



**VIII Encontro Brasileiro de Administração Pública**

ISSN: 2594-5688

Sociedade Brasileira de Administração Pública

**ARTIGO**

**CONDIÇÕES POLÍTICO-ORGANIZACIONAIS PARA  
IMPLEMENTAÇÃO DA INTERSETORIALIDADE UMA  
ANÁLISE DO PROGRAMA SAÚDE NA ESCOLA EM  
GOVERNOS LOCAIS**

**DARLAN CHRISTIANO KROTH, ANDRESSA KRINDGES, CAMILA TODESCATTO GEREMIA**

**GT 2 ANÁLISE DE POLÍTICAS PÚBLICAS**

VIII Encontro Brasileiro de Administração Pública, Brasília/DF, 3 a 5 de novembro de 2021.  
Sociedade Brasileira de Administração Pública (SBAP)  
Instituto Brasileiro de Ensino, Desenvolvimento e Pesquisa (IDP)  
Brasil

Disponível em: <https://sbap.org.br/>

# **Condições político-organizacionais para implementação da intersectorialidade: uma análise do Programa Saúde na Escola em governos locais**

## **Resumo**

O objetivo do estudo foi analisar as condições político-organizacionais que afetam a implementação de Políticas Públicas Intersetoriais (PPIs) por governos locais. A análise baseou-se no estudo de caso do Programa Saúde na Escola (PSE), em 24 municípios pertencentes a uma região de saúde de Santa Catarina. 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). Os resultados apontaram para 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 PSE, indicando que há espaço para fortalecimento da gestão local mediante criação de novos incentivos no marco legal do programa.

**Palavras-chave:** política pública, municípios, descentralização, cidades saudáveis, educação.

## **1 Introdução**

A complexidade dos problemas sociais contemporâneos exige respostas mais sistêmicas (e integradas) por parte das políticas públicas (SECCHI, 2015). Um instrumento de gestão muito preconizado para obtenção dessa integração de políticas é a intersectorialidade, que se propõe articular diferentes setores para a proposição de soluções e de trabalho em conjunto (AKERMAN ET AL., 2014; WU ET AL., 2017). Nestes termos, a intersectorialidade 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 um maior retorno social (efetividade das ações) (McQUEEN ET AL., 2012).

A perspectiva intersectorial nas políticas públicas surge das reflexões sobre a resolução de problemas nas áreas social e ambiental, as quais possuem determinantes multifatoriais (WHO, 2008). Na área da administração pública, vêm ganhando renovado interesse a partir da literatura do Novo Serviço Público (NSP), quando incorpora princípios de visão holística e integrada da gestão pública e utilização de mecanismos de rede/governança (DENHARDT; CATLAW, 2017). 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 intersectorialidade.

Com base nesses aportes teóricos, muitas políticas intersetoriais foram formuladas e implementadas no Brasil a partir dos anos 2000. Alguns exemplos são o Programa Bolsa Família, o Programa Nacional de Alimentação Escolar (Lei n. 11.947/2009) e o Programa Saúde na Escola. 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. Segundo Arretche (2006), esse movimento foi marcado pela centralização do processo de formulação e indução de políticas por parte do governo federal, mediante a vinculação de transferência de recursos federais à adesão de políticas pelos entes federados. Tal perfil de descentralização, nem sempre levou em consideração as heterogeneidades regionais e as capacidades operacionais dos governos locais, impondo novos desafios para a implementação (FARAH, 2013).

Muitas pesquisas vêm demonstrando a existência de vários obstáculos para efetivar as ações intersetoriais e, conseqüentemente, observando elevado grau de ineficiência na operacionalização desse tipo de política nos municípios brasileiros. Neste sentido, pode-se argumentar que apesar de bem desenhadas (e bem intencionadas) no campo normativo, há graves restrições para sua execução, que impedem a entrega de melhores resultados (VEIGA; BRONZO, 2014; SOUSA ET AL., 2017; KROTH ET AL., 2019).

De fato, a literatura de análise de políticas públicas enfatiza o fosso existente entre a formulação e a implementação das políticas públicas (SABATIER, 2007; LOTTA, 2019). O momento da implementação de políticas envolve um grande conjunto de fatores que operam para dificultar a concretização das ações formuladas. No terreno da implementação de Políticas Públicas Intersetoriais (PPIs), que exige uma tecnologia superior de gestão por envolver múltiplos setores, a complexidade da implementação é ainda maior, indicando a necessidade de aprofundar a compreensão sobre seu desenvolvimento (LARSEN ET AL., 2014; LOTTA ET AL., 2018).

Segundo Brugué (2010), a necessidade de inovações no campo da implementação de PPIs, decorre da existência de alguns obstáculos inerentes a esse tipo de política pública. O primeiro deles refere-se a persistência da lógica setorial do serviço público, que impõe dificuldades para o diálogo entre setores e para lidar com problemas multidimensionais.

Dado a característica (complexidade) de um arranjo intersetorial 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 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) *administrativo* (ou operativo das políticas): que remete a 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).

Com base nesse cenário, o presente estudo tem como objetivo analisar as condicionantes político-organizacionais envolvidas no processo de implementação de PPIs pelos governos locais, procurando responder a seguinte questão: quais recursos e competências e que tipo de ambiente são necessários para viabilizar a implementação de PPIs pelos municípios? Para responder a questão de pesquisa, realizou-se dois exercícios empíricos.

No primeiro exercício, foi elaborado um indicador de gestão intersetorial, para avaliar o grau de desenvolvimento da intersetorialidade por parte das gestões municipais, com base nas três dimensões da intersetorialidade 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 causam interferência na implementação de PPIs. Nestes 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 PPIs.

Para o desenvolvimento dos exercícios empíricos, foi realizado um estudo de caso sobre a implementação do Programa Saúde na Escola (PSE) no ano de 2019, por parte de 24 municípios que compõe uma regional de Saúde, localizada na mesorregião Oeste de Santa Catarina. Cabe destacar que o PSE reúne os melhores elementos para a realização da pesquisa, pois é uma PPI em essência e sua operacionalização se dá pelos municípios.

Dessa forma, o estudo possibilitou vislumbrar como governos locais manejam e definem prioridades de atuação de uma política com grande potencial de impacto socioeconômico, mas que se defronta com escassez de diferentes tipos de recursos e compete com diversas políticas e demandas cotidianas de dois setores protagonistas da administração pública municipal. Nestes termos tem-se a proposição de uma ferramenta relevante para a compreensão e aprimoramento da implementação de PPIs e, mais especificamente, o estudo reúne elementos que podem ser utilizados para ajustar e fortalecer o PSE.

## **2 Metodologia**

## 2.1 Objeto da pesquisa: Programa Saúde nas Escolas

O Programa Saúde nas Escolas (PSE) foi criado no ano de 2007 através de uma ação conjunta entre os Ministérios da Saúde e da Educação, conforme Decreto n. 6.286/2007. Tal programa, executado pelos entes federados, 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 e lista diversas ações a serem articuladas entre escolas e Unidades Básicas de Saúde (UBS). O PSE, portanto, visa efetivar a prática da intersetorialidade entre as áreas de saúde e educação e fortalecer as estratégias de promoção à saúde vinculadas à Atenção Primária à Saúde (APS) e a melhoria da aprendizagem escolar. Conforme Ministério da Saúde (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.

O Programa prevê recursos financeiros adicionais aos municípios participantes, via repasse do Piso Variável da Atenção Básica (PAB-Variável). Com a redefinição do programa dada pela Portaria Interministerial n. 1.413/2013, o PSE passa a ser universalizado, cabendo aos municípios fazerem a adesão mediante assinatura de Termo de Compromisso do PSE pelos secretários de saúde e de educação, se comprometendo a realizar as ações do programa.

Outra importante inovação, refere-se a instituição de Grupos de Trabalhos Intersetoriais (GTIs) que contemplam além dos secretários das duas pastas fins, demais representantes dos dois setores envolvidas. O GTI, que deve ser constituído por ato normativo legal, é responsável pelo planejamento e pela gestão das ações.

Em 2017, o programa passou por uma nova atualização (Portaria Interministerial n. 1.055/2017), em que as principais mudanças referem-se à mudança do número de ações a serem executadas (passando de 17 para 12 ações) e ao período de vigência de um ciclo, que passou de um para dois anos. Ressalta-se que as atividades a serem desenvolvidas em âmbito do PSE devem estar contempladas nos projetos pedagógicos das escolas, atendendo as expectativas dos professores e principalmente dos estudantes. Após a realização das ações, as mesmas devem ser registradas no sistema de informações da Atenção Básica (SISAB) por profissionais da saúde.

## 2.2 Procedimentos empíricos

A pesquisa se configura como um estudo avaliativo e descritivo, desenvolvendo uma abordagem quali-quantitativa (GIL, 2009). Para responder à questão do trabalho, foi realizado estudo de caso na Regional de Saúde Oeste, do Estado de Santa Catarina, que contempla 24 municípios, localizados dentro de um raio médio de distância de 50 Km, com predominância de municípios de pequeno porte (80% possuem população até 15 mil habitantes) e Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDH-M) médio de 0,73.

Os dados foram coletados através de análise documental referente à legislação/regulamentação do programa e por entrevistas semi-estruturadas com os quatro atores responsáveis diretos 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. As entrevistas foram realizadas entre o período de outubro de 2019 a novembro de 2020, totalizando 91 entrevistas. Do total de entrevistas, 35% foram realizadas de forma presencial e as demais, de forma remota (via *Google Meet*).

O formulário utilizado nas entrevistas abordaram questões referentes às três dimensões da intersectorialidade (política, institucional e administrativa) conforme proposto por Costa e Bronzo (2012), com um total de 56 questões para os secretários de saúde e de educação; e, 47 questões para os profissionais de saúde e gestores de escolas.

Após a realização da coleta de dados, as respostas foram tabuladas e analisadas em duas etapas. A primeira etapa contemplou o cálculo do Índice de Gestão Intersetorial (IGI) dos municípios, tendo como objetivo mensurar o nível de desenvolvimento intersectorial da gestão municipal. Para o cálculo do IGI, foram consideradas as três dimensões de intersectorialidade divididas em cinco eixos, conforme exposto no Quadro 1. Para essa etapa, foram selecionadas 32 questões do questionário geral para os secretários e 27 questões para os profissionais da saúde e da educação, todas em escala Likert de 5 pontos (sendo, 0 = muito baixo; 2,5 = baixo; 5,0 = médio; 7,5 = alto; e, 10 = muito alto).

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 intersectoriais. 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 intersectorais e para qualificação propriamente dita na área de gestão de PPIs. Por fim, a dimensão

“operativa” (ou administrativa) abarca os eixos “modelo de gestão”, que compreende a utilização de ferramentas de gestão alinhadas ao trabalho intersetorial, como planejamento e agenda compartilhadas, sistemas de compartilhamento de informações e de prestação de contas e modelos de co-gestão (gestão matricial ou gestão com compartilhamento de metas). Já o eixo “recursos”, engloba a capacidade dos setores compartilharem diferentes tipos de recursos, como: recursos humanos, financeiros, materiais e administrativos.

Quadro 1 – Dimensões e respectivos eixos da gestão intersetorial 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)					0,33
	1.1 Liderança (x)	6	5	1,00	
2. Institucional (I)				1,00	0,33
	2.1 Cooperação (c)	8	8	0,73	
	2.2 Capacitação (h)	3	3	0,27	
3. Administrativo (A)				1,00	0,33
	3.1 Modelo de gestão (g)	10	7	0,67	
	3.2 Recursos (r)	5	4	0,33	
Total		32	27		1,00

Fonte: elaboração própria.

O cálculo do IGI contemplou dois passos. No primeiro passo foi calculada as médias de cada dimensão conforme equações 1, 2 e 3. Tais médias foram calculadas para cada um dos quatro atores do PSE ( $a = 1, \dots, 4$ ) de cada um dos 24 municípios da amostra ( $i = 1, \dots, 24$ ).

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

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

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

Em que:  $x_k, c_k, h_k, g_k, r_k = k$  variáveis explicativas de cada eixo/dimensão; 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 1 a 4

estão expostos no Quadro 1, e foram derivados da proporção do número de questões de cada dimensão.

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

O IGI varia de 0 a 10, acompanhando os níveis de desenvolvimento intersetorial da escala Likert utilizada, sendo que um governo local possui uma gestão mais desenvolvida, quanto mais próxima de 10 for o seu IGI. Nestes termos, o IGI se adere a percepção de Brugué (2010) de que a medida de intersetorialidade varia através de um contínuo que vai de maior para menor grau de desenvolvimento intersetorial. Além disso, ao propor a construção do IGI através de subindicadores (dimensões e respectivos eixos), o indicador permite visualizar em quais pontos estão localizados 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 constituiu no emprego do modelo de implementação de PPIs, proposto por Wu et al. (2017). Esse modelo analítico avalia como a interrelação entre os fatores macroambientais (ou políticos) e microambientais (ou institucional) operam para constituir quatro tipos de ambientes, que por sua vez, influenciam na forma de implementação de uma PPI: parceria, empreendedora, enfrentamento/manobra e controle de danos. Essas categorias são representadas em uma matriz de resultados (2x2), em que ordena os ambientes que apresentam condições mais propícias de se desenvolver ações intersetoriais, como é o caso do tipo “parceria”, em que a implementação depende de projetos viáveis e da construção da capacidade da rede burocrática; e o seu extremo, “controle de danos”, em que não há uma política bem formulada e, muito menos, condições técnicas de operacionalizar, resultando em uma implementação protocolar e irregular.

Para a aplicação do modelo, foram avaliadas as respostas dos atores com relação aos aspectos macro da política (normatização) e de seus aspectos micro (condições política e administrativa do município). Para análise dos aspectos macro, foi realizada de forma complementar, a análise documental relativa à normatização do PSE e exame da presença dos componentes da estratégia de implementação de políticas no arcabouço legal do PSE,



conforme sugeridos por BRASIL (2018)<sup>1</sup>. Já para avaliação dos aspectos micro (ambiente institucional) utilizou-se como base, os resultados do IGI.

### 3 Análise dos resultados

#### 3.1 Análise do Indicador de Gestão Intersectorial (IGI)

O cálculo do IGI para os municípios pertencentes a 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, como Ferreira et al. (2014), Veiga e Bronzo (2014); Kroth et al (2019). Os resultados do IG estão expostos no Quadro 2.

Quadro 2 – Resultados do Indicador de Gestão Intersectorial para cada ator do PSE nos municípios, desagregados por dimensão e eixo

Dimensões - Eixos	Secretários		Profissionais		Média por eixo
	Saúde	Educação	UBS	Escola	
1. Político	2,9	2,9	4,4	3,9	3,5
2. Institucional	5,4	6,0	5,4	6,1	5,7
2.1 Cooperação	6,8	7,8	7,3	7,9	7,5
2.2 Capacitação	1,7	1,4	0,1	1,3	1,1
3. Administrativo	4,9	4,8	4,3	5,2	4,8
3.1 Modelo de gestão	4,6	4,4	4,0	5,1	4,5
3.2 Compart recursos	5,7	5,7	5,1	5,3	5,4
<b>IG médio por ator</b>	<b>4,4</b>	<b>4,6</b>	<b>4,7</b>	<b>5,1</b>	<b>4,7</b>

Fonte: elaboração própria a partir de dados da pesquisa.

Ao se debruçar mais atentamente sobre 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

<sup>1</sup> Conforme Brasil (2018) o sucesso de políticas públicas depende de uma boa estratégia de implementação, que contempla a definição dos seguintes itens: i) modelo de gestão e de governança; ii) incentivos e responsabilidades aos atores; iii) base legal; iv) plano de comunicação; v) mapeamento e/ou plano de riscos; e, vi) estratégia de confiança e suporte. A estratégia de implementação pode ser desenvolvida a partir de uma análise *ex-ante* da política.

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 e, portanto, muito instáveis). Considera-se que esse baixo nível de pertencimento ao setor, somado com a falta de conhecimento na área, gera distanciamento com os servidores e restrições para o planejamento de ações (HENDRIKS ET AL., 2015).

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 tomam 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 pelo 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 intensa, atingindo o índice de 4,5. As falhas de gestão não são exclusividade da implementação de PPIs, pelo contrário, é 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 à ações de criação de uma coordenação exclusiva do programa, que busca aglutinar os setores e propor 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 (dia do combate do 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 nestes 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. Neste espectro, as escolas pouco participam do planejamento, da elaboração de uma agenda e também se verificou uma conexão marginal entre as ações realizadas e os projetos pedagógicos, que é uma prerrogativa do PSE.

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

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 percebido em outras experiências, como revelado por Sousa et al. (2017).

Contribuiu também para esse valor, o fato das ações do PSE (sobretudo as ações ligadas à promoção de saúde) estarem contempladas de alguma forma nos planos de saúde municipal; e, pelo fato da maioria das prefeituras aportarem recursos financeiros próprios para a realização das atividades do PSE. Por outro lado, foi manifestada a carência de profissionais, principalmente de saúde, que somado ao grande quantitativo de ações e programas na área, diminuem o tempo para se dedicar ao PSE. A falta de materiais de suporte ou insumos básicos para desenvolver as ações, como balanças antropométricas e materiais didáticos, também foi exposta com regularidade, o que se avalia 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 desempenho pode ser explicado pelo eixo “cooperação” que atingiu nota de 7,5. Depreende-se que há uma boa receptividade do tema envolvendo a sinergia de trabalho entre os dois setores envolvidos, os quais possuem uma formação mais holística (AKERMAN ET AL., 2014). No entanto, a manifestação dessa intencionalidade de cooperar é prejudicada (e que pode ser o caso do PSE), na medida que tais setores possuem uma institucionalidade de suas políticas e agendas densas, que acabam concorrendo com novas demandas e que necessitam maior envolvimento das equipes (VEIGA; BRONZO, 2014).

Conforme Wu et al. (2017) um dos elementos que contribuem para estimular projetos integrados é a compreensão por parte 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, liquidada de saída qualquer possibilidade de sucesso de uma política (SABATIER, 2007).

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 se reforçando para não reunir esforços para esse fim, como são os casos da baixa prioridade e das agendas sobrecarregadas dos setores (COSTA; BRONZO, 2012).

Em síntese, pode-se considerar que a análise do IGI permitiu explicitar diferentes expressões que a intersectorialidade se manifesta e os potenciais fatores que contribuem para sua efetividade. Ao analisar de forma específica cada um deles e evidenciar onde os gargalos se encontram, permite oferecer ações mais arrojadas para seu aprimoramento.

### 3.2 Ambientes para implementação de PPIs

A análise do IGI realizada na seção anterior conjugada com a análise documental das normativas do PSE, serviram de referência para a elaboração da matriz ambiental para avaliação da tipologia de ambiente de implementação de PPIs proposta por [Wu et al. \(2017\)](#). A matriz considera dois escopos, um macro e um micro, que podem ser enquadrados nas perspectivas analíticas de implementação de políticas públicas, *top-down* e *bottom-up*, respectivamente. Essa análise combinada proporciona maior clareza sobre os aspectos que precisam ser considerados em um aprimoramento da política, pois precisam contemplar a estratégia de implementação como um todo (BRASIL, 2018).

O Quadro 3 apresenta a matriz com o enquadramento dos 24 municípios analisados, sendo que 10 municípios se enquadram em ambientes “empreendedores” e 14 em ambientes de “controle de danos”. Essa classificação considerou inicialmente a análise do ambiente

macro (estabilidade política) e definido essa conjectura, passou-se à ao estudo do ambiente micro (estabilidade institucional).

Quadro 3– Condições político-organizacionais e perfil de implementação do PSE pelos governos locais da região de Saúde

<b>Tipos de ambientes</b>	Alta estabilidade Institucional	Baixa estabilidade Institucional
Alta estabilidade Política	Parceria: nenhum	Enfrentamento/manobra:nenhum
Baixa estabilidade Política	Empreendedora: 10 municípios	Controle de danos: 14 municípios

Fonte: elaboração própria a partir de dados da pesquisa.

Desta 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 têm acesso às informações do andamento do programa. Em segundo lugar, o modelo de governança do PSE, constituição de GTIs, ainda não se demonstraram efetivos e estão muito restritos aos gestores das duas pastas. Percebe-se uma carência de maior participação da comunidade (ou controle social), ou seja, 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 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, e 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). Essa realidade é tensionada na medida em que não há uma definição clara dos responsáveis para

cada ação. Outra dificuldade refere-se a 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 95/2016) restringe a possibilidade de ampliar o direcionamento de recursos financeiros para o PSE, um dos principais condicionantes da implementação de políticas públicas no caso brasileiro (ARRETCHE, 2006).

Dado 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 ( $5,0 < \text{IGI} < 7,5$ ) e 14 municípios possuem média-baixa estabilidade ( $2,5 < \text{IGI} < 5,0$ ).

Ao cruzar os dois ambientes, pode-se portanto, classificar 10 municípios em ambientes “empreendedores”, isto é, pelo fato de possuírem bons atributos para desenvolver um projeto intersetorial, se esforçam em superar as restrições macro da política e possuem condições de implementar o PSE (de forma tradicional prescrita pelos manuais ou inovadora) e atingir resultados satisfatórios. Por outro lado, há 14 municípios que se configuram em ambientes de “controle de danos”. Tais municípios ao não possuírem níveis razoáveis de desenvolvimento intersetorial, acabam implementando o PSE de maneira protocolar. Neste tipo de ambiente, o PSE não se efetiva e acaba sendo “apenas mais um” programa a ser executado pelos setores envolvidos.

Dado esse cenário, identifica-se que os municípios “empreendedores” dependem de menos estímulos para proporcionar maiores resultados com o PSE, comparado com os municípios “controladores de danos”. Enquanto que 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.

#### **4 Conclusões**

Os resultados da presente pesquisa demonstraram que os municípios da amostra possuem um nível de desenvolvimento da gestão intersetorial baixo, evidenciado pela média do valor obtido pelo IGI ( $=4,7$ ). O IGI revelou que os principais gargalos concentram-se na falta de liderança política e 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, como planejamento comum e sistema de comunicação e monitoramento das ações.

Também foi possível observar que há uma baixa estabilidade propiciada pelo ambiente político (macro) do programa, ou seja, o marco normativo do PSE possui falhas relativas a estratégia de implementação, que potencializam os gargalos no ambiente micro. Neste sentido, somente 10 municípios reúnem pré-condições para implementar o PSE, desde que superem as restrições deste ambiente.

Com base nestes resultados, o aprimoramento do PSE passa pela melhoria da gestão intersetorial, que remete ao aprimoramento do marco normativo, em termos de criação de mecanismos de *enforcement* pelos municípios; do fomento de capacitação dos agentes públicos e da adoção de instrumentos de coordenação compartilhada do programa.

Compreende-se que as contribuições do trabalho referem-se à proposição de um instrumento para avaliar o *status* das diferentes dimensões e eixos que compõem uma gestão intersetorial, e à validação de um modelo analítico de implementação de PPIs, que busca integrar elementos das perspectivas *top-down* e *bottom-up*. Compreende-se assim, que esse estudo possui elementos para auxiliar no aprimoramento da gestão de PPIs. Para ampliar a robustez dessas conclusões, sugere-se que trabalhos futuros apliquem a presente metodologia em outras PPIs.

## Referências

AKERMAN, M. et al. Intersetorialidade? IntersetorialidadeS!. **Cien Saude Colet**, v. 19, n.11, pp. 4291-4300, 2014.

ARRETCHE, M. Federalismo e políticas sociais no Brasil: problemas de coordenação e autonomia. IN: SARAVIA, E.; FERRAREZI, E. (Org.) **Coletânea de Políticas públicas**. Vol. 1 e 2, Enap, 2006.

BRUGUÉ, Q. **Transversalidad em los proyectos locales**: de la teoria a la pratica. Safaris: Trea, 2010.

BRASIL. **Avaliação de políticas públicas**: guia prático de análise *ex ante*. V. 1. Brasília: IPEA, 2018.

COSTA, B. L. D.; BRONZO, C. Intersetorialidade no enfrentamento da pobreza: o papel da implementação e da gestão. IN: FARIA, C. A. P. (ORG). **Implementação de políticas públicas**: teoria e prática. BH: PUC Minas, 2012.

DENHARDT, R. B.; CATLAW, T. J. **Theories of Public Organization**. 7<sup>th</sup> ed. Boston: Cengage Learning, 2014.

FARAH, M. F. S. Políticas públicas e municípios: inovação ou adesão? IN: LUKIC, M. R.; TOMAZINI, C. (ORGS). **As ideias também importam: abordagem cognitiva e política pública no Brasil**. Curitiba: Juruá, 2013.

FERREIRA, I. R. C. et al. Percepções de gestores locais sobre a intersetorialidade no Programa Saúde na Escola. **Revista Brasileira de Educação**, 56 (19), pp. 61-76, 2014.

GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 6ª ed. SP: Atlas, 2009.

HENDRIKS, A. et al. Local government officials' views on intersectoral collaboration within their organization: a qualitative exploration. **Health policy and technology**, v. 4, pp. 47-57, 2015.

KROTH, D. C., ET AL. 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**, v. 24, n. 1, pp. 138 - 162, jan-abr/2019.

LARSEN, M. et al. Intersectoral action for health: the experience of a Danish municipality. *Scandinavian journal of public health*, v 42, pp 649-657, 2014.

LOTTA, G. S. et al. Por uma agenda brasileira de estudos sobre implementação de políticas públicas. **Rev. Serv. Público**, 69 (4), pp. 779-816, out-dez/2018.

LOTTA, G. S. (Org.). **Teoria e análises sobre implantação de políticas públicas no Brasil**. Brasília, DF: ENAP, 2019.

MCQUEEN, D. V. et al. Intersectoral governance for health in all policies: structures, actions and experiences. **Observatory Studies Series**, 26. World Health Organization, 2012.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção Primária À Saúde. **Programa Saúde na Escola: documento orientador: ciclo 2019/2020**. Brasília-DF, 2020.

SABATIER, P. **Theories of the policy process**. 2. Ed. Boulder, CO: Westview Press, 2007.

SECCHI, L. **Políticas públicas: conceitos, esquemas de análise, casos práticos**. 2ª ed. SP: Cengage Learning, 2015.

SOUSA, M. C. et al. A intersetorialidade no Programa Saúde na Escola: avaliação do processo político-gerencial e das práticas de trabalho. **Cien Saude Colet**, n.22, v. 6, pp. 1781-1790, 2017.

VEIGA, L. de; BRONZO, C. Estratégias intersetoriais de gestão municipal de serviços de proteção social: a experiência de Belo Horizonte. **Revista de Administração Pública**, 48(3), pp. 595-620, mai-jun/2014.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **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, 2008.

WU, X. et al. **The public policy primer: managing the policy process**. 2<sup>nd</sup> ed. New York: Routledge, 2017.