

EDUCAÇÃO EM SAÚDE E O PÚBLICO ADOLESCENTE: Os Desafios do Programa Saúde na Escola

Aline Amorim Chaves¹

Brenda Gomes dos Santos²

Joyce Helena Martins Leal³

Resumo

Este artigo tem como objetivo analisar os desafios da aplicação do Programa do Governo Federal, denominado Programa Saúde na Escola, para o público adolescente. A realização do estudo foi motivada pelas próprias experiências enquanto assistentes sociais com vivências em práticas de educação e saúde em diferentes níveis e espaços de atuação. O caminho metodológico contou com análise documental e teórica a respeito do tema, sendo, portanto, um estudo de análise bibliográfica. Propõe-se, a partir deste artigo, refletir sobre algumas questões a respeito do Programa diante do contexto neoliberal, buscando analisar como as políticas de educação e saúde vêm sendo implementadas diante do contexto macro societário.

Palavras-chave: Saúde. Educação. Adolescência.

EDUCATION IN HEALTH AND THE ADOLESCENT PUBLIC: The Challenges of the School Health Program

Abstract

This article aims to analyze the challenges of applying the Federal Government Program, called Health in School Program for the adolescent public. The study was motivated by their own experiences as social workers with experiences in education and health practices at different levels and spaces. The

¹Assistente Social graduada pela Universidade Federal Fluminense – UFF.

²Assistente social graduada pela UERJ. Especialista em Oncologia pelo Instituto Nacional do Câncer – INCA.

³Assistente social graduada pela UFF. Especialista em Oncologia pelo Instituto Nacional do Câncer – INCA, em Gestão Pública Municipal pela UFF e em Serviço Social e Políticas Sociais pela Faculdade Governador Ozanan Coelho.

methodological path had documentary and theoretical analysis on the subject, being, therefore, a study of bibliographical analysis. It is proposed with this work to reflect on some issues regarding the Program in the context of the neoliberal context, we seek to analyze, therefore, how the education policies as well as the health policies and the junction of these, have been implemented in the context of the corporate macro.

Keywords: Health. Education. Adolescent.

Introdução

Este artigo visa discutir os desafios para a aplicação do Programa Saúde na Escola que tem como público-alvo as crianças e adolescentes no âmbito da política pública de educação. Trata-se de um Programa do Governo Federal, de caráter intersetorial, que visa desenvolver e implantar estratégias na área da educação e saúde para crianças, adolescentes, jovens e adultos. Neste sentido, tem fundamental importância para ações de prevenção e promoção da saúde. Sendo assim, torna-se necessário apresentar algumas definições relativas à adolescência e à saúde, bem como, alguns desafios que são encontrados para a realização das atividades propostas por esse Programa.

A construção do artigo se deu por meio da metodologia de análise bibliográfica, com discussões de autores que versam sobre a temática e a partir de análise de documentos governamentais. Quanto à relevância do tema em questão, é importante destacar que o presente estudo possibilita analisar as configurações atuais da política de saúde e de educação no Brasil, através de uma análise macro societária.

A Constituição de 1988 é considerada um marco na história da política social brasileira, por ter avançado na concepção das políticas enquanto direitos sociais. Em seu título VIII expressa-se o tema "Da Ordem Social" em que são definidas as diretrizes das políticas sociais e apresentado conceitos como o de Universalidade no acesso às políticas inerentes a vida da população, afirmando a responsabilização do Estado como promotor da garantia desses direitos e da descentralização na administração dessas políticas, garantindo a atuação das três esferas de governo: União, Estados, Municípios e Distrito Federal. Ainda

nesta temática, há também referências a questão da infância e juventude, no artigo 227 com a ampliação da proteção a estes:

Art. 227. É dever da família, da sociedade e do Estado assegurar à criança e ao adolescente, com absoluta prioridade, o direito à vida, à saúde, à alimentação, à educação, ao lazer, à profissionalização, à cultura, à dignidade, ao respeito, à liberdade e à convivência familiar e comunitária, além de colocá-los a salvo de toda forma de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão. (BRASIL, 1988. p.103-104)

Diante disso, pode-se dizer que a promulgação da Constituição de 1988, dá o pontapé inicial para a ampliação da atenção integral a infância e a adolescência que serão detalhadamente definidas pelo Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) em 1990, uma vez que o artigo 227 da Constituição aborda basicamente a atenção aos usuários por parte da Família, Sociedade e Estado, que devem trabalhar em conjunto para a proteção dos mesmos. Vale salientar que, no inciso do artigo 227, o Estado se assume como "(...) responsável pela promoção de programas de assistência integral a saúde destes." (Brasil, 1988, p.104.).

Contexto Histórico

A proteção integral não deve ser apenas proteção a uma parcela da população, como nos códigos de menores anteriores ao ECA, que em geral possuíam um caráter punitivo, afetando basicamente crianças e adolescentes de famílias pobres, mas deve ser garantida como um direito a todas as crianças e adolescentes. Entendendo a adolescência como uma fase de transição da infância ao período adulto, enfatizamos que essa fase por vezes se mostra complexa e dúbia, já que se por um lado os adolescentes possuem o direito à proteção integral por parte do Estado, por outro são detentores de direitos e não “vítimas⁴” da lei. Como fruto do disposto na constituição, foi

⁴Grifo nosso.

criada a Lei nº 8.069 de 13 de julho de 1990 que dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA).

O ECA estabelece no artigo 2, que para os termos da lei, criança são pessoas com até 12 anos de idade incompletos e adolescente de 12 a 18 anos de idade, todavia, em casos excepcionais pode vir a considerar, como sendo pessoas entre 18 e 21 anos de idade. Tais excepcionalidades são apresentadas no artigo 40 que dispõe sobre adoção, possibilitando-a em casos de pessoas com mais de 18 anos de idade desde que “o adotando já esteja sob guarda ou tutela dos adotantes”; e ainda, no artigo 121 que trata sobre internação oriunda de pena de ato infracional, declarando no parágrafo 5º que a medida poderá ser aplicada até os 21 anos de idade. Ressaltamos que as crianças e adolescentes possuem como direitos fundamentais o direito à vida, à saúde, à liberdade, ao respeito, a dignidade, a convivência familiar e comunitária entre outros.

Embora os fundamentos do ECA sejam considerados um avanço, não se pode esquecer, que fora implantado em um período, no qual Brasil sofria um intenso ataque das políticas neoliberais, visando reduzir as atividades do estado e ampliar o campo de ação da sociedade civil. Sobre o contexto em que fora aprovado o ECA, Silva 2005 destaca:

Assim, o ECA nasceu em resposta ao esgotamento histórico-jurídico e social do Código de Menores de 1979. Nesse sentido, o Estatuto é um processo e resultado porque é uma construção histórica de lutas sociais dos movimentos pela infância, dos setores progressistas da sociedade política e civil brasileira, da ‘falência mundial’ do direito e da justiça menorista, mas também é expressão das relações globais internacionais que se reconfiguravam frente ao novo padrão de gestão de acumulação flexível do capital. É nos marcos do neoliberalismo que o direito infanto-juvenil deixa de ser considerado um direito ‘menor’, ‘pequeno’, de criança para se tornar um direito ‘maior’, equiparado ao do adulto. (SILVA, 2005 p.36)

Para além do ECA, é importante perceber que o movimento político brasileiro neste cenário histórico era de mudanças em diversas outras áreas sociais. Em destaque a criação do Sistema Único de Saúde - SUS em 1988,

marco significativo para a democracia e garantia de direitos universais para toda a população.

Salientamos que no período que compreende 1930 a 1970, a saúde no Brasil era acompanhada pela lógica do seguro, onde apenas segurados tinham acesso a saúde (trabalhadores do setor formal do mercado de trabalho), estando portanto o acesso a saúde condicionada a prévia contribuição, entretanto segundo Bravo (2009, p.9) o debate em torno da saúde no Brasil ganha novas contribuições e dimensão política, estreitando a vinculação a democracia. O marco deste período encontra-se na VIII conferência em saúde realizado em Brasília em 1986, onde, segundo Batistella (2007, p.63), formulou-se o conceito de saúde ampliado⁵, fruto de intensa mobilização em resposta aos regimes autoritários na América Latina e pela luta por ampliação dos direitos em saúde.

Cabe citar a definição de saúde concebida na referida conferência:

Direito a saúde significa a garantia, pelo Estado, de condições dignas de vida e de acesso universal e igualitário às ações e serviços de promoção, proteção e recuperação de saúde, em todos os seus níveis, a todos os habitantes do território nacional, levando desenvolvimento pleno do ser humano em sua individualidade. (BRASIL, 1996 p.4)

Este trecho do relatório da VIII conferência de saúde, traz à tona um novo conceito de saúde, no qual passa a ser entendido como não apenas atendimento médico, mas como políticas que promovam condições de vida aos usuários, através da prevenção e recuperação de doenças, além da atribuição ao Estado como promotor do acesso a este direito. Desta forma o conceito atribuído a saúde neste trabalho compreende a lógica de que é o de direito de todos e dever do Estado conforme a Constituição de 1988 em seu artigo 196. Temos neste artigo a constatação do conceito ampliado de saúde como um conjunto de políticas que favoreçam qualidade de vida aos usuários garantindo

⁵ O conceito ampliado de saúde pensa os aspectos externos que promovem impactos na saúde do usuário, entende o exercício da cidadania e a qualidade de vida como condicionantes da relação saúde /doença. Anteriormente o conceito de saúde era o de saúde apenas como ausência de doença.

meios de subsistência em condições adequadas que previnam doenças e favoreçam o controle sanitário.

Art. 196. A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação. (BRASIL, 1988)

Frisamos que o conceito do controle social colocado com a criação do SUS, estimula a participação dos usuários através das conferências e conselhos de saúde, contribuindo para a construção de espaços democráticos, visando atender os interesses da população.

SUS e o Estatuto da Criança e do Adolescente

A 11ª Conferência Nacional de Saúde, realizada entre os dias 15 a 19 de dezembro de 2000, foi o marco para a inserção do princípio da equidade no SUS. Nesta perspectiva, é que foram inseridos na promoção da saúde legislações que pudessem atender as minorias, dentre elas podemos citar, idosos, Gays, Lésbicas, Bissexuais, Transexuais, Queer e outras (LGBTQ+), população negra, população nômade (ciganos, circenses e etc.), além da população de rios, indígenas e, a inerente ao trabalho: crianças e adolescentes.

Dentro deste conceito das minorias, encontramos a pauta do atendimento especializado a crianças e adolescentes, conforme supracitado pela constituição de 88, é dever do estado promover o acesso aos direitos em saúde da população, mas é pelo princípio da equidade que se normatiza o atendimento diferenciado as minorias e grupos em situação de maior vulnerabilidade, dentre eles crianças e adolescentes.

Assim, com base no princípio de equidade e no artigo 14 do ECA, que são normatizados os programas de saúde para crianças e adolescentes. Portanto o princípio da equidade no Sistema Único de Saúde (SUS) ampliou as possibilidades da promoção do conceito de igualdade, considerando que as

necessidades de determinados grupos são específicas e alguns precisam de atenção diferenciada para ter o atendimento equivalente a outros garantindo assim a igualdade no atendimento.

Segundo Simões (2010, p.131) o Sistema Único de Saúde é estruturado pela regionalização, hierarquização e pela integração dessas instâncias em nível nacional, estadual e municipal, esta característica permite identificar o princípio de descentralização, pois União, Estados, Municípios e Distrito Federal, possuem responsabilidades diferentes na manutenção da saúde. Este modelo aumenta a autonomia dos municípios no trato da saúde da população de cada território, entendendo que devido a extensão continental do Brasil e suas diferenças territoriais e/ou culturais cada região em sua heterogeneidade exige diferenças nas formas de atendimento.

De acordo com essa estruturação cabe ao município, quase que na totalidade o atendimento médico primário, que compreende a atenção básica de saúde. Segundo a Política Nacional de Atenção Básica (2012),

A atenção básica caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades. É desenvolvida por meio do exercício de práticas de cuidado e gestão, democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios definidos, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. Utiliza tecnologias de cuidado complexas e variadas que devem auxiliar no manejo das demandas e necessidades de saúde de maior frequência e relevância em seu território, observando critérios de risco, vulnerabilidade, resiliência e o imperativo ético de que toda demanda, necessidade de saúde ou sofrimento devem ser acolhidos. É desenvolvida com o mais alto grau de descentralização e capilaridade, próxima da vida das pessoas. Deve ser o contato preferencial dos usuários, a principal porta de entrada e centro de comunicação da Rede de Atenção à Saúde. Orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade, do

vínculo, da continuidade do cuidado, da integralidade da atenção, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social. A atenção básica considera o sujeito em sua singularidade e inserção sociocultural, buscando produzir a atenção integral. (BRASIL, 2012, p.19 - 20)

Com esta definição é possível inferir que a atenção básica é responsável pelos primeiros e principais serviços de saúde ofertados a população e está sob o controle e gestão de âmbito municipal que pode ou não aderir a programas federais. Sua regulação está fundamentada na Política Nacional de Atenção Básica que envolve em sua organização várias políticas que visam atender aos interesses dos usuários de serviços, principalmente nos campos da integralidade no atendimento, prevenção de doenças, garantia da equidade, gestão de práticas integrativas, acolhimento, acompanhamento e encaminhamento para os serviços de média e alta complexidade.

O princípio de atuação da atenção básica é feito principalmente sob as bases do trabalho multiprofissional, com o objetivo de atender integralmente os usuários, ampliando a qualidade, o planejamento e os saberes adquiridos tanto na vivência com outras profissões quanto nos processos de aprendizado da educação permanente em saúde. Assim o trabalho multiprofissional é um dos pilares dos serviços de atenção básica e na efetivação de projetos e programas de saúde, ou seja, a prática profissional nos moldes multi amplia as possibilidades de pleno atendimento.

No caso de atuação em um Programa com cunho de educação e saúde, o trabalho multiprofissional torna-se fundamental, principalmente levando em consideração a importância de geração de conhecimentos para o público adolescente.

O Programa Saúde na Escola

O Programa Saúde na Escola (PSE) é um Programa de âmbito federal realizado em parceria entre o Ministério da Saúde e o Ministério da Educação

criado em 2007 através do decreto nº 6.286 em 05 de dezembro de 2007, tendo por finalidade “contribuir para a formação integral dos estudantes da rede pública de educação básica por meio de ações de prevenção, promoção e atenção à saúde.” (Brasil, 2007).

Nesse contexto, destacamos que o PSE, além das definições de direitos reprodutivos e prevenção da gravidez na adolescência, promove discussões mais ampliadas trabalhando conceitos relacionados à qualidade de vida da população jovem, preconizando direitos políticos, civis e sociais deste público a partir de noções de direitos da criança e adolescente contido no ECA, atendimentos em saúde e informação a respeito de higiene, nutrição, atendimento odontológico e prevenção de Infecções Sexualmente Transmissíveis (ISTs)⁶.

A proposta de trabalho desenvolvido pela educação em conjunto com a saúde tem como principal objetivo a ampliação do acesso aos direitos em saúde, através da disseminação de informações e estabelecimento de vínculos dos adolescentes com as unidades de saúde mais próximas das suas residências, visando garantir o princípio de integralidade da atenção básica, bem como, elevar os índices de prevenção - um dos objetivos deste programa.

O PSE pressupõe que todos os projetos que desejam aderir ao mesmo, devem seguir as orientações advindas da esfera Federal e ser executados sob o domínio municipal no âmbito da atenção básica de saúde. Ainda no que se refere a execução de projetos, o Ministério da Educação coloca o seguinte:

No PSE a criação dos Territórios locais é elaborada a partir das estratégias firmadas entre a escola, a partir de seu projeto político-pedagógico e a unidade básica de saúde. O planejamento destas ações do PSE considera: o contexto escolar e social, o diagnóstico local em saúde do escolar e a capacidade operativa em saúde do escolar. (BRASIL, 2013)

⁶O Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das IST, do HIV/Aids e das Hepatites Virais passa a usar a nomenclatura “IST” (infecções sexualmente transmissíveis) no lugar de “DST” (doenças sexualmente transmissíveis). A nova denominação é uma das atualizações da estrutura regimental do Ministério da Saúde por meio do pelo Decreto nº 8.901/2016 publicada no Diário Oficial da União em 11.11.2016, Seção I, páginas 03 a 17. BRASIL, 2016.

Desta forma se estabelece um vínculo entre a escola e a unidade básica de saúde mais próxima da região, com isso são realizadas ações e dinâmicas de promoção de educação e saúde.

Os aspectos normativos do programa, assim como suas diretrizes apresentam avanços importantes para o segmento desta população, todavia nem tudo são flores no que tange a efetivação do projeto. No Programa Saúde na Escola os desafios a implementação se apresentam por um largo movimento de terceirizações, flexibilização do quadro funcional e sobrecarga de profissionais no campo da saúde e da educação. Tais fenômenos tem sua gênese na implantação da ideologia neoliberal, que segundo Anderson (1995, p.9), trata-se de um conjunto de ideias que fazem o retorno aos conceitos liberais defendendo um Estado mínimo na regulação e políticas de proteção, deixando o mercado lidar com as “diferenças” sociais e outras. Para Bravo (2009, p.14) o Estado vem implantando os ajustes neoliberais através da desconstrução principalmente das políticas sociais, o que torna difícil a efetiva implantação das conquistas contidas na Constituição Federal de 1988.

As ações resultantes deste movimento vêm promovendo impactos diretos na aplicação das políticas de saúde e de respostas as medidas previstas no ECA, resultando em sistemas que, apesar de recentemente implantados, conforme sinaliza Bravo (2009, p.18) já apresentam problemas de recursos e más condições de trabalho para os profissionais dos respectivos setores, e isto resulta na dificuldade de vinculação com esse público, pois em geral, os adolescentes não demonstram identificação com a instituição, justamente devido à falta de espaço atrativo e/ou convidativo, falta de programas e até mesmo de preparo dos profissionais para realização de atividades com os mesmos. O que acaba se tornando um dificultador nas tentativas de desenvolver as atividades, além de diversas outras questões que perpassam os serviços de saúde, todas geradas pela precarização das políticas.

A estratégia de desenvolver um projeto de saúde nas escolas, é uma importante medida pensada para contrapor a ausência de espaços nas instituições para o público adolescente, além de favorecer o acesso ao usuário, amplia a qualidade, devido ao seu caráter intersetorial, contudo é importante

considerar os aspectos à que os profissionais envolvidos estão inseridos. Devido ao processo de enxugamento do estado é possível observar que em diversos municípios, o contingente profissional das unidades básicas de saúde atua em condições de trabalho precária, com baixa autonomia de atuação, salários rebaixados e instabilidade empregatícia, enfraquecendo o vínculo profissional com os usuários das políticas.

O mesmo cenário se apresenta nas escolas, a questão institucional e as dificuldades na implantação da política estão condicionadas ao conflito de interesses das políticas sociais e as suas múltiplas causalidades e funcionalidades conforme aponta Boschetti (2009, p.2). Se por um lado a educação pública atende a população, por outro lado, na lógica do capital, observamos o interesse de mercantilizar este campo, o conflito de interesses contido neste processo impacta direta e indiretamente a realização da política.

Isto faz com que a manutenção destas políticas seja realizada de maneira comercial, ou seja, as políticas são entendidas como mercadorias que podem ser vendidas a fim de obter lucro, ao mesmo tempo em que atendem e garantem os direitos da população. Desta forma, esses mesmos profissionais precisam responder a diversas questões da própria instituição, com vistas a produzir resultados positivos conforme aponta Charlot (2008, p.20), para o sistema capitalista que precisa de mão de obra, e, ao mesmo tempo, garantir o acesso à educação aos estudantes.

Assim, é possível afirmar que o atual cenário dos modelos e condições de execução das políticas públicas no Brasil, tem sido apresentado com composição de intensos processos de terceirização, flexibilização e intensificação do trabalho que se expressam na precarização do produto final, que é a utilização do usuário.

No campo das políticas sociais, é possível observar avanços nos setores de normatização e planejamento das políticas a serem realizadas, mas que após este processo carecem de luta para de fato serem implementadas. Coutinho (2005) fala a respeito dos três tipos de direito existentes na sociedade, e afirma o que vem sendo colocado a respeito da efetiva implementação e execução das normas previstas para as políticas de saúde do

Brasil, em outras palavras, afirma que as normatizações dos direitos sociais são necessárias para a luta em sequência pela sua efetivação.

Além disso, quando pensamos em um Programa com objetivos importantes de transformação, é essencial que sejam feitas ponderações quanto às características do processo educacional no capitalismo. Para Andrade (2002, p.4) os espaços de educação podem ser considerados, em certa medida, como um instrumento que pode reforçar condições de alienação, quando fortemente usada para realização dos interesses da ordem econômica, social e política vigente. O autor aponta ainda, parafraseando Gramsci, que podemos verificar que o Estado "educa o consenso", através dos "aparelhos privados de hegemonia". Logo, se através da Educação se constrói o saber de um povo por meio do processo de aprendizado, esse campo educacional se torna o local propício para se adequar os indivíduos à sociedade e se transpassar a ideologia necessária para a manutenção do sistema capitalista.

Pereira (2008) esclarece que a educação, a tradição, assim como os costumes são "instrumentos primordiais, das condições subjetivas, para o desenvolvimento de um novo modo de produção, de uma nova organização societária" (p. 30). A autora entende que "a hegemonia de uma classe sobre a outra exige fundamentalmente a educação para a construção de consensos, dado que uma sociedade não se pode sustentar o tempo todo a base de coerção" (p. 30). Segundo ela "é preciso "convencer" e conquistar as subjetividades da classe dominada, para que se mantenha a hegemonia". (PEREIRA, 2008, p.30).

Considerações Finais

Por meio dessas análises, podemos afirmar que a política educacional pode ser implementada estrategicamente, de acordo com as necessidades do Capitalismo, podendo se desenvolver como intuito de atender às próprias demandas do capital, sendo utilizada conforme o próprio sentido de dominação que envolve as relações sociais entre a sociedade burguesa e os segmentos

trabalhadores. Contudo, ela pode ser implementada de forma que não se limite apenas aos interesses de legitimação ideológica do sistema, mas também tendo repercussões objetivas e concretas nessas relações, na medida em que esses propósitos se direcionam aos interesses do caráter produtivo do capital, como por exemplo, através da qualificação da força de trabalho para a manutenção da produção de mais valor. Portanto, o campo educacional é também um campo de disputa de classes, uma vez que a Educação, dentro de uma perspectiva transformadora, pode ser utilizada para romper com as bases dominantes.

Observamos que as políticas de prevenção, o fortalecimento de vínculos com a unidade de saúde e a articulação entre as políticas possuem pontos positivos e negativos na análise. Se por um lado observa-se o fortalecimento das políticas de prevenção através do processo informativo e da ampliação da possibilidade de vínculo com a unidade de saúde⁷, por outro lado observa-se o contexto em que eles ocorrem, considerando que se tratam de espaços de disputa de classes, dentro das determinações da sociedade atual e do conflito de interesses presente em cada campo.

A existência de Programas com esse objetivo, mesmo diante das dificuldades apresentadas, denota o movimento de luta para a garantia de direitos para a classe trabalhadora, compreendendo-a enquanto sujeito participante e ativo dentro desta dinâmica, sem deixar de apreender o caráter múltiplo das políticas sociais, que se por um lado buscam a garantia de direitos dos trabalhadores, promove a tentativa de conformação da classe para a manutenção da permanência da ordem social vigente.

É nessa contradição que se pode observar a existência de limites e possibilidades não apenas do Programa analisado neste artigo, mas na aplicação, execução e gestão das políticas públicas a serem realizadas na sociedade atual. Todavia, é também no bojo dessa contradição que se expressa a necessidade de lutas pela garantia de direitos na ordem societária vigente, diante da perspectiva de transformação social.

⁷Através do contato direto realizado nas dinâmicas, além de outros fatores importantes, como a intersetorialidade e interdisciplinaridade expressas na execução realizada em conjunto com outros profissionais e em outras instituições.

Referências

ANDERSON, Perry. **Balço do Neoliberalismo**. In. "Pós-Neoliberalismo: As políticas sociais e o Estado democrático." / Organizadores: Emir Sader e Pablo Gentili. 4. Ed. Paz e Terra, 1995. Disponível em: <<http://paje.fe.usp.br/~mbarbosa/cursograd/anderson.doc>> Acesso em: 20 nov. 2018.

ANDRADE, F. A. **Reestruturação Produtiva, Estado e Educação no Brasil de Hoje**. In: Trabalho & Crítica: Anuário do GT Trabalho e Educação. Associação Nacional de Pós-Graduação e Pesquisa em Educação. UFSC/NUP/CED. Florianópolis. Cidade Futura, 2002. Disponível em: <<http://24reuniao.anped.org.br/T0902907992213.DOC>> Acesso em: 21 nov. 2018.

BATISTELLA, Carlos. **"Abordagens Contemporâneas do Conceito de Saúde."** In: O território e o processo saúde-doença - Coleção Educação Profissional e Docência em Saúde: a formação e o trabalho do Agente Comunitário de Saúde. Rio de Janeiro - Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio da Fundação Oswaldo Cruz (EPSJV/Fiocruz). Disponível em: <<http://www.epsjv.fiocruz.br/sites/default/files/l24.pdf>> Acesso em: 20 nov. 2018.

BEHRING, Elaine Rossetti. BOSCHETTI, Ivanete. **Política social no Brasil contemporâneo: entre a inovação e o conservadorismo**. In. "Política Social: fundamentos e história" – São Paulo, Cortez, 2009. (Biblioteca básica do serviço social; v.2).

BOSCHETTI, Ivanete. **Avaliação de políticas, programas, e projetos sociais**. In: Serviço Social: Direitos Sociais e Competências Profissionais. 2009 Disponível em: <<http://www.cressrn.org.br/files/arquivos/V6W3K9PDvT66jNs6Ne91.pdf>> Acesso em: 20 nov. 2018.

BRASIL. **Estatuto da Criança e do Adolescente**. Lei nº 8.069 de 13 de julho de 1990.

BRASIL. Ministério da Educação - **Programa Saúde nas Escolas**. Disponível em: <<http://portal.mec.gov.br/expansao-da-rede-federal/194-secretarias-112877938/secad-educacao-continuada-223369541/14578-programa-saude-nas-escolas>> Acesso em: 20 nov. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília - DF 2012 Disponível para download em: <<http://dab.saude.gov.br/portaldab/biblioteca.php?conteudo=publicacoes/pnab>> Acesso em: 20 nov. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Caderneta do Adolescente, Menina e Menino.** Disponível

em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderneta_saude_adolescente_menina.pdf> Acesso em: 20 nov. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **8ª Conferência Nacional de Saúde Relatório Final.** Disponível em:

<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/8_conferencia_nacional_saude_relatorio_final.pdf> Acesso em: 20 nov. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **11ª Conferência Nacional de Saúde. Legislação Básica do SUS.** Brasília: Ministério da Saúde, 2000. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio_11.pdf> Acesso em: 20 nov. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa Saúde para na Escola.** Disponível em: <<http://portalms.saude.gov.br/acoes-e-programas/programa-saude-na-escola>> Acesso em: 20 nov. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde- **Cartilha entendendo o SUS 2007.** Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/images/pdf/2013/agosto/28/cartilha-entendendo-o-sus-2007.pdf>> Acesso em: 20 nov. 2018.

BRAVO, Maria Inez de Souza. **“Política de Saúde no Brasil.”** In: Serviço Social e Saúde: Formação e trabalho profissional, 4ª ed. São Paulo; Brasília /DF: OPAS, OMS, Ministério da Saúde, 2009.

CHARLOT. Bernard. **O Professor Na Sociedade Contemporânea: Um Trabalhador Da Contradição.** In: Revista da FAEEBA: Educação e Contemporaneidade, Salvador, v. 17, n. 30, jul./dez. 2008.

CONSTITUIÇÃO FEDERAL DE 1988: **TÍTULO VIII - Da Ordem Social – SEÇÃO II – Da Saúde.** Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm> Acesso em: 20 nov. 2018.

COUTINHO, C. N. **Notas sobre cidadania e modernidade.** In Revista *Ágora: Políticas Públicas e Serviço Social*, Ano 2, nº 3, dezembro 2005 – ISSN- 1807-698X. Disponível em: <<http://www.rabaneda.adv.br/download/Ciencias%20Pol%EDticas/NOTAS-SOBRE-CIDADANIA-E-MODERNIDADE-Carlos-Nelson-Coutinho.pdf>> Acesso em: 20 nov. 2018.

PEREIRA, L. D. **Políticas Públicas de Assistência Social brasileira: avanços, limites e desafios.** 2008. Disponível em: <<http://www.cpihts.com/PDF02/Larissa%20Dahmer%20Pereira.pdf>> Acesso em: 20 nov. 2018.

SILVA, Maria L. De Oliveira. **O Estatuto da Criança e do Adolescente e o Código de Menores: descontinuidades e continuidades.** In: Revista *Serviço Social e Sociedade: Especial Criança e Adolescente*. Ano XXVI, n. 83. São Paulo: Cortez Editora, 2005.



SIMÕES. Carlos. **Curso de Direito do Serviço Social**. (Biblioteca Básica do Serviço Social). 4ª Ed. São Paulo: Cortez Editora, 2010.