



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA - UEPB**  
**CENTRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS E APLICADAS**  
**DEPARTAMENTO DE SERVIÇO SOCIAL**

**JAYNARA TALITA BARBOSA SILVA**

**PROGRAMA DE SAÚDE ESCOLAR – PSE:**  
**entraves e perspectivas**

**CAMPINA GRANDE – PB**

**2015**

**JAYNARA TALITA BARBOSA SILVA**

**PROGRAMA DE SAÚDE ESCOLAR – PSE:  
entraves e perspectivas**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Graduação em Serviço Social da Universidade Estadual da Paraíba, em cumprimento à exigência para obtenção do grau de Bacharel em Serviço Social.  
Orientadora: Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Marília Tomaz de Oliveira

Campina Grande – PB  
2015

É expressamente proibida a comercialização deste documento, tanto na forma impressa como eletrônica. Sua reprodução total ou parcial é permitida exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, desde que na reprodução figure a identificação do autor, título, instituição e ano da dissertação.

S586p Silva, Jaynara Talita Barbosa  
Programa de saúde escolar - PSE: [manuscrito] : entraves e perspectivas / Jaynara Talita Barbosa Silva. - 2015.  
27 p.

Digitado.  
Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Serviço Social) - Universidade Estadual da Paraíba, Centro de Ciências Sociais Aplicadas, 2015.  
"Orientação: Profa. Dra. Marília Tomaz de Oliveira, Serviço Social".

1. Políticas Sociais. 2. Programa de Saúde na Escola. 3. Educação. 4. Assistente social. I. Título.

21. ed. CDD 362.04

**JAYNARA TALITA BARBOSA SILVA**

**PROGRAMA DE SAÚDE ESCOLAR (PSE): ENTRAVES E PERSPECTIVAS.**

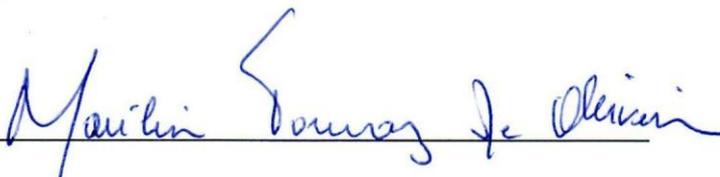
Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Graduação em Serviço Social da Universidade Estadual da Paraíba, em cumprimento à exigência para obtenção do grau de Bacharel em Serviço Social.

Orientadora: Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Marília Tomaz de Oliveira

Aprovada em: 25/05/2015

Nota: 10 (Dez)

**BANCA EXAMINADORA**



Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Marília Tomaz de Oliveira.

(Orientadora)



Esp. Maria de Fátima Melo Amorim

(Examinadora)



Prof. Ms. Liélia Barbosa Oliveira

(Examinadora)

## AGRADECIMENTOS

Agradeço muito a **DEUS**, por todo o caminho que eu já tracei e por mais essa conquista. Agradeço por te aumentado a minha **FÉ** dia após dia, não me permitindo fraquejar em meio às dificuldades me tornando forte para realizar este sonho.

Aos meus Pais **Josélia e Damião** por seus esforços empreendidos para proporcionar uma educação e acima de tudo valores, que irei perpetuar no decorrer de meus passos na profissão.

A minhas irmãs **Jordanny e Jamila** que me ajudaram nos dias difíceis, compreenderam o meu nervosismo e estresse e sempre acreditaram em meus objetivos e sonhos, e além de acreditarem me proporcionaram meios para que eles acontecessem.

A professora, orientadora e amiga, Marília Tomaz que teve imensa paciência ao receber meus trabalhos, e mesmo nos meus anseios, soube ao seu modo tranquilo e coerente, me conduzir até a conclusão deste artigo.

A banca que admiro e que prontamente se dispôs a estar contribuindo para o crescimento deste projeto, me sinto lisonjeada e desde já meu sincero agradecimento.

A todos que direta ou indiretamente me incentivaram e acreditaram no meu sonho e sempre me ajudaram para a realização do mesmo, meu muito, Obrigado!

À Deus, que me presenteou com este curso, não tenho  
dúvida das infinitas graças derramadas sobre mim nestes  
anos de UEPB.

## RESUMO

O presente artigo aborda o Programa de Saúde na Escola - PSE como uma temática fundamental para discutir as políticas intersetoriais no contexto brasileiro, trazendo o enfoque da Escola como um ambiente favorável à se tratar de saúde, já que atualmente a intersetorialidade tem grande destaque nas políticas de Saúde e de Assistência Social. O interesse de abordar esta temática se deu durante a experiência no Estágio Supervisionado do curso de Bacharelado em Serviço Social no campo de educação, onde se observou a problemática burocrática em implementar ações do Programa de Saúde na Escola na instituição do estágio, e a falta de conhecimento da população e gestão escolar que deveria ser beneficiada com ações deste programa. Por se tratar de uma política recente, não há muitas literaturas que retratem entraves e perspectivas diretos ao PSE, desta forma as fundamentações serão abordadas a luz de autores como Magalhães e Bodstein, 2009; Martins, 2011, Figueiredo, Monerat e Souza, 2011 que tratam da evolução das políticas públicas assim como dos desafios e aprendizados, e também com base nos estudos de Machado, Abreu, 2010 e Ferreira 2012, que trazem um levantamento da saúde na escola no Brasil e no mundo e uma análise do PSE desde sua origem até as normas de operacionalização. Assim o objetivo, deste artigo é apresentar a partir do ponto de vista bibliográfico o processo de fragilidade e descontinuidade e as perspectivas do PSE.

**PALAVRAS-CHAVE:** Políticas sociais. Programa de saúde na escola. Educação.

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO</b> .....	06
<b>2</b>	<b>POLÍTICAS SOCIAIS:</b> breve histórico.....	08
2.1	POLÍTICAS SOCIAIS NO BRASIL.....	09
2.2	AÇÕES INTERSETORIAIS: práticas integradoras.....	11
2.2.1	<b>A escola como espaço de promoção da saúde</b> .....	12
2.2.2	<b>Programa de saúde na escola</b> .....	13
3.3	PROGRAMA DE SAÚDE NA ESCOLA: ENTRAVES E PERSPECTIVAS.....	16
2.4	O PAPEL DO ASSISTENTE SOCIAL NO PSE.....	18
<b>3</b>	<b>CONCLUSÃO</b> .....	20
	<b>REFERÊNCIAS</b> .....	22

## INTRODUÇÃO

As políticas de proteção social, nas quais se incluem a saúde, a previdência e a assistência social, que juntos formam o escopo da Seguridade Social são produto histórico das lutas do trabalho na busca de princípios e valores de trabalhadores que fossem reconhecidos pelo Estado como direitos a serem garantidos. As políticas de seguridade ampliam-se a partir do II pós-guerra, como meio de prover proteção social a todos os trabalhadores, registrando-os na pauta dos direitos sociais (MOTA, 2013).

A implementação da Seguridade Social no Brasil passou por entraves de ordem política e econômica para sua efetiva prática, devido a própria conjuntura dos anos 80 onde havia o apogeu do processo de organização do novo sindicalismo e grandes reivindicações por direitos sociais, em que ela se formou e se consolidou. Estes entraves tem permanecido até os dias atuais, não permitindo que a Seguridade Social assumaa característica importante que traz na Constituição Federal (1988) de Intersetorialidade. De outra maneira o sistema de proteção social, procurou abranger a integração das políticas como resposta para enfrentar o sistema descentralizado que encontramos nos dias atuais, haja vista que com esta nova realidade social, há uma demanda de resposta intersetorial que perpassa uma rede de proteção social.

Tendo isto por base, algumas políticas sociais trazem atualmente a necessidade de propor políticas de intersectorialidade, a exemplo disso, estão as políticas de Saúde e de Assistência Social que deixam clara a necessidade de concretizar a proteção integral.

A 8ª Conferência de Saúde realizada em 1986 marcam mudanças na reorganização do sistema e a saúde passa a ser vista para além da esfera clínica e assistencial, tornando viáveis ações intersectoriais de educação e promoção de saúde.

A escola é reconhecida como um setor de inúmeras abrangências, e que depois da residência, este ambiente e o trabalho passam a ser o segundo lugar que os indivíduos mais frequentam, desta forma, ela produz modos diferentes de agir e refletir sobre o mundo e devem ser entendidas como inferência direta na produção social de saúde. Por este motivo, também pode ser compreendido como um espaço de relações de distintos sujeitos que apresentam as mais variadas histórias e papeis sociais, sendo possível construir e desconstruir valores, conceitos, culturas, bem como reflexões críticas e analíticas da vida cotidiana.

O documento de Política Nacional de Promoção da Saúde incentiva a articulação junto as secretarias estaduais e municipais de educação e estimula a iniciativa de promoção de saúde no ambiente escolar.

Para propor ações de intersetorialidade o Programa de Saúde na Escola – PSE, por sua vez, vem com o objetivo de disseminar a promoção de saúde dentro de um espaço democrático que diz respeito não apenas ao indivíduo, mas também às pessoas que o cercam, como a comunidade e as próprias famílias. Por se tratar de um programa de Política Social recente, com meios burocráticos para adesão, e princípios e normativas ainda pouco discutidos, este artigo tem por objetivo realizar uma análise bibliográfica da política intersetorial do PSE, bem como seus entraves e suas perspectivas, visando contribuir com o conhecimento e o aprofundamento desta política de forma específica e contribuir para uma análise de outras que tem a mesma característica de formação intersetorial.

O presente artigo, num primeiro momento, situa as Políticas Sociais, com seu desdobramento no Brasil; em seguida traz as Ações Intersetoriais, seguida da abordagem da Escola como um ambiente favorável para a promoção de saúde; a abordagem do Programa de Saúde na Escola por meio dos seus decretos e meios de funcionamento e finalizando trazemos os entraves e perspectivas do PSE como uma política intersetorial.

## 2 POLÍTICAS SOCIAIS: breve histórico

Profundas transformações históricas como a Crise do Liberalismo, Crise do Colonialismo, a Revolução Russa, a Primeira Guerra Mundial, a Crise da Bolsa em 1929, Ascensão do Fascismo e a Segunda Guerra Mundial, juntos, provocaram mudanças na cultura, e no equilíbrio da sociedade advinda do século XIX. Com a instabilidade econômica e política deste período histórico, a exacerbação da violência, a queda no padrão de vida e o desequilíbrio político-econômico alterou a organização das sociedades europeias ocidentais, permitindo desta forma, que o desenvolvimento de políticas voltadas para assistência social, que tem sua origem neste século se fortalecesse frente a essas mudanças (CARDOSO, 2001).

O período de maior intensidade na implementação das políticas sociais nos países europeus foi a partir do encerramento da Segunda Guerra Mundial. Naquele momento, havia uma classe trabalhadora fortemente mobilizada com o crescimento da base social dos partidos de ideário socialista, motivado pela sensação de forte insuficiência do capitalismo. A partir disto, também houve um crescimento do regime socialista em vários países e isto foi um primeiro passo para que se formassem sistemas de seguridade social como resposta política para as demandas das classes trabalhadoras, constituindo o Estado de Bem – Estar social (*Welfare State*), mantido pelo modelo social capitalista, mas que trouxe aspectos positivos aquela população (RISOTTI, 2011).

O Estado de bem-estar, segundo Gomes (2006), constituiria numa proposta institucional, onde o Estado pudesse implementar e financiar programas e planos de ação propostos a promover os interesses sociais coletivos. O objetivo era combater os cinco maiores males da sociedade: “a escassez, a doença, a ignorância, a miséria e a ociosidade”.

O *welfare state* pode ser compreendido como:

um conjunto de serviços e benefícios sociais de alcance universal promovidos pelo Estado com a finalidade de garantir uma certa “harmonia” entre o avanço das forças de mercado e uma relativa estabilidade social, suprimindo a sociedade de benefícios sociais que significam segurança aos indivíduos para manterem um mínimo de base material e níveis de padrão de vida que possam enfrentar os efeitos deletérios de uma estrutura de produção capitalista desenvolvida e excludente. (GOMES, 2006, p. 203).

Em suma, as diversas políticas sociais, por um lado, irão aumentar a capacidade de consumo das famílias dos trabalhadores que refletirá em gastos do governo, como habitação, transporte e saneamento, o que proporciona o alargamento da demanda e o desenvolvimento tecnológico. Por outro lado ao socializarem os custos dos riscos do emprego industrial e da reprodução da força de trabalho, haverá uma facilidade da liberação de reservas de capital

privado para investimentos que garantem uma reserva de mão-de-obra em diversos níveis de qualificação (MEDEIROS, 2001).

Contudo, as Políticas Sociais determinam o padrão de proteção social implementado pelo Estado com o intuito de realizar a redistribuição de benefícios sociais e tem por objetivo reduzir as desigualdades sociais levadas pelo próprio desenvolvimento econômico e suas consequências estruturais (HÖFLING, 2001).

O surgimento das políticas sociais aconteceu de forma gradativa e diferenciada entre os países, tendo por base as diversidades nos movimentos e organizações reivindicatórias da classe trabalhadora e na correlação de forças no Estado. Por este motivo o desenvolver das políticas sociais no Brasil, por exemplo, iniciou e se desenvolveu de forma diferente (SARAMANGO, 2009).

## 2.1 POLÍTICAS SOCIAIS NO BRASIL

No Brasil, não chegou a ser constituído o Estado de Bem-Estar Social, pois no Estado brasileiro durante o período que estava acabando a Segunda Guerra Mundial(1945) dava-se início a um processo de desenvolvimento apoiado na utilização do fundo público para a realização dos investimentos essenciais ao desenvolvimento econômico cuja atuação visava garantir as formas essenciais de acumulação.

Na década de 1930, com o governo de Vargas (30-45) o país foi palco de transformações no papel do Estado para propostas de alterações no campo de direitos sociais, com o objetivo de regular os conflitos surgidos do novo processo de desenvolvimento econômico e social do país e de legitimação política. Pode então se entender que no governo de Vargas foram apresentadas políticas de ordem social, e também econômica, pois protegia os interesses de mercado, ao mesmo tempo em que, continha e organizava a massa trabalhadora, mas isto ainda não se caracterizaria como *welfare state*(RISOTTI, 2011; SARAMANGO, 2009).

A constituição de 1934 foi pioneira na definição da responsabilidade do Estado, sendo substituída a assistência médica e sanitária ao trabalhador e a gestante, além de propostas como salário mínimo, jornada de oito horas, direito a férias anuais, aposentadoria e outras medidas de caráter preventivo de responsabilidade do Estado, União e municípios, tidos neste período como medidas assistencialistas. A instalação do Estado Novo (1937), por sua vez, trouxe alguns retrocessos, como a limitação do direito a educação e a centralização do poder (RISOTTI, 2011).

Com a instalação da República Nova, havia uma possibilidade no crescimento do papel das classes trabalhadoras, fazendo com que o Estado começasse a agir publicamente na garantia de boas condições de vida. No contexto dos governos populistas, houve grandes movimentos como o da Juventude Universitária Católica (JUC) e Ação Popular que nasceram em berços de classe média, e as pessoas começavam a acreditar que os movimentos passaram a ser politizados. O exemplo disto foram as inúmeras greves estabelecidas para reivindicar melhorias, pois no contexto do populismo, a ação política institucional orientava-se pela expansão de benefícios sociais, sem que houvesse o reconhecimento de novos direitos sociais, ou de se estabelecer políticas duradouras (MARTINS, 2011).

Teixeira (2002) afirma que atualmente as políticas públicas se caracterizam como diretrizes e princípios norteadores de ação do poder público direta ou indiretamente; explicitada, sistematizada ou formuladas em documentos visando assegurar direitos de cidadania, de forma difusa ou para determinado seguimento social, cultural, étnico ou econômico. Elas são formuladas por iniciativa do poder executivo ou legislativo a partir das demandas da sociedade, podendo esta, participar ativamente na formulação das políticas, por meio dos conselhos federais, municipais ou estaduais.

As políticas sociais, no contexto atual afirmada pela legislação legalizam novas modalidades de prestação de políticas sociais com a articulação público/privado, consolidando a noção de descentralização e outras formas de participação da sociedade civil nos procedimentos decisórios, de planejamento e fiscalização da política social. Estas políticas, por sua vez, são camufladas pela dúvida do público não-estatal e pela divisão de responsabilidades com a sociedade civil não apenas através de financiamento via impostos progressivos, mas através da ação direta das organizações da sociedade civil, como espaço de proteção social, de execução da política social, reforçando um retrocesso histórico se levarmos em consideração o modelo de proteção social por meio de parceria com entidades beneficentes, filantrópicas, religiosas, ou por meio da versão camuflada do trabalho voluntário, autoajuda inviabilizando, os princípios constitucionais de universalização, de definição dos deveres do Estado com a proteção social (TEIXEIRA, 2007).

## 2.2 AÇÕES INTERSETORIAIS: práticas integradoras

Quando há envolvimento de setores distintos se faz necessário que haja também uma integração dos conhecimentos e das experiências que cada setor traz, para que se tenha uma ação privilegiada em única demanda.

As ações intersetoriais desenvolvem-se em um processo diferenciado, planejado e programado, onde os diferentes setores compartilham e articulam poder, interesses e saberes. A intersectorialidade organiza-se em uma prática integradora em ações de distintos setores que se articulam, complementam e interagem para enfrentarem problemas de forma comum (MAGALHÃES; BODSTEIN, 2009).

A intersectorialidade se torna, assim, um atributo necessário ao processo de intervenção, onde programas, projetos e equipes técnicas são desafiados a conversação e ao trabalho conjunto com a perspectiva da inclusão social e para isso, há de se fazer a participação dos membros da comunidade envolvida, enquanto sujeitos do processo da continuidade da proposta (KOGA, 2003).

Azevedo (2003), afirma que não é a junção de ações de diferentes secretarias que irá configurar a intersectorialidade, mas uma estratégia comum que a defina; a partir do lugar-comum de ação, quais ou que tipos de intervenção deverão ser efetuados.

A exemplo de um política intersectorial, o direito a saúde, é resultado das lutas da reforma sanitária no Brasil<sup>1</sup>, do processo de democratização da saúde e da conquista do Sistema Único de Saúde (SUS), sendo portanto, um avanço para o Brasil e para as políticas intersectoriais, mesmo ainda havendo muitos problemas a serem enfrentados. A lei que regulamenta a política de saúde (8.080/90) dá um sinônimo à intersectorialidade, tendo em vista que neste período, este termo ainda não era muito coloquial, à medida em que se afirmaque é “dever do Estado de garantir a saúde” por meio da formulação e execução de políticas econômicas e sociais que visem à redução de riscos de doenças e de outros agravos e no estabelecimento de condições que assegurem acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para a sua promoção, proteção e recuperação, se supõe que deve haver uma articulação de setores para assegurar a saúde (NASCIMENTO, 2010).

O autor supracitado, ainda afirma que o art. 6º e o art. 7º da Lei n. 8.080/90 demonstra que a questão da participação e a integração de outros níveis de ações de saúde como meio

---

<sup>1</sup>Nasceu no contexto da luta contra a ditadura, no início da década de 1970. A expressão foi usada para se referir ao conjunto de ideias que se tinha em relação às mudanças e transformações necessárias na área da saúde. Essas mudanças não abarcavam apenas o sistema, mas todo o setor saúde, em busca da melhoria das condições de vida da população.

ambiente e saneamento básico também pode ser outro sinônimo de intersectorialidade, a exemplo de quando faz menção a “participação na formulação da política e na execução de ações de saneamento básico e a colaboração na proteção do meio ambiente”.

A relação entre a Educação e Saúde, por sua vez, possui afinidades nas políticas públicas por terem como base a universalização de direitos fundamentais e esta afinidade já é historicamente conhecida no Brasil, pois na década de 50, com a redemocratização do país e a Constituição Federal de 1988 o então Ministério da Educação e Saúde (MES) antes um único ministério, agora se desdobrava em dois: no Ministério da Saúde e no Ministério da Educação e Cultura, com autonomia institucional para elaboração e implantação de políticas. Neste mesmo período também, muitas foram as iniciativas e abordagens focando o espaço escolar e, em especial, os estudantes, portanto, centraram-se na apropriação dos corpos dos estudantes, o paradigma biológico e sob quaisquer paradigmas, que estes deveriam ser saudáveis (BRASIL, 2007).

No início dos anos 90, diante das propostas do setor de Educação, e da pouca efetividade da educação em saúde nas escolas, além do fortalecimento das políticas de promoção da saúde, o Ministério da Saúde recomendou a criação de espaços e ambientes saudáveis nas escolas, com o objetivo de integrar as ações de saúde na comunidade educativa (BRASIL, 2006).

### **2.2.1A escola como espaço de promoção da saúde**

A escola é um espaço dito privilegiado para se desenvolverem ações de promoção, prevenção e educação em saúde. Entendendo que existe uma relação deste espaço com a qualidade de vida e a garantia dos direitos humanos, a escola se torna um espaço produtivo, onde há uma apropriação do conhecimento sobre esses direitos, principalmente quando neste espaço se propõe à formação de sujeitos sociais críticos e construtores de conhecimento (FERREIRA et al., 2012).

O trabalho de promoção da saúde não deve acontecer apenas com os estudantes, mas também com professores e funcionários, e precisa ter como ponto de partida “o que eles sabem” e “o que eles podem fazer”, para assim desenvolver a capacidade de interpretar o cotidiano para melhorar a qualidade de vida. Assim, dos profissionais de saúde e de educação espera-se que, no desempenho das suas funções, assumam uma atitude de promoção da saúde,

desempenhando um papel importante na percepção e construção da cidadania por meio do acesso às políticas públicas (PORTUGAL, 2006; DEMARZO, AQUILANTE, 2008).

O indicativo da participação e corresponsabilidade também é uma diretriz das Políticas Públicas de Educação. A Declaração de Cochabamba realizada na Bolívia de 5 a 7 de março de 2001 pela Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura (UNESCO), afirma que é necessário assegurar o incentivo das ações intersetoriais. Por meio de Portaria Interministerial entre o Ministério da Educação (MEC) e o Ministério da Saúde (MS), foi formada a Câmara Intersetorial com intuito de elaborar diretrizes para subsidiar a Política Nacional de Educação em Saúde na Escola (UNESCO, 2001).

Para a concretização deste Interministério, o MEC e o MS estabeleceram o Programa Saúde na Escola (PSE), instituído por decreto presidencial nº 6.286, de 05 de dezembro de 2007, na expectativa de gerar ações de atenção integral à saúde de estudantes da educação básica pública brasileira, no espaço das escolas e/ou unidades básicas de saúde (UBS) do Sistema Único de Saúde (SUS), realizadas pelas equipes de Saúde da Família – ESF (BRASIL, 2007).

### **2.2.2 Programa de saúde na escola**

O PSE – Programa de Saúde na Escola foi instituído em 2007, no âmbito da intersetorialidade dos Ministérios da Educação e da Saúde, para fins de contribuição da formação integral de estudantes da rede pública por meio de ações de prevenção, promoção e atenção à saúde, tendo como objetivo promover a saúde e prevenir agravos, articular a rede pública de educação e saúde para ampliar o alcance das ações destes âmbitos para os estudantes e suas famílias, combater as vulnerabilidades do campo da saúde que possam comprometer o desenvolvimento escolar, dentre outros objetivos (BRASIL, 2009).

O Programa articula as ações do SUS às ações das redes de educação básica pública, ampliando o alcance de suas ações aos estudantes, sejam eles crianças, adolescentes e jovens adultos do ensino básico estejam eles enquadrados na educação infantil, ensino fundamental médio e inclusive na educação profissional e tecnológica e na educação de jovens e adultos (EJA), bem como suas famílias, com intuito de otimizar a utilização dos espaços, equipamentos e recursos disponíveis, assim contribuindo para condições de formação integral de educandos, de sistema de atenção social, com foco na promoção da cidadania e nos direitos humanos, além de fortalecer o enfrentamento das vulnerabilidades, no campo da

saúde, que possam comprometer o pleno desenvolvimento escolar e fomentar a comunicação entre escolas e unidades de saúde, assegurando e fortalecendo a participação comunitária nas políticas de educação básica saúde, nos três níveis de governo (FERREIRA et al., 2012).

Será implementado pelos municípios que tiverem interesses, aqueles que já tiverem implantado a Equipe de Saúde na Família, como pré requisito da Política Nacional de Atenção Básica articulado Estado e o Distrito Federal. Dessa forma, o sucesso de implementação desta política, depende do compromisso e articulação de todas as esferas de governo, pois se trata de uma estratégia de integração da saúde e educação para o desenvolvimento da cidadania e da qualificação das políticas públicas brasileiras (BRASIL, 2008).

Por este motivo, a proposta do PSE é centrada na gestão compartilhada por meio dos Grupos de Trabalho Intersetoriais (GTI), onde o planejamento, execução, monitoramento e a avaliação das ações são realizados em conjunto. Para isto, os GTIs devem ser compostos, por, pelo menos, um representante da Secretaria de Saúde e um da Secretaria de Educação e, facultativamente, por outros representantes locais de políticas públicas e/ou movimentos sociais, assim como pelos educandos (BRASIL, 2012).

A Secretaria Nacional de Renda de Cidadania – SENARC, no informe 359<sup>a</sup> de 2013, afirma que os componentes do PSE seguem em cinco eixos primordiais, tais como: Avaliação Clínica e Psicossocial; Ações de Promoção da Saúde e Prevenção de doenças e agravos; Educação permanente e capacitação de profissionais e de jovens; Monitoramento e avaliação da saúde dos estudantes; e Monitoramento e Avaliação do PSE. Desde a sua criação e instituição que se estabelecia critérios para a adesão dos municípios a este programa, mas a partir de 2013 todos os municípios já poderiam aderir. Conforme o Ministério da Saúde e da Educação o sistema de adesão ao PSE 2014 segue as etapas abaixo:

- a) Cadastro dos Secretários de Saúde e Educação e representantes do Grupo de Trabalho Intersetorial Municipal (GTI-M) – este cadastro somente poderá ser realizado pelo gestor municipal de saúde;
- b) Escolha das escolas e dos níveis de ensino e adesão ao NutriSUS<sup>2</sup> - O sistema apresentará uma lista com o Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira (INEP), o nome da escola, o quantitativo de educando por nível e além disso há grupos de escolas prioritárias e pelo menos 50% dos estabelecimentos selecionados devem pertencer

---

<sup>2</sup>Visando potencializar o desenvolvimento infantil, a prevenção e o controle das deficiências nutricionais, o Ministério da Saúde, em parceria com o Ministério da Educação e o Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, lança a estratégia de fortificação da alimentação infantil com micronutrientes (vitaminas e minerais). **Consiste na adição de um sachê contendo uma mistura de vitaminas e minerais em pó em uma das refeições oferecidas diariamente às crianças nas creches.**

a este grupo que são: creches e pré escolas, escolas do campo, escolas do PSE 2013, escolas do PME 2013, escolas que tiveram alunos de atividade socioeducativa matriculados em 2013 e escolas com 50% de beneficiários do Bolsa Família;

- c) Vinculação das equipes de Atenção Básica às escolas, cabe lembrar que as equipes de Atenção Básica devem ser em quantidade suficiente para atender os educandos selecionados. Caso a cobertura das equipes escolhidas seja menor do que o número de educandos, o repasse financeiro a que o Município terá direito será calculado com base na cobertura das equipes de Atenção Básica selecionadas;
- d) Apresentação das ações essenciais e escolha das ações optativas - as ações essenciais deverão ser realizadas por todos os municípios, pois contarão para o alcance de metas e condicionarão repasse do recurso. Não há obrigatoriedade nem número mínimo de ações optativas a serem selecionadas;
- e) Termo de Compromisso, este deve ser encaminhado para os Conselhos Municipais de Saúde e de Educação, quando houver nos municípios e também para a Comissão Intergestores Bipartite (CIB) para a homologação.

Cabe ao Estado, auxiliar a integração de planejamento das ações do programa nos Municípios entre o SUS e a rede de educação pública básica, bem como atuar na educação permanente dos profissionais de saúde e da educação básica para implementação das ações do PSE. Também cabe apoiar os gestores municipais na articulação, planejamento e implementação das ações do PSE, monitorar e avaliar o programa, e por fim, indicar a participação de representação das Secretarias Estaduais da Saúde e de Educação nos Grupos de Trabalho Intersetoriais dos municípios (BRASIL, 2012).

Quanto ao município a sua função é criar Grupo de Trabalho Intersetorial (GTI) para elaboração e implementação do projeto, facilitar a incorporação dos temas contemplados no PSE nos projetos político-pedagógicos das escolas e fazer com que haja articulação e planejamento entre as equipes das escolas e das Unidades Básicas de Saúde/Saúde da Família, para divulgar o projeto local do PSE às instâncias de controle social e fiscal para acompanhamento de sua execução (BRASIL, 2012). O financiamento, por sua vez fica a cargo do Ministério da Saúde:

Incentivo PSE - Repasse fundo a fundo na modalidade PAB variável, compondo o Bloco de Financiamento da AB - Pacto pela Saúde, onde cada ESF receberá um adicional a partir da adesão e início das ações do PSE. O valor dos recursos financeiros referentes à adesão ao PSE corresponde a uma parcela extra do incentivo mensal às ESF que atuam nesse Programa. (mun. até 50 mil hab: R\$ 10.050,00 e acima de 50 mil: 6.700 p/esf). Recebimento de Kits Educação e Saúde PSE, publicação de materiais didáticos - livros,

agendas, cadernos, fitas de vídeo e DVD, meios para inclusão dos temas da Saúde nos projetos político-pedagógicos das escolas. (BRASIL, 2012).

Os recursos são transferidos do Fundo Nacional de Saúde - FNS aos Fundos de Saúde dos Municípios e do Distrito Federal e devem fazer parte do Componente Variável do Bloco de Financiamento da Atenção Básica. No ano de 2011, a forma da gestão e funcionamento do PSE nos municípios precisaram ser mudadas devido a fragilidade dos monitoramentos das ações do programa, dentre outras razões. Por este motivo, o repasse que era realizado de uma única vez, agora somente será realizado 70% e os outros 30% quando atingirem os 70% das metas pactuadas e assim informarem as ações realizadas no período de 12 meses via SIMEC, o Sistema Integrado de Planejamento, Orçamento e finanças do Ministério da Educação (FERREIRA et al., 2012; BRASIL, 2012).

## 2.3 PROGRAMA DE SAÚDE NA ESCOLA: ENTRAVES E PERSPECTIVAS

Sabe-se que a política social é uma ação comandada pelo Estado que obtém o controle das necessidades sociais básicas dos que não estão incluídos no resultado do processo de acumulação capitalista. Também ainda se sabe que antes de servir ao indivíduo/cidadão, o Estado serve ao capital, ou seja, favorece aqueles que não necessitam de amparo, e ignora os que realmente necessitam de assistência, ou seja, a política social no Brasil serve às classes dominantes (MARTINS, 2011).

O autor supracitado ainda afirma, que o Brasil esta em constante desenvolvimento econômico, o que é de muita importância para o país, mas quando se trata de desenvolvimento social, não se observa uma evolução na mesma proporção, pois, a exploração da força de trabalho realizada pelas indústrias capitalistas com o objetivo de acelerar o ritmo de produção e os lucros só contribui para o aumento da desigualdade social, desta forma não há eficiência em atingir os objetivos de erradicar a pobreza por meio das políticas públicas no país, como prevê a Constituição Federal de 1988.

A principal dificuldade encontrada em uma política intersetorial, por sua vez, surge à medida em que parte significativa dos representantes setoriais traz para os diferentes espaços de negociação uma agenda definida. Para a promoção da saúde na escola, os principais desafios descritos pelo Ministério da Saúde são: A integração com ensino de competência para a vida em todos os níveis escolares; A instrumentalização técnica dos professores e funcionários das escolas e dos profissionais da ESF para apoiar e fortalecer as iniciativas; A identificação e a vigilância de práticas de risco; O monitoramento e a avaliação da efetividade

das iniciativas, para melhorar o compromisso das escolas com a promoção da saúde de seus alunos, professores e outros membros da comunidade escolar (BRASIL, 2006).

Dentro dos próprios embates do Ministério da Saúde, o alcance dos objetivos do PSE é dependente de uma Educação Integral, que abrange proteção, atenção e pleno desenvolvimento da comunidade escolar; onde os gestores também devem ser considerados fundamentais para coordenar ações intersetoriais, tendo em vista que no nível local é possível ter domínio de problemas de sua realidade e por este motivo, se encontra meios mais fáceis de buscar soluções próprias. Todavia, a integralidade das políticas sociais ainda não representa a prática dos gestores, pois isto depende de um processo de aprendizagem para a resolutividade dos problemas da população que se tem conhecimento, “saindo do limite da necessidade para o da liberdade” (FERREIRA et al., 2012).

Monnerat; Souza, (2011) afirmam que a área da saúde incorporou a diretriz da intersetorialidade em sua lei orgânica de 1990 e a mesma, aparece como uma das dimensões que predizem, na sua concepção, a ação articulada com outras áreas de política social para produzir melhores resultados de saúde.

Por sua vez, Giovannella et al, (2002) e Mattos (2001) apontam que a integralidade é a diretriz do SUS que menos se desenvolveu neste seu tempo de vigência, diferente da diretriz de descentralização. Assim, a articulação da saúde com outros setores de política social não tem sido a perspectiva predominante adotada pelos gestores dos três níveis de governo responsáveis pela execução da política de saúde. Um dos desafios para a efetivação do modelo de atenção à saúde da família é a persistência da concepção “endógena” prevalente no campo da saúde e que se expressa na prática de seus profissionais, pois a ESF tem como uma de suas atribuições atuar de forma intersetorial, de forma a intervir em situações que vão além da especificidade do setor saúde, com efeitos determinantes sobre as condições de vida e saúde dos indivíduos, famílias e comunidade.

Quanto aos recursos financeiros desta política intersetorial em questão, Ferreira et al. (2012), ressalta que sendo um programa intersetorial, é contraditório que as portarias sobre os recursos financeiros sejam emitidas apenas pelo MS, e que somente este financie a adesão e provimento ao PSE, justificando, que o MEC não participa com recursos financeiros para estes fins, mas para o fornecimento do material para implementação das ações do Programa, mas isto não está explícito em nenhum dos decretos.

Quanto as perspectivas, Moll (2008) menciona que o MEC, por meio do Plano de Desenvolvimento da Educação (PDE) adapta os objetivos educacionais de acordo com a

oferta de políticas públicas. Para tanto, o mesmo acredita que ao introduzir a temática da saúde em seu Plano Político Pedagógico – PPP, a escola promove ações educativas em saúde que conduzem reflexão sobre o que é ter uma vida saudável, com base nas condições que estão fora do ambiente escolar, tais como moradia, trabalho, educação, alimentação, acesso aos serviços de saúde, lazer, na força organizacional das comunidades e nas suas decisões políticas, dentre outros.

A atuação da promoção de saúde escolar também supera os limites desse grupo humano, ocupando-se também da família, do espaço físico escolar e dos profissionais que fazem a educação, numa perspectiva de assessorar e capacitar os indivíduos para um padrão de vida cada vez mais saudável (FIGUEIREDO, MACHADO, ABREU, 2010).

Uma outra perspectiva, talvez essa a mais importante, é proporcionar a comunidade escolar que ao longo de sua vida, eles se preparem para as diferentes etapas da vida e enfrente as enfermidades e lesões crônicas, pois estas atividades proporcionam a manutenção de saúde e a prevenção de agravos (MAGALHÃES, BODSTEIN, 2009).

#### 2.40 PAPEL DO ASSISTENTE SOCIAL NO PSE

O profissional do Serviço Social é um mediador que busca a adaptação do homem nas mudanças do mundo moderno, principalmente na preparação das pessoas para usufruir das políticas sociais, tendo como objetivo atuar nos efeitos desencadeados pelas desigualdades sociais na consolidação do capital (ALMEIDA, 2003).

Independente do campo que o Assistente Social está inserido, a sua ação inside em dois campos de atuação: no campo da legislação social por meio das políticas sociaisgarantindo o acesso de seus usuários e no plano imaterial, possibilitando o acesso a informação, cultura, visando a emancipação dos sujeitos (MONTEIRO, 2006).

A existência do Assistente Social na área da educação é elementar, por outro lado, o amadurecimento teórico e político da categoria tem revelado o campo educacional como uma grande preocupação do Serviço Social na atualidade, pois as expressões da questão social, neste espaço têm sido bem pertinentes, tais como violência, evasão escolar, gravidez precoce, trabalho doméstico, uso de drogas, a relação da escola com a comunidade, as relações interpessoais no interior da sala de aula, dentre outras expressões que interferem no desenvolvimento escolar (LYRA,2004).

No que diz respeito a educação em saúde como algo que se dá em ato, no momento do encontro como troca de saberes e a capacidade de dialogar sobre comportamentos, estilos de vida, dúvidas em relação a determinada atitude, o assistente social deve proporcionar acolhimento e muitas vezes traduz para a linguagem dos usuários uma ação desejada pelas diretrizes ministeriais como uma atitude saudável. Os assistentes sociais também podem agir elegendo um tema específico a ser tratado em reuniões, atividades grupais ou outra ação que seja coletiva, denominada atividades de educação em saúde (SODRÉ, 2014).

Uma experiência relatada por Lyra et al, (2004), com relação ao Assistente Social no PSE, relata que as principais dificuldades encontradas vão desde o campo organizacional, como falta de materiais e recursos, e condições físicas do trabalho, até os pontos mais macros dos programas sociais. Além disso, a relação de forças existente, apoiada sob bases políticas, reforça o caráter temporário do Programa e acaba gerando uma insegurança na ação dos profissionais.

Há de se reconhecer a necessidade do assistente social no PSE, mais ainda existe uma grande lacuna em relação ao espaço que o Serviço Social ocupa neste contexto. Isto pode estar relacionado ao desconhecimento que outros profissionais têm das potencialidades da profissão, daí a necessidade de se trabalhar em interdisciplinaridade, ou talvez ainda por ser um programa recente que ainda requer crescer no desenvolvimento eficaz das atividades preventivas por profissionais capacitados e trabalhando de forma intersetorial.

### 3 CONCLUSÃO

Contudo, podemos deduzir que para que haja uma ação de intersetorialidade é indispensável à interseção comum de diferentes setores, de forma que haja um planejamento coeso para enfrentar um problema que seja em comum dos ministérios envolvidos, isto, obviamente decorre obrigatoriamente de poderes já estabelecido, onde conseqüentemente encontramos as maiores barreiras para a execução destas políticas, pois obviamente, as soluções acabam sendo pontuais para os setores de forma individualizada.

Além do poder, podemos pontuar como dificuldade para a execução das políticas intersetoriais a forma que se estabeleceu as organizações político-partidárias e as execuções destas políticas no nosso País, pois, desde a reforma política, por meio inclusive da divisão dos ministérios, se subentende que um ministério não depende do outro e que suas políticas devem ser focalizadas. Todavia, isto foge, daquilo que a própria constituição traz, tendo em vista que um indivíduo e toda a população necessitam da eficácia de diversas políticas para viver bem e uma dependerá sempre da outra. Não há como ter uma boa saúde, sem ter um saneamento básico, emprego, lazer, boa alimentação, boa moradia e boa educação, ou seja, só garantir uma política é insuficiente.

O PSE é uma proposta nova, que tem grandes perspectivas de avanço, pois ela visa em seus horizontes romper a barreira da setorialidade, para buscar o bem estar do indivíduo e da comunidade pertencente a um local específico, por meio da promoção e prevenção de agravos e educação em saúde. É notório e sabido que as realidades locais são distintas e necessitam de soluções inteligentes de gestores que reconheçam a causa e os determinantes que levam a desordem de algum lugar ou de uma comunidade. Sendo assim, esta política facilita a mediação para se obter uma resolutividade positiva destas desordens, para isto, é necessário que antes mesmo da população ter acesso a este direito, que os gestores tanto da educação, quanto da unidade básica, estejam atentos aos determinantes da sua região e em conjunto possam interferir com ações intersetoriais na vida pessoal e da comunidade.

O Assistente Social, ao trabalhar em equipe na saúde ou na educação dispõe de observações e interpretações singulares das condições do usuário, pois avalia o indivíduo não apenas enquanto educando ou paciente, mas como um ser que sofre inúmeras influências do ambiente em que vive, como um ser global, isto ocorre devido a sua formação com competências e habilidades para desempenhar essas ações. Sabemos que o trabalho coletivo não diminui as competências e atribuições de cada profissional, mas exige entendimento dos

mesmos para com a individualidade humana, quanto as relações de gênero, étnico-racial e de orientação sexual, e todo este entendimento faz parte da formação política, do projeto ético-político e inclusive do código de ética do Assistente Social.

Por este motivo é extremamente importante para a operacionalização das políticas sociais em especial as intersetoriais, a presença do Assistente Social, pois favorece a democratização do acesso as unidades e aos serviços de saúde, ajuda na formulação de táticas de aproximação das unidades de saúde com a realidade escolar por meio dos trabalhos interdisciplinares, favorecendo o acesso democrático às informações.

Conforme recomenda o PSE, as equipes de saúde da família deverão realizar visitas periódicas às escolas, visando avaliar as condições de saúde dos educandos, proporcionando, dessa forma, o atendimento à saúde ao longo do ano letivo, conforme as necessidades locais. Para todo e qualquer programa, em especial ao que tratamos (PSE) a proposta é ampliar o debate e expor novas possibilidades de encontros entre as políticas, principalmente entre os interessados, tais como gestores escolares e gestores das Unidades Básicas e toda a população que tem direito a este programa, vislumbrando a quebra dos limites e barreiras na execução e implementação.

## **ABSTRACT**

The present article approaches the Program of Health in School as thematic a fundamental one to argue the intersectoral politics in the Brazilian context, bringing the approach of School as being an environment favorable to being about health, since currently the intersectoral has great prominence in the politics of Health and Social Assistance. The interest to address this problem occurred from the internship experience of the course of Bachelor of Social Work in the education field, due to bureaucratic problems in bringing the program into the school observed, as well as the lack of knowledge of the population that should be favored with this "benefit" social. For this reason, it is had for aim, to make an explanation bibliographical, of elapsing of the historical context of the social policies and as the process of construction of the intersectoral politics, in view of that the training history supplies an argument base fertilizes for the study proposed in its was given thwarts and perspectives to the light of one intersectoral politics, presenting in the point of seen of studies bibliographies its process of fragility and discontinuity.

**Keywords:** Social Policy. Health Program in the School. Education.

## REFERÊNCIAS

ALMEIDA, Ney Luiz Teixeira de. **Serviço social e política educacional**: um breve balanço dos avanços e desafios desta relação. In.: ENCONTRO DE ASSISTENTES SOCIAIS NA ÁREA DE EDUCAÇÃO. 1. 2003. Anais... Belo Horizonte, mar., 2003. Disponível em: <[http://www.cressmg.org.br/Servi%C3%A7o%20Social%20e%20pol%C3%ADtica%20educacional%20-%20Palestra%20Prof.%20Ney%20Teixeira%20\(1\).doc](http://www.cressmg.org.br/Servi%C3%A7o%20Social%20e%20pol%C3%ADtica%20educacional%20-%20Palestra%20Prof.%20Ney%20Teixeira%20(1).doc)>. Acesso em:

AZEVEDO, Sérgio. **Políticas públicas**: discutindo modelos e alguns problemas de implementação. Políticas públicas e gestão local: programa interdisciplinar de capacitação de conselheiros municipais. Rio de Janeiro: Fase, 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portal da Saúde. **Programa de Saúde na Escola**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde na escola**. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde (MS). Ministério da Educação. **Orientações sobre o programa saúde na escola para a elaboração dos projetos locais**. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Ministério da Educação. **Programa saúde na escola**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2008b.

\_\_\_\_\_. Presidência da República. Poder Executivo. Decreto nº 6.286, de 5 de dezembro de 2007. Institui o Programa Saúde na Escola - PSE, e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**. Brasília – DF, 2007.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Organização pan-americana da saúde. **Escolas promotoras de saúde**: experiências do Brasil. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2006a.

CARDOSO, R. C. L. **A trajetória dos movimentos sociais**. In: DAGNINO, E. (Org.) Anos 90 política e sociedade no Brasil. São Paulo: Ed. Brasiliense, 2001.

DEMARZO, M. M. P.; AQUILANTE, A. G. **Saúde escolar e escolas promotoras de saúde**. In: Programa de atualização em medicina de família e comunidade. Porto Alegre, RS: Artmed: Pan-Americana, v. 3, 2008.

FERREIRA, Izabel do Rócio Costa; et al. Diplomas normativos do Programa de saúde na escola: análise do conteúdo associada á ferramenta ATLAS TI. **Revista Ciências e Saúde Coletiva**. São Paulo, v. 12, n. 17. 2012.

FIGUEIREDO, Túlio Alberto Martins de; MACHADO, Vera Lúcia Taqueti; ABREU, Margaret Mirian Scherrer de. A saúde na escola: um breve resgate histórico. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro. v.15, n.2, 2010.

GIOVANELLA, L. et al. Sistemas municipais de saúde e a diretriz da integralidade da atenção: critérios para avaliação. **Saúde em Debate**. Rio de Janeiro, v. 26, n. 60, p. 37-61, 2002.

GOMES, Fábio Guedes. Conflito social e *welfare state*: estado, desenvolvimento social no Brasil. **Revista de Administração Pública**. Rio de Janeiro, v.40, n.2, 2006.

HOFLING, Eloisa de Mattos. Estado e políticas (públicas) sociais. Cadernos Cedes. Brasília, v. 11, n. 55, 2001.

JUNQUEIRA, Luciano A. Prates. A gestão intersetorial das políticas sociais e o terceiro setor. **Revista Saúde e Sociedade**. São Paulo, v.13, n. 1, p.25-36, 2004.

KOGA, Dirce. **Medidas de cidades**: entre territórios de vida e territórios vividos. São Paulo, Cortez, 2003.

LYRA, Gabriela Franco Dias, et al. **Serviço Social e educação**: a experiência da equipe de serviço social no programa de saúde na escola. São Paulo, 2004.

MEDEIROS, Carlos Aguiar de. Os impactos sociais da crise econômica, políticas sociais e transição democrática. **Revista de Administração Pública**. Rio de Janeiro, v. 23, 2001.

MARTINS, Charles Fernando. **Políticas sociais no Brasil**. Cadernos da Escola de Educação e Humanidades. n. 6. Curitiba, 2011.

MATTOS, R. **Os sentidos da integralidade**: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. (Org.). Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde. Rio de Janeiro:IMS-UERJ/Abrasco, 2001.

MAGALHÃES, Rosana; BODSTEIN, Regina. Avaliação de iniciativa e programas intersetoriais em saúde: desafios e aprendizados. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, 2009.

MOLL, J. Entrevista. **Rev. Bras. Saúde Fam.** São Paulo, n.20, p.6-7, 2008.

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

MONTEIRO, Fabíola. **A inserção do assistente social na equipe multidisciplinar do programa de saúde na família**. Vitória, 2006.

MOTA, Ana Elizabete. Seguridade social brasileira: desenvolvimento histórico e tendências recentes. **Revista Serviço Social e Saúde: formação e trabalho profissional**. São Paulo, p. 40-48, 2013.

NASCIMENTO, Sueli do. Reflexões sobre a intersetorialidade entre as políticas públicas: Reflection about intersecting public policies. **Revista Serviço Social e Sociedade**. São Paulo, n. 101, p. 95-120, 2010.

NETO, Marcelo de Souza. **Políticas públicas em educação: reflexões histórico – sociais.** 2002. 87f. Dissertação (Mestrado em Educação)-Universidade Federal do Piauí. UFPI, 2002. Disponível: <[http://www.ufpi.br/subsiteFiles/ppged/arquivos/files/eventos/evento2002/GT.3/GT3\\_8\\_2002.pdf](http://www.ufpi.br/subsiteFiles/ppged/arquivos/files/eventos/evento2002/GT.3/GT3_8_2002.pdf)>. Acesso em: 02 de janeiro de 2015.

PORTUGAL. Ministério da Saúde. Despacho nº 12.045 de 7 de junho de 2006. Programa Nacional de Saúde Escolar. **Diário Oficial [da] República do Brasil.** Brasília-DF, 7 jun. 2006..

RISOTTI, Maria Luiza Amaral. Estado e sociedade civil na história das políticas sociais brasileiras. **Seminário de Ciências Sociais e Humanas.** v. 22. Londrina, 2011.

SARAMANGO, José. **As políticas sociais no contexto brasileiro: natureza e desenvolvimento.** In: PIANA, MC. A construção do perfil do assistente social no cenário educacional. São Paulo: Editora UNESP; São Paulo: 2009. 22-56.

SODRÉ, Francis. O serviço Social entre a prevenção e promoção da saúde: tradução, vínculo e acolhimento. **Revista Serviço Social e Sociedade.** São Paulo, n. 117, 2014.

TEIXEIRA Carmem Fontes, PAIM, Jairnilson Silva. Planejamento e programação de ações intersetoriais para a promoção da saúde e da qualidade de vida. **Rev. Adm. Pública.** Brasília, v.34, n.6, p.63-80. 2002.

TEIXEIRA, Solange Maria. Políticas sociais no Brasil: A história (e atual) relação entre o “público” e o “privado” no sistema brasileiro e de proteção social. **Revista Sociedade em Debate.** Pelotas, v. 13, n.2, p. 45-64, 2007.

UNESCO. Organização das Nações Unidas para a educação, a ciência e a cultura. **Declaração de Cochabamba.** Educação para todos: cumprindo nossos compromissos coletivos. Bolívia: UNESCO; 2001.