



16º Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais

Tema: “40 anos da “Virada” do Serviço Social”

Brasília (DF, Brasil), 30 de outubro a 3 de novembro de 2019

Eixo: Política Social e Serviço Social

Sub-Eixo: Educação

ENTRE AVANÇOS E CONSERVADORISMOS: UMA NARRATIVA DE EXPERIÊNCIA SOBRE O PROGRAMA SAÚDE NA ESCOLA

Gabriela Dutra Cristiano¹

Resumo: Este texto se propõe a construir uma narrativa sobre o Programa Saúde na Escola a partir das experiências em uma Unidade de Saúde em Porto Alegre. O objetivo é contribuir para a relação entre as políticas de saúde e educação com fundamentos populares e críticos. Assim, discutimos os dilemas do trabalho na relação entre as duas políticas e os desafios da intersectorialidade na contemporaneidade.

Palavras-chave: Programa Saúde na Escola. Experiência. Dimensão ético-política.

Abstract: This text proposes to construct a narrative about the Health in the School Program from the experiences in a Health Unit in Porto Alegre. The objective is to contribute to the relationship between health and education policies with popular and critical foundations. Thus, we discuss the dilemmas of work in the relationship between the two policies and the challenges of intersectoriality in the contemporary world.

Keywords: Health in School Program. Experience. Ethical-political dimension.

INTRODUÇÃO

Eduardo Galeano já dizia que aquele que conta histórias, “o narrador, o que conta a memória, coletiva, está todo brotado de pessoinhas”. Narrar uma experiência é um ato individual que materializa o coletivo. Walter Benjamin, em ensaio *Experiência e Pobreza*, questiona: “Quem encontra ainda pessoas que saibam contar histórias como elas devem ser contadas?” (BENJAMIN, 1987, s/p). Dizia, também, que é produto do capitalismo e das transformações da sociedade de informação a nossa necessidade insaciável de consumir, e não de experimentar. A experiência é a práxis vivida; é aquilo que transforma o sujeito e o meio e, nesta dialética, nos constrói.

Desejamos, neste estudo, nos colocar no papel daquele que narra uma experiência de materialização do Programa Saúde na Escola (PSE) para, a partir da narração, refletir sobre a unidade teórico-prática sobre o trabalho e construir novos saberes para fortalecer experiências de fundamentos intersectoriais críticos e populares.

O PSE foi regulamentado no Brasil por meio de decreto presidencial em 2007 (BRASIL d, 2007) e desde então há um acúmulo de produções acadêmicas e do Ministério

¹ Estudante de Pós-Graduação, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, E-mail: gabrieladutracristiano@gmail.com.

da Saúde sobre o tema. A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), em sua publicação de 2012, inclui o Programa como um dos eixos de infraestrutura e funcionamento da Atenção Básica.

A implicação da assistente social residente/pesquisadora em tal programa se deu desde a inserção no Programa de Residência Integrada em Saúde (RIS), no Programa de Saúde da Família e Comunidade do Grupo Hospitalar Conceição (GHC), entendendo-o como espaço privilegiado para objetivação de valores éticos consonantes com a direção ético-política da profissão, tendo como horizonte a participação no “processo de construção de uma nova ordem societária, sem dominação, exploração de classe, etnia e gênero” (BRASIL, 1993). Isso motivou que se colocasse em estudo a experiência a partir da ação social, buscando construir conhecimentos a partir da reflexão sobre o processo de trabalho, contribuindo também para o acúmulo teórico sobre o tema.

1. O PROGRAMA SAÚDE NA ESCOLA: PERSPECTIVAS ENTRE SAÚDE E EDUCAÇÃO

O PSE se insere em um conjunto de propostas do Estado para diminuir a histórica fragmentação entre as políticas sociais, pensando em ações conjuntas entre setores de políticas para garantir o atendimento às necessidades da população, bem como a promoção de saúde e prevenção de doenças e agravos. Vivemos momentos difíceis de avanços e retrocessos no que tange a consolidação das políticas sociais e dos direitos sociais no país. Se houve um momento em que parecia que o discurso de direito social e político ganhava hegemonia no país com novas formas de acesso para população mais empobrecida, atualmente vivemos um momento de novos apelos à solidariedade, a buscas de soluções individuais para problemas societários e seus reflexos na vida das pessoas – um momento da precarização da vida e de difícil compreensão.

Assim, urge a necessidade de pensar na intersetorialidade como forma de rearticulação entre setores de políticas e dos atores sociais envolvidos e reconhecimento do que há de incomum nas possibilidades e entraves do trabalho, tanto no que se refere a questões estruturais como cotidianas.

A intersetorialidade tem sido defendida e expressa em diferentes documentos de políticas públicas (NASCIMENTO, 2010; MONNERAT e SOUZA, 2009), “haja vista a tarefa inadiável de promover uma dada capacidade de gestão que minimize as características históricas de fragmentação das políticas sociais.” (MONNERAT e SOUZA, 2009, p. 202) Esta não é antagônica ou substitutiva da setorialidade. Ao contrário, busca borrar as fronteiras da especificidade de cada setor sem negá-la, ampliando diálogos, práticas,

saberes e propostas de intervenção na realidade. Nesta perspectiva, a intersectorialidade tem sido “largamente considerada como estratégia de gestão a ser adotada para atuar contra as iniquidades sociais” (MONNERAT e SOUZA, 2009, p. 203).

A interdisciplinaridade e a intersectorialidade são, para além de dimensões teóricas, parte de uma perspectiva ético-política que busca ultrapassar o modo cartesiano de lidar com a vida. Objetiva, no movimento dialético da realidade, negar, superar e fazer a síntese deste modo de pensar e fazer. Ou seja, busca a conexão entre setores, saberes, ultrapassando o conteúdo e especificidade das partes sem desfazer-se destes. Esta relação permeia, não sem desafios, o trabalho cotidiano onde a política social ganha materialidade. Em processos artesanais de construção coletiva, são experienciadas aproximações entre os setores, na contracorrente da fragmentação que contamina não apenas os processos de trabalho, mas a vida social como um todo.

A Saúde e a Educação no Brasil vêm experienciando essas aproximações, de diferentes formas e perspectivas, respondendo a interesses distintos ao longo da história social brasileira. Essa relação tem seus registros no país em um passado bem antigo, a partir de 1850, entendida como “saúde escolar”. Entretanto, observa-se que esta discussão ganhou impulso no país a partir do século XX, diante do contexto histórico-social e da crítica situação de saúde pública vivenciada no país. (FIGUEIREDO, MACHADO e ABREU, 2008). Segundo estes autores, a saúde escolar “se deu na intersecção de três doutrinas: a da polícia médica, a do sanitarismo e a puericultura” (FIGUEIREDO, MACHADO e ABREU, 2008, p. 398).

Podemos destacar três principais perspectivas de integração entre saúde e escola: a apropriação dos corpos para torná-los saudáveis sob o paradigma biológico; a medicalização dos “desvios de comportamento”; e, por último, a perspectiva proposta pela Política Nacional de Promoção de Saúde (2006), onde se propõe pensar as condições necessárias para a saúde de sujeitos e comunidades sem culpabilizar os sujeitos individualmente. (BRASIL, 2009) Observamos que estas perspectivas coexistem na contemporaneidade, impondo a necessidade de refletir não apenas como se apresenta a integração entre escola e saúde, mas também com que perspectiva ético-política se apresenta e a que interesses responde.

O contexto escolar é um *locus* privilegiado para promoção de saúde de crianças, adolescentes e jovens. Em toda sua complexidade, envolve diferentes sujeitos e atores, histórias distintas que se encontram. Observa-se que até a aprovação da Lei de Diretrizes e Bases (LDB) da Educação Nacional, em 1996, a saúde se inseria na escola sem uma normatização básica da própria educação. Conjuntamente com esse marco, os Parâmetros Curriculares Nacionais (1997) aos/as professores/as que os recursos para formação com

vistas ao exercício da cidadania incluem, para além dos saberes tradicionalmente presentes no trabalho escolar, preocupações com temas contemporâneos em relação ao “meio ambiente, com a saúde, com a sexualidade e com as questões éticas relativas à igualdade de direitos, à dignidade do ser humano e à solidariedade”. (BRASIL, 1997)

Buscando integrar a saúde e a educação, com direcionamento intersetorial e voltado a atuação no território, o Programa Saúde na Escola foi instituído pelo Decreto Presidencial nº 6.286, de 2007 (BRASIL, 2007). Este programa busca fortalecer ações integradas entre escola e atenção básica para “o enfrentamento das vulnerabilidades que comprometem o pleno desenvolvimento de crianças, adolescentes e jovens brasileiros.” (BRASIL, 2011, P. 6)

Para fins deste estudo, vale destacar algumas das diretrizes do PSE que se relacionam com o que conseguimos construir nas experiências (BRASIL, 2011, p. 7):

- Tratar a saúde e educação integrais como parte de uma formação ampla para a cidadania e o usufruto pleno dos direitos humanos; [...]
- Permitir a progressiva ampliação intersetorial das ações executadas pelos sistemas de saúde e de educação com vistas à atenção integral à saúde de crianças e adolescentes; [...]
- Articular as ações do Sistema Único de Saúde (SUS) às ações das redes de educação pública de forma a ampliar o alcance e o impacto de suas ações relativas aos educandos e suas famílias, otimizando a utilização dos espaços, equipamentos e recursos disponíveis; [...]
- Atuar, efetivamente, na reorientação dos serviços de saúde para além de suas responsabilidades técnicas no atendimento clínico, para oferecer uma atenção básica e integral aos educandos e à comunidade. [...]

Em síntese, podemos observar que as diretrizes do programa condensam a proposta de constituir e fortalecer ações intersetoriais em perspectiva de cooperação e corresponsabilização entre setores, borrando as fronteiras e limites institucionais para incidir sobre os determinantes sociais que interferem no processo saúde-doença da comunidade escolar.

A Unidade de Saúde Jardim Itu (USJI), vinculada ao Grupo Hospitalar Conceição, desenvolve ações junto a duas escolas do território adstrito desde 2002, passando a integrar o programa posteriormente. A inserção da assistente social residente neste programa nos anos de 2016 e 2017, as andanças até as escolas e as conversas com trabalhadores/as na USJI desvelou diversos desafios para a materialização do PSE: a diferença de adstrição dos territórios das políticas, a implicação dos sujeitos, as condições de trabalho, as perspectivas ético-políticas em disputa, entre outras. Por outro lado, também desvelou uma potente condição de reflexão sobre e através do programa, que permeia conversas de corredores,

atividades em sala de aula, diálogos na escola, encontros de sentidos. Narraremos algumas experiências que se materializaram a partir dessa inserção. Estas ocorreram especialmente em uma das escolas do território, que atendia especialmente o ensino fundamental.

2. HISTÓRIAS E HISTORINHAS: UMA REFLEXÃO SOBRE MATERIALIZAÇÕES POSSÍVEIS

O território da Unidade de Saúde Jardim Itu tem pouco acúmulo de experiências de fato intersetoriais a nível local. Um dos determinantes para isso é o fato de este território ser “composto” por “pedacinhos” de territórios de outras políticas sociais. Como aponta MONNERAT e SOUZA (2009, p. 204), “um dos maiores obstáculos à ação intersetorial é o fato de que cada área de política determina sua região geográfica de atuação”, sendo um desafio a definição de territórios únicos.

A fragmentação do espaço geográfico é um dos principais elementos que aparece nos discursos das/os trabalhadoras/es da USJI como obstáculo para desenvolver o PSE. Falas como “as crianças dessa escola nem são do território da unidade” e dilemas sobre a continuidade do atendimento de situações de crianças e adolescentes que são levantadas em ações do PSE apareciam com frequência no decorrer desses dois anos.

Avaliamos que a estratégia para o ano de 2016 seria estreitar a relação entre a unidade de saúde e a escola e, desta forma, fazer com que o PSE se inserisse com mais naturalidade no processo de trabalho das instituições. As rotinas da escola e da USJI são muito diferentes e, além disso, o ano foi marcado por muitos momentos de resistência – greves, paralisações – e outros de descrença e desânimo em relação ao cenário político brasileiro, o que ora movimentou o processo de institucionalização do programa e ora o deixou em suspenso.

Muitas foram as ações realizadas nos anos de 2016 e 2017 através do PSE e, para além destas, muitas ações foram idealizadas/ sonhadas/ planejadas, ainda que sem materialidade nesse período. Narramos agora algumas experiências que levantam nós críticos para pensar o programa e contaremos algumas historinhas que exemplificam dilemas que permeiam a objetivação deste.

O componente 1 do programa é composto por atividades de avaliação das condições de saúde, podendo incluir também avaliações de saúde mental. Realizamos, das atividades sugeridas nos manuais do PSE, apenas aquelas que são consideradas obrigatórias: avaliação antropométrica, promoção e avaliação da saúde bucal, avaliação oftalmológica e verificação da situação vacinal (BRASIL, 2015). Por exigir bastante recurso humano, optamos por realizar as avaliações apenas com as crianças do primeiro ano escolar. Nos

dois anos em que foi possível acompanhar as atividades sendo realizadas, percebemos que, para além do caráter de avaliação das condições de saúde, o planejamento e o momento da atividade consolidaram pontes na relação entre a unidade de saúde e a escola.

Construímos a possibilidade de realizar a devolutiva das avaliações clínicas junto com a entrega das avaliações escolares. Considerando que nas avaliações o que apareceu com mais frequência como questão para ser trabalhada foi em relação a alimentação – tendo em vista a frequência de crianças com sobrepeso e obesidade – realizamos junto com a entrega e diálogo sobre as demais avaliações uma metodologia para pensar a alimentação das crianças junto com pais e responsáveis. A nutricionista mostrava imagens e perguntava em qual a pessoa identifica a imagem corporal da criança, iniciando assim uma conversa sobre hábitos alimentares.

Essa metodologia empregada para a devolutiva possibilitou o contato direto com pais e responsáveis, desburocratizando o componente 1, tornando-o um dispositivo de integração da comunidade escolar com a unidade de saúde e disparador de processos de educação em saúde. A experiência demonstrou que é possível incorporar atividades de saúde no cotidiano escolar, fazendo com que o grupo de trabalho começasse a tencionar a necessidade de incluir o programa no Projeto Político-Pedagógico.

O componente II se refere a ações de promoção de saúde e prevenção de agravos (BRASIL, 2015). Sobre este, é de entendimento do programa que:

[...] as ações de promoção da saúde visam garantir oportunidade a todos os educandos de fazerem escolhas mais favoráveis à saúde e de serem, portanto, protagonistas do processo de produção da própria saúde, buscando melhoria de sua qualidade de vida. Desse modo, a escola, que contribui para a construção de valores pessoais, crenças, conceitos e maneiras de conhecer o mundo, torna-se espaço privilegiado para a promoção da saúde, visto que tem potencial singular para formar sujeitos autônomos e críticos, capazes de compreender a realidade e modificá-la a partir do lugar que ocupam, ou seja, aptos a fazer uma reflexão acerca dos problemas da comunidade e a propor ações para resolvê-los, a partir de suas perspectivas. (BRASIL, 2015, p. 25)

Os temas a serem trabalhados no componente II foram decididos coletivamente entre as equipes de saúde e educação, partindo das necessidades observadas pelas/os professoras/es. Os encontros de discussão e tomada de decisão se revelaram potente espaço de educação permanente e de integração entre as equipes. Nestes, emergiram concepções sobre o processo de adolecer, as experimentações, as discussões de gênero e sexualidade, entre outras, com perspectivas bastante conservadoras.

A escolha dos temas a serem trabalhados aparecia como um “pedido” de realização de atividades para o ajustamento de crianças e adolescentes a concepções socialmente

definidas como certas ou erradas, em geral em uma perspectiva de controle dos corpos. Alguns temas acionam com mais intensidade valores de fundamento conservador:

Estávamos na escola, na reunião para pactuar as atividades para 2017 e pensar como os temas seriam trabalhados. Como já havia sido comentado na avaliação no ano passado, o que as professoras sentem mais necessidade é que seja discutido sobre gênero e sexualidade. Tentamos entender melhor o porquê estava vindo esse pedido. Elas relataram situações de machismo, falaram sobre não saber como encaminhar quando percebem certa violência no trato com um menino que “aparenta” ser homossexual, entre outras situações cotidianas na escola. Mas o principal que estava causando desconforto era que as meninas, a partir de uma discussão que foi levantada em uma escola particular², estavam reivindicando o direito de usar shortinho na escola, o que era proibido. Acredito que as outras meninas do GT e eu não conseguimos disfarçar muito o desconforto com o discurso que foi apresentado. Referiram que os meninos são machistas mesmo e que olham mesmo, que passam a mão ou ameaçam fazer isso e que, bom, então o que fazer?

Estes e outros elementos foram apontados, fazendo com que definíssemos que o tema de gênero e sexualidade transversalizaria as atividades a serem realizadas no ano de 2017. Planejamos atividades integradas com a semana do feminino³ da Unidade de Saúde para realizar junto às turmas do primeiro ano e do nono ano.

No primeiro ano realizamos uma atividade com o objetivo de (des)construir as marcas identitárias de gênero – as diferenças daquilo que é considerado de menino ou de menina. Dividimos as turmas em pequenos grupos e desenhamos em um papel pardo o contorno do corpo de uma das crianças da turma. Cada pequeno grupo tinha a tarefa de construir o que seria “um menino” ou “uma menina”: nome, roupa, dizer o que gosta de fazer, entre outros. Ficamos, cada uma de nós, auxiliando um dos pequenos grupos e problematizando o porquê das escolhas para a construção.

No grupinho em que eu estava um menino começou a pintar a roupa do menino que estavam construindo de azul. Porque azul? – perguntei, dizendo que a escolha da cor tinha que ser conversada com o resto do grupo. Pode ser azul, mas também pode ser laranja, verde, rosa... – eu disse. O menino falou bem alto “não, rosa não!”. Fomos conversando, fui tentando me colocar em uma postura de curiosa sobre o porquê que não... Porque o papai do céu disse! – me rebateu o menino. Será? – perguntei. [...] O mais interessante foi que no final da atividade, quando perguntamos o que eles tinham aprendido, ele levantou o dedo para responder e, com muita vontade, disse “que não tem coisa que é de menino e coisa que é de menina!” e, logo após, referiu pensativo.. “eu não sei da onde eu tirei...”

² Em 2016 um grupo de alunas de uma das escolas particulares mais antigas de Porto Alegre mobilizou uma campanha e um abaixo assinado: “Vai ter shortinho, sim”, exigindo que a escola mudasse algumas regras sobre vestimentas na escola e que esta ensinasse o respeito ao invés de proibir o uso de uma peça de roupa, reforçando a objetificação e culpabilização da mulher. O fato teve grande repercussão nas mídias e nas redes sociais.

³ A semana do feminino foi planejada por um grupo de trabalho na USJI em alusão ao dia 8 de março, dia da mulher, buscando discutir questões de gênero com a comunidade do território da unidade.

Essa historinha demonstra as potencialidades da relação entre saúde e educação em uma perspectiva de desconstrução de preconceitos, de colocar em questão concepções socialmente construídas que, como disse o menino, “não sabemos de onde vêm”. A ampliação da discussão sobre estes temas torna-se uma questão de saúde pública na medida em que é uma das formas de prevenir uma série de decorrências para a saúde das pessoas derivadas do sexismo, do preconceito e da desigualdade de gênero.

Essa desigualdade - interseccionada com outros fatores estruturais, culturais, econômicos, etc. - incide sobre a saúde da população tanto no que se refere a violências contra as mulheres, o feminicídio, como, tal como mostra Barata (2009, p. 92) “indica desvantagem relativa das mulheres que sempre apresentam pior estado de saúde autorreferido” enquanto homens culturalmente acessam menos os serviços de saúde.

Realizamos, também, outras atividades sobre gênero e sexualidade: um cine debate com as turmas do nono ano com o curta “Acorda Raimundo, Acorda!” e um no grupo de adolescentes com o curta “Heterofobia, o mundo ao contrário”. Um fato interessante foi que na discussão com as turmas do nono ano apareceu a questão que havia sido levantada pela escola sobre o uso do “shortinho” no ambiente escolar, abrindo a possibilidade de problematização em relação ao controle e da objetificação do corpo da mulher na sociedade capitalista, ampliando assim o escopo de análise para além das situações cotidianas.

Nota-se, diante do que já foi exposto até aqui, que as atividades educativas desenvolvidas pelo PSE se inserem no contraditório espaço da escola e, ocupando este espaço, imprimem direção ético-política para a ação. A disputa sobre a perspectiva que será dada para o trabalho transversaliza o trabalho.

Era uma reunião de planejamento para atividade sobre álcool e outras drogas. Decidimos ampliar, chamar todo mundo da equipe da unidade de saúde que estava disponível naquele momento. Lotou a sala! Nunca uma reunião do PSE contou com tantas pessoas! Ótimo, mais gente vai se mobilizar para entrar no GT – pensei. Com muito debate, planejamos as oficinas: dividir as turmas em pequenos grupos, cada pequeno grupo cria em um cartaz uma droga – com nome, preço, efeitos, etc. – ao final cada grupo apresenta e, enquanto os outros grupos fazem perguntas, ampliamos o debate sobre o lugar da droga na sociedade, o que é considerado droga, o que produz nas relações sociais, etc. Estávamos, em geral, bastante animadas/os. Até que um homem, médico residente, falou uma frase que não me saiu mais da cabeça: “Estou com dúvida se com essa metodologia vamos alcançar o objetivo”. Que é? – perguntei. “Que é fazer com que os adolescentes não usem drogas”.

Nessa micronarrativa é possível perceber tal disputa. Se por um lado evidencia-se um projeto higienista e de controle dos corpos, por outro aparece a possibilidade de construir condições de acesso à informação e reflexão para que as pessoas tenham mais

autonomia para tomar decisões com consciência crítica. Em síntese, correndo o risco de ser reducionista, um projeto fundamenta-se no controle e o outro na liberdade.

O reconhecimento de que não há neutralidade no que se propõe de ações para o PSE foi, desta forma, fazendo o grupo de trabalho incorporar discussões sobre questões éticas. Isso se objetivou no material que o grupo fez para orientar as atividades sobre álcool e outras drogas:

Cuidados éticos que pactuamos na última discussão:

- Cuidar para não fazer falar de moralização ou criminalização do uso de álcool e outras drogas. Precisamos lembrar que não conhecemos as experiências destes/as adolescentes e suas famílias em relação ao uso.
- Não precisamos saber todas as respostas. Podemos responder devolvendo as perguntas, como: “Ah, é uma boa pergunta! O que vocês sabem sobre isso? Vocês conhecem alguém que já passou por isso?”
- O nosso objetivo é especialmente a prevenção. Para isso, vamos problematizar, informar, para que as escolhas em relação ao uso seja feita de forma consciente e responsável.
- Vamos lembrar que a droga e a bebida possuem um papel histórico e social. Além disso, devemos ter em mente as nossas próprias experiências, o nosso “primeiro porre”, etc., lembrando que a experiência do outro pode ser parecida ou muito diferente da nossa.
- Fizemos uma discussão bem interessante sobre essa nova geração, o uso da comunicação através das tecnologias, sobre a forma como se relacionam... Vamos observar e tentar conhecê-los melhor! (RELATÓRIO PSE, 2016)

A construção dessas pactuações, bem como outros momentos de discussão do grupo de trabalho - seja entre si ou com a equipe da escola - demonstra a potência que é o programa para disseminar discussões que, no limite, podem permear toda perspectiva dos processos de trabalho das equipes para além do próprio PSE. Mostra, por outro lado, a condição que o programa tem de tornar-se um espaço de experimentação da interdisciplinaridade e intersetorialidade, tendo em vista que tanto no planejamento, na execução e na avaliação das ações o debate ao mesmo tempo supera e inclui os saberes das profissões e dos setores.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este trabalho teve como objetivo construir uma narrativa de experiência sobre o Programa Saúde na Escola (PSE) analisando, a partir desta, alguns processos que incidem sobre a materialização do programa. Não é sem desafios que a intersetorialidade torna-se uma possibilidade por meio das pontes que podemos construir entre saúde e educação. As barreiras se ampliam em tempos de desmonte das políticas sociais públicas, com a Emenda Constitucional 55, e as políticas privatistas de governo. O tempo histórico sobre o qual

falamos neste trabalho é marcado por isso: retrocessos, parcelamento de salários de servidores/as públicos/as, avanço de uma onda conservadora que se materializa em diversos projetos de lei como o Estatuto da Família, a negação do aborto legal para mulheres vítimas de violência, a Escola sem Partido, entre outros.

Sobre este último, vale a reflexão: como trabalharemos alguns dos conteúdos do PSE como os citados neste trabalho - gênero e sexualidade e álcool e outras drogas - em tempos de Escola sem Partido? Entretanto, são tempos de resistência, de construir pontes, ultrapassar barreiras, consolidar alianças.

Analisamos que o acúmulo teórico e ético-político do Serviço Social oferece ferramentas importantes para a construção de estratégias de resistência no interior das políticas e programas. Inseridas/os no processo de trabalho dos serviços é possível encontrar, nos tensionamentos do espaço de relativa autonomia profissional, brechas para tensionar a produção do trabalho coletivo em uma perspectiva crítica, tendo a liberdade como valor ético central.

É tempo de esperar, e o PSE nos parece um importante catalisador para isso. Como Dizia Paulo Freire,

É preciso ter esperança, mas ter esperança do verbo esperar; porque tem gente que tem esperança do verbo esperar. E esperança do verbo esperar não é esperança, é espera. Esperança é se levantar, esperar é ir atrás, esperança é construir, esperança é não desistir! Esperança é levar adiante, esperança é juntar-se com outros para fazer de outro modo...

REFERÊNCIAS

BARATA, RB. Relações de gênero e saúde: desigualdade ou discriminação?. In: Como e por que as desigualdades sociais fazem mal à saúde [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2009. Temas em Saúde collection, pp. 73-94. ISBN 978-85-7541-391-3. Available from SciELO Books .

BENJAMIN, Walter. Obras escolhidas. Vol. 1. Magia e técnica, arte e política. Ensaio sobre literatura e história da cultura. São Paulo: Brasiliense, 1987, p. 114-119.

BEHRING, Elaine Rossetti; BOSCHETTI, Ivanete. **Política social: fundamentos e história**. São Paulo: Cortez, 2009.

BRASIL. Lei nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996. **Diretrizes e Bases da Educação Nacional**..

BRASIL. Código de Ética Profissional da/o Assistente Social. Brasília: CFESS, 1993.

BRASIL; Ministério da Saúde. **Passo a Passo PSE: Tecendo caminhos da intersectorialidade**. 2011. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/passos_a_passo_programa_saude_escola.pdf>. Acesso em: 12 abr. 2016.

Brasil. Ministério da Saúde (Ed.). **Educação que produz saúde**. BRASÍLIA, 2005. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/educacao_que_produz_saude.pdf. Acesso em: 20 out. 2016.

BRASIL. Decreto Presidencial nº 6.286, de 05 de dezembro de 2007. **Institui O Programa Saúde na Escola - Pse, e Dá Outras Providências**. Brasil, 2007.

BRASIL. Brasil. Secretaria de Educação Fundamental. **Parâmetros curriculares nacionais**. 1997. Disponível em: <<http://portal.mec.gov.br/seb/arquivos/pdf/livro01.pdf>>. Acesso em: 20 out. 2016.

BRASIL. Brasil. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde**. 2006. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_promocao_saude.pdf>. Acesso em: 20 out. 2016.

BRASÍLIA. Brasil. Ministério da Saúde. **Cadernos de Atenção Básica: Saúde na Escola**. 2009. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/docs/publicacoes/cadernos_ab/abcad24.pdf>. Acesso em: 20 out. 2016.

BRASIL. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasil, MINISTÉRIO DA SAÚDE, Disponível em: <<http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf>>. Acesso em: 20 out. 2016.

CAMPOS, Gastão Wagner de S. **Reflexões sobre a construção do Sistema Único de Saúde (SUS): um modo singular de produzir política pública**. Serviço Social e Sociedade, n. 87. São Paulo: Cortez, 2006.

FIGUEIREDO, Túlio Alberto Martins de; MACHADO, Vera Lúcia Taqueti; ABREU, Margaret Mirian Scherrer de. A saúde na escola: um breve resgate histórico. **Ciência e Saúde Coletiva**, Online, v. 15, n. 2, p.397-402, 2010.

FREIRE, Paulo. **Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa**. RJ/SP: Paz e Terra, 2015.

MONNERAT, Giselle Levinas; SOUZA, Rosimary Gonçalves de. Política Social e intersectorialidade: consensos teóricos e desafios práticos. **Ser Social**, Brasília, v. 12, n. 26, p.200-220, jan. 2009.

NASCIMENTO, Sueli do. Reflexões sobre a intersectorialidade entre as políticas públicas. **Serviço Social e Sociedade**, São Paulo, n. 101, p.95-120, jan/mar. 2010.