



O que a Escola pede à Saúde? Demandas Sociais, Normalização e os Limites da Resposta Sanitária no Programa Saúde na Escola

What Does the School Ask From Health Services? Social Demands, Normalization and the Limits of Health Responses in the Health at School Program

Giulia de Oliveira Rodrigues

Universidade Federal Fluminense (UFF) – Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família da Baixada Litorânea/RJ

Resumo: Este capítulo problematiza as demandas dirigidas pela escola aos serviços de saúde, especialmente no âmbito do Programa Saúde na Escola (PSE), interrogando o que se espera da saúde quando dificuldades de aprendizagem, conflitos, sofrimento, violência, indisciplina, absenteísmo e outras expressões da vida escolar são encaminhadas às equipes. Trata-se de ensaio teórico-reflexivo, inspirado em experiências profissionais no PSE e fundamentado em produções do Serviço Social, da Saúde Coletiva e da crítica à medicalização. Argumenta-se que a escola é simultaneamente direito social, espaço de sociabilidade e instituição atravessada por funções de regulação, classificação e adequação dos sujeitos. Nesse contexto, demandas produzidas por desigualdades sociais, relações institucionais e condições concretas de vida podem ser traduzidas como déficits individuais e remetidas à saúde em busca de diagnóstico, tratamento ou normalização de comportamentos. A análise sustenta que a resposta sanitária não deve reforçar a individualização da questão social nem transformar o PSE em dispositivo de triagem e correção. Propõe-se uma leitura ampliada das necessidades, articulada à integralidade, aos determinantes sociais, à intersetorialidade e à participação da comunidade escolar. Por fim, discute-se a contribuição do Serviço Social na interface saúde-educação, destacando mediações profissionais capazes de deslocar o encaminhamento automático para a construção compartilhada de respostas territorializadas, coletivas e comprometidas com direitos.

Palavras-chave: programa saúde na escola; serviço social; medicalização; intersetorialidade; questão social.

Abstract: This chapter discusses the demands addressed by schools to health services, especially within Brazil's Health at School Program (PSE), asking what is expected from health teams when learning difficulties, conflicts, distress, violence, indiscipline, absenteeism, and other expressions of school life are referred to them. It is a theoretical-reflective essay inspired by professional experiences in the PSE and grounded in Social Work, Collective Health and critical studies on medicalization. The chapter argues that school is simultaneously a social right, a space of sociability and an institution crossed by functions of regulation, classification and adjustment of individuals. In this context, demands produced by social inequalities, institutional relations and concrete living conditions may be translated into individual deficits and transferred to health services in search of diagnosis, treatment or behavioral normalization. Health responses should not reinforce the individualization of the social question or turn the PSE into a device for screening and correction. Instead, the chapter proposes an expanded reading of needs based on comprehensiveness, social determinants, intersectoral action, and participation of the school community. Finally, it discusses Social Work contributions at

the health-education interface, emphasizing professional mediations that replace automatic referrals with shared, territorial, collective, and rights-based responses.

Keywords: health at school program; social work; medicalization; intersectorality; social question.

INTRODUÇÃO

O encontro entre saúde e educação ocupa lugar estratégico na proteção social brasileira. A escola reúne, cotidianamente, crianças e adolescentes em um espaço no qual se tornam visíveis situações relacionadas à alimentação, violência, sofrimento psíquico, dificuldades de aprendizagem, conflitos familiares, discriminações, uso de substâncias, sexualidade, condições de moradia, acesso a direitos e outras dimensões da vida social. A Atenção Primária à Saúde, por sua vez, possui responsabilidade territorial e compromisso com a integralidade, o que torna a articulação entre esses setores não apenas possível, mas necessária. O Programa Saúde na Escola (PSE), instituído pelo Decreto nº 6.286/2007, formaliza essa aproximação ao propor integração permanente entre as políticas de saúde e educação, com territorialidade, interdisciplinaridade, intersectorialidade, participação comunitária e formação integral dos estudantes (Brasil, 2007).

A existência de uma política intersetorial, contudo, não resolve por si mesma o modo como cada setor compreende os problemas que chegam ao encontro. Ao contrário, pode tornar mais evidente uma questão anterior: o que, exatamente, a escola pede à saúde? Em muitos contextos, a demanda não se apresenta sob a forma de uma questão sanitária claramente delimitada. A escola solicita ajuda diante de uma criança que “não aprende”, de um adolescente que “não para”, de conflitos reiterados entre estudantes, de faltas frequentes, de mudanças de comportamento, de sofrimento emocional, de situações de violência, de dificuldades familiares ou de comportamentos considerados inadequados à rotina institucional. A resposta esperada pode variar entre uma atividade coletiva, uma avaliação clínica, um encaminhamento, uma explicação diagnóstica ou, de modo menos explícito, a expectativa de que a saúde contribua para fazer o estudante voltar a funcionar de acordo com o que a instituição espera.

Essa expectativa merece análise crítica porque a escola não é um espaço neutro. Ela constitui direito social fundamental e pode ampliar repertórios culturais, produzir pertencimento, fortalecer vínculos, criar experiências de participação e abrir possibilidades de emancipação. Ao mesmo tempo, como instituição social historicamente situada, participa de processos de socialização, seleção, classificação e regulação. Mészáros (2008) chama a atenção para a relação entre educação e reprodução das relações sociais, mostrando que os processos educacionais não estão separados da ordem social que os produz. Foucault (2014), por outro caminho teórico, demonstra como instituições modernas organizam tempos, espaços, condutas e avaliações, produzindo normalizações. Patto (2015), ao analisar a produção do fracasso escolar, evidencia como desigualdades,

preconceitos e condições institucionais podem ser convertidos em explicações centradas nos alunos e suas famílias.

O problema, portanto, não consiste em negar que estudantes possam adoecer, necessitar de atendimento clínico, apresentar deficiências, transtornos ou outras condições que demandem cuidado especializado. A crítica dirige-se à transformação sistemática de problemas sociais, pedagógicos e institucionais em problemas individuais de saúde. Quando essa tradução ocorre sem mediações, a saúde corre o risco de ser convocada como instância legitimadora da normalidade escolar: nomeia o desvio, explica o comportamento, prescreve condutas e devolve à escola um indivíduo ajustado ou um laudo que reorganize administrativamente sua diferença. A medicalização da educação, nesse sentido, não se resume ao uso de medicamentos; envolve o deslocamento de fenômenos sociais e educacionais para uma gramática biomédica ou psicopatológica que tende a obscurecer suas determinações históricas e relacionais (Meira, 2012).

Na Saúde Coletiva, a defesa do conceito ampliado de saúde, dos determinantes sociais, da integralidade e do cuidado oferece ferramentas importantes para enfrentar esse reducionismo. As condições de saúde não podem ser compreendidas fora das formas de viver, trabalhar, estudar, circular no território e acessar bens e direitos (Buss; Pellegrini Filho, 2007). Da mesma forma, necessidades de saúde são mais amplas que a demanda imediatamente apresentada aos serviços; exigem escuta capaz de reconhecer condições de vida, vínculos, autonomia e acesso a tecnologias de cuidado (Cecílio, 2009). A resposta profissional, portanto, precisa distinguir a demanda formulada da necessidade que a produz.

O Serviço Social acrescenta a esse debate uma contribuição particular. Ao compreender a questão social como expressão das desigualdades e contradições constitutivas da sociabilidade capitalista, a profissão tensiona leituras que individualizam necessidades produzidas socialmente (Iamamoto, 2011). Nos campos da saúde e da educação, seu projeto profissional aponta para a democratização do acesso, defesa de direitos, participação dos sujeitos, trabalho com redes e leitura crítica das instituições (CFESS, 2010; CFESS, 2013). Essa perspectiva é especialmente relevante quando a escola encaminha à saúde situações que não cabem inteiramente em nenhum setor e que, justamente por isso, revelam o caráter intersetorial das necessidades sociais.

Este capítulo tem como objetivo problematizar as demandas dirigidas pela escola aos serviços de saúde, com atenção especial ao PSE, analisando os riscos de individualização, medicalização e normalização de crianças e adolescentes e discutindo possibilidades de resposta apoiadas na Saúde Coletiva e no Serviço Social. O texto não pretende desqualificar a escola nem transformar profissionais da educação em agentes de controle, tampouco negar a dimensão clínica do cuidado. O argumento central é que escola e saúde são instituições em disputa: podem reproduzir mecanismos de adequação e culpabilização, mas também podem construir práticas comprometidas com direitos, participação e produção de autonomia. É nessa tensão que se situa a pergunta que orienta a reflexão: quando a escola pede ajuda à saúde, que problema estamos sendo chamados a resolver?

PERCURSO TEÓRICO-METODOLÓGICO

O texto assume a forma de ensaio teórico-reflexivo. Seu ponto de partida são questões recorrentes observadas no desenvolvimento de ações do PSE no contexto de uma Residência Multiprofissional em Saúde da Família na Baixada Litorânea do estado do Rio de Janeiro. Essas experiências não são apresentadas como pesquisa empírica e não houve coleta sistemática de dados com estudantes, familiares ou trabalhadores para fins deste manuscrito. São utilizadas como disparadores para uma análise conceitual e profissional sobre a interface entre educação e saúde, preservando-se integralmente situações e identidades individuais.

A reflexão articula quatro núcleos bibliográficos. O primeiro reúne produções críticas sobre educação, escola e processos de normalização, com destaque para Mészáros (2008), Foucault (2014) e Patto (2015). Embora provenientes de tradições teóricas distintas, esses autores são mobilizados em níveis analíticos específicos: Mészáros para discutir a vinculação entre educação e reprodução da ordem social; Foucault para compreender tecnologias disciplinares e normalizadoras; e Patto para analisar a produção institucional de explicações individualizantes sobre o fracasso escolar. Não se pretende fundir essas matrizes, mas utilizá-las como contribuições para iluminar diferentes dimensões de um mesmo problema.

O segundo núcleo situa-se no campo do Serviço Social brasileiro, a partir de Iamamoto (2011), Abreu (2002), Bravo e Matos (2009) e documentos do Conselho Federal de Serviço Social para as políticas de saúde e educação (CFESS, 2010; CFESS, 2013). Essas referências permitem relacionar as demandas institucionais às expressões da questão social, discutir a dimensão pedagógica do trabalho profissional e sustentar uma intervenção orientada pelo projeto ético-político da profissão. O terceiro núcleo reúne formulações da Saúde Coletiva sobre determinantes sociais, promoção da saúde, integralidade, necessidades e cuidado (Buss, 2000; Buss; Pellegrini Filho, 2007; Cecílio, 2009; Ayres, 2004). O quarto compreende documentos normativos e estudos sobre o PSE, especialmente o Decreto nº 6.286/2007, a Portaria Interministerial nº 1.055/2017 e pesquisas que identificam dificuldades de intersetorialidade, permanência de ações biomédicas, higienistas e centradas no indivíduo (Sousa; Esperidião; Medina, 2017; Vieira; Belisário, 2018; Assaife *et al.*, 2024).

A análise é organizada não para oferecer uma tipologia fechada de demandas escolares, mas para deslocar o olhar da pergunta “Qual serviço deve receber este caso?” para perguntas anteriores: como a situação foi definida como problema? Quem a nomeou? Que norma de comportamento ou desempenho está implícita nessa definição? Que determinações sociais e institucionais permanecem invisíveis? O que cabe à saúde, o que cabe à educação e o que exige construção conjunta com assistência social, proteção de direitos, família, território e outros atores? Essa mudança de pergunta constitui, em si, uma estratégia de desmedicalização e de qualificação do trabalho intersetorial.

A ESCOLA ENTRE DIREITO, SOCIALIZAÇÃO E NORMALIZAÇÃO

A escola pública é uma conquista histórica e um direito social cuja universalização permanece indispensável. É no espaço escolar que uma parcela significativa da infância e adolescência acessa conhecimentos sistematizados, convive com diferenças, constrói vínculos e participa de experiências coletivas que não se reduzem à família. Uma crítica às funções normalizadoras da escola não pode, portanto, ser confundida com uma crítica ao direito à escolarização. Ao contrário, interessa compreender as contradições internas da instituição justamente para defender uma escola capaz de acolher diferenças sem convertê-las automaticamente em déficits.

Mészáros (2008) problematiza a ideia de que a educação formal possa ser analisada de modo independente das relações sociais. As instituições educacionais participam da transmissão de conhecimentos, mas também de valores e formas de sociabilidade compatíveis com determinada ordem. A adaptação não ocorre apenas por imposições explícitas; ela se realiza na naturalização de expectativas sobre produtividade, obediência, desempenho, competitividade e formas legítimas de presença. A escola ensina conteúdos e, simultaneamente, ensina como ocupar tempos e espaços, como responder à autoridade, como organizar o corpo e como ser reconhecido como “bom aluno”.

A análise foucaultiana acrescenta outra dimensão. A disciplina moderna opera pela organização minuciosa de tempos, espaços, atividades, vigilância e exame, produzindo padrões pelos quais sujeitos são comparados e hierarquizados (Foucault, 2014). A escola é uma das instituições em que esses mecanismos se tornaram historicamente visíveis: horários, fileiras, avaliações, registros, ocorrências, frequência, notas e classificações constituem instrumentos que organizam a vida escolar. Tais procedimentos não são, em si, equivalentes à violência ou opressão; instituições precisam de alguma organização. O problema aparece quando a norma institucional é tratada como medida natural do desenvolvimento humano e toda dificuldade de adequação é convertida em falha individual.

É precisamente nesse ponto que a contribuição de Patto (2015) permanece atual. Ao estudar o fracasso escolar, a autora desmonta explicações que responsabilizam crianças pobres e suas famílias pela repetência e pelas dificuldades de escolarização, mostrando como preconceitos, condições institucionais e desigualdades sociais participam da produção do próprio fenômeno que depois aparece como característica do aluno. A “criança que não aprende” não existe fora de uma relação concreta entre sujeito, escola, condições de ensino, história social e expectativas de desempenho. Quando a explicação é deslocada para uma deficiência presumida do estudante, a instituição deixa de se interrogar sobre as condições que produz.

A Produção do Aluno que Precisa ser Corrigida

A expressão “aluno-problema” é reveladora porque condensa um movimento: uma relação problemática é convertida em propriedade de uma pessoa. A dificuldade deixa de ser “há um conflito entre este estudante e a dinâmica escolar” e passa a ser “este estudante é conflituoso”; deixa de ser “a turma não se envolve com esta proposta pedagógica” e passa a ser “os alunos são desinteressados”; deixa de ser “a criança vive uma situação de insegurança e sofrimento” e passa a ser “ela é agressiva, ansiosa ou desregulada”. A linguagem não é mero detalhe. Ao individualizar o problema, ela orienta o tipo de solução que será considerado plausível.

A individualização também pode ser atravessada por classe, raça, gênero, deficiência e território. Comportamentos tolerados ou interpretados como fase do desenvolvimento em determinados grupos podem ser lidos como indisciplina ou risco em outros. Expectativas sobre linguagem, aparência, organização familiar, participação dos responsáveis e modos de expressão não são socialmente neutras. Patto (2015) demonstra como preconceitos de classe e explicações psicologizantes se articulam na história do fracasso escolar. Isso exige cuidado especial para que a interface saúde-educação não produza uma segunda camada de legitimação técnica para desigualdades já existentes.

A presença de profissionais de saúde pode, nesse cenário, assumir funções ambíguas. De um lado, amplia o acesso, identifica necessidades efetivas, contribui para a proteção e aproxima políticas públicas. De outro, o saber sanitário pode ser convocado para certificar a inadequação: avaliar, classificar, diagnosticar ou explicar por que determinado estudante não corresponde à norma. Meira (2012) denomina medicalização o processo pelo qual fenômenos de origem social e política são deslocados para o campo médico e compreendidos como problemas do indivíduo. A autora mostra que a patologização do “não aprender” e do “não se comportar” transforma problemas educacionais em sintomas e demanda novos posicionamentos de profissionais da saúde e da educação.

É fundamental reiterar que desmedicalizar não significa recusar diagnósticos quando clinicamente pertinentes. Significa impedir que o diagnóstico anteceda a pergunta sobre o contexto e funcione como resposta totalizante. Uma criança pode ter uma condição de saúde e, simultaneamente, estar submetida a práticas pedagógicas inadequadas, racismo, violência, insegurança alimentar ou dificuldades de acesso a direitos. Um adolescente pode apresentar sofrimento psíquico e, ao mesmo tempo, reagir a conflitos familiares, discriminação, pressão escolar ou condições precárias de vida. O cuidado qualificado não escolhe entre “social” e “clínico”; reconhece que essas dimensões se articulam sem reduzir uma à outra.

QUANDO A DEMANDA SOCIAL CHEGA À SAÚDE COM NOME DE PROBLEMA INDIVIDUAL

No cotidiano dos serviços, a demanda chega sempre nomeada. “Precisa de psicólogo”, “precisa de avaliação”, “a família não dá limite”, “não consegue aprender”, “está muito ansioso”, “é agressivo”, “não se concentra”, “falta demais”. Essas formulações têm valor porque expressam a percepção de quem convive com a situação, mas não podem ser tomadas como diagnóstico da necessidade. Cecílio (2009) propõe compreender necessidades de saúde para além da demanda apresentada, incluindo condições de vida, acesso a tecnologias, vínculos e graus de autonomia. Essa formulação é particularmente fecunda para o PSE: escutar a escola não significa aderir imediatamente à explicação que acompanha o pedido.

A distinção entre demanda e necessidade permite formular uma pergunta central para o trabalho intersetorial: o que produz esta situação e quais respostas são proporcionais à sua complexidade? Uma solicitação de avaliação individual pode revelar necessidade de cuidado clínico, mas também pode estar associada a mudanças recentes na família, violência, luto, discriminação, barreiras de aprendizagem, dificuldades pedagógicas, insegurança alimentar, falta de transporte, responsabilidades de cuidado assumidas precocemente, trabalho infantil, ausência de apoio especializado, conflitos institucionais ou combinação entre vários fatores. Nenhuma dessas hipóteses deve ser presumida; elas precisam ser investigadas com escuta, prudência e participação dos sujeitos.

Para o Serviço Social, essa ampliação é inseparável da leitura da questão social. Iamamoto (2011) assinala que as desigualdades vividas pelos sujeitos não são acidentes individuais, mas expressões de relações sociais estruturadas. O trabalho profissional incide justamente na tensão entre necessidades singulares e determinações coletivas. Quando a pobreza aparece como “família desorganizada”, a violência territorial como “aluno agressivo”, a ausência de políticas de cuidado como “mãe negligente” ou a exclusão escolar como “desinteresse”, ocorre uma inversão: efeitos sociais retornam aos sujeitos como culpa pessoal. A tarefa crítica consiste em reconstruir as mediações que foram apagadas.

Quadro 1 – Da demanda aparente à leitura ampliada na interface escola-saúde.

Demanda apresentada pela escola	Questões que precisam ser investigadas	Possíveis respostas compartilhadas
“Não aprende”, “não presta atenção”	Condições de ensino; frequência; barreiras pedagógicas e de acessibilidade; sono, alimentação e condições de saúde; violência; discriminação; contexto familiar e territorial.	Avaliação pedagógica e de saúde quando indicada; discussão entre escola e APS; inclusão e acessibilidade; apoio social; acompanhamento sem presumir diagnóstico.

Demanda apresentada pela escola	Questões que precisam ser investigadas	Possíveis respostas compartilhadas
“É agressivo”, “não respeita regras”	Conflitos e relações de poder; experiências de violência; racismo, bullying ou capacitismo; sofrimento; formas de manejo institucional; contexto de vida.	Escuta do estudante; mediação de conflitos; ações coletivas; proteção quando necessária; cuidado em saúde sem transformar comportamento em doença por princípio.
“Está ansioso”, “mudou de comportamento”	Duração e intensidade do sofrimento; acontecimentos recentes; pressão escolar; vínculos; violência; discriminação; condições materiais; sinais que exigem avaliação clínica.	Acolhimento; participação da família quando pertinente; rede de apoio; avaliação clínica quando indicada; ações de promoção de saúde mental e revisão de fatores escolares.
Faltas frequentes ou evasão	Doença; transporte; trabalho e responsabilidades de cuidado; insegurança de renda; violência; deficiência; sofrimento; vínculo com a escola.	Busca ativa articulada; acesso a direitos; diálogo com família e estudante; articulação com assistência e proteção social; resposta escolar às barreiras identificadas.

Fonte: elaboração própria (2026).

Medicalização e Psicologização das Contradições Escolares

A medicalização oferece uma resposta socialmente sedutora porque produz nome, causalidade e procedimento. Diante de uma situação complexa, um diagnóstico parece organizar o problema e distribuir responsabilidades. A escola pode sentir que finalmente compreendeu o que ocorre; a família pode obter explicação para um percurso marcado por acusações; a saúde recebe uma demanda reconhecível em seu repertório. O risco aparece quando essa explicação encerra a análise. Meira (2012) mostra que a transformação de dificuldades de aprendizagem e comportamento em supostas disfunções individuais participa de um processo mais amplo de patologização dos problemas educacionais.

A psicologização pode operar de forma semelhante, mesmo sem diagnóstico médico. Conflitos sociais passam a ser explicados por autoestima, falta de limites, ausência de habilidades socioemocionais ou fragilidade familiar, como se a dimensão subjetiva existisse separada das relações sociais. O sofrimento é real, mas sua existência não autoriza apagar as condições que o produzem. O desafio da Saúde Coletiva é justamente reconhecer a subjetividade sem abandonar a determinação social; reconhecer o indivíduo sem tratá-lo como unidade isolada.

O risco de expansão ilimitada do olhar sanitário também precisa ser considerado. Uma concepção ampliada de saúde pode, paradoxalmente, produzir medicalização se tudo aquilo que compõe a vida for imediatamente apropriado como objeto de intervenção do setor saúde. A integralidade não significa que a saúde deva governar todas as dimensões da existência. Significa que o cuidado precisa

reconhecer a pessoa em sua complexidade e articular outros setores quando a resposta ultrapassa sua competência. Esse limite é decisivo para o PSE: o fato de algo afetar a saúde não o transforma automaticamente em atribuição exclusiva de uma equipe de saúde.

Ayres (2004) propõe reconstruir as práticas de saúde de modo que as finalidades do cuidado sejam discutidas com os sujeitos, e não simplesmente definidas a partir de um estado ideal previsto tecnicamente. Essa formulação ajuda a questionar intervenções cujo objetivo implícito é produzir um aluno mais silencioso, mais produtivo ou mais obediente. A pergunta ética não é apenas “funcionou?”, mas “para que e para quem funcionou?”. Uma intervenção pode reduzir conflitos porque o estudante foi silenciado; pode aumentar a frequência porque a família foi ameaçada; pode melhorar o comportamento porque uma singularidade foi tratada como sintoma. Nem todo resultado institucionalmente desejável equivale à produção de saúde.

O PROGRAMA SAÚDE NA ESCOLA: ENTRE A POTÊNCIA DO CUIDADO E A CAPTURA HIGIENISTA

O PSE foi desenhado como política de integração entre saúde e educação e estabelece objetivos que incluem promoção da saúde, cultura de paz, formação integral, cidadania, direitos humanos, enfrentamento de vulnerabilidades, comunicação entre escolas e unidades de saúde e participação comunitária (Brasil, 2007). A regulamentação posterior reforçou a articulação entre Atenção Primária e escola. Em formulação atual, o Ministério da Saúde destaca que a intersetorialidade deve produzir redes de corresponsabilidade, e não apenas colocar serviços distintos no mesmo território (Brasil, 2017).

A distância entre desenho normativo e cotidiano, contudo, é conhecida. Sousa, Esperidião e Medina (2017) identificaram, em estudo sobre implementação do PSE, liderança do setor da saúde, participação periférica da educação e predominância de ações biomédicas realizadas por meio de palestras. Vieira e Belisário (2018) também apontaram ações pontuais e fragmentadas convivendo com iniciativas comprometidas com a promoção da saúde e a intersetorialidade. Mais recentemente, Assaife *et al.* (2024), ao analisarem a experiência no município do Rio de Janeiro, encontraram predomínio de ações centradas em determinantes biológicos e higienistas, apesar de avanços na relação entre saúde e escola.

Esses achados são importantes porque mostram que o PSE não está protegido, por sua própria normativa, contra a reprodução de modelos que pretende superar. A presença da saúde na escola pode significar rodas de conversa, planejamento compartilhado, participação estudantil, articulação de rede e reconhecimento de necessidades territoriais; mas pode também significar calendário de palestras, triagens, avaliações individuais e campanhas definidas unilateralmente. A diferença não é apenas metodológica. Ela expressa concepções distintas de saúde, educação e sujeito.

O higienismo historicamente aproximou saúde e escola por meio da vigilância de corpos, hábitos e comportamentos. Em versões contemporâneas, essa racionalidade pode aparecer sem a linguagem clássica da higiene. A lógica permanece quando o objetivo central é corrigir condutas individuais consideradas de risco sem discutir condições sociais, quando estudantes são reduzidos a indicadores a serem monitorados ou quando a escola solicita à saúde uma tecnologia para adequar comportamentos. A crítica, portanto, não se limita à forma “palestra”; uma atividade participativa também pode ser normalizadora se parte de um padrão pronto de vida correta e utiliza a participação apenas para induzir adesão.

Intersetorialidade: Corresponsabilidade ou Terceirização de Problemas?

Intersetorialidade é um dos conceitos mais repetidos nas políticas sociais e, simultaneamente, um dos mais esvaziados pela prática. Encaminhar não é, por si só, trabalhar em rede. Uma escola que envia um estudante à unidade de saúde e aguarda seu retorno “resolvido” não está necessariamente produzindo intersetorialidade; da mesma forma, uma equipe de saúde que devolve o estudante com orientação genérica para acompanhamento escolar não construiu corresponsabilidade. A lógica do encaminhamento sucessivo pode transformar a rede em circuito de transferência de responsabilidades.

A intersetorialidade exige reconhecer competências específicas e uma zona comum de problemas. Saúde e educação não devem fazer a mesma coisa, mas precisam construir leitura compartilhada quando a situação não cabe em uma única política. Isso implica discutir casos e situações sem exposição desnecessária, pactuar responsabilidades, construir ações coletivas, reconhecer recursos territoriais e acompanhar desdobramentos. Também implica incluir os sujeitos diretamente envolvidos. Uma rede que fala sobre o estudante sem ouvi-lo corre o risco de reproduzir exatamente a objetificação que pretende superar.

No plano institucional, a pergunta “o que a escola pede à saúde?” precisa ser acompanhada de outra: “o que a saúde devolve à escola?”. Se a resposta sanitária se resume a laudos, classificações ou recomendações individuais, a escola recebe pouca ajuda para revisar suas próprias práticas. Se, ao contrário, a saúde devolve análise sobre determinantes, barreiras, direitos, vínculos e estratégias coletivas, abre-se espaço para transformação institucional. A corresponsabilidade não significa diluir atribuições, mas produzir respostas em que cada setor se modifica pela relação com o outro.

Promoção da Saúde para Além da Adaptação

A promoção da saúde oferece outro ponto de disputa. Buss (2000) destaca que promover saúde requer enfrentar determinantes e articular políticas públicas, não apenas modificar estilos de vida. Quando essa concepção é reduzida a mensagens comportamentais — comer corretamente, controlar emoções, evitar riscos, ter bons hábitos —, a promoção pode tornar-se pedagogia da responsabilização individual.

Em contextos de desigualdade, recomendações abstratas podem produzir culpa: o sujeito é informado sobre aquilo que deveria fazer, mas permanece sem condições materiais para fazê-lo.

No espaço escolar, essa tensão se intensifica porque a educação já envolve avaliação e formação de condutas. A saúde pode somar uma camada adicional de normatividade ao definir o corpo adequado, a alimentação adequada, a emoção adequada, a sexualidade aceitável ou a forma correta de se relacionar. O desafio é trabalhar com informações necessárias sem transformar educação em saúde em treinamento para conformidade. Isso exige reconhecer saberes prévios, discutir contradições, permitir perguntas reais e situar escolhas dentro das condições concretas de vida.

A Política Nacional de Educação Popular em Saúde reforça princípios de diálogo, problematização e construção compartilhada de conhecimento (Brasil, 2013). Aplicada ao PSE, essa perspectiva desloca o estudante de destinatário para participante. Não se trata de abandonar conhecimentos técnico-científicos, mas de recolocá-los em relação com experiências, dúvidas e possibilidades concretas. Uma prática orientada pelo diálogo é menos compatível com a função de “consertar” indivíduos, porque precisa admitir que o próprio modo institucional de formular o problema pode ser questionado.

O SERVIÇO SOCIAL NA INTERFACE SAÚDE-EDUCAÇÃO

A presença do Serviço Social na interface entre saúde e educação não deve ser justificada pela ideia de que cabe à profissão resolver tudo aquilo que foi classificado como “social”. Essa divisão reforçaria a fragmentação que o próprio trabalho intersetorial precisa superar. A contribuição profissional está em oferecer uma leitura das mediações sociais das demandas, atuar na defesa de direitos e construir estratégias coletivas com outros trabalhadores e com a população.

O CFESS (2013) sustenta uma concepção de educação como direito social e prática potencialmente emancipatória, recusando a redução da atuação profissional a procedimentos de controle sobre estudantes e famílias. A Lei nº 13.935/2019, ao estabelecer serviços de Psicologia e Serviço Social nas redes públicas de educação básica, determina que equipes multiprofissionais contribuam para a qualidade do processo de ensino-aprendizagem, com participação da comunidade escolar e mediação das relações sociais e institucionais (Brasil, 2019). Essa formulação é importante porque afasta, ao menos normativamente, a ideia de um profissional destinado a “tratar” alunos-problema.

Na saúde, os Parâmetros para Atuação de Assistentes Sociais enfatizam ações socioassistenciais, articulação interdisciplinar, mobilização, participação e investigação, sempre relacionadas aos princípios da Reforma Sanitária e do projeto ético-político profissional (CFESS, 2010). Bravo e Matos (2009) mostram que o trabalho na saúde é atravessado pela disputa entre projetos: um voltado à universalidade, participação e concepção ampliada de saúde; outro coerente

com focalização, privatização e respostas fragmentadas. No PSE, essa disputa adquire forma concreta quando o profissional precisa decidir se responde a uma demanda pela via da adaptação individual ou se cria mediações para explicitar suas determinações e construir outra resposta.

Abreu (2002) oferece contribuição particularmente fecunda ao discutir a função pedagógica do Serviço Social. A prática profissional não é neutra: participa da formação de modos de pensar, sentir e agir, podendo reproduzir relações de subalternidade ou contribuir para processos de organização e emancipação. No ambiente escolar, essa dimensão se torna evidente. Uma orientação profissional pode reforçar a ideia de que a família é culpada pelo problema; pode induzir obediência a uma norma institucional; ou pode ampliar a compreensão sobre direitos, condições sociais e possibilidades coletivas de enfrentamento.

Da Triagem Social à Análise das Mediações

Uma requisição comum ao Serviço Social é “ver a situação da família”. A frase pode esconder expectativas distintas: confirmar vulnerabilidade, verificar negligência, acessar benefício, convocar responsáveis ou explicar por que o estudante não corresponde às expectativas escolares. A atuação crítica começa por recusar a família como explicação automática. Famílias possuem responsabilidades, mas exercem cuidado dentro de condições concretas de trabalho, renda, moradia, transporte, acesso a serviços, redes de apoio e divisão desigual do trabalho doméstico. Avaliar essas condições não significa absolver qualquer violação; significa evitar julgamentos morais que desconsiderem determinações objetivas.

A análise das mediações exige perguntar quais políticas já estão presentes, quais direitos estão sendo negados e como a própria organização escolar participa da situação. Um estudante que falta frequentemente pode necessitar de atenção à saúde, mas também pode depender de transporte irregular, cuidar de irmãos, trabalhar, viver deslocamentos habitacionais, sofrer violência ou não encontrar acessibilidade na escola. A resposta profissional será pobre se limitar a encaminhar a família ao CRAS ou pedir “maior participação dos responsáveis”. O encaminhamento pode ser necessário, mas deve integrar uma estratégia acompanhada e compartilhada.

Essa postura também protege o Serviço Social de se tornar dispositivo disciplinar da escola. A profissão não deve ser utilizada para localizar famílias, cobrar comportamentos, produzir ameaças de perda de benefícios ou legitimar punições. Seu trabalho pode incluir busca ativa, orientação e articulação com responsáveis, mas precisa estar ancorado em direitos e na compreensão das relações institucionais. O objeto não é fazer a família obedecer à escola; é construir condições para que o direito à educação e à saúde se realize.

O que Fazer Quando a Escola pede que a Saúde “Resolva” um Estudante?

Uma resposta profissional consistente pode ser organizada em movimentos

analíticos, e não em protocolo rígido. O primeiro é qualificar a demanda: o que aconteceu, há quanto tempo, em quais situações, quem está preocupado e por quê? O segundo é ouvir o estudante de modo compatível com sua idade e situação, evitando que ele apareça apenas como objeto da fala adulta. O terceiro é identificar dimensões clínicas, pedagógicas, sociais, relacionais e de proteção que possam estar envolvidas. O quarto é pactuar responsabilidades entre os setores, distinguindo aquilo que exige atendimento individual do que demanda mudança coletiva ou institucional. O quinto é acompanhar os efeitos da intervenção e admitir revisão das hipóteses iniciais.

Esses movimentos são simples na formulação, mas exigem mudança de cultura institucional. Eles retiram o profissional de saúde do lugar de especialista que recebe um problema já definido e o colocam como participante de uma construção diagnóstica ampliada. Também retiram a escola do lugar de mera solicitante e a inserem como corresponsável pela análise. Essa reciprocidade é indispensável: intersetorialidade sem capacidade de questionar a definição inicial do problema tende a transformar a saúde em prestadora de serviços para a escola.

No PSE, ações coletivas podem contribuir para essa mudança quando partem das situações que a comunidade escolar reconhece como relevantes. Bullying, sofrimento, alimentação, sexualidade, relações raciais, violência, uso de substâncias e outros temas não precisam aparecer apenas como fatores de risco individuais. Podem ser trabalhados como experiências atravessadas por relações sociais, direitos, território e cultura. O objetivo deixa de ser produzir estudantes que conheçam a resposta correta e passa a ser ampliar a capacidade de compreender situações, acessar proteção, participar de decisões e construir redes de apoio.

Essa perspectiva aproxima a intervenção do projeto ético-político do Serviço Social e da Reforma Sanitária. Bravo e Matos (2009) defendem que respostas profissionais qualificadas na saúde devem estar referenciadas nos princípios desses projetos, o que inclui democratização, participação, universalidade e enfrentamento das desigualdades. Na educação, o CFESS (2013) igualmente afirma a necessidade de práticas que ultrapassem o controle e fortaleçam a educação como direito. O ponto de encontro não é a profissão de ocupar mais espaços, mas disputar o sentido das respostas construídas nesses espaços.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Perguntar o que a escola pede à saúde é perguntar, antes de tudo, como determinados problemas se tornam visíveis e inteligíveis nas instituições. A escola identifica situações que de fato exigem atenção e possui papel fundamental na proteção de crianças e adolescentes. Entretanto, a forma como uma demanda é nomeada pode deslocar para o indivíduo contradições que pertencem às relações pedagógicas, à organização institucional, às desigualdades sociais ou à ausência de outras políticas públicas. Quando a saúde recebe essa formulação sem interrogá-la, pode converter-se em instância de validação técnica da inadequação.

O PSE ocupa uma posição privilegiada para romper ou reforçar esse circuito. Sua concepção intersetorial, territorial e orientada à formação integral oferece condições para práticas ampliadas; ao mesmo tempo, estudos mostram persistência de ações biomédicas, higienistas, fragmentadas e centradas no indivíduo (Sousa; Esperidião; Medina, 2017; Vieira; Belisário, 2018; Assaife *et al.*, 2024). A questão decisiva, portanto, não é simplesmente aumentar a presença da saúde na escola, mas definir que presença se deseja produzir.

Uma presença orientada pelo cuidado não deve ter como finalidade primordial adaptar estudantes a um padrão institucional. Deve reconhecer necessidades clínicas quando existirem, mas também reconhecer desigualdades, barreiras, violências, conflitos e condições de vida. Deve produzir informações sem moralização, promoção da saúde sem culpabilização, intersetorialidade sem transferência de responsabilidades e cuidado sem colonização sanitária da vida escolar. Isso implica admitir que, em alguns casos, a melhor resposta da saúde não é um encaminhamento, mas uma conversa com a escola sobre a própria formulação da demanda.

Para o Serviço Social, essa interface oferece um campo importante de intervenção porque evidencia o modo como expressões da questão social atravessam políticas setoriais e retornam aos sujeitos sob a forma de problemas individuais. A contribuição profissional consiste em reconstruir mediações, defender direitos, ampliar a participação dos sujeitos e impedir que pobreza, violência, racismo, desigualdade de gênero, deficiência ou ausência de políticas sejam traduzidos em culpa familiar ou desajuste pessoal. A profissão pode ainda contribuir para que o trabalho em rede deixe de ser circuito de encaminhamentos e se torne produção de corresponsabilidade.

A escola é espaço de disputa, resistência, conhecimento e criação. A saúde tampouco é aparato de normalização; deve produzir cuidado, autonomia e defesa da vida. Reconhecer essa ambivalência é mais produtivo do que atribuir a qualquer das instituições um sentido único. O desafio político e profissional está em construir encontros nos quais a pergunta deixe de ser “como fazer este estudante caber?” e passe a incluir “o que esta situação revela sobre as condições em que ele estuda, vive e é cuidado?”. Essa mudança não elimina a necessidade de respostas individuais, mas impede que o indivíduo seja transformado no único lugar onde a sociedade procura a causa e a solução de suas contradições.

REFERÊNCIAS

ABREU, M. M. **Serviço social e a organização da cultura: perfis pedagógicos da prática profissional**. São Paulo: Cortez, 2002.

ASSAIFE, T. F. C.; GOMES, M. K.; CARVALHO, L. L.; LUCAS, E. A. J. C. F. Desafios e potencialidades do Programa Saúde na Escola no município do Rio de Janeiro. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 34, e34029, 2024. DOI: 10.1590/S0103-7331202434029pt.

AYRES, J. R. C. M. **Cuidado e reconstrução das práticas de saúde**. Interface - Comunicação, Saúde, Educação, Botucatu, v. 8, n. 14, p. 73-92, 2004. DOI: 10.1590/S1414-32832004000100005.

BRASIL. **Decreto nº 6.286, de 5 de dezembro de 2007**. Institui o Programa Saúde na Escola - PSE e dá outras providências. Diário Oficial da União: Brasília, DF, 6 dez. 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.761, de 19 de novembro de 2013**. Institui a Política Nacional de Educação Popular em Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (PNEPS-SUS). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. **Portaria Interministerial nº 1.055, de 25 de abril de 2017**. Redefine as regras e os critérios para adesão ao Programa Saúde na Escola - PSE por estados, Distrito Federal e municípios e dispõe sobre o respectivo incentivo financeiro para custeio de ações. Diário Oficial da União: Brasília, DF, 26 abr. 2017.

BRASIL. **Lei nº 13.935, de 11 de dezembro de 2019**. Dispõe sobre a prestação de serviços de psicologia e de serviço social nas redes públicas de educação básica. Diário Oficial da União: Brasília, DF, 12 dez. 2019.

BRAVO, M. I. S.; MATOS, M. C. **Projeto ético-político do Serviço Social e sua relação com a Reforma Sanitária: elementos para o debate**. In: MOTA, A. E. et al. (org.). Serviço Social e saúde: formação e trabalho profissional. São Paulo: Cortez, 2009. p. 197-217.

BUSS, P. M. **Promoção da saúde e qualidade de vida**. Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, p. 163-177, 2000. DOI: 10.1590/S1413-81232000000100014.

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

CECÍLIO, L. C. O. **As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção em saúde**. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (orgs.). Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde. 8. ed. Rio de Janeiro: UERJ, IMS: ABRASCO, 2009. p. 117-130.

CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL (CFESS). **Parâmetros para atuação de assistentes sociais na política de saúde**. Brasília, DF: CFESS, 2010.

CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL (CFESS). **Subsídios para a atuação de assistentes sociais na política de educação**. Brasília, DF: CFESS, 2013.

FOUCAULT, M. **Vigiar e punir: nascimento da prisão**. 42. ed. Petrópolis: Vozes, 2014.

IAMAMOTO, M. V. **Serviço Social em tempo de capital fetiche: capital financeiro, trabalho e questão social**. 5. ed. São Paulo: Cortez, 2011.

MEIRA, M. E. M. **Para uma crítica da medicalização na educação**. Psicologia Escolar e Educacional, São Paulo, v. 16, n. 1, p. 135-142, 2012. DOI: 10.1590/S1413-85572012000100014.

MÉSZÁROS, I. **A educação para além do capital**. 2. ed. São Paulo: Boitempo, 2008.

PATTO, M. H. S. **A produção do fracasso escolar: histórias de submissão e rebeldia**. São Paulo: Intermeios, 2015.

SOUSA, M. C.; ESPERIDIÃO, M. A.; MEDINA, M. G. **A intersetorialidade no Programa Saúde na Escola: avaliação do processo político-gerencial e das práticas de trabalho**. Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 22, n. 6, p. 1781-1790, 2017. DOI: 10.1590/1413-81232017226.24262016.

VIEIRA, L. S.; BELISÁRIO, S. A. **Intersectorialidade na promoção da saúde escolar: um estudo do Programa Saúde na Escola**. Saúde em Debate, Rio de Janeiro, v. 42, n. esp. 4, p. 120-133, 2018. DOI: 10.1590/0103-11042018S409.