

**EL PROGRAMA DE SALUD EN LA ESCUELA: CONCEPCIONES Y PERCEPCIONES DE ACCIONES CARACTERIZADAS POR EL PRINCIPIO DE INTERSECTORIALIDAD EN LAS POLÍTICAS EDUCATIVAS MUNICIPALES EN ALTAMIRA - PARÁ**

***O PROGRAMA SAÚDE NA ESCOLA: CONCEPÇÕES E PERCEPÇÕES DAS AÇÕES CARACTERIZADAS PELO PRINCÍPIO DA INTERSETORIALIDADE NAS POLÍTICAS PÚBLICAS MUNICIPAIS EDUCACIONAIS EM ALTAMIRA - PARÁ***

***THE HEALTH AT SCHOOL PROGRAM: CONCEPTIONS AND PERCEPTIONS OF ACTIONS CHARACTERIZED BY THE INTERSECTORIALITY PRINCIPLE IN MUNICIPAL EDUCATIONAL PUBLIC POLICIES IN ALTAMIRA - PARÁ***

Marconde Ávila BANDEIRA<sup>1</sup>  
Ney Cristina Monteiro de OLIVEIRA<sup>2</sup>

**RESUMEN:** Este estudio tuvo como objetivo analizar las concepciones y percepciones de los actores sociales que participan en las acciones implementadas en el Programa de Salud Escolar, caracterizado por el principio de intersectorialidad, en los Sistemas Municipales de Educación y Salud en Altamira - Pará, en el período comprendido entre 2008 y 2019. El enfoque cualitativo fue elegido en la modalidad de investigación de campo. Los resultados mostraron que las concepciones y percepciones de los actores sociales involucrados en esta investigación no funcionan en la totalidad de los lineamientos y acciones estratégicas del programa, que se caracterizan por el principio de intersectorialidad. Se considera que ha hecho explícitas contradicciones que entran en conflicto con lo previsto y propugnado por las políticas públicas universales y locales.

**PALABRAS CLAVE:** Programa de Salud Escolar. Principio de Intersectorialidad. Educación básica. Sistemas Municipales de Educación y Salud. Políticas Públicas en Altamira - Pará.

**RESUMO:** *Este estudo objetivou analisar as concepções e percepções dos atores sociais participantes das ações implementadas no Programa Saúde na Escola, caracterizado pelo princípio da intersectorialidade, nos Sistemas Municipais de Ensino e de Saúde em Altamira – Pará, no período entre 2008-2019. Optou-se pela abordagem qualitativa na modalidade de pesquisa de campo. Os resultados apontaram que as concepções e percepções dos atores sociais participantes desta pesquisa não discorrem na totalidade das diretrizes e ações estratégicas do programa, as quais são caracterizadas pelo princípio da intersectorialidade. Considera-se que explicitou contradições conflitantes ao planejado e preconizado pelas políticas públicas universais e locais.*

<sup>1</sup> Universidad Federal de Pará (UFPA), Altamira – PA – Brasil. Magisterio Docente. Maestría en Educación Básica por el Programa de Posgrado en Currículo y Gestión de la Escuela Básica, Centro de Estudios Transdisciplinarios en Educación Básica. ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-8414-0761>. E-mail: [bandeira.neto77@gmail.com](mailto:bandeira.neto77@gmail.com)

<sup>2</sup> Universidad Federal de Pará (UFPA), Belém – PA – Brasil. Profesora Titular del Programa de Posgrado en Currículo y Gestión de la Escuela Básica, Centro de Estudios Transdisciplinarios en Educación Básica, Campus Universitario de Belém. Doctor en Educación. Postdoctoral en Ciencias Humanas. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-8091-5213>. E-mail: [neycmo@ufpa.br](mailto:neycmo@ufpa.br)

**PALAVRAS-CHAVE:** Programa Saúde na Escola. Princípio da Intersetorialidade. Educação Básica. Sistemas Municipais de Ensino e de Saúde. Políticas Públicas em Altamira - Pará.

**ABSTRACT:** This study aimed to analyze the conceptions and perceptions of social actors participating in the actions implemented in the School Health Program, characterized by the principle of intersectoriality, in the Municipal Education and Health Systems in Altamira - Pará, in the period between 2008-2019. We opted for a qualitative approach in the field research modality. The results pointed out that the conceptions and perceptions of the social actors participating in this research do not fully address the guidelines and strategic actions of the program, which are characterized by the intersectoriality principle. It is considered to have made explicit contradictions conflicting with what is planned and advocated by universal and local public policies.

**KEYWORDS:** School Health Program. Intersectoriality Principle. Basic Education. Municipal Education and Health Systems. Public Policies in Altamira - Pará.

## Introducción

El Programa de Salud Escolar, caracterizado por el principio de intersectorialidad, fue establecido por el Decreto Presidencial N° 6.286 del 5 de diciembre de 2007, por los Ministerios de Educación y Salud, con directrices y acciones para el público objetivo, compuesto por niños, adolescentes, jóvenes y adultos de la Educación Básica Brasileña, así como por la comunidad escolar (gerentes escolares, maestros, personal de apoyo suplementario, mamás, papás y tutores de estudiantes). Así, los dos sectores unen fuerzas para la promoción, prevención y atención de la salud para enfrentar las vulnerabilidades que interfieren en la educación integral de los estudiantes de educación primaria en el país (BRASIL, 2007).

Para Junqueira, Inojosa y Komatsu (1997) y Góis (2013), la perspectiva de la directriz caracterizada por el principio de intersectorialidad se basa en los diálogos de conocimiento colectivo como premisa para la construcción de acciones articuladas a instituir en las políticas públicas como derechos sociales. Por lo tanto, "los niños en condiciones adecuadas de salud, alimentación y protección a menudo están ansiosos por aprender y experimentar cosas nuevas" (CURY; REYES; ZANARDI, 2018, p. 106). Esta declaración corrobora el objetivo del Programa de Salud Escolar, que es convertirse en un vínculo importante entre los equipos multidisciplinares de las Unidades de Salud Escolar y familiar, para promover el conocimiento y las acciones para el desarrollo humano integral (físico, psicológico, social y cultural) de los niños y adolescentes en la Educación Básica Brasileña.

Para los Ministerios de Educación y Salud, las acciones y lineamientos del Programa de Salud en la Escuela apuntan a la integración permanente con la interfaz de Educación y Salud para promover la calidad de vida de la población brasileña en edad escolar (BRASIL, 2007). Se señaló que el norte propuesto es la calidad de vida ciudadana enfocada en el pleno desarrollo humano integral de estudiantes, docentes y equipos de apoyo administrativo y operativo en Educación Básica, con la garantía de políticas públicas como derecho social, como se expresa en los documentos oficiales de la legislación brasileña.

En vista de estos aspectos, la pregunta es: ¿Cuáles son las concepciones y percepciones de los actores sociales que participan en las acciones implementadas por el principio caracterizado por la intersectorialidad en el Programa de Salud Escolar y sus aportes a las políticas públicas de educación básica en el Sistema Educativo Municipal de Altamira, Pará, en el período comprendido entre 2008 y 2019?

Ante esta problematización, se ancló epistemológica y teóricamente en el principio caracterizado por la intersectorialidad (BARBIERI; NOMA, 2017; FERREIRA, 2009; INOJOSA, 1998; JUNQUEIRA, 1997, 2000; MONNERAT; SOUZA, 2014; NASCIMENTO, 2010, SANTOS; DÍAS, 2012; SILVA, 2019; TUMERELO, 2018), desde un enfoque cualitativo, con el objetivo de analizar las percepciones y concepciones de los actores sociales involucrados en la implementación de este Programa y las acciones caracterizadas por el principio de intersectorialidad en los Sistemas Municipales de Educación y Salud en el período comprendido entre 2008-2019.

Para ello, se organizó este artículo, con esta introducción que discute el objeto, el problema, el objetivo, la justificación, el marco teórico; seguido del apartado de la trayectoria metodológica y los apartados que tratan: las concepciones de los actores sociales participantes sobre el Programa de Salud Escolar, con relevancia social, los factores contribuyentes tanto positivos como negativos, las acciones previstas y la implicación de los participantes con el Programa de Salud Escolar y; de las percepciones de los actores sociales que participaron en las acciones que se realizaron e implementaron, sus características y sus factores, y cómo se produjeron las articulaciones integradoras caracterizadas por el principio de intersectorialidad. Finalmente, siga las consideraciones finales seguidas de las referencias.

## Trayectoria metodológica

Esta investigación se basa en un enfoque por "ciclos de investigación cualitativa", organizados en tres etapas: 1) fase exploratoria; 2) trabajo de campo y 3) análisis del material basado en experiencias y documentos, que "se lleva a cabo principalmente por un trabajo intelectual basado en conceptos, proposiciones, hipótesis, métodos y técnicas, que construye un ritmo adecuado y particular". (DELANDES; GOMES, GOHETS MINAYO, 2009, p. 25).

Los criterios para la selección de los actores sociales participantes, que respondieron a los cuestionarios, se basaron en la Ordenanza Interministerial N° 675 del 4 de junio de 2008 (BRASIL, 2008), emitida por las Oficinas de los Ministerios de Salud y Educación, que estableció la Comisión Intersectorial de Educación y Salud en la Escuela, y la ordenanza conjunta N° 01/2008 (ALTAMIRA, 2008), emitido por las Oficinas Municipales de Salud y Educación, que establecieron el Grupo de Trabajo Intersectorial Municipal del mencionado programa Altamira, Pará. Así como los gerentes de las Unidades Escolares y coordinadores de las Unidades de Salud de la Familia, quienes son "personas de origen" (CHIZZOTTI, 1991, p. 17), participantes de dinámicas locales, corresponsables de la intermediación de la planificación, ejecución, seguimiento, evaluación y replanificación de los lineamientos y acciones del programa.

En su momento, debido a la dificultad de realizar las entrevistas por la necesidad de aislamiento social provocada por la pandemia de coronavirus (COVID-19) desde marzo de 2020, se adoptó la aplicación del cuestionario escrito como una posibilidad, ya que permitiría respetar las medidas de distanciamiento social y porque requiere menos interpelaciones interpersonales; por lo tanto, se garantizó el acceso a los datos necesarios para comprender los lineamientos y acciones del Programa de Salud Escolar y su dinámica de implementación.

La recolección de datos, registrada en el Comité de Ética con el número 43592821.1.000.0018, se realizó del 1 de octubre al 10 de noviembre de 2020. Fueron lugares de recolección de datos: el Departamento Municipal de Salud, a través de la División Técnica de Salud, que se encarga de la Coordinación de la Atención Primaria de Salud, así como las coordinaciones que se encargan de tres Unidades de Salud de la Familia; la Dirección Municipal de Educación, a través de la coordinación pedagógica, que se encarga de los programas en el sector educativo, así como de la gestión de tres Unidades Escolares, que se encuentran vinculadas territorialmente a las citadas Unidades de Salud de la Familia. El gráfico 1 presenta a los participantes de esta investigación, su formación y tiempo de servicio en las áreas de actividad (Salud y Educación).

**Tabla 1 - Participantes en la investigación**

<b>NOMBRES FICTICIOS</b>	<b>FORMACIÓN/GRADUACIÓN</b>	<b>TIEMPO/EXPERIENCIA</b>
Coordinación de Salud.	Enfermera con Postgrado en Salud Pública.	Del marco efectivo durante diez años, no actúa directamente en el Programa.
Enfermera 1.	Enfermera con Postgrado en Gestión de Atención Primaria.	Del personal efectivo durante once años, con cuatro años de experiencia en el Programa.
Enfermera 2.	Enfermera con Postgrado en Urgencia y Emergencia.	Contrato temporal, tres años de funcionamiento y en el Programa.
Enfermeira 3.	Sem retorno à pesquisa.	No hay vuelta a la investigación.
Coordinación Educativa.	Pedagoga con Postgrado en Educación Especial y Educación Inclusiva.	Del cuadro efectivo por veintiocho años, con cinco años de experiencia en el Programa.
Gerente Escolar 1.	Pedagogo con Postgrado en Gestión Escolar.	Contrato temporal, tres años de funcionamiento y en el Programa.
Gerente Escolar 2.	Graduado en Lengua Portuguesa - Letras con Postgrado en Gestión Escolar.	Contrato temporal, cuatro años de funcionamiento y en el Programa.
Gerente Escolar 3.	Grado completo en Ciencias Biológicas con Postgrado en Gestión Escolar.	Contrato temporal, dos años de funcionamiento y en el Programa.

Fuente: Elaboración propia

Los datos presentados en el Gráfico 1 sobre la formación y el tiempo de servicio de los participantes revelan consistencia en la educación inicial y continua, sin embargo, a pesar de este marco formativo, se observó que la mayoría tiene poco tiempo para trabajar en el programa y que, de los siete, solo tres son del personal permanente (Coordinación de Salud, Coordinación Educativa y Enfermera 1).

Se entregaron ocho cuestionarios escritos a los actores sociales involucrados en esta investigación, más los Términos de Consentimiento Libre e Informado, distribuidos también: cuatro profesionales del Departamento Municipal de Salud, con uno para la Coordinación de atención primaria de salud y otro para la coordinación de todas las Unidades de Salud de la Familia seleccionadas para el estudio. En el sector Educativo se recogieron cuatro cuestionarios, uno para la Coordinación Pedagógica y otro para cada uno de los Gerentes de tres Unidades Escolares de Altamira. También se destaca que dos Unidades de Salud de la Familia y Unidades Escolares están ubicadas en Reasentamientos Urbanos Comunitarios, que se ubican en barrios periféricos, y una Unidad de Salud de la Familia y una Unidad Escolar se ubican en el centro de la ciudad de Altamira.

En cuanto a la devolución de los ocho cuestionarios escritos enviados a los actores sociales involucrados, se devolvieron siete cuestionarios cumplimentados, sin embargo, un coordinador de la Unidad de Salud de la Familia en la periferia no regresó: aún con insistencia constante, no hubo éxito. Sin embargo, los cuestionarios recibidos son suficientes, fueron

esenciales para seguir con el análisis y tratamiento de los datos sin perjuicio de la calidad de nuestra investigación.

El cuestionario escrito se estructuró con doce preguntas, de las cuales siete cerraron con cuatro opciones (en la última, con posibilidad de añadir otras respuestas de los participantes) y cinco abiertas. Las preguntas se organizaron en cuatro ejes temáticos correlacionados: I - Perfil de los actores sociales participantes; II - Concepciones de los actores sociales que participan en el Programa de Salud Escolar; III – Percepciones de los actores sociales que participan en el principio caracterizado por la Intersectorialidad en el Programa y; IV - Acciones del Programa de Salud Escolar en Altamira - Pará.

Para asegurar la validez y confiabilidad de los datos recolectados por la aplicación de los cuestionarios escritos, se adoptaron los criterios metodológicos para la construcción de la tipificación: se realizó la transcripción y elaboración teórica y posteriormente la interpretación, en la que se utilizó el Análisis de Contenido (BARDIN, 2011[1977]) para el análisis de datos.

### **Concepciones de los actores sociales involucrados en el Programa de Salud Escolar**

En esta sección de presentación y análisis de los datos, identificamos las concepciones de los actores sociales involucrados en el programa de Salud en la Escuela, así como su relevancia social, así como los factores positivos y negativos en las acciones planificadas para la ejecución del programa. Estos, que tienen como objetivo contribuir al fortalecimiento integrador de las acciones de los sectores de Salud y Educación para atender las vulnerabilidades sociales individuales y colectivas, que han ampliado las acciones de promoción de la salud para niños, adolescentes, jóvenes y adultos en el Sistema Educativo Municipal de Altamira, con apoyo para su pleno desarrollo para el ejercicio de la ciudadanía (BRASIL, 2018).

En la práctica ejecutiva del Programa de Salud Escolar, los sectores de Salud y Educación tienen en cuenta la organización pedagógica de los medios de comunicación tejida por el intercambio de conocimientos, que históricamente ha constituido apoyos, individualizados y colectivos. Los roles sociales más variados de la comunidad escolar (estudiantes, profesores, personal de apoyo educativo complementario, la familia y otros responsables de los estudiantes) todavía se consideran para la institución de procesos significativos de enseñanza y aprendizaje para una política socialmente respaldada y éticamente inclusiva. Por lo tanto, se centró en la promoción de la salud en detrimento de las

vulnerabilidades sociales, referenciada en la educación integral para el pleno desarrollo humano en su integralidad física, psicológica, social y cultural (BRASIL, 2007, 2011, 2017).

Sin embargo, al cuestionar las concepciones de los actores sociales involucrados en la comprensión de las acciones del Programa de Salud Escolar, cinco asignaturas respondieron ser: "*Promoción de la Salud Escolar*" (Coordinación de Salud, Coordinación Educativa, Enfermera 2, Gerentes Escolares 1 y 3). Sin embargo, para dos participantes, son "*acciones articuladas entre sectores*" (Enfermera 1, Gerente Escolar 2), lo que se acerca más al principio característico de intersectorialidad. La Coordinación en Salud comprende la "*Conexión de conocimientos y experiencias*", que aborda el principio interdisciplinario, que no forma parte de este estudio, y también agregó que el Gerente Escolar 3 es la "*Congruencia a temas transversales*".

La Coordinación De Salud y Educación, así como la Enfermera 2 y los Gerentes Escolares 1 y 3, mostraron cierta concepción sobre el Programa, porque "[...] es una estrategia de integración y articulación permanente entre las políticas y acciones de educación y salud, con la participación de la comunidad escolar, involucrando a los equipos de salud de la familia y educación básica" (BRASIL, 2007, p. 1) para la Promoción de la Salud Escolar.

En cuanto a los otros participantes, señalaron conflictos y conceptos erróneos sobre la concepción sobre las acciones del programa, hipotéticamente debido a la falta de profundización, capacitación y capacitación para hacerse cargo del Programa. Esto es por lo tanto, de acuerdo con el perfil de los actores sociales presentado anteriormente, que recientemente han trabajado en el sector y no han seguido el proceso de implementación del Programa, sin mencionar la rotación profesional caracterizada por la no realización de licitaciones públicas, considerando que durante más de ocho años estas áreas han estado en proceso de contratación durante un período determinado.

Al informar a los actores sociales involucrados en la relevancia social del programa, la Coordinación de Salud y Enfermería 1 afirmó que tiene como objetivo "*oportunizar la formación para el desarrollo integral de niños, jóvenes y adultos*". Sin embargo, para la Coordinación Educativa es "*La búsqueda de ausentes para la vacunación, ya que no acuden a las unidades de salud*". En otras palabras, es una declaración reduccionista sobre la amplitud del Programa, ya que la inmunización es una acción que forma parte del marco de acuerdos. La Coordinación de Salud, Enfermera 2, Gerentes Escolares 1, 2 y 3 convergieron en que se trata de la "*Promoción articulada de la salud con educación*", y este concepto es aquel que aborda las características de la intersectorialidad.

Es de destacar que el Programa de Salud Escolar tiene tres componentes, que son: I - Evaluación clínica y psicosocial; II - Promoción y prevención de la salud y III - Formación continua. Estas cuentan con líneas de acciones acordadas a ejecutar, y la actualización del calendario de vacunación es una línea de acción a realizar en la verificación de la cartilla vacunadora de los estudiantes como parte de acción del componente I, no menos importante, pero parte de las políticas del programa (ALTAMIRA, 2008, 2011, 2019; BRASIL, 2007). Así, estas políticas aportan aportes a la constitución sistematizada de la atención social, enfocada en la promoción de la ciudadanía y los derechos humanos (BRASIL, 2007).

Al cuestionar sobre los factores positivos para el funcionamiento del Programa de Salud Escolar, la Coordinación de Salud y los Gestores Escolares 1 y 3 mostraron una cierta comprensión en los procesos políticos involucrados en el programa, que son las "*Acciones compartidas en la planificación, ejecución y evaluación de conocimientos y experiencias*". Sin mencionar que la Coordinación de Salud agregó acertadamente que son "*interrelaciones multiprofesionales de conocimientos y experiencias*", lo que también conforma la comprensión del Gerente Escolar 2.

Para las Enfermeras 1 y 2, son "*Acciones articuladas en planificación y ejecución*", que se acercan más a los principios característicos de la intersectorialidad. Para la Coordinación Educativa, son "*Alianzas que involucran directamente la gestión escolar y la coordinación pedagógica con el equipo de salud*", que consideraron esencial el apoyo de la gestión de los estados y municipios en los sectores de salud y educación, porque es una política mediada por un principio característico de intersectorialidad (BRASIL, 2007, 2018).

Respecto a los factores negativos, participaron cuatro actores sociales (Coordinación Educativa, Coordinación de Salud, Enfermera 1 y Gerente Escolar 2) informaron que se trata de la "*Falta de agenda compartida entre sectores*". Sin embargo, la Coordinación de Salud también agregó que la "*falta de planificación de los profesionales de la educación en el desarrollo de las acciones*", así como la "*participación de más profesionales de la educación*". La enfermera 2 dijo que se trataba del "*distanciamiento en la planificación de los sectores*", y para el Gerente Escolar 3 es la "*dificultad para compartir los calendarios y días escolares*".

Es posible observar la instalación de lo contradictorio entre los aspectos positivos y negativos, pues para tres actores sociales participantes (Coordinación de Salud y Gerentes Escolares 1 y 3), los aspectos positivos son las "*Acciones compartidas en la planificación, ejecución y evaluación de conocimientos y experiencias*". Sin embargo, para cuatro actores sociales (Coordinación de Salud, Coordinación Educativa, Enfermera 1 y Gerente Escolar 2), los aspectos negativos se refieren a la "*Falta de agenda compartida entre sectores*". Se observa



que incluso la Coordinación de Salud creó una cierta contradicción en sus respuestas, considerando que afirmó que el reparto de acciones es positivo, pero, por otro lado, también señaló que hay una falta de participación en las agendas sectoriales.

Sobre todo, la falta de articulación en la planificación no sería mencionada por los participantes de esta investigación si no influyera en la ejecución de las acciones del programa. Sin embargo, se desarticuló al considerar que, según la Coordinación Educativa, la Coordinación de Salud, la Enfermera 1 y el Gestor En la Escuela 2 no se destacó "*la agenda compartida entre sectores*", sumó la Coordinación de Salud, el distanciamiento en la "*planificación de los profesionales de la educación*", así como la "*incipiente participación de los profesionales de la educación*" y también el "*Distanciamiento en la planificación de sectores*" (Enfermera 2) con la "*dificultad para compartir los calendarios y días escolares*" (Gerente Escolar 3).

Otras preguntas intrigantes se refieren a las respuestas de la Coordinación de Salud y Gerente Escolar 2, que agregaron como aspectos positivos las "*interrelaciones multidisciplinares de conocimientos y experiencias*". Sin embargo, la Coordinación de Salud también señaló como aspecto negativo la "*falta de planificación de los profesionales de la educación en el desarrollo de las acciones*" y también la "*participación de más profesionales de la educación*". Las contradicciones son notables, ya que las interrelaciones se entendían como solo entre profesionales de la salud. A continuación, hubo una falta de planificación integrada y articulada por parte de los profesionales de la educación. Para las Enfermeras 1 y 2, los aspectos positivos son "*Acciones articuladas en la planificación y ejecución*". Siempre y cuando, los aspectos negativos para la Enfermera 2 se basaran en "*Distanciar la planificación de los sectores*"; cómo se establecieron las acciones articuladas, si hubo distanciamiento, son contradicciones complejas y cuestionables.

Este proceso de falta de planificación integrada interfiere y perjudica las acciones del Programa de Salud Escolar, dado el paso en falso entre su directriz con el principio caracterizado por la intersectorialidad, que consiste en la "*parte que se constituye; unirse orgánicamente; dependen y se condicionan mutuamente; las condiciones de existencia y de su entorno; unidad o total; [...] actitudes*" (PEREIRA, 2014, p. 23-39).

Para la Coordinación Educativa, los aspectos positivos son "*Alianzas que involucran directamente la gestión escolar y la coordinación pedagógica con el equipo de salud*". Sin embargo, para Gerente escolar 3, los aspectos negativos se basan en la "*dificultad para compartir los calendarios y días escolares*". De esta manera, las alianzas dictadas por la Coordinación Educativa no eran factibles.

En este sentido, es evidente la complejidad para llevar a cabo la atención al desarrollo humano integral si no existiera una planificación, ejecución, monitoreo, evaluación y replanificación articulada e integrada, como se ve en las concepciones de los participantes, que se configuran por las incompatibilidades de las agendas. Sin embargo, las acciones del Programa de Salud Escolar requieren la inserción en el principal instrumento de planificación educativa, que es el Proyecto Político Pedagógico de la Escuela, para que coincida con las agendas y acciones de acuerdo con la comunidad escolar local, no en la otra mano y en la contraversión (BRASIL, 2018).

Sobre todo, "Un instrumento del sector de la Educación que evoca la participación merece atención y debe ser claro para los gestores de programas: el Proyecto Político-Pedagógico de la Escuela" (SILVA, 2019, p. 39). Así como los "Dos aspectos que no pueden dejarse de lado en la organización de programas de salud en la escuela y que se vuelven estratégicos para su desarrollo son el ESF y el Proyecto Político-Pedagógico" (SILVA, 2019, p. 39).

Las acciones planificadas por el Programa de Salud Escolar deben considerar la atención, promoción, prevención y cuidado, que se realizará de manera articulada con el Sistema Educativo en políticas públicas básicas, que considere como rectores los principios y lineamientos del Sistema Único de Salud (BRASIL, 2007). En este sentido, se percibió en las voces de los actores sociales participantes en esta investigación, congruencias con el programa, pues la Coordinación de Salud, Coordinación Educativa, Enfermera 1 y Gerente Escolar 3, manifestaron que se trataba de la "*Articulación en equipos multidisciplinares*"; También se agregó la Coordinación de Salud al ser el "*Intercambio de conocimientos*": acogió con beneplácito esta declaración el director de la escuela 1. A Coordenação de Saúde elencou também as "*Agendas articuladas para planejamento, execução e avaliação entre setores*", e compartilharam da resposta a Enfermeira 2 e o Gerente Escolar 2.

Así, hubo una cierta aproximación respecto a las concepciones de los actores sociales involucrados en el Programa de Salud Escolar. Sin embargo, también fue notorio el distanciamiento de algunos de ellos con respecto a la relevancia social del programa, así como las incongruencias entre los factores positivos y negativos, en vista de la persistencia de las contradicciones significativas entre las respuestas y las acciones previstas y la participación de profesionales en la implementación de este programa. A partir de estos datos, se notó que estos sujetos abordan superficialmente lo que regula y aboga por el programa. Por lo tanto, en el fortalecimiento de la prevención de lesiones en las políticas de salud pública, así como en el fortalecimiento de los Sistemas Municipales de Educación y Salud en Altamira - Pará, son

necesarias articulaciones fuertes entre las acciones estratégicas del Sistema Único de Salud local y las del mencionado Sistema Educativo Municipal de Altamira.

Con el fin de formalizar en la práctica la ampliación de las acciones del programa en relación con los estudiantes y sus familias, y considerar el contexto social, que es el factor condicionante para la educación integral con el rostro de las vulnerabilidades, y para no comprometer el pleno desarrollo escolar, la comunicación y la información entre los equipos multidisciplinares de las Unidades Escolares y las unidades de salud de la familia que se fundan, para la interpelaciones y el fortalecimiento participativo de la comunidad escolar con el objetivo de promover políticas públicas a nivel municipal y local (BRASIL, 2007).

### **Percepciones de los participantes sobre los principios característicos de la intersectorialidad**

En este apartado de análisis de datos, verificamos las acciones caracterizadas por el principio de intersectorialidad, desencadenadas por los Departamentos Municipales de Educación y Salud para la ejecución de las estrategias del programa. La intersectorialidad se basa en acciones compartidas y de corresponsabilidad, con articulaciones intersectoriales entre políticas públicas básicas de educación y salud, a través de Grupos de Trabajo Intersectoriales (BRASIL, 2012).

La gestión intersectorial municipal es responsabilidad del Grupo de Trabajo Intersectorial Municipal (BRASIL, 2015), que involucra la planificación, el seguimiento y la evaluación integrada entre los equipos multidisciplinares de las Unidades de Salud Escolar y de la Familia, que articulan las acciones del Programa de Salud Escolar con el Proyecto Político Pedagógico Escolar; así, se abren escuelas para proyectos de salud que incluyen a estudiantes, docentes y la comunidad, que son esenciales para que la comunidad escolar analice, junto con el consejo pedagógico, las estrategias pedagógicas a llevar a cabo por los equipos multidisciplinares de Salud y Educación (BRASIL, 2011).

Este programa se estableció con un marco estratégico para la integralidad conjunta de las acciones de política pública de los sistemas de educación y salud con directrices sobre los principios característicos de la intersectorialidad (BRASIL, 2007). Sin embargo, "permitiendo la expansión progresiva del intercambio de conocimientos entre diferentes profesiones y la articulación intersectorial de las acciones realizadas por los sistemas de Salud y Educación, con miras a la atención integral de la salud de niños, niñas y adolescentes" (BRASIL, 2015, p. 9).

En este contexto, al ser consultados sobre sus convicciones de las acciones realizadas en este programa, si se caracterizan por la intersectorialidad, del universo de siete actores sociales participaron, seis (Coordinación Educativa, Coordinación de Salud, Enfermeras 1 y 2 y Gerentes Escolares 1 y 2), denominados "*Acciones compartidas en la planificación, ejecución y evaluación de conocimientos y experiencias*". Siempre y cuando, la Coordinación de Salud agrega que es la "*Articulación en la planificación multiprofesional*", aún junto con el Gerente Escolar 2 y la Enfermera 1, quienes consideran que son las "*Acciones articuladas de conocimientos y experiencias*".

Notadamente se percebe que as concepções dos partícipes se congratulam 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).

La Intersectorialidad para la Coordinación en Salud, coordinación educativa y Gerentes Escolares 1 y 2 se caracteriza como "*Acciones articuladas entre sectores*". Sin embargo, la Coordinación de Salud también agregó la "*Articulación en la planificación de acciones*"; también complementado, junto con las Enfermeras 1 y 2, como el "*Intercambio de conocimientos y experiencias entre las carpetas de educación y salud*". La Coordinación de Salud, junto con los Gerentes Escolares 1 y 3, agregó que se trata del "*estrechamiento relacional entre sectores*".

En las declaraciones de estos actores sociales, hubo cierta confusión entre las concepciones, considerando que en un momento dado se confunden con concepciones interdisciplinarias. Se considera natural que se produzca esta confusión, ya que los principios no están ni están disociados, porque casi siempre son dependientes, porque la intersectorialidad tiene en sus características la interfaz de conocimientos y prácticas en la planificación, ejecución y análisis integrados de acciones, en vista de los objetivos propuestos en la implementación de los momentos necesarios, buscando un resultado colaborativo para el desarrollo integral de la sociedad (JUNQUEIRA, 1997).

También para explorar en profundidad los principios característicos de la intersectorialidad, que es central en este estudio, analizamos el Programa de Salud Escolar y su guía, caracterizada por el principio de intersectorialidad, en los Sistemas Municipales de Educación y Salud de Altamira - Pará, en el período comprendido entre 2008-2019. Para ello, se agregaron cuatro preguntas abiertas para profundizar los análisis sobre las concepciones de los actores sociales participantes en este estudio.

En este contexto, al ser consultada sobre la implementación del apoyo técnico en la planificación, ejecución y evaluación de las acciones del programa, la Coordinación de Salud respondió que fue "*A través de la implementación del comité intersectorial de educación y salud*", así como "*con la formación legal del grupo intersectorial municipal. Con el apoyo de los gestores de educación y salud*". Para la Enfermera 1, "*Sectorialmente*", y para la Enfermera 2, "*se evalúa a través del sistema E-SUS*". Sin embargo, la Coordinación Educativa infiere que "*nuestro apoyo se da en sensibilizar a los equipos escolares para que se haga factible el acceso participativo a los equipos de salud, en vista de las acciones que se desarrollan en las escuelas, principalmente a través del Proyecto Político Pedagógico*".

Dos valiosas afirmaciones son explicadas por los actores sociales involucrados en esta investigación, de las cuales: una se relaciona con el Grupo de Trabajo Intersectorial Municipal, que tiene su sede "compuesto por gerentes de los Departamentos de Salud y Educación, representantes de equipos de atención primaria y representantes de educadores que trabajarán en el Programa de Salud Escolar, representantes de escuelas, jóvenes y personas de la comunidad local" (BRASIL, 2015, p. 17), con la responsabilidad de solicitar la firma del Término de Compromiso entre las dos partes (Salud y Educación). El otro tema se refiere a la articulación inclusiva "de temas relacionados con las acciones del PSE en los proyectos político-pedagógicos de las escuelas" (BRASIL, 2015, p. 17), dado que "En las escuelas, el trabajo **de promoción de la salud con los estudiantes**, y con los maestros y empleados, debe tener como punto de partida "lo que saben" y "lo que pueden hacer"" (BRASIL, 2015, p. 9, grifos de autor).

Sin embargo, el Gerente de la Escuela 1 dijo que "*recibimos un cronograma de actividades a través de manualidades, y que hubo articulación con el equipo docente en la planificación*". Para el Gerente Escolar 2, "*Si es efectivo junto con los departamentos de salud y educación, dentro de una planificación anual de servicios*" y, al mismo tiempo, contradice: "*Nunca hubo una planificación del Programa de Salud en la escuela junto con la planificación de la institución*"; para el Gerente Escolar 3,

*Las acciones fueron coordinadas por la Concejalía Municipal de Salud y Educación, con la creación de un cronograma de actividades mensuales, y luego de este cronograma el titular del Puesto de Salud más cercano a la Escuela, realiza una visita para la Gerencia, Coordinación para llevar a cabo la formación de un calendario mensual de actividades.*

Las respuestas de los Gerentes Escolares 1, 2 y 3 muestran la contradicción con los enunciados de la Coordinación de Salud y la Coordinación Educativa. Se observó en estas

declaraciones que la implementación del Programa de Salud Escolar se dio y ocurre unilateralmente, de arriba hacia abajo, considerando que las acciones del programa deben caracterizarse en articulación y a través del Proyecto Político Pedagógico dentro de las Unidades Escolares, con sinergia de los sectores de Salud y Educación, y teniendo como punto de partida el contexto de la comunidad escolar local.

Al ser consultada sobre la implementación del Programa de Salud Escolar, si se da en el formato caracterizado por el principio de intersectorialidad, la Coordinación de Salud respondió que: "*Sí. Hubo desarrollo de acciones por parte de profesionales de diversas áreas*" y agregó que: "[...] *durante la capacitación de los contenidos prevista con el Grupo de Trabajo Intersectorial Municipal*". Para la Enfermera 1, "*De manera articulada*", para la Enfermera 2: "*Se articularon temas relacionados con la educación para la salud*". Sin embargo, la Coordinación Educativa infiere que "*en mi opinión, tanto la planificación como la aplicación de las acciones del programa, considerando que las escuelas trabajan en alianzas con las unidades de salud*". Para el Gerente Escolar 1 fue "*a través de conversaciones de maestros con estudiantes, debate, toma de preguntas, producción escrita y otros*". Para el Gerente de la Escuela 2 la respuesta fue "*No. Lo que se nota es un servicio más técnico/básico*". Finalmente, el Gerente Escolar 3 respondió:

*Sí, una de las principales preocupaciones del proceso de enseñanza y aprendizaje en la escuela es la Interdisciplinariedad, otro punto importante es cumplir con la inserción de temas transversales como la educación ambiental (Dengue), y la importancia de temas relevantes para temas psicológicos, conductuales y de inclusión.*

De los siete actores sociales involucrados, solo el Gerente Escolar 1 afirmó que la relación intersectorial fue negativa, considerando que es "*un servicio más técnico/básico*". Sin embargo, los otros participantes mostraron una cierta "visión articuladora que rompe con el pensamiento disciplinario, dividido, jerárquico, fragmentado, dicotomizado y dogmatizado que ha marcado durante mucho tiempo la concepción cartesiana del mundo" (THIESEN, 2008, p. 552).

Para el cuestionamiento de la implementación intersectorial entre Salud y Educación en el Municipio, para la Coordinación de Salud, fue "*Sí. Sin embargo, varió ampliamente según la gestión de cada ejercicio*" y también "*A través de la ordenanza con la formación del grupo de trabajo municipal entre las secretarías y la aprobación del consejo municipal de salud*". En cuanto a la enfermera 1: "*Sí. Compartido con la atribución de cada sector*" y para la Enfermera 2, fue "*La alianza entre la Unidad de Salud de la Familia y la escuela fue fundamental en las*

*acciones de promoción de la salud". La Coordinación Educativa afirmó que "Sí. Con el intercambio de agendas escolares en asociación con la salud, habilitando acciones dentro del contexto escolar, en vista de ser el lugar donde ocurren las acciones educativas". Sin embargo, para el Gerente Escolar 1 fue: "Sí, a través de una planificación entre sectores, informando a las Unidades Escolares para recibir el programa". Para el Gerente Escolar 2, fue "No" y para el Gerente Escolar 3: "Sí, el programa redujo la relación y mejoró en gran medida la comunicación, además de facilitar el acceso más rápido de los estudiantes a las políticas de salud".*

De los informes de los participantes, se observó que para la Coordinación de Salud, Coordinación Educativa, Enfermeras 1 y 2, Gerentes Escolares 1 y 2, hubo implementación intersectorial. Solo el Gerente Escolar 2 respondió negativamente, siempre y cuando no explicara por qué su respuesta. La Coordinación sanitaria, en la justificación de su declaración, revela una pregunta intrigante: *"varió mucho según la gestión de cada ejercicio"*. Reflejó el tema de que las acciones de política pública no siempre se conforman como política de Estado, sino como políticas de gobierno, donde la continuidad de las acciones se fragmenta así: en ciertos períodos las actividades intersectoriales se paralizan con los cambios propuestos por la gerencia.

Se configuró que en gobiernos más progresistas el programa pasó en su formato más democrático, como los Programas de Gobierno de Luiz Inácio Lula da Silva (2003-2006; 2007-2010) y Dilma Rousseff (2010-2013; 2014-2016). Sin embargo, en gobiernos con perfiles neoconservadores y ultraliberales (Actual Gobierno de Jair Messias Bolsonaro, 2018-2021), las acciones estratégicas del programa se reducen a una mirada, sin considerar la directriz característica de la intersectorialidad; algunos han quedado paralizados o excluidos.

En este sentido, coincidimos con la necesaria transformación en la lógica del poder de las agencias e intereses gubernamentales que están en constantes disputas en el ámbito de las políticas corporativas. Así, está influenciado por cambios paradigmáticos que se impregnan tanto en los instrumentos burocratizadores del Estado, como en las estructuras de su funcionamiento (JUNQUEIRA, 2000).

Al cuestionar estos temas respecto a la articulación integrada de acciones entre las Unidades Escolares y las Unidades de Salud de la Familia, la Coordinación de Salud respondió: *"Al principio se truncó un poco debido al bajo apoyo de los educadores, después del tiempo, esta articulación se fortaleció"*, respondió que eran *" Realizó talleres para concientizar para la presentación del proyecto inicial y ser actualizado con sugerencias durante el taller. Incluso se dieron estímulos de incentivo a la propuesta que contenía: camisa, bolso, bolígrafo, bloque*

*todo personalizado*". Para la Enfermera 1: "*Oportuna para apoyar estas acciones*" y, para la Enfermera 2: "*A través de reuniones entre la Unidad de Salud familiar y escolar*". Para la Coordinación Educativa fueron "*Las alianzas que involucran directamente a la dirección escolar y la coordinación pedagógica con el equipo de salud*". Para el Gerente Escolar 1 fue "*A través de conferencias, capacitación colectiva entre los empleados. Recibimos atención de estudiantes con tendencia a la depresión*". Para el Gerente Escolar 2 fue "*Técnicamente*" y para el Gerente 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.*

Los participantes expresaron que la articulación integrada entre las Unidades Escolares y las Unidades de Salud de la Familia corrobora lo que recomienda el programa, con la combinación de acciones de los Sistemas Municipales de Educación y Salud de Altamira. Ha contribuido ampliamente a la cobertura e impacta las políticas sociales de los estudiantes y sus familias, mejora la operacionalización local y sus especificidades (BRASIL, 2015). Los principios característicos de la intersectorialidad entienden que su implementación es conjunta, y moviliza un nuevo modelo estratégico en las políticas públicas como derechos sociales. Por ello, existen numerosos desafíos para la articulación integrada intersectorial en los Sistemas Municipales de Educación y Salud de Altamira, considerando la complejidad relacionada con la perspectiva de complementariedad en la promoción de políticas públicas para la población del país, con constantes demandas a resolver y complementar a través de una estrategia conjunta de estas políticas públicas, caracterizada por la intersectorialidad, que apunta a una atención universal, equitativa y de calidad.

Mientras tanto, coincidimos con Barroso, Vieira y Varela (2006, p. 184), quienes sugieren que el Proyecto Político Pedagógico propone la formación profesional en salud, corroborando la protección y promoción en salud de manera integrada, para posibilitar la necesaria interconexión entre sectores como la ciencia, las políticas de educación pública, la asistencia social, la seguridad, los derechos humanos, entre otros que son necesarios para llamar a la contribución a la justicia social.



Para ello, la reflexión para la acción efectiva entre los actores sociales participantes y sus conocimientos será un mecanismo auxiliar para su desempeño profesional futuro en el sector Salud, pues se caracteriza profesionalmente por tejer redes intersectoriales de salud, con alianzas interinstitucionales gubernamentales y no gubernamentales de intercambio, enfocándose en una calidad de vida saludable, recortando económicamente valores para la promoción de una transformación social justa, solidario y humanizado.

### **Consideraciones finales**

En este estudio, el objeto de investigación fue el Programa de Salud Escolar y su directriz caracterizada por el principio de intersectorialidad, que forma parte del marco constitucional federativo brasileño (BRASIL, 1988), que fue instituido por los Ministerios de Educación y Salud mediante el Decreto Presidencial N° 6.286 (BRASIL, 2007). Se dirigieron a niños, adolescentes, jóvenes y adultos de la Educación Pública Básica Brasileña, así como a las comunidades escolares (cuerpo directivo de la escuela, facultad, cuerpo estudiantil, personal de apoyo complementario y responsable de los estudiantes). Este programa tuvo como objetivo promover, prevenir y atender la salud para abordar las vulnerabilidades que interfieren con la educación integral para el desarrollo humano en las Políticas Públicas Municipales (BRASIL, 2007).

El principio de intersectorialidad revela acciones que no son sencillas, sin embargo, no son imposibles de llevar a cabo, dados los compromisos corresponsables institucionales y no institucionales, porque llama a la participación de la sociedad para perseguir los objetivos reales necesarios para la consolidación de las políticas públicas desde una perspectiva de derechos sociales, debido a la importancia dada a la ciudadanía local, con articulación e integración para considerar las peculiaridades y especificidades de la totalidad de la realidad local en las corresponsabilidades para la gestión del Grupo de Trabajo Intersectorial en la territorialidad en la que las acciones están realmente presentes.

Así, se observó que, en la fase de implementación del Programa, se establecen los aportes jurídicos normativos de corresponsabilidades y obligaciones de cada grupo federativo de acuerdo al régimen colaborativo, los cuales tienen el compromiso que cada miembro debe asumir, desde la perspectiva de financiamiento, capacitación y capacitación continua. En este sentido, los documentos oficiales, que planifican el camino a seguir desde el proyecto de implantación, ejecución, seguimiento, evaluación y renegociación de acciones estratégicas, en

particular el informe anual, no se ubicaron en ninguno de los sectores, lo que se considera una grave carencia.

Sin embargo, las voces de los actores sociales involucrados en esta investigación indicaron que las acciones se realizaron, sin embargo, se notó que no hay registros de actividades colectivas e individuales realizadas, lo que puede comprometer la calidad de la continuidad de las acciones estratégicas del programa. Sobre todo, se vio que las unidades de salud de la familia y las unidades escolares no son más que ejecutores de agendas ya preparadas; así, las acumulaciones y aclaraciones efectuadas en las fases de esta investigación, se concluyó que el Programa de Salud Escolar fue y es importante para la consolidación de los principios de los lineamientos y acciones de las Políticas Públicas de los Sistemas Municipales de Educación y Salud, considerando que es necesario un vínculo entre las Unidades de Salud de la Familia y las Unidades Escolares en su territorialidad local, ya que consideran al Proyecto Político Pedagógico de la Unidad Escolar como la guía de las acciones a realizar.

Otro tema que destacar es que la potenciación de las acciones de promoción de la salud en línea con el Proyecto Político Pedagógico de las unidades escolares considera el calendario escolar como 'norte' para la potencialización de las políticas educativas y de salud públicas, debido a que en la comunidad escolar existe un universo de sujetos sociales de cada realidad local. En el caso de Altamira - PA, esto no se percibió, porque no existía tal articulación integrada; a pesar de encontrar escaneos en los instrumentos con el camino a seguir por el Programa, no pudo ser factibilidad acorde con la realidad local, porque desconocía el conocimiento de los sujetos en su totalidad, estaba conformado por acciones fragmentadas, puntuales, sin discutir con cada sector su realidad y necesidad específica.

Sin embargo, a partir de las declaraciones de los actores sociales involucrados en esta investigación, se pudo inferir que tienen un cierto conocimiento sobre los lineamientos y acciones del programa, que se ocupa de la promoción de la salud de la colegiala para el desarrollo humano integral. Sin embargo, también se observó que estos no son seguros en relación con lo que realmente propone el Programa, dada cierta confusión sobre los conceptos, directrices, acciones y responsabilidades de cada sector corresponsable, y también se notó la necesidad de inversiones en capacitación y capacitación permanente, en vista de que este es un componente propuesto por el Programa para su consolidación.

Así, la experiencia de esta investigación sobre el Programa de Salud Escolar en Altamira - PA denuncia que el proceso de implementación se verticalizó, desconcentró las responsabilidades, casi siempre sin considerar toda la realidad local, porque se debe considerar

la vida de los actores sociales y su participación como parte del proceso para horizontalizar la implementación de la realidad local y sus necesidades activas.

Otro punto para destacar es la rotación de profesionales de los sectores de la Salud y la Educación por falta de efectividad, falta de licitaciones públicas y exceso de contratos durante un periodo determinado. Con esto, la capacitación y capacitación, como se recomienda en los documentos legales y se observa en las declaraciones de los participantes, desafortunadamente, no se consolidaron en Altamira - PA debido al obstáculo a la alta rotación de profesionales y la falta de vínculo con cada comunidad local.

Por ello, se considera como propuestas de políticas públicas educativas caracterizadas por la intersectorialidad que requieren de una serie de medidas, que no se limitan solo a la implementación del programa de Salud en la propia Escuela, sino que son necesarias para su éxito, tales como: actualizar el Plan de Cargos, Carreras y Salarios para estructurar una política pública de Estado y no solo de gobiernos; licitación pública municipal; además de establecer y operar el Grupo de Trabajo Territorial Adstrito, integrado por unidades de salud familiar, unidades escolares y sociedad civil local, con autonomía para la planificación, ejecución, monitoreo, evaluación y replanificación compartida de las acciones estratégicas del programa.

Finalmente, se destaca que las Políticas Públicas para la Promoción de la Salud Escolar son fundamentales para el éxito educativo, considerando que la emancipación de la estudiante relacionada con el cuidado de su salud, su familia y la comunidad local, puede contribuir a combatir la evasión y promover el éxito escolar.

## REFERENCIAS

ALTAMIRA. **Portaria Conjunta n. 01/2008**. Altamira, PA: Gabinete da Secretaria Municipal de Saúde e Secretaria Municipal de Educação, 2008.

ALTAMIRA. **Termo de Compromisso Municipal**. Altamira, PA: Secretaria Municipal de Saúde e Secretaria Municipal de Educação, 2011.

ALTAMIRA. **Lei n. 3.085, de 29 de junho de 2012**. Organiza e Estrutura o Sistema Municipal de Ensino de Altamira-SME e Reestrutura e Conselho Municipal de Educação. Altamira: Câmara Municipal, 2012. Disponible en: <https://altamira.pa.leg.br/wp-content/uploads/2021/07/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-Educacao.pdf>. Acceso: 07 dic. 2020.

ALTAMIRA. **Termo de Compromisso Municipal**. Altamira, PA: Secretaria Municipal de Saúde e Secretaria Municipal de Educação, 2019.

BANDEIRA, M. Á.; FEITOSA, S. M.; SOUZA, P. B. M. 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/> y <https://exnepeblog.files.wordpress.com/2018/06/marconde.pdf>. Acesso: 10 abr. 2019.

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

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

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília, DF: Presidência da República, 1988. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/constituicao.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm). Acesso: 05 Dic. 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: Presidência da República, 2007. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2007-2010/2007/decreto/d6286.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2007/decreto/d6286.htm). Acesso: 10 abr. 2019.

BRASIL. **Portaria Interministerial n. 675, de 4 de junho de 2008**. Institui a Comissão Intersetorial de Educação e Saúde na Escola. Brasília, DF: Presidência da República, 2008. Disponível em: [http://www.saude.ba.gov.br/wp-content/uploads/2017/07/DAB\\_PORTARIAINTERMINISTERIAL\\_675\\_4JUNHO2008.pdf](http://www.saude.ba.gov.br/wp-content/uploads/2017/07/DAB_PORTARIAINTERMINISTERIAL_675_4JUNHO2008.pdf). Acesso: 07 dic. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Instrutivo do Programa Saúde na Escola**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2011. Disponível em: [http://www.saude.ba.gov.br/wp-content/uploads/2017/07/DAB\\_INSTRUTIVO\\_PSE\\_2011.pdf](http://www.saude.ba.gov.br/wp-content/uploads/2017/07/DAB_INSTRUTIVO_PSE_2011.pdf). Acesso: 07 dic. 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: 06 dic. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Caderno do gestor do PSE / Ministério da Saúde, Ministério da Educação**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2015. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno\\_gestor\\_pse.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno_gestor_pse.pdf). Acesso: 27 de mayo de 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa Saúde na Escola**. Brasília, DF: MS, [s.a.]. 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, 2017. Disponible en: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/pri1055\\_26\\_04\\_2017.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/pri1055_26_04_2017.html). Acceso: 27 de mayo de 2019.

BRASIL. **Manual técnico de adesão e desenvolvimento das ações do Programa Saúde na Escola.** Brasília, DF: Ministérios da Saúde e da Educação e Cultura, 2018. Disponible en: [http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/pse/manual\\_PSE\\_MS\\_MEC.pdf](http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/pse/manual_PSE_MS_MEC.pdf). Acceso: 27 de mayo de 2019.

CURY, C. R. J.; REIS, M.; ZANARDI, A. C. **Base Nacional Comum Curricular: dilemas e perspectivas.** São Paulo: Cortez, 2018.

DELANDES, S. F.; GOMES, R.; MINAYO, C. S. (org.). **Pesquisa social: teoria, método e criatividade.** 28. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2009.

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

GÓIS, J. B. 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. Disponible en: <https://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/fass/article/view/13212>. Acceso: 05 dic. 2020.

INOJOSA, R. M. Intersetorialidade e a configuração de um novo paradigma organizacional. **Revista de Administração Pública,** Rio de Janeiro, v. 32, n. 2, p. 35-48, mar./abr. 1998. Disponible en: <https://bibliotecadigital.fgv.br/ojs/index.php/rap/article/view/7698>. Acceso: 15 dic. 2020

JUNQUEIRA, L. A. P. Novas formas de gestão na saúde: descentralização e intersectorialidade. **Saúde e soc.,** São Paulo, v. 6, n. 2, p. 31-46, dez. 1997. Disponible en: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-12901997000200005&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12901997000200005&lng=en&nrm=iso). Acceso: 05 dic. 2020.

JUNQUEIRA, L. A. P. Intersetorialidade, transectorialidade e redes sócias na saúde. **Revista de Administração Pública,** v. 34, n. 6, p. 35-45, 2000. Disponible en: <http://www.spell.org.br/documentos/ver/12786/intersetorialidade--transectorialidade-e-redes-sociais-na-saude/i/pt-br>. Acceso: 05 dic. 2020.

JUNQUEIRA, L. A. P.; INOJOSA, R. M.; KOMATSU, S. 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. Disponible en: [http://150.162.8.240/PNAP\\_2013\\_2/Modulo\\_4/Organizacao\\_processos\\_tomada\\_decisao/material\\_didatico/textos/Descentraliza%C3%A7%C3%A3o%20e%20intersectorialidade%20na%20gest%C3%A3o%20p%http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/periodicos/ccs\\_artigos/importancia\\_for\\_macao\\_continuada.pdfC3%BAblica%20municipal.pdf](http://150.162.8.240/PNAP_2013_2/Modulo_4/Organizacao_processos_tomada_decisao/material_didatico/textos/Descentraliza%C3%A7%C3%A3o%20e%20intersectorialidade%20na%20gest%C3%A3o%20p%http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/periodicos/ccs_artigos/importancia_for_macao_continuada.pdfC3%BAblica%20municipal.pdf). Acceso: 05 dic. 2020.

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

NASCIMENTO, S. 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](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-66282010000100006&lng=en&nrm=iso). Acesso: 05 dic. 2020.

PEREIRA, P. A. P. A intersectorialidade das políticas sociais na perspectiva dialética. *In*: MONNERAT, G. L.; ALMEIDA, N. L. T.; SOUZA, R. G. (org.). **A intersectorialidade na agenda das políticas sociais**. Campinas, SP: Papel Social, 2014.

SANTOS, D. A. dos; DIAS, D. S. Intersectorialidade: o desafio de uma nova arquitetura de gestão em Betim. **Perspectivas em Políticas Públicas**, Belo Horizonte, v. 5, n. 10, p. 119-129, jul./dez. 2012. Disponível em: [https://educacaointegral.org.br/wp-content/uploads/2014/06/artigo\\_dalvonete.pdf](https://educacaointegral.org.br/wp-content/uploads/2014/06/artigo_dalvonete.pdf). Acesso: 05 dic. 2020.

SILVA, C. S. **Saúde na escola**: intersectorialidade e promoção em saúde. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2019.

SILVA, C. S.; BODSTEIN, R. C. A. Referencial teórico sobre práticas intersectoriais em Promoção da Saúde na Escola. **Ciências & Saúde Coletiva**, v. 21, n. 6, p. 1777-1788, 2016. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/5QXfQJVsrDVPZY9WwDhmT8z/abstract/?lang=pt>. Acesso: 23 dic. 2020.

THIESEN, J. S. 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](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-24782008000300010&lng=en&nrm=iso). Acesso: 07 dic. 2020.

TOZONI-REIS, M. F. C. **Metodologia da Pesquisa**. 2. ed. Curitiba, PR: IESDE Brasil S/A, 2009.

TUMELERO, S. M. 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: 05 dic. 2020.

## **Cómo hacer referencia a este artículo**

BANDEIRA, M. Á.; OLIVEIRA; N. C. M. El programa de salud en la escuela: Concepciones y percepciones de acciones caracterizadas por el principio de intersectorialidad en las políticas educativas municipales en Altamira - Pará. **Revista Ibero-Americana de Estudos em Educação**, Araraquara, v. 17, n. 2, p. 1496-1518, abr./jun. 2022. e-ISSN: 1982-5587. DOI: <https://doi.org/10.21723/riace.v17i2.16795>

**Enviado en:** 10/12/2021

**Revisiones requeridas en:** 25/01/2022

**Aprobado en:** 20/03/2022

**Publicado en:** 01/04/2022