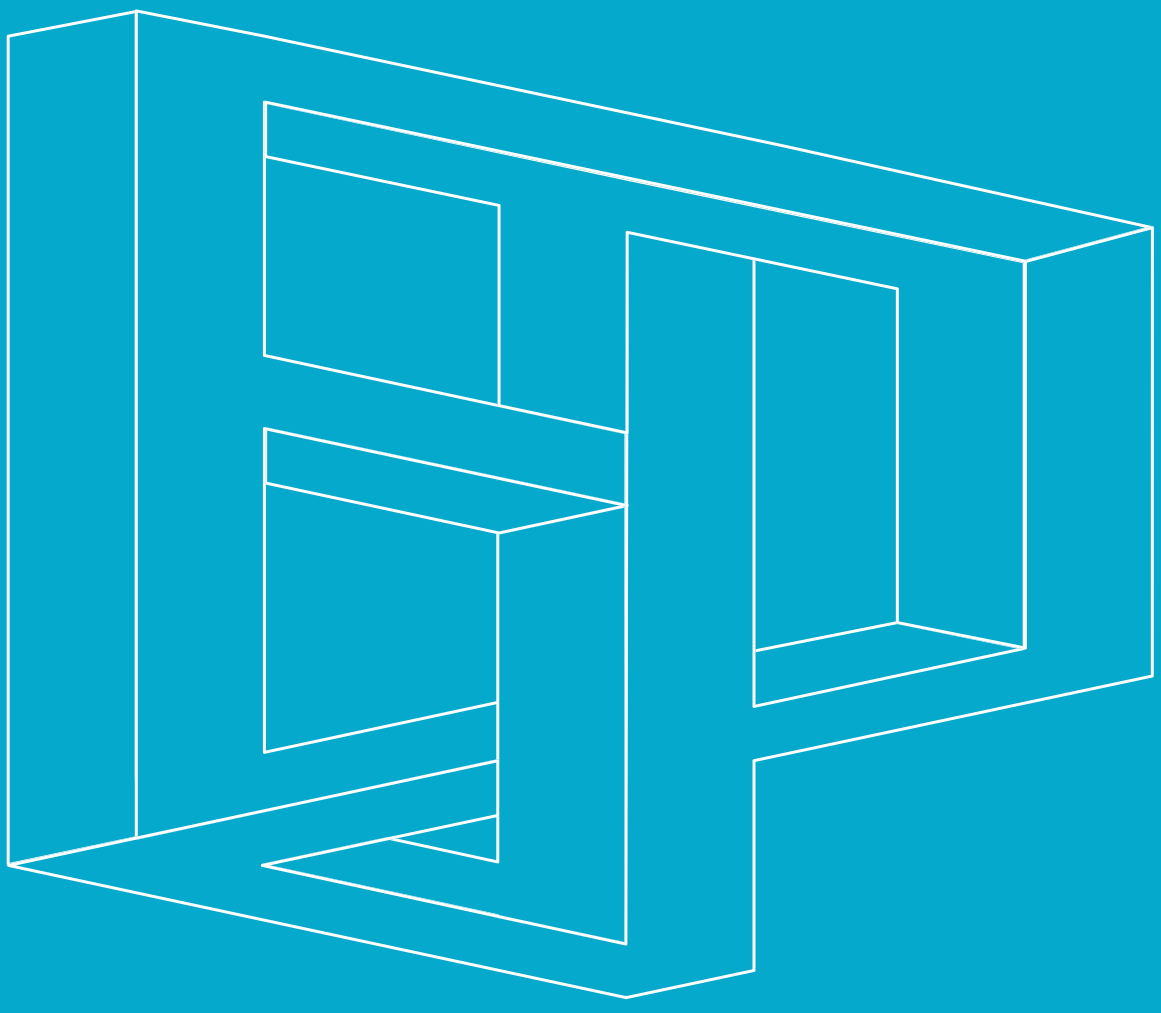
Intersetorialidade – saúde e educação: legislação e normas na política pública brasileira



Intersetorialidade: saúde e educação – legislação e normas na política pública brasileira

Cláudia Lima Monteiro, Dirce Maria Schneider e Gíssia Gomes Galvão

Introdução

A intersetorialidade é uma estratégia para a gestão das políticas sociais que perpassa as diversas políticas e pressupõe a articulação entre os setores, compreendendo que todos eles devem estar em permanente diálogo e colaboração. Para Stotz (2015), intersetorialidade "contempla políticas e ações, tanto do Estado como da sociedade, por meio de diversas associações, em prol da vida saudável de indivíduos e coletividades".

Percebemos, portanto, que a intersetorialidade é necessária em todas as áreas da ação pública e, nessa perspectiva, a abordagem intersetorial de problemas sociais deve necessariamente incorporar o planejamento conjunto, incluir as ideias de território, equidade, integração e considerar o sujeito cidadão em sua totalidade, suas necessidades materiais concretas e subjetivas.

A intersetorialidade pode ser associada a uma ampliação da participação dos atores sociais da democracia, o que a traz para o debate fundamental de consolidação e avanço dos direitos sociais. Falar em ampliação da democracia implica, necessariamente, compreender os atores sociais para além do Poder Executivo e dos que exercem função pública de Estado.

A formulação das políticas públicas vem do Executivo e Legislativo, com origem nas demandas da sociedade, e os servidores públicos têm a atribuição de executá-las. À sociedade, cabe acompanhar a execução e participar de sua avaliação, em geral a partir de organizações como sindicatos, associações, imprensa e outras envolvidas na tomada de decisão na formulação das políticas públicas.

A Lei complementar n. 131 de 2009, conhecida como a Lei da Transparência, define que o poder público, em todas as instâncias, está obrigado a garantir a participação popular na gestão das políticas. Essa perspectiva de participação democrática na elaboração, implementação e avaliação das políticas públicas anda de mãos dadas com a educação permanente.

A intersetorialidade é ainda uma estratégia de gestão das políticas públicas e pressupõe um contrato entre os diversos setores que defina as responsabilidades de cada um, metas comuns e recursos compartilhados. A relação entre os setores deve respeitar a autonomia de cada um, suas especificidades e sua interdependência (SANTOS, 2011). A intersetorialidade nas políticas sociais demanda a articulação da experiência de cada setor, seus saberes e conhecimentos, visando resultados comuns.

Na atualidade, discutir a intersetorialidade nas políticas públicas pressupõe compreender a trajetória da relação intersetorial no Brasil. Como expressão nas políticas públicas, essa articulação não é nova; todavia, como princípio e modelo de gestão das políticas sociais teve maior aprofundamento e visibilidade a partir da promulgação da Constituição Cidadã de 1988 (CARVALHO, 2011).

A articulação intersetorial nas políticas públicas não é de fácil implementação e não ocorre de forma espontânea, por afetar a concepção do que são essas políticas, pela dificuldade tanto de conhecer os interesses dos atores de cada setor e de atores externos, bem como de enfrentar o novo. Para que a intersetorialidade ocorra há que se ter uma ação deliberada e, nessa perspectiva, é importante conhecermos as iniciativas propostas na legislação e normas. Neste texto, abordaremos a intersetorialidade nas políticas sociais com foco na saúde e educação.

Diretrizes constitucionais

A Constituição Federal de 1988, no capítulo II, define a saúde e a educação, entre outros, como direitos sociais, que, portanto, devem ser garantidos por meio de políticas públicas. Para Pereira (2008), as políticas sociais são indivisíveis, pois um direito social não pode ser garantido sem a articulação com os demais direitos sociais. Ainda para Pereira (2008), quando a Constituição define a descentralização das políticas sociais, indica a intersetorialidade como princípio na gestão das políticas públicas.

As estruturas do Estado brasileiro, algumas delas pouco afeitas às mudanças, estão distantes das necessidades da população. Nesse contexto as políticas públicas básicas – saúde, educação e assistência social – são setorizadas e desarticuladas, e a gestão, apesar de todo arcabouço legal e diretrizes das políticas indicando a participação popular, controle social, descentralização e gestão democrática, é hierárquica e centralizada (BARILLI; PESSÔA, 2013).

As estruturas engessadas, aliadas a práticas conservadoras na organização dos processos de trabalho, visualizam a sociedade e seus contextos de forma compartimentalizada, cada um assumindo as responsabilidades independentemente dos demais setores. Essa prática de gestão se distancia das necessidades da população e não avança no sentido de atendê-las (BARBIERI; NOMA, 2017; BARILLI; PESSÔA, 2013).

Políticas intersetoriais instituídas

As políticas intersetoriais já existentes têm potencial para transformar as escolas em "espaços promotores da saúde da população intra e extra-escolar", mas são desconhecidas para a maioria dos profissionais dos dois setores (BARILLI; PESSÔA, 2013). Portanto, conhecer as políticas existentes é condição necessária para ampliar a atuação intersetorial.

A intersetorialidade foi fortalecida nos anos 2000 quando se ampliaram as iniciativas de políticas sociais que envolviam mais de um setor, das quais destacamos: a) Programa Bolsa Família (PBF), coordenado pelo setor de assistência social e envolve ainda saúde e educação; b) Programa de Erradicação do Trabalho Infantil (Peti); c) Programa Agente Jovem de Desenvolvimento Social e Humano; d) Programa Esporte e Lazer da Cidade (Pelc); e) Programa Crack, é possível vencer; f) Programa Brasil Sem Miséria; g) Programa Mais Educação; h) Programa Saúde na Escola (PSE). Dentre as iniciativas, algumas avançaram mais e outras menos na consolidação da articulação intersetorial.

Importante impulso para a relação intersetorial entre saúde e educação foi a iniciativa das escolas promotoras de saúde. Elas consideram que:

> [...] o desenvolvimento do escolar está ligado as condições ambientais, de convivência com a família e com a sociedade em geral, de alimentação e nutrição adequadas, às oportunidades de aprendizagem de habilidades, de construção de conhecimentos e de acesso à recreação e segurança (LERVOLINO, 2000. p. 51).

A Escola Promotora de Saúde se preocupa com a saúde de professores, alunos, pessoal não docente e todos que se relacionam com a comunidade escolar; objetiva transformar as crianças e adolescentes em cidadãos conscientes de que as condições de vida são determinantes para uma boa saúde e transformá-los em sujeitos ativos e participantes da sociedade em que vivem, empoderando-os para que sejam capazes de atuar sobre os determinantes e condicionantes de sua saúde.

A Carta de Ottawa, fruto da primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, em 1986, cunha o conceito de escola promotora de saúde, a partir do qual são constituídas as experiências de iniciativas regionais de escolas promotoras de saúde (Ireps). As Ireps têm como filosofia o empoderamento e a capacitação das pessoas para atuarem sobre os fatores que afetam a sua saúde e ampliarem o poder do próprio cuidado. A superação do modelo biomédico de cuidado à saúde é um dos objetivos das Ireps.

A Lei de Diretrizes e Bases da Educação Brasileira (LDB) n. 9.394, de 20 de dezembro de 1996, e os Parâmetros Curriculares Nacionais (PCN) de 1997 incorporam os conceitos das escolas promotoras de saúde e de cidade saudável. Os PCN incorporam um eixo específico para saúde que propõe e indica que a escola tem a atribuição de formar cidadãos capazes de atuar de forma a melhorar a saúde pessoal e coletiva. Importante ainda observar que a LDB de 1996 define, no artigo 22, que a educação básica deve garantir "a formação comum indispensável para o exercício da cidadania [...]" (BRASIL, 1996, p. 8), o que ampara a construção dos PCN em uma perspectiva da intersetorialidade não só com a saúde, mas com a arte, a ética, o meio ambiente, a pluralidade cultural e a orientação sexual.

Cidade saudável tem seu conceito originado no Canadá na década de 1980 e serve hoje como parâmetro para nortear projetos de saúde que vêm se desenvolvendo em diversas partes do mundo, a partir da sua incorporação pela OMS. Considera-se que uma cidade saudável deve ter: uma comunidade forte, solidária e constituída sobre bases de justiça social, na qual ocorra alto grau de participação da população nas decisões do poder público; ambiente favorável à qualidade de vida e saúde, limpo e seguro; satisfação das necessidades básicas dos cidadãos, incluídos a alimentação, a moradia, o trabalho, o acesso a serviços de qualidade em saúde, à educação e à assistência social; vida cultural ativa, sendo promovidos o contato com a herança cultural e a participação numa grande variedade de experiências; economia forte, diversificada e inovadora (BRASIL, 1997, p. 66).

A LDB e os PCN indicam a educação como meio de formação integral do cidadão, provendo-o de capacidade reflexiva e crítica, o que impactará nas suas condições de saúde e qualidade de vida. Estamos vivendo um momento de revisão tanto da LDB como dos PCNs e das Bases Curriculares Nacionais; essa revisão está em curso e em debate no Conselho Nacional de Educação. Os documentos disponíveis para consulta, no site do Ministério da Educação, e que foram utilizados para construção deste texto, são os sem a revisão.

Assim como no arcabouço legal que rege o setor educação, a legislação e normatização do setor saúde também preveem a intersetorialidade como princípio e diretriz para a consolidação do SUS como política universal, integral e equânime. Em setembro de 1990 é sancionada Lei n. 8.080, regulamentando os artigos 196 a 200 da Constituição Federal, que apontam a intersetorialidade como uma das diretrizes da política de saúde. No preâmbulo, quando define-se que a lei "dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências" (BRASIL, 1990, p. 1), considera que os determinantes e condicionantes de saúde, sua promoção e proteção extrapolam a capacidade de ação do setor saúde, indicando a necessidade de articulações intersetoriais.

A Lei n. 8.080/1990 trabalha o conceito ampliado de saúde citando um conjunto de condições que necessitam ser atendidas para que sejamos uma sociedade saudável, entre elas alimentação, moradia, educação, trabalho, saneamento básico. A intersetorialidade está expressa nessa lei quando define que o Estado tem a responsabilidade de formular e executar políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de a população adoecer. A lei ainda prevê a criação de comissões intersetoriais com o objetivo de articular políticas de saúde que envolvam os demais setores.

Do ponto de vista do arcabouço legal, como trabalhadores atuantes nos setores saúde, educação, assistência, cultura, meio ambiente, entre outros, temos como obrigação estabelecer um diálogo para ampliar o alcance e a resolutividade das políticas sociais. A implementação e execução das políticas públicas ocorrem, em geral, a partir das normatizações que acabam por "orientar" a prática, muitas vezes dissonante da legislação que rege a política.

Do ponto de vista normativo no setor saúde, a Norma Operacional Básica (NOB) 96 orienta para a necessidade da "[...] viabilização de processo permanente de articulação das políticas externas ao setor [...] (CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 1996, p. 12). Na Norma Operacional da Assistência à Saúde (Noas), instituída pela Portaria Ministerial n. 373 de 27 de fevereiro de 2002, a referência à articulação intersetorial não aparece. Em 2006, o Pacto pela Saúde, que substitui a Noas, retoma a orientação da intersetorialidade, referindo que a valorização da saúde passa pela necessária articulação intersetorial e reforça a necessidade de "promover a integração do processo de planejamento e orçamento... bem como a sua intersetorialidade" (BRASIL, 2006, p. 34).

A Política Nacional de Atenção Básica (Pnab) de 2006, em sintonia com o Pacto pela Saúde, recomenda "identificar parceiros e recursos na comunidade que possam potencializar ações intersetoriais" (BRASIL, 2006, p. 19) e a "promoção e desenvolvimento de ações intersetoriais, buscando parcerias e integrando projetos sociais e setores afins [...]" (BRASIL, 2006a, p. 26). A Pnab de 2006 ainda prevê a articulação entre o Ministério da Educação e o Ministério da Saúde para a indução de mudanças curriculares na graduação dos cursos da área de saúde, ação que contribui para mudança do perfil dos profissionais, inclusive com vistas à intersetorialidade.

Já a Pnab de 2012 amplia, do ponto de vista normativo, as orientações para a atuação intersetorial e traz no decorrer de toda a política as diretrizes da intersetorialidade saúde/educação na perspectiva proposta

pelo Programa Saúde na Escola (PSE), lançado em 2007, como resultado do trabalho da Câmara Intersetorial.

A discussão do PSE foi iniciada em 2005, com o objetivo de consolidar a articulação intersetorial saúde/educação e formular diretrizes para Política Nacional de Educação em Saúde na Escola. Nesse mesmo ano, o Ministério da Saúde e o Ministério da Educação assinam a Portaria Interministerial n. 749/05 e, em 2006, a Portaria Interministerial n. 1.820/06, constituindo a Câmara Intersetorial de Educação em Saúde na Escola, com o objetivo de promover a discussão das diretrizes para elaboração da Política Nacional de Educação em Saúde na Escola, tendo como resultado o Decreto n. 6.286 de 2007, que instituiu o Programa Saúde na Escola.

O artigo 1º desse decreto define o objetivo principal do PSE como "[...] formação integral dos estudantes da rede pública de educação básica por meio de ações de prevenção, promoção e atenção à saúde" (BRASIL, 2007, p. 1). Já o artigo 3º define a estratégia do PSE indicando "a integração e a articulação permanente entre as políticas e ações de educação e de saúde, com a participação da comunidade escolar, envolvendo as equipes de saúde da família e da educação básica" (BRASIL, 2007, p. 1).

Considerações finais



Para saber mais, leia o artigo disponível em: https://www.scielosp.org/article/ssm/content/raw/?resource_ssm_path=/media/assets/csc/v21n6/1413-8123-csc-21-06-1777.pdf

A intersetorialidade saúde/educação proposta nos documentos oficiais, por razões culturais e históricas calcadas na individualidade e por concepções higienistas, focava suas diretrizes e ações no cuidado com o próprio corpo e nos ambientes limpos.

O PSE abre uma nova perspectiva, contrapondo-se ao modelo biologicista, com proposta de abertura do diálogo entre saúde e educação para a discussão do conceito ampliado de saúde incluindo aspectos sociais, econômicos e políticos. A intersetorialidade proposta no PSE se insere na ampliação do cuidado, da consciência, da autonomia e consequente visibilidade das necessidades de saúde.

Temos hoje base legal e teórica para a prática da intersetorialidade. Cabe a nós estabelecer os diálogos com os demais setores para a concretização dos princípios e diretrizes presentes nos documentos oficiais. E considerando o conceito de intersetorialidade de Stotz (2015), necessitamos ir além das ações somente entre setores do Estado, incluindo a sociedade; e, para tal, temos os conselhos de saúde e educação, instâncias representativas da sociedade.

A articulação intersetorial, por não ser uma prática do nosso cotidiano, é de difícil implementação. Em vez de promover ações macro, um bom começo de atuação é estabelecer diálogo com os outros setores em projetos comuns, parcerias pontuais e a partir deles ampliar a articulação intersetorial. Nosso desafio para a garantia da integralidade, qualidade e democracia na educação e na saúde passa pela capacidade de estabelecer uma articulação intersetorial efetiva e que vá ao encontro das necessidades das pessoas.

Referências

BARBIERI, Aline Fabiane; NOMA, Amélia Kimiko. A intersetorialidade nas políticas brasileiras de educação: a articulação setorial no Programa Saúde na Escola. *Educação Unisinos*, São Leopoldo, RS, v. 21, n. 2, p. 136-145, 2017.

BARILLI, E. C.; PESSÔA, L. R. A intersetorialidade saúde e educação para a construção de escolas promotoras de saúde: percepções dos profissionais ligados ao curso a distância gestão de projetos de investimento em saúde. *Tempus*: actas de Saúde Coletiva, Brasília, DF, n. 2, p. 121-137, 2013.

BRASIL. [Constituição (1988)]. *Constituição da República Federativa do Brasil*. Brasília, DF: Presidência da República, 1988. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicaocompilado.htm. Acesso em: 26 fev. 2018.

BRASIL. Decreto n. 6.286, de 5 de dezembro de 2007. Institui o Programa Saúde na Escola - PSE, e dá outras providências. *Diário Oficial da União*: seção 1, Brasília, DF, 5 dez. 2007.

BRASIL. *Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990*. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, DF: Presidência da República, Casa Civil, 1990. Publicado originalmente no DOU de 20 set. 1990. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm. Acesso em: 25 jun. 2019.

BRASIL. *Lei n. 9.394, de 20 de dezembro de 1996*. Estabelece as diretrizes e bases da educação nacional. Brasília, DF: Presidência da República, Casa Civil, 1996. Publicado originalmente no DOU de 23 dez. 1996. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l9394.htm. Acesso em: 25 jun. 2019.

BRASIL. Ministério da Educação. *Parâmetros curriculares nacionais*: saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde, [1997].

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Apoio à Descentralização. *Diretrizes operacionais dos Pactos pela Vida*, em defesa do SUS e de gestão. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2006a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Política nacional de atenção básica*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2006b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Política nacional de atenção básica*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. *Saúde na escola*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. *Política nacional de promoção da saúde*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2006c.

CARVALHO, C. Q. L. O desafio da articulação das políticas de educação e assistência social como uma alternativa de enfrentamento das expressões da questão social no espaço escolar. *In*: JORNADA INTERNACIONAL DE POLÍTICAS PÚBLICAS, 5, 2011, São Luís. *Anais*... São Luís: UFMA, 2011. v. 1, p. 1-10.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE (Brasil). *Norma operacional básica do Sistema Único de Saúde – SUS*. Brasília, DF: CNC, 1996. Publicada no DOU de 6 nov. 1996. Disponível em : https://conselho.saude.gov.br/legislacao/nobsus96.htm. Acesso em: 25 jun. 2019.

GASKELL, P. *Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som*: um manual prático. 3. ed. Petrópolis: Vozes, 2004.

INOJOSA, R. M. Sinergia em políticas e serviços públicos: desenvolvimento social com intersetorialidade. *Cadernos FUNDAP*, São Paulo, v. 22, p. 102-110, 2001.

LERVOLINO, S. A. *Escola promotora da saúde*: um projeto de qualidade de vida. 2000. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2000. Disponível em: http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/6/6135/tde-01072006-211720/pt-br.php. Acesso em: 26 jun. 2019.

MARTINELLI, M. L. O uso de abordagens qualitativas na pesquisa em Serviço Social. *In*: MARTINELLI, M. L. (org.). *Pesquisa qualitativa*: um instigante desafio. São Paulo: Veras Editora, 1999.

MINAYO, M. C. S. *O desafio do conhecimento*: pesquisa qualitativa em saúde. 5. ed. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: ABRASCO, 1998.

PEREIRA, P. A. P. Discussões conceituais sobre política social como política pública e direito de cidadania. *In*: BOSCHETTI, I; BEHRING, E. R.; SANTOS, S. M. M.; MIOTO, R. C. T. (org.). *Política social no capitalismo*: tendências contemporâneas. São Paulo: Cortez, 2008. p. 87-106.

PEREIRA, Juliana Guisardi; FRACOLLI, Lislaine Aparecida. Articulação ensino-serviço e vigilância da saúde: a percepção de trabalhadores de saúde de um distrito escola. *Trabalho, Educação e Saúde (online)*, Rio de Janeiro, v. 9, n. 1, p. 63-75, jun. 2011.DOI: http://dx.doi.org/10.1590/S1981-77462011000100005. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-77462011000100005&lng=pt&nrm=iso. Acessos em: 19 maio 2013.

SANTOS, N. N. *A intersetorialidade como modelo de gestão das políticas de combate à pobreza no Brasil*: o caso do Programa Bolsa Família no município de Guarulhos. 2011. Dissertação (Mestrado) – Fundação Getúlio Vargas de São Paulo, São Paulo, 2011.

STOTZ, Eduardo. *Verbete intersetorialidade*. Material de apoio produzido para o curso de Especialização em Gestão da Atenção Básica e Promoção do Desenvolvimento Social da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz. Rio de Janeiro: Fiocruz/ENSP, 2015.