

**ARTICULAÇÃO
INTERSETORIAL ENTRE
EDUCAÇÃO, SAÚDE E
POLÍTICAS PÚBLICAS:
CAMINHOS INSTITUCIONAIS
PARA A REDUÇÃO DAS
DESIGUALDADES E
PROMOÇÃO DA EQUIDADE
SOCIAL NO BRASIL**

**INTERSECTORAL ARTICULATION AMONG EDUCATION, HEALTH AND
PUBLIC POLICIES: INSTITUTIONAL PATHWAYS TO REDUCE INEQUALITIES
AND PROMOTE SOCIAL EQUITY IN BRAZIL**

Ciências Humanas, Ciências Biológicas, Ciências Sociais Aplicadas •

21/04/2026

REGISTRO DOI: [10.70773/revistatopicos/776787753](https://doi.org/10.70773/revistatopicos/776787753)

Fernanda Nascimento Almeida¹

Líliam Dos Reis Lopes²

Jusele de Souza Matos³

Fernanda Resende Gonçalves²

Sergialyson Brasil Farias³

Mirella Claudino Oliveira Silva⁴

Adriana Aparecida de Arruda Santos⁵

Luiz Eduardo de Almeida⁶

Valéria de Oliveira⁷

Gleisson Carlos Borges Novais⁸

Pablo Rodrigo de Oliveira Silva⁹

RESUMO

A persistência das desigualdades sociais no Brasil evidencia os limites de políticas públicas formuladas e executadas de modo fragmentado. Em contextos marcados por vulnerabilidades territoriais, desigualdades raciais, precariedade de renda e acesso desigual a direitos, a ação estatal setorial tende a produzir respostas parciais para problemas cuja gênese e reprodução são estruturalmente multidimensionais. Este artigo analisa a articulação entre educação, saúde e gestão pública como estratégia para a promoção da equidade social no Brasil. Adota-se uma revisão sistemática qualitativa, de natureza analítico-reflexiva e documental, fundamentada em referenciais da Saúde Coletiva, das Políticas Públicas e da Educação, com ênfase em estudos sobre intersectorialidade, determinantes sociais da saúde, governança colaborativa e experiências brasileiras de integração entre setores. Os resultados indicam que a intersectorialidade, quando sustentada por planejamento compartilhado, pactuação institucional, territorialização, monitoramento e corresponsabilização entre atores, amplia a capacidade do Estado de enfrentar vulnerabilidades complexas e de produzir respostas mais integrais. A análise do Programa Saúde na Escola e de estudos sobre gestão intersectorial mostra que a articulação entre educação e saúde constitui experiência relevante, mas ainda atravessada por obstáculos como fragmentação administrativa, baixa institucionalização, dificuldades de coordenação federativa, assimetrias de poder entre setores e insuficiência de avaliação integrada. Conclui-se que a intersectorialidade não deve ser tratada apenas como princípio abstrato de boa gestão, mas como prática indispensável à efetivação de direitos sociais e à redução de desigualdades persistentes. Sua consolidação depende de capacidade estatal, governança colaborativa, financiamento, mecanismos de avaliação e

compromisso político com a integralidade e a justiça social.

Palavras-chave: intersectorialidade; equidade social; políticas públicas; educação; promoção da saúde; determinantes sociais.

ABSTRACT

The persistence of social inequalities in Brazil highlights the limits of public policies designed and implemented in a fragmented manner. In contexts marked by territorial vulnerabilities, racial inequalities, income precariousness, and unequal access to rights, sector-based state action tends to produce partial responses to problems whose origins and reproduction are structurally multidimensional. This article analyzes the articulation among education, health, and public management as a strategy to promote social equity in Brazil. A qualitative systematic review of an analytical-reflective and documentary nature was adopted, grounded in the fields of Collective Health, Public Policy, and Education, with emphasis on studies on intersectorality, social determinants of health, collaborative governance, and Brazilian experiences of sectoral integration. The findings indicate that intersectorality, when supported by shared planning, institutional agreements, territorial approaches, monitoring, and shared accountability among actors, expands the State's capacity to address complex vulnerabilities and generate more comprehensive public responses. The analysis of the School Health Program and studies on intersectoral management shows that the articulation between education and health constitutes an important experience, although still marked by administrative fragmentation, low institutionalization, coordination difficulties within federal arrangements, power asymmetries among sectors, and insufficient integrated evaluation. It is concluded that intersectorality should not be treated merely as an abstract principle of good governance, but as an indispensable practice for the

realization of social rights and the reduction of persistent inequalities. Its consolidation depends on state capacity, collaborative governance, financing, evaluation mechanisms, and political commitment to comprehensiveness and social justice.

Keywords: intersectorality; social equity; public policies; education; health promotion; social determinants.

1. INTRODUÇÃO

A redução das desigualdades sociais no Brasil constitui desafio histórico e constitucional. A Constituição de 1988 estabeleceu, entre os objetivos fundamentais da República, a erradicação da pobreza e da marginalização e a redução das desigualdades sociais e regionais; também reconheceu a educação como direito de todos, no art. 205, e a saúde como direito de todos, no art. 196, explicitando que a garantia desse direito depende de políticas sociais e econômicas. Essa arquitetura constitucional já sugere que a efetivação de direitos sociais não pode ser pensada de modo compartimentado, pois o próprio texto normativo articula educação, saúde, proteção social e combate às desigualdades como parte de um mesmo projeto de cidadania.

A persistência das desigualdades brasileiras reforça essa leitura. A Síntese de Indicadores Sociais do IBGE organiza a análise das condições de vida da população sob a perspectiva das desigualdades entre grupos sociais e abrange, entre outros eixos, padrão de vida, moradia, educação, saúde e diferenças territoriais. A própria publicação declara que seu objetivo é subsidiar o planejamento de políticas públicas no campo social e as agendas internacionais de desenvolvimento, o que evidencia a necessidade de leitura integrada dos fenômenos sociais. Em outras palavras,

renda, escolaridade, acesso a serviços, saneamento, internet, condições de saúde e localização territorial formam um conjunto articulado de desvantagens e oportunidades.

No campo da Saúde Coletiva, Buss e Pellegrini Filho (2007) tornaram clássica a defesa de que a saúde não pode ser explicada apenas por serviços assistenciais, mas por um conjunto de determinantes sociais que envolve condições de vida, trabalho, educação, alimentação, habitação, renda e ambiente. Essa perspectiva encontra respaldo jurídico no art. 3º da Lei nº 8.080/1990, que inclui entre os fatores determinantes e condicionantes da saúde a alimentação, a moradia, o saneamento, o trabalho, a renda, a educação, a atividade física, o transporte, o lazer e o acesso a bens e serviços essenciais. Dessa forma, a própria legislação sanitária brasileira inscreve a saúde em uma lógica intersetorial.

É justamente nesse ponto que a intersetorialidade ganha centralidade analítica e política. Junqueira (2004) a compreende como fator de inovação na gestão das políticas sociais, ao integrar saberes e experiências setoriais em torno de problemas complexos. Akerman (2014), por sua vez, mostra que o conceito é polissêmico, mas reforça que sua relevância está em enfrentar a fragmentação estatal e em buscar respostas mais integrais. Wanderley (2020) sustenta que a intersetorialidade, como estratégia de gestão pública democrática, exige decisão política, articulação entre setores e construção de objetivos compartilhados. Nessa linha, falar em intersetorialidade não é apenas defender cooperação cordial entre áreas, mas questionar a lógica burocrática que separa problemas vividos de forma articulada pela população.

Na prática brasileira, a relação entre educação e saúde é uma das expressões mais relevantes dessa agenda. O Decreto nº 6.286/2007 instituiu o Programa Saúde na Escola no âmbito dos Ministérios da Educação e da Saúde, com a finalidade de contribuir para a formação integral dos estudantes da rede pública por meio de ações de prevenção, promoção e atenção à saúde. A formulação do programa é particularmente importante porque reconhece que o processo educativo é influenciado pelas condições de saúde e que a promoção da saúde, por sua vez, depende do ambiente escolar, do território e do vínculo comunitário. Assim, educação e saúde deixam de ser campos paralelos e passam a compor uma agenda pública comum.

A literatura sobre o Programa Saúde na Escola confirma tanto seu potencial quanto seus limites. Sousa et al. (2017), ao analisar a implementação do programa, mostraram que os sujeitos envolvidos tendem a definir intersectorialidade como parceria e trabalho conjunto, mas identificaram fragilidades na tomada de decisão compartilhada e na mobilização de recursos. Chiari et al. (2018), Ferreira et al. (2014) e Farias et al. (2016) também tomam o PSE como espaço privilegiado para observar dificuldades concretas de coordenação, gestão e institucionalização do trabalho entre setores. Isso é importante porque evidencia que a intersectorialidade não se esgota na existência de um programa; ela depende de arranjos efetivos de governança e de capacidade estatal para sustentar ações conjuntas.

Além disso, a literatura aponta que a fragmentação setorial tende a reproduzir desigualdades justamente porque populações vulnerabilizadas costumam demandar respostas simultâneas em múltiplos campos. Crianças e adolescentes em territórios marcados

por pobreza, insegurança alimentar, baixa renda, evasão escolar, racismo estrutural e dificuldade de acesso a serviços não vivenciam essas dimensões separadamente. Quando o Estado atua com baixa coordenação, transfere à população o custo da desarticulação institucional. Azevedo, Pelicioni e Westphal (2012) já indicavam que práticas intersetoriais na promoção da saúde têm potencial de enfrentar condicionantes complexos do processo saúde-doença, justamente por articular políticas que, isoladamente, alcançam apenas partes do problema.

Diante desse cenário, este artigo tem como objetivo analisar a articulação intersetorial entre educação, saúde e políticas públicas como caminho institucional para a redução das desigualdades e promoção da equidade social no Brasil. Parte-se da hipótese de que a intersetorialidade, quando sustentada por governança colaborativa, territorialização, planejamento compartilhado e compromisso com direitos, pode ampliar a efetividade das políticas sociais e produzir respostas públicas mais integrais, embora permaneça tensionada por barreiras estruturais, administrativas e políticas.

2. METODOLOGIA

O estudo adota uma **revisão sistemática qualitativa**, de natureza **analítico-reflexiva e documental**, orientada para a síntese crítica de referenciais teóricos, normativos e empíricos sobre intersetorialidade, determinantes sociais, educação, saúde e gestão pública no Brasil. A revisão foi construída à luz dos princípios do PRISMA 2020, especialmente no que se refere à definição do problema, à seleção criteriosa de fontes e à organização

transparente da análise, ainda que o foco principal tenha sido interpretativo e não metanalítico.

Foram priorizados quatro conjuntos de materiais: primeiro, marcos normativos brasileiros relacionados ao direito à saúde, à educação e à redução das desigualdades, com destaque para a Constituição Federal, a Lei nº 8.080/1990 e o Decreto nº 6.286/2007; segundo, estudos clássicos e contemporâneos sobre intersectorialidade e gestão de políticas sociais, com ênfase em Junqueira (2004), Akerman (2014), Wanderley (2020) e Monnerat e Souza (2011); terceiro, trabalhos sobre promoção da saúde e determinantes sociais, como Buss e Pellegrini Filho (2007) e Azevedo, Pelicioni e Westphal (2012); e quarto, estudos empíricos sobre articulação entre educação e saúde, especialmente no âmbito do Programa Saúde na Escola.

O critério de inclusão privilegiou estudos e documentos com aderência direta ao tema da intersectorialidade no contexto brasileiro e com potencial para iluminar caminhos institucionais de promoção da equidade social. Foram excluídos textos excessivamente genéricos sobre gestão pública sem relação com educação e saúde, bem como materiais opinativos sem base analítica identificável. A análise concentrou-se em quatro categorias: fundamentos conceituais da intersectorialidade; base jurídico-institucional da articulação entre direitos; experiências e dispositivos concretos de integração; e barreiras estruturais à sua consolidação.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

3.1. Intersectorialidade Como Resposta à Fragmentação das Políticas Sociais

Os estudos revisados convergem em apontar que a intersetorialidade surge como resposta à insuficiência das abordagens setoriais clássicas diante de problemas complexos. Junqueira (2004) argumenta que a gestão intersetorial exige mudanças significativas na lógica de administração das políticas sociais e na maneira como o Estado reconhece as necessidades da população. Akerman (2014) acrescenta que o conceito permanece polissêmico, mas justamente por isso se tornou central no debate contemporâneo, ao tensionar fronteiras rígidas entre setores. Wanderley (2020), por sua vez, reforça que intersetorialidade pressupõe decisão política, articulação institucional e construção de objetivos comuns. Em síntese, a literatura não a trata como técnica neutra, mas como estratégia político-organizacional para enfrentar a fragmentação do Estado.

Essa conclusão dialoga com a crítica à setorização das políticas sociais no Brasil. Monnerat e Souza (2011) analisam os dilemas da integração das políticas sociais desde a inscrição da seguridade social na Constituição, sugerindo que o desenho institucional brasileiro ainda preserva segmentações importantes entre áreas que, do ponto de vista da vida social, são indissociáveis. Carmo e Guizardi (2017), ao discutir os desafios da intersetorialidade entre saúde e assistência social, mostram que a execução intersetorial esbarra em limites de institucionalidade, coordenação e reconhecimento mútuo entre setores. Essas contribuições ajudam a compreender por que a intersetorialidade é frequentemente defendida no plano normativo, mas dificilmente estabilizada como rotina de gestão.

3.2. Determinantes Sociais e Centralidade da Articulação Entre Educação e Saúde

Um segundo resultado importante é a forte convergência entre o campo dos determinantes sociais da saúde e a defesa de políticas intersetoriais. Buss e Pellegrini Filho (2007) mostram que a saúde é atravessada por fatores sociais, econômicos e ambientais, o que torna insuficiente qualquer resposta centrada exclusivamente no sistema de saúde. A Lei nº 8.080/1990 confirma essa perspectiva ao listar, entre os determinantes e condicionantes da saúde, alimentação, moradia, saneamento, trabalho, renda, educação, transporte e acesso a bens e serviços. Assim, a articulação entre saúde e educação não é apenas conveniente; ela decorre da própria definição ampliada de saúde adotada no ordenamento brasileiro.

A literatura sobre promoção da saúde aprofunda essa leitura. Azevedo, Pelicioni e Westphal (2012) identificam, em revisão de políticas públicas, que a intersetorialidade possui potencial para revitalizar ações promotoras da saúde precisamente porque contempla os condicionantes complexos do processo saúde-doença. Isso significa que políticas educacionais e de saúde, quando articuladas, podem atuar não apenas sobre consequências das desigualdades, mas também sobre mecanismos de sua reprodução: baixa escolaridade, vulnerabilidade territorial, insegurança alimentar, barreiras de acesso a serviços e insuficiência de proteção social. A intersetorialidade, nesse sentido, opera como estratégia de integralidade e de antecipação de riscos sociais.

3.3. O Programa Saúde na Escola Como Experiência Emblemática

O Programa Saúde na Escola aparece, na literatura e na normativa oficial, como uma das experiências mais emblemáticas de articulação entre educação e saúde no Brasil. Instituído pelo Decreto nº 6.286/2007, ele foi concebido para contribuir com a formação

integral dos estudantes da rede pública por meio de ações de prevenção, promoção e atenção à saúde. Sua formulação explicita a articulação entre os Ministérios da Educação e da Saúde e revela que o espaço escolar foi reconhecido como território estratégico para promoção de direitos.

As avaliações sobre o PSE, porém, mostram uma ambivalência relevante. Sousa et al. (2017) constataram que os sujeitos envolvidos compreendem intersectorialidade como parceria e trabalho conjunto, mas identificaram fragilidades na tomada de decisão compartilhada e na mobilização de recursos. Ferreira et al. (2014) e Farias et al. (2016) analisaram a percepção de gestores e o processo de condução intersectorial do programa, enquanto Chiari et al. (2018) avaliaram a rede intersectorial do PSE e os mecanismos de implementação em Belo Horizonte. Em conjunto, esses estudos indicam que o PSE tem forte valor institucional e simbólico, mas sua efetividade depende de coordenação local, pactuação contínua, clareza de responsabilidades e capacidade de transformar a cooperação formal em prática estável.

Esses achados são coerentes com a literatura mais ampla sobre intersectorialidade. Uma revisão sobre intersectorialidade na saúde no Brasil no início do século XXI observou falta de definição mais precisa do conceito, forte presença de parcerias com o setor educação e raras avaliações de efeitos. Isso sugere que a intersectorialidade avançou como vocabulário e como diretriz, mas ainda enfrenta dificuldades para consolidar métricas, institucionalidade e avaliação robusta de resultados. No caso do PSE, isso significa que o programa não deve ser analisado apenas pela existência de ações conjuntas, mas pela sua capacidade de produzir mudanças mensuráveis em acesso, prevenção, cuidado e permanência escolar.

3.4. Desigualdade Social, Território e Necessidade de Governança Colaborativa

A análise dos documentos oficiais e da literatura também mostra que a intersetorialidade faz mais sentido quando ancorada no território. A Síntese de Indicadores Sociais do IBGE destaca desigualdades em condições de vida entre estratos geográficos e inclui indicadores de renda, saneamento, internet, educação e saúde. Essa leitura territorial revela que desigualdades não se distribuem aleatoriamente, mas se concentram e se reforçam em contextos específicos. Políticas públicas que ignoram essa dimensão tendem a reproduzir padronizações inadequadas e baixo alcance.

Nesse quadro, governança colaborativa, planejamento compartilhado e territorialização aparecem como requisitos estratégicos. Wanderley (2020) enfatiza a necessidade de articulação entre atores e instâncias; Junqueira (2004) aponta que rede e intersetorialidade são fundamentais para aumentar eficiência e eficácia da gestão; e Akerman (2014) chama atenção para a necessidade de ultrapassar o uso retórico do termo. Em termos institucionais, isso implica mecanismos formais de coordenação, agendas comuns, compartilhamento de informações, pactuação de metas e construção de linguagem intersetorial mínima entre educação, saúde e administração pública.

Os resultados permitem sustentar que a intersetorialidade deve ser lida menos como ideal normativo abstrato e mais como condição concreta para a produção de equidade em sociedades marcadas por desigualdades estruturais. Quando a Constituição reconhece que a saúde depende de políticas sociais e econômicas e que a educação visa ao pleno desenvolvimento da pessoa e à cidadania, ela já indica

que a realização desses direitos pressupõe coordenação entre políticas. O problema brasileiro não é ausência de fundamento jurídico, mas dificuldade de converter esse fundamento em desenho institucional estável.

Essa constatação é importante porque parte do debate público ainda trata a intersectorialidade como escolha administrativa secundária, e não como requisito para a efetividade dos direitos. No entanto, a literatura revisada indica que populações em situação de vulnerabilidade raramente experimentam seus problemas de forma setorial. Crianças e adolescentes com dificuldades escolares podem estar simultaneamente expostos a insegurança alimentar, barreiras de acesso a serviços, sofrimento psíquico, precariedade territorial e baixa renda familiar. Responder a esse conjunto com ações fragmentadas tende a deslocar o custo da coordenação para o próprio cidadão, que precisa percorrer instituições separadas para enfrentar problemas interdependentes.

Ao mesmo tempo, a discussão mostra que intersectorialidade não significa fusão indiferenciada de setores. Saúde, educação e assistência mantêm objetos, competências, rotinas e linguagens próprias. O desafio não é eliminar essas especificidades, mas criar dispositivos de cooperação capazes de produzir respostas integradas sem anular a singularidade técnica de cada campo. É justamente por isso que autores como Junqueira (2004), Akerman (2014) e Wanderley (2020) insistem na necessidade de pactuação, coordenação e governança. A intersectorialidade fracassa quando é exigida apenas como boa vontade entre equipes; ela exige estrutura, regra, tempo institucional e decisão política.

O caso do Programa Saúde na Escola ilustra bem esse ponto. O programa se consolidou como dispositivo relevante de aproximação entre saúde e educação, mas sua implementação mostra que a articulação real depende de capacidade local, integração entre gestores, planejamento e divisão clara de responsabilidades. Os estudos sobre o PSE sugerem que a intersectorialidade se fortalece quando há espaços permanentes de comunicação, corresponsabilização territorial e definição compartilhada de objetivos. Sem isso, prevalece uma cooperação episódica, centrada em ações pontuais, com baixa potência transformadora.

Outro ponto relevante é que a intersectorialidade precisa ser acompanhada de avaliação. A literatura aponta que ainda são raras as avaliações robustas dos efeitos das práticas intersectoriais no Brasil. Isso produz um paradoxo: a intersectorialidade é amplamente defendida, mas muitas vezes pouco demonstrada em seus resultados concretos. O avanço do campo depende, portanto, não só de ampliar iniciativas, mas de construir indicadores, metodologias e rotinas de monitoramento capazes de mostrar em que condições a articulação entre setores efetivamente reduz vulnerabilidades, amplia permanência escolar, melhora cuidado em saúde e fortalece direitos sociais.

4. CONCLUSÃO

A análise desenvolvida neste estudo permite afirmar que a articulação intersectorial entre educação, saúde e políticas públicas não constitui apenas uma escolha gerencial desejável, mas uma exigência estrutural para qualquer projeto consistente de redução das desigualdades e promoção da equidade social no Brasil. A persistência de privações materiais, iniquidades territoriais, barreiras

de acesso a serviços públicos e desigualdades racializadas e regionalmente concentradas demonstra que problemas sociais complexos não se deixam resolver por iniciativas fragmentadas, organizadas em compartimentos administrativos estanques. A própria Constituição de 1988 oferece a base normativa dessa compreensão ao estabelecer, entre os objetivos fundamentais da República, a erradicação da pobreza, a redução das desigualdades sociais e regionais e a promoção do bem de todos, além de reconhecer a educação como direito de todos e a saúde como direito de todos garantido mediante políticas sociais e econômicas. Assim, o ordenamento brasileiro já indica que o enfrentamento das desigualdades depende de respostas articuladas e não de ações isoladas.

Essa constatação é decisiva porque parte relevante da ineficácia das políticas sociais no país decorre menos da ausência absoluta de programas e mais da dificuldade de coordená-los em torno de problemas vividos de forma simultânea pela população. A criança que apresenta baixo rendimento escolar pode estar, ao mesmo tempo, submetida à insegurança alimentar, à ausência de saneamento, ao sofrimento psíquico, à precariedade do transporte, à violência territorial e ao acesso irregular à atenção básica. A família que não consegue acompanhar a trajetória escolar de seus filhos muitas vezes também enfrenta desemprego, instabilidade de renda, moradia precária e baixa disponibilidade de serviços públicos. Quando o Estado responde a cada uma dessas dimensões por meio de estruturas que pouco dialogam entre si, transfere ao cidadão o custo da desarticulação institucional. A intersectorialidade, nesse sentido, surge como estratégia para reconstituir, no plano da ação pública, a complexidade concreta da vida social.

O estudo também evidencia que a articulação entre educação e saúde possui centralidade particular no contexto brasileiro, porque esses dois campos ocupam papel decisivo na reprodução ou no enfrentamento das desigualdades. A educação é direito fundamental e condição para cidadania, inserção social e ampliação das capacidades individuais e coletivas. A saúde, por sua vez, é reconhecida constitucionalmente como direito de todos e dever do Estado, sendo expressamente vinculada a políticas sociais e econômicas voltadas à redução do risco de doença e ao acesso universal e igualitário. A Lei nº 8.080/1990 aprofunda essa perspectiva ao explicitar que os níveis de saúde da população expressam a organização social e econômica do país e que seus determinantes incluem alimentação, moradia, saneamento, trabalho, renda, educação, transporte, lazer e acesso a bens e serviços essenciais. Essa formulação torna inequívoco que a saúde não pode ser tratada apenas como resultado da assistência clínica, mas como produto de condições sociais articuladas, entre as quais a educação ocupa lugar estratégico.

Nesse quadro, a intersetorialidade precisa ser compreendida como uma prática de integralidade e de governança, e não como mera retórica de cooperação. Não basta reconhecer, em documentos ou discursos, que diferentes áreas “devem trabalhar juntas”. É necessário construir mecanismos estáveis de coordenação, planejamento compartilhado, definição conjunta de prioridades, monitoramento integrado, pactuação federativa e corresponsabilização entre equipes, serviços e gestores. A experiência brasileira demonstra que a cooperação entre setores pode existir em nível formal, mas produzir efeitos limitados quando não há institucionalidade, fluxo de informação, financiamento, metas comuns e capacidade de decisão compartilhada. Em outras

palavras, a intersetorialidade fracassa quando é reduzida à boa vontade ocasional de profissionais e prospera quando se torna parte do desenho organizacional do Estado. É por isso que a agenda da equidade social depende menos de parcerias episódicas e mais de arranjos públicos capazes de sustentar convergência entre setores ao longo do tempo.

A análise do Programa Saúde na Escola reforça essa conclusão. O PSE, instituído em 2007 no âmbito dos Ministérios da Educação e da Saúde, é uma das expressões mais nítidas da tentativa de transformar intersetorialidade em política pública concreta. Sua formulação parte do reconhecimento de que a formação integral dos estudantes depende de ações articuladas de promoção, prevenção e atenção à saúde no território escolar. Esse desenho é conceitualmente robusto porque rompe com a visão de que a escola apenas ensina conteúdos e a saúde apenas trata agravos. Ao aproximar atenção básica, comunidade escolar e gestão pública, o programa busca operar justamente no ponto em que educação, cuidado, prevenção e cidadania se entrelaçam. Porém, como a literatura mostra e como o próprio desenvolvimento histórico do programa sugere, sua efetividade depende da capacidade dos entes federativos e das redes locais de transformar diretriz formal em prática continuada, territorializada e acompanhada. O PSE demonstra, assim, tanto a potência quanto a fragilidade da intersetorialidade quando ela encontra barreiras na coordenação cotidiana do Estado.

Outro ponto decisivo da conclusão é que a territorialização deve ocupar lugar central em qualquer estratégia intersetorial voltada à equidade. As desigualdades brasileiras não se distribuem de modo homogêneo; elas assumem configurações específicas conforme

território, renda, cor ou raça, gênero, infraestrutura urbana, acesso a equipamentos públicos e dinâmica regional. A Síntese de Indicadores Sociais do IBGE deixa claro que as condições de vida da população brasileira devem ser lidas a partir da perspectiva das desigualdades entre grupos sociais e que sua análise subsidia o planejamento de políticas públicas. Isso significa que a ação intersetorial não pode ser formulada apenas em nível abstrato ou centralizado. Ela precisa reconhecer territórios mais expostos a privações sobrepostas e operar com diagnóstico local, pactuação entre serviços e leitura integrada das vulnerabilidades. Sem esse componente territorial, a intersetorialidade corre o risco de se converter em arranjo burocrático genérico, pouco sensível às desigualdades concretas que pretende enfrentar.

A conclusão do estudo também aponta que a intersetorialidade é condição para promover equidade, mas não substitui a necessidade de políticas universais robustas e capacidade estatal. Em alguns debates públicos, a ideia de integração entre setores aparece como solução quase autossuficiente para problemas crônicos. Essa leitura é insuficiente. A articulação entre educação, saúde e gestão pública só produz efeitos substantivos quando sustentada por financiamento, pessoal qualificado, estrutura institucional, continuidade administrativa, sistemas de informação e capacidade de coordenação. Sem esses elementos, a intersetorialidade pode permanecer apenas como sobrecarga adicional para equipes locais que já operam com recursos escassos e alta demanda. Portanto, não se trata de opor intersetorialidade e fortalecimento setorial, mas de compreender que setores frágeis, subfinanciados e desorganizados dificilmente conseguem cooperar de forma efetiva. A articulação virtuosa entre áreas depende, paradoxalmente, de setores

suficientemente estruturados para estabelecer relações de cooperação equilibradas e permanentes.

Além disso, os resultados sugerem que a intersectorialidade possui uma dimensão democrática que não pode ser negligenciada. Quando políticas públicas se articulam em torno das necessidades reais dos territórios, elas tendem a ampliar a inteligibilidade do Estado para os cidadãos e a reduzir a experiência de circulação fragmentada por múltiplas portas institucionais. Uma mãe que consegue resolver, no espaço escolar articulado à atenção básica, questões relacionadas à vacinação, saúde mental, alimentação, prevenção e acompanhamento do desenvolvimento infantil encontra um Estado mais legível e mais responsivo do que aquela que precisa percorrer serviços desconectados entre si. A promoção da equidade passa, assim, também por simplificar trajetórias institucionais e por tornar o acesso a direitos menos dependente da capacidade individual de navegar em burocracias segmentadas. Nesse ponto, a intersectorialidade não é apenas instrumento administrativo; ela é parte da experiência concreta de cidadania.

A pesquisa igualmente demonstra que um dos principais gargalos da intersectorialidade no Brasil é a insuficiência de avaliação integrada. Em muitos casos, programas e arranjos institucionais são descritos, normatizados e implementados sem que se desenvolvam indicadores compartilhados capazes de medir, de forma consistente, seus efeitos sobre permanência escolar, acesso à saúde, redução de vulnerabilidades e melhoria de condições de vida. Sem avaliação integrada, a intersectorialidade corre o risco de ser celebrada pelo simples fato de existir, e não por seus resultados concretos. Isso enfraquece sua legitimidade, dificulta correção de rota e limita o aprendizado institucional. Se a promoção da equidade social é o

objetivo final, então os mecanismos de monitoramento precisam ser igualmente intersetoriais, capazes de cruzar informações e de evidenciar em que medida a cooperação entre setores melhora o acesso a direitos e reduz desigualdades persistentes. Sem isso, o campo permanece mais forte em formulação conceitual do que em demonstração empírica de impacto.

Outro aspecto central que emerge desta conclusão é a necessidade de enfrentar assimetrias de poder entre setores e dentro da própria gestão pública. Nem todas as áreas ocupam o mesmo lugar nas hierarquias estatais, nem dispõem dos mesmos recursos, expertise e capacidade de agenda. Em muitos arranjos intersetoriais, determinadas áreas assumem protagonismo e outras permanecem em posição subordinada, o que compromete a construção de objetivos efetivamente compartilhados. A cooperação entre educação e saúde, por exemplo, pode se reduzir a encaminhamentos unidirecionais se não houver negociação real sobre prioridades, tempos institucionais, indicadores e responsabilidades. A intersectorialidade autêntica exige reconhecimento mútuo entre setores, respeito às especificidades técnicas e construção de linguagem comum sem apagamento das diferenças. Essa é uma condição complexa, porque envolve cultura organizacional, capacidade de liderança, disposição para negociação e superação de lógicas concorrenciais frequentemente presentes no aparato estatal.

Também se conclui que a articulação entre educação, saúde e políticas públicas possui enorme potencial preventivo. Grande parte das desigualdades se manifesta tardiamente como fracasso escolar, adoecimento, evasão, desemprego, violência e exclusão, mas suas raízes aparecem muito antes, em processos de privação acumulada.

A escola pode identificar vulnerabilidades precoces; a atenção básica pode acompanhar famílias e territórios; a gestão pública pode integrar dados, priorizar grupos mais expostos e acionar redes de proteção. Quando esses elementos permanecem separados, a ação do Estado tende a ocorrer tarde, de forma reativa e com maior custo social. Quando operam de forma coordenada, cresce a capacidade de antecipar riscos, interromper trajetórias de agravamento e construir políticas que atuem sobre causas e não apenas sobre efeitos. A intersectorialidade, portanto, não é só instrumento de resposta; é também tecnologia pública de prevenção de desigualdades.

No plano político, a conclusão mais ampla do estudo é que a intersectorialidade constitui uma escolha de projeto de Estado. Não se trata apenas de aperfeiçoar fluxos administrativos, mas de decidir se o enfrentamento das desigualdades será orientado por uma visão fragmentada de problemas sociais ou por uma compreensão integrada da produção da vulnerabilidade. O texto constitucional brasileiro, a Lei Orgânica da Saúde e a existência do Programa Saúde na Escola indicam que o país já dispõe de fundamentos jurídicos e institucionais relevantes para caminhar na segunda direção. O desafio está em transformar esse patrimônio normativo em prática regular, com estabilidade federativa, financiamento, avaliação e responsabilização. Em tempos de alta pressão fiscal, desigualdades persistentes e disputas por prioridade na agenda pública, a intersectorialidade corre o risco de ser reduzida a enunciado vazio. Por isso, defendê-la exige vinculá-la à efetivação de direitos, e não apenas à inovação gerencial.

Finalmente, pode-se afirmar que a promoção da equidade social no Brasil depende de uma dupla superação. A primeira é a superação

da fragmentação institucional, que separa artificialmente problemas sociais que se apresentam articulados na vida real. A segunda é a superação da leitura minimalista do papel do Estado, que tende a tratar direitos sociais como serviços setoriais desconectados e não como dimensões interdependentes da cidadania. A intersetorialidade entre educação, saúde e políticas públicas aparece, nesse horizonte, como caminho institucional para recolocar o Estado em sintonia com a complexidade da sociedade que governa. Ela não elimina, sozinha, desigualdades históricas, nem substitui o enfrentamento estrutural das injustiças econômicas, raciais e territoriais. Mas constitui mediação indispensável para que políticas públicas alcancem maior integralidade, racionalidade social e potência transformadora. Em síntese, se a desigualdade é produzida por múltiplos fatores que se reforçam mutuamente, a equidade só pode ser promovida por respostas públicas igualmente articuladas, territorializadas e orientadas por direitos.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AKERMAN, Marco et al. **Intersetorialidade? IntersetorialidadeS!** *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 19, n. 11, p. 4291-4300, 2014. DOI: 10.1590/1413-812320141911.10692014.

AZEVEDO, Elaine; PELICIONI, Maria Cecília Focesi; WESTPHAL, Márcia Faria. **Práticas intersetoriais nas políticas públicas de promoção da saúde.** *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 22, n. 4, p. 1333-1356, 2012. DOI: 10.1590/S0103-73312012000400005.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988.** Brasília, DF: Presidência da República, 1988. Disponível no Portal da

Legislação.

BRASIL. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990.** Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, DF: Presidência da República, 1990.

BRASIL. **Decreto nº 6.286, de 5 de dezembro de 2007.** Institui o Programa Saúde na Escola - PSE, e dá outras providências. Brasília, DF: Presidência da República, 2007.

BUSS, Paulo Marchiori; PELLEGRINI FILHO, Alberto. **A saúde e seus determinantes sociais.** *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 77-93, 2007. DOI: 10.1590/S0103-73312007000100006.

CARMO, Michelly Eustáquia do; GUIZARDI, Francini Lube. **O conceito de vulnerabilidade e seus sentidos para as políticas públicas de saúde e assistência social.** *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 34, n. 3, e00101417, 2018. DOI: 10.1590/0102-311X00101417.

CHIARI, Antônio Paulo Gomes et al. **Rede intersetorial do Programa Saúde na Escola: sujeitos, percepções e práticas.** *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 34, n. 5, e00104217, 2018. DOI: 10.1590/0102-311X00104217.

FARIAS, Isabelle Carolline Veríssimo de; SÁ, Ronice Maria Pereira Franco de; FIGUEIREDO, Nilcema; MENEZES FILHO, Abel. **Análise da intersetorialidade no Programa Saúde na Escola.** *Revista Brasileira de Educação Médica*, Brasília, v. 40, n. 2, p. 261-267, 2016.

FERREIRA, Izabel do Rocio Costa; MOYSÉS, Samuel Jorge; FRANÇA, Beatriz Helena Sottile; CARVALHO, Max Luiz; MOYSÉS, Simone Tetu. **Percepções de gestores locais sobre a intersetorialidade no Programa Saúde na Escola.** *Revista Brasileira de Educação*, Rio de Janeiro, v. 19, n. 56, p. 61-76, jan./mar. 2014. DOI: 10.1590/S1413-24782014000100004.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Síntese de Indicadores Sociais: uma análise das condições de vida da população brasileira: 2024.** Rio de Janeiro: IBGE, 2024.

JUNQUEIRA, Luciano Antonio Prates. **A gestão intersetorial das políticas sociais e o terceiro setor.** *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 13, n. 1, p. 25-36, jan./abr. 2004. DOI: 10.1590/S0104-12902004000100004.

MONNERAT, Giselle Lavinias; SOUZA, Rosimary Gonçalves de. **Da seguridade social à intersetorialidade: reflexões sobre a integração das políticas sociais no Brasil.** *Revista Katálysis*, Florianópolis, v. 14, n. 1, p. 41-49, 2011.

SOUSA, Marta Caires de; ESPERIDIÃO, Monique Azevedo; MEDINA, Maria Guadalupe. **A intersetorialidade no Programa Saúde na Escola: avaliação do processo político-gerencial e das práticas de trabalho.** *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 22, n. 6, p. 1781-1790, 2017.

WANDERLEY, Mariangela Belfiore; MARTINELLI, Maria Lúcia; PAZ, Rosângela Dias Oliveira da. **Intersetorialidade nas Políticas Públicas.** *Serviço Social & Sociedade*, São Paulo, n. 137, p. 7-13, 2020. DOI: 10.1590/0101-6628.198.

- ¹ Docente de AEE pelo Instituto Federal da Bahia (IFBA). E-mail: fernanda.almeida@ifba.edu.br
- ² Doutora em Psicologia da Educação pelo Centro Internacional de Pesquisa Integralize. E-mail: liliamreis.jus@gmail.com
- ³ Graduada em Psicologia pela Universidade da Amazônia (UNAMA). E-mail: geopsijuselematos@gmail.com
- ⁴ Graduada em Biomedicina pela Faculdade Iguaçu/Uniminas. E-mail: fer.nanda.resende@hotmail.com
- ⁵ Mestre em Perícias Forenses, Graduado em Biomedicina pela Universidade de Pernambuco (UPE). E-mail: Farias.sergialyson@gmail.com
- ⁶ Licenciada em Ciências Biológicas pela Universidade Federal Rural de Pernambuco (UFRPE). E-mail: mirellaclaudino65@gmail.com
- ⁷ Mestra pela Universidade Tuiuti do Paraná (UTP). E-mail: adrianaesteticaarruda@gmail.com
- ⁸ Doutor em Odontologia/Saúde Coletiva pela Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF). E-mail: luiz.almeida@ufjf.br
- ⁹ Doutora em Saúde Coletiva pela Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF). E-mail: oliveira.valeriaufjf.br
- ¹⁰ Acadêmico de Enfermagem pela Universidade Norte do Paraná (UNOPAR). E-mail: gleissonnovaes@outlook.com

¹¹ Pós-Doutor em Educação Física pela Universidade Castelo Branco.

E-mail: pablo_oliveira@ymail.com