

**UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
FACULDADE DE SAÚDE PÚBLICA**

**Quando 1+1 resulta em 3.
As expressões da intersetorialidade entre saúde e educação
Uma revisão de escopo**

Soraya Souza Cruz

**Dissertação apresentada ao Programa de
Pós-graduação em Saúde Pública para
obtenção do título de Mestre em Ciências**

Área de concentração: Saúde Pública

Orientador: Prof. Dr. Marco Akerman

**SÃO PAULO
2022**

Quando 1+1 resulta em 3.

As expressões da intersetorialidade entre saúde e educação.

Uma revisão de escopo

Soraya Souza Cruz

**Dissertação apresentada ao Programa de
Pós-graduação em Saúde Pública para
obtenção do título de Mestre em Ciências**

Área de concentração: Saúde Pública

Orientador: Prof. Dr. Marco Akerman

Versão original

SÃO PAULO

2022

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

Catálogo da Publicação Ficha elaborada pelo Sistema de Geração Automática a partir de dados fornecidos pelo(a) autor(a) Bibliotecária da FSP/USP: Maria do Carmo Alvarez - CRB-8/4359

Cruz, Soraya

Quando 1+ 1 resulta em 3.: As expressões da intersetorialidade entre saúde e educação. Uma revisão de escopo / Soraya Cruz; orientador Marco Akerman. -- São Paulo, 2022. 116 p.

Dissertação (Mestrado) -- Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, 2022.

1. Intersetorialidade. 2. Análise de Políticas. 3. Políticas de Educação. 4. Políticas de Saúde. Akerman, Marco, orient. II. Mestrado.

Folha de avaliação

Nome: CRUZ, Soraya Souza

Título: Quando 1+1 resulta em 3. As expressões da intersetorialidade entre a saúde e educação. Uma revisão de escopo

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Pública para obtenção do título de Mestre em Ciências

Aprovado em: _____

Banca examinadora

Profa. Dra. Andrea Gomes Mohallen

Coordenadora da Graduação de Enfermagem – Hospital Israelita Albert Einstein

Julgamento:

Profa. Dra. Marília Cristina Prado Louvison

Faculdade de Saúde Pública USP

Julgamento:

Profa. Dra. Carmem Silvia Rotondano Taverna

Pontifícia Universidade Católica – PUC/SP

Julgamento:

Agradecimentos

Agradeço a essa força maior que já chamei de “Deus” e hoje me parece “Indecifrável”.

Agradeço a todas as mulheres que antes de mim lutaram para que hoje eu – mulher – possa estudar, votar, me expressar – enfim, ser cidadã.

Agradeço a todas às Marias da minha família, minha bisa que – descobri durante uma atividade da disciplina de pedagogia social – foi abandonada pelo marido por ser uma “chata”, e desde então me permito ser chata por ancestralidade; à minha avó Maria que se indignava com o fato de que, na época dela, eram necessários cinco votos femininos para equivaler a um voto masculino. À tia Maria que saiu das Minas Gerais e veio para São Paulo abrir caminho para as outras Marias.

À minha Maria preferida, a Maria Aparecida, minha mãe querida. Meu exemplo de mulher forte e batalhadora que me inspira a sempre seguir em frente, batalhar e pelejar. Formada pela Faculdade da Vida, me trouxe os ensinamentos que a Universidade não poderia me dar: “quem não sabe ter, fica sem!”. Amo, e não é pouco.

Às minhas irmãs Raquel e Paloma, que me fizeram perder o trono de filha única de uma vez e me promoveram à posição de irmã mais velha, posição que assumi na vida. Amo vocês, manas!

Ao meu querido sobrinho Pietro, que me mostrou um amor que eu ainda não conhecia.

Ao meu filho Miguel, que com toda sua generosidade, me apoia e me ensina todos os dias. Me trouxe a convicção da necessidade intersetorial da maternagem.

Ao meu companheiro Rey, mestre. Parceria na vida e nada menos do que isso há 5 anos.

A Ana Alice pelo AT no processo de inscrição, submissão e aprovação. (Promessa cumprida!)

Às minhas queridas professoras: Marília pela acolhida na Faculdade de Saúde Pública em grupo de orientação e Carmem que desde os idos da graduação me acompanha e supervisiona. Mulheres maravilhosas, inteligentes e inspiradoras.

Ao meu querido orientador Marco, que pacientemente me acolheu em seu grupo de orientados, cuidou de nós ao longo da pandemia e sempre nos deu liberdade para desenvolver os trabalhos. Obrigada pela confiança e companhia professor! Um marco na vida acadêmica.

E finalmente, agradeço a todas as famílias, crianças, adolescentes e a todos e todas as profissionais da saúde, educação, assistência social e demais setores com quem tive o privilégio de atuar ao longo dos anos e me permitiram construir um olhar mais sensível e crítico para o mundo.

‘...fiquei pensando que em cada grande cidade existe pelo menos um monumento ao soldado desconhecido: homens que foram para a guerra e nunca voltaram. Seus corpos não identificados de quem esteve em combate, mas nunca pôde receber uma medalha. Mesmo minúsculos e parte de uma grande engrenagem muito maior do que a vida, eles puderam ser lembrados. Queria eu que em cada grande cidade, em sua praça principal, existisse um monumento para a mulher desconhecida. Aquela que lutou batalhas que jamais saberemos, mais que com suas mãos invisíveis nos trouxe até aqui, com pequenas resistências.’

Monumento para a mulher desconhecida (Corrêa, 2022)

RESUMO

CRUZ, S.S. **Quando 1 + 1 resulta em 3. As expressões da intersectorialidade entre a saúde e a educação – Uma revisão de escopo.** 2022. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública – Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo,2022)

Saúde e educação se mostram como campos bem definidos, mas sua construção intersectorial e suas interfaces ainda é um processo em construção para os saberes e práticas da saúde coletiva. O fio condutor desta pesquisa é a busca pelo conhecimento sobre como a intersectorialidade se manifesta no cotidiano de profissionais e usuários das redes da saúde e da educação, o que os mobiliza e como desenvolvem as ações. O foco será a ação de profissionais que atuam conjuntamente, sem homogeneizar e nem invisibilizar seu campo de práticas específico, uma vez que a prática intersectorial é justamente a possibilidade de que 1+1 seja igual a 3. A discussão do tema será feita a luz dos conceitos de intersectorialidade como a base para construção de políticas públicas e como dispositivo para alteridade e negociação entre os profissionais. A articulação entre os vários planos de análise será amparada pela teoria de análise de políticas educacionais proposta por Ball e Bowe no encontro com a construção política da intersectorialidade.

O objetivo geral é identificar as expressões intersectoriais entre saúde e educação na promoção da saúde a partir do mapeamento da produção acadêmica; identificando potências e desafios.

Foi realizada revisão de escopo norteada pela proposta metodológica da JBI com a pergunta de pesquisa: “Quais são as expressões da intersectorialidade entre saúde e educação e o que produzem?”

Foram encontrados e analisados 40 artigos que apresentaram as expressões da intersectorialidade entre a saúde e educação e foram analisados em duas dimensões: estudos sobre políticas públicas e programas desenhados para fomentar a intersectorialidade entre a saúde e a educação e estudos sobre práticas pontuais disparadas pelos atores locais a partir da percepção da complexidade do problema enfrentado.

Considerando que a intersectorialidade pode apresentar-se como a Babel das Políticas Públicas e fomentar esforços entre os setores voltados para resolução de problemas de saúde pública ou se mostrar como dispositivo para a alteridade e negociação entre os atores dos campos da saúde e da educação interessados em enfrentar problemas complexos do cotidiano. Na análise do ciclo de políticas, a Babel seria a política prescrita e o dispositivo, a política interpretada na execução; e o ciclo se transforma a partir dessas interações.

A revisão de escopo demonstrou que as expressões da intersectorialidade entre a saúde e a educação podem ser percebidas em ações compartilhadas entre seus atores, com práticas assistenciais e educativas para atender à necessidade dos territórios. Essas práticas podem ser voltadas para educação em saúde da população e em processos de qualificação dos profissionais de saúde e da educação, tendo importante papel as universidades no campo da saúde na proposição de ações intersectoriais.

Palavras-Chave: Intersectorialidade, Análise de Políticas, Políticas de Educação e Políticas de Saúde.

Abstract

CRUZ, S.S. **When 1 + 1 results in 3. Expressions of the intersectionality between health and education – A scope review. 2022.** Dissertation (Master's in Public Health – Faculty of Public Health, University of São Paulo, São Paulo, 2022)

Health and education are well-defined fields, but their intersectoral construction and their interfaces are still a process under construction for collective health knowledge and practices. The guiding principle of this research is the search for knowledge about how intersectorality manifests itself in the daily lives of professionals and users of health and education networks, what mobilizes them and how they develop actions. The focus will be on the actions of professionals who work together, without homogenizing or making their specific field of practice invisible, since intersectoral practice is precisely the possibility that 1+1 equals 3. of the concepts of intersectorality as the basis for building public policies and as a device for otherness and negotiation between professionals. The articulation between the various plans of analysis will be supported by the theory of analysis of educational policies proposed by Ball and Bowe in the encounter with the political construction of intersectorality.

The general objective is to identify the intersectoral expressions between health and education in health promotion based on the mapping of academic production; identifying strengths and challenges.

A scope review was carried out guided by the methodological proposal of the JBI with the research question: "What are the expressions of intersectorality between health and education and what do they produce?"

Forty articles were found and analyzed that presented the expressions of intersectionality between health and education and were analyzed in two dimensions: studies on public policies and programs designed to encourage intersectionality between health and education and studies on specific practices triggered by local actors from the perception of the complexity of the problem faced.

Considering that intersectorality can present itself as the Babel of Public Policies and encourage efforts between sectors aimed at solving public health problems or show itself as a device for alterity and negotiation between actors in the fields of health and education interested in tackle complex everyday problems. In the analysis of the policy cycle, Babel would be the prescribed policy and the device, the policy interpreted at execution; and the cycle transforms from these interactions.

The scope review demonstrated that the expressions of intersectorality between health and education can be perceived in shared actions among its actors, with care and educational practices to meet the needs of the territories. These practices can be focused on health education for the population and on qualification processes for health and education professionals, with universities playing an important role in the field of health in proposing intersectoral actions.

Keywords: Intersectionality, Policy Analysis, Education Policies and Health Policies.

SUMÁRIO

1. DAS MINHAS REFLEXÕES.....	2
A) E ACONTECEU 2020.....	2
B) DA EXPERIÊNCIA DA AUTORA PARA O DESENHO DA PESQUISA	4
2. INTRODUÇÃO	7
3. DAS BASES TEÓRICAS QUE AMPARAM ESSA PESQUISA	9
A. SOBRE A INTERSETORIALIDADE E SUAS EXPRESSÕES	9
A. INTERSETORIALIDADE COMO A BABEL DAS PRÁTICAS EM SAÚDE.....	13
B. INTERSETORIALIDADE COMO DISPOSITIVO PARA ALTERIDADE E NEGOCIAÇÃO.....	15
B. SOBRE A SAÚDE	17
A) A SAÚDE COMO CAMPO TEÓRICO.....	17
B) A SAÚDE COMO PRÁTICA	23
C) O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE – SUS	24
D) OS AVANÇOS E DESAFIOS DO SUS	25
E) SISTEMA DE SAÚDE: MODO DE USAR	27
C. SOBRE A EDUCAÇÃO	30
A) A EDUCAÇÃO COMO CAMPO TEÓRICO.....	30
B) A EDUCAÇÃO COMO PRÁTICA	34
C) A ESCOLA E A EDUCAÇÃO EM TEMPOS DE PANDEMIA.....	40
4. SOBRE AS EXPRESSÕES DA INTERSETORIALIDADE ENTRE A SAÚDE E A EDUCAÇÃO	45
A) POLÍTICA NACIONAL DE EDUCAÇÃO POPULAR EM SAÚDE - PNEP SUS.....	45
B) PROGRAMA SAÚDE NA ESCOLA – PSE	48
C) PESQUISA NACIONAL DE SAÚDE DO ESCOLAR – PENSE.....	54
5. DOS OBJETIVOS.....	57
A) OBJETIVO GERAL.....	57
B) OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	57
6. DA METODOLOGIA.....	58
A) FORMULANDO UMA PERGUNTA DE REVISÃO	59
B) DEFINIÇÃO DE CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO	61
C) LOCALIZANDO ESTUDOS POR MEIO DA PESQUISA	62
D) SELECIONANDO ESTUDOS PARA INCLUSÃO.....	62
E) AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DOS ESTUDOS	63

F)	ANALISAR E SINTETIZAR OS ESTUDOS RELEVANTES.....	63
G)	APRESENTAR E INTERPRETAR OS RESULTADOS, INCLUINDO POTENCIALMENTE UM PROCESSO PARA ESTABELECE CERTEZA NO CORPO DE EVIDÊNCIAS	63
7.	DOS RESULTADOS	66
8.	DAS POSSIBILIDADES ANALÍTICAS	67
A)	INTERSETORIALIDADE COMO A BABEL DAS POLÍTICAS.....	67
B)	INTERSETORIALIDADE COMO DISPOSITIVO PARA ALTERIDADE E NEGOCIAÇÃO	75
9.	DISCUSSÕES, CONSIDERAÇÕES E AFINS.....	82
A)	DA INTERSETORIALIDADE COMO A BABEL DAS POLÍTICAS.....	82
B)	DA INTERSETORIALIDADE COMO DISPOSITIVO PARA ALTERIDADE E NEGOCIAÇÃO.	88
10.	DAS NOVAS POSSIBILIDADES	91
11.	REFERÊNCIAS	97
12.	ANEXO 1 – DESCRIÇÃO DOS ARTIGOS INSERIDOS NA PESQUISA	106

1. Das minhas reflexões

Julgo relevante descrever o contexto em que o presente trabalho se deu. Minha prática profissional que percorreu a assistência social, saúde e educação voltada para infância e adolescência sempre mostrou o quanto é necessário a articulação entre os setores, conversar com as pessoas destes locais, ouvi-las e construir espaços de atuação e movimentação a partir disso.

Fui aprovada no processo seletivo para o mestrado no final de 2018 e início das atividades em 2019, junto com a troca do governo federal e estadual numa campanha cheia de controvérsias. Entrar numa universidade pública para estudar sobre saúde pública frente a promessas de campanhas liberais e propostas reacionárias produziu um início cheio de receios. Já nessa época questões relacionadas à educação me chamavam atenção pelo número de notícias duvidosas — para dizer o mínimo — que circulavam entre as pessoas.

Houve um uso complicado do senso crítico e o costume de refutar dados com opinião e para citar um exemplo: notícias de que um dos candidatos à presidência do Brasil teria criado um “kit gay” para crianças de seis anos. Essa notícia circulava pelo debate sobre “ideologia de gênero” e práticas educativas que estimulariam as crianças a “tornarem-se” homossexuais — um assunto tão complexo que reúne tantas aspas em um pequeno parágrafo. Essa fantasia foi criada sobre um projeto de educação sexual a ser desenvolvido em escolas públicas na época em que um dos candidatos à presidência foi Ministro da Educação.

a) E aconteceu 2020

No início de 2020 começaram a chegar no Brasil as notícias e casos de COVID19, doença causada pelo novo coronavírus que evoluiu de epidemia na China em 2019 para pandemia em março de 2020. Numa perspectiva mais pessoal, a data da banca da minha qualificação — em 13/03/2020 encerrou, na primeira quinzena de março, um mundo da forma como o conhecíamos.

A partir daí as pessoas foram bombardeadas com informações verdadeiras e falsas. A Organização Mundial da Saúde — OMS — indicou uso de máscaras de proteção, o Conselho Nacional de Saúde — CNS —

recomendou medidas de distanciamento e isolamento social, em contrapartida, autoridades de diversas partes do mundo e do Brasil se tornaram porta vozes do senso comum e propagadores de informações falsas. O presidente dos Estados Unidos à época, Donald Trump, se recusava a usar máscara de proteção em público enquanto o presidente do Brasil circulava entre as pessoas sem se preocupar com o distanciamento social causando aglomerações e questionando as ações de governadores que tentaram implantar as medidas do “Fique em Casa” — orientações sobre o fechamento de serviços não essenciais e a diminuição de circulação pelos espaços públicos com foco na diminuição do contágio. Boris Johnson, no Reino Unido, teve um início de gestão de crise bastante comedido, contra as ações mais incisivas como a quarentena e fechamento dos serviços não essenciais, mas mudou de postura após sua internação em decorrência da doença.

E a população? Fez o que pôde com os instrumentos que tinha. As medidas de distanciamento social adotadas no Brasil, foram bastante heterogêneas e às vezes em direções opostas. Enquanto a OMS recomendava a isolamento quando possível e distanciamento de pelo menos um metro entre as pessoas, o presidente do Brasil, repetidas vezes dizia que “o povo tem que ir para a rua” e chegou a se referir à doença como uma “gripezinha”. Medidas de incentivo para empresas ou suporte para trabalhadores informais conseguirem ficar em casa demoraram a acontecer e alcançaram parte pequena da população.

O uso da máscara de proteção — medida eficaz contra a contaminação — também foi alvo de disputa na narrativa dos governantes, divididos entre aqueles que aderiam e recomendavam e aqueles que negavam e incentivavam a população a não utilizar. Há registros fotográficos de Ministros da Saúde negligenciando esse equipamento de proteção ou usando de forma indevida quando o fez.

A forma como as pessoas aderiram aos protocolos e os debates que surgiram a partir disso me fizeram refletir sobre a relevância do tema de atuação intersetorial da saúde, em um momento em que o protagonismo desse setor se transformou em uma atuação solo e se mostrou insuficiente para o enfrentamento da pandemia.

Explico: sem ações intersetoriais que permitissem que as pessoas recebessem educação a respeito do assunto, sobre a necessidade urgente de transformação e/ou tradução da linguagem científica no início da pandemia e no momento de adesão à vacinação, as ações da saúde foram pontuais e reativas. A falta de políticas sociais que conversassem com a necessidade de isolamento social, que permitissem que as pessoas ficassem de fato em casa e pudessem receber seus salários, as empresas com subsídios para manter os empregos e assim por diante. Faltou política intersetorial para atender a uma demanda de saúde.

Nesse período, eu estava atuando em projeto de educação em saúde em escolas públicas e pude observar de perto o impacto que essa falta de intersetorialidade trouxe. Enquanto o setor saúde se desdobrava no atendimento crescente das pessoas com complicações da COVID19, o setor educação paralisou-se fechando as escolas e aguardando pelo momento de reabertura. Como essa situação foi completamente nova, demorou-se a perceber o quanto isso ia durar, e o que a educação poderia e teria que fazer.

A pandemia de COVID-19 consolidou-se como um problema complexo, com impactos e reflexos em vários setores. A necessidade de isolamento e distanciamento social levou ao fechamento de serviços e com isso, questões econômicas e sociais se manifestaram a partir do desemprego e do fechamento de escolas, como apontam os dados do relatório do Banco Mundial. Nesse documento é possível identificar que para esse complexo problema seriam necessárias complexas ações de diferentes setores, uma vez que essa questão de saúde mobilizou todos os demais setores da sociedade. Nesse contexto de complexidade, as ações setoriais podem se mostrar limitadas, abrindo a possibilidade para a necessária reflexão sobre a intersetorialidade. E foi por esse caminho — as ações intersetoriais entre a saúde e a educação — que o presente trabalho seguiu.

b) Da experiência da autora para o desenho da pesquisa

A autora do presente trabalho atua há cerca de 10 anos em uma instituição de saúde que mantém parcerias público-privada com secretarias municipais de saúde, e em 2018 assumiu a coordenação de um projeto de

educação em saúde para crianças. Esse projeto tem como perspectiva a importância de despertar o protagonismo em saúde em prol da participação social nos sistemas de saúde, e que a idade mais interessante para esta intervenção seria a infância, devido ao momento especial de desenvolvimento propício à aprendizagem.

Pesquisas realizadas sobre as práticas de educação em saúde para crianças com foco em ações e métodos empreendidos, suas potencialidades e seus desafios, com objetivo de desenvolver práticas baseadas em evidências com indicadores de efetividade. As pesquisas iniciais versavam em produções científicas, acadêmicas e relatos de experiências com atores dos setores, além da prática profissional da autora.

Foi identificado que educação e saúde se mostraram campos bem definidos e delimitados, que a educação em saúde — uma das expressões da intersectorialidade entre a saúde e a educação — estava ocupada com o aprimoramento de profissionais da saúde. Observou-se também que algumas políticas estimulavam práticas intersectoriais entre a saúde e a educação voltadas para a promoção de saúde da população e trabalhos pontuais de graduação e pós-graduação sobre o tema, que serão apresentados posteriormente nos resultados da revisão de escopo. Verificou-se uma carência de estudos sobre práticas intersectoriais de saúde e educação e por coerência, optou-se por unir a teoria à prática e propor o tema como norteador do trabalho de mestrado.

Diante desses fatos, interessa aqui produzir uma pesquisa sobre as expressões da intersectorialidade entre a saúde e a educação que permitam embasar o projeto para o trabalho — profissional e acadêmico.

Interessa saber como acontecem as práticas, entender como a intersectorialidade se manifesta no cotidiano de profissionais e usuários das redes da saúde e da educação, onde esses encontros acontecem, o que os mobiliza e como desenvolvem as ações.

O presente trabalho compreende que não é interessante resumir um setor a seus serviços, por isso optou por chamar de expressões da intersectorialidade todas as propostas e organizações de encontros entre os atores de saúde e educação, identificados nos artigos revisados, onde sejam identificados relatos de agentes que fizeram “alguma coisa junto” nesse campo intersectorial de

atuação voltadas para a promoção de saúde — naquele contexto amplo das cartas da OMS.

2. Introdução

O conceito de saúde defendido pela Organização Mundial da Saúde — OMS — evoluiu bastante ao longo dos anos, saindo de um conceito de tudo ou nada para uma concepção mais complexa, onde afirma que:

“As condições e os recursos fundamentais para a saúde são: Paz – Habitação – Educação – Alimentação – Renda - ecossistema estável – recursos sustentáveis - justiça social e equidade O incremento nas condições de saúde requer uma base sólida nestes pré-requisitos básicos.” (OMS, 1986)

A essa afirmação, a OMS acrescentou que “a pobreza é a maior ameaça à saúde” (OMS, 1997), trazendo à necessidade de compreender os determinantes sociais da saúde.

Nesse sentido, a saúde é produzida no cotidiano das pessoas. É possível reconhecer que os encontros entre as pessoas com o meio são potencialmente promotores da saúde. Há encontros agendados para a promoção da saúde, mediados por profissionais e há encontros cotidianos sem mediação ou intenção de promover a saúde que serão tão potentes quanto — ou mais. Certamente é um vasto campo de estudo e é importante delimitar qual é o encontro e quais são as ações a serem estudadas pela presente pesquisa. Nesse trabalho, o foco será os encontros entre os profissionais da saúde e da educação, seja nos serviços identificados como exclusivos de cada área de atuação – escolas, unidades de saúde — quer seja em ambientes híbridos, ou seja, espaços que seriam da gestão de outros setores — como parques e bibliotecas, por exemplo — e identificar o que fazem juntos, a isso a denominou expressões da intersectorialidade entre a saúde e a educação.

A escolha, como já apresentado, está relacionada ao desejo da autora em tratar sobre a teoria e a sua prática, que possa dar base e sentido para ambos — a teoria da vida acadêmica com a prática do cotidiano profissional. Trabalhadora do campo da infância e adolescência a autora se apresenta como interdisciplinar por força da atuação; seu percurso profissional começou na assistência social, em seguida no campo da saúde mental e recentemente atua na educação em saúde, por isso a opção de entender as expressões da intersectorialidade partindo do campo da saúde em direção ao campo da educação. Reconhece a escola como lugar potente, demandada e demandante

das diversas políticas que permeiam a atividade educativa e atravessam a vida das crianças e adolescentes que circulam por ela.

Por ser um lugar e um serviço inserido no cotidiano infantojuvenil, a escola convoca e permeia diversas ações desse público; práticas e políticas intersetoriais se amparam e se constroem contando com o suporte da escola como por exemplo programas de transferência de renda (Governo do Brasil, 2019) e o Programa de Erradicação do Trabalho Infantil – PETI (Governo do Brasil, 2019), bem como o Programa Saúde na Escola – PSE (Brasil, 2022), citando exemplos brasileiros.

3. Das bases teóricas que amparam essa pesquisa

Diante do desafio de construir o presente trabalho utilizando a metodologia de pesquisa que será apresentada, faz-se necessário expor os pressupostos teóricos utilizados para sua realização. O caminho escolhido seguirá pela definição da intersetorialidade e apresentação do prisma que será utilizado, em seguida dos conceitos de saúde e suas possibilidades práticas bem como do campo da educação. Espera-se que dessa forma seja possível compreender a execução da pesquisa e a análise dos resultados obtidos.

a. Sobre a intersetorialidade e suas expressões

“E contou-me uma história antiga, que escutara de seus avós. Naquele tempo, os morcegos cruzavam os céus com a vaidade de se acreditarem criaturas sem semelhança nesse mundo. Certa vez, um morcego tombou ferido numa encruzilhada de caminhos. Passaram por ali os pássaros e disseram: olha, um dos nossos! E levaram-no para o reino dos pássaros. O rei das aves, porém, ao ver o morcego moribundo, comentou: ele tem pelos e dentes, não é dos nossos, levem-no daqui para fora. E o pobre morcego foi depositado no lugar onde havia tombado. Passaram os ratos e disseram: olha, é um dos nossos, vamos salvá-lo! E conduziram-no à presença do rei dos ratos, que proclamou: tem asas, não é dos nossos. Levem-no de volta! E conduziram o agonizante morcego para o fatídico entroncamento. E ali morreu, só e desamparado, aquele que quis pertencer a mais do que um mundo” (Couto, 2015).

Para que a seleção desse trecho seja compreendida na introdução do tópico sobre intersetorialidade é preciso a descrição do contexto da história e a associação que feita entre ela e o tema. Nessa trilogia, Mia Couto narra a história de Imani, uma africana que foi educada por padres portugueses por isso falava a língua portuguesa e os dialetos locais. Por isso, ela foi escolhida para acolher um oficial português destinado a ocupar o posto militar em sua vila. Durante toda a história, Imani faz a tradução entre as expressões portuguesas e os dialetos africanos, pois foi necessário sair da vila e ir em direção ao distrito central e circularam entre vários povoados.

O pai de Imani fez uma aposta ao confiar a filha aos padres portugueses, acreditando que essa educação diferenciada seria uma possibilidade de outros caminhos para a filha, mas aquilo que seria uma benção também foi a maldição de Imani: a possibilidade de expressar-se e compreender dois mundos tão

diferentes fez com que ela não pertencesse a nenhum dos dois. Os africanos consideravam-na uma traidora por conversar com o opressor e os portugueses não conseguiam superar a cor de sua pele a ponto de considerarem-na um par. Imani ficou sem pertencimento.

Na saga da heroína, Imani se vê compreendendo as potências e as fraquezas desses dois mundos; ela percebe as incoerências e as belezas tanto de seu povo quanto desses estrangeiros e para complexificar, se apaixona por um português.

No exame de qualificação instigou-se a procura por outras versões do mito do morcego, principalmente pelo fim trágico do conto apresentado por Mia Couto. Porém, a opção de contextualizar o conto mostrou-se mais interessante. Apresentar que não era o conto em si que levou à analogia e sim a saga de Imani, enquanto personagem que constrói um lugar entre os dois mundos, ocupando, traduzindo e construindo pontes a partir da linguagem, da expressão. Imani é uma personagem intersetorial.

Akerman et al. (2014) afirmam que faltam teorias que amparem a pesquisa sobre a intersetorialidade e a autora pôde compreender isso ao fazer a busca nas bases de dados: ao que parece o termo intersetorialidade é um tema relativamente novo para as pesquisas de saúde e educação. Não é tão simples de achar o termo correlato, da forma como se apresenta na língua portuguesa, apesar de existirem descritores próximos como, por exemplo: colaboração intersetorial, ação intersetorial, cooperação intersetorial, política intersetorial, rede intersetorial, entre outros. Em outras línguas a palavra intersetorialidade não existe como ação em si mesma, apenas como uma qualidade das ações cooperativas, enquanto na língua portuguesa a palavra em si já traz essa colaboração na própria grafia.

Para haver intersetorialidade é necessário compreender o que é “inter” e o que é “setor” e a autora propõe o início do caminho pela definição das palavras:

Inter, de acordo com o dicionário, é um prefixo da preposição e preverbo: no interior de dois, entre, no espaço de, (GOOGLE INC., 2020)

Setor, de acordo com o dicionário online Priberam (2019): é uma subdivisão, um aspecto particular de um conjunto, uma parte do todo, tem características próprias que o diferenciam do todo, sem se desintegrar dele, tem seus limites definidos, é um campo ou zona de ação de um indivíduo ou de uma organização; e no contexto militar é

uma zona de ação no combate defensivo ou circunscrição territorial confiada a uma grande unidade (Priberam, 2019)

Dito isso, no sentido léxico a intersetorialidade vai dizer da relação entre as partes que fazem o todo. Nessa perspectiva, os setores têm aquilo que lhes são característicos e aquilo que lhes iguala aos demais para formar o todo.

Romagnoli e Silva (2019) afirmam que a intersetorialidade é uma estratégia essencial que oferta suporte às políticas públicas e é importante que o conceito esteja presente desde a concepção e conseguir se traduzir na prática profissional. Segundo as autoras a intersetorialidade pressupõe uma atuação que supere o modelo setorizado de organização dos serviços, uma vez que essa forma de organização do saber e do fazer não atende mais às complexidades contemporâneas. Vale ressaltar que nessa concepção não se trata de aniquilar as diferenças, mas pelo contrário, reconhecê-las para que as ações possam se construir a partir das somas entre os diferentes na construção de um campo do comum, daquilo que podem participar e interagir os diversos setores. Chama a atenção que as autoras (2019) se referem a intersetorialidade como dispositivo de suporte para o trabalho que sustenta as tensões e os conflitos na construção de formas de enfrentamento das problemáticas do cotidiano.

Considerando essas definições, o foco da presente pesquisa é levantar relatos sobre a ação de atores de lugares diferentes que se ocupem em fazer alguma coisa em conjunto. E esse fazer junto não deve homogeneizar práticas e nem apagar as diferenças, a prática intersetorial é justamente a possibilidade de que $1 + 1$ seja igual a 3. A partir da soma de duas coisas, pode surgir uma terceira, com características próprias e com um pouco das características de cada parte. É mais que a somatória, é criação. Os autores (Akerman et al, 2014) trazem reflexões de que a equidade em saúde não será alcançada com esforços apenas do setor da saúde, e que para tanto será necessário esforço de governança intersetorial.

Morin apud Inojosa (2001) relata que as disciplinas surgiram do paradigma da disjunção e da redução, resultando em “clausuras setoriais”. A autora toma esse caminho para discutir sobre como o conhecimento sobre o mundo se encapsulou com o objetivo de esgotar suas questões. A transdisciplinaridade, assim como a intersetorialidade, busca o contrário

ampliação, junção e a criação de novas e novas questões. Utilizando ainda o sociólogo Morin para desenvolver sua análise, Inojosa (2001) traz para esse debate a teoria da complexidade que, segundo a autora, trabalha com a diversidade de causas, efeitos e cenários. Segundo a autora é preciso “superar a fragmentação do conhecimento” e avançar para possibilidades de construção dos saberes e dos fazeres que, mais do que estarem dispostos lado a lado, possam interagir, trocar e criar saberes e novos saberes a partir desse encontro. Morin apud Inojosa (2001) teria afirmado que complexidade é “o que está tecido em conjunto”, se está tecido, está trançado, amarrado, costurado, enfim, feito em conjunto. E se feito em conjunto, só pode ser refeito da mesma forma.

No âmbito político existem grandes setores temáticos: educação, saúde, cultura, trabalho, lazer, entre outros — e em todos eles existem atuações públicas e privadas. De acordo com a definição léxica, a intersectorialidade diz respeito à relação entre os grandes setores temáticos e parece lógica a existência dessa relação nas práticas, ao menos no campo teórico, lembrando os pré-requisitos para a saúde construído pela OMS e já apresentados. No trabalho em questão, a autora busca encontrar as manifestações entre setores saúde e educação realizadas de forma intersectorial, ou seja, práticas onde seja possível identificar os atores e o algo novo criado a partir desse encontro.

Em estudo sobre a revisão de literatura para investigar o papel da intersectorialidade nas práticas de promoção de saúde nas políticas públicas (Azevedo, Pelicioni, & Westphal, 2012) as autoras destacam que propostas intersectoriais trazem ao centro a questão sobre a hegemonia de atuação do setor saúde para resolução de problemas do binômio saúde — doença.

Reconhecendo a impossibilidade de que apenas um setor de conta da produção de saúde tanto numa esfera reducionista como a concepção a partir do dito binômio quanto na ampliação da produção de saúde no campo da complexidade. A intersectorialidade questiona e reconhece que não é mais possível trabalhar de forma reducionista.

Em concordância com o pressuposto teórico apresentado, a Política Nacional de Promoção da Saúde — PNPS do governo brasileiro destaca que o papel da intersectorialidade é:

“Desta forma, na perspectiva da promoção da saúde, a articulação intersetorial deve estimular e impulsionar os demais setores a considerar, na construção de suas políticas específicas, os fatores e as condições de vulnerabilidade, os riscos e as potencialidades da saúde que afetam a vida da população, responsabilizando, assim, todos os setores e fazendo com que a saúde componha as agendas de todas as políticas públicas.” (Brasil, 2018) pag. 8

Essa escrita apresenta a intersetorialidade como força de ação, como o motor que movimenta a construção de políticas considerando as interconexões da saúde com os demais campos do saber e do fazer. Isso quer dizer que a saúde deve ser incorporada e incorporar problemática de outros setores. Adiante apresentará as cartas da Organização Mundial da Saúde para apoiar a construção do conceito de saúde e dentre elas aprofundará o que foi chamado de “Saúde em todas as políticas”, agora cabe dizer que a intersetorialidade vai de encontro com essa chamada global e propor a reflexão de que, considerando a intersetorialidade como movimento – como relação – é preciso trazer todas as políticas para saúde.

Dentre cinco categorias de análise levantadas pelos autores (Akerman et al, 2014) o presente trabalho utilizará duas, a primeira relacionada ao campo institucional da intersetorialidade e a segunda como instrumento da prática de promoção à saúde, mas uma vez na tentativa de trabalhar intersetorialmente a teoria e a prática. As categorias são:

a. Intersetorialidade como a Babel das práticas em saúde.

No artigo Akerman et al, (2014) indicam caminhos para a realização de pesquisas no campo da intersetorialidade em saúde e em dois deles tomam emprestado a história bíblica da torre de Babel. No texto os autores citam que Deus se enfureceu com os homens e lhes impôs o castigo divino de não compartilhar mais a mesma língua. Como essa fúria divina se deu no contexto da construção da torre de Babel, foi esse o título que ficou para a posteridade.

A autora do presente trabalho é psicóloga, próxima ao campo da psicanálise lacaniana, e essa questão de linguagem lhe chamou a atenção e por isso recorreu à história completa descrita na bíblia. Consta no livro de Gênesis

(2021) que no início dos tempos, os descendentes de Adão e Eva falavam a mesma língua e iam ocupando a Terra. Encontraram um lugar onde julgaram interessante construir uma cidade, e para isso investiram em tijolos e argamassas especiais, para que construindo ali uma estrutura firme, pudessem manter-se unidos e assim manterem suas memórias. Então Deus, vendo esse objetivo comum que unia os homens (e as mulheres) pensou consigo: “Vejam se isto é o que eles já são capazes de fazer; sendo um só povo, com uma só língua, não haverá limites para tudo o que ousarem fazer.” (Genesis 11.6). É fato conhecido que Deus tenha confundido as línguas, mas o motivo de ter feito isso, interessa mais.

O "castigo de Deus" foi, na verdade uma estratégia de controle, pois uma vez que a língua fosse a mesma e houvesse um objetivo comum “não há limites para tudo o que ousarem fazer”. Nesse sentido, a torre de Babel seria a intenção de construção do comum e a confusão das línguas foi a estratégia utilizada pelo divino para dar limites às ousadias humanas - a torre seria um memorial intersetorial. Uma leitura possível é que ameaçado pela potência do objetivo comum, o Deus descrito por Moisés no Gênesis tenha optado pela dominação através da segregação.

Embora o conceito psicanalítico de linguagem concorde mais com a fala de Antonie de Saint-Exupéry: “A linguagem é uma fonte de mal-entendidos”, (Saint-Exupéry, 2009) no texto bíblico a linguagem aparece como ferramenta que ameaça o próprio Criador, pois instrumentaliza os homens — e as mulheres — para a construção do comum.

À categoria de análise que os autores (Akerman, et al 2014) chamaram de “Intersetorialidade como a Babel das Políticas Públicas”, acrescento essa potência do compartilhamento do comum. Essa categoria diz respeito às políticas públicas com práticas intersetoriais desde a sua concepção, de forma que tensionam para essa construção do comum no território - uma forma de memorial intersetorial. A categoria de análise traz a reflexão sobre as respostas governamentais às necessidades da população e a constatação de que, na prática, a intersetorialidade tem se manifestado de forma pontual, fragmentada e de baixa sustentabilidade.

No presente trabalho sobre as expressões da intersetorialidade entre saúde e educação, essa categoria de análise permitirá identificar produções

acadêmicas que busquem a compreensão de políticas públicas desenhadas para responder às demandas de promoção de saúde dos cidadãos e como tensionam para que essa prática se dê.

Para cada categoria de análise, Akerman et al (2014) indicam questões norteadoras para análise; no caso da intersectorialidade como a Babel das Políticas Públicas as questões apontadas pelos autores e que serão utilizadas para identificar quais artigos entrarão para análise foram traduzidas em:

- quem são os protagonistas das ações intersectoriais;
- qual o papel do setor saúde;
- quais incentivos para os atores;
- quais são os elementos de sustentabilidade.

Os artigos que forem categorizados nesse recorte serão aqueles onde constem respostas para essas questões.

b. Intersectorialidade como dispositivo para alteridade e negociação.

O outro caminho de análise trazido por Akerman et al (2014) adotado neste trabalho reconhece a intersectorialidade com dispositivo para alteridade e negociação, compreendendo-a como potencializador da escuta qualificada e para o exercício do direito à diversidade na construção do comum, ainda que temporariamente. Diferente do caminho anterior, aqui a intersectorialidade é compreendida não como um arranjo de gestão, mas como um dispositivo da prática profissional. Ou seja, uma postura adotada pelos componentes da rede que trará um modo de ver, ouvir, falar e atuar voltados para a construção do comum.

A seleção de artigos para essa categoria de análise será aquela que respondam às perguntas propostas pelos autores (Akerman et al, 2014). Serão artigos que abordem:

- as formas como os atores desenvolveram a escuta e o diálogo para a execução mais eficaz das ações intersectoriais e
- quais as negociações foram necessárias para que a intersectorialidade acontecesse, envolvendo desde questões de financiamento até as perdas

e ganhos durante o processo de construção e execução, bem como as tomadas de decisões e compartilhamento das responsabilidades.

Correlacionando com a construção da torre de Babel, enquanto a primeira categoria apresentada trata da representatividade da torre, essa olha para como as pessoas se organizaram para a execução — no texto bíblico o empreendimento inspirou até o desenvolvimento de “tijolos especiais e uma argamassa diferente”, ou seja, a criação de algo novo.

A junção desses dois caminhos permite uma compreensão maior do tema, uma vez que de pouco adianta uma política pública que tensione a intersectorialidade com atores indisponíveis a praticá-la ao mesmo tempo que, profissionais com postura intersectorial terão ações limitadas por arranjos de gestão setoriais

b. Sobre a saúde

a) A Saúde como campo teórico

Agora o presente trabalho abordará a primeira parte de interesse para compreensão da expressão da intersectorialidade entre a saúde e a educação: a saúde como campo. Optou-se por ir da saúde à educação por ser a saúde seu principal campo de atuação e área de estudo onde optou por fazer o mestrado.

A saúde é também um tema complexo e para a definição é necessária uma combinação de vários fatores: do contexto histórico, das representações culturais e sob qual perspectiva é analisada. De acordo com Sabrosa e Kawa (2014) a saúde pode ser compreendida — e explicada — a partir de várias áreas do conhecimento como a ciência, a filosofia, a religião, a arte e o senso comum.

Numa perspectiva mais simplista, a saúde já foi compreendida como a ausência de doença. Entretanto, essa concepção dizia o que a saúde não era e, com o passar do tempo, a saúde foi concebida como uma condição relacionada às condições de vida com aspectos multifatoriais.

Filho (2011), em seu livro “O que é Saúde?”, responde essa questão colocando a saúde em vários aspectos: como problema, fenômeno, medida, ideia, valor, campo de práticas e síntese. É uma visão ampliada do conceito e irá contribuir para o desenvolvimento do debate em tela aqui nessa pesquisa.

Para um resgate histórico sobre o conceito de saúde a pesquisa recorrerá às cartas e documentos resultantes dos encontros voltados para a promoção de saúde realizados pela OMS. Esses encontros destina-se a construção de conceitos e diretrizes para a promoção de saúde em todo mundo, com vistas a apoiar sistemas de saúde fortes, a compreensão da saúde como direito humano e seus cuidados como responsabilidade de todos. A pandemia do novo coronavírus foi uma demonstração da urgência no desenvolvimento nesse sentido. Esse tema será abordado posteriormente no presente trabalho.

A Organização Mundial da Saúde — OMS — em 1978 durante a Conferência Internacional da Atenção Primária elaborou um documento chamado “A Declaração de Alma-Ata” (OMS, 1978) onde consta a definição de saúde como: “estado de completo bem-estar físico, mental e social e, não

somente a ausência de doenças ou enfermidades”. Esse documento inclui a saúde como um dos direitos humanos fundamentais.

Concordando com outros estudiosos sobre o tema, os autores Sabroza e Kawa (2014) afirmam que o conceito da OMS foi importante para o pacto global que indica os esforços para melhorar as condições de vida das pessoas; entretanto é uma visão utópica com limitações conceituais. Primeiro por considerar a saúde um “estado” — condição pontual de onde se entra e sai — e segundo por ser bastante dicotômica marcando um tudo ou nada.

O reconhecimento da saúde como um direito humano essencial foi importante para comprometer os entes públicos na garantia de condições adequadas para seu alcance, continuidade e melhoria.

Em 1986 realizou-se a Primeira Conferência Internacional Sobre Promoção de Saúde de onde foi escrito um documento mais abrangente sobre o conceito de saúde e seus determinantes (OMS, 1986).

Este documento foi nomeado como a carta de Ottawa (1986) que aponta os fatores que são pré-requisitos para obtenção de saúde. Vale a pena ressaltar que a educação está entre um dos pré-requisitos:

“As condições e os recursos fundamentais para a saúde são: Paz – Habitação – Educação – Alimentação – Renda - ecossistema estável – recursos sustentáveis - justiça social e equidade O incremento nas condições de saúde requer uma base sólida nestes pré-requisitos básicos.” (OMS, 1986)

A ampliação do conceito de saúde e a concepção de que existem fatores externos aos sujeitos que contribuem para a saúde das pessoas torna a produção de saúde algo coletivo e traz para a cena a necessidade de envolver governos e políticas. A carta também aumenta as ações necessárias para sua promoção, embora ainda se refira ao completo estado de bem-estar proposto pela declaração de Alma Ata. É interessante observar que nesta carta consta no texto a importância do protagonismo dos sujeitos no cuidado com a saúde e na importância da sensibilização e participação comunitária.

Diante dessa construção permanente do conceito de saúde e da organização dos sistemas de saúde ao redor do mundo, Sabrosa e Kawa (2014) relatam que a saúde é uma das dimensões do processo vital e tem expressões distintas de acordo com o nível de organização da vida humana decorrente de

um processo de produção social e auto reprodução dos sujeitos vivendo em sociedade. Ou seja, para os autores a saúde é tomada pela perspectiva ecossistêmica da vida.

Em 1987 ocorreu a segunda conferência internacional sobre a promoção da saúde em Adelaide, na Austrália. Nessa conferência avançou-se na concepção dos pré-requisitos para saúde e focou-se na produção de uma declaração (Brasil, 2002) com a orientação de pactuar políticas públicas em diversas áreas para a produção de saúde — ou seja — formas de institucionalizar as práticas intersetoriais de promoção de saúde. Durante o encontro compreendeu-se que as desigualdades sociais têm impacto direto nas condições de saúde, a declaração reforça a necessidade de investimento para diminuição da pobreza entre as pessoas e convoca países mais ricos a investir na promoção de saúde em países mais pobres.

Em relação à educação, a declaração de Adelaide (Brasil, 2002) relata que a defasagem nessa área dificulta a compreensão das pessoas sobre as orientações e cuidados para a produção de saúde e ações para promover a educação em saúde e o letramento são partes importantes desse processo. Nessa conferência foram identificadas quatro áreas prioritárias para promoção imediata de ações em políticas públicas saudáveis, são elas: apoio à saúde da mulher, alimentação e nutrição, questões relacionadas ao tabaco, álcool e criação de ambientes saudáveis. Nesse período já se percebia a necessidade de preservação ambiental para a promoção de saúde e caminhava-se para compreensão de que não são apenas biológicas as ameaças à saúde global.

A terceira conferência internacional sobre promoção de saúde aconteceu em Sundsvall, na Suécia em 1991. A Declaração de Sundsvall (OMS , 1991) trouxe como mote a conclamação para ação com objetivo de “Saúde para Todos”. A carta discorre sobre a situação de pobreza e vulnerabilidade em diversos locais do mundo, as desigualdades sociais e seus impactos na saúde das pessoas. Reforça a urgência de criar estratégias que coloquem as pessoas e o ambiente acima das questões econômicas. Nessa declaração realça-se quatro vertentes dos ambientes favoráveis: a dimensão social na compreensão das ações nos diversos níveis bem como a dimensão política e econômica, e o reconhecimento da participação das mulheres como detentoras de capacidade

e conhecimento. Enfim, essa carta é um chamado à ação para que todos tenham saúde.

A primeira conferência em terras latino-americanas aconteceu em Bogotá no ano de 1992 e foi nomeada como “Conferência Internacional de Promoção de Saúde”. O encontro focou na necessidade de produção de políticas de saúde para a região latino-americana, reconhecendo suas especificidades e comprometendo a busca desenvolvimentista com as questões de saúde. A Declaração de Santafé de Bogotá (Brasil, 2002) afirma que o setor saúde não pode se restringir a identificação de fatores de iniquidade, mas sim atuar ativamente como promotor de mudanças radicais nas ações da população e de seus dirigentes.

A Quarta Conferência Internacional Sobre Promoção de Saúde (OMS, 1997) aconteceu em Jacarta na Indonésia e traçou caminhos para a promoção da saúde no século XXI. A grande contribuição dessa carta foi a declaração:

“A pobreza é, acima de tudo, a maior ameaça à saúde.”

OMS, 1997

Foi firmado o reconhecimento de que a maior ameaça à saúde dos seres humano não é biológica e sim de ordem social. Não se trata de focar em ações de combates aos vírus, às bactérias e demais ameaças dessa ordem. É a pobreza que vai ditar a forma como as pessoas lidam com sua saúde. Um exemplo recente dessa constatação foi o impacto da COVID 19 (Amorozo, 2021), em que os dados apontam que em São Paulo as maiores vítimas fatais da doença foram pobres, pretos e com baixa escolaridade. As questões relacionadas à manutenção da vida levaram a essa grande faixa da sociedade a se expor mais durante a pandemia, aglomerando-se em transportes coletivos e sendo obrigados a trabalhar presencialmente. Uma das primeiras vítimas do vírus no Brasil foi justamente uma mulher preta, empregada doméstica contaminada pelo vírus no contato com os patrões recém-chegados da Europa e que não foi dispensada das atividades enquanto eles aguardavam o resultado de seus exames (Melo, 2020).

Em Jacarta (OMS, 1997) foi abordado de forma marcante o quanto as questões econômicas e sociais influenciam a saúde das pessoas e que os gastos

com o tema devem ser tomados como investimentos. Foram definidas as prioridades para a promoção de saúde no século XXI:

- Promover a responsabilidade social para com a saúde;
- Aumentar os investimentos para fomentar a saúde;
- Consolidar e expandir parcerias em prol da saúde;
- Aumentar a capacidade comunitária e dar direito de voz às pessoas
- Assegurar uma infraestrutura para a promoção da saúde.

Em 1998, na Suíça, a partir do reconhecimento da necessidade e possibilidade de impactar a saúde global, criou-se a “Rede de mega países para a Promoção de Saúde” (Brasil, 2002). A proposta era a criação de uma aliança entre os países mais populosos comprometidos com ações de promoção de saúde. Foram discutidas as tendências observadas que mudam de forma rápida e tem impacto no desenvolvimento da saúde global. Essas tendências se mostraram como situações tão complexas que, sozinhos, alguns países não seriam capazes de enfrentar a problemática. Por isso essa aliança firma o compromisso de ajuda mútua no sentido de desenvolver estratégias de promoção de saúde. Esse fortalecimento acontecerá se todos os países direcionarem esforços para cinco grandes metas, a saber:

- melhoria na base de informações mundiais,
- desenvolvimento de saúde a partir de planos de promoção baseados em estilos de vida saudáveis e preservação do meio ambiente,
- mobilização de recursos para viabilizar a promoção da saúde,
- aumento da colaboração intersetorial em diversos níveis e direções e
- a promoção de educação à distância e treinamentos em torno de temas que sejam comuns a rede de mega países.

Aqui, novamente, observa-se a compreensão da necessidade urgente de criação e fomento de estratégias intersetoriais para lidar com a promoção de saúde, num reconhecimento de que a complexidade do mundo globalizado convoca atores de diversas áreas — saúde e educação, por exemplo —, diversos setores — público e privado — e nos diversos níveis de governo, desde os locais até a cooperação internacional voltada para a promoção da saúde.

Posteriormente, no ano 2000, aconteceu a 5.^a conferência internacional de promoção de saúde, na cidade do México. Essa declaração (OMS , 2000)

veio para convocar as nações à ação a partir da assinatura de um documento por ministros de saúde.

Em 2005 a conferência internacional de promoção da saúde aconteceu em Bangkok (Buss & et, 2020) e a carta resultante desse encontro chamou a participação da sociedade civil para alcançar o desafio de “Saúde para Todos”, trouxe para a discussão questões relacionadas ao consumo e seus impactos no meio ambiente. Para isso, reforçou o compromisso da saúde com os objetivos de desenvolvimento global, a centralidade da responsabilidade governamental, a relevância da participação da sociedade civil e a necessidade de investimento em boas práticas corporativas.

A primeira conferência a se realizar no continente africano aconteceu em 2009, em Nairóbi (Buss & et, 2020). Foi a sétima conferência internacional de promoção de saúde e mais uma vez fez um chamado para ação, reforçando a relevância de fortalecimento das lideranças, investimento em força de trabalho e na preparação da população para imersão em espaços participativos.

A VIII Conferência, que ocorreu em Helsinque em 2013 (Buss & et, 2020) trouxe um título importante e relevante para o presente trabalho “Saúde em todas as políticas”. Reforçando a questão dos pré-requisitos para a saúde e a necessidade de pensar soluções intersetoriais, a carta aponta que todas as políticas desenvolvem ações com impacto na saúde das pessoas. As ações propostas indicavam a necessidade de construção de políticas voltadas para “Saúde em todas as políticas”, a construção de processos sustentáveis para execução de políticas construídas com esse pressuposto, o fortalecimento dos Ministérios da Saúde para ações intersetoriais bem como a formação de recursos humanos com essa visão política da saúde, a adoção de processos transparentes de auditorias para construção de cenário de confiança entre os governos e nações, construção de acordos sólidos para enfrentar possíveis conflitos de interesse com foco na produção de saúde global e a formação da população para participar da construção e monitoramento com o foco “Saúde em todas as políticas”.

Em Shangai aconteceu a IX Conferência em 2016 (Buss & et, 2020) que correlacionou a promoção de saúde com os Objetivos do Desenvolvimento Sustentável — ODS — agenda pactuada pela Organização das Nações Unidas (ONU) com objetivo de pactuar um desenvolvimento sustentável sem deixar

ninguém para trás — nem a natureza, nem os mais pobres. Dessa declaração saíram orientações para adoção de políticas que favoreçam mulheres, populações deslocadas e o crescente conjunto de pessoas afetadas por crises humanitárias; também pede que os governos promovam o bem-estar das pessoas, o reconhecimento de cidades e comunidades como ambientes promotores de saúde e o reconhecimento da necessidade de promover equidade em saúde.

A correlação da promoção de saúde com os ODS reforça a intersectorialidade para a promoção de saúde e se faz mais próximo do objetivo do presente trabalho uma vez que o ODS 4 diz respeito à educação de qualidade para todos (Brasil , 2022), reconhecendo o papel que a educação tem nas práticas promotoras de saúde ao longo da vida e seu impacto para o desenvolvimento sustentável do planeta.

Em 2018 aconteceu um novo encontro onde se produziu a carta de Astana (OMS, 2018) que reforça as pactuações anteriores e fala sobre a necessidade de promover a saúde e o bem-estar individual e coletivo a partir de sistemas de saúde fortes, abrangentes e integrados. Esse documento reforça a necessidade de comprometer as pessoas com seu processo de saúde. Afirma que cada um tem um padrão de saúde e que compete a todos atingi-lo da melhor forma possível (PAHO , 2018). A carta reforça que, embora tenham avanços importantes, a pobreza e a vulnerabilidade ainda são barreiras para o atendimento das necessidades de saúde de muitas pessoas.

b) A saúde como prática

Da mesma forma que a autora apresentou como o conceito de saúde avançou ao longo do tempo, apresenta agora como o Brasil trabalhou o conceito e implantação de políticas de saúde.

O Brasil tem um sistema bastante complexo e interessante por suas particularidades (Lima , Machado , & Noronha, 2014). Antes da implantação do SUS, os serviços de saúde conveniados com o INAMPS não eram universais e atendiam apenas a uma parcela da população. Durante esse período tinham atendimento garantido apenas os trabalhadores com registro em carteira. Aqueles que não tinham um emprego fixo e não tinham condições de pagar um

serviço privado iam a unidades de saúde nem sempre com a garantia do atendimento, serviços de caridade, como o das Santas Casas de Misericórdia. Posteriormente, o SUS incorporou as Santas Casas ao sistema e esse cenário colaborou para um entendimento equivocado de que o sistema público seja gratuito e destinado aos pobres. É preciso desconstruir essa visão junto aos usuários e, infelizmente, a um número considerável de profissionais de saúde.

c) O Sistema Único de Saúde – SUS

Lima, Machado e Noronha (2014) definem o SUS como “o modelo público de ações e serviços de saúde no Brasil”. Enquanto sistema, é importante deixar claro que o SUS está presente em tudo o que diz respeito à saúde pública, quer executando, quer regulamentando, quer fiscalizando. Todos os brasileiros usam o Serviço Único de Saúde, mesmo sem nunca ter pisado numa Unidade Básica ou num Hospital Público.

O SUS não é composto somente dos serviços públicos, é uma complexa rede com atribuições diversas e dentre elas estão aquelas voltadas à assistência às pessoas e comunidades a partir dos serviços de saúde.

A lei 8080/90 (Brasil, 1990) descreve como o Sistema Único de Saúde deve se organizar e sob quais princípios, a seguir o destaque daqueles que auxiliarão na compreensão dos conceitos abordados no presente trabalho:

- Universalidade

“Universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis da assistência” (BRASIL, 1990).

Ou seja, ter acesso ao que é suficiente para atender a necessidade de saúde, desde questões simples às mais complexas. As definições generalistas esbarram nas interpretações subjetivas: atender todas as necessidades de saúde? O que é simples e o que é complexo? Observa-se que grande parte da população brasileira não tem claro quais são esses conceitos, questão que poderia ser atendida por uma expressão da intersectorialidade entre a saúde e a educação a partir de práticas pedagógicas voltadas ao tema para diversas faixas etárias. Um novo construído com os saberes de ensino e de saúde com as práticas de cada campo.

- Integralidade

“Integralidade de assistência, entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema” (BRASIL, 1990).

É preciso compreender que o ser humano é um ser complexo e a questão da integralidade diz respeito também àquele conceito ampliado de saúde. É cuidar do todo e não só da parte. Desde fornecer um insumo e compreender as outras necessidades de cuidado, como orientação, compreensão das questões sociais que possam impactar no processo de saúde.

- Igualdade

“Igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie” (BRASIL, 1990).

Aqui está a grande diferença em relação ao sistema anterior e aos diversos sistemas de saúde vigentes ao redor do mundo; se antes somente os trabalhadores formais tinham acesso ao serviço público, atualmente qualquer pessoa tem direito ao atendimento em saúde no sistema público.

- Participação

A participação comunitária é um direito garantido por lei e um tema em que ainda há um caminho a fazer, uma vez que para que a participação popular seja efetiva é necessário que as pessoas compreendam o que é o sistema de saúde e o seu papel dentro dele. Para esse item, a educação e o protagonismo em saúde é muito importante.

d) Os avanços e desafios do SUS

A proposta do sistema único de saúde brasileiro é bastante promissora. Deve-se reconhecer que o sistema nasceu junto com a redemocratização do Brasil, um processo com pouco mais de 30 anos e que, para uma mudança dessa grandeza, é pouco tempo. O Brasil reconheceu que a saúde é direito de todos e um dever do Estado e se propôs a uma descentralização político-administrativa que tenta abarcar em sua política as diferenças territoriais de um país com escalas continentais.

Embora a proposta seja de um sistema único, o SUS ainda não consegue atender a todas as necessidades da população e em sua própria legislação, permite a participação da iniciativa privada — que deveria ser “de caráter complementar” (BRASIL, 1988), mas que, na prática assume cada dia mais espaço. Isso faz com que dois — ou mais — sistemas coexistam, com modelos de atenção bem diferentes.

As questões de financiamento e da própria organização das regiões de saúde ainda são entraves para um funcionamento a contento do sistema de saúde brasileiro. A responsabilidade de cada ente federativo (União, Estados e Municípios) também inspira preocupação, além das dificuldades políticas que ainda não conseguimos superar (Lima , Machado , & Noronha, 2014).

Entretanto, existem várias experiências exitosas e de referência no sistema único de saúde, para algumas cirurgias complexas — como transplantes — e o tratamento de quadros mais graves ou crônicos que são realizados exclusivamente pelo SUS a qualquer cidadão: as linhas de cuidados de câncer e o acompanhamento de pessoas infectadas pelo vírus do HIV/AIDS, por exemplo.

“Plano de saúde de pobre filho é não ficar doente”

Trecho da Música Boca de Lobo,

(Criolo, 2018)

Certamente o autor musicou uma fala bastante popular. Esse é um bom plano de saúde, considerando o conceito de “plano de saúde” como a organização do sujeito para cuidar de si, no sentido de planejar. É um plano bom, mas feito pelos motivos errados. A história da saúde no Brasil criou uma identidade dos serviços públicos com características difíceis de superar: gratuitos, destinados aos pobres e sem qualidade. Na medida em que os sistemas particulares foram nomeados popularmente como “plano de saúde”, ou seja, o planejamento seria um privilégio daqueles que podem pagar, por isso o pobre deve planejar não ficar doente para não ter de depender de um sistema ruim. Novamente, ações intersetoriais de saúde podem cooperar no planejamento da saúde de todos, e uma opção seriam aquelas desenvolvidas entre a saúde e a educação.

Todavia, é preciso rever esses estigmas: O SUS não é de graça. Ele tem um financiamento oriundo do dinheiro público e tem custo crescente. Ele não é feito para os pobres, ele é feito para todos. Entretanto, dadas as questões históricas já apresentadas e as condições sociais, a população que não pode pagar por um serviço particular, faz mais uso do serviço público. Isso causa a falsa impressão de que somente a população de baixa renda utiliza o SUS e que privilegiado é quem está nas clínicas e hospitais particulares. Considerando essas questões que passam pelo imaginário coletivo, uma parte das pessoas que frequentam os serviços públicos o faz por falta de opção (Lima , Machado , & Noronha, 2014). Não há ainda educação em saúde suficiente para que a população faça um bom uso de todos os dispositivos que o SUS oferece, e ele pode se dizer da parte que usa os serviços particulares. E a falta dessa educação em saúde desfavorece a participação social de forma mais efetiva.

Um dos maiores desafios que o SUS tem é conseguir conquistar a confiança da população de que há oferta de serviços de qualidade e que é possível ser bem cuidado pelo setor público.

e) Sistema de Saúde: Modo de usar

Como é organizado um serviço ou um sistema de saúde e, porque ele foi pensado assim? Em teoria as pessoas deveriam ter essa compreensão, mas o que será que acontece na prática?

Os grandes eventos da Organização Mundial da Saúde têm nomes relacionados à Promoção e Prevenção e essa é a forma como os serviços de saúde tentam se organizar — quer seja o SUS ou as operadoras. Os estudos epidemiológicos, por outro lado, são utilizados para organizar a oferta de serviços e os modelos de atenção.

Normalmente, a maioria das pessoas não está doente e não precisa de atendimento mais complexo. Para as pessoas que não estão doentes, de forma reducionista, são direcionadas as ações de promoção de saúde e prevenção de doenças, na compreensão de que quando uma população tem a cultura da promoção de saúde e da prevenção de doenças existe a tendência de diminuição

das ações voltadas para tratamento de doenças. No Brasil, existe até um dito popular sobre isso: “é melhor prevenir, do que remediar”.

A literatura aponta que entre 70 e 80% da população apresenta condições simples de risco à saúde e necessitam de “autocuidado apoiado”. De 20 a 30% apresentam questões complexas que demandam mais atenção das equipes e apenas entre 1 e 3% estão em condições altamente complexas com necessidade de intervenções mais elaboradas (Mendes, 2011). O grande desafio é contar isso para as pessoas de forma que compreendam as modalidades de cuidado para fazer um melhor uso dos equipamentos públicos. As redes de saúde são organizadas para atender às necessidades da população do jeito mais fácil possível para as pessoas e a custo sustentável para o mantenedor do sistema, que no caso mais desejável é o Estado. É importante que essa organização não se torne uma barreira de acesso. Por isso, o ideal é que os serviços mais próximos da casa das pessoas atendam a maioria das suas necessidades de atenção à saúde. O Ministério da Saúde (Brasil, 2017) afirma que a atenção básica é capaz de resolver até 80% das intercorrências em saúde de uma comunidade.

A Atenção Básica é a mais próxima e permanece inserida nas outras esferas de cuidado, pois ela deve acompanhar as pessoas antes, durante seus tratamentos e assumir o cuidado delas após a estabilização de algum quadro de agravamento em saúde. Essa concepção precisa estar clara a todos os atores envolvidos no cuidado — usuários e profissionais do sistema. O resultado da presente pesquisa sobre as expressões intersetoriais entre a saúde e a educação demonstram esforços em desenvolver essa cultura de cuidado com esses envolvidos como uma forma de expressão intersetorial.

A saúde perpassa todas as esferas da vida e não pode ser restrita a um campo único de atuação, assim como a educação não pode se restringir às práticas escolares. Nessa perspectiva interdisciplinar é importante refletir sobre um diálogo necessário: como é que as pessoas vão compreender o funcionamento dos sistemas de saúde? As questões culturais atuam como fortes determinantes da maneira como cada sujeito vai entender e lidar com a sua saúde. Por isso é importante refletir sobre o papel da escola, como parte do campo da educação, nas ações pedagógicas de atenção à saúde e do papel da saúde como promotora de práticas pedagógicas e não somente prescritivas.

Para além das informações, é necessário desenvolver as ações em decorrência destas e a produção contínua de conhecimento nessa área. A partir da educação é possível desenvolver uma cultura de cuidado em saúde. Vale ressaltar que a intersectorialidade em saúde é interessante em outros campos, mas que o presente trabalho vai ater-se a essa interlocução e aponta que seria interessante mais produções como essa voltada para outros setores.

Assim como na educação, a saúde também tem seu “onde” e seu “quem”, os serviços e os profissionais da saúde. Dificilmente uma pessoa se sentirá cuidada fora da presença de um profissional de saúde - em especial da figura do médico — assim como a educação fica destinada às famílias e o ensino às professoras. A produção de expressões da intersectorialidade entre a saúde e a educação pode colaborar inclusive para ampliação do conceito de cuidado e de educação — sendo os produtos mais conhecidos de cada campo — e fazer com que as pessoas se sintam cuidadas e educadas em diversos cenários, por diversos atores e possam sentir-se autoras conjuntas de tais processos.

c. Sobre a educação

a) A educação como campo teórico.

O tema educação, geralmente, remete a um serviço específico e a determinada faixa etária: escola, crianças e adolescentes respectivamente. Isso vai ficar claro nas referências disponíveis para pensar o tema, tanto no âmbito da produção teórica quanto no campo da legislação.

Em seu texto “A crise na educação” (Arendt, 1961) a autora traz reflexões importantes para o debate desse trabalho. Segundo a autora, a crise na educação se tornou uma questão política de forma mais notória no pós-guerra com a imigração de famílias inteiras para outros países e que esse movimento trouxe uma complexidade e convocou a novas respostas para os problemas, que passaram de questões locais para questões globais. Podemos compreender essa perspectiva com a experiência da pandemia que o mundo enfrenta desde 2020.

Um dos campos científicos a pensar a educação é a pedagogia e vale a pena fazer o percurso histórico feito para compreender o conceito de saúde e analisar o caminho traçado para o conceito de educação. No texto “Noções de Pedagogia Elementar” (Coelho, 1907) do início do século XX traz uma orientação sobre como deve ser a escola e nenhum outro serviço recebeu tanta atenção para o exercício pedagógico. Nele constam recomendações sobre a infraestrutura, a disposição das mesas dos alunos e a postura esperada para o professor — profissional que detém em tese a função de ensinar. É importante refletir sobre os avanços no campo da educação, sobre sua concepção e forma de execução — sobre sua expressão setorial — para depois avançar nas práticas intersetoriais.

Arendt (1961) diz que ao se tornar uma questão política, a educação se vê em crise, pois a política sempre lidou com pessoas educadas — ao menos idealmente — e com a ideia equivocada de que a educação não acontece na vida adulta. A autora escreveu esse texto nos Estados Unidos no período da Segunda Guerra, momento em que a educação americana respondia a uma necessidade de “fundir os mais variados grupos étnicos” (Arendt, 1961) devido à alta imigração; nesse sentido houve uma necessidade de integrar, de trazer o

“inter” para as relações do cotidiano. Os países que receberam essas crianças precisaram introduzi-las na cultura, ao mesmo tempo que suas famílias desejavam manter um laço com o país de origem.

Note-se que Arendt (1961) usa o termo fundir, que traz uma ideia de anexar e tornar-se- se um, a soma de $1 + 1 = 2$, onde a educação se mostra como um campo de integração. A concepção de fusão é diferente que se apresenta como hipótese nesta pesquisa, pois a ideia de $1 + 1 = 3$ se propõe a ter a possibilidade de reconhecer cada setor em sua especificidade e o resultado da intersetorialidade que seria o terceiro elemento – sua expressão – como algo que contenha as características de cada campo mas também se diferencie dele por ter as suas próprias.

Arendt (1961) fala da necessidade de criar um mundo novo a partir dessa chegada de novas pessoas e o mesmo ocorre com a educação de crianças em qualquer tempo e em qualquer lugar. Aqueles sendo novos no mundo — por conta do nascimento ou de imigração — precisam encontrar um espaço onde seja possível construir um mundo novo sem destruir por completo o anterior. Para a autora, a falha começa na falta de reconhecimento dos adultos no papel criador da criança — e enquanto criador, também de um lugar de ensino para os habitantes do mundo “velho”. Com essa dificuldade, os adultos assumiram posturas ditatoriais, impondo um “novo que já existia” para as crianças. Essa analogia com os imigrantes é de fato emblemática.

Essa explicação é rica em vários aspectos: na relação adulto — criança, nativos-imigrantes, professor-aluno — aponta para uma tentativa de dominação a partir da pressuposição de que a criança, o imigrante e o aluno não sabem as coisas necessárias para viver no contexto em que estão inseridos. O texto vai tratar da crise a partir da carência de horizontalizar a relação entre diferentes, sem anular a diferença. A autora aponta para a necessidade de criação do senso comum, que para ela, diz da construção de um mundo compartilhado, para que a partir disso as transformações aconteçam. Por ‘mundo’, é possível compreender a noção de sentido, significado compartilhado.

Para Arendt (1961) o desaparecimento do senso comum é o sinal da crise e se dá quando a razão humana falha ou desiste de encontrar respostas. Vale ressaltar que são necessárias muitas respostas, visto que a complexidade impõe várias questões.

A partir desses pressupostos, a educação será tomada como uma forma de relação que pode se dar vertical ou horizontalmente. Tanto na educação quanto na saúde é possível reconhecer uma parte detentora de um saber (antigo) e outra parte detentora de outro saber (novo). A parte detentora do saber antigo — que agora denominamos profissionais da educação e da saúde — geralmente não reconhece na outra parte a potência criadora de sentido para a experiência vivida ou mesmo para aquela construção que farão na relação educativa ou de cuidado. Em grande parte das situações, o que se vê é uma parte ativa (profissional técnico) em relação de poder com uma parte que se espera passiva (aluno ou paciente).

É a clássica relação de poder do médico versus a autonomia do paciente ao longo da história relatada em artigo (Martins A. , 2004) que será utilizada para descrever a relação verticalizada do professor com o aluno. O autor cita uma palestra de Foucault cujo nome era: “O nascimento da medicina social — os doentes tendem a perder”; que já denota a disputa que se dava na relação e para onde as forças tendiam. O saber médico (e do professor) era inquestionável.

Por algum tempo na história da saúde e da educação isso surtiu efeito, mas é atualmente reconhecido que há certo questionamento nessas relações (Martins A. , 2004) e que a dita “autoridade” dos profissionais se não é questionada durante os encontros, certamente o é em outros momentos em que os sujeitos (tanto os usuários dos serviços de saúde quanto às crianças alunas das escolas) tomam decisões baseadas em suas percepções da realidade, que pode ou não coincidir com a orientação e ensino dos ditos profissionais. “Um lado finge que manda enquanto o outro finge que obedece”, e esse teatro impede a criação do novo.

É interessante notar que Arendt (1961) supera posições dicotômicas entre a postura ditatorial e a inerte do adulto na relação educativa. Para ela não é possível considerar as crianças totalmente autônomas e as deixar “abandonadas a seus próprios meios” (Arendt, 1961), mas também há que se reconhecer a potência criativa que há nelas. Concomitante o professor/ adulto deve ser reconhecido como aquele que detém um saber importante – que a criança não tem — e que com esse saber pode contribuir na construção do comum na relação.

Superar a dicotomia implica em compreender que protagonismo difere de atuação solo. No teatro e nos romances, o protagonista é o personagem principal, mas não é o único personagem. Note-se que a intersetorialidade se dá na relação entre pessoas, entre campos de atuação e áreas de saber. O protagonismo vai, necessariamente, precisar de coadjuvantes ou ao menos de um narrador. Não há protagonismo solo.

Essa proposta permite a construção de várias relações e vários saberes, o que em tempos complexos, permite a construção de múltiplas soluções para novos problemas. Entretanto, Martins (2004) aponta que para mudar as relações verticais há que se contar com o compartilhamento do poder, que implicará necessariamente na diminuição do poder de alguns para o aumento de tantos outros.

A partir das reflexões de Arendt (1961) é possível considerar que a crise na educação é — também — uma crise na relação do adulto com a criança. Arendt (1961) aponta que é a existência de crianças que convoca a civilização a refletir sobre o papel da educação. O clássico livro sobre a invenção da infância, (Ariès, 1986), traça o surgimento dessa concepção do infans — cujo nome se refere àquele que não fala — e durante muito tempo as teorias de educação concordavam com a frase de Françoise Dolto sobre o lugar que a criança ocupa nesse tipo de concepção: “Muito se fala dela, mas pouco se fala com ela” (Dolto, 2005). Ou seja, se a criança é o ser que nos evoca a pensar a educação e se na construção do conceito de criança temos o avanço do ser que não fala para o ser de quem é falado, a crise na educação pode ser compreendida pela falta de escuta da fala daquele a quem a educação se destina; é preciso avançar de objeto para sujeito da educação.

Nesse sentido, Arendt (1961) aponta que:

“A educação moderna, na medida em que tenta estabelecer um mundo próprio das crianças, destrói as condições necessárias para seu desenvolvimento e crescimento” (Arendt, 1961)

Arendt (1961) afirma ainda que a criança que chega ao mundo deve ser protegida para que esse mundo não a destrua e, concomitante, o mundo precisa ser protegido dessa criança para não ser destruído por ela. É preciso criar uma forma de inovar preservando, “novo” sem destruir o “velho”. É criar um terceiro

elemento a partir de novo e velho mundo — é a soma de um mais um que resulta em três. É o que Arendt (1961) chama de senso comum, no sentido de partilha de sentido.

Arendt (1961) apresenta que adultos e crianças compartilham o mesmo mundo e vivenciam-no de forma diferente. É uma linha tênue e é preciso tomar cuidado para não achar que a autora quer proteger apenas o mundo. Pelo contrário, Arendt (1961) convida para uma ampliação dessa concepção, entendendo que a educação é a relação entre os adultos e as crianças na construção do comum para viverem nesse mundo. E para isso, não é possível prescindir de nenhuma das partes.

“A educação é o ponto em que se decide se ama o mundo o suficiente para assumir a responsabilidade por ele e, mais ainda, para salvá-lo da ruína frente à chegada de novos habitantes. Também é o lugar onde se decide se amamos o suficiente as nossas crianças para não as expulsar do nosso mundo, deixando-as entregues a si mesmas, para não lhes retirar a possibilidade de realizar qualquer coisa de novo e assim preparar uma renovação do mundo comum” (Arendt, 1961)

A partir desses conceitos, é possível refletir que os encontros entre as pessoas promovem a educação e o ensino, quer formalmente, quer informalmente.

Esta pesquisa se dispõe a conhecer sobre encontros que intencionalmente promovam a intersetorialidade entre a saúde e a educação e compreender suas expressões, como isso acontece e trazer essa reflexão para os diversos campos — tanto da saúde quanto da educação. Mais ainda, propor a aplicação desses conceitos apresentados por Arendt (1961) nas relações entre os atores intersetoriais, que podem alternar entre os papéis de novos e velhos cidadãos — ou seja — experimentar posições de ensino e aprendizagem na construção desse novo - e que depois desta movimentação possam também atravessar as relações entre profissionais e população.

b) A educação como prática

Como esta pesquisa se dispõe a abordar as expressões da intersetorialidade entre saúde e educação, faz-se necessário abordar como a educação se manifesta para posteriormente apresentá-la no encontro com a

saúde. Será apresentado o recorte de como a educação brasileira está organizada, reconhecendo que em todos os países e culturas haverá uma forma de fazê-lo.

Conceitualmente a educação é concebida como uma prática “espontânea e irrefletida” para atender às necessidades de conservação e reprodução manifestas pela sociedade (Valle, 2009). Diferente dos demais animais, o ser humano tem necessidades de sobrevivência mais complexas e diferentes entre os sujeitos dessa espécie, de forma que a educação se presta a preservação de diversas formas de sociedade. A educação vai apoiar na construção, reprodução e conservação de uma identidade social composta de hábitos, valores, cultura e comportamentos que darão características a um determinado organismo social que compartilha o mesmo sentido (Valle, 2009).

Diante do exposto, a educação vai acontecer em diversas instâncias e instituições, e cada sociedade irá organizar-se para sua execução. No Brasil a educação está descrita na constituição como:

“A educação, direito de todos e dever do Estado e da família, será promovida e incentivada com a colaboração da sociedade, visando ao pleno desenvolvimento da pessoa, seu preparo para o exercício da cidadania e sua qualificação para o trabalho. (Brasil , 1988)”;

Nessa descrição consta que a educação é uma responsabilidade do Estado, da família e da comunidade e que sua função é “preparar os sujeitos para cidadania e trabalho”, aqui não está delimitado que a educação seja destinada apenas às crianças, embora tenhamos mais leis e diretrizes específicas para essa faixa etária. No Estatuto da Criança e do Adolescente — ECA — (Brasil , 1990) consta no capítulo 4 que a criança e o adolescente têm direito à educação “visando ao pleno desenvolvimento de sua pessoa, preparo para o exercício da cidadania e qualificação para o mercado de trabalho” (Brasil, 1990), seguindo a mesma linha preconizada pela constituição federal.

Interessa retomar às bases sobre as quais os serviços estão organizados, uma vez que há compreensão de que o serviço é onde se operacionaliza o que se pretende o campo — no caso da saúde, um dos serviços é a unidade básica e no caso da educação, a escola. Na legislação consta para que se destina a educação, ou seja, para que educar — para o pleno desenvolvimento — e quem

educa: a responsabilidade é da família e da comunidade, não restringe ao equipamento chamado escola. Na sequência do estatuto consta que “é direito dos pais ou responsáveis ter ciência do processo pedagógico, bem como participar da definição das propostas educacionais” (Brasil, 1990). Aqui ainda não surge a referência específica do serviço onde o Estado irá “cumprir seu dever” de garantir a educação, mas traz que a família terá a oportunidade de compor com essa organização da qual também é signatária. Nesse ponto é possível reconhecer a participação social que também é assegurada no SUS como um valor importante.

A Constituição Federal de 1988 afirma que a educação terá por princípios:

“I - Igualdade de condições para o acesso e permanência na escola;

II - Liberdade de aprender, ensinar, pesquisar e divulgar o pensamento, a arte e o saber;

III - pluralismo de ideias e de concepções pedagógicas, e coexistência de instituições públicas e privadas de ensino;

IV - Gratuidade do ensino público em estabelecimentos oficiais;

(...)

VI - Gestão democrática do ensino público, na forma da lei;

VII - garantia de padrão de qualidade.”

Aqui surge a escola como o equipamento da educação e como direito de acesso e permanência. O artigo 209 garante que o ensino seja livre à iniciativa privada dentro de algumas condições. Tanto na saúde quanto na educação, essa abertura à participação da iniciativa privada favorece a existência de dois sistemas paralelos, com qualidades diferentes e destinados a atender a determinadas faixas da população em detrimento de outras. Na educação também tem a equivocada concepção de que o serviço público está destinado aos mais pobres.

Tanto o ECA quanto a Constituição dizem que é dever do Estado assegurar ensino fundamental, obrigatório e gratuito; progressiva extensão para o ensino médio e atendimento educacional especializado para portadores de deficiência. Também diz do acesso aos níveis mais elevados de ensino e pesquisa de acordo com a capacidade de cada um. Reforça que o “acesso ao

ensino obrigatório e gratuito é direito público subjetivo” (BRASIL, 1990). A construção legal sobre a educação reforça a ideia de que quanto mais idade tenha o cidadão, menor é o compromisso do Estado com sua educação.

Sobre a operacionalização do campo da educação, observa-se no ECA um capítulo em que há uma relação das obrigações do Estado com a instituição escolar para a garantia do direito à educação, cultura, esporte e lazer, entendendo que todas essas esferas são atravessadas pela questão do ensino. Note-se que não há mais qualquer regulamentação no ECA sobre as questões específicas de cultura, esporte e lazer, portanto, seriam atribuições da instituição “escola”, no caso de crianças e adolescentes. Já a Constituição Federal tem capítulos específicos para Cultura e Lazer – também campos de produção de saúde e educação – destinados à população como um todo. Então, no caso da infância e adolescência, o campo educação é bastante complexo.

Sobre o “o que” a educação irá ensinar a Constituição brasileira, nos artigos abaixo apresentados, afirma que:

Art. 210. Serão fixados conteúdos mínimos para o ensino fundamental, de maneira a assegurar formação básica comum e respeito aos valores culturais e artísticos, nacionais e regionais.

§ 1º O ensino religioso, de matrícula facultativa, constituirá disciplina dos horários normais das escolas públicas de ensino fundamental.

§ 2º O ensino fundamental regular será ministrado em língua portuguesa, assegurada às comunidades indígenas também a utilização de suas línguas maternas e processos próprios de aprendizagem. (Brasil, 1988)

Já sobre o “como” e o “para que” da educação, a Constituição apresenta:

Art. 211. A União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios organizarão em regime de colaboração seus sistemas de ensino.

Art. 214. A lei estabelecerá o plano nacional de educação, de duração decenal, com o objetivo de articular o sistema nacional de educação em regime de colaboração e definir diretrizes, objetivos, metas e estratégias de implementação para assegurar a manutenção e desenvolvimento do ensino em seus diversos níveis, etapas e modalidades por meio de ações integradas dos poderes públicos das diferentes esferas federativas que conduzam a: (Redação dada pela Emenda Constitucional nº 59, de 2009)

I - Erradicação do analfabetismo;

II - Universalização do atendimento escolar;

III - melhoria da qualidade do ensino;

IV - Formação para o trabalho;

V - Promoção humanística, científica e tecnológica do País.

VI - Estabelecimento de meta de aplicação de recursos públicos em educação como proporção do produto interno bruto. (Incluído pela Emenda Constitucional nº 59, de 2009)

Essa leitura permite observar que nas premissas que organizam a educação no Brasil não incentivo para o exercício da interdisciplinaridade. E o presente trabalho demonstra a necessidade de que a intersetorialidade seja tomada como arranjo de gestão e esteja presente desde a concepção de políticas públicas para a organização dos serviços no território. E para haver intersetorialidade, essa concepção tem de estar presente nos diversos setores. Sobre isso será possível aprofundar a discussão com a análise dos resultados da pesquisa.

Em diversas partes do texto, há uma alternância entre educação e ensino; e algumas vezes parecem conceitos sobrepostos. É importante recorrer ao dicionário para amparar essa discussão, uma vez que no presente trabalho a educação é tomada como o campo de práticas e dentre elas está o ensino:

Educação: substantivo feminino. 1 ato ou processo de educar(-se). Qualquer estágio desse processo. 2. Aplicação dos métodos próprios para assegurar a formação e o desenvolvimento físico, intelectual e moral de um ser humano; pedagogia, didática, ensino. 3. O conjunto desses métodos; pedagogia, instrução, ensino. 4 Desenvolvimento metódico de uma faculdade, de um sentido, de um órgão; “e. da memória, do paladar” 5. Conhecimento e observação dos costumes da vida social; civilidade, delicadeza, polidez, cortesia.6 Adestramento de animais. 7 Aclimação de plantas. (GOOGLE INC., 2020)

Ensino: substantivo masculino. 1. Transferência de conhecimento, de informação, esp. de caráter geral; instrução. “e. superior”. 2. Por metonímia: o sistema (e os métodos) adequado a essa transferência. 3. O exercício do professorado; magistério. “o e. é sua vocação”. 4. Transmissão de princípios que regulam a conduta humana e a vida em sociedade; educação. “é muito educado e teve bons pais”. Fino trato; cortesia, civilidade. “trata-se de um cavalheiro, pessoa de e.” 5. Figurado(sentido). Figuradamente: experiência adquirida por vivência, lição, ensinamento. “que isso lhe sirva de e.”6. Admoestação, ensinadela, repreensão. “descortesia corrige-se com e.”. 7. Amestramento, adestramento, treinamento. “e. de cães”. (GOOGLE INC., 2020)

Observações importantes necessitam ser feitas: na definição da educação, não estão indicados os atores dela, já no ensino sim, pais e

professores. Também na definição de ensino consta o aprendizado por experiência e transferência de conhecimento — que Paulo Freire (Freire, 2019) tanto contesta — e fala sobre a troca de saberes, que de acordo com a definição do termo, seria mais adequado. A busca sobre os significados e distinção entre os termos é a percepção de que tratar a educação como ensino reduz o campo a uma prática e a determinados atores; a expressão da intersetorialidade busca a ampliação do conceito para outras formas de manifestação do fenômeno educação, ampliando para as relações entre diversos atores com possibilidades em diferentes contextos. E ele se aplica à produção de saúde em suas expressões intersetoriais.

Ainda de acordo com os significados, a educação está relacionada à civilidade, à construção, internalização e transmissão da civilização: os acordos humanos. De forma que, a educação tem a ver com a intencionalidade do ensino, a construção do comum apresentado por Arendt no texto introdutório desse capítulo.

Não pode passar despercebido o fato de que a educação e saúde têm predominância de mulheres em seu exercício. Isso remete à irrevogável necessidade de trazer as questões de gênero para essa arena, uma vez que deixando à educação como campo destinado às crianças, invariavelmente estará em cena a figura de uma mulher — ou de várias. Fenômeno observado também no campo da saúde, com as atividades de cuidado exercida pelas mulheres nas esferas domésticas, para o público de qualquer idade e com menor remuneração na esfera do trabalho.

A Estatística de Gêneros —Indicadores Sociais das Mulheres no Brasil (IBGE, 2021) aponta que a média de horas semanais que uma mulher parda ou preta se dedica aos cuidados de outras pessoas e/ou afazeres domésticos são 22 horas, enquanto que tempo semanal dedicado a essa tarefa por um homem branco são de 16 horas semanais. Já o Retrato das Desigualdades (IPEA, 2011) aponta que em 1995 a proporção de mulheres chefes de família era de 22% e em 2005 já representavam 40,5%, sendo a maioria de mulheres pretas e periféricas e com salários menores. Enfim a desigualdade de gênero e raça atravessa todos os campos e não pode ser ignorada.

Com esses dados, a autora do presente trabalho propõe uma reflexão sobre:

- a - Quem são os atores da educação e
- b - Onde a educação acontece?
- c - Como identificar a expressão da intersectorialidade entre a saúde e a educação?

Para pensar sobre essas questões, é proposto um olhar sobre acontecimentos recentes, como a educação em tempos de pandemia.

c) A escola e a educação em tempos de pandemia

Conforme apresentado no início do presente trabalho, o mundo enfrentou a pandemia do novo coronavírus a partir de março de 2020. Desde então, governos ao redor do mundo têm se organizado para enfrentar a pandemia nos seus territórios. No Brasil não houve uma gestão central coordenando as ações de forma que cada setor se organizou de uma forma e com níveis de gestão nem sempre articulados. O governo federal assumiu uma postura enquanto estados e municípios assumiram outras, algumas alinhadas ao governo federal e outras em sentido extremamente oposto. Nesse caso, tivemos desarticulação entre as esferas governamentais de gestão e entre os setores. Grosso modo, a saúde ficou imersa no atendimento à população acometida pela doença, enquanto a educação esperava orientações de como agir diante do problema.

Diante disso, boa parte das escolas públicas fecharam as portas durante os anos de 2020 e 2021, embora outros serviços tenham sido retomados antes. A falta de uma gestão central e articulação intersectorial foi marcante para todos os setores e a educação não ficou de fora, sendo um dos setores mais desamparados durante a crise sanitária.

Vale a pena trazer esse recorte e abordar como ficou a escola e a educação durante esse período, considerando o foco do trabalho como as expressões intersectoriais entre a saúde e a educação. Para exemplificar, os dados do Plano São Paulo, dada a já apresentada e nunca exaustivamente citada falta de estratégia coordenada nacionalmente para o enfrentamento da pandemia — nem no campo da saúde tampouco no da educação — e ser o estado de realização da presente pesquisa.

Desde o início de 2020 as escolas públicas e privadas, estaduais e municipais seguiram as diretrizes do Plano São Paulo em relação ao fechamento

e abertura das escolas. Nesse ponto é possível observar um movimento interessante: a escola deixou de ser prédio e a educação — forçadamente — “escorreu” pelos territórios.

As aulas começaram a ser suspensas em 19 de março de 2020 e a partir do dia 23 desse mês as atividades presenciais estavam suspensas tanto na rede pública quanto na rede privada (São Paulo , 2020). No mesmo período foi homologado o ensino à distância, o teletrabalho/home office e a antecipação das férias de alunos e docentes; foi posteriormente liberado a merenda em casa como forma de apoiar a segurança alimentar do aluno e a reorganização do calendário escolar para garantir a quantidade mínima de dias letivos ao longo do ano de 2020. Embora agora a liberação da merenda escolar possa ser lida como uma forma de promoção de saúde, na época a execução não foi percebida assim.

Porém, a pandemia durou um período maior do que o esperado pelos governantes e as escolas se mantiveram fechadas. O Plano São Paulo (São Paulo , 2022) foi feito a partir da avaliação de um comitê de crise que dava as orientações sobre o fechamento e a retomada das atividades em todo o estado de São Paulo. A princípio permaneceram abertos apenas os serviços de saúde e aqueles que eram classificados como essenciais: mercados, farmácias e postos de gasolinas — além dos transportes públicos.

Com o passar do tempo, o avanço do contágio e a pressão econômica, novas estratégias de enfrentamento foram criadas, o conceito de serviços essenciais revisto por diversas vezes e entre o abre e fecha a escola pública ficou entre os últimos serviços a serem retomados presencialmente.

Escola fechada não foi sinônimo de escola sem aula, a proposta foi de que uma reorganização fosse feita e que as crianças recebessem os conteúdos da forma como fosse possível. As escolas particulares rapidamente se organizaram com o ensino remoto — misturando ensino à distância com teleaulas, enquanto que a rede pública teve que ser no mínimo criativa para acessar as crianças e os adolescentes (Santana & Sales , 2020) e (Gabriel , Marçal , Liguori Imbernon, & Pioker-Hara, 2021). Dessa forma as famílias foram convocadas a uma participação diferente no ensino, o que por consequência demandou outras relações entre esses atores. Em termos de espaços e

conexões é possível afirmar que a pandemia do novo coronavírus colocou a educação como prática intersetorial.

Em resposta às questões colocadas acima, os atores da educação são os estudantes, os professores, a família e a comunidade, que antes da pandemia, tinham seus locais de atuação delimitados no espaço (escola) e no tempo (horário de aula) enquanto o encontro (aula) acontecia e excluía da cena uma parte dos personagens, pois, pelo menos durante o ato, a família e a comunidade estavam em “segundo plano”.

Mas, com as medidas de isolamento, os espaços foram sobrepostos e essas fronteiras borradas: quando o que antes acontecia ao mesmo tempo, em espaços separados, passou a coincidir no tempo – espaço: aula remota com trabalho remoto. A resposta sobre o onde a educação acontece pode ser em parte compreendida no texto em que Brum (2020) fala sobre o quanto a casa deixou de ser casa para ser parte escola, parte trabalho. Em outro texto (Brum, 2021), a autora aponta para os desafios de educar as crianças durante a pandemia e dos impasses entre o abre e fecha de serviços em que a escola foi preterida.

Ficou evidente que o onde da educação concentrou-se na casa e o que antes era compartilhado com as escolas e a comunidade concentrou-se nesse espaço amorfo que deixou de ser casa - pois a falta de possibilidade de frequentar outros espaços transformou – o. É notório, segundo a autora, que isso trouxe impacto no desenvolvimento global das crianças, impedidas de outras trocas e de constituir esse “dentro” e “fora” que as circulações possibilitavam, além do claro impacto vivenciado pelos adultos, igualmente atravessados pelas transformações daquele período. Se a educação se dá na relação, conforme apresentado nesse trabalho, é obvio que todos nela envolvidos sentiram os efeitos do mundo pandêmico.

Há uma diferenciação entre a escola “serviço” que continuou a funcionar dentro do possível, com aulas remotas, ensino à distância, envio de atividades e as diversas formas de lidar com questões de acesso que professoras, educandos e famílias enfrentaram e a escola “prédio”, aquele lugar com endereço e materialidade que ficou de fato fechado. A escola “serviço” que saiu dos muros da escola “prédio” para acontecer pelos territórios teve seu reconhecimento como serviço essencial adiado para 2021 – momento em que o Plano São Paulo

mudou completamente de abordagem, indicando novos fechamentos de serviços ditos essenciais – como o comércio em geral – e indicando a retomada das atividades das escolas de forma presencial. Ou seja, no momento de queda de contágio e morte o discurso era de cautela e adiamento do retorno presencial, quando os números voltaram a subir, o discurso mudou para necessidade urgente de reconhecer a escola como serviço essencial e garantir a presença de seus atores dentro dos muros. Isso causou confusão e desconforto entre todos os envolvidos.

E quais foram a possibilidade de fazer ações intersetoriais entre a saúde e a educação nos tempos do novo coronavírus?

O grande desafio de promoção de ações intersetoriais de forma geral foi o desencontro de informações, a falta de alinhamento entre os entes federativos e a falta de uma cultura de educação em saúde forte que tivesse deixado a população orientada sobre quais são as fontes confiáveis de informação, como validar notícias, dentre outras coisas. (Santos & Lopes, 2021). O Brasil tem um programa forte de saúde na escola que será apresentado no capítulo sobre educação em saúde, que envolve o encontro dos atores da educação e da saúde, mas durante a pandemia com parte desses atores sobrecarregados de demanda devido à pressão sobre o sistema de saúde e parte de desdobrando para reinventar a prática educativa, ainda não há relatos robustos sobre como isso se deu.

A sobrecarga do sistema de saúde e a falta de uma direção clara sobre as ações da educação durante a pandemia do novo coronavírus nos anos de 2020 e 2021 dificultou – e muito – a construção desse espaço intersetorial entre a educação e a saúde. A desigualdade social, mais uma vez, se fez presente e marcante entre os setores públicos e privados da rede de educação, pois famílias mais pobres e periféricas tiveram menos acesso aos ambientes virtuais de ensino devido à possibilidade de conectividade e quando isso foi possível, a qualidade da rede nem sempre permitiu que os estudantes acessassem os conteúdos com a constância necessária. Além disso, o número de aparelhos com acesso à internet por vezes era menor do que o número de crianças e adolescentes que as famílias tinham que acompanhar (G1, 2020) , as questões relacionadas ao letramento das famílias e as necessidades de trabalho para prover alimento para seus membros.

Há que se reconhecer que estratégias de educação em saúde eram necessárias para o enfrentamento da pandemia em todos os setores e níveis – público e privado, municipal, estadual e federal. Os comportamentos seguros – isolamento e distanciamento social, uso de máscaras, realização de testes – tiveram adesão oscilante ao longo dos anos de 2020 e 2021 e a comunidade escolar – enquanto fechada – não conseguia apostar em estratégias de retorno dada a insegurança sanitária e estrutural da maioria dos prédios das escolas, principalmente, das escolas públicas (Arcoverde & Pinhoni, 2021).

O Plano São Paulo, em 2021, inseriu as escolas como serviços essenciais e seus profissionais foram inseridos no rol de profissionais a receberem a vacinação (São Paulo, 2022) e no segundo semestre de 2021 as aulas na rede pública retomaram gradualmente de forma presencial. Em relatório, o Banco Mundial – UNESCO – UNICEF (2021) aponta o prejuízo da pandemia de COVID-19 para a educação no mundo, para a defasagem global da aprendizagem e o dano ao processo educativo em relação ao tempo de escolas fechadas. Refere que é urgente pensar em estratégias de enfrentamento para recuperação e ainda a atenção que será fundamental às populações mais vulneráveis para retornarem às escolas. Ressalta também a importância de desenvolver metodologias de ensino específicas para crianças e adolescentes, a fim de ofertar suporte e aprendizagem real caso novos períodos de isolamento social sejam necessários.

Certamente estudos posteriores trarão com mais profundidade a percepção do impacto na educação brasileira e das necessidades de políticas públicas para seu enfrentamento.

4. Sobre as expressões da intersectorialidade entre a saúde e a educação

O que se entende como expressões intersectoriais são as ações realizadas de forma intencional entre os setores, a partir do reconhecimento da complexidade do problema a ser enfrentado e a incompletude do setor para fazê-lo. Essa expressão pode acontecer por ações incentivadas por políticas públicas desenhadas a partir dessa concepção – a intersectorialidade como a Babel – ou como a construção local de práticas territoriais por atores com essa compreensão e constroem de forma intencional arranjos intersectoriais – como dispositivo.

As expressões da intersectorialidade entre a saúde e educação tem avançado na construção de políticas públicas, programas e outras frentes de trabalho com esse foco, fortalecendo-se como arranjo institucional. Segue aqui uma breve apresentação sobre o tema encontrado no cenário brasileiro com iniciativa que apoiam as expressões intersectoriais entre a saúde e a educação e são base para a compreensão dos achados na revisão de escopo:

a) Política Nacional de Educação Popular em Saúde - PNEP SUS

No campo das políticas públicas, o Ministério da Saúde sancionou em 2013 a Política Nacional de Educação Popular em Saúde – PNEP SUS (Brasil, 2013)

“É uma prática voltada para a promoção, a proteção e a recuperação da saúde a partir do diálogo entre a diversidade de saberes, valorizando os saberes populares, a ancestralidade, a produção de conhecimentos e a inserção destes no SUS.” (Brasil, 2013)

O texto tem clara identificação com o que já foi construído por outros autores do campo da pedagogia referente à educação popular como prática horizontal de produção de saber nos territórios, para além dos muros da instituição chamada escola. Ao desenhar uma prática de educação popular em saúde, a política reconhece suas potências e limites e por isso convida os atores a pensar a promoção de saúde de forma horizontal e territorializada e inclui as diversas idades e populações que, por vulnerabilidade, podem não ter acesso ao ambiente escolar.

Outra questão muito importante que a PNEP SUS aborda é a possibilidade de produção cultural de saberes sobre a saúde por parte da população que compõe o Brasil com organizações diferentes e que, dentro da definição apresentada de setor no presente trabalho, se configuram como tal por terem características próprias que se diferenciam mas também se conectam com o todo. São os quilombolas, indígenas, comunidades ribeirinhas e as tantas possibilidades de organizações territoriais que um país continental abarca. Essa política tem quatro eixos estratégicos:

- Participação, controle social e gestão participativa
- Formação, comunicação e produção do conhecimento
- Cuidado em saúde
- Intersetorialidade e diálogos multiculturais

Dessa forma há o reconhecimento da potência de outros espaços na produção de saúde, além de valorizar e estimular a produção do saber popular e local como prática de cuidado:

“reafirma o compromisso com a universalidade, a equidade, a integralidade e a efetiva participação popular no SUS, e propõe uma prática político-pedagógica que perpassa as ações voltadas para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a partir do diálogo entre a diversidade de saberes, valorizando os saberes populares, a ancestralidade, o incentivo à produção individual e coletiva de conhecimentos e a inserção destes no SUS. PNEP - SUS (3: art 2) (BRASIL, 2013)

O principal objetivo é ampliar o diálogo sobre o tema da saúde com a sociedade e reconhece a educação popular como método para fazê-lo. Considerando que as políticas públicas fornecem orientações para as ações reconhecidas como relevantes para a sociedade, a existência de uma política regulamentando a prática de educação popular em saúde é ter o reconhecimento do governo brasileiro sobre a importância do tema e tensiona para desenvolver estratégias de operacionalização dessas ações, ao menos em tese. Diante disso, os princípios da PNEP SUS são muito relevantes como reconhecimento do Estado brasileiro sobre o que se espera, valoriza e remunera como produção de saúde nos territórios:

- Diálogo: valoriza a promoção de encontros que promovam a escuta entre as pessoas e a disponibilização do conhecimento produzido a todos.

Dialogar pressupõe a horizontalidade entre o ser que fala e o que escuta e a necessidade de alternância e trocas;

- **Problematização:** estimula a promoção de práticas de saúde a partir da leitura crítica e análise de contexto. É desenvolver na população competências de leitura de mundo, de contexto histórico, a compreensão dos determinantes sociais na produção da saúde e a possibilidade de transformá-los a partir da participação social consciente e instrumentalizada;
- **Emancipação:** processos que promovam nas pessoas competências voltadas para o reconhecimento dos problemas e a prática de desenvolver estratégias para o enfrentamento e minimização dos determinantes de vulnerabilidade. Está relacionado com o exercício da cidadania a partir do conhecimento da realidade local e da construção de formas de acionar as instâncias de governo para atuar e tomar a frente das ações identificadas para a produção de saúde;
- **Amorosidade:** Ampliação do diálogo considerando os aspectos afetivos e emocionais. Reconhecer e valorizar esses aspectos na tomada de decisão e nos desenhos organizacionais dos territórios.
- **Construção compartilhada do conhecimento:** diz respeito à construção constante de práticas pedagógicas que valorizem os diversos saberes dos territórios e estimule o fluxo de ideias e a busca de soluções coletivas para os problemas encontrados.
- **Compromisso com a construção de um projeto democrático e popular:** é a reafirmação da necessidade de construir e manter a noção da importância das políticas e da participação popular nelas no campo da promoção da saúde.

O desenho da PNEP-SUS vai ao encontro da teoria de análise do ciclo de políticas educacionais de Ball (Hostins & Rochadel , 2019) que será apresentado na discussão e análise dos resultados da revisão de escopo do presente trabalho, uma vez que ela propõe estratégias para o reconhecimento de necessidades, o trabalho democrático e participativo a partir desse reconhecimento, a participação popular nas esferas de tomada de decisão, a construção de políticas de enfrentamento e a avaliação constante de sua

aplicabilidade, numa espiral de construção coletiva das práticas de promoção da saúde. Esse tema será abordado de forma mais detalhada na análise dos resultados.

b) Programa Saúde na Escola – PSE

Programa brasileiro com o objetivo de organizar as ações de saúde e educação voltadas para promoção de saúde de crianças e adolescentes nas escolas, reconhecendo que na escola potências que a UBS não possui e por isso como possibilidade de construção de algo novo a partir da soma de seus saberes:

“A escola como um espaço de relações é ideal para o desenvolvimento do pensamento crítico e político, à medida que contribui na construção de valores pessoais, crenças, conceitos e maneiras de conhecer o mundo e interfere diretamente na produção social da saúde.” (Brasil, 2015).

Essa definição se apresenta em um dos cadernos do Programa Saúde na Escola – PSE, um documento norteador para gestores. A escola é reconhecida como um espaço fecundo e privilegiado para a produção de saúde e por isso é importante direcionar esforços – e orçamento – para que essa produção aconteça da melhor forma possível.

Esse documento descreve que práticas de educação e saúde são importantes e o programa se apresenta como saúde na escola (grifo da autora). Aqui as preposições são importantes, elas dizem respeito de qual a ligação é suposta entre os setores, e no caso o programa vai dizer de um deslocamento das equipes de saúde até as escolas do território, proporcionando um encontro dos campos para produzir saúde dentro da escola.

Na afirmação, práticas de educação e saúde falam de uma parceria, um caminhar lado a lado. O PSE compreende a necessidade de articulação entre as secretarias da saúde e da educação para promoção da saúde dos escolares. Cabe compreender se o programa provoca essa articulação e para isso serão apresentadas questões levantadas a partir das suas diretrizes.

De início, observa-se que não se trata da saúde de qualquer criança ou adolescente, apenas daqueles inseridos nas escolas. E de quais escolas? Aquelas que fizerem a adesão ao programa no território onde tenha acontecido

uma adesão das secretarias municipais da saúde e da educação. Ou seja, se não houver uma adesão do município ao programa, as escolas daquele local não poderão aderir à proposta, enquanto a adesão do município não obriga a adesão das escolas. Toda adesão é voluntária e bastante incentivada.

Aqui já há um ponto importante a ser observado: o equipamento de saúde que fará essa articulação com a educação é a Unidade Básica de Saúde – UBS, de gestão dos municípios. Os equipamentos da educação que farão a articulação com a saúde são as escolas, geridas parte pelos municípios, parte pelos estados e ainda uma parte pela iniciativa privada. A isso o presente trabalho chama de interconexões e interferências.

Um parêntesis importante a ser aberto nesse ponto é a questão territorial: embora haja um reconhecimento de todos os setores de que o conceito e delimitação de território é potente e trabalhar com ele é imprescindível, não ocorreu ainda uma construção compartilhada do território entre os campos temáticos que ali atuam, de forma que a construção do território seja comum a todos os setores. Estranhamente, cada setor tem um desenho de território, que não coincide em sua totalidade. De forma que pode ser que um território desenhado pela educação compreenda dois ou dois e um quarto de um território desenhado pelo setor saúde, que terá ainda outro desenho feito pelo setor da assistência social e assim segue com os demais setores. E, na prática, isso implica em muitas relações e por consequência, muitas interferências.

Nesse ponto existe o risco em cair numa armadilha dicotômica em eleger qual arranjo é bom ou ruim. E importa compreender as potências e entraves disso. Não adianta dizer que bom ou ruim é ter o mesmo território; ampliando essa discussão com a experiência prática da autora em articulação de redes de atenção à infância e adolescência, exploremos as possibilidades: um território compartilhado por todos os setores arrisca se encapsular. Entretanto, fato é que quando há maior encontro das pessoas as ações intersetoriais são mais viáveis. E o compartilhamento do território favorece mais encontros, mas o não favorecimento não significa impedimento e não há garantias que os encontros aconteçam mais ou menos conforme a organização territorial.

Já a possibilidade de encontros de mais territórios permite o conhecimento de outras formas de organização de redes. E assim, fecha-se o

parêntesis com a intenção de trazer um pouco mais da complexidade que o PSE enfrenta no desenho das ações.

O PSE foi instituído em 2007, a partir do Decreto Presidencial nº 6.286 com a intenção de criar práticas intersetoriais voltadas para a população infantojuvenil (Brasil, 2007). Programas assim são importantes para validar a necessidade de fomentar outras formas de resolver complexos problemas. O PSE surge com a intenção de promover à comunidade escolar ações que integrem a saúde e a educação. Não é o objetivo do programa a realização de atendimentos e procedimentos nas escolas, e sim envolver a comunidade escolar em ações de promoção de saúde. Para isso, as ações pactuadas devem ser inseridas no Projeto Político Pedagógico (PPP) das escolas e considerar aquilo que as comunidades escolares já sabem e fazem a respeito da promoção de saúde. Essa é a teoria.

A princípio os municípios teriam que preencher alguns requisitos para adesão, mas a partir de 2013 o programa foi universalizado, todos os municípios estão aptos para adesão e ampliado para creches e pré-escola. As palavras que constam nas diretrizes do programa são: descentralização, integração, territorialidade, interdisciplinaridade, integralidade, cuidado, controle social, monitoramento e avaliação. Em outros termos, diretrizes alinhadas às propostas do Sistema Único de Saúde – SUS.

Para que o PSE aconteça está previsto uma transferência de recurso financeiro pelo Ministério da Saúde, compondo o bloco de financiamento da Atenção Básica previsto na portaria MS/GM 204 de 29/01/2007 (Brasil, 2015), de forma que as ações do PSE passam a compor as atividades da Atenção Básica dos municípios que o aderiram. Os materiais didático-pedagógicos e clínicos para o desenvolvimento das ações serão financiados ou fornecidos pelo Ministério da Educação, nas mesmas condições de adesão. Não há no caderno do gestor a especificação de quais seriam os materiais clínicos necessários para a ação, nem como essa decisão seria tomada para a realização da compra.

A partir de 2011 essa transferência de recursos e materiais ficou condicionada à assinatura do Termo de Compromisso Municipal pelos secretários municipais de Saúde e Educação (Brasil, 2015). Esse é um dado importante: não consta a participação formal do Estado nessa adesão nesse primeiro momento. Entretanto, os governos estaduais devem compor os grupos

de trabalhos intersetoriais propostos para o acompanhamento do programa em cada esfera do governo, para garantir a territorialidade e a integralidade, uma vez que o território é composto de escolas municipais, estaduais e particulares.

Para gestão, monitoramento e avaliação do PSE está prevista a formação de um Grupo de Trabalho Intersetorial que deve preencher o Termo de Compromisso com as definições de metas e ações, pactuadas intersetorialmente. Nesse desenho devem constar quais as escolas serão cobertas pelo PSE e as Equipes de Saúde da Família – ESF's que farão as ações pelo território. Após a assinatura e validação do termo de compromisso, os municípios terão 12 meses para execução das metas estabelecidas.

Inicialmente, o monitoramento das ações era feito a partir do registro em dois sistemas: os profissionais da saúde no E-SUS e os profissionais da educação no SISMEC. A adesão e o monitoramento das ações, a partir de 2013, foram inseridos no Portal do Gestor, sendo o Sistema de Gestão da Atenção Básica, ou seja, acessado e alimentado pelos profissionais da saúde. Há uma orientação clara para que, mesmo que o preenchimento fique a cargo dos profissionais da saúde, as decisões devem ser tomadas intersetorialmente. Há que se imaginar que o setor que faz a prestação de contas seja o mais interessado na realização da ação e acabe por liderar o processo. No manual constam as parametrizações sobre a quantidade de educandos e quantidades de Equipes de Saúde da Família, que não é o foco a ser abordado no presente trabalho.

Para a execução do PSE no território está prevista a formação de Grupos de Trabalho Intersetorial – GTI – um para cada esfera administrativa. Essa é uma orientação muito importante, pois reforça premissa do trabalho intersetorial em diversos níveis desde a adesão do PSE e durante seu monitoramento.

Interessa saber a formação dos Grupos de Trabalho Intersetorial (GTI), focados na gestão compartilhada, devem ter em sua formação, obrigatoriamente, membros da secretaria da educação e da saúde e facultativamente de outros parceiros locais, representantes de políticas ou movimentos sociais, fomentando a intersectorialidade (Brasil, 2015). Serão formados os GTI em cada eixo federativo – federal, estadual e municipal – sempre composto por representantes da saúde e da educação e cada GTI com atribuições específicas. No caderno do gestor do PSE há uma indicação de que

o GTI M – municipal – seja composto pelos gestores das secretarias de educação e saúde, representantes das equipes da atenção básica e representantes dos educadores e que estes sejam atores envolvidos na atuação do PSE, ou seja, é no GTI municipal que a participação de profissionais da ponta será mais incentivada.

É importante ressaltar que nas orientações dos GTI's o papel do Estado é apoiar os municípios na adesão e organização da rede escolar e de saúde, tendo apenas uma indicação de que a adesão é municipal e as escolas estaduais se beneficiam do programa. Essa indicação é importante para envolver todas as escolas do território, independente da esfera de gestão administrativa.

Existe a recomendação de encontros periódicos entre os GTI's, tanto na esfera local quanto na esfera estadual, ampliando a participação desde o município, passando pelos encontros estaduais até chegar ao GTI -F para promover a troca de boas práticas, acompanhar os monitoramentos e pensar estratégias de enfrentamento dos desafios encontrados ao longo da execução.

As ações do PSE devem ocorrer conforme as pactuações do GTI-M e prescindem de formação para os profissionais das duas áreas. As ações devem ser organizadas de forma que não causem impactos aos conteúdos escolares e o programa insere a “Semana Saúde na Escola” como parte integrante do calendário dos serviços envolvidos.

Sobre o funcionamento dos GTI's a prática mostra que existem desafios a serem vencidos. Mesmo com a previsão desses grupos de trabalho nas normativas do PSE e sendo uma premissa para a execução do trabalho, mantê-lo nos territórios às vezes se mostra mais como uma tarefa burocrática do que estratégica. Um dos principais motivos – segundo a prática de trabalho – é a rotatividade de profissionais nas duas secretarias e a sazonalidade imposta pelos calendários de cada campo, a saber: o ano letivo das escolas e as campanhas de saúde das Unidades Básicas, por exemplo. Além disso, outra sazonalidade se impõe são os calendários eleitorais, trocas de gestão que atravessam o trabalho e por isso tem-se a impressão de um “eterno recomeço”, uma vez que sempre tem quem esteja chegando e essa chegada implica em compreensões e direções que trarão mudanças para o que foi pactuado no início da adesão. Aqui, mais um pouco de interconexões e interferências.

O PSE é composto por ações voltadas à avaliação das condições de saúde, para a promoção da saúde e prevenção de agravos e a formação dos profissionais envolvidos nas diversas esferas governamentais. Essas ações são nomeadas em grandes eixos temáticos (Brasil, 2022), a saber:

- *Saúde ambiental*
- *Promoção da atividade física*
- *Alimentação saudável e prevenção da obesidade*
- *Promoção da cultura de paz e direitos humanos*
- *Prevenção das violências e dos acidentes*
- *Prevenção de doenças negligenciadas*
- *Verificação da situação vacinal*
- *Saúde sexual e reprodutiva e prevenção do HIV/IST*
- *Prevenção ao uso de álcool, tabaco e outras drogas*
- *Saúde bucal*
- *Saúde auditiva*
- *Saúde ocular*
- *Prevenção à covid-19*
- *IMPORTANTE! A ação de prevenção à Covid-19 passa a fazer parte das ações do PSE, a partir da declaração de Emergência em Saúde Pública de importância Nacional (ESPIN) na Portaria nº 188, de 3 de fevereiro de 2020. (Brasil, 2022)*

As equipes de saúde e da escola serão responsáveis pelo acompanhamento e encaminhamento das demandas levantadas nessas ações e devem sinalizar quando o cuidado proposto não for seguido.

Não há uma obrigatoriedade sobre a quantidade mínima de ações esperadas dentro de cada eixo. É feita uma orientação de que se amplie o repertório de ações conforme as necessidades locais e que o documento apresenta essas prioridades de acordo com dados epidemiológicos. As percepções dos escolares sobre essas ações são apresentadas na Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar - PeNSE, que será apresentada neste trabalho posteriormente.

O manual do gestor reforça que o êxito dessa proposta está vinculado a uma prática intersetorial cotidiana. As ações propostas pelo manual reportam às ações feitas pelos profissionais da saúde na escola, no ambiente escolar (grifo da autora). Algumas ações são diretamente atribuídas aos profissionais da saúde: avaliar, pensar, medir. Outras têm características mais híbridas, como

promover a alimentação saudável ou a saúde mental dos alunos, que podem ser vistas como atribuição tanto da saúde quanto da educação.

Dessa forma, o PSE se mostra um programa intersetorial desde sua concepção, fornecendo orientações, financiamento e indicadores de acompanhamento das ações realizadas entre as áreas da saúde e da educação.

c) Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar – PeNSE

O Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE e o Ministério da Saúde, com o apoio do Ministério da Educação, realizam essa pesquisa para conhecer os fatores de risco e proteção à saúde de adolescentes inseridos nas escolas, tanto de gestão pública quanto privada. Essa pesquisa teve início em 2009 e os últimos resultados disponíveis são de 2019, a população-alvo são os alunos do 9º ano do ensino fundamental que respondem a questionários autoaplicáveis (IBGE, 2019)

A pesquisa apresenta as características básicas da população: aspectos socioeconômicos, contextos sociais e familiares, fatores de riscos comportamentais, exposição a acidentes e violências e características do território, bem como questões relacionadas à infraestrutura da escola para práticas de promoção de saúde, a alimentação, práticas de atividades físicas e também questões relacionadas à saúde mental, uso de drogas lícitas e ilícitas e saúde sexual. Acompanhando os resultados é possível perceber um refinamento das perguntas, sendo que em alguns temas é possível comparar os resultados e traçar uma série histórica.

Os resultados são apresentados pela média nacional, região, estado e capital; além da separação por dependência administrativa. Sobre as práticas entre saúde e educação, os dados apresentados na edição de 2019 são:

- Percentual de escolares de 13 a 17 anos em escolas onde há algum grupo ou comitê responsável por orientar ou coordenar ações e/ou atividades relacionadas à saúde no Brasil: 38,5% na escola pública e 46,2% na escola privada.

- Percentual de escolares de 13 a 17 anos em escolas públicas que participam do Programa de Saúde na Escola (PSE), por tipos de ação desenvolvida nos 12 meses anteriores à pesquisa:

No total das ações: 50% dos respondentes no Brasil reconhecem a participação nas ações do PSE; sendo:

- Apoio à vacinação dos(as) alunos(as): 87,3%
- Promoção da alimentação saudável e prevenção da obesidade: 72,1
- Promoção e avaliação da saúde bucal: 67,2 %
- Promoção da cultura da paz, cidadania e direitos humanos: 68,9%
- Prevenção de violências e acidentes: 56,1%
- Prevenção do uso de tabaco: 51,4%
- Prevenção do uso de álcool: 61,4%
- Prevenção do uso de crack e outras drogas: 65,1%
- Prevenção de infecções/doenças sexualmente transmissíveis (IST): 38,7%
- Prevenção de práticas de bullying nas dependências da escola: 43,2%
- Prevenção de brigas nas dependências da escola: 35,4%

A partir dos resultados é possível reconhecer quais os temas mais trabalhados; a vacinação, conforme o recorte apresentado, tem mais que o dobro de citações em relação aos temas menos citados. Os temas relacionados à saúde sexual e a prevenção de violência na escola foram citados por pouco menos de 40% dos respondentes. Nessa fotografia é possível reconhecer um sinal dos tempos do Brasil de 2019, em que o debate sobre saúde sexual nas escolas tornou – se tema sensível e novamente surgiu o debate sobre o papel de cada ator na cena educacional.

A PeNSE se mostra como uma ferramenta importante para traçar estratégias de enfrentamento dos determinantes sociais de saúde e seu acompanhamento ao longo do tempo. A partir de seus resultados é possível identificar pontos de atenção e pontos de avanço nos resultados entre as pesquisas, bem como realizar leitura cruzada dos dados para entender as relações entre os indicadores.

Essa forma de tornar objetiva a expectativa de produção de saúde no ambiente escolar a partir de um programa de saúde na escola e de uma pesquisa

de saúde do escolar favorece a troca de informações, o desenho de propostas com papéis e expectativas e um ponto de partida com um objetivo comum.

Dessa forma, é possível identificar que o Brasil possui uma política, um programa e uma proposta de indicadores para organizar, estimular e mensurar as práticas intersetoriais entre a saúde e a educação, o que é esperado de sistemas de saúde. Há que se considerar que o mesmo aconteça em outros modelos de saúde ao redor do mundo. E é sobre isso que o presente trabalho pretende aprofundar.

5. Dos objetivos

a) Objetivo geral

- Identificar as expressões intersetoriais entre saúde e educação na promoção de saúde.

b) Objetivos específicos

- Mapear o campo de estudo desenhado pelas expressões intersetoriais entre saúde e educação,
- Identificar como estas expressões se manifestam nas publicações científicas,
- Identificar as potências e desafios nas expressões intersetoriais entre saúde e educação

6. Da metodologia

Sobre a revisão de escopo, Arskey & O'Malley (2005) afirmam ser uma metodologia indicada para campos complexos de estudo e com objetivo de mapear conceitos-chave para amparar uma pesquisa, com diferentes níveis de aprofundamento, a depender do objetivo do pesquisador. Considerando que as expressões da intersectorialidade entre a saúde e a educação são parte da complexa rede de promoção de saúde, tal método se justifica. Os autores apontam ainda que a revisão de escopo tem sido útil em pesquisas no campo da educação, saúde e das ciências sociais.

Para realização do presente trabalho, a autora utilizou a revisão de escopo norteada pela proposta metodológica do Manual JBI para Síntese de Evidências (Aromataris E, Munn Z (Editors)., 2020). De acordo com esse manual, as revisões sistemáticas têm o objetivo de entregar uma síntese abrangente e imparcial de estudos relevantes sobre determinado tema utilizando método rigoroso e transparente. Dada a quantidade de informações produzidas atualmente, a revisão de escopo não se dispõe a apresentar todos os estudos e sim os mais relevantes diante da problemática apresentada. Para tanto, as revisões de escopo devem apresentar métodos rigorosos para amparar seus resultados para fornecer informações confiáveis aos interlocutores e assim apoiar a construção de conhecimento para fomentar práticas e políticas no campo de estudos que se propõe a abordar. O manual ainda ressalta que como todo o empreendimento científico, a revisão de pesquisa em saúde pode influenciar tomadas de decisões e por isso deve ser conduzida com o rigor científico esperado das demais pesquisas no campo da saúde.

Sobre as possibilidades de estudos de revisão de escopo, utilizou – se os conceitos apresentados por Munn et al (2018) que apresentam as diferenças entre revisão de escopo como síntese de evidências ou como uma revisão sistemática. Dado o objetivo do presente trabalho, a autora optou pela síntese de evidências a fim de:

- Determinar o escopo das produções da literatura sobre determinado tema, a saber as expressões da intersectorialidade entre saúde e educação;
- Dar uma indicação sobre o volume de literatura e estudos disponíveis;

- Trazer uma visão geral sobre as produções voltadas para as expressões da intersetorialidade entre a saúde e a educação;
- Examinar evidências emergentes
- Identificar e mapear as evidências disponíveis

De tal forma, articulou essas orientações para revisão de escopo com o manual JBI (2020), que ressalta a revisão de escopo como a síntese de conhecimento produzida por uma revisão feita de forma padronizada, ou seja, com métodos rigorosos e transparentes (Aromataris E, Munn Z (Editors)., 2020). De forma geral, o manual apresenta que todas as revisões de escopo terão como necessário o seguinte percurso:

a) Formulando uma pergunta de revisão

Conforme o manual JBI a pergunta, ou as perguntas, pois às vezes para mapear um campo utilizando a revisão de escopo são necessárias várias, deve orientar e direcionar os critérios de inclusão específicos na revisão. Para elaborar a pergunta a nortear a revisão de escopo, seguiu a Colaboração Cochrane publicada por seu grupo de métodos de revisão rápida (Garritty, et al., 2021) utilizando o roteiro abaixo descrito:

- População: “Características importantes dos participantes da pesquisa que sejam relevantes para a pergunta da revisão. Em algumas circunstâncias, os participantes por si só não são relevantes. Por exemplo, para uma revisão de escopo que se concentra no mapeamento dos tipos e detalhes de projetos de pesquisa ou conceitos, pode não ser relevante detalhar os tipos de participantes envolvidos nessa pesquisa.”

Nesse caso, a população – aqui compreendida como os representantes dos campos de saber e do fazer já apresentados no presente trabalho: ações conjuntas de profissionais da saúde e da educação.

- Conceito (Fenômeno de interesse) “O conceito central examinado pela revisão deve ser claramente definido para orientar o escopo e a amplitude da investigação. Isso pode incluir detalhes relativos a elementos que seriam detalhados em uma revisão sistemática padrão, como as “intervenções” e / ou “fenômenos de interesse” e / ou “resultados”.”

O fenômeno de interesse da revisão de escopo são as publicações que apresentam expressões intersetoriais entre a saúde e a educação, que podem ou não se manifestar a partir da intersectorialidade entre as políticas de saúde e educação. Por expressões intersetoriais consideram-se as manifestações intersetoriais, práticas narradas ou representadas em forma de leis, ou políticas que apliquem a intersectorialidade entre a saúde e a educação e a relatos de experiências em que os atores não foram movidos pela força da lei, mas pela leitura da necessidade. Diz respeito à aplicação e operacionalização da intersectorialidade, é o fazer conjunto intencional reconhecendo a impossibilidade de atuação setORIZADA. São as ações em que os atores reconhecem a potência e os limites de seu campo de saber e a potência da ação compartilhada com outros setores. Utilizando o referencial teórico apresentado compreender se a expressão encontrada diz respeito à intersectorialidade como a Babel das políticas públicas ou à intersectorialidade como dispositivo para alteridade.

- Contexto: “O contexto deve ser definido e pode incluir, mas não se limitar, a consideração de fatores culturais, como localização geográfica e / ou interesses sociais, culturais ou de gênero específicos. Em alguns casos, o contexto também pode abranger detalhes sobre o ambiente específico, como um determinado país, sistema ou ambiente de saúde”

O contexto de interesse são artigos disponíveis nos bancos de dados escolhidos, em língua portuguesa e inglesa, que trabalhem o conceito “expressões intersetoriais” com o público-alvo “saúde e educação”. Diante disso, a pergunta de pesquisa a ser feita para a seleção de artigos no banco de dados será:

“Quais são as expressões da intersectorialidade entre a saúde e a educação e como se apresentam? “

b) Definição de critérios de inclusão e exclusão

Serão inseridos na revisão de escopo trabalhos apresentados em formato de artigo, com texto completo disponível em língua portuguesa ou inglesa entre os anos 2000 a 2021, com objetivo de identificar os caminhos traçados no novo século – compreendendo que o cenário globalizado e tecnológico avança em largos passos e urge compreender novas soluções para novos problemas. Optou pelo formato em artigo dado o período para a execução da pesquisa de mestrado e que dessa forma será mais eficiente a comparação entre os resultados, considerando que a primeira leitura se dará em itens-chave como: resumo e palavras-chaves.

Serão inseridos na revisão os artigos que abordem as expressões da intersectorialidade entre a saúde e a educação a partir do fazer conjunto dos dois campos. Considera-se o fazer conjunto as ações, políticas e leis que considerem os dois campos de atuação e que envolva seus atores na execução da ação. Por expressão considera as manifestações políticas, organizacionais e práticas realizadas entre a saúde e a educação.

Serão excluídos da revisão de escopo trabalhos apresentados em formatos diferentes que artigo (monografias, dissertações, capítulos de livro ou textos de cursos e apostilas). Artigos com textos completos indisponíveis nas bases de dados, artigos disponíveis apenas em línguas diferentes da portuguesa e inglesa e artigos publicados antes de 2000.

Também serão excluídos artigos que não abordem as expressões da intersectorialidade entre a saúde e a educação, onde não seja possível identificar o fazer conjunto, as ações entre os setores, quer na esfera prática ou na esfera política das leis e programas existentes. Artigos que apresentem ou façam referências a apenas um dos campos atuando serão excluídos.

c) Localizando estudos por meio da pesquisa

Consultando os descritores em ciência da saúde foi possível encontrar 13 combinações de palavras que podem ajudar a aproximar as produções acadêmicas em torno do tema.

Essas palavras acrescentam aos derivados de intersectorialidade palavras como “rede”, “política”, “coordenação”, “ação” e “cooperação”: duas palavras no sentido de estrutura e três indicando práticas. Interessa esse destaque por sua presença nos resultados e nos caminhos de análise.

Dada a característica do termo e as possibilidades de suas manifestações, três buscas iguais nas duas bases de pesquisa foram realizadas - PUBMED e BVS - com os termos organizados conforme segue:

- (escola) AND (saúde) AND (intersectorialidade) AND (educação)
- (school) AND (health)) AND (Intersectoral Collaboration)) AND (Learning)) AND (Education)AND Health Education)
- (school) AND (health) AND (Intersectoral Collaboration) AND (Learning) AND (Education)AND Health Education

d) Selecionando estudos para inclusão

O objetivo de realizar a busca dessa forma foi de trazer o maior número de publicações sobre o tema para em um segundo momento mapear os estudos e categorizá-los.

Os termos escola, saúde e educação em saúde não tiveram necessidade de alteração, foi necessário acrescentar o termo “learning” para ampliar os resultados para as práticas de educação em saúde, principalmente na base de dados internacionais. A pesquisa procurou os descritores nos campos: título, resumo e assunto. Foram inseridos na revisão de escopo os artigos publicados entre os anos 2000 e 2021, com intuito de mapear a produção sobre o tema no século XXI. Dentre os artigos identificados, foram retirados aqueles que não estavam escritos em língua inglesa ou portuguesa, aqueles que se repetiram nas três pesquisas e aqueles que não estavam disponíveis.

Nos artigos restantes, foi realizada a leitura com foco no resumo, método e conclusão a procura da resposta para a pergunta: esse artigo relata uma expressão da intersectorialidade entre a saúde e a educação?

e) Avaliação da qualidade dos estudos

A partir da primeira seleção, foram incluídos na revisão de escopo todos os artigos disponíveis utilizando os critérios já apresentados, e naqueles identificados como inseridos na revisão de escopo, outras dimensões de análises emergiram da leitura dos textos:

- A intersectorialidade é apresentada como a Babel das políticas públicas?
- A intersectorialidade é apresentada como dispositivo para alteridade e negociação?

Nenhum artigo foi excluído desse segundo momento, uma vez que respondiam a uma ou às duas perguntas de pesquisa.

f) Analisar e sintetizar os estudos relevantes

Após a seleção dos artigos, foi feita a separação entre os textos que abordaram a intersectorialidade como a Babel das políticas públicas, aqueles que trabalharam a intersectorialidade como dispositivo para a prática e se em algum deles surgiam as duas expressões no mesmo artigo. Foi realizada a leitura de todos os artigos, identificando como a intersectorialidade entre a saúde e a educação se expressou nos artigos, os pontos relevantes e possíveis lacunas.

g) Apresentar e interpretar os resultados, incluindo potencialmente um processo para estabelecer certeza no corpo de evidências

De acordo com o Manual JBI:

“Ao contrário de uma revisão sistemática, as revisões de escopo não tendem a produzir e relatar resultados que foram sintetizados a partir de múltiplas fontes de evidências seguindo um

processo formal de avaliação metodológica para determinar a qualidade da evidência. Em vez disso, as revisões de escopo visam fornecer uma visão geral ou mapa das evidências.” (Aromataris E, Munn Z (Editors)., 2020)

Por tratar-se de revisão de escopo, a apresentação e interpretação dos resultados foi correlacionada com o percurso teórico traçado. A revisão trouxe um mapa sobre as produções acadêmicas, as evidências e o interesse de estudo do tema; sendo possível identificar possíveis caminhos interessantes para novos estudos que possam delimitar o campo intersectorial entre a saúde e educação e propor métodos de atuação e pesquisa que forneçam indicadores e evidências.

Os bancos de dados utilizados foram:

- PubMed é um recurso gratuito voltado para busca de literatura da ciência biomédica com foco na saúde. Está disponível desde 1996 e é mantido pelo National Center for Biotechnology Information (NCBI) , na Biblioteca Nacional de Medicina (NLM) dos Estados Unidos, localizada no National Institutes of Health (NIH). (PubMed , 2022) A PubMed disponibiliza textos completos e citações, para esse trabalho utilizou-se apenas os textos completos disponíveis em língua portuguesa ou inglesa.
- BVS – Biblioteca Virtual em Saúde – foi estabelecida em 1998 como plataforma operacional de cooperação técnica da Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) para a gestão da produção em saúde da região da América Latina e Caribe. Essa rede é construída coletivamente e coordenada pela BIREME e é desenvolvida de forma descentralizada a partir de instancias nacionais e redes temáticas relacionadas à pesquisa, ensino ou coordenação de serviços. (BVS Salud , 2022).

Foram utilizados esses dois bancos de dados por serem bancos que incluem várias bases de pesquisas, sendo a BVS uma rica fonte de publicações brasileiras e a PubMed com a mesma relevância em estudos internacionais. Dada a característica da metodologia utilizada, essas fontes apresentaram a abrangência relevante para atender às necessidades da pesquisa.

Arksey e O'Malley apud Shankardass et al (2011) afirmam que uma revisão de escopo de um corpo de evidências é um primeiro passo importante antes de realizar uma síntese de conhecimento mais intensiva, particularmente quando o corpo de literatura sobre um tópico está sendo compilado pela primeira vez e/ou quando os fenômenos sob investigação são complexos ou não-homogêneos. Nesse caso, a última característica se aplica: as “expressões da intersectorialidade entre a saúde e a educação” são um conjunto de fenômenos complexos e heterogêneos. O processo de definição de escopo, como o nome sugere, permitiu analisar a “extensão, o alcance e a natureza” das questões de pesquisa abordadas em um corpo de literatura.

7. Dos Resultados

Os resultados obtidos localizaram inicialmente 231 artigos tendo sido incluídos 40 artigos ao final, como demonstrando na Figura 1

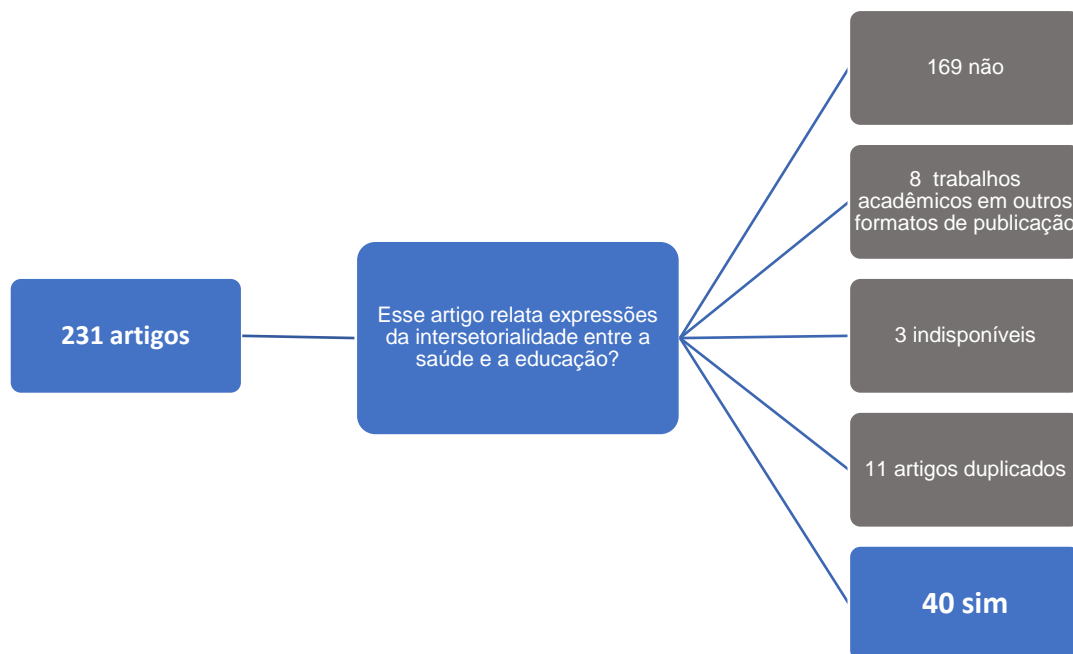


Figura 1 - Momento 1 da revisão de escopo

Dos 231 artigos inicialmente localizados, 11 estavam duplicados, 8 não eram artigos (estavam disponíveis em formato de teses ou trabalhos) e 3 textos estavam indisponíveis. Nos 208 restantes, foi feita a leitura dos artigos à procura da resposta: esse artigo relata uma expressão da intersectorialidade entre saúde e educação, caracterizada pela atuação entre os setores de forma intencional, quer pelo reconhecimento da necessidade pelos atores ou por indicação de política desenhada a partir do reconhecimento desta? Para essa pergunta, 40 artigos se apresentaram como resposta.

Observa-se que a produção científica sobre o tema é consideravelmente menor na primeira década do século XXI (2 artigos) em relação à segunda (38 artigos).

A partir da indicação de pesquisa sobre o tema da intersectorialidade indicado por Akerman et al (2014) foram identificadas duas possibilidades de análises nos artigos inseridos:

8. Das possibilidades analíticas

A partir dos resultados apresentados serão discutidos os achados da revisão de escopo. A hipótese original era de que a resposta para a pergunta “quais as expressões da intersectorialidade entre a saúde e a educação” seriam as práticas de educação em saúde, principalmente aquelas voltadas para crianças e adolescentes. Os resultados demonstraram haver mais formas de expressões dessa intersectorialidade e que manifestam tanto no âmbito da teoria, da lei e da escrita como da prática e dos encontros dos profissionais no cotidiano.

Para tanto, começemos com a ênfase no termo “Intersectorialidade”. A língua portuguesa permite a construção de termos e intersectorialidade é a junção de:

- Intersectorial:

“Que se efetiva ou se desenvolve entre dois ou mais setores; que compreende mais de um ramo, domínio, subdivisão ou seção. Que envolve mais de uma divisão ou subdivisão de um órgão público ou de uma empresa responsável por um serviço ou assunto específico: reunião intersectorial de gestão pública. (DICIO, 2022)

- Sufixo “dade”:

“O sufixo “-dade” é acrescido a adjetivos para formar substantivos que expressam a ideia de estado, situação ou quantidade.” (GOOGLE INC., 2020)

Assim, intersectorialidade na língua portuguesa é um estado, um modo de ser, uma postura, uma posição a partir da qual o trabalho acontece. Akerman et al (2014) apontam que intersectorialidade é um conceito polissêmico, que diz respeito a um arranjo de gestão e a um dispositivo para a escuta qualificada e o exercício da alteridade, com respeito às diferenças e diversidade – respectivamente a Babel das políticas públicas e o dispositivo nas categorias de análise.

a) Intersectorialidade como a Babel das Políticas Públicas

Foram identificadas 22 produções que se ocuparam de ações, programas e políticas públicas estruturadas sobre a intersectorialidade entre a saúde e a educação e por isso responderam às perguntas de análise da intersectorialidade

como a Babel das políticas públicas. Retomando o que a foi apresentado nas bases teóricas, reconhecer a intersectorialidade como a Babel é reconhecer sua potência como arranjo político – capaz de enfrentar grandes desafios. Nos artigos os grandes desafios a serem enfrentados diziam respeito a necessidade de construção de um campo comum de atuação para a saúde e a educação, as formas atuação e de compartilhamento a quem a intersectorialidade se destina – em outras palavras – o desafio é a forma de expressar a intersectorialidade.

Nesse caso, as produções científicas, em sua maioria, se ocuparam de analisar decretos, portarias e documentações; além de práticas que operacionalizavam tais políticas públicas. Os elementos envolvidos nos artigos são documentos, programas e políticas de diversas esferas de governos ou de instituições onde os autores procuram fazer análises sobre a história, aplicabilidade e resultados das propostas.

Nessa categoria de análise, a maioria dos artigos está voltados às políticas desenhadas para práticas intersectoriais entre saúde e educação, sendo 17 produções tratando sobre as práticas do Brasil, conforme demonstrado a seguir:

- 2 artigos fazem comparações entre diversas políticas intersectoriais de saúde e educação;
- 2 artigos abordam o programa #tamojunto, ação voltada para a prevenção de álcool e drogas nas escolas;
- 1 artigo aborda o NutriSUS, estratégias voltadas para alimentação saudável.
- 1 artigo faz análise da Política Integrada de Saúde Escolar
- 1 artigo faz análise de um Programa de Saúde Escolar
- 10 artigos tratam do Programa Saúde na Escola – PSE
- 5 artigos abordam políticas e programas em outros países, a saber: Sul da Ásia, Austrália, Reino Unido, Inglaterra e Irã. Os temas são controle de parasitas, alimentação saudável e promoção de saúde.

O Quadro 1, abaixo, detalha esta análise.

Artigo	Quem são os protagonistas das ações?	Qual é o papel do setor saúde?	Quais Incentivos para os atores?	Quais Elementos para sustentabilidade?
1	Governo japonês	Treinamento de RH Controle Sanitário Desenvolvimento de atividades de saúde escolar	Aprimoramento Profissional voltado para a prática	Não identificado no texto. Apontado como necessidade de melhoria questões de financiamento e planejamento.
5	Ministério da Saúde	Implantação do programa escolar europeu Unplugged#Tamojunto em 3 municípios brasileiros	Apoio da gestão Melhoria da prática de trabalho	Não identificado no texto. Apontado como necessidade para sustentabilidade mudança da abordagem sobre uso de drogas pelos profissionais, adequação da hora/aula, necessidade de aproximação dos profissionais das metodologias interativas, questões de monitoramento e alinhamento ético sobre a promoção da saúde.
6	Pesquisadora, Gestores locais da Saúde e da Educação	Participar de encontros para construção de plano de ação	Apoio à execução do programa federal no território	Não identificado no texto. Há um apontamento de que o produto da intervenção seja ponto disparador de reflexão
8	Profissionais da Saúde e da Educação	Compor no desenvolvimento das ações do Programa Saúde na Escola - PSE	Disponibilização de um monitor do PSE em cada escola participante. Formação de Equipes de Saúde na Escola	Programa federal incluso em políticas públicas de promoção da saúde, com previsão orçamentária, planejamento e acompanhamento de indicadores
9	Profissionais da Saúde e da Educação	Compor no desenvolvimento das ações do Programa Saúde na Escola - PSE	Contribuição no atendimento das demandas de saúde dos escolares	Programa federal incluso em políticas públicas de promoção da saúde, com previsão orçamentária, planejamento e acompanhamento de indicadores

10	Profissionais da Saúde e da Educação	Armazenamento, entrega e orientação sobre os insumos utilizados na ação, Apoiar as equipes da educação sobre o manuseio e aplicação dos insumos utilizados na ação	Ação reconhecida como atividade de trabalho, a ser incorporada à jornada dos atores. Melhoria da saúde do público alvo da ação	Programa federal incluso em políticas públicas de promoção da saúde, com previsão orçamentária, planejamento e acompanhamento de indicadores
12	Profissionais da Saúde e da Educação	Implantação do programa escolar europeu Unplugged#Tamojunto	Ter um/uma profissional como apoio para ações intersetoriais (multiplicadora)	Após a validação do programa há intenção de inseri-lo no Programa Saúde na Escola - PSE
15	Profissionais da Saúde e da Educação	Compor na implantação das ações do Programa Saúde na Escola - PSE	Não foi identificado no artigo incentivos diferentes daqueles disponíveis na legislação.	Programa federal incluso em políticas públicas de promoção da saúde, com previsão orçamentária, planejamento e acompanhamento de indicadores
17	Programas integrados de saúde escolar	Compor nas organizações locais das políticas de educação em saúde	Não foi identificado no artigo incentivos diferentes daqueles disponíveis na legislação.	Programas federais incluso em políticas públicas de promoção da saúde, com previsão orçamentária, planejamento e acompanhamento de indicadores
18	Profissionais da Saúde e da Educação	Compor no desenvolvimento das ações do Programa Saúde na Escola - PSE	Não foi identificado no artigo incentivos diferentes daqueles disponíveis na legislação.	Programa federal incluso em políticas públicas de promoção da saúde, com previsão orçamentária, planejamento e acompanhamento de indicadores
19	Instituição de ensino	Receber a capacitação elaborada para atuação nas ações do PSE	Aprimoramento Profissional voltado para a prática	Programa federal incluso em políticas públicas de promoção da saúde, com previsão orçamentária, planejamento e acompanhamento de indicadores
20	Profissionais da Saúde e da Educação	Compor no desenvolvimento das ações do Programa Saúde na Escola - PSE	Não foi identificado no artigo incentivos diferentes daqueles disponíveis na legislação.	Programa federal incluso em políticas públicas de promoção da saúde, com previsão orçamentária, planejamento e acompanhamento de indicadores

21	Setores da saúde e da educação	Participar das diversas ações voltadas para a saúde do escolar no Brasil ao longo da história dessas políticas	Por tratar-se de estudo comparativo, há citação de diversos incentivos voltados para a melhora da saúde e a efetividade da prática profissional de forma indireta	O artigo analisou as diversas políticas e programas desenhados para as ações de educação em saúde entre os setores e trouxe os incentivos que cada uma abordou em seu tempo
22	Profissionais da Saúde, da Educação e da Cultura	Identificar a necessidade de intervenção e compor com as ações do PSE a partir desse diagnóstico	Não foi identificado no artigo incentivos diferentes daqueles disponíveis na legislação.	Programa federal incluso em políticas públicas de promoção da saúde, com previsão orçamentária, planejamento e acompanhamento de indicadores
28	Profissionais da Saúde e da Educação	Financiamento das ações, centralização do processo de adesão e coordenação das comissões intersetoriais	Não foi identificado no artigo incentivos diferentes daqueles disponíveis na legislação.	Programa federal incluso em políticas públicas de promoção da saúde, com previsão orçamentária, planejamento e acompanhamento de indicadores
29	Profissionais da Saúde e da Educação	Participar das ações da política de nutrição do governo brasileiro	Não foi identificado no artigo incentivos diferentes daqueles disponíveis na legislação.	Programa federal incluso em políticas públicas de promoção da saúde, com previsão orçamentária, planejamento e acompanhamento de indicadores
31	Setores da saúde, educação básica e desenvolvimento social	Prestar serviços de saúde escolar de forma mais abrangente (envolvendo ações de educação em saúde)	Não foi identificado no artigo incentivos diferentes daqueles disponíveis na legislação.	Programa federal incluso em políticas públicas de promoção da saúde, com previsão orçamentária, planejamento e acompanhamento de indicadores
33	Programa organizado para alinhar as ações voltadas para crianças e jovens de um bairro em Londres. Foram envolvidos os setores saúde, educação, assistência social e voluntariado do território	Participar da formação voltada para melhoria do conhecimento da rede local e melhorar os fluxos de trabalho e colaboração entre os setores. Ofertar assistência em saúde nas ações intersetoriais.	Melhoria das práticas de trabalho no território	Na conclusão do artigo consta que não há incentivo para sustentabilidade das ações, uma vez que os workshops foram pontuais e seus resultados iam se perdendo com o passar do tempo

34	Setores da educação, saúde e assistência social	Compor com as ações do programa de alimentação saudável, com práticas assistenciais e pedagógicas	Não foi identificado no artigo incentivos diferentes daqueles disponíveis na legislação.	Programa nacional incluso em políticas públicas de promoção da saúde, com previsão orçamentária, planejamento e acompanhamento de indicadores
35	Setores envolvidos com o tema da nutrição	Compor com o time intersetorial na proposição de política nutricional, bem como realizar a implantação, monitoramento e avaliação.	Ter norteadores para melhorar a transição nutricional da população	Desenho de política pública voltada para essa finalidade
37	Profissionais da saúde e da educação, órgãos reguladores dos governos e famílias	Compor com o time intersetorial na proposição de política intersetorial de cuidados à criança com asma, bem como realizar a implantação, monitoramento e avaliação.	Ter norteadores para melhorar o cuidado de crianças com asma da população atendida e assim ter menos dias de aula perdidos.	Desenho de políticas públicas voltada para essa finalidade
40	Análise de documentos de política pública	Compor na implantação das ações do Programa Saúde na Escola - PSE	Não foi identificado no artigo incentivos diferentes daqueles disponíveis na legislação.	Programa federal incluso em políticas públicas de promoção da saúde, com previsão orçamentária, planejamento e acompanhamento de indicadores

Quadro 1- Quadro de análise Intersetorialidade como a Babel das políticas públicas.

A partir dos resultados observa-se que a proposta de análise da intersetorialidade como a Babel das políticas públicas possibilita identificar os protagonistas das ações, a definição de papéis da saúde e dos demais setores, os incentivos e sustentabilidade das propostas. Abaixo são apresentadas cada categoria de forma separada:

Protagonistas das ações intersetoriais entre saúde e educação
Governos
Academia – Pesquisadores e territórios onde as universidades tiveram inserção
Profissionais da saúde e da educação

Nos artigos identificados dentro do escopo “Babel” a intersetorialidade foi protagonizada principalmente por instâncias governamentais na produção e implantação de políticas públicas e programas intersetoriais envolvendo saúde

e educação e, por consequência, profissionais de saúde e educação se mostraram protagonistas das ações que operacionalizavam essas proposições. A revisão de escopo mostrou ainda outro protagonista nesse campo: a universidade que, fazendo ponte com o território, se inseriu nos programas em execução para formar alunos de graduação e pós-graduação. Nesses artigos observa-se que esse “terceiro” na relação entre saúde e educação no território serviu como interlocutor entre os setores e ajudou na sistematização das atividades realizadas entre eles.

Papéis do setor saúde nas ações
Treinamento de recursos humanos em temas de saúde
Controle sanitário do território
Implantação e desenvolvimento de atividades de saúde escolar
Compor a construção de plano de ação para problemas de saúde identificados
Implantação, monitoramento e avaliação de políticas de educação em saúde escolar no território
Distribuição de insumos nas ações de educação em saúde
Compor com grupo intersetorial na identificação das necessidades de intervenção de educação em saúde no território
Financiamento das ações intersetoriais entre saúde e educação
Atendimento assistencial durante as ações de educação em saúde

Os papéis encontrados do setor saúde na revisão vão desde a elaboração e financiamento das políticas até a assistência em saúde nas ações propriamente ditas. Na maior parte dos casos, as ações intersetoriais partiram da saúde em direção à educação.

Profissionais assistenciais e da academia aparecem como atores nos artigos que relatam as práticas intersetoriais desenhadas por leis, programas e políticas públicas; já nos artigos que analisam tais proposições profissionais da saúde são tomados como o objeto a quem a lei ou política orienta. Não foi identificado nos artigos os profissionais da saúde como autores e sim como executores. É interessante notar essa ausência na revisão de escopo, uma vez que, conforme apresentado nos capítulos anteriores, o sistema de saúde brasileiro incentiva a participação dos diversos atores do campo da saúde – desde os usuários até os trabalhadores.

Quais incentivos para os atores
Aprimoramento profissional
Apoio à gestão dos serviços de saúde e educação
Formação acadêmica
Apoio à execução de políticas públicas
Acréscimo de profissionais qualificados para execução das atividades diárias dos serviços

Essa categoria de análise da intersetorialidade como a Babel das políticas públicas é bastante interessante, pois traz os atores para cena e coloca luz sobre o que os move no campo da intersetorialidade. No texto apresentado no capítulo anterior, a história original dizia respeito à vontade de um povo em construir um memorial, algo que os lembrasse das possibilidades de construção coletiva. Ao inserir leis, políticas e programas nessa categoria de análise, foi possível refletir sobre a necessidade de identificar incentivos subjetivos que conversem com a objetividade dos incentivos legais.

Nessa linha de análise, é possível destacar que três dos cinco incentivos identificados estão voltados para o fazer junto de forma direta e dois de forma indireta. O apoio e o acréscimo de profissionais revelam que a possibilidade de construção conjunta se mostra como um importante ganho para os atores envolvidos e; tomando o conceito de educação apresentado anteriormente, formação e aprimoramento profissional irão se dar nessa relação, nesse encontro. Isso conversa com texto da Bíblia e melhora o significado dessa categoria de análise; a intersetorialidade é a construção que lembra os atores daquilo que podem fazer juntos.

Ainda se identificou que nos artigos em que a proposta de atuação intersetorial das universidades proporciona aos serviços de saúde e aos outros serviços de educação o benefício da presença dos alunos para compor com os profissionais no cotidiano do serviço e isso sempre se destacou como importante incentivo, visto que as equipes dos equipamentos sentiam a necessidade de mais profissionais – principalmente com estudantes de pós-graduação que já eram profissionais formados. Para as academias ter a possibilidade de aprendizagem prática para os alunos também era interessante e motivador para investir nessa parceria.

Já quando os artigos versavam sobre a análise da execução das políticas intersetoriais, a presença de profissionais de saúde nas escolas se mostrou como forte apoio para que os profissionais da educação trabalhassem os temas de saúde.

Elementos para sustentabilidade
Programas inclusos em políticas públicas de promoção da saúde, com previsão orçamentária, planejamento e acompanhamento de indicadores
Acordo entre a academia e o território na produção do conhecimento

O elemento de sustentabilidade não foi diretamente abordado, entretanto, o fato de que os artigos nessa categoria se encaixarem como políticas ou programas explica que a sustentabilidade se dá por força da lei. Ainda assim, como nos artigos da categoria dispositivo, os autores apontam para a falta de indicadores que meçam o impacto das ações, para além dos existentes que indicam apenas se a ação aconteceu ou não.

b) Intersetorialidade como dispositivo para alteridade e negociação

Foram categorizados 18 trabalhos que responderam às questões relacionadas ao desenvolvimento de competências de escuta, comunicação e as trocas entre os atores voltadas para o encontro da melhor solução para os problemas comuns identificados pela saúde e educação e também quais tipos de negociações foram realizadas nos empreendimentos intersetoriais voltados para as ações, como foram feitas as organizações, tomadas de decisões e como foram compartilhadas as responsabilidades.

Nessa categoria de análise, as produções relatam em sua maioria parcerias locais, não necessariamente envolvidas com políticas públicas ou programas oficiais de governos. São ações pactuadas entre serviços locais da comunidade ou de parcerias de Centros Formativos (Universidades, Cursos de Graduação, Residências Multiprofissionais e Médicas). Nesses artigos a característica marcante são as produções feitas a partir de entrevistas e pesquisa-ação:

Em relação ao local onde os estudos ocorreram, foram identificados:

- 2 artigos da Austrália, sendo 1 sobre programa de acolhimento de refugiados que dentre as ações envolviam práticas de educação em saúde e 1 sobre ações de saúde e educação para famílias agrícolas.
- 1 artigo da França em um programa de educação em saúde para a população de base comunitária.
- 15 artigos brasileiros, com características parecidas, relatando experiências em sua maioria de parcerias entre instituições acadêmicas e a comunidade local nas ações de educação em saúde.

O Quadro 2, abaixo, detalha esta análise

Artigo	Como desenvolveu a capacidade de analisar qual empreendimento mais adequado para cada situação?	Qual o tipo de negociação é realizado entre os distintos atores envolvidos nos empreendimentos intersetoriais, quanto ao financiamento, perda de autonomia e decisões de responsabilidades compartilhadas?
2	A partir de levantamento de dados epidemiológicos sobre a questão de saúde a ser investida. O levantamento foi feito pelo setor saúde e apresentado para o setor educação.	O artigo não relatou quais as negociações feitas, apenas citou a adesão por parte da escola no empreendimento intersetorial proposto pela faculdade de enfermagem para atuação dos alunos de mestrado em enfermagem junto aos alunos.
3	A partir de levantamento de dados epidemiológicos sobre a questão de saúde a ser investida e correlacionando com as possibilidades de atuação dos alunos do curso de saúde no campo da educação e da percepção da escola sobre essa possibilidade de receber os alunos.	Aproximação da escola com a universidade a partir de demandas levadas à clínica escola permitiram a negociação para intervenções de educação em saúde direto na unidade escolar. A negociação se deu a partir de uma análise prévia das necessidades com todos os atores envolvidos seguido da aplicação do empreendimento intersetorial definido e um momento de devolutiva ao final da ação
4	Faculdade de medicina identificou a necessidade de formação de psiquiatras infantis e a partir de dados epidemiológicos elaborou estratégia de intervenção junto à comunidade escolar, envolvendo os profissionais e as famílias e encontrou na escola local um serviço disponível, já com outras parcerias em saúde e com a necessidade de trabalhar a educação emocional para as crianças	Trabalho compartilhado para afinar as expectativas e possibilidades de atuação ao longo do primeiro ano e ao longo dos anos 2 e 3 foram realizados novos arranjos no empreendimento intersetorial para adequar às necessidades identificadas.
7	A partir de um comitê consultivo composto de pais, alunos, escolas e fornecedores dos alimentos para avaliar como estava o programa de alimentação proposto pelo governo. Esse comitê identificou as possibilidades de ganhos para todos os envolvidos a partir da ação conjunta	A partir de um alinhamento de expectativas e entendimentos sobre o tema "alimentação saudável". Foi realizado uma pesquisa de percepção sobre o tema entre as unidades escolares e os serviços que fornecem alimentação para as escolas. Identificou quais setores tinham mais interesse em negociar e aqueles que ainda não tinham sentido essa necessidade e as negociações

		iniciaram a partir do alinhamento de percepções e expectativas
11	Percepção da necessidade de formação em enfermagem voltada para a prática pedagógica na promoção de saúde e no ganho que a escola tem na saúde das crianças com a presença dos alunos do curso de enfermagem	O artigo não relatou quais as negociações feitas, citou a adesão por parte da escola no empreendimento intersetorial proposto pela faculdade de enfermagem para atuação dos alunos de enfermagem junto aos educandos. O artigo trabalhou a percepção dos alunos em relação a essa prática, que reconhecem como agregadora de valor
13	Percepção sobre a dificuldade de trabalhar temas de educação sexual de forma intersetorial e conhecer as potências e desafios dessa articulação no território onde a pesquisa aconteceu	O artigo trouxe a percepção dos atores dos dois setores sobre quais seriam as possibilidades de atuação intersetorial e reconheceram a necessidade de formação para que isso aconteça no futuro.
14	A partir da concepção dos determinantes sociais da saúde os serviços entenderam a necessidade de expandir a atuação de cada setor e a necessidade de envolver outros	As negociações aconteceram a partir das necessidades identificadas para o atendimento da demanda de um dos serviços envolvidos a busca de parceria com os demais. Além disso, o artigo aponta para o envolvimento da comunidade para a aquisição de insumos para execução das atividades.
16	O programa de trauma pediátrico do hospital infantil identificou que o alto número de acidentes automobilístico com adolescentes motoristas era causado pelo uso do celular enquanto se dirige e criou estratégia de educação em saúde junto às escolas.	A ação ocorre com atividades educativas no hospital para um grupo de adolescentes que se tornam multiplicadores nas escolas. O artigo tratou mais dos resultados alcançados no público alvo, mas não abordou o arranjo intersetorial em si
23	Análise dos profissionais do território sobre a escassez de equipamentos culturais e a necessidade de trabalhar temas de saúde com os jovens do território	Os profissionais se apoiaram na metodologia da educação popular e utilizaram os recursos das políticas públicas existentes no território para articular as questões de financiamento e negociação.
24	Estudo a partir da leitura das questões epidemiológicas e a necessidade de uma intervenção voltada para educação em saúde	Relacionado ao financiamento o artigo relata experiência de pesquisa sobre tema de saúde pública, a cooperação entre o pesquisador e o público alvo da pesquisa mediados pelos acordos balizados pela ética em pesquisa
25	Alunos da residência multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade propuseram intervenção de educação em saúde junto à escola de educação infantil	As negociações aconteceram em reuniões do grupo de residentes com a coordenação escolar. As questões de financiamento não foram identificadas devido a intervenção inserida no programa de residência com financiamento próprio. A construção do trabalho se deu a partir das questões apresentadas pelos residentes e aceitas pela comunidade escolar
26	Projeto de pesquisa das alunas de fonoaudiologia em escola infantil, considerando os dados relacionados ao incidente de acidentes de trânsito na mortalidade infantil	Negociações e articulações balizadas pelo interesse da pesquisa e os comitês de ética envolvidos

27	Leitura sobre a relevância de práticas de educação em saúde para a formação de profissionais da saúde - medicina- e a construção de ações intersetoriais e o benefício da escola pública com as ações dos estudantes	As negociações aconteceram em reuniões do grupo de alunos com a coordenação escolar. As questões de financiamento não foram identificadas devido a intervenção inserida no programa de residência com financiamento próprio. A construção do trabalho se deu a partir das questões apresentadas pelos residentes e aceitas pela comunidade escolar
30	Avaliação inicial detectou falta de colaboração entre os atores do setor de esporte, da assistência social, da educação e da saúde	Sete áreas de trabalho prioritárias foram destacadas: criação de colaboração municipal, capacitação dos atores-chave na implementação de projetos conjuntos "Atividade Física e Saúde", implementação de cursos locais para identificar/informar/orientar os moradores para atividades físicas adaptadas, disponibilização de programas combinando atividade física e alimentação balanceada em escolas de ensino fundamental e médio, centros comunitários e esportes escolares municipais
32	Estudo voltado para avaliação das ações de apoio para a rede intersetorial de educação em saúde no atendimento às crianças e adolescentes	Avaliação da comunidade sobre a necessidade de instrumentalizar a rede para o atendimento do público alvo. O estudo apontou que a ação não foi sustentável, embora todos os atores reconheçam que o empreendimento intersetorial é muito importante
36	Ação de educação em saúde voltada para refugiados matriculados em escolas na Inglaterra, reconhecendo a escola como lugar potente para realização de práticas assistenciais e de educação em saúde	O estudo focou no impacto das ações e abordou pouco sobre o processo de negociação. Há relato breve de parcerias intersetoriais, tanto entre os campos de saber (educação, saúde e assistência social) como entre os setores públicos e privados.
38	Ação desenvolvidas em escolas de campo para agricultores inseriu a compreensão sobre o uso de pesticidas no cultivo e seu impacto na saúde pública	Ação disparada pela OMS no Sudeste Asiático, envolveu diversos atores para medir o impacto das ações voltadas para a educação envolvendo a agricultura e a saúde pública. Foi um projeto piloto, envolvendo negociações locais a partir de encomenda feita pela OMS. As negociações aconteceram a partir de workshops de sensibilização e reuniões com os diversos atores para o desenho e aplicação da intervenção
39	Educação em saúde para agricultores a partir de estudos que demonstram que os acidentes de trabalho são resultados de outros problemas de saúde. Ação desenvolvidas em parcerias com famílias, serviços de saúde, indústrias e universidades.	A partir da percepção da problemática (questões da saúde das famílias agrícolas) elaborou-se a estratégia de educação em saúde, que foi aplicada de forma piloto e colhido os feedbacks para estruturação de projeto maior, com indicadores. Compreende desde avaliações do estado de saúde até a compreensão dos processos de autocuidado das famílias que passam pelo processo.

Quadro 2 Análise dos artigos inseridos na categoria Intersetorialidade como dispositivo

Sobre essa categoria de análise observa-se que as ações foram disparadas pelos arranjos locais e conversaram com as políticas públicas e programas governamentais quando havia política ou programa que referenciasse a ação. A principal característica das produções inseridas na categoria de análise desse arranjo foi a percepção dos atores da saúde e da educação em relação às demandas do território e por esse motivo foi difícil criar grandes categorias analíticas, como na intersectorialidade como a Babel das

políticas públicas. De tal forma que, utilizando ainda a mesma forma de apresentação dos resultados de revisão de escopo (Shankardass & al, 2011), apresenta e justifica os resultados classificados na categoria intersectorialidade como dispositivo sob a ótica das perguntas de análise propostas por Akerman et al (2014):

Quais eram os problemas em comum entre a saúde e a educação?
Melhorar as estratégias de promoção em saúde na rede local
Ação em prevenção de IST e promoção de práticas contraceptivas em adolescentes e jovens
Saúde mental no contexto escolar
Alimentação saudável
Prevenção de acidentes
Promoção de saúde para famílias agrícolas

Nesse caso a maioria das ações foi voltada para o público infantojuvenil, suas famílias e os profissionais envolvidos com esse cuidado. Como apresentado, a maioria das ações foi desenvolvida por profissionais da saúde em cursos de pós-graduação e as parcerias foram feitas localmente – ou seja – estavam circunscritas àquele território, àquela rede. Mesmo que algumas ações conversassem com políticas públicas existentes, boa parte dos artigos citou a falta de estudos longitudinais e de dados que demonstrassem a efetividade das ações propostas.

A leitura dessa dificuldade se dá por tratar-se de operacionalização subjetiva das políticas públicas e ainda da leitura feita pelos atores inseridos naquela problemática dentro daquele contexto e dada a mudança de atores e contexto com o passar do tempo, mudam também as necessidades. Por tanto, a partir da leitura e da prática para esse tipo de expressão da intersectorialidade importa mais compreender o método utilizado para a construção do arranjo para avaliar sua efetividade nos resultados esperados.

A prática também permite considerar que a organização da prática de trabalho dos profissionais da saúde não é feita para que a assistência consiga realizar construções de possibilidades analíticas, uma vez que a produtividade é medida pelas ações e não pela reflexão, em outras palavras, os profissionais são pagos para executar e não para refletir sobre a execução, ficando a cargo das

lideranças a leitura analítica e direcionamento das equipes. Isso está refletido nas agendas de profissionais e dos serviços de saúde. Para que um trabalho seja executado a partir de uma reflexão é necessário que a fase reflexiva esteja inserida na agenda e por consequência na remuneração. Nos artigos observa-se que o exercício reflexivo geralmente ficava a cargo dos alunos das graduações e pós-graduações, cuja prática era incentivada e pontuada.

Quais as negociações realizadas?
Negociação entre os alunos de universidades e a coordenação da escola, a partir da necessidade dos universitários
Negociação entre a universidade e a escola a partir de devolutiva da clínica-escola da universidade diante da demanda encaminhada pela escola.
Necessidade da universidade em ter campo de prática para os graduandos do curso de saúde
Comitê consultivo local, com diferentes formações, para tomada de decisão sobre as ações de saúde e educação no território. Os comitês foram formados com membros da comunidade, profissionais da saúde e instituições
Análise de demandas do território pelos equipamentos de saúde, educação, assistência social – entre outros.
Intermediado por comitês e processos de pesquisa
Negociação a partir de órgão externo ao território (OMS) para projeto piloto.

Durante a análise dessa amostra colocou em questão sobre a qual campo as universidades de saúde pertencem: ao campo da saúde ou ao campo da educação? A universidade em si, pertenceria ao campo da educação, mas seria correto afirmar que universidades de saúde pertencem também ao campo da saúde? Para tanto, optou por considerar as universidades de saúde com um ator híbrido e, a depender de sua atuação, localizá-la como predominantemente de um campo em relação ao outro. Nos resultados dessa categoria analítica, a universidade se mostrou predominantemente como campo da saúde a propor ações de promoção no campo da educação. Na categoria de análise da intersetorialidade como Babel, é possível identificar a universidade no campo da educação, uma vez que o foco era o aprendizado dos alunos nas ações de promoção.

As descrições sobre a negociação para a realização das ações não foram largamente exploradas nos artigos; surgiam mais como justificativa ou

brevemente na descrição do processo metodológico. As ações são mais orgânicas, menos estruturadas e com menos indicadores. Os artigos apontam para uma falta de medida para a efetividade dos arranjos, bem como sua sustentabilidade; nesse caso as ações estão vinculadas aos atores e isso dificulta a institucionalização da prática – com o lado positivo de garantir financiamento, contrastando com ações institucionais que não engajam as pessoas, ou seja, não são necessariamente as ações previstas nas políticas públicas aquelas que mais engajam os atores nas execuções. Esse paradoxo ações institucionais contra ações orgânicas será mais explorado no capítulo de discussão ao abordar o ciclo de políticas.

Nessa categoria de análise observa-se mais resultados para atender demandas imediatas, do aqui e agora, sem preocupações com a durabilidade ou escalabilidade. As soluções são personalizadas para cada realidade e cada necessidade, como ações pontuais de estudantes de residências interessados em questões específicas de seu campo de estudo. É inútil classificar de forma dualista se as ações feitas dessa forma são boas ou ruins, vale a pena refletir em como transformar a forma e o resultado como memorial para lembrar sobre “a potência do que podem fazer juntos” apresentada no capítulo anterior e que ameaçou o próprio Deus da Bíblia relatado por Moisés.

Da mesma forma que o compartilhamento das responsabilidades – no caso das ações acadêmicas – se deram pelos termos dos acordos de cooperação entre as universidades e os campos de estágio ou intervenção. Nas ações que envolviam comitês locais, a cada encontro eram distribuídas as ações e acordos dentro da possibilidade e competência de cada setor envolvido, mas isso também foi pouco explorado, uma vez que os autores focaram mais no resultado das ações e em outros processos do que na negociação e tomada de decisão em si. E isso se mostra como interessante campo de investigação para estudos futuros.

Na visão da autora, interessa compreender a intersetorialidade como dispositivo como ferramenta metodológica de atuação nos territórios, de forma que possa ser compreendida como a forma de construção de escuta, debate e construção de soluções para os problemas locais dentro de um momento e contexto e pode servir de base para novas construções conforme a necessidade.

9. Discussões, considerações e afins

Para discutir os resultados ora apresentados, passa-se a refletir sobre quais seriam as potências das expressões intersetoriais entre a saúde e a educação. Para tanto, a concepção problematizadora e libertadora da educação de Paulo Freire é uma construção teórica que pode enriquecer a prática profissional intersetorial. Nesse texto (Freire, 2019) o patrono da educação brasileira traz a problemática da educação bancária e aponta para a riqueza de uma educação problematizadora que pressupõe o estabelecimento de diálogos e que questione a relação educativa como uma relação de poder, convida para o “pensar autêntico” que vai contra a noção de “doação do saber” e valoriza o poder criador na construção de um saber coletivo.

O autor (Freire, 2019) usa o termo “prescrever” para a postura desigual entre professor e aluno e afirma que uma educação libertadora o educador procura saber com seus educandos humanizando-os, a serviço da libertação da opressão. Essa concepção pode ser útil na construção de uma práxis intersetorial – uma postura ético – política do fazer e da construção do saber na intersetorialidade entre a saúde e a educação.

Sendo essa uma construção relativamente recente para o campo da pedagogia, há que se imaginar o tanto de caminho a ser percorrido pelos profissionais desse campo. E seria bastante interessante que esse caminho fosse compartilhado com outros campos de saber e de fazer, uma vez que a prática de cuidado, assim com a prática educativa, não pode desconsiderar o sujeito a quem se destina. A prática de cuidado, assim como a prática educativa, tem potência para ser libertadora.

a) Da Intersetorialidade como a Babel das políticas

Os artigos que responderam a essa categoria analítica, em sua maioria, relatam de políticas e programas desenhados no período histórico recente e abordam a necessidade de criar respostas para problemas complexos. A carta da OMS resultante do encontro de Helsinque (Buss & et, 2020) incentiva a presença da saúde em todas as políticas e isso faz muito sentido considerando que os pré-requisitos para saúde se encontram em políticas de educação,

moradia, assistência social e tantas outras. Isso é desejável, mas para servir de vanguarda para essa prática, poderia a saúde conter em si todos os campos? Como seria possível inserir a educação, o transporte, o lazer e tantas outras esferas que promovem a saúde para suas políticas?

A partir dos achados da presente revisão de escopo, a leitura política das demandas de saúde levou a compreensão do valor do campo da educação e por isso destinou-se a construção de um terceiro campo – que pode ser de educação em saúde, mas também foi de práticas formativas para os profissionais, encontros que permitiram ofertar informação e assistência – com características tanto com campo da saúde como do campo da educação, sem anular nenhum campo e reconhecendo a criação do terceiro.

Para compor análise dos resultados foi utilizado o conceito de análise do ciclo de políticas de educação proposta por Ball (Hostins & Rochadel, 2019). Esse é um referencial analítico que compreende desde a formulação inicial até a implementação no contexto da prática e seus efeitos nas políticas educacionais, que se mostrará útil para a compreensão e correlação das duas categorias de análise. Para este autor a política educacional é complexa e composta por processos micropolíticos, da ação dos profissionais e da articulação entre os níveis macro e micro, ou seja, a política acontece também no resultado da intersectorialidade como alteridade. Ball e Bowe apud Hostins & Rochadel (2019) reconhecem os profissionais da ponta como co-autores das políticas públicas; sua teoria é chamada de análise do ciclo de políticas por considerar que são campos influenciados e influentes durante todo o tempo e por isso, cíclico. A aplicação desse conceito consiste em compreender em que momento a política educacional – e aqui aplica-se também às políticas intersectoriais de saúde e educação – está.

A este processo cíclico o autor denomina como política proposta aquele tempo em que a política está no campo das ideias e dos valores de uma sociedade, política de fato que vai do período das regulamentações, dos escritos sobre as propostas passando para a política de uso, na implementação e realização na ponta quando voltará a ser falada, idealizada e valorada. Dessa forma, a criação de uma política intersectorial – uma expressão da intersectorialidade - circula entre as categorias Babel e dispositivo, uma vez que não são estáticas, são fluidas – e é bom que sejam assim.

O ciclo de políticas proposto por Ball e Bowe apud Hostins & Rochadel (2019) reconhece os contextos de produção de políticas da seguinte forma:

- Contexto de influência: onde as ideias, valores são validados por instâncias, grupos de pessoas; é o tempo da definição das finalidades sociais da educação e do que significa ser educado. No contexto do presente trabalho podemos considerar como o reconhecimento da necessidade de práticas Inter setoriais entre saúde e educação para responder aos complexos problemas atuais. Nesse contexto a política está na esfera macro, mais teórica e afastada da prática.
- Contexto da produção de texto: onde políticas, pronunciamentos e análises resultam em textos legais e oficiais, resultantes de disputas e acordos. Os autores afirmam que as políticas são intervenções textuais, uma expressão Inter setorial de saúde educação produzida nesse cenário pode ser o Programa Saúde na Escola – PSE, amplamente divulgado pelas produções científicas encontradas na revisam de escopo.
- Contexto da prática: onde a política está sujeita a interpretação e recriação, produz efeitos e consequências e pode provocar mudanças na política “original”. É a partir desse ponto que a política educacional se aproxima da esfera micro, direcionando-se para a prática. O que no presente trabalho se traduz na compreensão da intersetorialidade como dispositivo para alteridade e negociação, e assumir como postura o valor pressuposto na política.
- Contexto dos resultados e efeitos: é o momento em que as políticas demonstram não somente seus resultados, mas também seus efeitos, tanto os previstos quanto os imprevistos e pode começar a ser debatida, validada e reescrita a partir daquilo que profissionais e usuários vivenciam. Na revisão de escopo esse ponto se mostra como uma lacuna, pois não há indicadores claros para medir e acompanhar os resultados e efeitos das expressões da intersetorialidade entre a saúde e a educação. Boa parte dos artigos, em ambas categorias, afirmam não haver essa possibilidade construída. Seria mais evidente na categoria Babel,

uma vez que, em tese, uma política pública deveria conter em si a que se destina, qual seu objetivo e como isso seria evidenciado. Na categoria de dispositivo, as ações por serem orgânicas, locais, em sua maioria não são elaboradas para serem quantificadas ou mesmo “eternizadas” a partir de registro documental. O que temos hoje são descrições sobre o que e como foi feito, mas faltam análises posteriores de efetividade.

- Contexto da estratégia política: é um momento em que resultados e efeitos das políticas feitas para lidar com as desigualdades são transformadas em arena de disputas para novos contextos de influência, e assim reiniciar o ciclo.

Ball e Bowe apud Hostins & Rochadel (2019) afirmam que a política se apresenta como textos prescritivos – que restringem a prática - ou textos escritos – aqueles que convidam para uma coautoria. A correlação entre os textos com as expressões da intersectorialidade entre saúde e educação às categorias Babel (prescritivo) e dispositivo (escritos) e como contextos contínuos e não contraditórios. Nesse sentido, encontraria aqui os pontos de contato da teoria de Ball e Bowe com a análise do presente estudo na relação entre a intersectorialidade prescrita e praticada.

A intersectorialidade traz em si questões sobre a distribuição de poder entre os setores (Akerman et al, 2014) e uma das formas de isso acontecer é com o compartilhamento de informação, a cooperação e a coordenação de ações entre os setores sobre determinada problemática. Observa-se uma maior produção acadêmica sobre o conceito da intersectorialidade entre a saúde e a educação e poucas sobre sua operacionalização.

Akerman et al (2014) apontam a falta de mecanismos de integração de objetivos, processos administrativos e financeiros que favoreceriam a prática intersectorial. Enquanto Babel, as políticas públicas e programas poderiam atender essa necessidade inserindo esses mecanismos desde sua concepção, como o Programa Saúde na Escola – PSE, encontrado em diversos artigos como um exemplo de programa estruturado para a prática intersectorial.

Outras autoras (Sousa , Esperidião , & Medina , 2017) falam especificamente do PSE e a intersectorialidade como um exemplo de parceria e trabalho conjunto. As autoras afirmam que a intersectorialidade é uma oposição

à fragmentação das políticas sociais – sinônimo da potência representada pela Babel. Mas as autoras apontam que o programa apresenta fragilidades como ausência de comprometimento igualitário entre os setores, a fragmentação das ações e o predomínio de abordagens setorializadas e biomédicas; o que de forma alguma invalida o avanço proposto pelo desenho do programa. E são, de fato, pontos que merecem atenção e possíveis de serem identificados desde a leitura das normativas que regem o programa até a prática.

A premissa é que as ações do programa saúde na escola sejam inseridas no projeto político pedagógico das escolas e isso envolve o processo decisório de adesão do município e a mobilização de recursos e repasse pelo Ministério da Saúde. Diante disso, é possível afirmar que o PSE estaria no contexto da prática e a caminho do contexto de resultados do ciclo de políticas apresentado anteriormente. Já existe uma prescrição sobre o que se espera que aconteça e estamos vivenciando como essa prescrição pode ser aplicada na realidade dos territórios.

Tomando o PSE como um exemplo da intersetorialidade entre a saúde e a educação como a Babel, uma vez que o programa se mostrou presente em boa parte dos resultados da revisão de escopo e no momento da escrita do presente trabalho é campo de prática. Se trata de um programa intersetorial e para acontecer é necessário oferecer condições para que os atores desenvolvam seu trabalho, processos de monitoramento e de avaliação. Conforme o caderno do gestor, o monitoramento é feito pelo registro no e-SUS e se dá na lógica quantitativa: se a ação aconteceu (sim ou não) e quantos educandos foram atingidos, essa forma de monitoramento já apresenta uma problemática por não medir o impacto da ação e; como o financiamento e a prestação de contas são feitos pelo setor saúde, atualmente acaba sendo este setor quem lidera todo o processo.

A prática permite contribuir com a observação de que parte dos atores envolvidos no PSE não tem prevista em sua jornada de trabalho as ações de planejamento e monitoramento: a saber, os professores e as professoras. Cabe ressaltar que esse dado aparece tanto nas produções acadêmicas da categoria de análise Babel quanto na categoria dispositivo, as negociações acontecem, em sua maioria, com a direção das escolas sendo o corpo docente alvo ou co-

participante da ação. Isso dificulta o processo, uma vez que são atores fundamentais da cena da educação.

Assim, para que intersectorialidade de fato aconteça é preciso que a Babel das políticas aconteça, ou seja, que se conversem. Que os setores envolvidos construam práticas de trabalho, de organização do tempo, de remuneração, de prestação de contas e de objetivos para favorecer que essa organização se torne um dispositivo para a atuação dos profissionais. É preciso que a Babel ande pelo ciclo de políticas para ser revista, reescrita e reaplicada. Há que ser dinâmico.

Outra questão relevante apontada pelos artigos é a diferença entre a interpretação sobre o que é saúde, nos programas de saúde escolar, entre os profissionais da saúde e da educação. Essa diferença de conceito básico implica em falta de alinhamento e expectativas de resultado das atividades. Isso pode ser exemplificado pela prática, em que profissionais da educação não se reconhecem como promotores de saúde e que basicamente a ação de saúde seria a procura pelas doenças – o papel dos profissionais da saúde na escola seria identificar e atender aos educandos que tivessem algum problema de saúde. Novamente o binômio saúde-doença precisa ser superado e ampliar o conceito de saúde e sua produção em diversos lugares. O mesmo acontece com os profissionais da saúde que não se reconhecem com a habilidade dos professores em ensinar as crianças e por vezes se limitam a práticas assistenciais prescritivas e pouco dialogadas. Esse exemplo cabe para diversos encontros intersectoriais voltados para a criação do terceiro elemento, resultante da soma dos saberes.

A proposta de análise da intersectorialidade em saúde na categoria de Babel das políticas aponta para a identificação da sustentabilidade dos projetos e nos artigos resultantes da revisão de escopo essa questão se mostrou de forma evidente, uma vez que, em sua maioria, o fato de ser uma política ou programa é a garantia de sustentabilidade, ou melhor dizendo, o fato de ter uma proposta transformada em programa ou política é o que garante sua sustentabilidade – no sentido que haverá recursos e incentivos para sua realização e manutenção.

Ainda nessa categoria de análise, que aponta para a necessidade de identificar os incentivos para os atores, as práticas baseadas em programas e políticas públicas tem em seu desenho, incentivos que vão desde a organização

do trabalho, a inserção das práticas intersetoriais na jornada de trabalho dos profissionais e o repasse financeiro - como no Programa Saúde na Escola - PSE.

Observa-se que a diferença principal entre as categorias de análise da intersectorialidade como a Babel das políticas públicas e intersectorialidade como dispositivo de alteridade e negociação é que enquanto a primeira apresenta-se de forma mais organizada, com planejamento e previsão de sustentabilidade, a segunda se aproxima da realidade local, com arranjos mais orgânicos e com maior engajamento dos atores, porém com falta de métodos e de difícil sustentabilidade.

b) Da intersectorialidade como dispositivo para alteridade e negociação.

A compreensão da intersectorialidade como dispositivo para a alteridade e a negociação é de que, nesse caso, destaca-se uma postura intersectorial nos atores, um olhar intersectorial para a compreensão da questão que se apresenta. Esse olhar diz respeito ao reconhecimento dos atores de um setor de que não haverá possibilidade de atendimento da demanda contando apenas com os conhecimentos e ferramentas de seu campo, enquanto reconhece que tampouco o problema será resolvido sem isso. É a compreensão da necessidade da soma por parte dos envolvidos, é reconhecer a potência de outros setores e a relevância de estarem juntos.

Um ponto relevante trazido pelos autores (Akerman et al, 2014) sobre a polissemia e possibilidades da intersectorialidade está relacionada a questão da autonomia: ela é perdida ou negociada? É interessante notar que a autonomia dos profissionais foi mais perceptível nas produções acadêmicas que trouxeram a intersectorialidade como dispositivo, uma vez que os atores locais se mobilizaram para a solução de problemas e, houve autonomia justamente na possibilidade de negociar. Nas produções acadêmicas em que o foco da expressão intersectorial era a Babel das políticas públicas autonomia não foi tão perceptível, pois o foco era transformar em ação o que estava disposto na força da lei.

Sobre a questão em volta da qual usou a intersectorialidade como dispositivo, chama a atenção que a maioria trata de temas “tabus”, ou como se

nomeou recentemente, temas sensíveis. Cinco artigos já apresentavam no título sobre quais temas tratavam: saúde mental e educação sexual, os demais abordavam de forma mais genérica as práticas de promoção de saúde. A prática molda essa percepção, uma vez que ao longo de seu percurso profissional esses temas ditos sensíveis sempre convocaram mais a rede para conversar, em detrimento de temas menos estigmatizados. No campo da infância e adolescência em geral são os temas de prevenção ao suicídio, uso de drogas e saúde sexual que se apresentam como caminhos espinhosos tanto para profissionais de saúde quanto da educação. O grande desafio em situações como essa é de fato compartilhar a ação e não permitir apenas um encaminhamento desimplicado, dada a dificuldade de um profissional com certos temas.

Uma questão que autora do presente trabalho se fez ao longo do processo de coleta foi se a presença de um ator de determinado setor na área física de outro setor se configuraria como prática intersetorial, ou seja, a presença de um profissional da saúde no ambiente da educação poderia ser inserida como expressão da intersetorialidade entre a saúde e a educação? A leitura dos artigos resultantes da revisão e o levantamento de referencial teórico trouxeram a compreensão de que a presença é um indicativo, mas que só se configura como expressão da intersetorialidade quando há intenção, comunicação e negociação para tanto. Consolidou-se a compreensão de que a expressão requer uma atividade, uma ação.

Enquanto a revisão de escopo trouxe para a categoria Babel apenas políticas e programas em que o público - alvo ou a cena de ação dos atores da saúde e da educação eram voltados para a infância e adolescência, na categoria de análise da intersetorialidade como dispositivo apresenta-se dois artigos com trabalhos para adultos, com foco em ações para famílias do campo na prevenção de doenças e em práticas promotoras de saúde. Nota-se que faltam políticas e programas no campo da educação para pessoas adultas e isso dificulta ações intersetoriais que envolvam a educação.

Tomando a análise do ciclo de políticas (Hostins & Rochadel , 2019) a intersetorialidade como dispositivo se insere como o contexto da prática, uma vez que seria a interpretação dos atores sobre a política vigente e que pode, inclusive, provocar mudanças na política institucionalmente implantada.

Enquanto – em casos onde não há política prevista para acontecer a intersectorialidade entre a saúde e a educação – a intersectorialidade pode ser concebida no contexto de influência onde as ideias e valores são validados por um grupo de pessoas e tensionam instancias e governos. É uma prática que traduz ou impulsiona uma política.

Compreender a intersectorialidade como dispositivo para alteridade e negociação no contexto de influência implica no apoio a construção dos conceitos em si, como, por exemplo, o que seria a prática intersectorial, o que significa ter intersectorialidade entre a saúde e a educação, como é feito e a quem se destina. É a possibilidade de compor como coautores das políticas intersectoriais de saúde e educação.

10. Das novas possibilidades

O avanço na concepção de saúde observadas nas definições das cartas da OMS demonstra o avanço na concepção de intersetorialidade na construção do conceito de saúde. Ao afirmar que a produção de saúde está relacionada com educação, habitação, distribuição de renda, justiça social, igualdade de gênero, o todos os pré-requisitos acrescentados da afirmação taxativa de que a maior ameaça à saúde é a pobreza, a OMS nos indica que o caminho da produção de saúde é interdisciplinar.

Ao cursar a matéria de Pedagogia Social e Práticas de Educação Popular, Social e Comunitária na Faculdade de Educação da USP, ministrada pelo Prof. Doutor Roberto da Silva, a função social da escola pública foi apresentada, onde há o reconhecimento de que a escola pública tem funções que vão além das pedagógicas – as funções sociais – que se não forem executadas, dificultam e muito o exercício da função pedagógica. Por função social, o professor Doutor Roberto aponta a responsabilidade que a escola pública tem de fornecer o transporte escolar, a alimentação, atentar-se para as necessidades de saúde da criança, fornecer o material e o uniforme escolar e orientar as famílias. Sem atender às necessidades que a função social da escola se ocupa, seria bastante difícil atender a função pedagógica que, de maneira reducionista, é compreendida como o ensino da leitura e da escrita.

Essa concepção apresentada pelo Prof. Dr. Roberto permitiu a identificação de várias políticas na educação e refletir sobre a saúde em todas as políticas. E a mesma falta de indicadores que o professor aponta sobre a função social da escola, é reconhecida para compreender as expressões da intersetorialidade entre a saúde e a educação. A complexidade contemporânea permite afirmar que sem saúde não tem educação e sem educação, não há produção de saúde.

O conceito sobre a função social da escola pública conversa com o conceito dos determinantes sociais de saúde (DSS), que na Política Nacional de Promoção de Saúde – PNPS - são tomados como temas transversais para formulação de agendas da promoção de saúde. O DSS apresentados como:

“Determinantes Sociais da Saúde (DSS), equidade e respeito à diversidade: Significa identificar as diferenças nas condições e nas oportunidades de vida, buscando alocar recursos e esforços para a redução das desigualdades injustas e evitáveis, por meio do diálogo entre os saberes técnicos e populares.” (Brasil, 2018)

A PNPS aponta para as diversas esferas que impactam a promoção de saúde e reconhece a necessidade de pensar estratégias que considerem as questões sociais, como a pobreza e a vulnerabilidade, como questões de saúde; e é nesse ponto que a função social da escola pública e os determinantes sociais convergem: no reconhecimento da necessidade de criação do terceiro elemento, que seriam as expressões da intersetorialidade.

Possivelmente a relevância dada aos indicadores venha do exercício de gestão de serviço de saúde e da coordenação de um projeto de educação em saúde enquanto trabalho é construído. O desenvolvendo dessa pesquisa se dá no departamento de política e gestão que em suas discussões ao longo do processo formativo traz a compreensão da relevância dos indicadores e métricas para construção e manutenção de políticas, programas e práticas de trabalho. Os indicadores permitem um alinhamento sobre o que se espera e como vai ser atingido o objetivo.

Entretanto, durante a formação foi possível identificar o quanto esse conhecimento está afastado do “chão” dos serviços de saúde, usando o termo “chão de fábrica” que as indústrias usam para distinguir a parte gestora da parte executora no processo produtivo. Uma forma de alienação do processo político de cuidado se expressou durante a disciplina de “política e gestão em saúde” em que uma turma formada por maioria de profissionais ativos na assistência à saúde e que se deparavam com informações muito relevantes para o exercício profissional que até o momento ignoravam.

Chamou a atenção, pois o SUS é construído para uma gestão participativa, contando com profissionais e membros da comunidade. Se, os profissionais estão alheios ao processo político e intersetorial de sua prática, como trazer tal conhecimento para a população atendida?

Uma resposta que a revisão de escopo trouxe é a relevância da universidade – principalmente da área da saúde – no papel da articulação intersetorial da saúde com a educação a partir dos estágios e residências. Esse incentivo aos estudantes favorece a formação de profissionais com a concepção

da intersectorialidade nos processos de cuidado e as trocas com a educação permitem a aquisição de conhecimentos sobre as formas de desenvolver processos educativos.

No texto sobre a crise na educação utilizado, há uma afirmação de que a política sempre lidou com pessoas educadas – leia-se pessoas que completaram o ciclo escolar e que por isso teriam os instrumentos cognitivos e culturais para operarem a política. Essa afirmação já não faz sentido, uma vez que a educação avançou a compreensão de que a aprendizagem é um processo contínuo ao longo da vida do ser humano. Mesmo assim esse equívoco ainda acontece na medida que profissionais da saúde e da educação se colocam diante da população com ideias equivocadas entre dois extremos: ou creem que as pessoas sabem como o sistema funciona e isso dispensa qualquer apresentação ou as pessoas não sabem de nada, nem de si mesmas e por isso não é preciso ouvi-las. A expressão da intersectorialidade vai se dar quando profissionais da saúde e da educação compreendem que seu conhecimento é importante, mas não pode ser o único.

O grande desafio dessa pesquisa foi a necessidade de trazer diálogo entre teoria e prática, prescrição e execução, ideal e real. A legislação Brasileira sobre o sistema único de saúde é o horizonte onde Fernando Birri surpreendeu Eduardo Galeano em uma palestra ao responder que sobre a utilidade da utopia:

“A utopia está lá no horizonte. Me aproximo dois passos, ela se afasta dois passos. Caminho dez passos e o horizonte corre dez passos. Por mais que eu caminhe, jamais alcançarei. Para que serve a utopia? Serve para isso: para que eu não deixe de caminhar.” Fernando Birri, citado por Eduardo Galeano (Martins F. , 2012).

Não que a realização do SUS seja utópica, a analogia está na função motriz de estar no horizonte, é preciso que sua realização esteja lá como um objetivo a ser perseguido. E como na expressão do autor, que quanto mais avança mais o horizonte se distancia, a execução da política de saúde também deve transformar a lei escrita, realizando o ciclo de políticas.

A expressão da intersectorialidade é a construção do diálogo necessário entre todos os envolvidos para a resolução da problemática comum, no caso da pesquisa, é a produção de saúde.

Outra possibilidade de diálogo traçada a partir dos levantamentos para o presente trabalho e na prática seria que as ações do PSE tivessem monitoramentos mais avançados do que a realização ou não das atividades, a descrição de quantas e quais foram. É um começo importante, mas ainda mais interessante seria relacionar o impacto das ações do PSE nos indicadores de saúde infantil dos territórios – como, por exemplo, o impacto das ações no calendário vacinal no território e ainda se as ações colaboraram para melhorar a aprendizagem e a frequência escolar medida pelo Índice de Desenvolvimento da Educação Básica – o IDEB; e ainda o cruzamento de tais informações com a Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar – PeNSE. São dados já coletados que podem se relacionar para servir de indicadores intersetoriais mais qualificados, que coloquem os indicadores setoriais em relação.

O texto de Akerman et al (2014) traz sobre a necessidade de construção de agenda e indicadores comuns, o que parece bastante óbvio diante do reconhecimento da necessidade de elaborar e aplicar políticas intersetoriais de saúde; mas a prática demonstra que o tempo e o investimento necessário para construção desse comum é atravessado por questões políticas e – na maioria das vezes – partidárias que façam com que o ciclo de políticas aqui apresentado tenha um traçado lento e muitas vezes remendado. Não que a alternância de pessoas e poderes não possa ser um ganho para o ciclo de políticas, mas a comunidade brasileira ainda não conseguiu construir um projeto robusto de práticas intersetoriais, de forma que a alternância não vai necessariamente significar continuidade, pode por vezes ser reforma ou reconstrução a partir de práticas e saberes oriundos de outras gestões. Na prática profissional, dá-se a impressão de um eterno recomeço.

Isso tem impacto em várias esferas, que atravessam também a formação dos profissionais. Como ter atores intersetoriais sem que a formação contemple os pressupostos teóricos para a construção dessa postura, desse olhar? Por isso, a intersetorialidade entre a saúde e a educação perpassa, necessariamente como vimos no resultado da revisão de escopo, pela formação dos profissionais. Vale a pena ressaltar que foram localizadas majoritariamente ações de faculdades de saúde com a proposta de formação intersetorial, não apareceu na revisão de escopo práticas de universidades de educação com articulação dos

alunos no campo da saúde. Há que se considerar essa possibilidade como uma proposta política do presente trabalho.

Passar pela pandemia de COVID-19 trouxe a compreensão prática da necessidade urgente de construir outras formas de lidar com as problemáticas da contemporaneidade. Uma doença viral tomou o mundo, trancou pessoas em casa e parou o tempo. Estudos virão para mostrar como outros setores poderiam ter colaborado com o enfrentamento da pandemia de forma diferente de esperar a saúde definir quais seriam os próximos passos. Como apresentado no capítulo sobre a educação, demorou muito para que a paralisia do choque inicial passasse e conseguisse produzir formas de levar a educação pelos territórios em períodos que as escolas ficaram fechadas.

A pandemia de COVID-19 mostrou que renda e trabalho estão muito relacionados com a produção de saúde. Observou-se que a impossibilidade de fazer trabalho remoto e condições de trabalho precárias levaram milhões de pessoas a exposição ao vírus. A habitação, o saneamento básico e a infraestrutura das grandes metrópoles se mostraram inviáveis para boa parte da população praticar o distanciamento social e a higiene das mãos. A questão social também se tornou questão de saúde.

Diante disso, é muito importante construir mais conhecimentos sobre a prática intersetorial como campo de estudo e atuação. É preciso formar profissionais com posturas intersetoriais, desenvolver uma cultura intersetorial de compreensão da realidade na população na totalidade, entendendo serem as pessoas que, no exercício da cidadania, pressionam para criação de políticas intersetoriais.

Em síntese, o título do trabalho que propositalmente se apresenta como uma equação equivocada é o desejo de demonstrar que, ao considerar a expressão da intersectorialidade entre a saúde e a educação como os arranjos intencionais feitos entre os setores para atendimento de demandas comuns e que esse arranjo não anule as diferenças, mas que as use como potência e desafio para construção de algo novo, esse terceiro elemento que ainda não existe, mas que só será possível a partir desse encontro, dessa partilha.

E fica o desafio para o desenvolvimento de profissionais que promovam esse protagonismo nos usuários dos serviços a partir do exercício intersectorial e que a comunidade possa contribuir nessa equação, fazendo com que 1+1+1 seja

igual a 4 e assim por diante, quanto maior a soma dos saberes, mais diversa será sua expressão.

11. REFERÊNCIAS

- Akerman et al. (2014). Intersetorialidade? IntersetorialidadeS! *Ciência & Saúde Coletiva*, pp. 4291 - 4300.
- Amorozo, M. (08 de Março de 2021). *Desigualdade que mata* . Fonte: Piauí : <https://piaui.folha.uol.com.br/desigualdade-que-mata/>
- Aquino, E. M. (05 de 06 de 2020). *Medidas de distanciamento social no controle da pandemia de COVID-19: potenciais impactos e desafios no Brasil*. Fonte: *Ciência & Saúde Coletiva* [online]: <<https://doi.org/10.1590/1413-81232020256.1.10502020>>. ISSN 1678-4561. <https://doi.org/10.1590/1413-81232020256.1.10502020>.
- Arcoverde, L., & Pinhoni, M. (18 de 10 de 2021). *Volta às aulas presenciais: Governo de SP gastou só 20% da verba para reforma e melhoria estrutural de escolas em 2021*. Fonte: G1: <https://g1.globo.com/sp/sao-paulo/educacao/noticia/2021/10/18/volta-as-aulas-presenciais-governo-de-sp-gastou-so-20percent-da-verba-para-reforma-e-melhoria-estrutural-de-escolas-em-2021.ghtml>
- Arendt, H. (1961). A crise na educação . Em H. Arendt, *Between Past and Future: Six Exercises in Political Thought* (pp. 173 - 196). New York : Viking Press,.
- Arié, P. (s.d.). *A história social da criança e da família*.
- Ariès, P. (1986). *História Social da Família e da Criança* . Editora Guanabara .
- Arksey, H. &. (2005). Scoping studies: Towards a methodological framework. *International Journal of Social Research Methodology. Theory & Practice*, 8(1), 19-32. Acesso em 01 de 12 de 2022, disponível em <http://eprints.whiterose.ac.uk/1618/1/Scopingstudies.pdf>
- Aromataris E, Munn Z (Editors). (2020). *JBIM Manual for Evidence Synthesis*. doi:<https://doi.org/10.46658/JBIMES-20-01>
- Azevedo, E., Pelicioni, M., & Westphal, M. (2012). Práticas intersetoriais nas políticas públicas de promoção de saúde. *Physis: Revista de Saúde Coletiva [online]*, 22, pp. 1333-1356. Acesso em 23 de 08 de 2022, disponível em <<https://doi.org/10.1590/S0103-73312012000400005>>.
- Banco Internacional de Reconstrução e Desenvolvimento// Banco Mundial. (2021). *Agindo Agora para Proteger o Capital Humano de Nossas Crianças*.

- Bíblia Sagrada. (11 de 10 de 2021). *Bíblia On Line*. Fonte: Genesis, 11: <https://www.bibliaonline.com.br/acf/gn/11/9+?q=babel>
- Bordalo, J. M. (20 de 10 de 2021). *Lupa - A PRIMEIRA AGÊNCIA DE FACT-CHECKING DO BRASIL*. Fonte: Folha de São Paulo : <https://piaui.folha.uol.com.br/lupa/2021/10/20/verificamos-haddad-mamadeira-penis/>
- Brasil . (05 de 10 de 1988). *Constituição da República Federativa do Brasil de 1988*. Fonte: Governo do Brasil: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm
- Brasil . (13 de 07 de 1990). *LEI Nº 8.069, DE 13 DE JULHO DE 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências*. Fonte: Governo do Brasil : http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8069.htm
- Brasil . (30 de 05 de 2022). *ODS Brasil*. Fonte: Agenda 2030 : <https://odsbrasil.gov.br/objetivo/objetivo?n=4>
- Brasil. (09 de 19 de 1990). *LEI Nº 8.080, DE 19 DE SETEMBRO DE 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências*. Fonte: Governo do Brasil: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm
- Brasil. (2002). *As cartas da Promoção da Saúde*. Fonte: Ministério da Saúde,e, Secretaria de Políticas de Saúde, Projeto Promoção de Saúde: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cartas_promocao.pdf
- Brasil. (5 de 12 de 2007). *DECRETO Nº 6.286, DE 5 DE DEZEMBRO DE 2007. Institui o Programa Saúde na Escola - PSE e dá outras providências*. Acesso em 09 de 06 de 2022, disponível em Governo do Brasil: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2007/decreto/d6286.htm
- Brasil. (19 de 11 de 2013). *PORTARIA Nº 2.761, DE 19 DE NOVEMBRO DE 2013. Institui a Política Nacional de Educação Popular em Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (PNEPS-SUS)*. Acesso em 09 de 06 de 2022, disponível em BVSMS: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt2761_19_11_2013.html

- Brasil. (2015). *Caderno do Gestor do PSE*. Brasília , DF: Ministério da Saúde . Acesso em 09 de 06 de 2022, disponível em BVMS Saúde : https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno_gestor_pse.pdf
- Brasil. (21 de 09 de 2017). *PORTARIA Nº 2.436, DE 21 DE SETEMBRO DE 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)*. Acesso em 11 de 18 de 2021, disponível em BVMS Saúde: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html
- Brasil. (2018). *Política Nacional de Promoção da Saúde: PNPS: Anexo I da Portaria de Consolidação nº 2, de 28 de setembro de 2017, que consolida as*. Acesso em 22, disponível em Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_promocao_saude.pdf
- Brasil. (2022). *Ministério da Saúde.*, 1ª edição eletrônica atualizada da edição impressa de 2015. Fonte: Caderno do gestor do PSE [recurso eletrônico]: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno_gestor_PSE_1ed.pdf
- Brasil. (21 de 05 de 2022). *Passo a passo para a adesão ao Programa Saúde na Escola*. Fonte: Ministério da Saúde: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/pse/PSE_Passoa_passo.pdf
- Brum, E. (2020). Quando o vírus nos trancou em casa, as telas nos deixaram sem casa. *El País Brasil*, on line. Fonte: <https://brasil.elpais.com/opiniao/2020-12-23/quando-o-virus-nos-trancou-em-casa-as-telas-nos-deixaram-sem-casa.html>
- Brum, E. (2021). *O que significa cuidar de um filho numa pandemia?* Fonte: El País Brasil : <https://brasil.elpais.com/opiniao/2021-02-04/o-que-significa-cuidar-de-um-filho-numa-pandemia.html>
- Buss, P. M., & e. a. (Dez de 2020). Promoção da saúde e qualidade de vida: uma perspectiva histórica ao longo dos últimos 40 anos (1980-2020). *Ciência*

- e *Saúde Coletiva*. doi:<https://doi.org/10.1590/1413-812320202512.15902020>
- BVS Salud . (22 de 05 de 2022). *Portal Regional da BVS* . Fonte: Biblioteca Virtual em Saúde : <https://bvsalud.org/sobre-o-portal/>
- CNS. (11 de 05 de 2020). Conselho Nacional de Saúde. *RECOMENDAÇÃO Nº 036, DE 11 DE MAIO DE 2020*. <https://conselho.saude.gov.br/recomendacoes-cns/1163-recomendac-a-o-n-036-de-11-de-maio-de-2020>.
- Coelho, J. A. (1907). Metodologia e Processologia especiaes; Psychologia . Em J. A. Coelho, *Noções de Pedagogia Elementar* (pp. 5-79). Livraria Moderna .
- Corrêa, R. (2022). *Monumento para a mulher desconhecida. Ensaio íntimo sobre o feminino*. Rio de Janeiro: Rocco Digital.
- Couto, M. (2015). *As areias do imperador I : Mulheres de Cinzas*. . Companhia das Letras.
- Criolo. (2018). Boca de Lobo. *Album Boca de Lobo*.
- Dolto, F. (2005). *A causa das crianças* . Aparecida, SP : Ideias & Letras.
- Filho, N. d. (2011). *O que é Saúde?* Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.
- Freire, P. (2019). *Pedagogia do Oprimido* . São Paulo : Paz e Terra.
- G1. (06 de 07 de 2020). *60% dos estados monitoram acesso ao ensino remoto: resultados mostram 'apagão' do ensino público na pandemia*. Fonte: Globo.com : <https://g1.globo.com/educacao/noticia/2020/07/06/60percent-dos-estados-monitoram-acesso-ao-ensino-remoto-resultados-mostram-apagao-do-ensino-publico-na-pandemia.ghtml>
- Gabriel , N. d., Marçal , G. A., Liguori Imbernon, R. A., & Pioker-Hara, F. C. (2021). O retorno às aulas no pós-pandemia; estudo de caso e análise comparativa entre o ensino público e o ensino privado. *Terrae Didática*.
- Garrity, C., Gartlehner, G., Nussbaumer-Streit, B., King,, V., Hamel, C., Kamel, C., . . . & Stevens, A. (2021). Cochrane Rapid Reviews Methods Group offers evidence-informed guidance to conduct rapid reviews. *Journal of clinical epidemiology*, 130, 13-22. Acesso em 11 de 08 de 2022, disponível em <https://doi.org/10.1016/j.jclinepi.2020.10.007>

- GOOGLE INC. (15 de 01 de 2020). *Arcadismo - Dicionário Google*. 2016. Disponível em: Fonte: <https://www.google.com.br/webhp?sourceid=chrome-instant&ion=1&espv=2&ie=UTF-8#q=arcadismo>.
- Governo do Brasil . (22 de 11 de 2019). *Programa de Erradicação do Trabalho Infantil* . Fonte: Ministério da Cidadania : <https://www.gov.br/cidadania/pt-br/acoes-e-programas/assistencia-social/servicos-e-programas-1/acao-estrategica-do-programa-de-erradicacao-do-trabalho-infantil>
- Governo do Brasil. (16 de 12 de 2019). *Ministério da Cidadania* . Fonte: Governo Federal : <https://www.gov.br/cidadania/pt-br/acoes-e-programas/bolsa-familia/o-que-e>
- Governo do Estado de São Paulo . (2021). *Plano São Paulo* . Fonte: Governo do Estado de São Paulo : <https://www.saopaulo.sp.gov.br/wp-content/uploads/2020/08/PlanoSP-apresentacao-v2.pdf>
- Hostins, R. C., & Rochadel , O. (2019). Contribuições de Stephen Ball para o campo das políticas educacionais. *RPGE - Revista on line de políticas e gestão educacional*, 23, 61-84.
- IBGE. (2019). *Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar:2019*. Acesso em 09 de 06 de 2022, disponível em IBGE: <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv101852.pdf>
- IBGE. (2021). *Estatísticas de Gênero - Indicadores sociais das mulheres no Brasil*. Fonte: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/multidominio/genero/20163-estatisticas-de-genero-indicadores-sociais-das-mulheres-no-brasil.html?=&t=publicacoes>
- Inojosa, R. M. (2001). Sinergia em políticas e serviços públicos: desenvolvimento social. *Cadernos Fundap*, 102 -110. Acesso em 22 de 08 de 2022, disponível em https://www.pucsp.br/prosaude/downloads/bibliografia/sinergia_politicas_servicos_publicos.pdf
- IPEA. (2011). Retrato das desigualdades de gênero e raça. *Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada – Ipea(4ªed)*, 39. Acesso em 11 de 10 de 2021, disponível em <https://www.ipea.gov.br/retrato/pdf/revista.pdf>

- Lima , L. D., Machado , C. V., & Noronha, J. C. (2014). O Sistema Único de Saúde (SUS): princípios, lógica organizativa, avanços, dificuldades e desafios. Em R. Kuschnir , & M. C. Fausto , *Gestão de Redes de Atenção à Saúde - 1* (pp. 59 - 92). Rio de Janeiro : EAD/ENSP.
- Lucas, Á. (07 de 07 de 2020). A triste sorte dos presidentes negacionistas da covid-19. *El País*. Acesso em 11 de 07 de 2022, disponível em <https://brasil.elpais.com/internacional/2020-07-07/a-triste-sorte-dos-negacionistas-da-covid-19.html>
- Martins, A. (2004). Biopolítica: o poder médico e a autonomia do paciente em uma nova concepção de saúde. *Comunicação, Saúde, Educação [online]*, pp. 21-32. Fonte: Comunicação, Saúde, Educação [online].
- Martins, F. (Diretor). (2012). *Eduardo Galeano - El Derecho al Delirio (legendado pt-br)* [Filme Cinematográfico]. Acesso em 12 de 03 de 2022, disponível em <https://youtu.be/Z3A9NybyZj8>
- Melo, M. L. (19 de 03 de 2020). *Primeira vítima do RJ era doméstica e pegou coronavírus da patroa no Leblon* . Fonte: UOL Notícias : <https://noticias.uol.com.br/saude/ultimas-noticias/redacao/2020/03/19/primeira-vitima-do-rj-era-domestica-e-pegou-coronavirus-da-patroa.htm>
- Mendes, E. V. (2011). *As Redes de Atenção à Saúde*. (O. P.-A. Saúde, Ed.) Acesso em 18 de 11 de 2021, disponível em BVMS Saúde : https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/redes_de_atencao_saude.pdf
- Munn, Z., Peters, M. D., Tufanaru,, C. S., McArthur, A., & Aromataris, E. (2018). Systematic review or scoping review? Guidance for authors when choosing between a systematic or scoping review approach. *BMC Medical Research Methodology*, 1-7. Acesso em 09 de 06 de 2022, disponível em <https://bmcmmedresmethodol.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/s12874-018-0611-x.pdf>
- OMS . (12 de Setembro de 1978). *Declaração de Alma Ata sobre Cuidados Primários* . Fonte: Biblioteca Virtual de Saúde : https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/declaracao_alma_ata.pdf
- OMS . (1991). *Declaração de Sundsvall*. Fonte: Biblioteca Virtual de Saúde : https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/declaracao_sundsvall.pdf

- OMS . (5 de 06 de 2000). *Declaração do México* . Fonte: Biblioteca Virtual de Saúde :
https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/declaracao_mexico_2000.pdf
- OMS. (11 de 1986). *Carta de Otawa* . Fonte:
https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/carta_ottawa.pdf
- OMS. (Julho de 1997). *Declaração de Jacarta* . Fonte: Organização Mundial da Saúde :
https://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/jakarta/en/hpr_jakarta_declaration_portuguese.pdf
- PAHO . (25 de 10 de 2018). *Países de todo o mundo assinam Declaração de Astana, que traça caminho para alcançar cobertura universal de saúde*. Fonte: Organização Pan-Americana de Saúde :
<https://www.paho.org/pt/noticias/25-10-2018-paises-todo-mundo-assinam-declaracao-astana-que-traca-caminho-para-alcancar#:~:text=A%20Declara%C3%A7%C3%A3o%20de%20Astana%2C%20adotada,%C3%A0s%20pol%C3%ADticas%2C%20estrat%C3%A9gias%20e%20planos>
- Priberam . (2019). Fonte: Priberam Dicionário:
<https://dicionario.priberam.org/online>
- PubMed . (22 de 05 de 2022). *Natiobal Libery of Medicine*. Fonte: PubMed.gov :
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/about/>
- Romagnoli, R. C., & SILVA, B. C. (2019). O cotidiano da intersetorialidade e as relações entre as equipes. *Estud. pesqui. psicol. [online]*, pp. 107-12. Acesso em 22 de 08 de 2022, disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1808-42812019000100007&lng=pt&nrm=iso>.
- Sabroza , P., & Kawa, H. (2014). O processo saúde-doença-cuidado. Em R. Kuschnir, M. C. Fausto, & (Org), *Gestão de Redes de Atenção à Saúde - 1* (p. 280). Rio de Janeiro: EAD/ENSP.
- Saint-Exupéry, A. d. (2009). *O Pequeno Príncipe* . Rio de Janeiro: Agir .
- Santana , C. L., & Sales , K. M. (2020). AULA EM CASA: EDUCAÇÃO, TECNOLOGIAS DIGITAIS E PANDEMIA COVID-19. *Inter Faces*

- Científicas*, 10 (Número Temático), 76-91. doi:10.17564/2316-3828.2020v10n1p75-92
- Santos, A. d., & Lopes, L. T. (2021). *Principais Elementos*. (C. N. Saúde, Ed.) Acesso em 09 de 06 de 2022, disponível em FIOCRUZ: <https://www.rets.epsjv.fiocruz.br/sites/default/files/arquivos/biblioteca/covid-19-volume1.pdf>
- São Paulo . (02 de 07 de 2020). *Confira as ações da pasta durante a pandemia* . Fonte: Secretaria da Educação do Estado de São Paulo : <https://centrodemidiasp.educacao.sp.gov.br/educacao-confira-as-acoes-da-pasta-durante-a-pandemia/>
- São Paulo . (08 de 06 de 2022). *Plano São Paulo* . Fonte: Governo do Estado de São Paulo : <https://www.saopaulo.sp.gov.br/planosp/>
- Shankardass, K., & al, e. (Setembro de 2011). A Scoping Review of Intersectoral Action for Health Equity Involving Governments. *International Journal of Public Health*, 25-33. doi:10.1007/s00038-011-0302-4
- Sousa , M. C., Esperidião , M. A., & Medina , M. G. (2017). A intersectorialidade no Programa Saúde na Escola: avaliação do processo político-gerencial e das práticas de trabalho. *Ciência & Saúde Coletiva*, 22(n.6), 1781 - 1790. doi:<https://doi.org/10.1590/1413-81232017226.24262016>
- The World Bank . (06 de 12 de 2021). *Perdas de aprendizagem geradas pela COVID-19 podem custar a esta geração de estudantes perto de 17 trilhões de dólares em rendimentos futuros*. Fonte: <https://www.worldbank.org/en/home>: <https://www.worldbank.org/pt/news/press-release/2021/12/06/learning-losses-from-covid-19-could-cost-this-generation-of-students-close-to-17-trillion-in-lifetime-earnings>
- UNA - SUS . (11 de 03 de 2020). *Organização Mundial de Saúde declara pandemia do novo Coronavírus*. Fonte: [unasus.gov.br](https://www.unasus.gov.br) : <https://www.unasus.gov.br/noticia/organizacao-mundial-de-saude-declara-pandemia-de-coronavirus>
- Valle, L. d. (2009). *Educação*. Acesso em 09 de 08 de 2022, disponível em Dicionário da Educação Profissional em Saúde: <http://www.sites.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/edu.html>

WHO . (05 de 06 de 2020). *Recomendações sobre o uso de máscaras no contexto da COVID-19.* Fonte: app.who.int:
https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/332293/WHO-2019-nCov-IPC_Masks-2020.4-por.pdf

12. Anexo 1 – Descrição dos artigos inseridos na pesquisa

N º do Artigo na Revisão	Referência Bibliográfica
1	Estrada, C.A.M., Gregorio, E.R., Jr, Kanyasan, K., Hun, J., Tomokawa, S., Dumlao, M.C. and Kobayashi, J. (2020), School health promotion in South-East Asia by Japan and partners. <i>Pediatrics International</i> , 62: 1029-1038. https://doi.org/10.1111/ped.14284
2	Zompero, A. F., Dias, M. A., Rodrigues, K., & Marques, T. (2019). Educação para saúde e interface universidade escola: oficinas pedagógicas desenvolvidas por graduandos de enfermagem sobre o tema IST e contraceptivos. <i>Saúde Em Redes</i> , 5(3), 161–175. https://doi.org/10.18310/2446-4813.2019V5N3P161-175
3	Fernandes, Amanda Dourado Souza Akahosi et al. A intersectorialidade no campo da saúde mental infantojuvenil: proposta de atuação da terapia ocupacional no contexto escolar. <i>Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional</i> [online]. 2019, v. 27, n. 2 [Acessado 26 julho 2021], pp. 454-461. Disponível em: < https://doi.org/10.4322/2526-8910.ctoRE1660 >. Epub 06 maio 2019. ISSN 2526-8910. https://doi.org/10.4322/2526-8910.ctoRE1660 .
4	Coffey S, Latta L, Mueller H, Flanders S. Collaboration, Innovation, and Time: A Shared Journey Through Child Psychiatric Consultation in the School Setting. <i>Psychiatr Serv</i> . 2019 Jul 1;70(7):631-634. doi: 10.1176/appi.ps.201800429. Epub 2019 May 21. PMID: 31109265; PMCID: PMC6676897.
5	Pedroso, Raquel Turci e Hamann, Edgar Merchan Adequações do piloto do programa Unplugged#Tamojunto para promoção à saúde e prevenção de drogas em escolas brasileiras. <i>Ciência & Saúde Coletiva</i> [online]. 2019, v. 24, n. 2 [Acessado 4 agosto 2021], pp. 371-381. Disponível em: < https://doi.org/10.1590/1413-81232018242.32932016 >. ISSN 1678-4561. https://doi.org/10.1590/1413-81232018242.32932016 .
6	Batista, Mariangela da Silva Alves, Proposta de plano de ação, no âmbito do Programa Saúde na Escola, para prevenção e controle da obesidade infantil em um Município da Grande São Paulo – SP. <i>BIS, Bol. Inst. Saúde (Impr.)</i> ; 20(1): 52-58, 2019. Sec. Est. Saúde SP, LILACS, Sec. Est. Saúde SP, SESSP-ISPROD, Sec. Est. Saúde SP, SESSP-ISACERVO ID: biblio-1008667. Biblioteca responsável: BR1764.1. Localização: BR1764.1; 614, B337p
7	Mansfield, J.L. and Savaiano, D.A. (2018), Collaboration Challenges and Opportunities: A Survey of School Foodservice Directors and Community Health Coalition Members. <i>J School Health</i> , 88: 481-492. https://doi.org/10.1111/josh.12636
8	Chiari, Antônio Paulo Gomes et al. Rede intersectorial do Programa Saúde na Escola: sujeitos, percepções e práticas. <i>Cadernos de Saúde Pública</i> [online]. 2018, v. 34, n. 5 [Acessado 4 agosto 2021], e00104217. Disponível em: < https://doi.org/10.1590/0102-311X00104217 >. Epub 10 maio 2018. ISSN 1678-4464. https://doi.org/10.1590/0102-311X00104217 .

9	de Moraes, A. C., dos Reis, A. C. E., Rodrigues, R. M., de Fátima Reis Conterno, S., Hernandes, K. P., Fungueto, L., & Faller, T. T. (2018). Health in School Program in elementary municipal and state education institutions. <i>Mundo Da Saude</i> , 42(3), 782–806. https://doi.org/10.15343/0104-7809.20184203782806
10	Dias, Patricia Camacho et al. Desafios da intersectorialidade nas políticas públicas: o dilema entre a suplementação nutricional e a promoção da alimentação saudável em escolas. <i>Cadernos de Saúde Pública</i> [online]. 2019, v. 34, n. 12 [Acessado 5 agosto 2021], e00035218. Disponível em: < https://doi.org/10.1590/0102-311X00035218 >. Epub 07 Jan 2019. ISSN 1678-4464. https://doi.org/10.1590/0102-311X00035218 .
11	SILVA, Juliana Pereira da et al. Promoção da saúde na educação básica: percepções dos alunos de licenciatura em enfermagem. <i>Rev. Gaúcha Enferm.</i> , Porto Alegre, v. 39, e2017-0237, 2018. Disponível em < http://www.revenf.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472018000100442&lng=pt&nrm=iso >. acessos em 05 ago. 2021. Epub 03-Set-2018. http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2018.2017-0237 .
12	Peres, Girlane Mayara, Grigolo, Tania Maris e Schneider, Daniela Ribeiro. Desafios da Intersetorialidade na Implementação de Programa de Prevenção ao Uso Abusivo de Drogas. <i>Psicologia: Ciência e Profissão</i> [online]. 2017, v. 37, n. 04 [Acessado 22 abril 2022], pp. 869-882. Disponível em: < https://doi.org/10.1590/1982-3703003272016 >. ISSN 1982-3703. https://doi.org/10.1590/1982-3703003272016 .
13	Pinheiro, Aldrin de Sousa, Silva, Lucia Rejane Gomes da e Tourinho, Maria Berenice Alho da Costa A estratégia saúde da família e a escola na educação sexual: uma perspectiva de intersectorialidade. <i>Trabalho, Educação e Saúde</i> [online]. 2017, v. 15, n. 3 [Acessado 5 agosto 2021], pp. 803-822. Disponível em: < https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00084 >. ISSN 1981-7746. https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00084 .
14	O'Malley D, Woods-Jaeger BA, Dowd MD. Building a Collaboration Between a Children's Hospital and an Early Childhood Education and Social Services Center. <i>Curr Probl Pediatr Adolesc Health Care</i> . 2017 Sep;47(9):222-228. doi: 10.1016/j.cppeds.2017.07.008. Epub 2017 Aug 18. PMID: 28826807.
15	Sousa, Marta Caires de, Esperidião, Monique Azevedo e Medina, Maria Guadalupe. A intersectorialidade no Programa Saúde na Escola: avaliação do processo político-gerencial e das práticas de trabalho. <i>Ciência & Saúde Coletiva</i> [online]. 2017, v. 22, n. 6 [Acessado 5 agosto 2021], pp. 1781-1790. Disponível em: < https://doi.org/10.1590/1413-81232017226.24262016 >. ISSN 1678-4561. https://doi.org/10.1590/1413-81232017226.24262016 .
16	Unni, Purnima MPH; Estrada, Cristina M. MD; Chung, Dai H. MD; Riley, Emily B.; Worsley-Hynd, Lesley MSN; Stinson, Neil RN Uma avaliação plurianual de um programa hospital-escola para promover a segurança de veículos motorizados para adolescentes, <i>Journal of Trauma and Acute Care Surgery</i> : novembro de 2017 - Volume 83 - Edição 5S - p S190-S196 doi: 10.1097 / TA .0000000000001521
17	Rebecca Tooher, Joanne Collins, Annette Braunack-Mayer, Teresa Burgess, S. Rachel Skinner, Maree O'Keefe, Maureen Watson, Helen S. Marshall, colaboração intersectorial para implementar programas de saúde baseados em escolas: Perspectivas

	australianas, Health Promotion International, Volume 32, Edição 2, abril de 2017, Páginas 312–321, https://doi.org/10.1093/heapro/dav120
18	BRASIL, Eysler Gonçalves Maia et al. Promoção da saúde de adolescentes e Programa Saúde na Escola: complexidade na articulação saúde e educação. <i>Rev. esc. enferm. USP</i> , São Paulo, v. 51, e03276, 2017. Disponível em < http://www.revenf.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342017000100454&lng=pt&nrm=iso >. acessos em 05 ago. 2021. Epub 04-Dez-2017. http://dx.doi.org/10.1590/s1980-220x2016039303276 .
19	Köptcke LS, Padrão MRAV, Pereira FM. A importância da formação continuada para a gestão intersetorial no Programa Saúde na Escola. <i>Comun. ciênc. saúde</i> ; 27(3): 211-222, jul., 2016.
20	Farias, Isabelle Carolline Veríssimo de et al. Análise da Intersetorialidade no Programa Saúde na Escola. <i>Revista Brasileira de Educação Médica</i> [online]. 2016, v. 40, n. 2 [Acessado 6 agosto 2021], pp. 261-267. Disponível em: < https://doi.org/10.1590/1981-52712015v40n2e02642014 >. ISSN 1981-5271. https://doi.org/10.1590/1981-52712015v40n2e02642014 .
21	Silva, Carlos dos Santos e Bodstein, Regina Cele de Andrade Referencial teórico sobre práticas intersetoriais em Promoção da Saúde na Escola. <i>Ciência & Saúde Coletiva</i> [online]. 2016, v. 21, n. 6 [Acessado 6 agosto 2021], pp. 1777-1788. Disponível em: < https://doi.org/10.1590/1413-81232015216.08522016 >. ISSN 1678-4561. https://doi.org/10.1590/1413-81232015216.08522016 .
22	Luccas, Nara Palatini et al. SUS Dance Perus - saúde e qualidade de vida aos jovens de Perus. <i>BIS, Bol. Inst. Saúde (Impr.)</i> ; 17(sup): 19-21, dez. 2016. Ilus. Artigo em português Sec. Est. Saúde SP, Sec. Est. Saúde SP, SESSP-ISPROD, Sec. Est. Saúde SP, SESSP-ISACERVO ID: biblio-1022872
23	Dutra Ferrugem, R., Samara Funk, C., Schwantes de Souza, R., Santos Machry, D., Vista do bonde do cine: uma experiência intersetorial de educação popular em saúde. Retrieved April 21, 2022, from https://periodicos.ufjf.br/index.php/aps/article/view/15747/8231
24	Ribeiro, Marcelo Silva de Souza e Ribeiro, Carla Valois Saúde e Prevenção nas Escolas (SPE): elementos para avaliação de projetos sociais em Juazeiro, Bahia, Brasil. <i>Interface - Comunicação, Saúde, Educação</i> [online]. 2015, v. 19, n. 53 [Acessado 6 agosto 2021], pp. 337-348. Disponível em: < https://doi.org/10.1590/1807-57622014.0474 >. Epub 27 Mar 2015. ISSN 1807-5762. https://doi.org/10.1590/1807-57622014.0474 .
25	Cordeiro da Silva, P., Mesaque Martins, A., Torres Schall, V., & Rachou -Fundação Oswaldo Cruz -Minas Gerais -Brasil, R. (2013). Cooperação entre agentes de endemias e escolas na identificação e controle da dengue. <i>Revista Brasileira Em Promoção Da Saúde</i> , 26(3), 404–411. https://doi.org/10.5020/2948
26	Ramos, C. I., Langoni, C. da S., Morés, F. B., Hermel, J. S., Drehmer, L. B. R., Peretto, M., & Badalotti, T. S. (2013). A promoção da saúde na “terra do nunca”: uma experiência interdisciplinar. <i>Revista Brasileira Em Promoção Da Saúde</i> , 26(3), 436–441. https://doi.org/10.5020/2953

27	NASCIMENTO, Edinalva Neves et al. Inter-sector actions to prevent accidents in children education: Teacher's assessments and students' knowledge. <i>Rev. bras. crescimento desenvolv. hum.</i> , São Paulo, v. 23, n. 1, p. 99-106, 2013. Disponível em < http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12822013000100015&lng=pt&nrm=iso >. acessos em 16 ago. 2021.
28	Ferreira, Izabel do Rocio Costa et al. Diplomas Normativos do Programa Saúde na Escola: análise de conteúdo associada à ferramenta ATLAS TI. <i>Ciência & Saúde Coletiva</i> [online]. 2012, v. 17, n. 12 [Acessado 22 abril 2022], pp. 3385-3398. Disponível em: < https://doi.org/10.1590/S1413-81232012001200023 >. Epub 13 Nov 2012. ISSN 1678-4561. https://doi.org/10.1590/S1413-81232012001200023 .
29	Jaime, Patrícia Constante et al. Ações de alimentação e nutrição na atenção básica: a experiência de organização no Governo Brasileiro. <i>Revista de Nutrição</i> [online]. 2011, v. 24, n. 6 [Acessado 16 agosto 2021], pp. 809-824. Disponível em: < https://doi.org/10.1590/S1415-52732011000600002 >. Epub 16 Mar 2012. ISSN 1678-9865. https://doi.org/10.1590/S1415-52732011000600002 .
30	Santos, M. F. O., Moreira, M. S., Rocha, S. G., & Ribeiro, V. F. (2011). A intersectorialidade como meio de superar desafios em educação em saúde. <i>Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade</i> , 6(21), 288–292. https://doi.org/10.5712/RBMFC6(21)319
31	Rasesemola RM, Matshoge GP, Ramukumba TS. Compliance to the Integrated School Health Policy: Intersectoral and multisectoral collaboration. <i>Curationis</i> . 2019 Feb 25;42(1):e1-e8. doi: 10.4102/curationis. v42i1.1912. PMID: 30843403; PMCID: PMC6407319.
32	Czaplicki G, Donio V, Nossereau C, Fikojevic M, Richard D. « Bouge ta santé à Clichy-sous-Bois » : une approche intersectorielle de l'activité physique [«Bouge ta santé à Clichy-sous-Bois»: Cross-sectoral Approach to Physical Activity]. <i>Sante Publique</i> . 2016 Jun 8;28 Suppl 1:S175-178. French. PMID: 28155789.
33	Alexander EC, de Silva D, Clarke R, Peachey M, Manikam L. A before and after study of integrated training sessions for children's health and care services. <i>Health Soc Care Community</i> . 2018 Nov;26(6):801-809. doi: 10.1111/hsc.12588. Epub 2018 Jul 26. PMID: 30047604.
34	Gray S, Jones M, Means R, Orme J, Pitt H, Salmon D. Inter-sectoral Transfer of the Food for Life Settings Framework in England. <i>Health Promot Int</i> . 2018 Oct 1;33(5):781-790. doi: 10.1093/heapro/dax017. PMID: 28402414.
35	Damari B, Abdollahi Z, Pourghaderi M, Mohammadi-Nasrabadi F. An Evaluation of Four Years Implementation of National Nutrition and Food Security Policy in Iran: Lessons Learned. <i>Int J Prev Med</i> . 2020 Oct 17;11:173. doi: 10.4103/ijpvm.IJPVM_405_19. PMID: 33456729; PMCID: PMC7804874.
36	Woodland L, Kang M, Elliot C, Perry A, Eagar S, Zwi K. Evaluation of a school screening programme for young people from refugee backgrounds. <i>J Paediatr Child Health</i> . 2016 Jan;52(1):72-9. doi: 10.1111/jpc.12989. Epub 2015 Sep 29. PMID: 26416315.
37	Urrutia-Pereira M, To T, Cruz ÁA, Solé D. The school as a health promoter for children with asthma: The purpose of an education programme. <i>Allergol Immunopathol (Madr)</i> . 2017 Jan-Feb;45(1):93-98. doi: 10.1016/j.aller.2016.04.002. Epub 2016 Jul 27. PMID: 27475777.

38	van den Berg, H., von Hildebrand, A., Ragunathan, V., & Das, P. K. (2007). Reducing vector-borne disease by empowering farmers in integrated vector management. <i>Bulletin of the World Health Organization</i> , 85(7), 561–566. https://doi.org/10.2471/blt.06.035600
39	Brumby, S. A., Willder, S. J., & Martin, J. (2009). The sustainable farm families project: changing attitudes to health. <i>Rural and remote health</i> , 9(1), 1012.
40	Cavalcanti, P. B et al. Programa Saúde na Escola: interpelações sobre ações de educação e saúde no Brasil. <i>Textos & Contextos (Porto Alegre)</i> . V14, n2, p. 387 - 402. ago/dez (2015)