de Saúde Coletiva, vinculadas ao Ministério da Saúde que estão mais presentes intersetorialmente no território local da sociedade brasileira. As interfaces intersetoriais destes programas, intermediam a constituição de laços tanto teóricos, como práticos, objetivando ao avanço real para a transformação com a justiça social. Conhecendo os princípios característicos da intersetorialidade, estes se constituem por bases sociais com os saberes e com compromissos sociais para aperfeiçoamento das políticas públicas de Saúde Coletiva, com fruto prevalente ao esforço compartilhado.

Na política pública educacional brasileira, destacam-se diversificadas experiências nas unidades escolares, neste intuito, Linhares e Leal (2014, p. 270-271), destacam a Escola Cidadã, implantada em São Paulo, no governo Erundina, conduzida por Freire, que era secretário municipal de Educação; a Escola Plural em Belo Horizonte; a Escola Cidadã em Porto Alegre; a Escola Cabana no Pará; o Bairro-escola em Nova Iguaçu; dentre outras.

Destaca-se em regime colaborativo, o Programa Mais Educação (BRASIL, 2007c), com o objetivo de indução para a construção de agenda de educação integral nas redes estaduais e municipais de ensino que amplia a jornada escolar nas escolas públicas para no mínimo sete horas diária. Com isso, concorda-se com Panteman (1992 apud MENEZES; DINIZ JUNIOR, 2018, p. 84), quando afirma que,

[...] as políticas que emergem de uma ação intersetorial local apresentam significativa probabilidade de se consolidarem, uma vez que sua origem reside em necessidades específicas próprias, além de já se constituírem em resultado de disputas internas. Tem-se assim, uma política intersetorial constituída no local e para o local, considerando suas especificidades, potencialidades e espaço de participação, articula também espaços educativos que possibilitam aprendizagens para a aquisição de procedimentos democráticos. Infere-se, assim, que a intersetorialidade associada ao PME pode cumprir tal papel educativo no contexto da gestão pública.

Acrescenta-se que a cooptação da intersetorialidade em conjunto com o Programa Mais Educação e o Programa Saúde na Escola, poderão desempenhar a função estratégica educacional no conjunto das políticas públicas brasileiras. Isso, pelos recursos estruturais e pelas equipes multiprofissionais que compõem as instituições governamentais e não governamentais.

Outro fator fundamental a se frisar é que os princípios característicos da intersetorialidade se movimentam articuladamente com intercâmbios teóricos e com os

saberes e sua práxis, potencializando apoio aos educadores e as unidades escolares na ressignificação da organização das tarefas pedagógicas, nos componentes curriculares, nas metodologias, nos conteúdos programáticos, nas avaliações e nos desenhos organizacionais para os processos de ensino e aprendizagem numa perspectiva inclusiva.

4 IMPLANTAÇÃO DO PROGRAMA SAÚDE NA ESCOLA COMO POLÍTICA PÚBLICA NOS SISTEMAS MUNICIPAIS DE ENSINO E SAÚDE DE ALTAMIRA-PARÁ

Neste capítulo, contextualizou-se o cenário de implantação do Programa Saúde na Escola que tem como *locus* os Sistemas Municipais de Ensino de Saúde em Altamira, Pará, dividiu-se em três subcapítulos, os quais estão dedicados à análise dos aportes legais de sua implantação, destacaram-se as competências legais dos três entes federativos no Programa Saúde na Escola. Para início, considerou-se a necessária caracterização histórica no tempo e no espaço da cidade, *locus* do estudo. Para isso, instrumentalizou-se com os dados históricos nos *sites* dos órgãos oficiais da Prefeitura Municipal, da Câmara Municipal de Altamira e do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (BRASIL, 2019).

No que se refere ao tempo, Altamira originou-se por meio das missões jesuíticas, por volta do século XVIII e sua emancipação intermediada pela Lei Estadual nº 1.234 de 06 de novembro de 1911 (PARÁ, 1911). Referente ao espaço geográfico, o município foi descentralizado do município de Souzel (Senador José Porfírio) e que suas primeiras colonizações tiveram fundação nas margens do Rio Panelas, por intermédio da excursão chamada de Jesuíta Roque de Hunderfund (BRASIL, 2019).

Contudo, o município de Altamira – Pará, pertencente à federação brasileira, localizado no Estado do Pará, pertence à Mesorregião do Sudoeste paraense e faz parte dos municípios da Região da Transamazônica/Xingu. Sua área demográfica totaliza uma área de 159.533,328 km², com uma população geral de 114.594 habitantes, conforme estimada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (BRASIL, 2019).

O município de Altamira, Pará, foi à cidade polo da quarta maior obra do Programa de Aceleração do Crescimento do Governo Federal que é a Usina Hidrelétrica de Belo Monte, que em nível mundial é a terceira maior no seu segmento que é a fundamental ação do setor energético do referido programa. Vista simbolicamente como uma bandeira estatal para o desenvolvimento do Brasil, caracterizada pelo conservadorismo desenvolvimentista neoliberalista que transforma a fonte de água em megawatts, bem precioso que mercadologicamente recebem apropriação do capitalismo para exploração dos recursos naturais e humanos (MELO, 2021; VICENTINI, ALBUQUERQUE, 2021).

No setor educacional, Altamira é considerada como cidade polo regional de Ensino Superior, por possuir em seu território duas instituições públicas: Universidade do Estado do Pará e Universidade Federal do Pará, ainda diversas instituições privadas, a exemplo:

Faculdade Serra Dourada, Faculdade de Ciências Humanas e Sociais do Xingu e Amazônia, Unopar, Uniplam, dentre outras.

O Sistema Municipal de Ensino de Altamira (ALTAMIRA, 2012) compõe-se pelas etapas da Educação Básica (Ensino Infantil e Ensino Fundamental), como se apresenta na Tabela 1 a seguir que contém histórico quantitativo do período de 2008 a 2018, com as seguintes informações: estabelecimentos, matrículas, docentes e turmas.

Tabela 1 - Quadro da Educação Básica – Altamira - 2008 a 2018.

Ano	Estabelecimentos	Matrículas	Docentes	Turmas
2008	137	32.370	943	1.343
2009	142	32.142	957	1.347
2010	144	32.214	989	1.340
2011	142	32.541	1.000	1.270
2012	145	33.828	1.022	1.317
2013	153	35.074	1.143	1.403
2014	158	36.599	1.188	1.505
2015	157	36.320	1.162	1.534
2016	152	36.172	1.222	1.498
2017	151	34.379	1.191	1.425
2018	148	34.695	1.219	1.417

Fonte: INEP – Censo Escolar da Educação Básica (2008 a 2018).

Neste quadro especificado na Tabela 1, a quantidade de estabelecimentos do Sistema Municipal de Ensino de Altamira (ALTAMIRA, 2012) da Educação Básica cresce constantemente, assim como as matrículas, corpo docente e a turmas. Neste sentido, ampliou-se o acesso à Educação Básica que é obrigatória como previsto na Constituição Federal de 1988 (BRASIL, 1988) e na Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional, nº 9.394/1996 (BRASIL, 1996).

O Índice de Desenvolvimentos da Educação Básica de Altamira em consonância com a Tabela 2 revelou-se organizado na busca ativa e monitoramento dos resultados no intuito de alcançar as metas propostas.

Tabela 2 - Índice de Desenvolvimentos da Educação Básica – resultados e metas.

Anos	Etapa de ensino – Ensino fundamental – Altamira							
	2007		2011		2015		2017	
	Iniciais	Finais	Iniciais	Finais	Iniciais	Finais	Iniciais	Finais
IDEB	4,3	4,0	4,8	4,4	5,2	4,4	5,5	4,8
Meta	3,4	3,6	4,1	4,1	4,7	4,9	5,0	5,1

Fonte: INEP – Sistema Nacional de Avaliação da Educação Básica (2017).

Nesta Tabela 2 são apresentados os índices de desenvolvimento da Educação Básica da Etapa do Ensino Fundamental (anos iniciais e finais) dos anos de 2007, 2011, 2015 e 2017. Percebe-se que desde 2007, o Sistema Municipal de Ensino de Altamira (ALTAMRA, 2012) conseguiu consideravelmente alcance das metas propostas, entretanto, nos anos de 2015 e 2017, as metas que se foram propostas aos anos finais do Ensino Fundamental, não foram alcançadas, contudo, comparando com aos anos anteriores (2007 e 2011), obteve-se uma manutenção em 2015 e, com crescimento considerável em 2017 (cresceu 0,7).

A Tabela 3 refere-se ao histórico de matrículas nos dez anos (2008 – 2018) de funcionamento da Educação Básica Municipal, contendo dados estatísticos das etapas de Ensinos Infantil e Fundamental.

Tabela 3 - Matrículas da Educação Básica Municipal de Altamira - 2008 a 2018.

Ano	Ensino Infantil			Etapa de ensino Ensino Fundamental			Total geral
	Creche	Pré-escola	Subtotal	Anos iniciais	Anos finais	Subtotal	
2008	914	2.812	3.726	12.895	8.129	21.094	24.820
2009	941	2.514	3.455	11.837	8.185	20.022	20.022
2010	882	2.861	3.743	11.090	8.339	19.429	23.172
2011	1.198	2.903	4.101	11.429	8.059	19.488	23.488
2012	1.025	3.355	4.380	11.445	8.547	19.992	24.372
2013	1.091	3.729	4.820	12.425	8.826	21.251	26.251
2014	1.178	4.009	5.187	12.991	8.513	21.504	26.691
2015	1.181	4.043	5.224	13.275	8.267	21.542	26.766
2016	1.246	3.877	5.123	13.066	8.194	21.260	26.383
2017	1.314	3.833	5.147	12.828	8.083	20.911	26.058
2018	1.379	3.734	5.113	12.404	8.135	20.539	25.652

Fonte: INEP – Censo Escolar da Educação Básica (2008 a 2018).

Observa-se na Tabela 3 que no Ensino Infantil houve um crescimento de matrículas, tanto em creches como em pré-escolas, que apesar da oscilação em alguns anos para menos, ora para mais, quando comparado 2008 com 2018, percebeu-se um aumento significativo. Entanto, no Ensino Fundamental percebeu-se pouca oscilação, praticamente se mantém, no geral, um crescimento tímido de 2008 para 2018.

Na Tabela 4 a seguir, traçam-se dados do corpo docente da Educação Básica Municipal no período de 2008 a 2018.

Tabela 4 - Docentes da Educação Básica Municipal de Altamira – 2008 a 2018.

Ano	Etapa de ensino						Total geral
	Ensino Infantil			Ensino Fundamental			
	Creche	Pré-escola	Subtotal	Anos iniciais	Anos finais	Subtotal	
2008	91	102	193	328	397	725	943
2009	100	101	201	346	404	750	951
2010	97	126	223	347	388	735	958
2011	111	103	214	334	386	720	930
2012	100	123	223	313	398	711	934
2013	112	138	250	350	439	789	1.039
2014	130	132	262	355	426	781	1.043
2015	88	133	221	384	432	816	1.037
2016	114	135	249	378	445	823	1.072
2017	132	154	286	374	453	827	1.113
2018	128	152	280	321	439	800	1.080

Fonte: INEP – Censo Escolar da Educação Básica (2008 a 2018).

Houve ampliação no quantitativo do corpo docente, acompanhando o crescimento especificado na Tabela 3 das matrículas, no entanto, percebe-se que este crescimento é mais relevante no Ensino Infantil (creche e pré-escola), uma vez que no Ensino Fundamental (anos iniciais e finais) é bem menor, ficando estático.

Nesta Tabela 5, apresentam-se quantitativos de estabelecimentos das etapas de ensino Infantil e Fundamental distribuído por ano.

Tabela 5 - Estabelecimentos da Educação Básica Municipal de Altamira – 2008 a 2018.

Ano	Etapa de ensino						Total geral
	Ensino Infantil			Ensino Fundamental			
	Creche	Pré-escola	Subtotal	Anos iniciais	Anos finais	Subtotal	
2008	14	45	59	109	36	112	171
2009	16	48	64	112	37	149	213
2010	15	45	60	110	35	145	205
2011	19	47	66	107	35	142	208
2012	12	45	57	106	36	142	199
2013	11	48	59	112	35	147	206
2014	11	46	57	115	34	149	206
2015	12	49	71	117	38	155	226
2016	12	57	69	113	39	182	251
2017	13	61	74	118	47	165	239
2018	13	58	71	111	48	159	230

Fonte: INEP – Censo Escolar da Educação Básica (2008 a 2018).

Referente ao crescimento de estabelecimentos percebe-se que no Ensino Infantil, poucas creches foram implantadas, mesmo que nas Tabelas 3 e 4 apresentassem aumento nas matrículas e no corpo de profissionais, na pré-escola, houve-se aumento tímido, assim como no Ensino Fundamental.

Na Tabela 6, tratamos da quantidade de turmas, no período de 2008 a 2018, das duas etapas de Ensino Infantil e Fundamental.

Tabela 6 - Turmas da Educação Básica Municipal de Altamira – 2008 a 2018.

Ano	Etapa de ensino						Total geral
	Ensino Infantil			Ensino Fundamental			
	Creche	Pré-escola	Subtotal	Anos iniciais	Anos finais	Subtotal	
2008	54	146	200	480	405	885	1.085
2009	56	138	194	465	402	867	1.061
2010	48	157	205	438	402	840	1.045
2011	56	138	194	405	388	793	987
2012	47	170	217	372	421	793	1.010
2013	48	192	240	436	426	762	1.002
2014	57	202	259	458	431	889	1.148
2015	56	202	258	501	418	919	1.177
2016	61	203	264	477	404	881	1.145
2017	63	197	260	470	406	876	1.136
2018	65	187	252	441	395	836	1.088

Fonte: INEP – Censo Escolar da Educação Básica (2008 a 2018).

Nestes dados expressos na Tabela 6, observa-se o crescimento das turmas, com aumento quantitativo de turmas na etapa de Ensino Infantil (creches e pré-escolas), portanto, no Ensino Fundamental nos anos iniciais e finais, comparando os anos de 2008 ao de 2018, ficou estatizado.

Com os dados estatísticos apresentados nas Tabelas 1, 2, 3, 4, 5 e 6 teve-se a pretensão de caracterização sucinta da Educação Pública Básica no Sistema Municipal de Ensino de Altamira (ALTAMRA, 2012), em que considerou-se o período compreendido no estudo de 2008 a 2019.

No setor da Saúde, Altamira é considerada como cidade polo de referência regional de Saúde, porque possui em seu território institucional, serviços para Atenção em Saúde de Média e Alta Complexidade, como Hospital Regional Público da Transamazônica e Hospital Municipal São Rafael, ainda dois Hospitais privados e clínicas especializadas.

O Sistema Único de Saúde de Altamira é constituído com uma Rede de Atenção em Saúde de Altamira, conforme segue na Tabela 7.

Tabela 7 - Estabelecimentos da Rede de Atenção em Saúde.

Tipo	2008	2019
Academias de Saúde	00	01
Central de Regulação	01	02
Central de Regulação Médica das Urgências	01	01
Centro de Apoio a Saúde da Família (CASF)	03	04
Centro de Atenção Psicossocial (CAPS)	02	02
Centro de Saúde/Unidade Básica de Saúde (CS/UBS)	12	22
Clínica Especializada/Ambulatório Especializado	01	11
Consultório	00	12
Farmácia	01	02
Hospital Geral	02	03
Posto de Saúde	13	14
Pronto Atendimento	00	01
Unidade de Atenção à Saúde Indígena	00	02
Unidade de Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapia	02	10
Unidade de Vigilância em Saúde	01	02
TOTAL GERAL	40	89

Fonte: Ministério da Saúde – Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (2008 e 2019).

Na Tabela 7, quando se comparam dados de 2008 e 2019, nota-se um crescimento organizacional da Rede de Atenção em Saúde, principalmente na ampliação do quantitativo de estabelecimentos de Atenção Básica em Saúde.

No Quadro 5, seguem as Unidades Escolares e suas Unidades de Saúde da Família por áreas de abrangências de acordo com seu território.

Quadro 5 – Unidades Escolares X Unidades de Saúde da Família do PSE, em 2008.

Unidades de Saúde da Família	Unidades Escolares	Governabilidade
BOA ESPERANÇA	E.M.E.F. Edson Burlamarqui de Miranda	Municipal
	E.M.E.F. Nair de Nazaré Lemos	Municipal
MUTIRÃO	E.M.E.F. João Rodrigues da Silva	Municipal
APARECIDA	E.M.E.F. Mario Santana	Municipal
	CIEC- Centro educacional Ermelinda Klauter	Convênio com o município
BRASÍLIA I	E.M.E.F. Dom Clemente	Municipal
	E.M.E.F. José de Alencar	Municipal
BRASÍLIA II	E.M.E.F. Artur Teixeira	Municipal
	E.M.E.F. Anísio Uchoa.	Municipal
COLINA	E.M.E.F. Nova Colina	Municipal
	E.M.E.F. Francisco Carneiro de Freitas	Municipal
SUDAM I	E.M.E.F. Ester Figueiredo Ferraz	Municipal
	Getúlio Vargas	Municipal
	IMEA - Instituto Metodista de Altamira	Municipal
PREMEM	E.M.E.F. Dairce Pedrosa Tôrres	Municipal
	E. M. E. F. Maria de Farias Ferreira	Municipal
	ERC Mirtes de Oliveira Santos	Convênio com o município
JARDIM INDEPENDENTE I	E.M.E.F. Dr. Octacílio Lino	Municipal

Fonte: Altamira (2008).

Como visto no Quadro 5 na implantação do Programa Saúde na Escola no ano de 2008, observa-se que as Unidades de Saúde da Família responsabilizavam-se por mais de uma Unidade Escolar, em algumas até três escolas, entretanto, o ideal para qualidade das ações do Programa, seria uma escola para cada unidade.

No Quadro 6 apresenta-se a reestruturação da Rede de Atenção em Saúde no Sistema Único de Saúde no ano de 2019, reorganizando os territórios com redistribuição e mapeamento das áreas de abrangência.

Quadro 6 - Unidades Escolares X Unidades de Saúde da Família do PSE – 2019.

INEP	Unidades Escolares	Unidades de Saúde da Família
15104761	EMEIF Rui Barbosa	Laranjeira
15104788	EMEF Esther de Figueiredo Ferraz	Sudam 1
15104990	EMEF Dom Clemente Geiger	Brasília
15105024	EMEF Professor Antônio Gondim Lins	Ilvanir
15105059	EMEF Saint Clair Passarinho	Sudam 2
15105229	EMEF Dr. Octacílio Lino	Independente 2
15105261	EMEF Carlos Leocarpio Soares	Aparecida
15105415	EMEIF Nova Colina	Colina
15105733	EMEF Anísio de Araújo	Cruzeiro
15105890	EMEF Professora Nair de Nazaré Lemos	Boa Esperança
15105903	EMEF Nossa Senhora Aparecida	Santa Ana
15105938	EMEIF Professora Maria Farias Ferreira	Premem
15118002	EMEF Professora Rilza Maria de Moura Acácio	Nova Altamira
15165035	EMEF Sebastiao de Oliveira	Bela Vista
15560511	Creche Irma Serafina	Brasília
15563766	EMEF Sol Nascente	Sol Nascente
15563820	EMEIF Joao e Maria	São Joaquim
15568806	EMEF Francisco Carneiro Freitas	Alberto Soares
15584372	EMEI Azimar Almeida	Mutirão
15587487	EMEIEF Florêncio Filho	Jatobá

Fonte: Altamira (2019).

No Quadro 6, visibilizam-se que em 2019, cada Unidade Escolar possuía sua Unidade de Saúde de referência, reestruturando a Rede de Atenção Básica em Saúde.

4.1 O PROGRAMA SAÚDE NA ESCOLA E SEU APORTE LEGAL

O Programa Saúde na Escola é um dos programas vindouros das demandas apresentadas pelo Movimento Sanitarista e aprovadas na VIII Conferência Nacional de Saúde que foi realizada na década de 1980, no ano de 1986. Com a promulgação da Constituição

Federal de 1988 (BRASIL, 1988) e das Leis orgânicas da Saúde nº 8.080 e 8.142 de 1990 (BRASIL, 1990b; BRASIL, 1990c), passam a existir instrumentos normativos como parte do arcabouço legal nas Políticas Públicas de Saúde.

Neste sentido, no decálogo 2000, foi emitido o Decreto nº 6.286 de 5 de dezembro de 2007 (BRASIL, 2007b), que em seu Artigo 1º ressalta-se que,

Fica instituído, no âmbito dos Ministérios da Educação e da Saúde, o Programa Saúde na Escola - PSE, com finalidade de contribuir para a formação integral dos estudantes da rede pública de educação básica por meio de ações de prevenção, promoção e atenção à saúde (BRASIL, 2007b).

Evidencia-se claramente que o referido programa é de responsabilidade dos Ministérios da Educação e da Saúde, que unirão forças para a formação integral dos estudantes dos Sistemas de Educação nas Políticas de Educação Pública Básica, ainda que as ações de prevenção, promoção e atenção à saúde, são primordiais para o desenvolvimento integral dos educandos.

No esboço do Artigo 2º são apresentados sete objetivos específicos sobre o Programa de Saúde na Escola:

- I - promover a saúde e a cultura da paz, reforçando a prevenção de agravos à saúde, bem como fortalecer a relação entre as redes públicas de saúde e de educação;
- II - articular as ações do Sistema Único de Saúde - SUS às ações das redes de educação básica pública, de forma a ampliar o alcance e o impacto de suas ações relativas aos estudantes e suas famílias, otimizando a utilização dos espaços, equipamentos e recursos disponíveis;
- III - contribuir para a constituição de condições para a formação integral de educandos;
- IV - contribuir para a construção de sistema de atenção social, com foco na promoção da cidadania e nos direitos humanos;
- V - fortalecer o enfrentamento das vulnerabilidades, no campo da saúde, que possam comprometer o pleno desenvolvimento escolar;
- VI - promover a comunicação entre escolas e unidades de saúde, assegurando a troca de informações sobre as condições de saúde dos estudantes; e
- VII - fortalecer a participação comunitária nas políticas de educação básica e saúde, nos três níveis de governo (BRASIL, 2007b, página?).

Nestes setes objetivos específicos propostos no Programa é importante destacar que se anuncia como uma possibilidade de ponte entre Educação e Saúde para melhoria da Educação Pública Básica, coloca-se a saúde dentro do escopo da educação integral do educando, chamando atenção aos setores da Educação com a Saúde para que possam contribuir para a formação cidadã em direitos humanos, ainda para a necessidade de que a educação esteja integrada com a saúde para promover o pleno desenvolvimento escolar.

Dessa maneira, para executar os objetivos propostos com sucesso no Programa Saúde na Escola, é de primordial relevância, a compreender-se a educação integral como um

conceito que compreende a proteção, a atenção e o pleno desenvolvimento da comunidade escolar. No Setor da Saúde, as práticas do Sistema Único de Saúde nas Políticas Públicas da Rede de Atenção à Saúde por meio das equipes de Estratégia de Saúde da Família, incluem prevenção, promoção, recuperação e manutenção da saúde dos indivíduos e coletivos humanos.

O Artigo 3º, § 1º, descreve-se as oito diretrizes para a implementação do programa:

- I - descentralização e respeito à autonomia federativa;
- II - integração e articulação das redes públicas de ensino e de saúde;
- III - territorialidade;
- IV - interdisciplinaridade e intersetorialidade;
- V - integralidade;
- VI - cuidado ao longo do tempo;
- VII - controle social; e
- VIII - monitoramento e avaliação permanentes (BRASIL, 2007b).

Percebe-se que as diretrizes também apontam para outra forma de organização da política pública brasileira e essa articulação se dá diante da necessidade da interface entre os setores da Educação com a Saúde com a promoção de ações balizadas nas características da intersetorialidade, convoca-se o controle social e chama a atenção para o processo de monitoramento constante da política pública pela participação dos sujeitos.

Nas Políticas Públicas do país com caracterização da intersetorialidade tornou-se um assunto muito argumentado, principalmente a partir dos anos de 1990 devido aos processos participativos a partir do surgimento do controle social que emerge nos processos de descentralização, uma vez que o tema se tornou necessário diante das necessidades de articulações dos setores.

Para Junqueira (1997), a intersetorialidade tem em suas características com a interface dos conhecimentos e das práticas no planejamento integrado, na execução e nas análises das ações, tendo em vista os objetivos propostos na implementação de momentos necessários, com vista a um resultado colaborativo para o desenvolvimento integral da sociedade.

No Programa Saúde na Escola, o mapeamento territorial da localidade a ser contemplado e formalizado com cada unidade escolar, ocorre por intermédio do Projeto Político Pedagógico e da equipe da Unidade de Saúde da Família. O artigo 3º, § 3º, refere o planejamento das referidas ações do programa, considerando três etapas, as quais são: “o contexto escolar e social, o diagnóstico local em saúde do escolar e a capacidade operativa em saúde do escolar” (BRASIL, 2007b).

Essas são três etapas que são consideradas fundamentais para fidelizar as ações do programa, uma vez que conhecendo os contextos locais, tanto escolares como social, assim

como o perfil do território e as condicionantes de saúde, direcionam-se para as necessidades dos estudantes para a construção de agendas das ações estratégicas locais.

O artigo 4º, expressa as ações do programa que articulada com o Sistema de Educação e considera os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (a atenção, promoção, prevenção e assistência), quais sejam:

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

A estratégica do Programa Saúde na Escola sugere dezessete ações, as quais foram supracitadas acima. Todas são significativas para o pleno desenvolvimento humano, dentre elas, destacamos a promoção de uma alimentação saudável tendo em vista que bem alimentado, com os nutrientes necessários, os educandos têm maior possibilidade em desenvolver o aprendizado. Outro fator preponderante a destacar-se, são os que estão relacionados aos nossos órgãos dos sentidos, os quais envolvem a visão, a audição e a fala, ao serem avaliados e diagnosticados precocemente, com possibilidade de intervenções que estão diretamente ligadas ao desempenho escolar.

Ressalta-se ainda outra ação fundamental, o atendimento psicossocial, doenças mentais que estão frequentemente presentes em todas as faixas etárias e que detectadas precocemente, facilitam as intervenções. As atividades de prevenção (álcool, tabagismo e outras drogas) quanto mais cedo inseridas em nosso cotidiano, mais resultados terão para controle no contexto social. Além disso, as barreiras de prevenção, com aplicação de vacinas imunizantes, com prevenção no controle do câncer, saúde sexual, saúde reprodutiva e atividades físicas por intermédio da educação permanente para a saúde são essenciais para a vida.

Enfim, destaca-se que a promoção da cultura de prevenção na Escola Pública Básica com temas relacionados a Educação em Saúde na elaboração do Projeto Político Pedagógico de cada Unidade Escolar, precisa considerar as especificidades de cada território comunitário, onde a escola está inserida e é importante que tenha possibilidade de intervir direta e indiretamente na qualidade da aprendizagem no ofertada no sistema educacional brasileiro.

Também destacam-se as competências conjuntas dos Ministérios da Educação e da Saúde, no Artigo 5º:

- I - promover, respeitadas as competências próprias de cada Ministério, a articulação entre as Secretarias Estaduais e Municipais de Educação e o SUS;
- II - subsidiar o planejamento integrado das ações do PSE nos Municípios entre o SUS e o sistema de ensino público, no nível da educação básica;
- III - subsidiar a formulação das propostas de formação dos profissionais de saúde e da educação básica para implementação das ações do PSE;
- IV - apoiar os gestores estaduais e municipais na articulação, planejamento e implementação das ações do PSE;
- V - estabelecer, em parceria com as entidades e associações representativas dos Secretários Estaduais e Municipais de Saúde e de Educação os indicadores de avaliação do PSE; e
- VI - definir as prioridades e metas de atendimento do PSE (BRASIL, 2007b).

Percebe-se que nas competências instituídas para os Ministérios da Educação e da Saúde, existem ações que são importantes, como a ação integrada, o planejamento interligado, a preocupação com a formação dos profissionais que atuam na Escola Básica para dar conta das estratégias delineadas.

O Artigo 6º do referido decreto, afirma que “O monitoramento e avaliação do Programa Saúde na Escola serão realizados por intermédio de comissão interministerial constituída em ato conjunto dos Ministros de Estado da Saúde e da Educação” (BRASIL, 2007b). Já no Artigo 7º, refere-se que “Correrão à conta das dotações orçamentárias destinadas à sua cobertura, consignadas distintamente aos Ministérios da Saúde e da Educação, as despesas de cada qual para a execução dos respectivos encargos no PSE” (BRASIL, 2007b) e em seu Artigo 8º que “Os Ministérios da Saúde e da Educação coordenarão a pactuação com Estados, Distrito Federal e Municípios das ações a que se refere o art. 4º, que deverá ocorrer no prazo de até noventa dias” (BRASIL, 2007b).

Neste intuito, por se tratar de um programa característico da intersetorialidade, traz-se a Portaria Interministerial nº 675, de 04 de junho de 2008 (BRASIL, 2008b), que, “institui a Comissão Intersetorial de Educação e Saúde na Escola” e em seu Artigo 1º expressa que tem, “a finalidade de estabelecer diretrizes da política de educação e saúde na escola, em conformidade com as políticas nacionais de educação e com os objetivos, princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde – SUS” (BRASIL, 2008b).

Este instrumento legal frisado pelo objetivo geral que direciona as políticas da educação com interface com a saúde escolar, com descrição das competências de cada pasta, que em seu Artigo 2º, traz a competência da Comissão:

- 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, 2008b).

A referida comissão tem a missão de elaborar e promover proposições direcionais para as ações das políticas do programa, para a formação inicial e continuada para os profissionais da Educação Pública Básica do Sistema de Educação, como para as equipes das Unidades de Saúde da Família. Ainda proporciona a integralidade e a articulação entre os setores dos Sistemas de Educação com os da Saúde nos três entes federativos, tais como: central, intermediário e local (União, Estados, Distrito Federal e Municípios).

Em seu Artigo 3º, traz-se a composição da referida comissão, que assim se constitui,

- I - Ministério da Educação:
 - a) Secretaria-Executiva - SE;
 - b) Secretaria de Educação Básica - SEB;
 - c) Secretaria de Educação Continuada, Alfabetização e Diversidade - SECAD;
 - d) Secretaria de Educação Especial - SEESP;
 - e) Fundo Nacional de Desenvolvimento da Educação - FNDE;
- II - Ministério da Saúde:
 - a) Secretaria-Executiva - SE;
 - b) Secretaria de Atenção à Saúde - SAS;
 - c) Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde - SGTES;
 - d) Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa - SGEP;
- III - Conselho Nacional de Secretários de Saúde – CONASS;
- IV - Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde - CONASEMS;
- V - Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Educação - CONSED; e
- VI - União Nacional dos Dirigentes Municipais de Educação – UNDIME (BRASIL, 2008b, página?).

Neste sentido, de acordo com o artigo 4º, a comissão “será coordenada pelo Ministério da Saúde” em consonância ao Artigo 5º com “O apoio administrativo e os meios necessários à execução dos trabalhos da Comissão serão providos pelos Ministérios da Educação e da Saúde” (BRASIL, 2008b).

Inicia-se a implantação do Programa Saúde na Escola em Altamira com a emissão da Portaria nº. 1.861/2008 (BRASIL, 2008a), pelo Gabinete do Ministro da Saúde que

“Estabelece recursos financeiros pela adesão ao PSE para Municípios com equipes de Saúde da Família, priorizados a partir do Índice de Desenvolvimento da Educação Básica (IDEB), que aderirem ao Programa Saúde na Escola” (BRASIL, 2008a, s./p.). Deste modo, o presente Programa ou o documento publicado passa a habilitar assim, conforme consta no anexo II da referida portaria que os municípios que possuem em seu território, escolas participantes do Programa Mais Educação como elementar, e número máximo de equipes de Saúde da Família ou devem receber o repasse de recursos federais ao município pela adesão ao programa que no caso de Altamira, inicialmente, foram autorizadas seis Estratégias de Saúde da Família (BRASIL, 2008a).

4.2 O PROGRAMA SAÚDE NA ESCOLA E AS COMPETÊNCIAS ESTADUAIS

O Estado do Pará repactua-se via Resolução nº 83/2012 da Comissão Intergestores Bipartite do Sistema Único de Saúde seção Pará, o desenho de Regionalização do Estado do Pará, que aprovou o Plano Diretor de Regionalização e Investimento do Estado do Pará, se expressa em seu arcabouço as Políticas Pública das Regionais de Saúde no Estado do Pará (PARÁ, 2012a, 2012b).

Neste sentido para Pará (2012b, p. 7),

A estratégia de regionalização é uma diretriz organizativa cujos fundamentos legais vêm sendo definidos ao longo da história da saúde brasileira. Desde a Constituição Federal de 1988, em seu Art. 198, já se afirmava que “As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as diretrizes de descentralização, atendimento integral e participação da comunidade”. Confirmando o que já foi dito, a Lei 8.080 de 19 de setembro de 1980 em seu artigo 7º, reafirma as diretrizes previstas no Art. 198 da Constituição Federal e define competências frente à criação de redes regionalizadas e hierarquizadas de saúde, nas quais a direção municipal do SUS deve participar do planejamento, programação e organização, em articulação com sua direção estadual. As Normas Operacionais Básicas do SUS - NOB 01/93, aponta a regionalização como um dos pressupostos que fundamentam a construção do SUS, “entendida como uma articulação e mobilização municipal que leve em consideração características geográficas, fluxo de demanda, perfil epidemiológicos, oferta de serviço e, acima de tudo, a vontade política expressa pelos diversos municípios de se consorciar ou estabelecer qualquer outra relação de caráter cooperativo”. Já as Normas Operacionais Básica do SUS – NOB 01/96 dá pouca ênfase à regionalização, mas estabelece instrumentos de planejamento para a conformação de redes regionalizadas e hierarquizadas de serviços e para a elaboração da Programação Pactuada e Integrada - PPI, como também, reforça a cooperação técnica e financeira do estado com os municípios, objetivando a consolidação do processo de descentralização e a organização da rede regionalizada e hierarquizada de serviços. Por sua vez, as Normas Operacionais de Assistência à Saúde (NOAS), enquanto instrumento normativo do SUS ampliou as responsabilidades dos municípios na atenção básica e estabeleceu o processo de regionalização como estratégia de hierarquização dos serviços de saúde e de busca de maior equidade, criando mecanismos para o fortalecimento da capacidade de

gestão do SUS com a introdução a concepção dos módulos assistenciais, microrregiões, macrorregiões e regiões, expressas no Plano Diretor de Regionalização – PDR.

Contudo, a descentralização do Sistema Único de Saúde ampliou a comunicação com a realidade social local, considerando as diversidades e especificidades regionalizadas, propondo a gestão *in loco* o desafio para enfrentamento da fragmentação das políticas públicas e os referidos programas de saúde, assim com a instituição do Plano Diretor de Regionalização que em conformidade com as legislações, sua elaboração é de responsabilidade das Secretarias de Estado de Saúde Pública e apreciados junto as instâncias colegiadas de gestão (Comissão Intergestores Bipartite e Conselho Estadual de Saúde), objetivando-se,

o ordenamento do processo de regionalização da assistência à saúde em cada Estado e Distrito Federal, baseado nos objetivos de definição de prioridades de intervenção coerentes com as necessidades de saúde da população e garantia de acesso dos cidadãos a todos os níveis de atenção. Dessa forma, o Plano Diretor de Regionalização - PDR é considerado um instrumento de planejamento e organização do SUS, garantindo o acesso, a promoção da equidade, a garantia da integralidade, a qualificação do processo de descentralização e a racionalização de gastos e otimização de recursos e serviços assistenciais (PARÁ, 2012b, p. 7).

Neste viés, o Estado do Pará, via Secretaria de Estado de Saúde Pública e suas instâncias colegiadas, em cumprimento a Constituição e as legislações brasileiras, aprovam e homologam como principal instrumento norteador, o Plano Diretor de Regionalização e Investimento do Estado do Pará.

Para Brasil (2011a),

[...] a Região de Saúde se configura como espaço geográfico contínuo constituído por agrupamentos de municípios limítrofes, delimitado a partir de identidades culturais, econômicas e sociais e de redes de comunicação e infraestrutura de transportes compartilhados, com a finalidade de integrar a organização, o planejamento e a execução de ações e serviços de saúde. Para ser instituída, a Região de Saúde deve conter, no mínimo, ações e serviços de: Atenção Primária; Urgência e Emergência; Atenção Psicossocial; Atenção Ambulatorial Especializada e Hospitalar e Vigilância em Saúde.

Ainda para Brasil (2011a), o planejamento da saúde deverá ser ascendente e integrado, partindo-se do ente federativo local para o intermediário até central, considerando os Conselhos Locais de Saúde, em consonância com as reais necessidades das políticas públicas de saúde de acordo com a disponibilidade de recursos financeiros. Contudo, o planejamento da saúde estadual se realizará regionalmente, partindo das necessidades locais e devendo levar em consideração às metas de saúde estabelecidas.

Assim o planejamento regional da saúde possuirá relevância, no momento que perfazer-se importante instrumento para gestão descentralizada direcionando para consolidação do Sistema Único de Saúde no país.

O Programa Saúde na Escola como importante programa, parte das Políticas Públicas de Descentralização Regional da Saúde, no seu Decreto nº 6.286/2007, no Art. 5º (BRASIL, 2007b) expressam as competências dos entes federativos que no § 2º traz que “Os Secretários Estaduais e Municipais de Educação e de Saúde definirão conjuntamente as escolas a serem atendidas no âmbito do PSE, observadas as prioridades e metas de atendimento do Programa” (BRASIL, 2007b).

Na Portaria nº 1.861/2008, no Art. 3º (BRASIL, 2008a) que estabelece prazos e fluxos para adesão dos municípios ao Programa Saúde na Escola, contudo,

VII - os secretários municipais de educação e de saúde firmarão o Termo de Adesão e encaminharão, juntamente com o Projeto do PSE, aos Colegiados Gestores Regionais, onde houver, e à Comissão Intergestores Bipartite (CIB) de seu Estado para homologação;

VIII - a CIB homologará o Projeto do PSE e enviará carta aos Ministérios da Saúde e da Educação para confirmação da adesão ao PSE, conforme modelo constante no Anexo V a esta Portaria;

IX - a CIB enviará os Termos de Adesão ao Ministério da Saúde, que encaminhará cópia para o Ministério da Educação;

X - o Grupo de Trabalho Intersetorial, após homologação da CIB, enviará o projeto, por meio do endereço eletrônico do programa PSE, disponível no site do Ministério da Saúde www.saude.gov.br;

XI - o Ministério da Saúde publicará portaria de credenciamento das equipes, por Município, pelas quais os Municípios poderão fazer jus ao recebimento dos recursos financeiros pela adesão ao PSE;

XII - a Secretaria Municipal de Saúde preencherá, no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES), o campo específico de identificação das ESF que atuarão no PSE; e

XIII - as Secretarias Estaduais de Saúde acompanharão o processo de atualização do SCNES a partir da homologação dos projetos dos Municípios do PSE na CIB (BRASIL, 2008a).

Como ente federativo intermediário, das competências Estaduais acima mencionadas, destaca-se a importância da articulação e integração das adesões municipais ao Programa Saúde na Escola, também o monitoramento no Sistema de Cadastramento Nacional de Estabelecimentos de Saúde como prerrogativa primeira para habilitação e recebimento de recursos financeiros.

Como se expressa na Política Nacional de Atenção Básica (BRASIL, 2012) que compete às Secretarias Estaduais de Saúde e ao Distrito Federal:

I - Pactuar, com a Comissão Intergestores Bipartite (CIB), estratégias, diretrizes e normas de implementação da atenção básica no Estado, de forma complementar às

existentes, desde que não haja restrições destas e que sejam respeitados as diretrizes e os princípios gerais regulamentados nesta portaria;

II - Destinar recursos estaduais para compor o financiamento tripartite da atenção básica prevendo, entre outras, formas de repasse fundo a fundo para custeio e investimento das ações e serviços;

III - Ser corresponsável pelo monitoramento da utilização dos recursos federais da atenção básica transferidos aos municípios;

IV - Submeter à CIB, para resolução acerca das irregularidades constatadas na execução dos recursos do Bloco de Atenção Básica, conforme regulamentação nacional, visando à (ao):

a) Aprazamento para que o gestor municipal corrija as irregularidades;

b) Comunicação ao Ministério da Saúde;

c) Bloqueio do repasse de recursos ou demais providências, conforme regulamentação nacional, consideradas necessárias e devidamente oficializadas pela CIB;

V - Analisar os dados de interesse estadual gerados pelos sistemas de informação, utilizá-los no planejamento e divulgar os resultados obtidos;

VI - Verificar a qualidade e a consistência dos dados enviados pelos municípios por meio dos sistemas informatizados, retornando informações aos gestores municipais;

VII - Consolidar, analisar e transferir para o Ministério da Saúde os arquivos dos sistemas de informação enviados pelos municípios de acordo com os fluxos e prazos estabelecidos para cada sistema;

VIII - Prestar apoio institucional aos municípios no processo de implantação, acompanhamento e qualificação da atenção básica e de ampliação e consolidação da Estratégia Saúde da Família;

IX - Definir estratégias de articulação com as gestões municipais do SUS com vistas à institucionalização da avaliação da atenção básica;

X - Disponibilizar aos municípios instrumentos técnicos e pedagógicos que facilitem o processo de formação e educação permanente dos membros das equipes de gestão e de atenção à saúde;

XI - Articular instituições, em parceria com as Secretarias Municipais de Saúde, para formação e garantia de educação permanente aos profissionais de saúde das equipes de atenção básica e das equipes de Saúde da Família; e

XII - Promover o intercâmbio de experiências entre os diversos municípios, para disseminar tecnologias e conhecimentos voltados à melhoria dos serviços da atenção básica (BRASIL, 2012, p. 29-31).

Neste ínterim, o Plano Diretor de Regionalização e Investimento do Estado do Pará com as Políticas Públicas das Regionais de Saúde no Estado do Pará (PARÁ, 2012^a, 2012b) obedece às sanções estabelecidas pelas leis do regime colaborativo federativo.

Para Brasil (2015a, p. 16-17) o Grupo de Trabalho Intersetorial Estadual tem a

responsabilidade de realizar o apoio institucional e ser mobilizador do PSE nos municípios do seu território para a construção de espaços coletivos, de trocas e aprendizagens contínuas, provocando o aumento da capacidade de analisar e de intervir nos processos, cabendo a ele:

I. Definir as estratégias específicas de cooperação entre estados e municípios para o planejamento e a implementação das ações no âmbito municipal. II. Articular a rede de Saúde para gestão do cuidado dos educandos identificados pelas ações do PSE com necessidades de saúde. III. Subsidiar o planejamento integrado das ações do PSE nos municípios entre o SUS e a rede de educação pública básica. IV. Subsidiar a formulação das propostas de educação permanente dos profissionais de Saúde e da educação básica para implementação das ações do PSE. V. Apoiar os gestores municipais na articulação, no planejamento e na implementação das ações do PSE. VI. Auxiliar os municípios no processo de assinatura do Termo de Compromisso. VII. Pactuar, nas Comissões Intergestores Bipartites (CIBs) do Sistema Único de Saúde, encaminhamentos e deliberações no âmbito do PSE, conforme fluxo de

adesão VIII. Contribuir com os ministérios no monitoramento e na avaliação do programa e IX. Identificar experiências exitosas e promover o intercâmbio das tecnologias produzidas entre os municípios do PSE, em parceria com o GTI-F.

Contudo, a apoio interinstitucional do ente federativo intermediário aos locais, são indispensáveis para alavancar as ações a serem executadas pelo Programa brasileiro, qualificando a Saúde e Educação, constituindo-se forte aliado para superação da miséria dos mais vulneráveis no país.

4.3 PROGRAMA SAÚDE NA ESCOLA E AS SUAS NORMATIZAÇÕES NO MUNICÍPIO DE ALTAMIRA - PARÁ

Com a promulgação da Portaria nº. 1.861/2008 (BRASIL, 2008a) especificada anteriormente no subcapítulo 3.1 sobre a Legislação Nacional, com a abertura de financiamento e critérios para a adesão ao Programa Saúde na Escola, contemplou o Município de Altamira a adesão ao referido Programa. Portanto, os gestores das Secretarias Municipais de Saúde e da Educação, assinaram em 20 de outubro de 2008, a Manifestação de Interesse de Adesão ao Programa Saúde na Escola (ALTAMIRA, 2008a), seguidamente emitiram a Portaria conjunta nº. 01 de 14 de novembro de 2008, instituindo o Grupo de Trabalho Intersetorial que se responsabilizou pela elaboração, planejamento, coordenação e execução do Projeto de implantação do Programa Saúde na Escola e, respectivamente, o Termo de Adesão, dentre outras providências (ALTAMIRA, 2008b).

Neste sentido, os dois setores compuseram o Grupo de Trabalho Intersetorial, caracterizando a seguinte formação: 1) Secretaria Municipal de Saúde: Silvano Fortunato da Silva e Terezinha de Vasconcelos Uchôa Corrêa; 2) Secretaria Municipal de Educação: Gerson Dias Olivo e; 3) Conselho Municipal de Saúde: José Domingos Pereira (ALTAMIRA, 2008b).

Com a composição dos membros do Grupo de Trabalho Intersetorial teve início a condução dos processos (elaboração, planejamento, coordenação e execução) do Projeto de implantação do Programa Saúde na Escola, com a finalidade de,

levar ações de odontologia, oftalmologia, otologia e saúde preventiva para os alunos das escolas de ensino fundamental da rede pública, na perspectiva de melhorar a qualidade de vida das crianças, oferecendo prevenção e tratamento, assim como contribuir para a redução dos casos de repetência, evasão escolar e melhoria do Índice de Desenvolvimento Humano (ALTAMIRA, 2008c, p. 5).

Nesta finalidade proposta no projeto, destaca-se que além de oferecer a melhoria na qualidade de vida dos estudantes por meio de prevenção, também se buscava a contribuição

na redução do insucesso escolar (repetência e evasão), ainda a melhoria do desenvolvimento integral humano, tendo como objetivo geral “contribuir para a formação integral dos estudantes da Rede Pública de Educação Básica por meio de ações de prevenção, promoção e atenção à saúde” (ALTAMIRA, 2008c, p. 7).

Assentava-se o projeto em seis objetivos específicos:

- 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;
- 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;
- Contribuir para a constituição de condições para a formação integral de educandos;
- Contribuir para a construção de sistema de atenção social, com foco na promoção da cidadania e nos direitos humanos;
- Fortalecer o enfrentamento das vulnerabilidades, no campo da saúde, que possam comprometer o pleno desenvolvimento escolar;
- Promover a comunicação entre escolas e unidades de saúde, assegurando a troca de informações sobre as condições de saúde dos estudantes; e
- Fortalecer a participação comunitária nas políticas de educação básica e saúde, nos três níveis de governo (ALTAMIRA, 2008c, p. 7).

Neste projeto de implantação, realizou-se um diagnóstico dos determinantes sociais e epidemiológicos dos Sistemas Municipais de Ensino e da Saúde de Altamira, balizados nos dados do exercício de 2007, considerando as três etapas explícitas pelo programa, as quais foram: “o contexto escolar e social, o diagnóstico local em saúde do escolar e a capacidade operativa em saúde do escolar” (BRASIL, 2007b), que segue na Tabela 8.

Tabela 8 - Planilha de Avaliação dos Indicadores de Saúde/2007.

(continua)

Ações	Planejada	Executada	% alcançado
Consultas médicas nas especialidades básicas	173.776	123.486	71%
População coberta pelo Programa Saúde da Família (PSF)	39.100	43.584	111,4%
Visitas domiciliares por família	440.499	334.216	75,9%
Consultas médicas à gestante de baixo risco	Não pactuado	8.694	-
Consultas de enfermagem (Pré-natal)	Não pactuado	30.552	-
População atendida no Programa Planejamento Familiar	Não pactuado	4.290	-
População inscrita no Programa Planejamento Familiar	Não pactuado	459	-
Consulta médica no Programa Planejamento Familiar	Não pactuado	1.270	-
Vacina tríplice viral em < 1 ano	1.967	2.314	117%
Vacina contra Hepatite B em < 1 ano (3 dose)	1.984	2.305	116%
Vacina BCG < 1 ano	2.088	2.859	137%
Vacina contra febre amarela < 1 ano	2.088	2.135	102%
Vacina tetravalente < 1 ano	2.088	2.429	116%
Vacina dT em MIF	0	2.204	-
Vacina hepatite B de 1 a 20 anos (3 dose)	2.827	1.365	48%
Vacina contra poliomielite (sabim) 3 dose	2.088	2.182	104%

Tabela 8 – Planilha de Avaliação dos Indicadores de Saúde/2007.

Ações	Planejada	Executada	(continuação) % alcançado
Campanha anual contra poliomielite (1 etapa)	10.427	9.959	95,5%
Campanha anual contra poliomielite (2 etapa)	10.427	9.982	96 %
Campanha anual contra influenza (Idoso)	4.509	4.316	96%
Campanha de vacinação contra raiva em cães	10.447	11.290	108,6%
Campanha de vacinação contra raiva em gatos	3.504	3.569	102%
Casos novos de hanseníase identificados	Não pactuado	126	-
Cura de casos de hanseníase	137	88	94%
Contatos intra-domiciliares de hanseníase examinados	380	200	53%
Casos novos de Tuberculose	33	39	118%
Casos novos de tuberculose bacilífera curados na coorte 9 mês ou meses?	19	21	110%
Número de sintomáticos respiratórios examinados	608	629	103%
Consulta médica especializada	Não pactuado	19.156	-
Primeira consulta odontológica programática	50.395	39.567	78,85%
Procedimentos odontológicos individuais	220.696	230.493	104,43%
Procedimentos odontológicos MAC	Não pactuado	64.854	-
Procedimentos PAB	Não pactuado	275.549	-
Prótese dentária	Não pactuado	732	-
Pacientes atendidos no CAPS II	Não pactuado	11.380	-
Teste da Orelhinha	Não pactuado	2.040	-
Número de portadores de HÁ cadastrado no HIPERDIA	715	716	100%
Número de portadores de DM cadastrados no HIPERDIA	169	173	102%
Testagem para sífilis (VDRL) nas gestantes	4.176	3.893	93%
Proporção de nascidos vivos com 4 ou mais consultas de pré-natal	1.515	1.601	106%
Proporção de nascidos vivos com 7 ou mais consultas de pré-natal	237	663	279%
Exames para diagnósticos de hepatites virais	869	2.422	279%
Testagem para HIV nas gestantes	2.068	2.408	116%
Detectar casos novos de Leishmaniose Tegumentar Americana (LTA)	184	141	76,4%
Curar casos novos de Leishmaniose Tegumentar americana (LTA)	157	141	90%
Número de internações hospitalares na rede pública (HMSR)	Não pactuado	5.590	-
Número de internações hospitalares na rede conveniada SUS (HSA e HCA)	Não pactuado	7.803	-
Ultrassonografias realizadas	Não pactuado	8.958	-
Patologia Clínica/Análises Clínicas	Não pactuado	762.683	-
Exames Radiológicos	Não pactuado	17.905	-
Coleta das declarações de óbito – DO	461	526	114,2%
Proporção de óbitos não fetais informados ao SIM com causas básicas definidas	278	348	125%
Identificar óbitos registrados no próprio município		427	
Identificar óbitos registrados ocorridos em outros municípios		44	
Coleta de declaração de nascidos vivos – DNV	1.893	2.859	151%
Identificar nascidos vivos do próprio município		2.064	-
Identificar nascidos vivos de outros municípios		50	-

Fonte: Altamira (2008c, p. 10-12).

Apesar dos dados da Tabela 8 demonstrarem que no ano de 2007 os indicadores em saúde em sua grande maioria foram atingidos pelos serviços de atenção em saúde do município de Altamira, outros indicadores demonstraram a necessidade de intervenção, tais quais: Consultas médicas nas especialidades básicas (clínicas pediátrica, médica, obstétrica e cirúrgica) com cobertura de 71%, resultado abaixo do planejado; Nas visitas domiciliares por família apresenta uma taxa inferior ao planejado com 75.9%; em relação à Vacina hepatite B de 1 a 20 ano (3 doses), apresentou um índice baixíssimo com 48%; Já no indicador de dados dos contatos intradomiciliares de hanseníase examinados, 53%, 47% aquém do planejado.

Tabela 9 - Morbidades Hospitalares Especificadas 2007.

Total	73
Óbitos - doenças- infecciosas e parasitária – total	16
Óbitos - neoplasias - tumores – total	9
Óbitos - doenças - endócrinas, nutricionais e metabólicas – total	3
Óbitos - doenças - sistema nervoso – total	1
Óbitos - doenças - olhos e anexos – total	1
Óbitos - doenças - aparelho circulatório – total	13
Óbitos - doenças - aparelho respiratório – total	13
Óbitos - doenças - aparelho digestivo – total	7
Óbitos - doenças - aparelho geniturinário – total	2
Óbitos - doenças - originadas no período perinatal – total	5
Óbitos - sintomas, sinais e achados anormais em exames clínicos e laboratoriais – total	2
Óbitos - Lesões, envenenamentos e causas externas – total	1

Fonte: Altamira (2008c, p. 12-13).

Os dados que se apresentam na Tabela 9 demonstram a necessidade de intervenção por se tratarem de morbididades hospitalares específicas com ocorrência de óbitos, por serem doenças preveníveis por meio de educação alimentar, realização de atividades físicas, noções básicas de higiene, dentre outros aspectos.

Tabela 10 - Mortalidade Geral Segundo Principais Causas 2007.

Causas	2007
Sistema Nervoso	2
Aparelho Circulatório	76
Aparelho Respiratório	36
Aparelho Digestivo	17
Transtornos Mentais e Comportamentais	-
Causas Externas de Morbidade e Mortalidade	72
Gravidez, Parto e Puerpério	2
Aparelho Geniturinário	11

Fonte: Altamira (2008c, p. 13).

Nas Tabelas 8, 9 e 10 evidenciam-se a relevância do quadro da saúde que deveria ser enfrentado e que o Programa Saúde na Escola poderia contribuir positivamente com suas ações dentro das Unidades Escolares, destacando-se a importância das informações que devem ser apropriadas pela comunidade escolar por intermédio de ações coletivas de Educação em Saúde, contribuindo significativamente na inserção de hábitos alimentares saudáveis, na prática de exercícios corporais, na prevenção de uso de álcool e de drogas, de Doenças Sexualmente Transmissíveis, de gravidez precoce, dentre outras ações para a promoção qualitativa de vida visando o pleno desenvolvimento humano.

Quanto a capacidade física instalada a serviço do Sistema Único de Saúde no município de Altamira, segue a na Tabela 11.

Tabela 11 - Estabelecimentos da Rede de Atenção em Saúde 2007.

Tipo	Quantidade
Central de Regulação	01
Central de Regulação Médica das Urgências	01
Centro de Apoio a Saúde da Família	03
Centro de Atenção Psicossocial	02
Centro de Saúde/Unidade Básica de Saúde	12
Clínica Especializada/Ambulatório Especializado	01
Farmácia	01
Hospital Geral	02
Posto de Saúde	13
Unidade de Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapia	02
Unidade de Vigilância em Saúde	01
TOTAL GERAL	40

Fonte: Altamira (2008c, p. 15).

Essa capacidade instalada, apresentada na Tabela 11 referente ao ano de 2007, refere-se à realidade da Rede de Atenção em Saúde para base de implantação do Programa, tendo-se a Rede como ponto de referência dos serviços ofertados na Atenção em Saúde populacional.

Segue na Tabela 12, o quadro de recursos humanos atuando em Saúde no ano de 2007.

Tabela 12 - Recursos humanos da Saúde – 2007.

(continua)

CATEGORIA	ESFERA					TOTAL
	Federal	Estadual	Municipal	Convênio SUS	Particular	
Médico	03	01	25	16	12	57
Médico Veterinário	-	01	01	-	06	8
Biomédico	-	-	--	01	-	1
Bioquímico	-	-	01	02	01	4
Farmacêutico	-	-	01	-	-	1
Odontólogo	01	-	11	-	09	21

Tabela 12 – Recursos humanos da Saúde – 2007

(continuação)

CATEGORIA	ESFERA					TOTAL
	Federal	Estadual	Municipal	Convênio SUS	Particular	
ADM	-	01	-	-	-	1
Ag. Administrativo	-	-	12	-	3	15
Aux. de Enfermagem	38	-	88	33	11	170
Aux. Administrativo	03	-	8	-	-	11
Téc. Laboratório	02	-	11	02	02	17
Aux. de Saneamento	08	-	09	-	-	17
Ag. Portaria	-	07	-	-	-	7
Ag. Vig. Sanitária	-	06	10	-	-	16
ACS	-	-	75	-	-	75
Aux. de Atendimento	-	-	01	-	-	1
Aux. de Estatística	-	-	01	-	-	1
Aux. Téc. Prot. Dentário	-	-	02	-	-	2
Aux. Téc. Informática	-	-	02	-	-	2
Telefonista	-	-	-	-	-	-
Fisioterapeuta	-	-	02	01	-	3
Nutricionista	-	-	02	-	-	2
Téc. Radiologia	-	-	05	01	-	6
Assist. Social	-	-	01	-	-	1
Oftalmologista	-	-	-	01	-	1
Psicólogo	-	-	01	-	-	1
Visitadora Sanitária	08	-	-	-	-	8
Aux. de Vigilância	-	-	24	-	-	24
Aux. Hig. Bucal	-	-	15	-	-	15
Sociólogo	-	-	-	-	-	-
Enfermeiro	02	04	16	-	-	22
Engenheiro Sanitário	-	-	01	-	-	1
Motorista	04	02	07	-	-	13
Aux. Serviços Gerais	23	-	52	01	18	94
TOTAL	92	22	384	58	62	618

Fonte: Altamira (2008, p. 16).

Nas Tabelas 8, 9, 10, 11 e 12, apresentaram-se sobre o “diagnóstico local em saúde do escolar e a capacidade operativa em saúde do escolar” (BRASIL, 2007b).

O Grupo de Trabalho Intersetorial elegeu como demanda para o projeto de implantação do Programa Saúde na Escola, dezoito Unidades Escolares, descritas no Quadro 7, por localizarem-se na zona urbana da sede do município, ainda estarem próximas as áreas cobertas pelas Unidades de Saúde da Família, possuindo indicadores passíveis de mudanças pelo Programa Saúde na Escola.

Quadro 7 – Unidades Escolares para implantação do Programa Saúde na Escola – 2008.

INEP	Participantes
15140519	Escola Municipal de Ensino Fundamental Edson Burlamarqui de Miranda
15105890	Escola Municipal de Ensino Fundamental Professora Nair de Nazaré Lemos
15105369	Escola Municipal de Ensino Fundamental João Rodrigues da Silva
15106020	Escola Municipal de Ensino Fundamental Mário Santana

15559998	Centro Educacional Ermelida Krauter
15104990	Escola Municipal de Ensino Fundamental Dom Clemente
15105822	Escola Municipal de Ensino Fundamental José de Alencar
15140417	Escola Municipal de Ensino Fundamental Artur Teixeira
15105733	Escola Municipal de Ensino Fundamental Anísio Araújo Uchôa
15105415	Escola Municipal de Ensino Fundamental Nova Colina
15568806	Escola Municipal de Ensino Fundamental Francisco Carneiro Freitas
15104788	Escola Municipal de Ensino Fundamental Esther Figueiredo Ferraz
15572854	Escola Municipal de Ensino Fundamental Getúlio Vargas
15590810	Instituto Metodista de Altamira
15544095	Escola Municipal de Ensino Fundamental Dairce Pedrosa Torres
15105938	Escola Municipal de Ensino Fundamental Maria de Farias Ferreira
15104826	Escola Municipal de Ensino Fundamental Mirtes de Oliveira Santos
15105229	Escola Municipal de Ensino Fundamental Dr. Octacílio Lino

Fonte: Altamira (2008c, p. 17).

Essas Unidades Escolares apresentadas no Quadro 7, justificam-se segundo projeto de implantação por terem como público-alvo “os educandos regularmente matriculados nas escolas que compõem a área de atuação e abrangência das equipes de Estratégia de Saúde da Família” (ALTAMIRA, 2008c, p. 5), primordialmente, os alunos com o seguinte perfil:

residem em bairro da periferia; vivem em conflito familiar; a família não possui fonte de renda fixa; correm riscos de serem conduzidos a prostituição infantil, às drogas; convivem em constantes conflitos com seus colegas, o que conseqüentemente se refletirá em baixa estima, repetência e isolamento social (ALTAMIRA, 2008c, p. 5).

No Quadro 8, apresentam-se as Unidades Escolares e suas respectivas Unidades de Saúde da Família por áreas de abrangências de acordo com seu território adscrito.

Quadro 8 – Unidades Escolares X Unidades de Saúde da Família do Programa - 2008

Unidades de Saúde da Família	Unidades Escolares	Governabilidade
BOA ESPERANÇA	E.M.E.F. Edson Burlamarqui de Miranda E.M.E.F. Nair de Nazaré Lemos	Municipal Municipal
MUTIRÃO	E.M.E.F. João Rodrigues da Silva	Municipal
APARECIDA	E.M.E.F. Mario Santana CIEC- Centro educacional Ermelinda Klauter	Municipal Convênio com o município
BRASÍLIA I	E.M.E.F. Dom Clemente E.M.E.F. José de Alencar	Municipal Municipal
BRASÍLIA II	E.M.E.F. Artur Teixeira E.M.E.F. Anísio Uchoa.	Municipal Municipal
COLINA	E.M.E.F. Nova Colina E.M.E.F. Francisco Carneiro de Freitas	Municipal Municipal
SUDAM I	E.M.E.F. Ester Figueiredo Ferraz E.M.E.F. Getúlio Vargas IMEA - Instituto Metodista de Altamira	Municipal Municipal Municipal
PREMEM	E.M.E.F. Dairce Pedrosa Tôrres E. M. E. F. Maria de Farias Ferreira ERC Mirtes de Oliveira Santos	Municipal Municipal Convênio com o município
JARDIM INDEPENDENTE I	E.M.E.F. Dr. Octacílio Lino	Municipal

Fonte: Altamira (2008c, p 17).

Observou-se no Quadro 8 que no cenário de implantação do Programa Saúde na Escola (2008), havia Unidades de Saúde da Família responsáveis por mais de uma Unidade Escolar, ainda em algumas unidades de saúde responsabilizam-se por três, contudo, o ideal para qualidade das ações do programa, seria uma Unidade Escolar para uma Unidade de Saúde da Família.

Com a constituição dos processos do Projeto de Implantação do Programa Saúde na Escola que foi coordenado pelo Grupo de Trabalho Intersetorial, apreciado e aprovado pelo plenário do Conselho Municipal de Saúde em reunião extraordinária, realizada no dia 4 de dezembro de 2008, como ainda seu respectivo Termo de Adesão, aprovados e homologados pela Resolução nº. 037/2008 (ALTAMIRA, 2008d), que seguidamente no dia 05 de dezembro 2008, os gestores das Secretarias Municipais da Saúde e da Educação assinam o Termo de Adesão.

As ações pactuadas incluir-se-iam nos Projetos Políticos Pedagógicos das Unidades Escolares municipais:

- Educação permanente e Capacitação dos profissionais da saúde, da educação e de jovens para o PSE.
- Realização de estudos para o monitoramento da situação de saúde dos estudantes.
- Avaliação Clínica.
- Avaliação Psicossocial.
- Avaliação Nutricional.
- Avaliação e Monitoramento da Saúde Bucal.
- Ações de Segurança Alimentar e Promoção Saudável.
- Promoção das práticas corporais e atividades físicas na escola.
- Prevenção e redução do consumo de álcool, Tabaco e outras drogas.
- Educação para Saúde sexual e prevenção das DST/AIDS.
- Prevenção da cultura de Paz e prevenção das violências.
- Monitoramento e Avaliação do PSE (ALTAMIRA, 2008c, p. 38-40).

No ano de 2011, as duas Secretarias Municipais de Saúde e de Educação, firmam novo Termo de Compromisso Municipal, com repactuação e formalização das responsabilidades e metas inerente ao Programa Saúde na Escola, objetivando-se a continuidade do desenvolvimento das ações, reorganizando-se em três componentes: I – Avaliação clínica e psicossocial; II – Promoção e prevenção à saúde e III – Educação Permanente (ALTAMIRA, 2011, p. 3-5).

Em relação às Unidades Escolares e suas respectivas Unidades de Saúde da Família participantes do programa, pouco se modificaram, houve a saída do Centro Educacional Ermelida Krauter e a entrada do Instituto Maria de Matias, permanecendo 18 Unidades Escolares (ALTAMIRA, 2011).

Considerando a Constituição Federal brasileira de 1988 (BRASIL, 1988), que expressa a Saúde como direito universal, com ações e serviços integralizados em uma rede regionalizada e hierarquizada, organizado conforme diretrizes descentralizadas, unificadas com atendimento integral, priorizando as ações de prevenções e participação comunitária (BRASIL, 1988).

Mediante isto, o Gabinete do Ministro da Saúde emite a Portaria nº 4.279 publicada em 31 de dezembro de 2010 (BRASIL, 2010), formalizando as “Diretrizes para a Organização das Redes de Atenção em Saúde no âmbito do SUS”, que havia sido aprovada na Comissão Intergestores Tripartite em 16 de dezembro, após ampla agenda de debates entre as equipes do Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde e Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde, apoiado pela Organização Pan-Americana da Saúde (BRASIL, 2010).

Nessa direção a Rede de Atenção em Saúde da Região da Transamazônica e Xingu, vem se reestruturando com ampliação das estruturas físicas e aquisições de equipamentos para habilitar os novos serviços e qualificar serviços ora ofertados aos usuários. Neste viés, foi elaborado um Plano Regional de Políticas para Atenção em Saúde através da Comissão Intergestores Regional em parceria com a Câmara Técnica de Saúde do Plano de Desenvolvimento Regional Sustentável do Xingu, com intuito de se cumprir o que está expresso na Constituição Federal brasileira de 1988 (PARÁ, 2012a, 2012b).

Com isso, a visão concreta da proposta das Redes de Atenção em Saúde em Altamira tem como porta de entrada no Sistema Único de Saúde, a Rede Municipal de Atenção Básica em Saúde por meio das Unidades Básicas de Saúde, da Estratégia de Agentes Comunitários em Saúde, da Estratégia de Saúde da Família, da Estratégia de Saúde Bucal e do Núcleo de Apoio a Saúde da Família. Em complementariedade, a Rede de Urgência e Emergência com Serviço de Atendimento Móvel de Urgência, da Unidade de Pronto Atendimento e dos leitos de terapia intensiva. Contamos ainda com a Rede Cegonha para Atenção à Saúde da Mulher e da Criança; a Rede de Atenção Psicossocial que conta com Centro de Apoio Psicossocial, com Centro de Apoio Psicossocial Infantil, com Centro de Apoio Psicossocial Álcool e Drogas e Unidade de Acolhimento adulto e infantil; a Rede de Cuidados às Pessoas com Deficiência conta com Centro Especializado em Reabilitação e com Oficina Ortopédica; a Rede de Atenção às Pessoas com Doenças Crônicas e Rede de Atenção Especializadas com Centro Especializado Odontológico e Atenção Hospitalar Especializada (PARÁ, 2012b).

As redes do Sistema Único de Saúde buscam integralizar os serviços locais de Saúde com o Sistema Municipal de Ensino de Altamira, buscam garantir o acesso universal

inclusivo proposto numa estrutura em níveis de complexidade crescentes: atenção primária, secundária e terciária, sem intencionalidade de atribuir valor a menos ou a mais importância, mas sim, continuar uma sequência na mesma intensidade de sua complexidade tecnológica.

Neste sentido, são apresentados os dados sobre a Rede de Atenção em Saúde de Altamira, dados comparativos dos anos 2008 (Projeto de Implantação do Programa Saúde na Escola) e 2019, conforme segue na Tabela 13.

Tabela 13 - Estabelecimentos da Rede de Atenção em Saúde.

Tipo	2008	2019
Academias de Saúde	00	01
Central de Regulação	01	02
Central de Regulação Médica das Urgências	01	01
Centro de Apoio a Saúde da Família	03	04
Centro de Atenção Psicossocial	02	02
Centro de Saúde/Unidade Básica de Saúde	12	22
Clínica Especializada/Ambulatório Especializado	01	11
Consultório	00	12
Farmácia	01	02
Hospital Geral	02	03
Posto de Saúde	13	14
Pronto Atendimento	00	01
Unidade de Atenção à Saúde Indígena	00	02
Unidade de Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapia	02	10
Unidade de Vigilância em Saúde	01	02
TOTAL GERAL	40	89

Fonte: Brasil - Ministério da Saúde – Cadastro Nacional do Estabelecimentos de Saúde (2008, 2019).

Nesta Tabela 13 nota-se o crescimento organizacional da Rede de Atenção em Saúde, principalmente na quantidade de estabelecimentos de atenção básica em saúde, levando-se em consideração que as Unidades Básicas de Saúde estão inseridas territorialmente mais próximas da comunidade, assim como das Unidades Escolares.

Na tabela 14 apresentam-se as equipes multiprofissionais da Rede de Atenção Básica em Saúde do Sistema Único de Saúde de Altamira no ano de 2019.

Tabela 14 - Equipes Multiprofissionais da Rede de Atenção em Saúde 2019.

Tipo	Quantidade
Equipe de Saúde da Família (ESF)	05
Equipe de Saúde da Família com Saúde Bucal (ESF/SB)	18
Equipe de Agente Comunitário de Saúde	01
Equipe do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (ENASF)	04
Equipe Multidisciplinar de Apoio Domiciliar (EMAD)	01
Equipe Multidisciplinar de Apoio (EMA)	01
TOTAL GERAL	30

Fonte: Brasil - Ministério da Saúde – Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde (2019).

Essas equipes apresentadas na Tabela 17 compõem-se por diversificados profissionais: Agentes Comunitários de Saúde, Técnicos de Enfermagem, Enfermeiros, Agentes administrativos, Técnicos em Saúde Bucal, Odontólogos, Médicos, Fisioterapeutas, Psicólogos, Pedagogos, Nutricionistas, dentre outros.

No Quadro 9 formata-se a reestruturação da Rede de Atenção em Saúde e Sistema Municipal de Ensino, reorganizando-se o território com redistribuição e reconfiguração do mapeamento das áreas de abrangência das Unidades Escolares com as Unidades de Saúde da Família.

Quadro 9 – Unidades Escolares X Unidades de Saúde da Família do programa – 2019.

INEP	Unidades Escolares	Unidades de Saúde da Família
15104761	EMEIF Rui Barbosa	Laranjeira
15104788	EMEF Esther de Figueiredo Ferraz	Sudam 1
15104990	EMEF Dom Clemente Geiger	Brasília
15105024	EMEF Professor Antônio Gondim Lins	Ilvanir
15105059	EMEF Saint Clair Passarinho	Sudam 2
15105229	EMEF Dr. Octacílio Lino	Independente 2
15105261	EMEF Carlos Leocarpio Soares	Aparecida
15105415	EMEIF Nova Colina	Colina
15105733	EMEF Anísio de Araújo	Cruzeiro
15105890	EMEF Professora Nair de Nazaré Lemos	Boa Esperança
15105903	EMEF Nossa Senhora Aparecida	Santa Ana
15105938	EMEIF Professora Maria Farias Ferreira	Premem
15118002	EMEF Professora Rilza Maria de Moura Acácio	Nova Altamira
15165035	EMEF Sebastiao de Oliveira	Bela Vista
15560511	Creche Irma Serafina	Brasília
15563766	EMEF Sol Nascente	Sol Nascente
15563820	EMEIF Joao e Maria	São Joaquim
15568806	EMEF Francisco Carneiro Freitas	Alberto Soares
15584372	EMEI Azimar Almeida	Mutirão
15587487	EMEIEF Florêncio Filho	Jatobá

Fonte: Brasil - Ministério da Saúde – Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde (2019).

Com as obras estruturantes do município de Altamira, aumentaram o quantitativo de escolas participantes no Programa Saúde na Escola, de dezoito para vinte, ainda as novas construções Unidades de Saúde da Família, reestruturando a Rede de Atenção Básica em Saúde (PARÁ, 2012b). Cada unidade escolar passou a ter sua unidade de saúde da família de referência, qualificando assim, o acesso para atendimento no Sistema Único de Saúde local.

Junto a essas mudanças, no ano de 2019, foi elaborado e firmado o novo Termo de Compromisso Municipal (ALTAMIRA, 2019b), pactuando treze ações:

- 1 – Ações de combate ao mosquito *aedes aegypti*;
- 2 – Promoção das práticas Corporais, da Atividade Física e do lazer nas escolas;
- 3 – Prevenção ao uso de álcool, tabaco. Crack e outras drogas;
- 4 – Promoção da Cultura de Paz, Cidadania e Direitos Humanos;
- 5 – Prevenção das violências e dos acidentes;
- 6 – Identificação de educandos com possíveis sinais de agravos de doenças em eliminação;
- 7 – Promoção e Avaliação de Saúde bucal e aplicação tópica de flúor;
- 8 – Verificação de situação vacinal;
- 9 – Promoção da segurança alimentar e nutricional e da alimentação saudável e prevenção da obesidade infantil;
- 10 – Promoção da saúde auditiva e identificação de educandos com possíveis sinais de alteração;
- 11 – Direito sexual e reprodutivo e prevenção de DST/AIDS;
- 12 – Promoção da saúde ocular e identificação de educandos com possíveis sinais de alteração;
- 13 – Promoção de saúde mental e prevenção da automutilação e do suicídio em adolescentes (ALTAMIRA, 2019b, p. 3-4).

Instituída ainda a nova composição do Grupo de Trabalho Intersetorial, a partir da Portaria conjunta nº 001 de 11 de junho de 2019 (ALTAMIRA, 2019a), emitida pelas Secretarias Municipais da Saúde e da Educação, compoñdo a seguinte formação: Zulmira Paz Carvalho da Silva - Coordenadora do Programa Saúde na Escola da Secretaria Municipal de Educação; Danilo Neves Borges de Oliveira - Coordenador do Programa da Secretaria Municipal de Saúde e; Elizangela Rocha Gondim Araújo - Coordenadora do Programas Saúde da Família e dos Agentes Comunitários de Saúde (ALTAMIRA, 2019a).

O Programa Saúde na Escola como Política na Educação Pública Básica nos Sistemas Municipais de Ensino e Saúde de Altamira-Pará e os aportes teóricos documentais dos entes federativos brasileiros na sua implantação demonstrou-se teoricamente integrado e articulado. Considerou-se a formação em que o Projeto foi elaborado localmente pelos sujeitos partícipes das ações do Programa, com participação do controle social. Contudo, as proposições dos componentes e ações são verticalizadas de cima para baixo, do ente central para os intermediários e locais, unificando-se como arcabouço brasileiro, portanto, ainda ignoram-se as peculiaridades e as especificidades locais e regionais.

Neste sentido, vale ressaltar que apesar dos avanços com a construção dos projetos e repactuações continuadas localmente e regionalmente, ainda faz-se necessário avançar com lutas para que as proposições dos arcabouços sejam mais ascendentes, com participação da comunidade local, na territorialidade das Unidades Escolares e das Unidades de Saúde da Família. Para isso, propõe-se a instituição de Grupo de Trabalho Intersetorial Adscrito,

composto pela Comunidade Escolar, Equipes Multiprofissionais de Saúde, outras Equipes Multiprofissionais existentes e Sociedade Civil.

Também se frisa que para que não seja mais um Grupo de Trabalho instituído apenas teoricamente, faz-se necessário de fato e de direito a descentralização em sua totalidade caracterizada pela devolução proposta por Novaes e Fialho (2010). Tendo em vista ser a mais ideal para construção emancipatória do ente federativo local que considera a gradualidade que independe dos entes federativos intermediários e centrais.

5 PROGRAMA SAÚDE NA ESCOLA E SUAS CONTRIBUIÇÕES NA EDUCAÇÃO PÚBLICA BÁSICA EM ALTAMIRA - PARÁ

Neste capítulo, analisou-se a implantação do Programa Saúde na Escola a partir das percepções e concepções manifestadas pelos participantes envolvidos nesse processo. Perfaz-se assim, a análise e tratamento do material baseado na experiência e em documentos. Consideram-se os critérios planejados metodologicamente, assim executa-se a terceira e última etapa deste processo de trabalho científico de pesquisa qualitativa que,

[...] diz respeito ao conjunto de procedimentos para valorizar, compreender, interpretar os dados empíricos, articulá-los com a teoria que fundamentou o projeto ou com outras leituras teóricas interpretativas cuja necessidade foi dada pelo trabalho de campo. [...] (DELANDES; GOMES; MINAYO, 2009, p. 26-27).

Ressalta-se que para a coleta dos dados, inicialmente estava planejada a análise documental, mas em função da não localização dos relatórios sobre o Programa nas respectivas Secretarias Municipais de Saúde e de Educação e no Sistema Integrado de Monitoramento, Execução e Controle do Ministério da Educação (BRASIL, 2007a, 2007b, 2011b) viu-se à inviabilidade desse procedimento. Ainda vivenciou-se a dificuldade de realização das entrevistas, em função da necessidade de isolamento social ocasionado pela pandemia do coronavírus (COVID-19) desde março de 2020. Assim, adotou-se a aplicação do questionário escrito como uma possibilidade, pois ele permitiria o respeito às medidas de distanciamento social e por ter sido julgado pelos sujeitos participantes como o instrumento de coleta mais viável diante da situação sanitária, por exigir menos interpelações interpessoais, garantiu-se assim, o acesso aos dados necessários para a compreensão do Programa Saúde na Escola e sua dinâmica de implantação e implementação.

Por tanto, instrumentalizou-se com questionário escrito estruturado com doze questões, sendo sete fechadas com quatro opções (na última, com a possibilidade de acrescentar-se outras respostas dos participantes) e cinco abertas. As questões foram organizadas em quatro eixos temáticos correlacionáveis: I - Perfil dos participantes; II – Concepção dos participantes sobre o Programa Saúde na Escola; III – Princípios da Intersetorialidade no Programa Saúde na Escola e; IV – Ações do Programa Saúde na Escola em Altamira.

Realizou-se a coleta de dados no período de 01 de outubro a 10 de novembro de 2020, teve-se como locais para coletas de dados, a Secretaria Municipal de Saúde por intermédio da Divisão Técnica de Saúde que é responsável pela Coordenação da Atenção Básica em Saúde, bem como com as coordenações que são responsáveis por três Unidades de Saúde da Família,

como também a Secretaria Municipal de Educação por meio da coordenação pedagógica que são responsáveis pelos programas no setor educacional, bem como das gestões de três Unidades Escolares, as quais são vinculadas territorialmente com as referidas Unidades de Saúde da Família.

Neste sentido, entregaram-se oito questionários escritos (Apêndice C) mais os Termos de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice D) para os participantes, assim distribuídos: quatro profissionais da Secretaria Municipal de Saúde, sendo um para Coordenação de Atenção Básica em Saúde e um para as Coordenações de todas as Unidades de Saúde Família selecionadas para estudo. No setor Educacional, coletaram-se por meio de quatro questionários, um para a Coordenação Pedagógica que é responsável pelos programas da Secretaria Municipal de Educação e um para cada um dos Gestores de três Unidades Escolares de Altamira. Ressalta-se ainda que duas Unidades de Saúde da Família e Unidades Escolares se localizam em Reassentamento Urbanos Comunitários que estão situadas em bairros periféricos e uma Unidade de Saúde da Família e Unidade Escolar se situa no centro da cidade de Altamira.

Quanto ao retorno dos oito questionários escritos enviados aos participantes, recebeu-se sete preenchidos, contudo, uma coordenadora da Unidade Saúde da Família da periferia, não retornou, mesmo com constantes insistências, não se obteve sucesso. Entretanto, os questionários recebidos são suficientes, perfizeram-se essenciais para seguir com as análises e tratamento dos dados sem prejuízos na qualidade desta pesquisa.

Para preservar a identidade dos participantes na pesquisa, estes foram designados por nomes fictícios, os quais seguem no Quadro 10:

Quadro 10 – Participantes na Pesquisa

SETORES	NOMES FICTÍCIOS
Coordenação da Atenção Básica em Saúde.	Coordenação de Saúde.
Coordenações das Unidades de Saúde da Família.	Enfermeira 1.
	Enfermeira 2.
	Enfermeira 3.
Coordenação Pedagógica da Educação.	Coordenação Educacional.
Gestores das três Unidades Escolares.	Gestor Escolar 1.
	Gestor Escolar 2.
	Gestor Escolar 3.

Fonte: Elaborado pelo autor.

Ressalta-se que os perfis dos participantes da pesquisa são caracterizados por profissionais com formação acadêmica no Ensino Superior, como segue no Quadro 11:

Quadro 11 – Perfil dos participantes na pesquisa

NOMES FICTÍCIOS	FORMAÇÃO	TEMPO/EXPERIENCIA
Coordenação de Saúde.	Enfermeiro com Pós-Graduação em Saúde Pública.	Do quadro efetivo há dez anos, não atua diretamente no Programa.
Enfermeira 1.	Enfermeira com Pós-Graduação em Gestão da Atenção Primária.	Do quadro efetivo há onze anos, com quatro anos de atuação no Programa.
Enfermeira 2.	Enfermeira com Pós-Graduação em Urgência e Emergência.	Contrato temporário, três anos de atuação e no Programa.
Enfermeira 3.	Sem retorno a pesquisa.	Sem retorno a pesquisa.
Coordenação Educacional.	Pedagoga com Pós-Graduação em Educação Especial e Educação Inclusiva.	Do quadro efetivo há vinte e oito anos, com cinco anos de atuação no Programa.
Gestor Escolar 1.	Pedagoga com Pós-Graduação em Gestão Escolar.	Contrato temporário, três anos de atuação e no Programa.
Gestor Escolar 2.	Licenciada em Língua Portuguesa – Letras com Pós-Graduação em Gestão Escolar.	Contrato temporário, quatro anos de atuação e no Programa.
Gestor Escolar 3.	Licenciado pleno em Ciências Biológicas com Pós-Graduação em Gestão Escolar.	Contrato temporário, dois anos de atuação e no Programa.

Fonte: Elaborado pelo autor.

Observou-se que todos os profissionais participantes da pesquisa possuem formação inicial com graduação e continuada com pós-graduação. A Coordenação da Saúde, além de ter uma década de experiência no setor, também possui pós-graduação em Saúde Pública e faz parte do quadro efetivo. As Unidades de Saúde da Família são coordenadas pelos profissionais enfermeiros/as, os quais são responsáveis técnicos para condução da Gestão Pública Básica em Saúde no território adstrito, das duas coordenações que responderam o questionário, a Enfermeira 1 é efetiva no quadro com onze anos de experiência, pós-graduada em Gestão da Atenção Primária e atua a quatro anos no Programa. A Enfermeira 2, contratada temporariamente com quatro anos atuação no setor e no Programa, é pós-graduada em Urgência e Emergência.

A Coordenação Educacional com vinte e oito anos na Educação, efetiva do quadro, há quatro anos no Programa Saúde na Escola e ainda pós-graduada em Educação Especial e Educação Inclusiva. O Gestor Escolar 1 é uma Pedagoga com pós-graduação em Gestão Escolar, contrato temporário, atua há quatro anos na Gestão e no Programa. Quanto ao Gestor Escolar 2, é licenciada em Língua Portuguesa – Letras com pós-graduação em Gestão Escolar, com contrato temporário, quatro anos de atuação, destes dois anos no Programa e Gestor Escolar 3, contrato temporário, é licenciado pleno em Ciências Biológicas com pós-graduação em Gestão Escolar, com dois anos na gestão e no Programa.

Os dados dos perfis dos participantes revelam consistência na formação inicial e continuada, contudo, apesar deste arcabouço formativo, percebeu-se que a maioria tem pouco tempo de atuação no programa e que dos setes, apenas três são do quadro permanente (Coordenação de Saúde, Coordenação Educacional e Enfermeira 1).

Referente à avaliação dos riscos esta pesquisa, obedeceram-se a todos os protocolos de pesquisa envolvendo seres humanos, com Certificado de Apresentação de Apreciação Ética: 43592821.1.000.0018. Os dados ficaram sob a guarda do pesquisador, o mesmo será responsável por evitar riscos de qualquer natureza que possa expor a identidade e desconforto aos partícipes da pesquisa. Quanto aos benefícios, estes registros coletados e analisados permitirão a compreensão sobre a implantação das políticas públicas caracterizadas pela intersetorialidade entre Educação e Saúde, neste caso em especial, na realidade educacional de Altamira - PA.

Para assegurar a validade e a fidedignidade dos dados coletados pela aplicação dos questionários escritos, adotam-se os critérios planejados em na metodologia para construir a tipificação. Realizou-se a transcrição e a elaboração teórica e, posteriormente, realizou-se a interpretação dos achados.

Portanto, organizou-se este capítulo em três subcapítulos. No primeiro, são apresentadas as percepções, a relevância social, os fatores contribuintes tanto positivamente como negativamente, como as ações previstas e o envolvimento dos participantes com o Programa Saúde na Escola. No segundo, referem-se sobre as concepções dos participantes diante das ações que foram executadas e efetivadas, suas características e seus fatores e, de que modo aconteceram as articulações integrativas caracterizadas pela intersetorialidade. No terceiro e último, exprime-se a efetividade e as contribuições percebidas nas vozes dos participantes nos Sistemas Municipais de Ensino e de Saúde de Altamira.

5.1 CONCEPÇÕES DOS PARTICIPANTES SOBRE O PROGRAMA SAÚDE NA ESCOLA

Neste primeiro subcapítulo de análises dos dados, buscaram-se as concepções dos participantes sobre o Programa Saúde na Escola, como também sua relevância social, assim como os fatores positivos e negativos, as ações previstas e sua participação na execução do referido programa. Como teoricamente este programa visa a contribuição para o fortalecimento integrativo das ações dos setores da Saúde com a Educação para o enfrentamento das vulnerabilidades sociais individuais e coletivas, ampliaram-se as ações

promotoras de saúde para crianças, adolescentes, jovens e adultos no Sistema Municipal de Ensino de Altamira, os apoiando para seu pleno desenvolvimento para o exercício da cidadania (BRASIL, 2018).

Como na prática do Programa Saúde na Escola, os setores da Saúde como da Educação, precisam levar em consideração a organização pedagógica dos meios tecido pelo compartilhamento dos saberes que tem sustentações constituídas historicamente individualizadas e coletivamente. Ainda considera-se os mais variados papéis sociais da comunidade escolar (discentes, corpo docente, corpo de apoio suplementares educacionais, a família e outros responsáveis pelos discentes), instituindo-se os processos de ensino e aprendizagens significativas, proporcionado por uma política com justiça socialmente referendada e eticamente inclusiva. Portanto, este programa focalizou na promoção da saúde em detrimento das vulnerabilidades sociais, buscou como referência a educação básica integral para o desenvolvimento humano em sua integralidade física, psicológica, social e cultural (BRASIL, 2007, 2011, 2017).

Contudo, sobre o questionamento relacionado à concepção dos participantes sobre o Programa Saúde na Escola, destaca-se que houve certa aproximação conceitual para cinco deles que respondem ser a “Promoção da Saúde do escolar” (COORDENAÇÃO DE SAÚDE, COORDENAÇÃO EDUCACIONAL, ENFERMEIRA 2, GESTORES ESCOLARES 1 e 3), contudo, para dois participantes são “ações articuladas entre setores” (ENFERMEIRA 1, GESTOR ESCOLAR 2) que tem mais proximidade com o princípio característicos da intersetorialidade que será mais aprofundado no próximo subcapítulo. A Coordenação de Saúde compreende que a “Conexão dos saberes e experiências” se aproxima do princípio interdisciplinar que não faz parte deste estudo e ainda acrescenta o Gestor Escolar 3, ser a “Congruência a temas transversais”.

Veja que a Coordenação de Saúde, a Coordenação Educacional, a Enfermeira 2 e os Gestores Escolares 1 e 3, demonstram compreensão sobre a concepção do Programa que “[...] constitui estratégia para a integração e a articulação permanente entre as políticas e ações de educação e de saúde, com a participação da comunidade escolar, envolvendo as equipes de saúde da família e da educação básica” (BRASIL, 2007) para a Promoção da Saúde do Escolar.

Quanto aos demais participantes, seus conflitos e equívocos sobre o conceito seria hipoteticamente a falta de aprofundamento, preparação e formação para assumir o Programa, também conforme perfil dos participantes caracterizado anteriormente, por serem novos não acompanharam o processo de implantação do Programa e a rotatividade profissional

caracterizada pela não realização de concursos públicos, tendo-se em vista que aproximadamente a mais de oito anos tem-se contratos por tempo determinado.

Ao indagar os participantes referente à relevância social do programa, a Coordenação de Saúde e a Enfermeira 1, afirmaram que visa “Oportunizar a formação para o desenvolvimento integral das crianças, jovens e adultos”, entretanto, para a Coordenação Educacional é “A busca dos faltosos para a vacinação, tendo em vista não irem até as unidades de saúde”, afirmação reducionista sobre a amplitude do Programa, em vista que a imunização é uma ação parte do arcabouço de pactuações. Para os outros, a Coordenação de Saúde, a Enfermeira 2, os Gestores Escolares 1, 2 e 3 convergem que é a “Promoção articulada da saúde com a educação”, que este conceito aproxima-se das características da intersetorialidade que se será discutida posteriormente no subcapítulo 4.2.

Ressalta-se que o Programa Saúde na Escola possui três componentes, os quais são: I - Avaliação clínica e psicossocial; II - Promoção e prevenção à saúde e III - Educação permanente. E que estes possuem variadas linhas de ações e ações pactuadas a serem executadas, objetivam-se como um todo, e que a atualização do calendário vacinal é uma linha de ação a realizar-se na verificação da carteira de vacinação dos escolares que é uma ação parte do componente I, neste sentido, não menos importante, mais parte da política do Programa (BRASIL, 2007; ALTAMIRA, 2008, 2011, 2019).

Ressalta-se ainda que objetivamente o programa, traz em seu contexto as contribuições para a constituição sistematizada de atenção social, focaliza-se na promoção para a cidadania e nos direitos humanos (BRASIL, 2007).

Quando questionados sobre os fatores positivos para o funcionamento do Programa Saúde na Escola, três participantes (Coordenação de Saúde, Gestores Escolares 1 e 3) demonstraram certa compreensão nos processos políticos envolvendo o programa que são as “Ações compartilhadas no planejamento, na execução e na avaliação dos saberes e experiências”. Sem falar que a Coordenação de Saúde, que acrescenta acertadamente que são “Interrelações multiprofissionais dos saberes e das experiências”, que se perfaz também a compreensão do Gestor Escolar 2. Para as Enfermeiras 1 e 2, são “Ações articuladas no planejamento e na execução”, que se aproximam mais dos princípios característicos da intersetorialidade, que serão discutidos no próximo subcapítulo. Para Coordenação Educacional, são “As parcerias envolvendo diretamente a direção escolar e a coordenação pedagógica com a equipe de saúde”, considerando essencial o apoio da gestão intermediária e local (estaduais e municipais) e nos setores da Saúde e da Educação, por ser uma política intermediada por um princípio característico da intersetorialidade (BRASIL, 2007, 2018).

Contanto, referente aos fatores negativos, quatro participantes (Coordenação Educacional, Coordenação de Saúde, Enfermeira 1 e Gestor Escolar 2) referiram-se que é a “Falta de agenda compartilhada entre setores”. No entanto, a Coordenação de Saúde acrescenta ainda ser a “falta de planejamento dos profissionais da educação no desenvolvimento das ações”, como também o “Envolvimento de mais profissionais da educação”. Para a Enfermeira 2 firma ser o “Distanciamento no planejamento dos setores” e para o Gestor Escolar 3 é a “dificuldade em compartilhar os calendários e aos dias letivos”.

Veja as incongruências dos aspectos positivos com os negativos. Para três participantes (Coordenação de Saúde e Gestores Escolares 1 e 3), os aspectos positivos são as “Ações compartilhadas no planejamento, na execução e na avaliação dos saberes e experiências”. Contudo, para quatro participantes (Coordenação de Saúde, Coordenação Educacional, Enfermeira 1 e Gestor Escolar 2), os aspectos negativos se referem a “Falta de agenda compartilhada entre setores”. Observa-se que até mesmo a Coordenação de Saúde criou certa contradição nas suas respostas, em vista que afirmou que o compartilhamento das ações é positivo, mas, afirma também que a falta de compartilhamento nas agendas setoriais se apresenta como um aspecto negativo.

Entende-se que há falta de articulação no planejamento, tal fator não seria citado pelos entrevistados se não houvesse influenciado na execução do programa. Este fato revela-se, tal como a literatura nos apresenta o Programa Saúde na Escola tem-se sofrido densa desarticulação, segundo a Coordenação Educacional, a Coordenação de Saúde, a Enfermeira 1 e o Gestor Escolar 2 não tem se percebido com “a agenda compartilhada entre setores” que a Coordenação de Saúde acrescenta como sendo um distanciamento no “planejamento dos profissionais da educação”, “ainda pouca participação dos profissionais da educação e também “Distanciamento no planejamento dos setores” (Enfermeira 2) com a “dificuldade em compartilhar os calendários e aos dias letivos” (Gestor Escolar 3).

Outras questões intrigantes, se referem a outras respostas, da Coordenação de Saúde e do Gestor Escolar 2, acrescentam-se como aspectos positivos as “Interrelações multiprofissionais dos saberes e das experiências”. Entretanto, a Coordenação de Saúde, afirmou também como aspecto negativo a “falta de planejamento dos profissionais da educação no desenvolvimento das ações” e “Envolvimento de mais profissionais da educação”. Aqui se percebem as contradições, uma vez que as interrelações ficam subentendidas como somente entre os profissionais da Saúde. Logo, falta planejamento integrado e articulado por parte dos profissionais da Educação. Para as Enfermeiras 1 e 2, os aspectos positivos são “Ações articuladas no planejamento e na execução”. Contanto, os

aspectos negativos para a Enfermeira 2, pautam-se no “Distanciamento no planejamento dos setores”, como se firmam as ações articuladas se existe distanciamento, são contradições complexas.

Este processo de falta de planejamento integrado interfere e prejudica as ações do Programa Saúde na Escola. Há um descompasso entre suas diretrizes e a prática em vista que a caracterização da intersetorialidade consiste em “parte que se constitui; ligam-se organicamente; dependem e condiciona-se reciprocamente; condições de existência e de seu meio; unitário ou total; [...] atitudes recíprocas e antagônicas” (PEREIRA, 2014, p. 23-39).

Para a Coordenação Educacional, os aspectos positivos são “As parcerias envolvendo diretamente a direção escolar e a coordenação pedagógica com a equipe de saúde”. Todavia, para o Gestor Escolar 3, os aspectos negativos se balizam na “dificuldade em compartilhar os calendários e aos dias letivos”. Neste intuito, inviabilizam-se as parcerias ditas pela Coordenação Educacional.

Neste sentido, fica complicada a realização de atenção integral se não existir planejamento, execução, monitoramento e avaliação integralizados. Como exemplo, citam-se as incompatibilidades de agendas. Contudo, todas as ações do Programa Saúde na Escola, em todos os aspectos, necessitam de inserção no instrumento principal de planejamento educacional que é o Projeto Político Pedagógico da Escola, compatibilizando assim, as ações de acordo com a comunidade escolar local e não na contramão (BRASIL, 2018).

Ressalta-se que “Um instrumento do setor Educação que evoca a participação, merece destaque e deve estar claro para os gestores de programas: o Projeto Político-Pedagógico da Escola” (SILVA, 2019, p. 39). Outras questões relevantes trazidas pelo autor são “Dois aspectos que não podem ser deixados de lado na organização de programas de saúde na escola e que se tornam estratégicos para seu desenvolvimento são a ESF e o Projeto Político-Pedagógico” (SILVA, 2019, p. 39).

As ações planejadas pelo Programa Saúde na Escola devem considerar a atenção, promoção, prevenção e assistências, que acontecerão de maneira articulada com o Sistema de Educação nas políticas públicas básicas, tendo como balizares, os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2007). Neste sentido, é percebido nas respostas dos participantes incongruências com o programa. Quatro dos participantes (Coordenação de Saúde, Coordenação Educacional, Enfermeira 1 e Gestor Escolar 3), afirmam ser a “Articulação nas equipes multiprofissionais”. A Coordenação de Saúde acrescenta que é o “Compartilhamento de saberes” e congratula-se com esta afirmativa o Gestor Escolar 1. A Coordenação de Saúde elencou ainda que se refira as “Agendas articuladas para

planejamento, execução e avaliação entre setores” que assim compartilham da mesma resposta, a Enfermeira 2 e o Gestor Escolar 2.

Desse modo, é possível evidenciar certa aproximação referente às concepções dos participantes sobre o Programa Saúde na Escola. Contudo, também foi notório o distanciamento de alguns participantes no que se refere à relevância social do programa, assim como se percebem as incongruências entre os fatores positivos e negativos, tendo em vista que as contradições significativas entre as respostas dos participantes e, sobre as ações previstas e a participação dos profissionais na execução do referido programa, percebe-se que se aproxima superficialmente do que normatiza e preconiza o programa.

Para tanto, no reforço para a prevenção de agravos nas Políticas Públicas de Saúde, assim como fortalecimento dos Sistemas Municipais de Ensino e de Saúde em Altamira - Pará, se fazem necessárias articulações contundentes entre as ações estratégicas do Sistema Único de Saúde local com as do referido Sistema Municipal de Ensino de Altamira.

Deste modo, formaliza-se na prática a ampliação alcançada, seus impactos em relação aos discentes e seus familiares, considera-se o contexto social para a constituição de condicionantes para a formação integral dos mesmos, fortalecer assim, o enfrentamento das vulnerabilidades, no setor da Saúde, que possam comprometer o pleno desenvolvimento escolar, promovendo a comunicação e informação entre as Unidades Escolares e as referidas Unidades de Saúde da Família, para interpelações referentes às condicionalidades de saúde dos estudantes e, com fortalecimento participativo da comunidade escolar e seu entorno nas Políticas Públicas de Educação e de Saúde (BRASIL, 2007).

5.2 PERCEPÇÕES DOS PARTICIPANTES SOBRE OS PRINCÍPIOS CARACTERÍSTICOS DA INTERSETORIALIDADE

Neste subcapítulo parte de análise de dados, verificam-se as ações caracterizadas pelo princípio da intersetorialidade desencadeadas pelas Secretarias Municipais de Educação e de Saúde para a execução das estratégias do programa. A intersetorialidade calca-se em atuações partilhadas e de corresponsabilidades, com articulações setoriais entre as políticas públicas educacionais básicas e de saúde, através de Grupos de Trabalho Intersetoriais que envolvem os três entes federativos (central, intermediários e locais), que se responsabilizam pelo financiamento, manutenção das políticas públicas institucionais, com implementação das ações no planejamento, na execução, no monitoramento e na avaliação do programa (BRASIL, 2012).

Para isso, “a gestão de seu uso deve ser intersetorial (Saúde e Educação) de responsabilidades do Grupo de Trabalho Intersetorial Municipal (GTI-M)” (BRASIL, 2015, p. 11). Cabe a este referido Grupo o planejamento, o monitoramento, a avaliação e a gestão integrada entre as equipes das Unidades Escolares e as Unidades de Saúde da Família, articulando o Programa Saúde da Escola com o Projeto Político Pedagógico escolar, abrindo as escolas para projetos de saúde que contemplem os discentes, os docentes e a comunidade. Considera-se essencial que as ações de Educação e Saúde sejam analisadas pela comunidade escolar em conjunto com o conselho pedagógico, assim como as estratégias pedagógicas para as ações das equipes dos setores da Saúde com a Educação (BRASIL, 2011b).

Este programa que foi instituído com arcabouço estratégico para integralidade articulada das ações de políticas públicas dos sistemas de Educação e de Saúde com diretrizes nos princípios característicos da intersetorialidade. Assim como participativo dos setores comunitários escolares, abrangem as equipes multiprofissionais das Unidades de Saúde da Família e das Unidades Escolares, empreende como discussões fundamentais, as concepções dos sujeitos participantes (BRASIL, 2007). Contudo, “permitindo a progressiva ampliação da troca de saberes entre diferentes profissões e a articulação intersetorial das ações executadas pelos sistemas de Saúde e de Educação, com vistas à atenção integral à saúde de crianças e adolescentes” (BRASIL, 2015, p. 9).

Neste intuito, quando questionados sobre suas convicções das ações executadas no referido programa caracterizada pela intersetorialidade, o universo dos setes participantes, seis (Coordenação Educacional, Coordenação de Saúde, Enfermeiras 1 e 2 e, Gestores Escolares 1 e 2), referiram ser as “Ações compartilhadas no planejamento, execução e Avaliação dos saberes e experiências”. Contudo, a Coordenação de Saúde acrescenta ser a “Articulação no planejamento multiprofissional”, ainda conjuntamente com o Gestor Escolar 2 e a Enfermeira 1, implementam que são as “Ações articuladas dos saberes e experiências”.

Notadamente se percebe que as concepções dos participantes congratulam-se com o compartilhamento articulado dos saberes e das experiências, com uma visão que evidencia o rompimento “com o pensamento disciplinar, parcelado, hierárquico, fragmentado, dicotomizado e dogmatizado que marcou por muito tempo a concepção cartesiana de mundo” (THIESEN, 2008, p. 552).

A intersetorialidade para a Coordenação de Saúde, para a Coordenação Educacional e para os Gestores Escolares 1 e 2, caracterizaram-se como “Ações articuladas entre os setores”. No entanto, a Coordenação de Saúde ainda acrescentou a “Articulação no planejamento das ações”, também suplementou juntamente com as Enfermeiras 1 e 2 sobre o

“Compartilhamento de saberes e experiências entre as pastas da educação e da saúde”. A Coordenação de Saúde associadamente com os Gestores Escolares 1 e 3 completou que é o “Estreitamento relacional entre setores”.

Nas afirmativas dos participantes, percebe-se certa confusão entre as concepções, tendo em vista que em dado momento, se confunde com as concepções interdisciplinares, considerando-se que é natural que ocorra essa confusão, uma vez que os princípios não são e não se dão dissociados, porque quase sempre são dependentes, pois à intersectorialidade, tem em suas características, a interface dos conhecimentos e das práticas no planejamento integrado, na execução e nas análises das ações, tendo em vista os objetivos propostos na implementação de momentos necessários, com vista a um resultado colaborativo para o desenvolvimento integral da sociedade (JUNQUEIRA, 1997).

Para explorar a fundo os princípios característicos da intersectorialidade que é central neste estudo, analisou-se o Programa Saúde na Escola e sua diretriz intersectorialidade nos Sistemas Municipais de Ensino e de Saúde de Altamira – Pará, no período entre 2007 – 2019, a partir da tessitura de quatro perguntas abertas para maior aprofundamento das análises acerca das concepções dos participantes.

Neste intuito, questionados sobre a efetivação do apoio técnico no planejamento, na execução e na avaliação das ações do programa, a Coordenação de Saúde respondeu que foi “Através da implantação da comissão intersectorial de educação e saúde”, assim como “Com a formação legal do grupo intersectorial municipal. Com apoio dos gestores educação e saúde”. Para a Enfermeira 1 “De forma setorial” e para a Enfermeira 2 “é avaliado através do sistema E-SUS”. No entanto, a Coordenação Educacional infere que “Nosso apoio ocorre na sensibilização das equipes das escolas para que seja viabilizado o acesso participativo das equipes de saúde, tendo em vista, que as ações acontecerem nas escolas, principalmente por intermédio do Projeto Político Pedagógico”.

Dois afirmativas valiosas são expressas pelos participantes. Uma se relaciona com o Grupo de Trabalho Intersectorial Municipal, que fundamenta, “composto por gestores das Secretarias de Saúde e de Educação, representantes das equipes de Atenção Básica e representante dos educadores que atuarão no Programa Saúde na Escola, representantes das escolas, dos jovens e das pessoas da comunidade local”, tendo como responsabilidade pleitear assinatura do Termo de Compromisso entre as duas partes (Saúde e Educação). Outra questão se refere a articulação inclusiva “dos temas relacionado às ações do PSE nos projetos políticos-pedagógicos das escolas” (BRASIL, 2015, p. 17). Tendo em vista 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, 2015, p. 9, grifos do documento).

No entanto, o Gestor Escolar 1 disse que “Recebemos um cronograma das atividades através de ofício, e que houve a articulação com a equipe docente no planejamento”. Para o Gestor Escolar 2, “Se efetiva junto com as secretarias de saúde e de educação, dentro de um planejamento anual de atendimento” e, ao mesmo momento se contradiz “Nunca houve um planejamento do Programa Saúde na Escola junto com o planejamento da instituição” e, para o Gestor Escolar 3,

As ações foram coordenadas pela Secretaria Municipais de Saúde e de Educação, com a criação de um cronograma de atividades mensais, e após esse cronograma o responsável do Posto de Saúde mais próximo da Escola, faz uma visita para que a Gestão, Coordenação realizem a formação de um calendário mensal de atividades.

Nas respostas dos Gestores Escolares 1, 2 e 3 evidencia-se a contradição com as afirmações da Coordenação de Saúde e da Coordenação Educacional. Percebe-se nestas falas que a implementação do Programa Saúde na Escola ocorreu e ocorre de maneira unilateral, de cima para baixo, tendo em vista que as ações do programa deveriam se caracterizar em articulação e por intermédio do Projeto Político Pedagógico no âmbito das Unidades Escolares, com sinergia dos setores Saúde e Educação e como ponto de partida, o contexto comunitário escolar local.

Quando se pergunta em relação a execução do Programa Saúde na Escola, se ocorre no formato caracterizado pelo princípio da intersetorialidade, a Coordenação de Saúde, respondeu que: “Sim. Houve desenvolvimento de ações por profissionais de diversas áreas” ainda complementou que: “[...] durante as capacitações dos conteúdos planejados com Grupo de Trabalho Intersetorial Municipal”. Para a Enfermeira 1, realizou-se “De forma articulada”, para Enfermeira 2: “Foram articulados temas relacionados à educação em saúde”. Entretanto, a Coordenação Educacional, infere que “Ao meu ver, tanto o planejamento, como a aplicação das ações do programa, tendo em vista que as escolas trabalham em parcerias com as unidades de saúde”. Já para o Gestor Escolar 1, foi “através de conversas dos professores com alunos, debate, tirando dúvidas, produção escrita e outros”. Para o Gestor Escolar 2, a resposta foi “Não. O que se nota é um atendimento mais técnico/básico”. Por fim, o Gestor Escolar 3, respondeu:

Sim, uma das principais preocupações do processo de ensino aprendizagem na escola é a Interdisciplinaridade, outro ponto importante é cumprir a inserção de temas transversais como a educação ambiental (Dengue), e a importância a temas relevantes a questão psicológica, comportamental e inclusão.

Dos sete participantes, apenas o Gestor Escolar 1 afirmou ser negativa a relação intersetorial, por considerar que é “um atendimento mais técnico/básico”. Entretanto, os demais participantes, demonstraram certa “visão articuladora que rompe com o pensamento disciplinar, parcelado, hierárquico, fragmentado, dicotomizado e dogmatizado que marcou por muito tempo a concepção cartesiana de mundo” (THIESEN, 2008, p. 552).

Para o questionamento da efetivação intersetorial entre Saúde e Educação no Município, para a Coordenação de Saúde, a resposta dada foi “Sim. Porém, variou muito de acordo com a gestão de cada exercício” e ainda “Através da portaria com a formação do grupo de trabalho municipal entre as secretarias e aprovação do conselho municipal de saúde”. Para a Enfermeira 1: “Sim. Compartilhada com a atribuição de cada setor” e para a Enfermeira 2: “A parceria entre a Unidade Saúde Família e a escola foi fundamental nas ações de promoção em saúde”. A Coordenação Educacional, afirmou que “Sim. Com compartilhamento das agendas escolares em parceria com a saúde, viabilizando ações dentro do contexto escolar, tendo em vista, ser o local onde ocorrem as ações educacionais”. Para o Gestor Escolar 1: “Sim, através de um planejamento entre os setores, informando as Unidades Escolares para o recebimento do programa”. Para o Gestor Escolar 2, a resposta foi “Não” e para o Gestor Escolar 3: “Sim, o programa estreitou a relação e melhorou muito a comunicação, assim como facilitou aos alunos o acesso mais rápido as políticas da saúde”.

Pelos relatos dos participantes, percebe-se que para a Coordenação de Saúde, Coordenação Educacional, Enfermeiras 1 e 2, Gestores Escolares 1 e 2, existe a efetivação intersetorial. Somente o Gestor Escolar 2, respondeu negativamente, contanto, não explicitou o porquê de sua resposta. A Coordenação de Saúde, na justificativa de sua afirmação, revelou uma questão intrigante, qual foi: “variou muito de acordo com a gestão de cada exercício”. Reflete-se a questão de que nem sempre, as ações das políticas públicas se perfazem como política estatal e, sim, como políticas de governos, que se fragmentam, deste modo, a continuidade das ações em certos períodos em que se paralisam as atividades intersetoriais com as modificações proposta pela gestão são interrompidas.

Configura-se que em governos mais progressistas, o programa aconteceu em sua formatação mais democrática como os Programas dos Governos de Luiz Inácio Lula da Silva (2003 - 2006 e 2007 - 2010) e Dilma Rousseff (2010 - 2013 e 2014 -2016). Entretanto, em governos com perfis neoconservadores e ultraliberais (Governo atual de Jair Messias Bolsonaro, 2018 - 2021), as ações estratégicas do programa vêm determinadas

descendentemente, sem considerar a diretriz característica da intersectorialidade, em algumas (o quê) foram paralisadas ou excluídas.

Neste sentido, concorda-se com a necessária transformação na lógica de poder dos órgãos do governo e dos interesses que se encontram em constantes disputas na arena das políticas societárias. Assim, influenciaria com modificações paradigmáticas que estão impregnadas, tanto nos instrumentos burocratizantes estatais, como ainda as estruturais no seu funcionamento (JUNQUEIRA, 2000).

Ao questionarmos os participantes quanto à articulação integrada das ações entre as Unidades Escolares e Unidades de Saúde da Família, a Coordenação de Saúde respondeu: “No primeiro momento foi um pouco truncada devido à baixa adesão dos educadores, depois com tempo, essa articulação se fortaleceu”, ainda respondeu que foram “Realizad[as] oficinas de sensibilização para apresentação do projeto inicial e sendo atualizado com sugestões no decorrer da oficina. Foram entregues quites de incentivo a adesão a proposta contendo: camisa, bolsa, caneta, bloco tudo personalizado”. Para a Enfermeira 1: “Oportuna em oferecer suporte a estas ações” e, para a Enfermeira 2: “Através de reuniões entre Unidade Saúde da Família e escolar”. Para a Coordenação Educacional, foram “As parcerias envolvendo diretamente a direção escolar e a coordenação pedagógica com a equipe de saúde”. Para o Gestor Escolar 1, foi “Através de palestras, formação coletiva entre funcionários. Recebemos atendimentos aos alunos com tendência a depressão”. Para o Gestor Escolar 2 foi “De forma técnica” e para o Gestor Escolar 3:

A Unidade de Saúde da Família e o Centro de Referência de Assistência Social Vovó Dolores foram as principais articuladoras dentro da escola, as atividades eram realizadas e caso fosse encontrado alguma situação era encaminhada a Enfermeira responsável e providenciava o mais breve possível, desde uma palestra necessário a um atendimento a um aluno. Por fim tivemos um bom entendimento do Programa e conseguimos trabalhar muito bem as ações.

Os participantes expressaram que a articulação integrada entre as Unidades Escolares e as Unidades de Saúde da Família, corrobora com o que preconiza o programa, com a junção de ações dos Sistemas Municipais de Ensino e de Saúde de Altamira, que contribuiu amplamente com a cobertura e impactando nas políticas sociais dos discentes e seus familiares, potencializando a operacionalização local e suas especificidades (BRASIL, 2015).

Os princípios característicos da intersectorialidade congratulam que sua implementação seja conjuntamente, mobilizando um novo modelo estratégico nas políticas públicas como direitos sociais. Para tanto, são inúmeros os desafios para a articulação integralizada intersectorial nos Sistemas Municipais de Ensino e de Saúde de Altamira, ao considerar-se a

complexidade referente à perspectiva de complementariedade na promoção das políticas públicas para a população do país, com demandas constantes a serem resolvidas e suplementadas se valendo de uma estratégica conjunta dessas políticas públicas caracterizadas pela intersectorialidade que visasse o atendimento universal, equitativo e de qualidade.

Neste ínterim, concorda-se com Barroso, Vieira e Varela (2006, p. 184), que sugerem que no projeto político pedagógico, se proponha a formação profissional da saúde corroborando com a proteção e a promoção em saúde de modo integrado visando a necessária interconexão entre setores, como a ciência, as políticas públicas de educação, assistência social, segurança, direitos humanos, dentre outras que forem necessárias a sua convocação para contribuição para a justiça social.

Para isso, a reflexão para atuação efetivamente entre os sujeitos sociais e seus saberes, será mecanismo auxiliar para sua futura atuação profissional no setor da Saúde, se caracterizando profissionalmente como tecelagem das redes intersectoriais da Saúde, com parcerias intercambiais interinstitucionais governamentais e não governamentais, com foco em uma qualidade de vida saudável, economicamente viável em valores para a promoção da transformação social, solidária e humanizada.

5.3 CONTRIBUIÇÕES CARACTERÍSTICAS DA INTERSECTORIALIDADE EFETIVADAS DO PROGRAMA SAÚDE NA ESCOLA NO SISTEMA MUNICIPAL DE ENSINO DE ALTAMIRA

Nesse último subcapítulo, exprimem-se as contribuições características da intersectorialidade efetivadas e percebidas no projeto para implantação e nas vozes dos participantes para o Sistema Municipal de Ensino de Altamira - Pará. Neste sentido, na planificação demonstram-se as atividades/ações executadas pelas equipes das Unidades de Saúde da Família, conjuntamente com as Unidades Escolares:

Educação Permanente e Capacitação dos profissionais da Saúde, da Educação e de jovens para o PSE; Realização de estudos para o monitoramento da situação de saúde dos estudantes; Avaliação Clínica; Avaliação Psicossocial; Avaliação Nutricional; Avaliação e Monitoramento da Saúde Bucal; Ações de Segurança Alimentar e Promoção Saudável; Promoção das práticas corporais e atividades físicas na escola; Prevenção e redução do consumo de álcool, Tabaco e outras drogas; Educação para Saúde sexual e prevenção das DST/AIDS; Prevenção da cultura de Paz e prevenção das violências; Monitoramento e Avaliação do PSE (ALTAMIRA, 2008c, p. 23-40).

Percebe-se que a primeira atividade projetada é a Educação Permanente e a Capacitação dos sujeitos envolvidos nas ações do Programa que se perfaz fundamental para a

implantação de qualquer política, considerando importante as legislações do arcabouço do Programa Saúde na Escola, as avaliações e monitoramentos, que possibilitariam informações para tomadas de decisões no replanejamento das atividades a serem executadas posteriormente, também a Formação Permanente e Continuada para os partícipes do Programa.

Ao questionar-se sobre os fatores contribuintes para as ações articuladas entre a Educação e Saúde, a Coordenação de Saúde relatou que foi “Envolvimento da gestão e engajamento de profissionais” como também a,

Participação de profissionais com perfil ao Programa Saúde na Escola na formação do Grupo de Trabalho Intersetorial Municipal, e a sensibilidade dos gestores em abraçar o projeto, pois foi dada autonomia as equipes durante a minha participação no Grupo de Trabalho Intersetorial, depois ocorreu outra formação que infelizmente não tiveram isso devido a troca de gestores.

Para a Enfermeira 1, foi o “Comprometimento” e para a Enfermeira 2, a “Articulação entre as secretarias, planejamento, reuniões”. A Coordenação Educacional, respondeu que “Na minha avaliação, o estreitamento entre as equipes das escolas e as equipes das unidades de saúde, proporcionando acesso as informações que são essenciais para a saúde na vida dos alunos”. O Gestor Escolar 1, afirmou que “As ações do Programa Saúde na Escola, contribuiu nos fatores – Saúde física e mental dos funcionários e educandos”. Para o Gestor Escolar 2: “Acredita-se que o fator principal é a descentralização do serviço público. Levando saúde para à casa das famílias” e o Gestor Escolar 3, afirmou ser “A aceitação da comunidade e a importância desta aproximação foi o fator determinante, para a realização deste programa. A possível interdisciplinaridade que ela proporciona ao processo de ensino aprendizagem e ao Projeto Político Pedagógico da Escola”.

Na implantação do Programa Saúde na Escola destacam-se ações que deveriam ser incluídas no Projeto Político Pedagógico das Unidades Escolares, quais sejam:

Educação Permanente e Capacitação dos profissionais da saúde, da educação e de jovens para o PSE; Realização de estudos para o monitoramento da situação de saúde dos estudantes; Avaliação Clínica; Avaliação Psicossocial; Avaliação Nutricional; Avaliação e Monitoramento da Saúde Bucal; Ações de Segurança Alimentar e Promoção Saudável; Promoção das práticas corporais e atividades físicas na escola; Prevenção e redução do consumo de álcool, Tabaco e outras drogas; Educação para Saúde sexual e prevenção das DST/AIDS e Prevenção da cultura de Paz; prevenção das violências; Monitoramento e Avaliação do PSE (ALTAMIRA, 2008c, p. 40-45).

Observa-se que as ações a serem incluídas nos Projetos Políticos Pedagógicos das Escolas reforçam as atividades/ações a serem executadas pelas equipes das Unidades de

Saúde da Família, conjuntamente com as Unidades Escolares, convocam os setores da Educação e da Saúde para ações caracterizadas pela intersectorialidade em consonância com Santos e Dias (2012, p. 121) que afirmam ser “a convergência e a integração das políticas públicas municipais e ainda estabelece alianças com diversos setores e instituições da sociedade [...]”.

Destacam-se as inferências realizadas nas vozes dos participantes que foram desenvolvidas ações importantes que na visão da Coordenação Educacional são:

A promoção da saúde do escolar; As parcerias envolvendo diretamente a direção escolar e a coordenação pedagógica com a equipe de saúde; Articulação nas equipes multiprofissionais; Ações compartilhadas no planejamento, execução e avaliação dos saberes e experiências; Ações compartilhadas entre setores; [...] sensibilização das equipes das escolas para que seja viabilizado o acesso participativo das equipes de saúde, tendo em vista, que as ações acontecem nas escolas, principalmente por intermédio do Projeto Político Pedagógico; [...] tanto no planejamento, como na aplicação das ações do Programa, tendo em vista que as escolas trabalham em parcerias com as unidades escolares; [...] compartilhamento das agendas escolares em parceria com a saúde, viabilizando ações dentro do contexto escolar, tendo em vista, ser o local onde ocorrem as ações educacionais.

Contudo, ressalta-se ainda pelos participantes que em contraponto as considerações cima: “faltou agenda compartilhada entre setores” que se perfaz como fundamental para o planejamento, execução, monitoramento e avaliação compartilhada.

Para a Coordenação de Saúde vários aspectos foram desencadeados na execução das ações do Programa:

Conexão dos saberes e experiências, ações articuladas entre setores e promoção da saúde do escolar; Oportunizar formação para desenvolvimento integral das crianças, jovens e adultos; Promoção articulada da saúde com a educação; Inter-relações multiprofissionais dos saberes e das experiências; Ações compartilhadas no planejamento, na execução e na avaliação dos saberes e experiências; [...] implantação da comissão intersectorial de educação e saúde; [...] formação legal do grupo de intersectorial municipal. Com apoio dos gestores da educação e saúde; [...] Através da portaria com formação do grupo de trabalho municipal entre as secretarias e aprovação no conselho municipal de saúde; Realizado oficinas de sensibilização para apresentação do projeto inicial e sendo atualizado com sugestões no decorrer da oficina; Foram entregues quites de incentivo a adesão a proposta contendo: camisa, bolsa, caneta, bloco, tudo personalizado; [...] com tempo, essa articulação fortaleceu; Envolvimento da gestão e engajamento profissional; [...] formação e capacitação do Grupo de Trabalho Intersetorial [...] autonomia as equipes [...].

Na visão dos Gestores Escolares desenvolveram-se:

Promoção da saúde do escolar; Ações articuladas entre setores; Congruência a temas transversais; Ações compartilhadas no planejamento, na execução e na avaliação dos saberes e experiências; Inter-relações multiprofissionais dos saberes e das experiências; Articulação nas equipes multiprofissionais; Estreitamento relacional entre setores; [...] articulação com a equipe docente no planejamento; [...] o

programa estreitou a relação e melhorou muito a comunicação, assim como facilitou aos alunos o acesso mais rápido as políticas de saúde; Através de palestras, formação coletiva entre funcionários [...]; A Unidade de Saúde da Família e o Centro de Referência de Assistência Social foram as principais articuladoras dentro da escola [...]; As ações do PSE, contribuiu nos fatores – Saúde física e mental do funcionários e educandos; [...] fator principal é a descentralização do serviço público. Levando saúde para a casa das famílias; A aceitação da comunidade e a importância desta aproximação foi o fator determinante, para realização deste programa. A possível interdisciplinaridade que ela proporciona ao processo de ensino e aprendizagem e ao Projeto Político Pedagógico da Escola.

Na visão das Enfermeiras que Coordenam a Unidade de Saúde da Família:

Ações articuladas entre setores; Promoção da saúde no escolar; Oportunizar formação para desenvolvimento integral das crianças, jovens e adultos; Promoção articulada da educação com a saúde; Ações articuladas e compartilhadas no planejamento, na execução e na avaliação dos saberes e experiências; De forma intersetorial; Através de reuniões entre Unidade de Saúde da Família e escolar; Oportuna em oferecer suporte a estas ações; Comprometimento.

Contudo, levantam-se os problemas a serem superados a partir dos sujeitos partícipes da pesquisa, os quais são:

Falta de agenda compartilhada entre setores; falta de planejamento dos profissionais da educação no desenvolvimento das ações; Envolvimento de mais profissionais da educação; Distanciamento no planejamento dos setores; Dificuldade em compartilhar os calendários e aos dias letivos; [...] Nunca houve um planejamento do Programa Saúde na Escola junto com o planejamento da instituição escolar; [...] variou muito de acordo com a gestão de cada exercício e troca de gestores.

“Educação permanente e capacitação de profissionais da Educação e da Saúde e de jovens para o Programa Saúde na Escola” (BRASIL, 2007d, p. 8) e para as localidades envolvendo os discentes, os familiares e a sociedade civil local destacar-se-ia como proposta de suma importância para intervenção na implementação das políticas públicas características da intersetorialidade.

Neste sentido,

[...] projetos coletivos de intervenção no território, com foco em ações voltadas para a busca de dados nas unidades de saúde e escolas, a ação educativa junto aos escolares, a formação permanente de profissionais da educação e da saúde nos espaços cotidianos de sua prática e o fortalecimento do Grupo de Trabalho Intersetorial, por meio de tecnologia de diálogo (KÖPTCKE; PADRÃO; PEREIRA, 2016, p. 211).

Contudo,

A escola como um espaço de relações é ideal para o desenvolvimento do pensamento crítico e político, na medida em que contribui na construção de valores pessoais, crenças, conceitos e maneiras de conhecer o mundo e interfere diretamente na produção social da saúde (BRASIL, 2011b, p. 5; BRASIL, 2015a, p 7).

Portanto, “[...] atitude permanente de empoderamento dos princípios básicos de promoção da saúde por parte dos educandos, professores e funcionários das escolas” (BRASIL, 2011b, p. 7) são ativas “Para a implementação das ações previstas no PSE, são essenciais os processos de formação inicial e continuada de profissionais das duas áreas [...]” (BRASIL, 2011b, p. 14). Para tanto o Programa Saúde na Escola em seu arcabouço possui o Componente III – Formação que se destaca como “O processo de formação dos gestores e das equipes de educação e de saúde que atuam no PSE é um compromisso das três esferas de governo e deve ser trabalhado de maneira contínua e permanente” (BRASIL, 2011b, p. 18; BRASIL, 2015a, p. 27; BRASIL, 2017a, p. 3).

Entretanto,

O projeto de formação intersetorial com foco nas práticas de promoção da saúde pode ser beneficiado pelo envolvimento de gestores e profissionais na formulação e na divulgação do curso. A atuação e planejamento intersetorial nas políticas públicas são fortalecidos ao incluir atores dos diversos setores em experiências formativas com foco na resolução de problemas compartilhados. A modalidade presencial é importante para a construção de vínculo entre os participantes e valorização do diálogo e as experiências profissionais dos envolvidos. O contato com referências teóricas e com professores provenientes de múltiplos campos disciplinares é fator facilitador da reflexão para a atuação intersetorial. Cabe verificar a sustentabilidade do efeito imediato do curso, sugerindo o interesse em pesquisas de acompanhamento junto aos egressos ao longo do tempo (KÖPTCKE; PADRÃO; PEREIRA, 2016, p. 220).

A Política Nacional de Atenção Básica em Saúde (BRASIL, 2012) destaca a Educação Permanente para a Atenção Básica “constitutiva [...] qualificação das práticas de cuidado, gestão e participação popular” (BRASIL, p. 38) com as necessárias mudanças constantes das atividades “dos serviços e dos processos de trabalho das equipes [...]” focada numa “dimensão pedagógica” em que o processo pedagógico venha considerar “[...] desde a aquisição/atualização de conhecimentos e habilidades até a aprendizagem que parte dos problemas e desafios enfrentados no processo de trabalho, envolvendo práticas que possam ser definidas por múltiplos fatores [...]” (BRASIL, 2012, p. 40).

Para isso, a Educação Permanente deverá se caracterizar na iniciativa dos planos interventivos e pactuação educativa ascendente, do local para o intermediário e para a central, com fundamental articulação dos entes federativos para apoiarem no financiamento, na execução, na avaliação, no monitoramento, no replanejamento e na repactuação.

Ao analisar-se a implantação do Programa Saúde na Escola a partir das percepções e concepções manifestadas pelos participantes envolvidos nesse processo, com as análises e tratamentos dos materiais baseados na experiência e em documentos que permitiram a

compreensão sobre a implantação das políticas públicas caracterizadas pela intersectorialidade entre Educação e Saúde na realidade educacional de Altamira -PA.

Com isso, na interpretação dos achados nas experiências e nos documentos, apesar de perceberem-se confusões e conflitos nas vozes dos participantes, tanto do setor Educacional como da Saúde referente ao que estão expressos nos documentos legais (Leis, Decretos, Portarias e Manuais) sobre o Programa, existiram certa compreensão sobre a relevância social, os fatores contribuintes tanto positivamente como negativamente, como as ações previstas e o envolvimento dos participantes com o Programa Saúde na Escola.

Também, perceberam-se certas concepções dos participantes diante das ações que foram executadas e efetivadas, suas características e seus fatores e, de que modo aconteceram as articulações integrativas caracterizadas pelo princípio da intersectorialidade e suas efetivações e contribuições para os Sistemas Municipais de Ensino e de Saúde de Altamira.

Contudo, reafirma-se que existe necessidade de Educação Continuada e permanente para implementação do Programa, principalmente referente à inserção dos dados das ações realizadas para possibilitar o monitoramento, avaliação e replanejamento das reais necessidades de cada território em que realmente acontecem as ações para os usuários que são beneficiados pelas políticas públicas de saúde.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Neste estudo, o objeto de investigação foi o Programa Saúde na Escola e sua diretriz caracterizada pelo princípio da intersetorialidade, que faz parte do arcabouço constitucional federativo brasileiro (BRASIL, 1988), instruído pelo Ministério da Educação e Ministério da Saúde por meio do Decreto Presidencial n 6.286, de 5 de dezembro de 2007 (BRASIL, 2007b).

O Programa teve como público-alvo as crianças, os adolescentes, os jovens e os adultos da Educação Pública Básica brasileira, também comunidades escolares (corpo de gestores escolares, corpo docente, corpo discente, corpo de apoio complementar, mães, pais e responsáveis pelos discentes). Deste modo, os dois setores, uniram forças para a promoção, prevenção e atenção à saúde para o enfrentamento das vulnerabilidades que interferem na educação integral dos estudantes da Educação Pública Básica (BRASIL, 2007).

Para os autores estudados, o princípio da intersetorialidade caracteriza-se pela articulação entre matrizes de conhecimento, saberes e experiências de setores distintos, com objetivos comuns. Um processo que deve se fazer presente nas etapas do planejamento, da execução, do monitoramento, da avaliação e das repactuações das ações. Objetiva-se alcançar resultados integrados envolvendo questões complexas e efeitos sinérgicos para o desenvolvimento da sociedade (JUNQUEIRA; INOJOSA; KOMATSU, 1997; GÓIS, 2013).

Neste sentido, teve-se como questionamento: Quais as ações implementadas intersetorialmente no Programa Saúde na Escola e suas contribuições para Educação Pública Básica no Sistema Municipal de Ensino de Altamira, Pará, no período entre 2008 e 2019? Previu-se analisar a implementação do Programa Saúde na Escola e suas ações caracterizadas pelo princípio da intersetorialidade nos Sistemas Municipais de Ensino e de Saúde em Altamira, Pará, no período entre 2008 e 2019.

Ainda se objetivou especificamente: 1) identificar as concepções dos partícipes sobre o Programa Saúde na Escola em Altamira, Pará; 2) verificar as percepções dos partícipes sobre os princípios características da intersetorialidade do programa e; 3) analisar as ações na perspectiva da intersetorialidade do programa nos Sistemas Municipais de Ensino e de Saúde em Altamira, Pará.

Para tanto, propôs-se realizar análises qualitativas dos documentos oficiais do Programa (Leis, Decretos, Portarias, Resoluções, Termo de Adesão e de Compromissos, dentre outros pertinentes) e entrevistas para Análise de Conteúdo (BARDIN, 2011 [1977]),

bem como o retorno aos passos da implantação do Programa Saúde na Escola a partir das percepções dos sujeitos locais.

Para isso, no Capítulo II foi tecida a teorização dos conceitos básicos essenciais sobre Políticas Públicas, bem como as desenvolvidas sob os moldes da descentralização e regime de colaboração federativa, princípios característicos da intersetorialidade e dos programas intersetoriais nas políticas públicas educacionais e da saúde no Brasil, caminho percorrido metodologicamente para execução do estudo em questão.

Entretanto, os princípios característicos da intersetorialidade se movimentam articuladamente com intercâmbios teóricos e com os saberes e suas práxis, potencializando apoio aos educadores e as unidades escolares na ressignificação da organização das tarefas pedagógicas, nos componentes curriculares, nas metodologias, nos conteúdos programáticos, nas avaliações e nos desenhos organizacionais para os processos de ensino e aprendizagem numa perspectiva inclusiva.

Contudo, as questões ditas acima seriam observadas caso o Programa fosse realizado dentro do planejamento, mas na prática não se concretizou, considerando que o pesquisador não teve acesso aos relatórios com os dados que fariam parte do monitoramento, da avaliação e repactuação das ações. No entanto, nas falas dos sujeitos participantes, observaram-se ações pontuais, como planejamentos prontos, verticalizados, planejados pela Secretaria de Saúde, uma vez que se percebeu que o setor da Educação ainda prevalece com uma visão um pouco reduzida sobre a importância de sua participação que deveria ser articulada, integrada e de corresponsabilidade como parte das ações.

A intersetorialidade nos revela características que não são simples, todavia, não são impossíveis de serem realizadas, em vista de que é preciso que haja comprometimentos corresponsáveis institucionais e não institucionais, convoca-se a participação da sociedade na perspectiva de perseguir os objetivos reais necessários para consolidação das Políticas Públicas numa perspectiva dos direitos sociais em virtude da importância dada para o público local.

Neste sentido, concorda-se que as ações estratégicas balizadas na intersetorialidade sejam articuladas e integradas numa perspectiva que considere as peculiaridades e especificidades da totalidade da realidade local, com participação dos sujeitos sociais nas corresponsabilidades para a gestão do Grupo de Trabalho Intersetorial na territorialidade em que as ações realmente se encontram presentes.

O Capítulo III tratou da Implantação do Programa Saúde na Escola como política pública caracterizada pela intersetorialidade nos sistemas municipais de Educação e de Saúde

de Altamira - PA no período compreendido entre 2008 – 2019 a partir da tessitura de três subcapítulos: O Programa Saúde na Escola e seu aporte legal; O Programa Saúde na Escola e as obrigações Estaduais e, O Programa Saúde na Escola e suas normatizações no Município de Altamira - Pará.

Percebeu-se que na fase de implantação do Programa os aportes legais normativos de corresponsabilidades e obrigаторiedades de cada ente federativo se estabelecem conforme regime colaborativo. Descreve-se o compromisso que cada ente deve assumir, na perspectiva do financiamento, da capacitação e da formação permanente. Neste sentido, observou-se nos documentos oficiais que estão descritos os caminhos desde o projeto de implantação, os aportes legais e as normatizações, porém, na prática, os instrumentos que seriam ‘norte’ para repactuação e continuidade das ações, no caso específico o relatório, não foram localizados em nenhum dos setores o que se considera uma falta grave.

Portanto, observou-se nas falas dos sujeitos participantes que existem ações executadas. Contudo, é perceptível que não há registro das atividades coletivas e individuais que são executadas, comprometendo a qualidade na continuidade das ações estratégicas. Os setores locais, no caso as Unidades de Saúde da Família e as Unidades Escolares, não passam de meros executores de agendas prontas.

No Capítulo IV apresentou-se o Programa Saúde na Escola nos sistemas municipais de Educação e de Saúde de Altamira – Pará, contendo quatro subcapítulos: As concepções dos participantes sobre o Programa; As percepções dos participantes sobre os princípios característicos da intersetorialidade; A efetividade do programa nos Sistemas Municipais de Educação e de Saúde em Altamira e As contribuições do programa para o Sistema Municipal de Educação de Altamira.

Com isso, os acúmulos e os esclarecimentos efetivados nas fases deste estudo, concluiu-se que o Programa Saúde na Escola foi e é importante para consolidação dos princípios e diretrizes das Políticas Públicas dos Sistemas Municipais de Ensino e de Saúde ao considerar-se que o elo entre as Unidades de Saúde da Família e das Unidades Escolares em sua territorialidade fidedigna a ações estratégicas locais, desde que considerem os Projetos Políticos Pedagógicos das Unidades Escolares como norteadores das ações a serem executadas.

Outra questão a ressaltar, é que a potencialização das ações de promoção da saúde em consonância com o Projeto Político Pedagógico das Unidades Escolares, deve considerar o calendário escolar como ‘norte’ para a potencialização das políticas públicas educacionais e

de Saúde, em virtude que na comunidade escolar se encontra um universo de sujeitos sociais de cada realidade local.

No caso de Altamira - PA não foi percebido isso, pois não houve essa articulação integrada, apesar de constatação nos instrumentos, com o caminho a ser percorrido pelo Programa, não conseguiu exequibilidade em consonância com a realidade local, desconsiderou os saberes dos sujeitos na sua totalidade local, fez-se em ações fragmentadas, pontuais, sem discutir com cada setor, sua realidade e necessidade específica.

Os depoimentos dos profissionais, destacados no Capítulo IV, revelaram que estes possuem certo conhecimento sobre as ações do programa que versa sobre a promoção da saúde do escolar. Entretanto, percebeu-se também que os referidos profissionais não estão seguros do que o Programa realmente propõe, ao considerar certa confusão sobre os conceitos, diretrizes, ações e responsabilidades de cada setor envolvido. Ainda foi perceptível a necessidade de investimentos em capacitações e formações permanentes, em vista que é um componente proposto pelo Programa para sua consolidação.

Assim, a experiência do Programa Saúde Escola em Altamira -PA denuncia que ao longo do processo de implantação do Programa, as ações foram verticalizadas, decrescentes, de cima para baixo, desconcentrou-se responsabilidades, quase sempre sem considerar a realidade local, uma vez que considerar totalmente a vida local dos sujeitos é proporcionar sua participação como parte do processo total, horizontalizar-se a gestão do local para o local.

Outro ponto, importante que se destacou é a rotatividade de profissionais nos setores da Saúde e da Educação por falta de efetivação de profissionais, por falta de concursos públicos e excesso de contratos por tempo determinado. Com isso, mesmo com capacitações e formação, como preconizados nos documentos legais e observados nas falas dos sujeitos participantes, infelizmente, não se consolidou em Altamira - PA pelo entrave da alta rotatividade dos profissionais e a falta de vínculo com cada comunidade local.

Portanto, considera-se como propostas para as políticas públicas educacionais caracterizadas pela intersectorialidade que exigem uma série de providências, que não se circunscrevem apenas à execução do Programa Saúde na Escola em si, mas que são necessárias para seu sucesso, tais como: atualização do Plano de Cargos, Carreiras e Salários para estruturação de uma política pública de Estado e, não apenas de governos; realização de concurso público municipal; além de instituir e fazer funcionar o Grupo de Trabalho Territorial Adstrito composto pelas Unidades de Saúde da Família, Unidades Escolares e sociedade civil local, com autonomia para planejamento, execução, monitoramento, avaliação e replanejamento compartilhado das ações estratégicas do Programa.

Por fim, destaca-se que as Políticas Públicas para a Promoção em Saúde do escolar são fundamentais para o sucesso educacional, ao considerar que a emancipação do educando referente aos cuidados com sua saúde, da sua família e da comunidade local, poderá contribuir para combater a evasão com maior permanência e promover o sucesso escolar.

REFERÊNCIAS

AKERMAN, Marco *et al.* Intersetorialidade? IntersetorialidadeS! **Ciências & Saúde Coletiva**, v. 19, n. 11, p. 4291-4300, 2014.

ALBUQUERQUE, Maria Ilk Nunes de. **Uma revisão sobre as Políticas Públicas de Saúde no Brasil**. Recife: [s.n.], 2015. 33 p. Disponível em: https://ares.unasus.gov.br/acervo/html/ARES/3333/1/2saud_socie_polit_public_saud_2016.pdf f. Acesso em: 07 dez. 2020.

ALMEIDA, Flávia Andrade. **Práticas intersetoriais do programa saúde na escola: estudo sobre ações e interações dos atores sociais envolvidos**. 2013. 220 f. Dissertação (Mestrado em Gestão Social, Educação e Desenvolvimento Local) – Centro Universitário UNA, Belo Horizonte, MG, 2013. Disponível em: <http://www.mestradoemgsedl.com.br/wp-content/uploads/2015/01/F1%C3%A1via-Andrade-Almeida.pdf>. Acesso em: 28 maio 2018.

ALTAMIRA. Manifestação de Interesse de Adesão ao Programa Saúde na Escola. **Secretaria Municipal de Saúde e Secretaria Municipal de Educação**. 2008a.

ALTAMIRA. Portaria Conjunta nº 01/2008- **Gabinete da Secretaria Municipal de Saúde e Secretaria Municipal de Educação**. 2008b.

ALTAMIRA. Portaria Conjunta nº 01/2019- **Gabinete da Secretaria Municipal de Saúde e Secretaria Municipal de Educação**. 2019a.

ALTAMIRA. Projeto Saúde na Escola. **Secretaria Municipal de Saúde e Secretaria Municipal de Educação**. 2008c.

ALTAMIRA. Resolução nº. 037/2008. **Conselho Municipal de Saúde de Altamira – Pará**. 2008d.

ALTAMIRA. Termo de Adesão ao Programa Saúde na Escola. **Secretaria Municipal de Saúde e Secretaria Municipal de Educação**. 2008e.

ALTAMIRA. Termo de Compromisso Municipal. **Secretaria Municipal de Saúde e Secretaria Municipal de Educação**. 2011.

ALTAMIRA. Lei 3.085- 29 de junho de 2012 - Organiza e Estrutura o Sistema Municipal de Ensino de Altamira-SME- e Reestrutura e Conselho Municipal de Educação. **Câmara Municipal de Altamira – Pará**. Disponível em: <https://altamira.pa.leg.br/leis/legislacao-municipal/leis-municipais/leis-2012/lei-3-085-2012/view>. Acesso em: 07 dez. 2020.

ALTAMIRA. Termo de Compromisso Municipal. **Secretaria Municipal de Saúde e Secretaria Municipal de Educação**. 2019b.

ALVES-MAZZOTI, Alda Judith; GEWANDSZNAJDER, Fernando. **O método nas ciências naturais e sócias: pesquisas quantitativa e qualitativa**. 2. ed. 1. reimpressão. São Paulo: Pioneira, 2000.

ARAÚJO, Rita de Cássia Tibério; MANZINI, Eduardo José; FIORINI, Maria Luiza Salzani. Educação inclusiva e gerenciamento de serviços com ações na interface entre a área da saúde e da educação: uma reflexão na perspectiva operacional. **Revista Cocar.**, Belém, v. 8, n. 16, p. 13-23, ago./dez. 2014.

ARRETCHE, Marta. Relações federativas nas políticas sociais. **Educ. Soc.**, Campinas, v. 23, n. 80, p. 25-48, set. 2002. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-73302002008000003&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 07 dez. 2020.

AZEVEDO, Elaine de; PELICIONI, Maria Cecília Focesi; WESTPHAL, Marcia Faria. Práticas intersetoriais nas políticas públicas de promoção da saúde. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 4, p. 1333-1356, 2012.

BANDEIRA, Marconde Ávila; FEITOSA, Samara Mendes; SOUZA, Priscilla Bellard Mendes de. Educação, Saúde e Social: diálogos para inclusão em Altamira – Região Xingu/Pará. In: ENCONTRO NACIONAL DE ESTUDANTES DE PEDAGOGIA, 37., 2017, Petrolina. **Anais [...]**. Petrolina, PE: ENEPE, 2017. Disponível em: <https://exnepe.org/enepe/edicoes-antiores/enepe-2017/> e <https://exnepeblog.files.wordpress.com/2018/06/marconde.pdf>. Acesso em: 10 abr. 2019.

BARBIERI, Aline Fabiane; NOMA, Amélia Kimiko. A intersetorialidade nas políticas brasileiras de educação: a articulação setorial no Programa Saúde na Escola. **Educação Unisinos**, v. 21, n. 2, p. 137-145, maio/ago. 2017. Disponível em: <http://revistas.unisinos.br/index.php/educacao/article/view/edu.2017.212.02/6104>. Acesso em: 05 dez. 2020.

BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo**. Paris: Edições 70, 2011 [1977].

BARILLI, Elomar Castilho; PESSÔA, Luísa Regina. A intersetorialidade saúde e educação para a construção de escolas promotoras de saúde: percepções dos profissionais ligados ao curso a distância gestão de projetos de investimento em saúde. **Revista Tempus actas Saúde**, v. 7, n. 2, p. 121-137, 2013. Disponível em: <https://www.tempusactas.unb.br/index.php/tempus/article/view/1348>. Acesso em: 05 dez. 2020.

BARROSO, Maria Grasiela Teixeira; VIEIRA, Neiva Francenely Cunha; VARELA, Zulene Maria de Vasconcelos. Ensino de Educação em Saúde: Interdisciplinaridade e Políticas Públicas. **RBPS**, v. 19, n. 3, p. 182-187, 2006. Disponível em: <https://periodicos.unifor.br/RBPS/article/view/979>. Acesso em: 07 dez. 2020.

BARRA, Sabrina Alves Ribeiro. **GESTÃO DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA: o desafio de consolidar a intersetorialidade**. 2013. 199 f. Dissertação (Mestrado Serviço Social) – Faculdade de Serviço Social, Universidade Federal de Juiz de Fora, Juiz de Fora, MG, 2013. Disponível em: <http://www.ufjf.br/ppgservicosocial/files/2013/04/sabrina.pdf>. Acesso em: 28 maio 2018.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado, 1988. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em: 05 dez. 2020.

BRASIL. **Lei n. 8.069, de 13 de julho de 1990.** Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. Brasília, DF: Senado, 1990a. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8069.htm. Acesso em: 05 dez. 2020.

BRASIL. **Lei n. 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: Senado, 1990b. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm. Acesso em: 05 dez. 2020.

BRASIL. **Lei n. 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: Senado, 1990c. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8142.htm. Acesso em: 06 dez. 2020.

BRASIL. Lei n. 9.394, de 20 de dezembro de 1996. Estabelece as diretrizes e bases da educação nacional. **Diário Oficial da União:** Brasília, DF, v. 143, n. 248, dez. 1996. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l9394.htm. Acesso em: 05 dez. 2020.

BRASIL. **Decreto n. 6.094, de 24 de abril de 2007.** Dispõe sobre a implementação do Plano de Metas Compromisso Todos pela Educação, pela União Federal, em regime de colaboração com Municípios, Distrito Federal e Estados, e a participação das famílias e da comunidade, mediante programas e ações de assistência técnica e financeira, visando a mobilização social pela melhoria da qualidade da educação básica. Brasília, DF: Senado, 2007a. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2007/decreto/d6094.htm. Acesso em: 05 dez. 2020.

BRASIL. **Decreto n. 6.286, de 5 de dezembro de 2007.** Institui o Programa Saúde na Escola - PSE, e dá outras providências. Brasília, DF: Senado, 2007b. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2007/decreto/d6286.htm. Acesso em: 10 abr. 2019.

BRASIL. **Portaria Normativa Interministerial n. 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 sócio-educativas no contraturno escolar. Brasília, DF: Senado, 2007c. Disponível em: http://portal.mec.gov.br/arquivos/pdf/mais_educacao.pdf. Acesso em: 07 dez. 2020.

BRASIL. Ministério da Educação e Cultura. **Orientações sobre o Programa Saúde na Escola para a elaboração dos Projetos Locais.** Brasília, DF: MEC, 2007d. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/arquivos/pdf/orientacoespse.pdf>. Acesso em: 07 dez. 2020.

BRASIL. **Portaria n. 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: Senado, 2008a. Disponível em: https://atencao_basica.saude.rs.gov.br/upload/arquivos/201510/01114724-20141104053935portaria-n-1861-2008.pdf. Acesso em: 07 dez. 2020.

BRASIL. **Portaria Interministerial n. 675, de 4 de junho de 2008.** Institui a Comissão Intersetorial de Educação e Saúde na Escola. Brasília, DF: Senado, 2008b. Disponível em: http://www.saude.ba.gov.br/wp-content/uploads/2017/07/DAB_PORTARIAINTERMINISTERIAL_675_4JUNHO2008.pdf. Acesso em: 07 dez. 2020.

BRASIL. **Portaria n. 4.279, de 30 de dezembro de 2010.** Estabelecem diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF: Senado, 2010. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279_30_12_2010.html. Acesso em: 06 dez. 2020.

BRASIL. **Decreto n. 7.508, de 28 de junho de 2011.** Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. Brasília, DF: Senado, 2011a. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/d7508.htm. Acesso em: 07 dez. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Instrutivo do Programa Saúde na Escola.** Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2011b. Disponível em: http://www.saude.ba.gov.br/wp-content/uploads/2017/07/DAB_INSTRUTIVO_PSE_2011.pdf. Acesso em: 07 dez. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica.** Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2012. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf>. Acesso em: 06 dez. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n. 1.412, de 10 de julho de 2013.** Institui do Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica. Saúde Legis – Sistema de Legislação da Saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt1412_10_07_2013.html. Acesso em: 06 dez. 2020.

BRASIL. Ministério da Educação. **Plano Nacional de Educação 2014 - 2024.** Disponível em: http://pne.mec.gov.br/images/pdf/pne_conhecendo_20_metas.pdf. Acesso em: 10 out. 2017.

BRASIL. Ministério da Educação. **Programa Saúde nas Escolas.** Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/institucional/estrutura-organizacional/194-secretarias-112877938/secad-educacao-continuada-223369541/14578-programa-saude-nas-escolas>. Acesso em: 27 maio 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Caderno do gestor do PSE / Ministério da Saúde, Ministério da Educação.** Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2015a. Disponível em:

http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno_gestor_pse.pdf. Acesso em: 27 maio 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa Saúde na Escola**. Disponível em: <http://portalms.saude.gov.br/acoes-e-programas/programa-saude-na-escola>. Acesso em: 27 maio 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria interministerial n. 1.055, de 25 de abril de 2017**. Redefine regras para adesão ao Programa Saúde na Escola. Saúde Legis – Sistema de Legislação da Saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017a. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/pri1055_26_04_2017.html. Acesso em: 27 maio 2019.

BRASIL. **Documento orientador**: indicadores e padrões de avaliação - PSE CICLO 2017/2018. Brasília: Ministério da Saúde, 2017c. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/documento_orientador_monitoramento_pse_2017_2018.pdf. Acesso em: 27 maio 2019.

BRASIL. **Manual técnico de adesão e desenvolvimento das ações do Programa Saúde na Escola**. Brasília: Ministérios da Saúde e da Educação e Cultura, 2018. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/pse/manual_PSE_MS_MEC.pdf. Acesso em: 27 maio 2019.

BRASIL. IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Histórico de Altamira – Pará. Rio de Janeiro, 2015. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/pa/altamira/historico>. Acesso em: 11 out. 2019.

BRASIL. IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Panorama de Altamira – Pará. Rio de Janeiro, 2010. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/pa/altamira/panorama>. Acesso em: 11 out. 2019.

CHIARI, Antônio Paulo Gomes *et al.* Rede intersetorial do Programa Saúde na Escola: sujeitos, percepções e práticas. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 34, n. 5, e00104217, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csp/v34n5/1678-4464-csp-34-05-e00104217.pdf>. Acesso em: 11 out. 2018.

CHIZZOTTI, Antônio. **Pesquisa em ciências humanas e sociais**. São Paulo: Cortez, 1991.

COELHO. Aldine Cecília Lima. **Intersetorialidade no Programa Saúde na Escola no Município de Santarém – Pará**. 2018. 105 f. Dissertação (Mestrado em Sociedade, Ambiente e Qualidade de Vida) – Centro de Formação Interdisciplinar – Pró-Reitoria de Pesquisa Pós-Graduação e Inovação Tecnológica, Universidade Federal do Oeste do Pará, Santarém, Pará, 2018.

CURY, Carlos Roberto Jamil; REIS, Magali; ZANARDI, Adriano Costa. **Base Nacional Comum Curricular**: dilemas e perspectivas. São Paulo: Cortez, 2018.

DELANDES, Suely Ferreira; GOMES, Romeu; MINAYO, Cecília de Souza (org.). **Pesquisa social**: teoria, método e criatividade. 28. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2009.

FARIAS, Isabelle Carolline Veríssimo de. **Análise da Intersetorialidade no Programa Saúde na Escola no município de Olinda – PE: perspectivas da Saúde e da Educação.** 2014. 98 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Pernambuco, Recife, Pernambuco, 2014.

FERREIRA, Izabel do Rocio Costa *et al.* Percepções de gestores locais sobre a intersectorialidade no Programa Saúde na Escola. **Revista Brasileira de Educação**, v. 19, n. 56, jan./mar. 2014.

FERREIRA, Stela da Silva. Intersetorialidade e políticas públicas. **Salto para o Futuro**, TV escola, Ano XIX, n. 13, texto 2, p. 17-21, out. 2009.

FRANCO, Maria Laura Puglisi Barbosa. **Análise de conteúdo.** 5. ed. Campinas: Editora Autores Associados, 2018.

FORTES, Gabriel Barroso; MORAES, Filomeno. Federalismo e democracia. **Revista de informação legislativa: RIL**, v. 53, n. 211, p. 199-226, jul./set. 2016. Disponível em: https://www12.senado.leg.br/ril/edicoes/53/211/ril_v53_n211_p199.pdf. Acesso em: 07 dez. 2020.

GÓIS, João Bôsko. A (difícil) produção da intersectorialidade: comentários a partir de ações públicas para a juventude. **Textos & Contextos**, Porto Alegre, v. 12, n. 1, p. 128-141, 2013. Disponível em: <https://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/fass/article/view/13212>. Acesso em: 05 de dez. 2020.

INOJOSA, Rose Marie. Intersetorialidade e a configuração de um novo paradigma organizacional. **RAP**, Rio de Janeiro, v. 32, n. 2, p. 35-48, mar./abr. 1998.

INSTITUTO NACIONAL DE ESTUDOS E PESQUISAS EDUCACIONAIS ANÍSIO TEIXEIRA. **Sinopse Estatística da Educação Básica 2008.** Brasília: Inep, 2019. Disponível em: <http://portal.inep.gov.br/sinopses-estatisticas-da-educacao-basica>. Acesso em: 28 fev. 2020.

INSTITUTO NACIONAL DE ESTUDOS E PESQUISAS EDUCACIONAIS ANÍSIO TEIXEIRA. **Sinopse Estatística da Educação Básica 2009.** Brasília: Inep, 2019. Disponível em: <http://portal.inep.gov.br/sinopses-estatisticas-da-educacao-basica>. Acesso em: 28 fev. 2020.

INSTITUTO NACIONAL DE ESTUDOS E PESQUISAS EDUCACIONAIS ANÍSIO TEIXEIRA. **Sinopse Estatística da Educação Básica 2010.** Brasília: Inep, 2019. Disponível em: <http://portal.inep.gov.br/sinopses-estatisticas-da-educacao-basica>. Acesso em: 28 fev. 2020.

INSTITUTO NACIONAL DE ESTUDOS E PESQUISAS EDUCACIONAIS ANÍSIO TEIXEIRA. **Sinopse Estatística da Educação Básica 2011.** Brasília: Inep, 2019. Disponível em: <http://portal.inep.gov.br/sinopses-estatisticas-da-educacao-basica>. Acesso em: 28 fev. 2020.

INSTITUTO NACIONAL DE ESTUDOS E PESQUISAS EDUCACIONAIS ANÍSIO TEIXEIRA. **Sinopse Estatística da Educação Básica 2012.** Brasília: Inep, 2019. Disponível

em: <http://portal.inep.gov.br/sinopses-estatisticas-da-educacao-basica>. Acesso em: 28 fev. 2020.

INSTITUTO NACIONAL DE ESTUDOS E PESQUISAS EDUCACIONAIS ANÍSIO TEIXEIRA. **Sinopse Estatística da Educação Básica 2013**. Brasília: Inep, 2019. Disponível em: <http://portal.inep.gov.br/sinopses-estatisticas-da-educacao-basica>. Acesso em: 28 fev. 2020.

INSTITUTO NACIONAL DE ESTUDOS E PESQUISAS EDUCACIONAIS ANÍSIO TEIXEIRA. **Sinopse Estatística da Educação Básica 2014**. Brasília: Inep, 2019. Disponível em: <http://portal.inep.gov.br/sinopses-estatisticas-da-educacao-basica>. Acesso em: 28 fev. 2020.

INSTITUTO NACIONAL DE ESTUDOS E PESQUISAS EDUCACIONAIS ANÍSIO TEIXEIRA. **Sinopse Estatística da Educação Básica 2015**. Brasília: Inep, 2019. Disponível em: <http://portal.inep.gov.br/sinopses-estatisticas-da-educacao-basica>. Acesso em: 28 fev. 2020.

INSTITUTO NACIONAL DE ESTUDOS E PESQUISAS EDUCACIONAIS ANÍSIO TEIXEIRA. **Sinopse Estatística da Educação Básica 2016**. Brasília: Inep, 2019. Disponível em: <http://portal.inep.gov.br/sinopses-estatisticas-da-educacao-basica>. Acesso em: 28 fev. 2020.

INSTITUTO NACIONAL DE ESTUDOS E PESQUISAS EDUCACIONAIS ANÍSIO TEIXEIRA. **Sinopse Estatística da Educação Básica 2017**. Brasília: Inep, 2019. Disponível em: <http://portal.inep.gov.br/sinopses-estatisticas-da-educacao-basica>. Acesso em: 28 fev. 2020.

INSTITUTO NACIONAL DE ESTUDOS E PESQUISAS EDUCACIONAIS ANÍSIO TEIXEIRA. **Sinopse Estatística da Educação Básica 2018**. Brasília: Inep, 2019. Disponível em: <http://portal.inep.gov.br/sinopses-estatisticas-da-educacao-basica>. Acessado em: 28 fev. 2020.

JUNQUEIRA, Luciano Antônio Prates. Novas formas de gestão na saúde: descentralização e intersetorialidade. **Saúde e soc.**, São Paulo, v. 6, n. 2, p. 31-46, dez. 1997. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12901997000200005&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 05 dez. 2020.

JUNQUEIRA, Luciano Antônio Prates. Intersetorialidade, transetorialidade e redes sócias na saúde. **Revista de Administração Pública**, v. 34, n. 6, p. 35-45, 2000. Disponível em: <http://www.spell.org.br/documentos/ver/12786/intersetorialidade--transetorialidade-e-redes-sociais-na-saude/i/pt-br>. Acesso em: 05 dez. 2020.

JUNQUEIRA, Luciano Antônio Prates; INOJOSA, Rose Marie; KOMATSU, Suely. Descentralização e Intersetorialidade na gestão pública municipal no Brasil: a experiência de Fortaleza. *In*: CONGRESSO DE ENSAYOS DEL CLAD “EL TRÁNSITO DE LA CULTURA BUROCRÁTICA AL MODELO DE LA GERENCIA PÚBLICA: PERSPECTIVAS, POSIBILIDADES Y LIMITACIONES”, 6., 1997, Caracas. **Anais [...]**. Caracas, 1997. Disponível em: http://150.162.8.240/PNAP_2013_2/Modulo_4/Organizacao_processos_tomada_decisao/mat

erial_didatico/textos/Descentraliza%C3%A7%C3%A3o%20e%20intersectorialidade%20na%20gest%C3%A3o%20p%http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/periodicos/ccs_artigos/importancia_formacao_continuada.pdfC3%BAblica%20municipal.pdf. Acesso em: 05 dez. 2020.

KÖPTCKE, Luciana Sepúlveda; PADRÃO, Maria Regina Araújo de Vasconcelos; PEREIRA, Felipe Medeiros. A importância da formação continuada para a gestão intersetorial no Programa Saúde na Escola. **Com. Ciências Saúde**, v. 27, n. 3, p. 211-222, 2016.

Disponível:

http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/periodicos/ccs_artigos/importancia_formacao_continuada.pdf. Acesso em: 07 abr. 2021.

KRIPKA, Rosana Maria Luvezute; SCHELLER, Morgana; BONOTTO, Danusa de Lara. Pesquisa Documental: considerações sobre conceitos e características na pesquisa qualitativa. **Atlas CIAIQ**, v. 2, p. 243-247, 2015. Disponível em:

<https://proceedings.ciaiq.org/index.php/ciaiq2015/article/view/252/248>. Acesso em: 07 dez. 2020

LIMA, Licínio. O programa “Aproximar Educação”, os municípios e as escolas: descentralização democrática ou desconcentração administrativa? *Questões Atuais de Direitos Locais*. **Associação de Estudos de Direito Regional e Local**, Braga (Portugal), n. 5, p. 7-24, jan./mar. 2015. Disponível em:

<http://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/34863/1/L.C.%20Lima-Aproximar%20Educa%c3%a7%c3%a3o.pdf>. Acesso em: 07 dez. 2020.

LINHARES, Célia; LEAL, Marcia Cristina. Cidades e Cidadanias em Devir: Caminhos da Escola Cidadã ao Bairro-Escola em Nova Iguaçu. *In: MONNERAT, Giselle Lavinias et al. (Org.). A intersectorialidade na agenda das políticas sociais*. Campinas, SP: Papel Social, 2014. p. 261-278.

MAGALHÃES, Rosana; BODSTEIN, Regina. Avaliação de iniciativas e programas intersetoriais em saúde: desafios e aprendizados. **Ciências & Saúde Coletiva**, v. 14, n. 3, p. 861-868, 2009. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csc/v14n3/21.pdf>. Acesso em: 07 dez. 2020.

MARCONI, Marina de Andrade; LAKATOS, Eva Maria. **Técnicas de pesquisa**: planejamento e execução de pesquisas, amostras e técnicas de pesquisas, elaboração e análises e interpretação de dados. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2002.

MELO, Maria dos Santos. Usina Hidrelétrica de Belo Monte: lutas sociais e resistência de Belo Monte na Amazônica paraense. **R. Katál.**, Florianópolis, v. 24, n. 1, p. 188-197, jan./abr. 2021. Acessado em: 19/07/2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rk/a/kmKWtVrvGBk3DHsHd87LbbF/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 11 fev. 2021.

MENEZES, Janaína Specht da Silva; DINIZ JUNIOR, Carlos Antônio. A intersectorialidade do Programa Mais Educação: focalização em grupos sociais vulneráveis. *In: FERREIRA, Antônio Gomes; BERNARDO, Elisangela da Silva; MENEZES, Janaína Specht da Silva. (Org.). Políticas e Gestão em Educação em tempo integral: desafios contemporâneos*. Curitiba, PR: CVR, 2018.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. Análise qualitativa: teoria, passos e fidedignidade. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 3, p. 621-626, mar. 2012. Disponível: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232012000300007&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 05 dez. 2020.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 14. ed. São Paulo: Hucitec, 2014.

MONNERAT, Giselle Lavinias; SOUSA, Rosimary Golçalves de. Da seguridade social à intersectorialidade: reflexões sobre a integração das políticas sociais no Brasil. *In*: MONNERAT, Giselle Lavinias *et al.* (org.). **A intersectorialidade na agenda das políticas sociais**. Campinas, SP: Papel Social, 2014. p. 41-49.

MORETTI, Andreyra Crisitna *et al.* Intersetorialidade nas ações de promoção de saúde realizadas pelas equipes de saúde bucal de Curitiba (PR). **Ciências & Saúde Coletiva**, v. 15, supl. 1, p. 1827-1834, 2010.

NASCIMENTO, Sueli do. Reflexões sobre a intersectorialidade entre as políticas públicas. **Serv. Soc. Soc.**, São Paulo, n. 101, p. 95-120, mar. 2010. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-66282010000100006&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 05 dez. 2020.

NOVAES, Ivan Luiz; FIALHO, Nadia Hage. Descentralização educacional: características e perspectivas. **RBPPE**, v. 26, n. 3, p. 586-602, set./dez. 2010. Disponível em: <https://seer.ufrgs.br/rbpae/article/view/19800/11538>. Acesso em: 06 dez. 2020.

OLIVEIRA, Dalila Andrade; DUARTE, Adriana (Org.). **Políticas Públicas e Educação**: regulação e conhecimento. Belo Horizonte, MG: Fino Traço, 2011.

ORNELAS, Antônio Lima; TEIXEIRA, Maria Gracinda Carvalho. Intersetorialidade ou diálogos setoriais? Reflexões a partir da experiência do Projeto Teias-Escola Maguinhos, Rio de Janeiro. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 39, n. 106, p. 659-670, jul./set. 2015.

PARÁ. **Lei Estadual n. 1.234, de 06 de novembro 1911**. Emancipação de Altamira. História de Altamira. Belém, Pará: Câmara Municipal de Altamira, 1911. Disponível em: <https://www.altamira.pa.leg.br/institucional/historia>. Acesso em: 04 out. 2019.

PARÁ. **Resolução n. 83, de 16 de abril de 2012**. Repactuação do desenho de Regionalização do Estado do Pará/ Plano Diretor de Regionalização e Investimento do Estado do Pará. Belém, Pará: Comissão Intergestores Bipartite do Sistema Único de Saúde do Pará, 2012a.

PARÁ. Secretaria de Estado de Saúde Pública do Pará. Sistema Único de Saúde. **Plano Diretor de Regionalização e Investimento do Estado do Pará**. Belém, Pará: Governo do Estado do Pará, 2012b.

PEREIRA, Ana Catarina Muniz. A prática da intersectorialidade como promoção e prevenção de saúde nas escolas: um relato de experiência em São Luís do Maranhão – Brasil. **Revista de Psicologia da Criança e do Adolescente**, v. 8, n. 2, 2017.

- PEREIRA, Potyara Amazoneida Pereira. A intersetorialidade das políticas sociais na perspectiva dialética. *In*: MONNERAT, Giselle Lavinas; ALMEIDA, Ney Luiz Teixeira; SOUZA, Rosimary Gonçalves (Org.). **A intersetorialidade na agenda das políticas sociais**. Campinas, SP: Papel Social, 2014.
- SANTOS, Dalvonete Aparecida dos; DIAS, Darli de Souza. Intersectorialidade: o desafio de uma nova arquitetura de gestão em Betim. **Perspectivas em Políticas Públicas**, Belo Horizonte, v. V, n. 10, p. 119-129, jul./dez. 2012. Disponível em: https://educacaointegral.org.br/wp-content/uploads/2014/06/artigo_dalvonete.pdf. Acesso em: 05 dez. 2020.
- SILVA, Carlos dos Santos. **Saúde na escola: intersectorialidade e promoção em saúde**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2019.
- SILVA, Carlos dos Santos; BODSTEIN, Regina Cele de Andrade. Referencial teórico sobre práticas intersectoriais em Promoção da Saúde na Escola. **Ciências & Saúde Coletiva**, v. 21, n. 6, p. 1788, 2016.
- SILVA, Denise Alves José da; TAVARES, Maria de Fátima Lobato. Ação intersectorial: potencialidades e dificuldades do trabalho em equipes da Estratégia de Saúde da Família na cidade do Rio de Janeiro. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 40, n. 3, p. 193-205, out./dez. 2016.
- SOUZA, Marta Caires de; ESPERIDIÃO, Monique Azevedo; MEDINA, Maria Guadalupe. A intersectorialidade no Programa Saúde na Escola: avaliação do processo político-gerencial e das práticas de trabalho. **Ciências & Saúde Coletiva**, v. 22, n. 6, p. 1781-1790, 2017.
- SOUZA, Monalisa Gonçalves de; ROSA, Chennyfer Dobbins Paes da; OLIVEIRA, Carolina Bessa Ferreira de. **Intersectorialidade como estratégia de gestão em saúde: uma revisão bibliográfica**. São Paulo. UNIFESP, 2013.
- THIESEN, Juarez da Silva. A interdisciplinaridade como um movimento articulador no processo ensino-aprendizagem. **Rev. Bras. Educ.**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 39, p. 545-554, dez. 2008. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-24782008000300010&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 07 dez. 2020.
- VICENTINI, Juliana de Oliveira; ALBUQUERQUE, Carolina de. O Discurso Desenvolvimentista sobre a Usina Hidrelétrica de Belo Monte no Contexto do Programa de Aceleração de Crescimento (PAC). **Revista Desenvolvimento em Questão Editora Unijuí**. Ano 16, n. 45, out./dez., p. 28-47, 2018.
- TOZONI-REIS, Marília Freitas de Campos. Introdução à pesquisa científica em educação. **Curso de pedagogia da UNESP**. São Paulo: Editora, s/a.
- TOZONI-REIS, Marília Freitas de Campos. **Metodologia da Pesquisa**. 2. ed. Curitiba, PR: IESDE Brasil S/A, 2009.
- TUMELERO, Silvana Marta. Intersectorialidade nas políticas públicas. **Guajú**, Matinhos, v. 4, n. 2, p. 211-230, jun./dez. 2018. Disponível em: <https://revistas.ufpr.br/guaju/article/view/62201/37266>. Acesso em: 05 dez. 2020.

APÊNDICE A – CARTAS DE APRESENTAÇÃO DO PESQUISADOR

CARTA DE APRESENTAÇÃO DO PESQUISADOR

Belém, 27 de junho de 2019.

Ilmo. Sr. Roni Emerson Heck
Md. Secretário Municipal de Educação de Altamira-PA
Prezado Senhor,

Por meio desta apresentamos o pós-graduando Marconde Ávila Bandeira, Mestrando em Currículo e Gestão da Educação Básica, matriculado nesta Instituição de ensino sob o nº 201974670025, que está realizando a pesquisa intitulada **“O PROCESSO DE GESTÃO INTERSETORIAL NO PROGRAMA SAÚDE NA ESCOLA NO MUNICÍPIO DE ALTAMIRA - PARÁ”**. **O objetivo do estudo é Analisar a implementação do processo gestão intersetorial no Programa Saúde na Escola no município de Altamira no período de 2008 a 2018.**

Na oportunidade, solicitamos autorização para que o mestrando realize a pesquisa através da coleta de dados, com acesso as cópias dos documentos (Decretos, Portarias, Planos de ação, Relatórios anuais do Programa na Secretaria) o que poderá contribuir com a composição da dissertação que analisará os efeitos do PSE desde o seu processo de implantação até o ano de 2018.

Queremos informar que o caráter ético desta pesquisa assegura a preservação da identidade das pessoas participantes.

Uma das metas para a realização deste estudo é o comprometimento do pesquisador (a) em possibilitar, aos participantes, um retorno dos resultados da pesquisa. Solicitamos ainda a permissão para a divulgação desses resultados e suas respectivas conclusões, em forma de pesquisa, **preservando o sigilo quanto à identidade do pessoal envolvido e da instituição**, conforme termo de consentimento livre que será assinado pelo participante. Esclarecemos que tal autorização é uma pré-condição.

Agradecemos vossa compreensão e colaboração e nos colocamos à disposição para, em caso de dúvida, prestar outros esclarecimentos pelo telefone: (91) 3201-6940 ou (91) 9895-5565 pelo e-mail: ppebufpa@gmail.com.

Atenciosamente,

Prof. Dr. Ney Cristina Monteiro de Oliveira
Orientadora e Coord. do Programa de Pós-Graduação em Currículo e
Gestão da Escola Básica da UFPA
Portaria nº 4.309/2017-G

CARTA DE APRESENTAÇÃO DO PESQUISADOR

Belém, 27 de junho de 2019.

Ilma. Sra. Kátia Fernandes
Md. Secretária Municipal de Saúde de Altamira-PA
Prezada Senhora:

Por meio desta apresentamos o pós-graduando Marconde Ávila Bandeira, Mestrando em Currículo e Gestão da Educação Básica, matriculado nesta Instituição de ensino sob o nº 201974670025, que está realizando a pesquisa intitulada **“O PROCESSO DE GESTÃO INTERSETORIAL NO PROGRAMA SAÚDE NA ESCOLA NO MUNICÍPIO DE ALTAMIRA - PARÁ”**. **O objetivo do estudo é Analisar a implementação do processo gestão intersetorial no Programa Saúde na Escola no município de Altamira no período de 2008 a 2018.**

Na oportunidade, solicitamos autorização para que o mestrando realize a pesquisa através da coleta de dados, com acesso as cópias dos documentos (Decretos, Portarias, Planos de ação, Relatórios anuais do Programa na Secretaria) o que poderá contribuir com a composição da dissertação que analisará os efeitos do PSE desde o seu processo de implantação até o ano de 2018.

Queremos informar que o caráter ético desta pesquisa assegura a preservação da identidade das pessoas participantes.

Uma das metas para a realização deste estudo é o comprometimento do pesquisador (a) em possibilitar, aos participantes, um retorno dos resultados da pesquisa. Solicitamos ainda a permissão para a divulgação desses resultados e suas respectivas conclusões, em forma de pesquisa, **preservando o sigilo quanto à identidade do pessoal envolvido e da instituição**, conforme termo de consentimento livre que será assinado pelo participante. Esclarecemos que tal autorização é uma pré-condição.

Agradecemos vossa compreensão e colaboração e nos colocamos à disposição para, em caso de dúvida, prestar outros esclarecimentos pelo telefone: (91) 3201-6940 ou (91) 9895-5565 pelo e-mail: ppebufpa@gmail.com.

Atenciosamente,

Prof. Dr. Ney Cristina Monteiro de Oliveira
Orientadora e Coord. do Programa de Pós-Graduação em Currículo e
Gestão da Escola Básica da UFPA
Portaria nº 4.309/2017-GR

CARTA DE APRESENTAÇÃO DO PESQUISADOR

Belém, 27 de junho de 2019.

Ilma. Sra. Cinara Pedrosa Bohry
Professora da Rede de Ensino da Secretaria Municipal de Educação de Altamira-PA
Prezada Senhora:

Por meio desta apresentamos o pós-graduando Marconde Ávila Bandeira, Mestrando em Currículo e Gestão da Educação Básica, matriculado nesta Instituição de ensino sob o nº 201974670025, que está realizando a pesquisa intitulada **“O PROCESSO DE GESTÃO INTERSETORIAL NO PROGRAMA SAÚDE NA ESCOLA NO MUNICÍPIO DE ALTAMIRA - PARÁ”**. **O objetivo do estudo é Analisar a implementação do processo gestão intersetorial no Programa Saúde na Escola no município de Altamira no período de 2008 a 2018.**

Na oportunidade, solicitamos autorização para que o mestrando realize a pesquisa através da coleta de dados, com acesso as cópias dos documentos (Decretos, Portarias, Planos de ação, Relatórios anuais do Programa na Secretaria) o que poderá contribuir com a composição da dissertação que analisará os efeitos do PSE desde o seu processo de implantação até o ano de 2018.

Queremos informar que o caráter ético desta pesquisa assegura a preservação da identidade das pessoas participantes.

Uma das metas para a realização deste estudo é o comprometimento do pesquisador (a) em possibilitar, aos participantes, um retorno dos resultados da pesquisa. Solicitamos ainda a permissão para a divulgação desses resultados e suas respectivas conclusões, em forma de pesquisa, **preservando o sigilo quanto à identidade do pessoal envolvido e da instituição**, conforme termo de consentimento livre que será assinado pelo participante. Esclarecemos que tal autorização é uma pré-condição.

Agradecemos vossa compreensão e colaboração e nos colocamos à disposição para, em caso de dúvida, prestar outros esclarecimentos pelo telefone: (91) 3201-6940 ou (91) 9895-5565 pelo e-mail: ppebufpa@gmail.com.

Atenciosamente,

Prof. Dr. Ney Cristina Monteiro de Oliveira
Orientadora e Coord. do Programa de Pós-Graduação em Currículo e
Gestão da Escola Básica da UFPA
Portaria nº 4.309/2017-GR

APÊNDICE B – OFÍCIO Nº. 01/2020 – UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ

OFÍCIO Nº 001/2020/UFPA

Altamira - Pará, 08 de janeiro de 2020.

A Senhora

MÁRCIA DANIELLE RODRIGUES DE OLIVEIRA

Secretária Municipal de Educação

ALTAMIRA - PARÁ

Assunto: Solicitação de documentos para pesquisa de dissertação de mestrado.

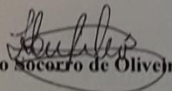
Senhora Secretária,

Honra-nos cumprimentar V. S^a, para solicitar documentos que compoão nossa pesquisa de dissertação de mestrado que, visa analisar o processo de gestão intersetorial do Programa Saúde na Escola (PSE) no município de Altamira, no período de 2008 a 2018.

Neste sentido, solicitamos os seguintes documentos: Termo de Compromisso Municipal do PSE; Portaria conjunta do Grupo de Trabalho Intersetorial Municipal do PSE e os Relatórios do PSE do período de 2008 a 2018 (SIMEC/PAR/PSE).

Sem mais para o perante momento, agradecemos a atenção e ficamos no aguardo do pleito solicitado.

Atenciosamente,


Dr.^a Irlanda do Socorro de Oliveira Miléo
Professora Co-orientadora

Prof.^a Irlanda do Socorro de O. Miléo
Dra. em Educação: Currículo
Campus Univ. de Altamira - UFPA

Secretaria Municipal de Educação
Assinado em: 08/01/2020
Data: 08/01/2020
Delle Jansen

APÊNDICE C – QUESTIONÁRIO ESCRITO

QUESTIONÁRIO ESCRITO

Prezado(a) Convidado(a),

Este questionário escrito objetiva coletar informações sobre a implementação do Programa Saúde na Escola (PSE) em Altamira no período de 13 anos (2007 a 2019).

É importante registrar que as informações aqui coletadas serão de uso restrito aos objetivos desta pesquisa e servirão unicamente de base para análise que comporá o texto da Dissertação de mestrado intitulada **“O PROGRAMA SAÚDE NA ESCOLA: INTERDISCIPLINARIDADE E INTERSETORIALIDADE NA REDE DE POLÍTICAS PÚBLICAS EDUCACIONAIS E DE SAÚDE EM ALTAMIRA – PARÁ, NO PERÍODO DE 13 ANOS (2007 – 2019)”**.

Ressalte-se ainda que os dados coletados ficarão sob a guarda e completa responsabilidade do autor deste estudo, não sendo autorizada sua divulgação para outros motivos alheios aos objetivos desta pesquisa.

I - PERFIL DO PARTICIPANTE

Nome: (não obrigatório)

Setor de atuação:

Função:

Tempo em exercício:

Graduação:

Pós-Graduação:

Atua ou atuou no PSE: () Sim / () Não

Período de atuação:

PROBLEMA	II – PSE
Quais as possíveis convergências entre as dimensões conceituais da diretriz interdisciplinaridade e intersectorialidade, suas ações e experiências desenvolvidas no contexto municipal envidando a integralidade dos esforços institucionais entre as políticas públicas educacionais e de saúde, no viés de atendimento e desenvolvimento de crianças, adolescentes, jovens e adultos numa perspectiva integral?	1 – Qual a sua concepção do PSE: () Conexão dos saberes e experiências () Ações articuladas entre setores () Promoção da saúde do escolar () Outras: _____ 2 - A relevância social do Programa está em: () oportunizar formação para desenvolvimento integral das crianças, jovens e adultos () Promoção da saúde biomédica () Promoção articulada da saúde com a educação () Outras: _____ 3 – No período em que você esteve atuando no PSE, quais fatores contribuíram positivamente para o funcionamento deste programa? () Ações articuladas no planejamento e na execução () Interrelações multiprofissionais dos saberes e das experiências () Ações compartilhadas no planejamento, na execução e na avaliação dos saberes e experiências () Outras: _____ 4 – Na época de sua atuação no PSE, quais fatores contribuíram negativamente para o funcionamento do programa: () Falta de agenda compartilhada entre setores () Distanciamento no planejamento dos setores () Falta de ações articuladas referente ao planejamento, a execução e a avaliação setorial
OBJETIVO GERAL	
Analisar a implementação do Programa Saúde na Escola, suas diretrizes interdisciplinares e intersectoriais na Rede de Políticas Públicas Educacionais e de Saúde em Altamira – Pará, no Período de treze anos (2007 – 2019).	
OBJETIVOS ESPECÍFICOS	
1) identificar as etapas de implementação percorridas pelos órgãos municipais para implantação do PSE em Altamira-PA; 2) verificar as	

<p>ações interdisciplinares desencadeadas pelas secretarias de educação e de saúde para a execução das estratégias do Programa e; 3) identificar as ações intersetoriais do PSE realizadas na educação básica em Altamira.</p>	<p>() Outras: _____ 5 – No tempo que estive no PSE, quais as ações previstas? em quais você se envolveu diretamente? () Compartilhamento de saberes () Articulação nas equipes multiprofissionais () Agendas articuladas para planejamento, execução e avaliação entre setores () Outras: _____</p>
	<p>III – PRINCÍPIOS DA INTERDISCIPLINARIDADE E INTERSETORIALIDADE NO PSE</p> <p>6 – Quando estive neste programa, que ações foram desenvolvidas poderiam ser compreendidas como interdisciplinares? () Articulação no planejamento multiprofissional () Ações articuladas dos saberes e experiências () Ações compartilhadas no planejamento, execução e Avaliação de dos saberes e experiências () Outras: _____</p> <p>7 – No momento de sua atuação no PSE quais ações foram entendidas como intersetoriais? () Ações articuladas entre os setores () Compartilhamento de saberes e experiências entre as pastas da educação e da saúde () Estreitamento relacional entre setores () Outras: _____</p> <p>IV AÇÕES DO PSE EM ALTAMIRA</p> <p>8 – Como se efetivou o apoio técnico no planejamento, na execução e na avaliação das ações do PSE? Resposta aberta</p> <p>9 – O PSE foi executado de forma interdisciplinar? Se sim, como você caracteriza essa realização? Resposta aberta</p> <p>10 – O PSE contou com a efetivação intersetorial entre Saúde e Educação no Município? Se sim, como você caracteriza essa realização? Resposta aberta</p> <p>11 – Como se deu a articulação integrada das ações entre as Unidades Escolares e Unidades de Saúde da Família? Resposta aberta</p> <p>12 – Quais os fatores que contribuíram para as ações articuladas entre a Secretaria Municipal de Educação e de Saúde? Resposta aberta</p>

APÊNDICE D – TERMO DE COMPROMISSO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, _____ portador do RG. Nº _____, CPF: _____ aceito participar da pesquisa intitulada “**O PROCESSO DE GESTÃO INTERSETORIAL NO PROGRAMA SAÚDE NA ESCOLA NO MUNICÍPIO DE ALTAMIRA - PARÁ**” desenvolvida pelo acadêmico/pesquisador **Marconde Ávila Bandeira** e permito que obtenha gravação de voz de minha pessoa para fins de pesquisa científica. Tenho conhecimento sobre a pesquisa e seus procedimentos metodológicos.

Autorizo que o material e informações obtidas possam ser publicados em aulas, seminários, congressos, palestras ou periódicos científicos. Porém, não deve ser identificado por nome em qualquer uma das vias de publicação ou uso.

Os dados ficarão sob a propriedade do pesquisador, sob a guarda do mesmo que, será reponsável por evitar riscos de qualquer natureza que possa expor a identidade dos pesquisados, evitando assim desconforto aos partícipes da pesquisa.

Esta pesquisa foi submetida ao Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Pará (CEP-ICS/UFPA) - Complexo de Sala de Aula/ ICS - Sala 13 - Campus Universitário, nº 01, Guamá. CEP: 66075-110 - Belém-Pará. Tel. 3201-8349 E-mail: cepccs@ufpa.br

Altamira - Pará,de de 2020.

Nome completo do pesquisada

Acadêmico/Pesquisador: **Marconde Ávila Bandeira**

Professora Orientadora: **Dr^a. Ney Cristina Monteiro de Oliveira**