



A IMPLEMENTAÇÃO DA INTERSETORIALIDADE NO PROGRAMA SAÚDE NAS ESCOLAS: UMA ANÁLISE EM GOVERNOS LOCAIS

THE IMPLEMENTATION OF INTERSECTORIALITY IN THE HEALTH INSCHOOLS PROGRAM: AN ANALYSIS IN LOCAL GOVERNMENTS

DARLAN CHRISTIANO KROTH

Doutor em Desenvolvimento Econômico

Universidade Federal da Fronteira Sul (UFFS)

Orcid: <https://orcid.org/0000-0003-2664-857X> / E-mail: dckroth@uffs.edu.br

Rua Montevideo, 1259E – B. Presidente Médice – Chapecó-SC – CEP: 89.801-331

AUGUSTO KRINDGES

Bacharel em Enfermagem

Universidade Federal da Fronteira Sul (UFFS)

Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-7038-1852> / E-mail: krindges2018@gmail.com

CAMILA TODESCATTO GEREMIA

Bacharel em Enfermagem

Universidade Federal da Fronteira Sul (UFFS)

Orcid: <https://orcid.org/0009-0007-3230-1253> / E-mail: camii-tg@hotmail.com

Submissão: 21/09/2022. Revisão: 22/05/2023. Aceite: 20/06/2023. Publicação: 20/06/2023.

Como citar: Kroth, D. C., Krindges, A., & Geremia, C. (2023). A implementação da intersectorialidade no programa saúde nas escolas: uma análise em governos locais. *RGO - Revista Gestão Organizacional*, 16(2), 25-40. <http://dx.doi.org/10.22277/rgo.v16i2.7309>.

RESUMO

Objetivo: analisar as condições político-organizacionais que afetam a implementação de políticas públicas intersectoriais por governos locais.

Método/abordagem: estudo multicase da implementação do Programa Saúde na Escola em 25 municípios pertencentes a uma região de saúde de Santa Catarina. Para tanto, foram realizados dois exercícios empíricos: i) para análise organizacional (fatores microambientais), foi elaborado um indicador de gestão intersectorial com base nas três dimensões da intersectorialidade: política, institucional e administrativa; ii) para a análise política (fatores macroambientais), foi aplicado o modelo analítico contextual de Wu et al. (2017).

Principais Resultados: verificou-se a existência de baixo nível de desenvolvimento da gestão intersectorial, reflexo dos eixos liderança política, capacitação e modelos de gestão. As condições políticas interferem neste desempenho organizacional em virtude de brechas normativas do Programa, indicando que há espaço para fortalecimento da gestão local mediante criação de novos incentivos no marco legal do programa.

Contribuições teóricas e práticas: no campo teórico, o estudo inovou em aplicar um modelo analítico de implementação de política pública intersectorial, que integra as perspectivas micro e macroambientais. Na parte prática, tem-se a proposição de uma ferramenta relevante para a compreensão e aprimoramento da implementação de políticas públicas intersectoriais, através da elaboração de um indicador de mensuração da gestão intersectorial.

Originalidade/relevância: A metodologia avançou em relação aos estudos da área, ao contemplar um conjunto de diferentes municípios pertencentes a uma mesma região de saúde e ao reunir a percepção dos quatro principais atores responsáveis pela implementação do Programa Saúde nas Escolas.

Palavras-chave: Política pública. Descentralização. Cidades saudáveis. Educação.

ABSTRACT

Purpose: To analyze the political-organizational conditions that affect the implementation of intersectoral public policies by local governments.

Method/approach: case study of the implementation of the Health at School Program, in 25 municipalities belonging to a health region in Santa Catarina. To this end, two empirical exercises were carried out: i) for organizational analysis (microenvironmental factors), an intersectoral management indicator was developed based on the three dimensions of intersectorality: political, institutional and administrative; ii) for the political analysis (macroenvironmental factors), the contextual analytical model of Wu et al. (2017).

Main findings: there was a low level of development of intersectoral management, reflecting the axes of political leadership, training and management models. Political conditions interfere in this organizational performance due to regulatory gaps in the Program, indicating that there is room for strengthening local management through the creation of new incentives in the program's legal framework.

Theoretical, practical/social contributions: in the theoretical field, the study innovated in applying an analytical model of intersectoral public policy implementation, which integrates micro and macro-environmental perspectives. In the practical part, there is a proposal for a relevant tool for understanding and improving the implementation of intersectoral public policies, through the elaboration of an indicator to measure intersectoral management.

Originality/relevance: The methodology has advanced in relation to studies in the area, by contemplating a set of different municipalities belonging to the same health region and by bringing together the perception of the four main actors responsible for the implementation of the Health in Schools Program.

Keywords: Public policy. Decentralization. Healthy cities. Education.

1 INTRODUÇÃO

A complexidade dos problemas sociais contemporâneos exige respostas mais sistêmicas (e integradas) por parte das políticas públicas (Denhardt & Catlaw, 2014). Um instrumento de gestão muito preconizado para obtenção dessa integração de políticas é a intersetorialidade, que pode ser definida como um processo sistemático de articulação, planejamento e cooperação entre distintos setores do Estado, da sociedade e entre as diversas políticas públicas, visando à convergência de interesses e à sinergia do trabalho, para atuar sobre os determinantes dos problemas sociais (Costa & Bronzo, 2012; Akerman, Sá, Moyses, Rezende & Rocha, 2014). Nesses termos, a intersetorialidade é vista como uma inovação em políticas públicas e com grande potencial de impacto, pois, além de propiciar um desenho mais concreto para solução dos problemas sociais, possui condições de ampliar a eficiência dos recursos e ter um maior retorno social (McQueen, Wismar, Lin & Jones, 2012).

Em várias áreas da gestão de políticas públicas, em especial, na saúde, a intersetorialidade é considerada um fator-chave para o desenvolvimento de ações e políticas. Na saúde, a intersetorialidade assumiu um papel central por meio da proposição do modelo de promoção à saúde e dos determinantes sociais da saúde (Dahlgren & Whitehead, 1991; WHO, 2008), tendo renovado o interesse nos anos 2000, ao ser inserida como nova diretriz para as políticas de saúde, no âmbito da “saúde em todas as políticas” (WHO, 2010). Para Akerman et al. (2014), o tema é muito discutido (e defendido) em diferentes áreas do setor público, sem, no entanto, consagrar um modelo de gestão específico, o que abre espaço para intensificar estudos sobre as estratégias de operacionalização da intersetorialidade.

Com base nesses aportes teóricos, diferentes políticas intersetoriais foram formuladas e implementadas no Brasil a partir dos anos 2000, entre elas o Programa Saúde na Escola (PSE) (Brasil, 2007). Uma característica central dessas políticas é que foram gestadas pelo governo federal para serem executadas pelos governos locais, seguindo o perfil de descentralização de políticas públicas brasileiras pós-democratização (Arretche, 2012). Tal organicidade nem sempre levou em consideração as heterogeneidades regionais e as capacidades operacionais dos governos locais, impondo novos desafios para a implementação (Farah, 2013; Lotta, 2019).

Muitas pesquisas vêm demonstrando a existência de vários obstáculos para efetivar as ações intersetoriais e, conseqüentemente, também vêm observando elevado grau de ineficiência na operacionalização desse tipo de política nos municípios brasileiros. Nesse sentido, pode-se argumentar que, apesar de bem-desenhadas (e bem-intencionadas) no campo normativo, há consideráveis restrições para sua execução, impedindo a entrega de melhores resultados (Veiga & Bronzo, 2014; Sousa, Esperidião & Medina, 2017; Kroth, Zonin, Coletti, Simões & Von Dentz, 2019).

Tais dificuldades de implementação também são observadas no Programa Saúde na Escola (PSE). Criado em 2007, a partir de ação conjunta entre os Ministérios da Saúde e da Educação, encontra-se atualmente em sua terceira versão (Brasil, 2017). O PSE é executado pelos municípios e possui como finalidade contribuir para a formação integral dos estudantes da rede pública de educação básica, por meio de ações de prevenção, promoção e atenção em saúde, bem como lista diversas ações a serem articuladas entre escolas e Unidades Básicas de Saúde (UBS). O PSE, portanto, por ser uma política intersetorial em essência, visa a efetivar a prática da intersetorialidade entre as áreas de saúde e educação e desta forma, fortalecer as estratégias de promoção à saúde vinculadas à Atenção Primária à Saúde (APS) e à melhoria da aprendizagem escolar. Conforme Brasil (2020), o PSE contava em 2020 com 5.289 municípios, envolvendo 91.659 escolas e 57 mil equipes de atenção básica do Sistema Único de Saúde (SUS), atendendo pouco mais de 22 milhões de estudantes.

Após 14 anos de execução, algumas pesquisas indicam a importância da política em estimular um comportamento saudável nos estudantes, tais como o menor consumo de alimentos ultraprocessados, menor uso de substâncias psicoativas e maior número de dias de atividades físicas em estudantes de escolas que participam do PSE *vis a vis*, estudantes de escolas sem adesão ao PSE (IBGE, 2016; Becker, 2020). Por outro lado, muitos estudos qualitativos que analisaram a implementação do PSE demonstraram que esses resultados ainda são tímidos, tendo como principal barreira a dificuldade de efetivação de ações intersetoriais entre escola e UBS, sendo exemplo disso: falta de planejamento conjunto, falhas de coordenação e pouco envolvimento das escolas nas ações articuladas (Ferreira, Moyses, França, Carvalho & Moyses, 2014; Sousa et al., 2017; Chiari et al. 2018). Tais evidências corroboram com a literatura de gestão e de análise de políticas públicas em relação às

restrições existentes na implementação da intersectorialidade (Sabatier, 2007; Wu, Ramesh, Howlett & Fritzen, 2017).

Conforme Lotta (2019), há uma grande lacuna entre as fases da formulação e da implementação de políticas. O momento da implementação envolve um grande conjunto de fatores que operam para dificultar a concretização das ações formuladas. No terreno da implementação de Políticas Públicas Intersectoriais (PPIs), que exige uma tecnologia superior de gestão por envolver múltiplos setores, a complexidade da implementação é ainda maior, indicando a necessidade de que seja aprofundada a compreensão sobre seu desenvolvimento (Larsen, Rantala, Koudenburg & Gulis, 2014; Lotta, Nunes, Cavalcante, Ferreira & Bonat, 2018).

Dadas as características (complexidades) de um arranjo intersectorial e das dificuldades enfrentadas em sua implementação, Costa e Bronzo (2012) apresentam três dimensões que precisam ser observadas para o empreendimento de uma PPI: i) *política*: que visa a legitimar e liderar o processo via consensos e pactuações, buscando superar o caráter setorial das políticas tradicionais; ii) *institucional*: que consiste em promover mudanças culturais sobre o processo de trabalho, e não raro envolve alterações em estruturas e processos existentes; e iii) *administrativa* (ou operativo das políticas): que remete à execução propriamente dita das ações da política e envolve a gestão de processos e métodos de trabalho, mobilização de posturas mais solidárias e cooperativas e o compartilhamento de recursos e de informações (abertura para uma visão de trabalho horizontal).

Nesse contexto, o presente estudo tem como objetivo avaliar as condicionantes político-organizacionais envolvidas no processo de implementação de uma PPI por governos locais, procurando responder à seguinte questão: como os municípios mobilizam, manejam e gerenciam os diferentes recursos (e dimensões) necessários para a implementação da intersectorialidade em âmbito do PSE? Para responder à questão de pesquisa, foram realizados dois exercícios empíricos, com base em um estudo multicase sobre a implementação do Programa Saúde na Escola, por parte de 25 municípios que compõem uma região de saúde do estado de Santa Catarina.

No primeiro exercício, foi elaborado um indicador de gestão intersectorial, para avaliar o seu grau de desenvolvimento por parte das gestões municipais, com base nas três dimensões da intersectorialidade levantadas por Costa e Bronzo (2012). No segundo exercício, foi aplicado o modelo analítico de implementação de PPIs, de Wu et al. (2017), o qual considera fatores macro e microambientais que interferem na implementação de PPIs. Nesses termos, os exercícios permitiram avaliar tanto as capacidades internas dos governos locais (fatores microambientais), como as condições políticas (fatores macroambientais) para a implementação desse tipo de empreendimento, fornecendo subsídios para o aprimoramento de estratégias de operacionalização de PPIs.

Com esse desenho de pesquisa, compreende-se que o trabalho traz contribuições nos campos teórico, prático e metodológico. No campo teórico, o estudo inovou em aplicar um modelo analítico de implementação de PPI, que integra as perspectivas micro e macroambientais. Na parte prática, tem-se a proposição de uma ferramenta relevante para a compreensão e aprimoramento da implementação de PPIs, em razão da elaboração de um instrumento de mensuração da intersectorialidade, que, por sua vez, permite a criação de uma base de dados original para o PSE. Por fim, a metodologia avançou em relação aos estudos da área, ao contemplar um conjunto de diferentes municípios pertencentes a uma mesma região de saúde e ao reunir a percepção dos quatro principais atores responsáveis pela implementação do PSE.

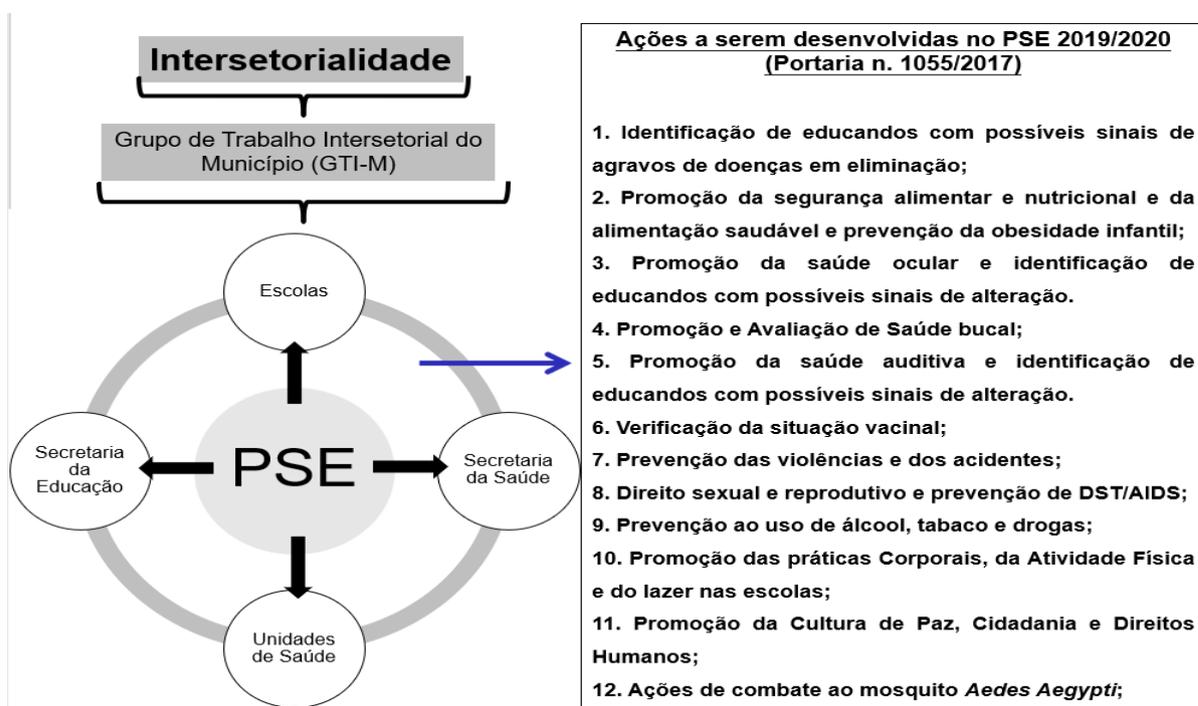
3 ASPECTOS METODOLÓGICOS

A pesquisa se configura como um estudo avaliativo e descritivo, desenvolvendo uma abordagem quali-quantitativa (Gil, 2021). Para responder à questão do trabalho, foi realizado estudo multicase em uma Regional de Saúde do Estado de Santa Catarina (Região de Saúde Oeste), que contempla 25 municípios, localizados dentro de um raio médio de distância de 50 Km, com predominância de municípios de pequeno porte (80% possuem população com até 15 mil habitantes) e Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDH-M) médio de 0,73.

Os dados foram coletados por meio de análise documental referente à normatização do Programa e por entrevistas semiestruturadas com os quatro atores responsáveis diretamente pela implementação do PSE nos municípios: i) secretário(a) de saúde; ii) secretário(a) de educação; iii) profissional da saúde vinculado a uma UBS; e iv) diretor, coordenador ou professor de escola.

A Figura 1, apresentada a seguir, mostra o desenho normativo ou modelo operacional de trabalho do PSE nos municípios. No lado esquerdo, estão dispostos os atores no formato de rede, os quais devem interagir (de forma intersetorial) sob coordenação de um grupo gestor de trabalho (denominado GTI-M) que engloba os quatro atores. Cabe ao GTI-M planejar, compartilhar recursos e coordenar a execução das doze ações previstas no PSE, elencadas no lado direito da Figura.

Figura 1
Modelo operacional da implementação da intersetorialidade no PSE



Fonte: elaboração própria com base em Brasil (2017; 2020).

O presente estudo, portanto, buscou compreender essa dinâmica da implementação do PSE, a partir do olhar de cada um dos atores que possuem papel determinante para efetivar o trabalho intersetorial nas ações planejadas e, por consequência, viabilizar os resultados esperados do Programa.

Os formulários utilizados nas entrevistas abordaram questões referentes à natureza micro e macro (ou normativa) do Programa, com um total de 48 questões (sendo 32 questões

micro e 16 macro), todas em escala de razão variando de 0 a 10 pontos. As questões relacionadas à implementação da intersectorialidade, de caráter micro, consideraram as três dimensões da intersectorialidade (política, institucional e administrativa) que estão alinhadas com a literatura de PPIs, conforme discutidas na seção anterior.

As entrevistas foram realizadas entre o período de outubro de 2019 e novembro de 2020, totalizando 91. Os municípios aceitaram participar da pesquisa após apresentação do projeto em reunião da Comissão Intergestores Regional vinculados à Secretaria Estadual de Saúde do estado de Santa Catarina. Do total de entrevistas, 35% foram realizadas de forma presencial; as demais, de forma remota (via *Google Meet*). A pesquisa passou por um Comitê de Ética em pesquisa da área, tendo sido registrada sob o protocolo de n. XXX (número do protocolo disponível ao editor da revista).

Após a realização da coleta de dados, as respostas foram tabuladas e analisadas em dois exercícios empíricos. O primeiro contemplou o cálculo do Índice de Gestão Interssetorial (IGI) dos municípios, tendo como objetivo mensurar o nível de desenvolvimento interssetorial da gestão municipal. Para a elaboração do IGI, foram consideradas as três dimensões de intersectorialidade divididas em cinco eixos, conforme exposto na Tabela 1.

Tabela 1
Dimensões e respectivos eixos da gestão interssetorial utilizadas no cálculo do IGI

Dimensão	Eixo	Número de questões realizadas para cada ator		Pesos utilizados nas equações	
		Secretários	Profissionais	1, 2, 3	4
1. Política (P)	1.1 Liderança (x)	6	6	1,00	
	Subtotal	6	6	1,00	0,33
2. Institucional (I)	2.1 Cooperação (c)	8	8	0,73	
	2.2 Capacitação (h)	3	3	0,27	
	Subtotal	11	11	1,00	0,33
3. Administrativa (A)	3.1 Modelo de gestão (g)	10	10	0,67	
	3.2 Recursos (r)	5	5	0,33	
	Subtotal	15	15	1,00	0,33
Total		32	32		1,00

Com relação aos eixos escolhidos, denota-se que a dimensão “política” é composta pelo eixo “liderança”, que contempla a coordenação, iniciativa e estímulo dado pelo gestor público que possui autoridade política (gestor eleito ou indicado por um eleito) para estimular o trabalho conjunto entre setores e desenvolver projetos interssetoriais. Possui ainda a missão de aglutinar/mobilizar recursos para a execução do trabalho. A dimensão “institucional” é constituída pelos eixos “cooperação” e “capacitação”. A “cooperação” consiste no nível de sinergia entre setores e/ou grau de abertura à realização de ações conjuntas. A “capacitação” refere-se ao desenvolvimento de habilidades para a realização de atividades interssetoriais, à qualificação propriamente dita na atuação da gestão de PPIs e ao treinamento de atividades específicas à operacionalização do Programa.

Por fim, a dimensão “administrativa” abarca os eixos “modelo de gestão” e “recursos”. “Modelo de gestão” compreende a utilização de ferramentas de gestão alinhadas ao trabalho interssetorial, como planejamento e agenda compartilhados, sistemas integrados de informações e de prestação de contas e modelos de cogestão (gestão matricial ou gestão com compartilhamento de metas). Já o eixo “recursos”, engloba a capacidade de os setores

socializarem diferentes tipos de recursos, tais como: recursos humanos, financeiros, materiais e administrativos.

O cálculo do IGI contemplou dois passos. No primeiro passo foram calculadas as médias de cada dimensão, conforme equações 1, 2 e 3. Tais médias foram obtidas para cada um dos quatro atores do PSE ($a = 1, \dots, 4$) de cada um dos 25 municípios da amostra ($i = 1, \dots, 25$).

$$P_i^a = \frac{1}{n} \sum_{k=1}^n x_k \quad (1)$$

$$I_i^a = \sum_{k=1}^n (\beta_1 c_k + \beta_2 h_k) \quad (2)$$

$$A_i^a = \sum_{k=1}^n (\alpha_1 g_k + \alpha_2 r_k) \quad (3)$$

Em que: $x_k, c_k, h_k, g_k, r_k = k$ variáveis explicativas de cada eixo/dimensão (refere-se ao número de questões do formulário, conforme exposto na Tabela 1); e, $\beta_1, \beta_2, \alpha_1, \alpha_2 =$ pesos respectivos a cada eixo.

No segundo passo, os resultados de cada dimensão foram utilizados para calcular o IGI de cada município i , substituindo os resultados das equações 1, 2 e 3 na equação 4, sendo $\sigma_1, \sigma_2, \sigma_3$, os respectivos pesos de cada dimensão. Os pesos utilizados nas equações de 1 a 4 estão expostos na Tabela 1, sendo derivados da proporção do número de questões de cada dimensão para garantir a distribuição equilibrada entre as dimensões. Foram realizados testes t de Student para validação das médias. Além disso, foram aplicados os critérios propostos por Brasil (2010) para validação geral do IGI.

$$IGI_i = \sum_{a=1}^4 (\sigma_1 P_i^a + \sigma_2 I_i^a + \sigma_3 A_i^a) \quad (4)$$

O IGI varia de 0 a 10, acompanhando os níveis de desenvolvimento intersetorial da escala razão utilizada, sendo que um governo local possui uma gestão mais desenvolvida quanto mais próxima de 10 for o seu IGI. Nesses termos, o IGI se adere à percepção de Brugué (2010) de que a medida de intersectorialidade varia em um contínuo que vai de maior para menor grau de desenvolvimento intersectorial. Além disso, ao propor a construção do IGI em subindicadores (dimensões e respectivos eixos), o indicador permite visualizar em quais pontos estão localizadas as principais forças e fraquezas da gestão, possibilitando lançar mão de ações específicas para seu aprimoramento.

De posse do IGI, passou-se para a segunda etapa de análise, que foi o emprego do modelo de implementação de PPIs, proposto por Wu et al. (2017), que contempla os fatores *organizacional* e *político*, representados em uma matriz de resultados (2x2), que concorrem para exercer influência sobre a implementação de PPIs. O fator *organizacional* refere-se à existência de apoio político aos produtos da PPI e à capacidade burocrática para lidar com tarefas analíticas e de implementação em um determinado setor/departamento/nível de governo. O fator *político* considera os elementos normativos da política, os quais se entrelaçam com os contextos político e econômico em nível macro.

Para os autores, o grau de consistência/estabilidade de cada conjunto de fatores e a forma como eles se relacionam definem os quatro potenciais tipos de ambientes para implementação de PPI, “parceria”, “enfrentamento/manobra”, “empreendedor” e “controle de danos”, conforme apresentados no Tabela 2.

Tabela 2
Tipologia de ambiente (e respectiva estratégia) de implementação de PPI

Tipos de ambientes	Alta estabilidade organizacional	Baixa estabilidade organizacional
Alta estabilidade Política	<p>Parceria</p> <p>Tem-se as duas condições favoráveis para viabilizar projetos intersetoriais. A efetividade das PPIs dependerá mais da coordenação dos processos e da gestão de modelos de trabalho cooperativo.</p>	<p>Enfrentamento/manobra</p> <p>Há uma PPI bem desenhada e objetiva; no entanto, carece de capacidade técnica para a sua execução. Nesta situação, a efetividade das PPI dependerá de maior articulação política e desenvolvimento de competências e habilidades técnicas em nível local.</p>
Baixa estabilidade Política	<p>Empreendedor</p> <p>Possui a capacidade e suporte interno; no entanto, defronta-se com uma política mal desenhada e com baixa disponibilidade de recursos financeiros. Para esse cenário, abre-se maior espaço para discricionariedade e compartilhamento de recursos entre setores, o que também abre espaço para inovação.</p>	<p>Controle de danos</p> <p>Refere-se à situação mais adversa, em que não há uma política bem formulada, nem muito menos condições técnicas de operacionalizar a PPI pela organização pública. Neste quadro, a tendência é que a PPI seja realizada de forma protocolar, sem condições de criar sinergia entre setores e sem capacidade de atingir resultados mais consistentes.</p>

Fonte: Elaboração própria a partir de Wu et al. (2017).

Para a aplicação do modelo, foram consideradas as respostas das entrevistas em relação aos aspectos macro da política (normatização), sendo 16 questões específicas. De forma complementar, realizou-se análise documental relativa à normatização do PSE (Brasil, 2007; 2017) e exame da presença dos componentes da estratégia de implementação de políticas no arcabouço legal do PSE, conforme sugeridos por Brasil (2018). Para análise dos aspectos micro (ambiente institucional), utilizou-se como base os resultados do IGI.

4 APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS E DISCUSSÃO

4.1 ANÁLISE DO INDICADOR DE GESTÃO INTERSETORIAL (IGI)

O cálculo do IGI para os municípios pertencentes à regional de Saúde Oeste, com base na implementação do PSE, alcançou um valor médio de 4,7 pontos, considerado baixo dentro da escala utilizada. Esse resultado indica que há grandes dificuldades em efetivar PPIs pelos governos locais e, por consequência, inibe a obtenção dos objetivos de uma política com essas características. Essa realidade está em compasso com outros estudos que analisaram a operacionalização do PSE e de outras PPIs (Ferreira et al., 2014; Veiga & Bronzo, 2014; Kroth et al., 2019). Os resultados do IGI estão expostos no Tabela 3.

Os testes t realizados indicam a significância dos resultados para níveis de 1% em quase a totalidade das médias. Apenas a média do eixo capacitação para profissionais de saúde não foi significativa.

Tabela 3

Resultados do Indicador de Gestão Intersectorial para cada ator do PSE nos municípios, desagregados por dimensão e eixo

Dimensões – eixos	Secretários/Gestor		Profissionais		Média por eixo
	Saúde	Educação	UBS	Escola	
1. Política	2,9 (2,3)*	2,9 (1,8)*	4,4 (2,6)*	3,9 (2,4)*	3,5 (0,7)**
2. Institucional	5,4 (2,9)*	6,0 (1,5)*	5,4 (1,0)*	6,1 (2,4)*	5,7 (0,4)*
2.1 Cooperação	6,8 (3,5)*	7,8 (1,7)*	7,3 (1,4)*	7,9 (2,9)*	7,5 (0,5)*
2.2 Capacitação	1,7 (2,6)**	1,4 (2,6)**	0,1 (0,7)	1,3 (2,6)**	1,1 (0,7)***
3. Administrativa	4,9 (2,7)*	4,8 (2,1)*	4,3 (1,8)*	5,2 (2,4)*	4,8 (0,4)*
3.1 Modelos de gestão	4,6 (2,8)*	4,4 (1,9)*	4,0 (2,1)*	5,1 (2,6)*	4,5 (0,5)*
3.2 Compartilhamento de recursos	5,7 (3,3)*	5,7 (2,9)*	5,1 (2,7)*	5,3 (2,6)*	5,4 (0,3)*
IGI médio por ator	4,4 (1,6)*	4,6 (1,5)*	4,7 (1,9)*	5,1 (2,0)*	4,7 (0,3)*

Nota: Valores entre parênteses referem-se ao desvio padrão. * indica nível de significância a 1%; ** indica nível de significância a 5%; *** indica nível de significância a 10%.

Quando observadas mais atentamente as dimensões da intersectorialidade, verificou-se que a perspectiva “política” obteve o menor índice (3,5) entre as três dimensões consideradas. Conforme destacado por Brugué (2010) e Larsen et al. (2014), a falta de uma liderança (autoridade política) que mobilize recursos, motive os atores para o trabalho cooperativo e que coordene as ações é uma condição necessária para o empreendimento de PPIs. No caso do PSE (e que também se aplica em outras realidades do setor público), ocorreu que os gestores das pastas da saúde e da educação possuem uma rotatividade muito alta e, principalmente para o caso da saúde, os gestores possuem pouca experiência na área (tais cargos são indicação política; portanto, são muito instáveis). Considera-se que esse baixo nível de pertencimento ao setor, somado à falta de conhecimento na área, gera distanciamento com os servidores e restrições para o planejamento de ações (Larsen et al., 2014; Costa & Bronzo, 2012).

Os dados dessa dimensão também demonstraram que os principais gestores não possuem conhecimentos básicos do PSE e da experiência do Programa no município, e, detêm uma incipiente percepção sobre PPIs. Por outro lado, essas deficiências “políticas” encontradas nos gestores são mais amenas nos profissionais de saúde, que acabam muitas vezes assumindo a implementação e tomando a iniciativa das ações (incluindo o contato com as escolas), mas que, ao depender de decisões e ações dos gestores, tornam-se impotentes para uma conduta mais dinâmica. Já os gestores das escolas, embora interessados no Programa, tornam-se passivos, pois não há o movimento de integração dos setores, sendo a escola mais próxima de um repositório de ações da área da saúde.

A dimensão “administrativa” rendeu um índice de 4,8 – também considerado baixo. Na decomposição desse índice, tem-se que o eixo “modelo de gestão” contribuiu de forma mais negativa, atingindo o índice de 4,5. As falhas de gestão não são exclusividade da implementação de PPIs, pelo contrário, são um dos principais fatores que impedem a efetividade de políticas públicas (Sabatier, 2007; Lotta, 2019). No entanto, as PPIs exigem um esforço maior de coordenação e, sempre que possível, de instrumentos de gestão mais

afinados para conectar órgãos, a exemplo de sistemas de informação, planejamento participativo e gestão matricial (McQueen et al., 2012; Wu et al., 2017).

A pesquisa ilustrou que são raros os governos locais que adotam instrumentos de gestão intersetorial. As exceções de boas práticas de gestão intersetorial estão relacionadas às ações de criação de uma coordenação exclusiva do Programa, que busca aglutinar os setores e organizar as ações; o desenvolvimento de estratégias de planejamento e agenda das atividades de forma integrada, a partir de reuniões conjuntas no início do ano letivo; e a criação de momentos de compartilhamento de experiências e definição de atividades unificadas (o dia do combate ao mosquito *Aedes aegypti*, por exemplo).

O que prevalece, no entanto, é a transferência da coordenação e execução das ações para as UBS, que necessitam encaixar o PSE dentro de sua agenda de trabalho. O sucesso da implementação nesses casos é muito dependente da expertise dos profissionais de saúde na área da promoção de saúde, do escopo das equipes multidisciplinares das UBS e da receptividade das escolas. Nesse espectro, as escolas pouco participam do planejamento e da elaboração de uma agenda de trabalho. Também se verificou uma conexão marginal entre as ações realizadas do PSE e os projetos pedagógicos das escolas, sendo que a diretriz do Programa estabelece justamente o contrário (máximo nível de conexão).

Esse perfil de gestão “transferida” (ou “terceirizada”) do Programa denota a pouca prioridade dada pelos gestores das pastas ao PSE, o que ajuda a explicar também o fato de que muitos governos cumprem superficialmente com as ações de gestão intersetorial indicadas pelo Programa, como o são a composição do GTI-M, o planejamento inicial e a gestão dos recursos financeiros, conforme dispostos na Portaria n. 1.055/2017 (Brasil, 2017).

Referente ao eixo “compartilhamento de recursos”, o índice obtido foi um pouco melhor, 5,4, em virtude da percepção dos profissionais envolvidos, que na maioria dos casos tomam a iniciativa de fazerem parcerias de trabalho no PSE. Essa pré-disposição para o trabalho em conjunto também foi percebida em outras experiências, como revelado por Sousa et al. (2017).

Contribuiu também para esse valor o fato de as ações do PSE (sobretudo as ações ligadas à promoção de saúde) estarem contempladas de alguma forma nos planos de saúde municipal; e pelo fato de a maioria das prefeituras aportarem recursos financeiros próprios adicionais para a realização das atividades do PSE. Por outro lado, foi manifestada a carência de profissionais, principalmente de saúde, para realizar as ações do Programa. Isso, somado ao grande quantitativo de ações e programas na área, diminui o tempo para se dedicar ao PSE. A falta de materiais de suporte ou a falta de insumos básicos para desenvolver as ações, como balanças antropométricas e materiais didáticos, também foram expostas com regularidade, fazendo com que se avalie que os recursos aportados no PSE são insuficientes; ou não está se dando a devida prioridade às ações.

A dimensão “institucional” foi a que exibiu maior índice (5,7), configurando-se como razoável. Esse melhor resultado pode ser explicado pelo eixo “cooperação”, que atingiu nota de 7,5. Assim, depreende-se que há uma boa receptividade do tema envolvendo a sinergia de trabalho entre os dois setores envolvidos, tendo em vista que a formação técnica desses profissionais contempla uma visão mais holística do trabalho (Akerman et al., 2014). No entanto, a manifestação dessa intencionalidade de cooperar é prejudicada, na medida em que tais setores possuem um elevado grau de institucionalidade de suas políticas, com agendas densas, que acabam concorrendo com novas demandas que necessitam de maior envolvimento das equipes (Veiga & Brionzo, 2014).

Conforme Wu et al. (2017), um dos elementos que contribui para estimular projetos integrados é a compreensão por parte de agentes públicos sobre as características desse tipo de empreendimento, que passa necessariamente pela capacitação e desenvolvimento de habilidades. No eixo “capacitação”, contrapondo o anterior, foi observado o pior índice, de apenas 1,1. A pesquisa revelou que praticamente inexistem ações de treinamento específico para o PSE que envolvam os dois setores, ou de educação continuada que tratem de PPIs ou de políticas públicas em geral. Essa falta de conhecimento de normas e princípios básicos por parte dos agentes responsáveis pela implementação do Programa impõe sérias restrições e inibe de largada, maior possibilidade de sucesso de uma política (Larsen et al., 2014).

Um exemplo que demonstra como a falta de capacitação gera ineficiência foi a verificação da situação vacinal nas escolas. Na maioria dos municípios investigados, exige-se no ato da matrícula a entrega da carteira de vacinação do estudante. No entanto, quem recebe e analisa a carteira de vacinação são os técnicos da escola, que não receberam treinamento para analisar esse documento. Ou seja, criou-se um procedimento meramente protocolar e totalmente nulo. O baixo nível de capacitação pode ser reflexo da influência dos outros eixos da intersectorialidade, que acabam contribuindo para que não haja esforços para esse fim, como são os casos da baixa prioridade e das agendas sobrecarregadas dos setores (Costa & Bronzo, 2012).

4.2 ANÁLISE DO MODELO ANALÍTICO PARA IMPLEMENTAÇÃO DE PPIs

A análise do IGI realizada na seção anterior, conjugada com a análise documental das normativas do PSE, serviu de referência para a elaboração da matriz de avaliação de implementação de PPIs proposta por Wu et al. (2017). A Tabela 4 apresenta a matriz com o enquadramento dos 25 municípios analisados, sendo que 10 municípios se enquadraram em ambientes “empreendedores”; e 15 em ambientes de “controle de danos”. Nessa classificação foi considerada inicialmente a análise do ambiente macro (estabilidade política) e, definida essa conjectura, passou-se ao estudo do ambiente micro (estabilidade institucional).

Tabela 4

Condições político-organizacionais e perfil de implementação do PSE pelos governos locais da região de Saúde

Tipos de ambientes	Alta estabilidade Institucional	Baixa estabilidade Institucional
Alta estabilidade Política	Parceria: nenhum	Enfrentamento/manobra: nenhum
Baixa estabilidade Política	Empreendedora: 10 municípios	Controle de danos: 15 municípios

Dessa forma, derivou-se que os municípios se concentram em um ambiente de “baixa estabilidade política”, ou seja, as condições macro (políticas e econômicas), mais afeitas ao governo federal, formulador do PSE, carecem de maiores elementos capazes de estimular uma maior priorização do PSE por parte dos governos locais. Soma-se a isso uma conjuntura econômica de restrição de gastos pela União, que restringe o potencial de investimento na política.

Há três elementos principais considerados para se chegar a essa avaliação das condições macro. Em primeiro lugar, observou-se que há uma questão basilar que interfere no manejo do Programa pelos setores envolvidos: o PSE está vinculado ao Ministério da Saúde via sistema operacional e transferência de recursos (via fundo a fundo), ou seja, embora tenha sido concebido entre os dois Ministérios fins (saúde e educação), toda a estrutura está na

saúde, o que cria barreiras naturais ao diálogo, pois a educação (escola) acaba ficando subjugada, e na maioria dos casos não tem acesso às informações do andamento do Programa.

Em segundo lugar, o modelo de governança do PSE, constituição de GTIs, ainda não se demonstrou efetivo e está muito restrito aos gestores das duas pastas. Percebe-se uma carência de maior participação dos demais atores do Programa e da própria comunidade escolar (ou controle social). Isso significa que não há espaço para maior presença e envolvimento de pais, professores e alunos, que são atores fundamentais para o sucesso do Programa. Outras políticas intersetoriais, a exemplo do Programa Nacional de Alimentação Escolar – PNAE, contemplam tais instrumentos de governança, viabilizando maior *enforcement* (Kroth et al., 2019).

Em terceiro lugar, há um conjunto significativo de ações (12) para serem executadas, que acabam sendo sobrecarregadas com o lançamento de estratégias adicionais ao longo do período de execução do PSE, como foi o caso do Programa Crescer Saudável em 2019 (Brasil, 2019). Essa realidade é tensionada na medida em que não há uma definição clara dos responsáveis para cada ação. Outra dificuldade refere-se à inexistência de uma agenda comum entre escolas e UBS, para a realização das ações, dado que os dois setores possuem calendários rígidos (semestres letivos e/ou campanhas de saúde). Por fim, a baixa prioridade dada ao SUS no orçamento federal (tensionado pela EC n. 95/2016) restringe a possibilidade de ampliar o direcionamento de recursos financeiros para o PSE, que refere-se a um dos principais instrumentos utilizados pelo governo federal, para condicionar a implementação de políticas públicas pelos municípios (Arretche, 2012).

Dada a baixa estabilidade política do PSE, o espaço de manobra para uma implementação mais efetiva do Programa fica a cargo dos governos locais. Para a análise desse segundo fator, estabilidade institucional (ambiente micro), fez-se uso dos resultados do IGI. Nessa linha, admitiu-se que 10 municípios possuem média-alta estabilidade ($5,0 < IGI < 7,5$); e 14 municípios possuem média-baixa estabilidade ($2,5 < IGI < 5,0$).

Ao cruzar os dois ambientes, pode-se, portanto, classificar 10 municípios em ambientes “empreendedores”, pelo fato de possuírem bons atributos para desenvolver um projeto intersetorial, porque se esforçam para superar as restrições macro da política, porque possuem condições de implementar o PSE (de forma tradicional prescrita pelos manuais ou inovadora) e por atingir resultados satisfatórios. Por outro lado, há 15 municípios que se configuram como ambientes de “controle de danos”. Tais municípios, ao não possuírem níveis razoáveis de desenvolvimento intersetorial, acabam implementando o PSE de maneira protocolar. Nesse tipo de ambiente, o PSE não se efetiva e acaba sendo “apenas mais um” programa a ser contemplado pelos setores envolvidos.

Dado esse cenário, identifica-se que os municípios “empreendedores” dependem de menos estímulos para proporcionar maiores resultados com o PSE, quando comparado com os municípios “controladores de danos”. Isso porque enquanto os primeiros podem ser acionados via aprimoramento normativo do Programa, os últimos dependem de ações mais estruturais, como o desenvolvimento de competências em gestão de PPIs.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O PSE possui um grande potencial para gerar resultados positivos de saúde, que se estendem ao longo do tempo, a partir de ações de prevenção e principalmente de promoção à saúde para os escolares, com extensão de seus efeitos para o âmbito de suas famílias e de suas comunidades. Além disso, o PSE possibilita a otimização dos recursos públicos, na

instância de articular diferentes programas de áreas complementares (saúde, educação e assistência social). Nessa seara, pode-se apontar que o PSE reúne elementos dos mais inovadores em termos de política pública e de políticas em saúde, vinculadas às premissas dos determinantes sociais da saúde e de políticas intersetoriais (PPIs), e, portanto, deve ser priorizado e fortalecido pelos gestores públicos.

Em que pese essas características, o presente estudo demonstrou que o PSE não vem sendo operacionalizado em sua plenitude e com a devida prioridade pelas instâncias governamentais, comprometendo a entrega de resultados mais robustos. A principal conclusão é que a implementação da intersectorialidade preconizada pelo PSE enfrenta restrições relevantes de natureza micro e macro ambientais por parte dos municípios brasileiros, que são responsáveis pela execução da política. Alguns desses achados corroboraram resultados de outros estudos que avaliaram o Programa.

O que essa pesquisa trouxe de novidade é a aplicação de dois instrumentos que permitem lançar um olhar mais específico sobre aspectos da implementação da intersectorialidade em PPIs, que precisam ser aprimorados. Com a construção do IGI, pode-se observar em termos microambientais, as dimensões da intersectorialidade que carecem de maior atenção/intervenção. No caso estudado, verificou-se que os principais gargalos que dizem respeito ao nível municipal se concentram na falta de liderança política e nas falhas de coordenação pelos principais gestores do Programa, inexistência de capacitação dos agentes públicos que atuarão na execução do PSE e o não emprego de instrumentos de gestão intersectorial, como planejamento comum e sistema de comunicação e monitoramento das ações.

De forma complementar, ao analisar as condições macroambientais por meio da aplicação do modelo de Wu et al. (2017), verificou-se que dos 25 municípios da amostra, apenas dez reúnem pré-condições para implementar o PSE de forma efetiva em virtude da baixa estabilidade política do Programa. Considera-se que muitas dessas restrições podem ser amenizadas (e em alguns casos superadas) pelo aperfeiçoamento do marco normativo do Programa, o qual não prevê os incentivos adequados e não possui diretrizes claras sobre a estratégia de implementação, abrindo espaço para ambiguidades e para uma implementação meramente protocolar.

Nesse sentido, as sugestões de melhoria do Programa referem-se à previsão de ampliação dos recursos e sua respectiva vinculação ao alcance de metas e objetivos pactuados, visando a garantir maior prioridade e *enforcement* por parte dos governos locais para a operacionalização do Programa. Uma segunda recomendação refere-se à necessidade de aperfeiçoar a coordenação local do PSE, reestruturando os atuais GTI-M, dando maior espaço para participação de representantes das escolas e UBS. Essa ação objetivaria integrar os ambientes, coordenar agendas e planos de trabalho e realizar treinamentos específicos sobre o PSE. Por fim, propõe-se a instituição de ferramentas de gestão intersectorial na coordenação local do Programa, como sistemas de compartilhamento de informações, de agendas de trabalho e de recursos financeiros.

REFERÊNCIAS

- Akerman, M., Sá, R. F., Moyses, S., Rezende, R., & Rocha, D. (2014). Intersectorialidade? IntersectorialidadeS! *Ciência & Saúde Coletiva*, 19 (11), 4291-4300. <https://doi.org/10.1590/1413-812320141911.10692014>



- Arretche, M. (2012). *Democracia, federalismo e centralização no Brasil*. RJ: FGV/Fiocruz.
- Becker, K. L. (2020). Análise do Impacto do Programa Saúde na Escola sobre a violência e o consumo de substâncias ilícitas dos jovens nas escolas brasileiras. *Análise Econômica*, 38 (76), 121-144. <https://doi.org/10.22456/2176-5456.80460>
- Brasil. Decreto Presidencial n. 6.286, de 5 de dezembro de 2007. Institui o Programa Saúde na Escola – PSE, e dá outras providências. *Diário Oficial da União*. Brasília, DF, 06 dez. 2007.
- Brasil. (2010). Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Secretaria de Planejamento e Investimentos Estratégicos (SPI). *Indicadores de programas: guia metodológico*. Brasília.
- Brasil. Portaria Interministerial n. 1.055 de 25 de abril de 2017. Redefine as regras e os critérios para adesão ao Programa Saúde na Escola - PSE por estados, Distrito Federal e municípios e dispõe sobre o respectivo incentivo financeiro para custeio de ações. *Diário Oficial da União*. Brasília, DF, 25 abr. 2017.
- Brasil. (2018). *Avaliação de políticas públicas: guia prático de análise ex ante*. vol. 1. Brasília: IPEA.
- Brasil. (2019). Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. *Programa Crescer Saudável 2019/2020*. Instrutivo. Brasília.
- Brasil. (2020). Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. *Programa Saúde na Escola: documento orientador: ciclo 2019/2020*. Brasília.
- Brugué, Q. (2010). *Transversalidad en los proyectos locales: de la teoría a la práctica*. Safaris: Trea.
- Chiari, A. P. G., Ferreira, R. C., Akerman, M., Amaral, J. H. L., Machado, K. M., & Senna, M. I. B. (2018). Rede intersetorial do Programa Saúde na Escola: sujeitos, percepções e práticas. *Cadernos Saúde Pública*, 34(5). <https://doi.org/10.1590/0102-311X00104217>
- Costa, B. L. D., & Bronzo, C. (2012). Intersetorialidade no enfrentamento da pobreza: o papel da implementação e da gestão. In: C. A. P., Faria (Org.). *Implementação de políticas públicas: teoria e prática*. (1a ed., pp. 50-81). Belo Horizonte: PUC Minas.
- Dahlgren, G., & Whitehead, M. (1991). Policies and strategies to promote social equity in health. *Background document to World Health Organization*.
- Denhardt, R. B., & Catlaw, T. J. (2014). *Theories of Public Organization*. 7 ed. Boston: Cengage Learning.
- Farah, M. F. S. (2013). Políticas públicas e municípios: inovação ou adesão? In: M. R. Lukic & C. Tomazini (Org.). *As ideias também importam: abordagem cognitiva e política*



pública no Brasil. (1a ed., pp. 171-192). Curitiba: Juruá.

- Ferreira, I. R. C., Moyses, S. J., França, B. H. S., Carvalho, M. L., & Moyses, S. T. (2014). Percepções de gestores locais sobre a intersetorialidade no Programa Saúde na Escola. *Revista Brasileira de Educação*, 56(19), 61-76. <https://doi.org/10.1590/S1413-24782014000100004>
- Gil, A. C. (2021). *Métodos e técnicas de pesquisa social*. 7 ed. SP: Atlas.
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). (2016). *Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar: 2015*, Coordenação de População e Indicadores Sociais. Rio de Janeiro: IBGE.
- Kroth, D. C., Zonin, V. J., Coletti, T., Simões, W., & Von Dentz, E. (2019). Análise da operacionalização da política de aquisição de alimentos da agricultura familiar por parte dos municípios: o caso do PNAE em três microrregiões do Oeste Catarinense. *Redes*, 24(1), 138-162. <https://doi.org/10.17058/redes.v24i1.9697>
- Larsen, M., Rantala, R., Koudenburg, O. A., & Gulis, G. (2014). Intersectoral action for health: the experience of a Danish municipality. *Scandinavian journal of public health*, 42(1), 649-657. <https://doi.org/10.1177/1403494814544397>
- Lotta, G. S., Nunes, A. C., Cavalcante, S., Ferreira, D. D., & Bonat, J. (2018). Por uma agenda brasileira de estudos sobre implementação de políticas públicas. *Revista do Serviço Público*, 69 (4), 779-816. <https://doi.org/10.21874/rsp.v69i4.2917>
- Lotta, G. S. (Org.). (2019). *Teoria e análises sobre implantação de políticas públicas no Brasil*. Brasília: ENAP.
- McQueen, D. V., Wismar, M., Lin, V., & Jones, C. M. (2012). Intersectoral governance for health in all policies: structures, actions and experiences. *Observatory Studies Series - World Health Organization*, 26.
- Sabatier, P. (2007). *Theories of the policy process*. 2. Ed. Boulder, CO: Westview Press.
- Sousa, M. C., Esperidião, M. A., & Medina, M. G. (2017). A intersetorialidade no Programa Saúde na Escola: avaliação do processo político-gerencial e das práticas de trabalho. *Ciência & Saúde Coletiva*, 22(6): 1781-1790. <https://doi.org/10.1590/1413-81232017226.24262016>
- Veiga, L. & Bronzo, C. (2014). Estratégias intersetoriais de gestão municipal de serviços de proteção social: a experiência de Belo Horizonte. *Revista de Administração Pública*, 48(3), 595-620. <https://doi.org/10.1590/0034-76121453>
- World Health Organization (WHO). (2008). Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. *Final Report of the Commission on Social Determinants of Health (CSDH)*. Geneva: WHO.



World Health Organization (WHO). (2010). *The Adelaide statement on health in all policies: moving towards a shared governance for health and well-being*. Adelaide: Government of South Australia.

Wu, X., Ramesh, M., Howlett, M. & Fritzen, S. (2017). *The public policy primer: managing the policy process*. 2 ed. New York: Routledge.