A CENTRALIDADE DA ESCOLA PÚBLICA COMO AMBIENTE DE SAÚDE INTEGRAL

THE CENTRALITY OF THE PUBLIC SCHOOL AS A COMPREHENSIVE HEALTH ENVIRONMENT

Felipe Araujo Fernandes[1], felipearaujo.fernandes87@gmail.com

Resumo: O artigo investiga a relação histórica e política entre saúde e educação no Brasil, sustentando a centralidade da escola pública na construção de uma política emancipatória de cuidado integral. O percurso inicia-se pela recuperação das transformações paradigmáticas da saúde pública e das raízes da medicina social, demonstrando como a separação burocrática entre os setores historicamente reforçou práticas disciplinares e biomédicas. Em seguida, analisa-se como as desigualdades estruturais condicionam o processo saúde-doença, culminando no atual cenário de patologização escolar, caracterizado pela proliferação indiscriminada de laudos psiquiátricos, medicalização da infância e esgotamento psíquico docente. Ao examinar os limites e as potencialidades das políticas de saúde escolar contemporâneas, frequentemente tensionadas entre ações pontuais e resistências morais conservadoras, o trabalho formula uma proposta institucional estruturada, na qual a escola é vista de forma integral e como ambiente de promoção da saúde em seu amplo sentido. Essa intervenção prevê instâncias locais participativas, protocolos formativos de desmedicalização, valorização do trabalho pedagógico, expansão das linguagens corporais e financiamento intersetorial, reposicionando o território escolar como espaço vivo de acolhimento e cuidado, desenvolvimento humano pleno e instrumentalização para a luta pela dignidade humana.

Palavras-chave: Saúde Coletiva. Educação Pública. Medicalização. Sofrimento Psicossocial.

Abstract: This article investigates the historical and political relationship between health and education in Brazil, advocating for the centrality of the public school in the construction of an emancipatory policy of comprehensive care. The trajectory begins by retrieving the paradigmatic transformations of public health and the roots of social medicine, demonstrating how the bureaucratic separation between both sectors historically reinforced disciplinary and biomedical practices. Next, it analyzes how structural inequalities condition the health-disease process, culminating in the current scenario of school pathologization, characterized by the indiscriminate proliferation of psychiatric labels, the medicalization of childhood, and teachers' psychological exhaustion. Examining the limits and potential of contemporary school health policies — frequently caught between episodic actions and conservative moral resistance —, the paper formulates a structured institutional proposal in which the school is conceived comprehensively and as an environment for health promotion in its broadest sense. This intervention establishes participatory local bodies, formative demedicalization protocols, the valorization of pedagogical work, the expansion of bodily practices, and intersectoral funding, repositioning the school territory as a living space for welcoming and care, full human development, and empowerment in the struggle for human dignity.

Keywords: Collective Health. Public Education. Medicalization. Psychosocial Suffering.

1 INTRODUÇÃO: A ARTICULAÇÃO ENTRE SAÚDE E EDUCAÇÃO E O IMPASSE POLÍTICO CONTEMPORÂNEO

A relação entre as instituições de saúde e o sistema educacional no Brasil carrega uma densa trajetória histórica, marcada por oscilações entre a convergência (de forma mais ou menos burocrática disciplinar) e a fragmentação setorial desarticulada. Em 1930, no bojo das transformações sociopolíticas desencadeadas pela chamada Revolução de 1930 e pela emergência da Era Vargas, o Estado brasileiro criou o Ministério dos Negócios da Educação e Saúde Pública. Longe de representar uma síntese humanística voltada ao pleno desenvolvimento das potencialidades humanas, essa integração institucional expressava um projeto modernizador de cunho ideológico e autoritário; contudo, apresentou de maneira evidente uma discussão sobre a pertinência de pensar saúde e educação de forma conjugada. O projeto carregava um forte traço de moldar, sanear e disciplinar os corpos das classes trabalhadoras, expurgando as endemias que

[1] Doutor em Filosofia (UFRJ). Professor da rede estadual do Rio de Janeiro (SEDUC-RJ). Praticante de Capoeira Angola e Ving Tsun Kung Fu.

comprometiam a força produtiva nacional e instruindo a juventude nos moldes exigidos pela nascente ordem urbano-industrial.

A posterior cisão ministerial, formalizada em 1953 com a criação autônoma do Ministério da Saúde (pela Lei nº 1.920), inaugurou um longo período de maior distanciamento e isolamento administrativo-burocrático entre as duas pastas. Enquanto o setor sanitário enveredou por uma trajetória crescentemente "hospitalocêntrica", tecnicista e curativa — subordinada aos interesses do complexo médico-industrial —, a escola pública foi progressivamente despida de sua dimensão sanitária e comunitária, sendo impelida à transmissão enciclopédica de conteúdos formais e à vigilância comportamental.

Assim, até hoje se reproduzem certas concepções de saúde como sendo a "ausência de doença". Como exemplo, podemos citar uma tendência ao tratar sobre "Educação sexual", como se o tema se reduzisse a orientar a usar preservativo para evitar "DSTs[2]" (e gravidez), de modo que imagens e discursos sobre as doenças eram (e ainda são) despejados para amedrontar os alunos com fins de estimular o uso do preservativo, enquanto que sabemos que a questão é muito mais complexa. Com destaque para o fato de que discutir esse tema ainda é tabu e visto até como "doutrinação" por uma parcela mais conservadora da sociedade.

[2] O termo DST foi usado propositalmente, em vez do termo mais recorrente atualmente: IST. O motivo é porque era o termo mais comum à época e porque reforça essa noção que reproduz a ideia de que a função da escola, ao discutir saúde, é evitar doenças. Enquanto que a concepção mais atual entende que a ausência dos sintomas não é a ausência da infecção, e que ausência de doença não é sinônimo de saúde.

Essa separação institucional consolidou uma fratura artificial entre o ato pedagógico e as condições materiais de reprodução da vida, naturalizando a ideia de que o adoecimento físico e mental pertence estritamente ao consultório médico e à clínica individual, enquanto à escola caberia apenas a cobrança de desempenho cognitivo e a reprodução disciplinar.

No entanto, o cenário escolar contemporâneo explicita o esgotamento radical desse modelo dicotômico. O chão da escola pública brasileira converteu-se no epicentro onde desaguam, de forma dramática, as mais agudas contradições e sintomas da sociedade contemporânea. Observa-se uma escalada sem precedentes de quadros de sofrimento psicossocial que atravessam tanto o corpo discente quanto o corpo docente. Entre os estudantes, multiplicam-se a quantidade de laudos (Moysés; Collares, 1996; Delboni, 2025; Peres, 2026); diagnósticos de ansiedade generalizada, depressão grave, episódios de crises de pânico, manifestações de automutilação e condutas suicidas, fenômenos que alimentam índices alarmantes de evasão e abandono escolar. Paralelamente, os profissionais da educação enfrentam um colapso subjetivo e somático crônico, corporificado na ocorrência avassaladora da Síndrome de Burnout, em afecções fonoaudiológicas e osteomusculares, e no absenteísmo forçado por licenças médicas psiquiátricas recorrentes (Garofalo, 2025; Teixeira; Castilho, 2026; APEOESP, 2026).

A resposta institucional hegemônica a essa crise generalizada tem sido pautada pelo

aprofundamento da medicalização social e pela generalização da chamada "laudificação" escolar. Conflitos inerentes ao processo pedagógico, desigualdades materiais de classe, violências territoriais, precariedades estruturais das unidades de ensino e desmotivações estruturais são sumariamente transmutados em patologias neuroquímicas individuais. Crianças e jovens que expressam inquietação, desatenção ou sofrimento diante de um cotidiano hostil são rapidamente rotulados com códigos diagnósticos de Transtorno do Déficit de Atenção com Hiperatividade (TDAH), Transtorno Opositivo Desafiador (TOD), Transtorno do Espectro Autista (TEA), transtornos depressivos, etc, cuja resposta padrão resume-se à prescrição de psicotrópicos e à desresponsabilização do sistema público e das estruturas políticas.

Diante desse panorama, o presente artigo sustenta a tese de que a superação da crise sanitária e educacional contemporânea exige a refundação da aliança entre Saúde e Educação, não sob a égide do higienismo disciplinar do início do século XX, tampouco sob a lógica assistencialista, fragmentada e prescritiva que prevalece em muitas intervenções atuais, mas a partir do referencial epistemológico e político que busca pensar de forma mais omnilateral a relação imbricada entre saúde e educação. Assim, este artigo mobiliza os conceitos de Saúde Coletiva, Saúde Pública e Determinantes Sociais da Saúde[3] para pensar a escola pública como um território estratégico e central para a proposição de uma política real, integrada e emancipatória de cuidado integral, desmedicalização da existência e promoção da justiça e dignidade social. O texto de Introdução tem a função de apresentar o tema da pesquisa, o problema que será discutido, a justificativa e o(s) objetivo(s) do estudo.

2. A TRAJETÓRIA HISTÓRICO-EPISTEMOLÓGICA DA SAÚDE PÚBLICA: DAS TRÊS ERAS À GÊNESE DA MEDICINA SOCIAL NO BRASIL

2.1 As Três Eras da Saúde e as Mutações Paradigmáticas

Para compreender a complexidade das relações contemporâneas entre saúde e escola, faz-se necessário reconstituir a evolução histórica dos paradigmas explicativos do processo saúde-doença. A historiografia e a epistemologia da saúde pública categorizam essa trajetória em três grandes períodos fundamentais (Nunes, 2010): a Era Social (ou Pré-paradigmática), a Era da Teoria do Germe (ou Bacteriológica) e a Era Pós-Teoria do Germe (marcada pela Epidemiologia Crítica e pela Saúde Coletiva).

A Era Social, predominante até meados do século XIX, caracterizava-se por concepções miasmáticas e ambientais difusas. O adoecimento era compreendido como produto direto das emanações pútridas do solo, das águas estagnadas, dos pântanos e do ar corrompido dos centros urbanos densamente povoados. Nesse momento

[3] Para saber mais, consulte: https://www.paho.org/es/temas/determinantes-sociales-salud.

pré-científico no sentido moderno, a atribuição de causalidade operava em um nível genérico: a "desorganização social", a indigência e a desestrutura urbana eram vistas como focos de pestilência moral e física. As intervenções concentravam-se em medidas rudimentares de drenagem, circulação do ar e afastamento dos focos de odor fétido, sem o conhecimento dos mecanismos biológicos específicos de transmissão das enfermidades. Nessa concepção, prevalecia uma ideologia marcadamente racista, a qual perseguia sobretudo os negros e mais pobres, com a justificativa de que seus ambientes de convívio eram vetores das doenças.

A emergência da Era da Teoria do Germe, impulsionada pelas descobertas de Louis Pasteur, Robert Koch e seus contemporâneos no último terço do século XIX, provocou uma revolução epistemológica de alcance mundial. O modelo unicausal e bacteriológico demonstrou que as doenças infectocontagiosas eram provocadas por microrganismos específicos e identificáveis (bactérias, bacilos e parasitas). Essa virada representou um salto qualitativo no rigor científico e na eficácia diagnóstica, mas gerou um efeito colateral reducionista: o eclipse temporário da dimensão social da saúde. A medicina passou a operar sob uma lógica estritamente biológica e laboratorial, na qual a doença foi descolada das condições materiais de existência e circunscrita à batalha microscópica entre o patógeno invasor e o hospedeiro individual.

Contudo, a transição epidemiológica e demográfica do século XX evidenciou os limites intransponíveis do modelo puramente biológico. A redução das grandes pestes agudas cedeu lugar à hegemonia das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) — tais como hipertensão arterial, diabetes mellitus, cardiopatias, neoplasias e obesidade —, somadas à explosão dos transtornos mentais e da violência urbana. Essas afecções não decorrem da ação de um germe isolado, mas expressam a acumulação de desgastes derivados dos modos de vida, do estresse laboral, dos padrões alimentares ultraprocessados, do sedentarismo imposto pelas configurações urbanas e da precariedade socioeconômica, ou seja, são fruto de um cenário político e social, marcado pelas desigualdades estruturais do capitalismo.

Inaugura-se, assim, a Era Pós-Teoria do Germe. Nessa nova fase, a determinação ambiental e social retorna dialeticamente ao centro da ciência da saúde: se o agente biológico ou genético permanece real, sua suscetibilidade, propagação, manifestação clínica e prognóstico dependem inteiramente da estrutura social, das relações de produção e do acesso aos bens de cidadania.

2.2 A Emergência da Medicina Social no Brasil e o Dispositivo Disciplinar

No contexto brasileiro, a construção histórica do saber e da prática médica revela com nitidez a imbricação entre sanitarismo, controle social e formação do Estado nacional. Conforme demonstraram Roberto Machado (et al.) em sua

obra seminal *Danação da Norma: medicina social e constituição da psiquiatria no Brasil* (1978), a gênese da medicina social no país desdobrou-se sob as coordenadas conceituais da arqueologia do saber foucaultiana. A pesquisa documental realizada pelos autores revelou como a intervenção médica sobre o espaço urbano do final do século XVIII e primeiras décadas do século XIX não visava prioritariamente ao bem-estar altruísta da população, mas à consolidação de um poder normatizador e disciplinar.

Apoiando-se nessa matriz interpretativa, Carvalho e Lima (1992, p. 13) assinalam que o texto de Machado et al. (1978) constitui uma referência incontornável para compreender a medicina como um dispositivo de poder cuja ação incidiu diretamente sobre a reordenação da vida social urbana. A necessidade de intervir sanitariamente sobre as cidades coloniais e imperiais respondia a imperativos econômicos e geoestratégicos de primeira ordem: "[...] o conhecimento da colônia é colocado como fundamento necessário para uma intervenção dirigida ao aumento da produção, defesa da terra, e a saúde da população" (Machado et al., 1978, p. 16).

A "polícia médica", nos termos formulados por George Rosen (1979)[4], operava como uma tecnologia de governo destinada a regular a circulação de mercadorias e corpos, inspecionar portos, controlar habitações populares e normatizar a conduta individual. A saúde da população não era afirmada como um direito inalienável de cidadania, mas como um recurso biológico essencial à preservação da soberania territorial e à intensificação da exploração da força de trabalho escravizada e, posteriormente, assalariada com escassos direitos.

2.3 O diálogo entre rigor científico e ação estatal: a Escola Tropicalista Bahiana e a Sociedade de Medicina do Rio de Janeiro

A consolidação do método experimental na saúde pública brasileira durante a segunda metade do século XIX resultou da confluência dialética entre dois polos institucionais de extrema relevância: a Escola Tropicalista Bahiana (Santos, 2008[5]) e a Sociedade de Medicina e Cirurgia do Rio de Janeiro (Ferreira; Maio; Azevedo, 1997[6]).

A Escola Tropicalista Bahiana, constituída em Salvador entre as décadas de 1860 e 1880 por médicos como Otto Wucherer, Silva Lima e John Paterson, promoveu uma verdadeira revolução epistemológica na ciência médica nacional. Em oposição às especulações teóricas abstratas e ao determinismo climático e racial que imputava a suposta degeneração física e moral da população brasileira ao "clima tórrido dos trópicos" ou à "mestiçagem", os tropicalistas introduziram o método anatomoclínico e experimental rigoroso. Munidos de microscópios, técnicas apuradas de necropsia e instrumental estatístico, eles isolaram os

[4] Conferir: *Da polícia médica à medicina social*. Rio de Janeiro: Graal, 1979.

[5] Conferir: https://fiocruz.br/brasiliana/cgi/cgilua.exe/sys/startf899.html?infoid=552&sid=27

[6] Conferir: https://arca.fiocruz.br/items/530fc6d1-0b89-4fa8-b937-c92150e13638/full

agentes etiológicos específicos de enfermidades devastadoras, provando, por exemplo, que a filariose (causada pela Wuchereria bancrofti) e a ancilostomíase (causada pelo Ancylostoma duodenale) decorriam de parasitas biológicos reais e não de fatalismos climáticos ou raciais.

Por sua vez, a Sociedade de Medicina e Cirurgia do Rio de Janeiro, fundada em 1829 na capital do Império (e que viria a se converter na Academia Nacional de Medicina), desempenhou o papel de articuladora institucional e consultiva junto ao poder central. Enquanto os médicos baianos forneciam as evidências laboratoriais e a metodologia científica de ponta, a Sociedade no Rio de Janeiro traduzia esses achados em propostas legislativas, códigos de posturas municipais, normas de isolamento de portos, desinfecção de habitações coletivas e intervenções no saneamento urbano.

Essa articulação histórica foi de fundamental importância, pois, em resumo, poderíamos dizer que a Bahia forneceu a metodologia científica e o rigor empírico, ao passo que o Rio de Janeiro estruturou a viabilidade política e institucional. Essa síntese rompeu definitivamente com a tese de que o Brasil estaria biologicamente condenado ao atraso em virtude de sua geografia ou "mistura de raças", pavimentando a trajetória de cientistas posteriores como Oswaldo Cruz e Carlos Chagas. Sobretudo, essa experiência demonstrou que o isolamento do parasita não anula a determinação ambiental; ao contrário, evidencia que para debelar a doença biológica é imprescindível intervir nas condições estruturais de saneamento, abastecimento de água, moradia e nutrição coletiva.

3. DETERMINAÇÃO SOCIAL, ESTRATIFICAÇÃO DE CLASSE E SOFRIMENTO PSICOSSOCIAL

3.1 Estratificação Social e Saúde Mental: O Marco de Hollingshead e Redlich

Quando pensamos a condição de saúde, ou, melhor dizendo, de ausência de saúde, como algo relacionado ao ambiente — não de forma biologizante, e sim de maneira mais social e política —, percebemos que muitas doenças são fruto de uma condição estrutural, fruto do contexto social. As doenças fruto de má alimentação, esgotamento, más condições do trabalho e o adoecimento mental são fenômenos indissociáveis das desigualdades fruto da estrutura de classes, como apontam o estudo clássico conduzido pelo sociólogo August Hollingshead e pelo psiquiatra Fredrick Redlich, publicado em 1958 sob o título *Social Class and Mental Illness: A Community Study*. Realizada na comunidade urbana de New Haven, Connecticut (EUA), a investigação combinou com rigor inédito métodos sociológicos de estratificação socioeconômica e categorias nosológicas da psiquiatria, contribuindo de forma decisiva para a consolidação da sociologia médica como campo científico autônomo.

Os achados de Hollingshead e Redlich demonstraram que a prevalência, a tipologia diagnóstica e a modalidade de tratamento dos

transtornos psíquicos distribuíam-se de forma profundamente desigual conforme a posição dos indivíduos na hierarquia de classes. As camadas subalternas (Classe V) apresentavam taxas substancialmente mais elevadas de psicoses e diagnósticos psiquiátricos graves em comparação com as camadas abastadas (Classes I e II), cujas manifestações eram predominantemente enquadradas como neuroses brandas.

Mais perturbador, contudo, foi o desvelamento dos mecanismos institucionais de intervenção terapêutica: enquanto os pacientes pertencentes às elites tinham acesso a psicoterapias individuais prolongadas, dinâmicas e personalizadas — voltadas à restauração do autodomínio e à preservação da dignidade social —, os indivíduos das classes trabalhadoras e empobrecidas eram sumariamente submetidos a tratamentos genéricos, impessoais e invasivos, tais como terapias de choque insulínico e eletroconvulsoterapia, culminando em longos períodos de internação asilar segregadora. O mesmo ocorria com os casos de dependência química (associada à loucura), por exemplo, em que os adictos ricos e pobres são tratados de forma diferente.

O estudo de 1958 provou, portanto, que o aparato de saúde mental não apenas falhava em enfrentar as disparidades materiais, mas funcionava como uma engrenagem ativa de reprodução e aprofundamento da violência de classe e de controle social. E a escola, por sua vez, operava como um aparelho de reprodução dessa concepção ideológica: ao traduzir o conflito social e a precariedade dos estudantes das classes desfavorecidas em "desvios de conduta" ou "déficits de inteligência", a instituição escolar alimentava a engrenagem médica com sujeitos pré-rotulados, naturalizando a desigualdade ao transformá-la em patologia individual.

Assim, por exemplo, os desvios morais dos estudantes das classes abastadas eram vistos como "travessuras de adolescentes", enquanto os das camadas pobres eram rotulados como "delinquência" e degeneração, bem como todo um modo de punição sempre mais severo. Nesse contexto, a evasão escolar dos mais pobres era tomada como "falta de capacidade" ou "desinteresse da família", ao passo que a escola ativamente expulsava esses jovens através de uma perseguição invisível, como mostra a obra *Elmtown's Youth: The Impact of Social Classes on Adolescents* (1949), de Hollingshead.

3.2 A Epistemologia da Saúde Coletiva Latino-Americana e a Crítica ao Conceito de Risco

No âmbito do pensamento sanitário crítico, o diálogo entre as ciências sociais e a epidemiologia passou por sucessivas reconfigurações paradigmáticas. Ao analisar a trajetória histórica dessa interface, Everardo Nunes (2000) destaca o movimento oscilante da dimensão social no campo médico:

> Não precisaríamos repetir que o "social" que se anexa à medicina e à saúde está presente-ausente-presente na trajetória histórica; num primeiro momento, quase que de forma pré-

> paradigmática, quando de maneira incerta e nebulosa atribui-se, por exemplo, de forma genérica, que a desorganização social é a causa de todos os males, numa fase pré-constituição da sociologia como ciência. (Nunes, 2000, p. 253)

A superação dessa fase intuitiva e a construção de um estatuto teórico rigoroso exigiram o desenvolvimento da Epidemiologia Crítica e da concepção de Saúde Coletiva na América Latina a partir da década de 1970. Como pontuam Barata e Barreto (1996, p. 73), "o desafio está em superar as limitações representadas pelo caráter instrumental, materializado no conceito de risco, na busca de objetos modelos com capacidade heurística, sem entretanto romper, descaracterizando, os limites da disciplina". O reducionismo do "fator de risco" biomédico, ao isolar variáveis comportamentais descontextualizadas (como dieta inadequada ou sedentarismo), oculta a totalidade das relações sociais que condicionam tais escolhas.

Frente a essa limitação empírica e conceitual, teóricos latino-americanos forjaram categorias de alto poder explicativo: Jaime Breilh desenvolveu a teoria da determinação social e do perfil epidemiológico; Asa Cristina Laurell formulou o conceito de nexo biopsíquico no processo de trabalho; Cristina Possas articulou a categoria modo de vida à heterogeneidade estrutural; e Juan Samaja estruturou a teoria da reprodução social da saúde. No Brasil, essas formulações encontraram eco e desdobramento nas reflexões conceituais de José Ricardo Ayres (1994, 1995) sobre vulnerabilidade e cuidado, nas investigações de Dina Czeresnia (1997) sobre os sentidos do prevenir e promover, e nos trabalhos de Naomar de Almeida Filho (1989) sobre a crítica aos fundamentos da ciência epidemiológica.

Na educação, destacamos dois estudos: a obra *A produção do fracasso escolar: histórias de submissão e rebeldia (1990)*, de Maria Helena Souza Patto, que quebra o mito de que o aluno pobre repete de ano por deficiência cognitiva, psicológica ou por causa de uma suposta "pobreza cultural" da família. Ela aponta que o fracasso não é do aluno, mas é ativamente produzido pelo cotidiano burocrático, preconceituoso e excludente da própria escola. E a obra *Preconceitos no cotidiano escolar: a medicalização do fracasso escolar* (1996), de Cecília Azevedo Lima Collares e Maria Aparecida Affonso Moysés, na qual as autoras revelam como os professores julgam a aparência, o falar e a origem social das crianças da periferia. Se um aluno de classe média se agita, ele é "criativo"; se um aluno pobre se agita, ele é rotulado como "indisciplinado" ou "agressivo". O preconceito social reproduzido nas estruturas escolares dita quem vai receber atenção pedagógica e quem vai ser deixado de lado.

3.3 A Patologização do Espaço Escolar: Laudos, Medicalização e Precarização Docente

Quando transferimos esse arcabouço teórico para o cotidiano da educação pública brasileira, o mecanismo de biologização dos conflitos sociais revela-se com clareza. A escola pública atende majoritariamente a juventude das periferias e favelas urbanas, submetida a condições de vulnerabilidade

extrema, ausência de saneamento básico ideal, insegurança alimentar, precariedade habitacional e exposição à violência de Estado e do crime organizado. Sem falar das questões emocionais e psicológicas que assolam nossa geração como um todo, e que, obviamente, pesam ainda mais sobre as parcelas mais pobres, em especial crianças e adolescentes.

Incapaz de oferecer uma infraestrutura física condigna e recursos pedagógicos adequados, o sistema estatal tende a traduzir as manifestações de indignação, dispersão, desmotivação ou dificuldade de aprendizagem desses educandos como "déficits neurobiológicos". Assim, um problema que é estrutural e social é, muitas vezes, individualizado, patologizando o estudante ou responsabilizando o educador, que pode ser acusado de "incompetência" ou falta de "amor ao ofício", ou pressionado a criar métodos "inovadores" e atrativos de ensinar e para compreender as "limitações" dos estudantes. Na prática, a obsessão burocrática pelos índices nas avaliações externas subverte a função formativa da escola, convertendo a avaliação em mero instrumento punitivo ou de aprovação automática. Em vez de fomentar uma formação voltada à autonomia e à autoria, entrega-se um atestado prévio de incapacidade intelectual, impedindo que os educandos se desenvolvam a partir de instrumentos avaliativos que efetivamente os desafiem e encorajem rumo à emancipação crítica (Fernandes, 2026). Esse modelo educacional tem peso determinante sobre a saúde dos estudantes e efeitos colaterais para a forma como a nova geração lida com os desafios da vida (incluindo a própria saúde).

Um dos resultados é que assiste-se, desse modo, à fabricação em larga escala de crianças "laudadas". O laudo psiquiátrico cumpre a função ideológica perversa de pacificar a inquietude e silenciar a contestação: o aluno medicado com psicoestimulantes (como o metilfenidato) torna-se quimicamente dócil, enquanto as razões estruturais do seu sofrimento — a desagregação comunitária, as restrições materiais, as pressões emocionais, o fracasso do modelo pedagógico tradicional de dar atenção a quem mais tem dificuldades — permanecem intocadas. Trata-se da reedição contemporânea daquilo que Hollingshead e Redlich denunciaram em 1958: tratamentos invasivos e farmacológicos padronizados para as classes subalternas, isentando as instituições governamentais de qualquer autoavaliação crítica.

Com destaque para o fato de que os professores, cada vez mais, são empurrados a cumprir tarefas "médicas", no sentido de que precisam lidar com crises de ansiedade, síndromes do pânico, transtornos, suporte emocional, adaptações de provas e avaliações. A escola opera como uma espécie de antessala da atenção primária de saúde, porém, sem ter a formação necessária para isso e as condições estruturais para tal. O resultado é que o adoecimento entre os educadores aumenta exponencialmente, enquanto que os adolescentes não recebem um atendimento profissional correto e eficaz.

O corpo docente encontra-se submetido a

um processo sistemático de degradação das condições de trabalho. A compressão salarial, a superlotação das salas de aula, a precariedade dos contratos temporários, a falta de apoio psicopedagógico e as cobranças burocráticas por metas padronizadas produzem um cenário de exaustão física e mental. O sofrimento docente expressa-se na proliferação da Síndrome de Burnout, episódios depressivos graves, medicalização e licenças médicas. Todavia, sob a ideologia liberal dominante, esse esgotamento é rotulado como "incompetência pessoal" ou "fragilidade emocional", relegando os professores ao consumo solitário de ansiolíticos e antidepressivos, sem que se intervenha nas matrizes geradoras do estresse ocupacional. Não é em vão que há um alto índice de professores que abandonam a função (Fraga, 2025; Maia, 2023), ao mesmo tempo em que o interesse dos jovens pela profissão diminui de forma preocupante (Barros, 2025).

4. MARCOS INSTITUCIONAIS DA SAÚDE ESCOLAR: EVOLUÇÃO, AVANÇOS E CONTRADIÇÕES

4.1 A Reorientação Paradigmática da Carta de Ottawa (1986)

O reconhecimento internacional da insuficiência dos modelos curativos tradicionais culminou na realização da Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde em 1986, da qual emanou a histórica Carta de Ottawa[7]. O documento redefiniu a promoção da saúde como o "processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria de sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo". Rompeu-se, assim, com a exclusividade do setor biomédico hospitalar, postulando que a saúde é gerada nos cenários da vida cotidiana.

> [...] É essencial proporcionar meios para que, ao longo de sua vida, a população se prepare para as diferentes etapas da mesma e enfrente as enfermidades e lesões crônicas. Isto só será possível através das escolas, lares, lugares de trabalho e ambiente comunitário, no sentido de que exista uma participação ativa por parte das organizações profissionais, comerciais e beneficentes, orientada tanto ao exterior como ao interior das próprias instituições. (Carta de Ottawa, 1986, p. 3)

A Carta de Ottawa sugere a escola como um espaço privilegiado de produção de saúde, estabelecendo que a aquisição de autonomia e de recursos para a vida exige a criação de ambientes favoráveis e o reforço da ação comunitária participativa.

4.2 A Iniciativa Regional de Escolas Promotoras de Saúde (IREPS / OPAS)

Em consonância com as diretrizes de Ottawa, a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) lançou, a partir de 1995, a Iniciativa Regional de Escolas Promotoras de Saúde (IREPS) com vistas a fortalecer as capacidades dos países da América Latina e do Caribe (Ipollito-Sheperd, 2003; Cerqueira, 2007). A implantação dessa estratégia

[7] Disponível em: https://cidadessaudaveis.org/wp-content/uploads/2020/02/carta_ottawa.pdf

assenta-se na articulação trilateral entre educação, saúde e comunidade, demandando o protagonismo dos sujeitos escolares na identificação e enfrentamento de suas necessidades.

O modelo das Escolas Promotoras de Saúde estrutura-se sobre três pilares interdependentes (Silva et al., 2007; Harada, 2003):

• 1º Pilar - Educação para a saúde com enfoque integral: Desenvolvimento de competências críticas e habilidades para a vida, superando a mera transmissão de preceitos higiênicos e fomentando a cidadania ativa.

• 2º Pilar - Criação e manutenção de ambientes físicos e psicossociais saudáveis: Garantia de infraestrutura escolar segura, higiênica e acolhedora, combinada a uma atmosfera relacional democrática, livre de discriminação e violências.

• 3º Pilar - Oferta articulada de serviços de saúde, alimentação saudável e vida ativa: Acesso integrado a serviços essenciais de atenção básica, oferta de merenda escolar nutricionalmente equilibrada e promoção regular de práticas corporais.

4.3 O Programa Saúde na Escola (PSE) no Brasil: avanços, limites e contradições

No ordenamento pedagógico brasileiro, os Parâmetros Curriculares Nacionais (PCN) estabeleceram que os conteúdos relativos à saúde devem comparecer no currículo da formação básica como uma abordagem transversal e interdisciplinar (Brasil, 2001). Essa diretriz buscou garantir que a saúde deixasse de ser um tópico isolado das ciências biológicas para se tornar objeto de reflexão cotidiana em todas as áreas do conhecimento escolar.

No plano das políticas públicas institucionalizadas, o marco definidor é o Decreto Presidencial n. 6.286, de 5 de dezembro de 2007, que instituiu o Programa Saúde na Escola (PSE). Concebido como uma política intersetorial entre o Ministério da Saúde e o Ministério da Educação, o PSE objetiva integrar a Atenção Primária à Saúde — por meio da Estratégia Saúde da Família (ESF) — às redes públicas de ensino fundamental e médio.

A implementação concreta do Programa Saúde na Escola (PSE) expõe um descompasso estrutural entre a concepção de uma política integradora e sua efetivação no cotidiano das instituições de ensino. No plano normativo, o programa representa um avanço relevante ao estabelecer canais formais de comunicação entre as Unidades Básicas de Saúde (UBS) e as escolas inseridas em um mesmo território. Essa proximidade permite que as equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF) tenham contato direto com as condições concretas de vida das famílias e dos estudantes, abrindo caminho para a territorialização do cuidado. No entanto, na dinâmica prática da escola, essa articulação é frequentemente neutralizada pela prevalência de ações episódicas e fragmentadas. O modelo dos chamados "dias de campanha" restringe a intervenção a procedimentos pontuais de triagem — como aferição antropométrica, acuidade visual e vacinação —, sem

acompanhamento longitudinal das demandas e sem diálogo com o projeto político-pedagógico. Essa limitação é agravada pela crônica sobrecarga de trabalho tanto dos profissionais de saúde quanto dos docentes, combinada à ausência de horários institucionais protegidos para planejamento conjunto e rotinas estáveis de matriciamento.

No âmbito pedagógico e curricular, o PSE viabilizou a transversalidade de temas importantes para a formação dos educandos, tais como a prevenção de agravos, a nutrição adequada, a saúde bucal e o autocuidado. Contudo, a pretensão de consolidar uma educação em saúde emancipatória esbarra frequentemente na resistência imposta por pressões conservadoras (sobretudo de base religiosa). A abordagem de temas urgentes para a juventude — a exemplo da saúde sexual e reprodutiva, métodos contraceptivos, prevenção de infecções transmissíveis e estratégias de redução de danos frente ao uso de substâncias — sofre censuras sistemáticas no interior da comunidade escolar. Esse cerceamento moral esvazia a densidade formativa do programa, confinando o debate sobre saúde a prescrições higiênicas descritivas que silenciam as contradições e os conflitos materiais vividos pelos estudantes. E, sobretudo, cerceiam a liberdade dos educadores e dos próprios estudantes (que se colocam contra as regras familiares).

Por fim, a interface com a saúde mental concentra a contradição mais sensível da prática institucional. A inserção do olhar sanitário no cotidiano escolar detém o mérito inegável de possibilitar a identificação precoce de vulnerabilidades sociais graves, negligências e violências domésticas. Por outro lado, essa presença opera sob o risco permanente de captura biomédica. Sem uma compreensão crítica da determinação social do processo saúde-doença e das próprias carências estruturais da rede pública, manifestações de inquietude discente, dificuldades de aprendizagem e conflitos relacionais são rapidamente patologizados. Desloca-se o problema das contradições pedagógicas e materiais para o organismo individual do aluno, alimentando a emissão indiscriminada de laudos psiquiátricos e a contenção medicamentosa da infância e da juventude. Além do fato de que a quantidade de profissionais é muito inferior à demanda: é preciso de cuidadores, monitores, enfermeiros, médicos, psicólogos, assistentes sociais permanentes nas escolas. Além de destinar tempo da jornada de trabalho dos educadores (e dos profissionais de saúde) para reuniões regulares sobre a saúde da comunidade escolar e de planejamento intersetorial de ações contínuas.

Para haver "saúde na escola", é preciso enfrentar esses limites, ou, teremos apenas "ações pontuais" da área da saúde dentro da escola e não uma "escola como espaço de saúde". Assim, frequentemente se reproduz o modelo assistencialista e higienista, em que técnicos de saúde adentram a escola apenas para coletar dados antropométricos ou aplicar imunizantes, retirando-se em seguida sem estabelecer vínculos duradouros com o corpo docente/discente ou com o projeto político-pedagógico da instituição. Superar esse

estrangulamento exige transformar a própria estrutura de governança escolar. Portanto, é um problema antes político, do que meramente pedagógico ou médico. E que tem, obviamente, uma base filosófica, no sentido de que exige uma concepção de educação e de saúde distinta da que temos hoje como modelo ideológico.

5. Considerações finais e proposta operativo-institucional: a escola como ambiente de promoção da sáude

A análise histórica e conceitual empreendida buscou demonstrar que nem o modelo de controle "biopolítico" do corpo para o trabalho fabril (herdeiro da Era Vargas), nem o modelo assistencialista, pontual e medicalizante que predomina na contemporaneidade respondem às urgências da sociedade brasileira. Faz-se urgente a instituição de uma nova aliança entre Saúde e Educação, alicerçada nos princípios da Saúde Coletiva, no fortalecimento da concepção de Saúde Pública (e do SUS) e na defesa da escola como espaço de saúde e de educação dos sujeitos para uma vida saudável, que envolve corpo, mente e vida social.

Para que essa concepção se materialize na prática institucional cotidiana, apresenta-se a seguir uma proposta de intervenção estruturada em quatro eixos operativos fundamentais:

Eixo 1: Governança Territorial e Comissões Locais de Educação e Saúde (COLES)

Propõe-se a criação efetiva, no âmbito de cada unidade escolar da rede pública de Educação Básica, de uma Comissão Local de Educação e Saúde (COLES). A COLES não deve ser uma instância meramente burocrática, mas um órgão colegiado permanente, de caráter consultivo e deliberativo sobre a política sanitária da escola. Elas devem ter Composição Paritária e Intersetorial**,** integrada por: (a) representantes do corpo docente eleitos pelos pares; (b) dos estudantes (grêmio estudantil ou conselho discente); (c) de pais/responsáveis ou da Associação de Pais e Mestres (APM); (d) Agente Comunitário de Saúde (ACS) e enfermeiro/médico da Equipe de Saúde da Família (eSF) da UBS adscrita; (e) articulador do Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB) ou do Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil (CAPSi); e (f) membro da equipe de gestão/orientação pedagógica da escola.

A COLES realizará regularmente um mapeamento vivo das vulnerabilidades e potencialidades do território adscrito ao entorno escolar, identificando condições de saneamento, pontos de descarte irregular de resíduos, carências nutricionais, índices de violência doméstica/territorial e focos de sofrimento psíquico.

Além disso, organizará reuniões regulares de matriciamento intersetorial, garantindo tempo institucional protegido no calendário escolar para alinhamento entre educadores e profissionais de saúde, avaliando casos complexos de forma

multidisciplinar e pactuando fluxos contínuos de cuidado comunitário.

Eixo 2: Protocolos Institucionais de Desmedicalização e Cuidado Psicossocial

Com o intuito de interromper a engrenagem que converte sofrimento social em laudos psiquiátricos e consumo indiscriminado de medicamentos psicotrópicos, propõe-se uma reorientação radical dos fluxos de atenção psicossocial na escola:

• **Criação dos Espaços de Acolhimento e Escuta Qualificada:** Estruturação de ambientes permanentes de acolhimento emocional nas escolas, mediados por equipes interdisciplinares e orientadores pedagógicos capacitados em práticas restaurativas e círculos de cultura, proporcionando espaços seguros para desabafo, elaboração de conflitos e fortalecimento de vínculos comunitários.

• **Protocolo Anti-Medicalização em Três Fases:** Antes de qualquer encaminhamento de estudante para diagnóstico psiquiátrico externo, a escola deverá cumprir um protocolo obrigatório de três etapas: (1) Avaliação Pedagógica e Curricular Crítica: investigar se as dificuldades de aprendizagem decorrem de métodos didáticos não adequados, defasagem escolar acumulada, infraestrutura precária ou desmotivação individual; (2) Escuta Familiar e Social: analisar o contexto sociofamiliar (segurança alimentar, violências, moradia, trabalho dos responsáveis); (3) Intervenção Psicossocial Coletiva: desenvolvimento de estratégias pedagógicas diferenciadas e atividades expressivas (artes, esportes, oficinas corporais) por um período mínimo de alguns meses. O encaminhamento psiquiátrico será restrito a quadros de sofrimento severo e persistente, e sob acompanhamento de uma equipe de saúde multidisciplinar (enfermeiro, assistente social, psicólogo, por exemplo).

• **Programa Permanente de Saúde do Trabalhador Docente:** Implantação de ações sistemáticas de prevenção ao Burnout e ao esgotamento mental docente, englobando ginástica laboral ergonômica, grupos de reflexão e apoio mútuo, redução de sobrecargas burocráticas extracurriculares e garantia de suporte psicológico institucional descentralizado, desestigmatizando o afastamento para tratamento.

Eixo 3: Práxis Pedagógica Transversal e Educação Crítica em Saúde

A saúde deve ser incorporada organicamente ao Projeto Político-Pedagógico (PPP) de forma transversal e crítica, ultrapassando os limites das aulas de Biologia ou Ciências Naturais:

• **Soberania Alimentar e Hortas Pedagógicas Comunitárias:** Integração do currículo com o cultivo de hortas agroecológicas

escolares, discutindo a cadeia dos agrotóxicos, o direito à alimentação saudável, a merenda escolar livre de ultraprocessados e a prevenção de Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), como obesidade, diabetes e hipertensão. Os estudantes devem ter, além de uma alimentação saudável, uma compreensão dos motivos e construção do cardápio, além de todo o processo de produção dos alimentos. Como local em que os estudantes estão a maior parte do tempo de seus dias, eles devem ter uma alimentação saudável e, uma educação alimentar que de fato mostre que é possível se alimentar de forma saudável e com prazer, o que deve transbordar para os momentos em que eles estiverem fora do ambiente escolar.

- **Educação em Direitos Sexuais, Reprodutivos e Igualdade de Gênero:** Enfrentamento do conservadorismo moral por meio de abordagens científicas, laicas e interdisciplinares sobre saúde sexual, prevenção de infecções sexualmente transmissíveis (IST/DST), gravidez não planejada na adolescência, diversidade e combate irrestrito às violências baseadas em gênero. Além disso, é preciso entender a saúde sexual para além da biologia, mas, entendo como, em nossa sociedade, há ideologias que constroem os padrões de sexualidade e performance de gênero (como a indústria pornô, a indústria estética e o fanatismo religioso) que discriminam certas condutas (como a homossexualidade) e, por outro lado, reproduzem certas posturas opressoras, como o machismo, o estímulo à misoginia e à homofobia e definem padrões de beleza excludentes e opressores. Esses temas têm total relação com a saúde mental (e a educação sexual), e devem ser trabalhados dentro da sala de aula, em todas as disciplinas e em ambientes extraclasses, de acordo com as demandas de cada escola e momento histórico, por exemplo, com o aumento de casos de *bullying*, de feminicídio e de misoginia (como grupos de "*redpill*"). A construção dessa consciência e responsabilidade sobre as ações terá um efeito positivo para as relações humanas em geral, para além das relações sexuais, enfrentando relações abusivas, tóxicas e opressoras.

- **Oficinas de Produção Cultural e Narrativas Juvenis:** Estímulo à criação de expressões artísticas (fanzines, rádios comunitárias escolares, poesias, artes visuais, cênicas e musicais) como ferramentas pedagógicas de expressão do sofrimento psicossocial, transformando o mal-estar silencioso em potência coletiva de transformação e autoria juvenil.

- **Ampliação da educação física e práticas esportivas:** na contramão das reformas que reduzem a carga horária da Educação Física, é preciso ampliar o tempo de atividades com o corpo, como esportes dos mais diversos, lutas, danças e todo tipo de atividade que eduque o corpo e entenda a relação umbilical entre a saúde do corpo e saúde da mente. O cenário pós-pandêmico explicitou o esgotamento do modelo escolar estritamente conteudista e sedentário, demandando

uma pedagogia que reconheça a corporeidade como território indissociável da saúde mental, da sociabilidade e da expressão da política (Fernandes, 2023).

Eixo 4: Financiamento Intersetorial Vinculado e Monitoramento Participativo

Nenhuma política pública emancipatória sustenta-se sem o devido respaldo material e financeiro. Propõem-se mecanismos transparentes de financiamento e avaliação:

- **Rubrica Orçamentária Intersetorial Vinculada:** Criação de fundos municipais e estaduais conjuntos de fomento à Saúde Escolar Integrada, alimentados por percentuais fixos pactuados entre as dotações das Secretarias de Educação e de Saúde, garantindo verbas específicas e descentralizadas para que cada COLES execute seus planos territoriais. Isso implica uma ampliação exponencial de contratação de servidores públicos (da educação, da saúde e de funções intersetoriais), de modo que não sobrecarregue os profissionais atuais com mais demandas. Além disso, é preciso uma remuneração adequada e digna, de modo que esses profissionais não sejam eles próprios empurrados para o sofrimento psíquico e adoecimento fruto de altas demandas laborais, como ocorre hoje na categoria de professores. Se os profissionais da saúde e da educação estiverem adoecidos eles não são capazes de contribuir para a promoção da saúde e de uma escola como ambiente de saúde.

- **Índice de Qualidade de Vida e Convivência Escolar:** Substituição das métricas quantitativas simplistas (número de pesagens realizadas ou laudos emitidos) por indicadores multidimensionais de bem-estar coletivo, medindo: redução das taxas de evasão e abandono; queda nos afastamentos por sofrimento mental docente; índices de mediação bem-sucedida de conflitos sem punitivismo; grau de satisfação comunitária e ampliação da oferta de práticas corporais e culturais na escola. A escola deve parar de ser um espaço de mera pressão e exigência de "aprovação", baseada em índices quantitativos, e ser um ambiente agradável e prazeroso de estar, para professores e alunos. O que implica enfrentar a lógica de meritocracia, competitividade e tecnicismo profissional que domina a educação.

Em conclusão, conceber a escola como espaço central de saúde coletiva significa reafirmar seu papel como na linha do que é defendido no Artigo 205 da Constituição, ou seja, a escola como espaço realmente para a construção de um ser humano pleno, em sua onilateralidade, preparado para o exercício efetivo de sua vida social, o que inclui o mundo do trabalho, as relações humanas e a atuação consciente na vida política, apto a intervir em defesa das liberdades democráticas e em prol da dignidade humana.

Ao transmutar a escola de um antigo posto de polícia médica ou de um moderno balcão de

laudos em um verdadeiro polo de acolhimento e emancipação territorial, a sociedade brasileira dará um passo decisivo para enfrentar as raízes estruturais do adoecimento e construir um futuro de efetiva justiça social e pedagógica.

Isso exige aplicar um projeto real de Educação Integral, não só porque a carga horária vai ser ampliada, mas porque de fato a concepção de escola precisa entender o ser humano de forma integral, de maneira que, nas escolas, crianças e adolescentes tenham tempo de receber cuidado, em um amplo sentido do termo. A concepção de saúde precisa ser dilatada e a escola ocupar um lugar central em ser o espaço em que esses serviços básicos sejam oferecidos, além de ser, também, um espaço de liberdade, criatividade e de descobertas.

É possível uma escola mais saudável, repleta de arte, esporte, cultura, relações sociais saudáveis, alimentação boa e consciente e saberes construídos coletivamente. E esse projeto tem o potencial de transformar radicalmente o modo como os jovens enxergam a escola pública, no sentido de conquistá-los para a importância social dessa instituição.

Contudo, isso implica bem mais que apenas uma boa vontade de alguns ou mesmo um plano muito bem elaborado ou leis sofisticadas. A questão é, antes de tudo, política e exige uma capacidade de organização social e de enfrentamento às estruturas que podem ver nesse projeto um risco ao modelo social que temos hoje, de hierarquia social. Isso porque esse modelo de escola pode contribuir para uma emancipação humana, social e política perigosa para as elites que se beneficiam da atual condição de sucateamento e precarização que as redes públicas educacionais e de saúde vivem hoje.

Se o projeto de escola como ambiente de saúde prevalecer, não ganham só os estudantes; ganha toda a sociedade.

REFERÊNCIAS

ABREU, Diego Feijó de. Violência contra professores: Brasil lidera ranking de intimidação da OCDE e 65,6% relatam agressões em SP. **Revista Fórum**, São Paulo, 21 jul. 2026. Disponível em: https://revistaforum.com.br/politica/violencia-contra-professores-br/. Acesso em: 19 ago. 2026.

ALMEIDA FILHO, N. **Epidemiologia sem números**: uma introdução crítica à ciência dos epidemiologistas. Rio de Janeiro: Campus, 1989.

APEOESP. **Pesquisa sobre saúde mental dos servidores da educação paulista**. São Paulo: Sindicato dos Professores do Ensino Oficial do Estado de São Paulo, 2026.

AYRES, J. R. C. M. **Epidemiologia e emancipação**. São Paulo: Hucitec-Abrasco, 1995.

AYRES, J. R. C. M. **Sobre o risco**: para compreender a epidemiologia. São Paulo: Hucitec, 1994.

BARATA, R. B.; BARRETO, M. L. Algumas questões sobre o desenvolvimento da epidemiologia na América Latina. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 1, p. 73-79, jan./mar. 1996.

BARROS, Duda Monteiro de. Estudo faz soar um alerta: cada vez menos jovens aspiram a ser professores. **Veja**, São Paulo, 14 nov. 2025. Disponível em: https://veja.abril.com.br/educacao/estudo-faz-soar-um-alerta-cada-vez-menos-jovens-aspiram-a-ser-professores/. Acesso em: 17 ago. 2026.

BRASIL. Ministério da Educação. Secretaria de Educação Fundamental. **Parâmetros curriculares nacionais**: terceiro e quarto ciclos: apresentação

dos temas transversais. Brasília: MEC/SEF, 2001.

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

CARVALHO, A. I.; LIMA, G. Z. Saúde e educação: uma relação histórica e necessária. In: LIMA, G. Z. (Org.). **Saúde escolar e educação**. São Paulo: Cortez, 1992. p. 11-28.

CERQUEIRA, M. T. A construção da rede Latino Americana de escolas promotoras de saúde. In: BRASIL. Ministério da Saúde. **Escolas promotoras de saúde**: experiências no Brasil. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

CZERESNIA, D. **Categorias de pensamento na epidemiologia**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1997.

DELBONI, Carolina. **Quando tudo vira laudo: a explosão de diagnósticos na infância e adolescência**. Estadão, Blogs (E+), São Paulo, 8 set. 2025. Disponível em: https://www.estadao.com.br/emais/carolina-delboni/quando-tudo-vira-laudo-a-explosao-de-diagnosticos-na-infancia-e-adolescencia/. Acesso em: 17 ago. 2026.

FERNANDES, Felipe Araujo. A importância de uma Filosofia que pense o corpo no cenário pós-pandemia. **Ensino em Perspectivas**, Fortaleza, v. 4, n. 1, p. 1-23, 2023. Disponível em: https://revistas.uece.br/index.php/ensinoemperspectivas/article/view/11886. Acesso em: 17 ago. 2026.

FERNANDES, Felipe Araujo. Educar para a Maioridade: por avaliações que desafiem e encorajem. **Revista Educação e Emancipação**, São Luís, v. 19, e-28261, 2026. Disponível em: https://periodicoseletronicos.ufma.br/index.php/reducacaoemancipacao/article/view/28261. Acesso em: 17 ago. 2026.

FERREIRA, Luiz Otávio; MAIO, Marcos Chor; AZEVEDO, Nara. **A Sociedade de Medicina e Cirurgia do Rio de Janeiro**: a gênese de uma rede institucional alternativa. História, Ciências, Saúde - Manguinhos, v. 4, n. 3, p. 475-491, nov. 1997.

FIGUEIREDO, T. A. M.; MACHADO, V. L. T.; ABREU, M. M. S. A saúde na escola: um breve resgate histórico. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 2, p. 397-402, 2010.

FRAGA, César. **Entre 2020 e 2025, quase 10 mil professores pediram para sair**. Extra Classe, Porto Alegre, 16 jul. 2025. Disponível em: https://www.extraclasse.org.br/educacao/2025/07/entre-2020-e-2025-quase-10-mil-professores-pediram-para-sair/. Acesso em: 17 ago. 2026.

FREIRE, Paulo. **Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa**. São Paulo: Paz e Terra, 1996.

FREITAS, Luiz Carlos de. **A reforma empresarial da educação: nova direita, velhas ideias**. São Paulo: Expressão Popular, 2018.

GAROFALO, Débora. **A urgência da valorização docente em tempos de adoecimento coletivo**. Revista Educação, São Paulo, 20 jun. 2025. Disponível em: https://revistaeducacao.com.br/2025/06/20/valorizacao-docente/. Acesso em: 17 ago. 2026.

HARADA, J. Introdução. In: SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA. **Escola promotora de saúde**. Brasília: Sociedade Brasileira de Pediatria, 2003.

HOLLINGSHEAD, August Belmont. **Elmtown's youth: the impact of social classes on adolescents**. New York: John Wiley & Sons, 1949.

HOLLINGSHEAD, A. B.; REDLICH, F. C. **Social class and mental illness**: a community study. New York: John Wiley & Sons, 1958.

IPOLLITO-SHEPERD, J. A promoção da saúde no âmbito escolar: a iniciativa regional escolas promotoras de saúde. In: Sociedade Brasileira de Pediatria. **Escola promotora de saúde**. Brasília: Sociedade Brasileira de Pediatria, 2003.

MACHADO, R. et al. **Danação da norma:**

medicina social e constituição da psiquiatria no Brasil. Rio de Janeiro: Graal, 1978.

MAIA, Bibiana. **Desmotivados com a carreira, professores abandonam a sala de aula**. Projeto Colabora, Rio de Janeiro, 10 dez. 2023. Disponível em: https://projetocolabora.com.br/ods4/desmotivados-com-a-carreira-professores-abandonam-a-sala-de-aula/. Acesso em: 17 ago. 2026.

MOYSÉS, Maria Aparecida Affonso; COLLARES, Cecília Azevedo Lima. **A transformação do espaço pedagógico em espaço clínico:** a patologização da educação. Série Idéias, São Paulo, n. 23, p. 25-31, 1996.

NUNES, E. D. **Sobre a história da saúde pública**: ideias e autores. Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 5, n. 2, p. 251-264, 2000.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Carta de Ottawa sobre promoção da saúde**. Ottawa: OMS, 1986.

PATTO, Maria Helena Souza. **A produção do fracasso escolar: histórias de submissão e rebeldia**. São Paulo: T. A. Queiroz, 1990.

PERES, Edis Henrique. **Percentual de estudantes com deficiência praticamente triplicou na última década**. R7 Planalto, Brasília, DF, 26 fev. 2026. Disponível em: https://noticias.r7.com/prisma/r7-planalto/percentual-de-estudantes-com-deficiencia-praticamente-triplicou-na-ultima-decada-26022026/. Acesso em: 17 ago. 2026.

ROSEN, G. **Da polícia médica à medicina social**: ensaios sobre a história da assistência médica. Rio de Janeiro: Graal, 1979.

SANTOS, Luiz Antonio de Castro. O pensamento sanitário no Brasil do século XIX: a Escola Tropicalista Baiana e a medicina social. **História, Ciências**, Saúde – Manguinhos, Rio de Janeiro, v. 15, supl., p. 11-28, 2008.

SILVA, C. S. et al. Escola promotora de saúde: uma nova forma de fazer saúde escolar. In: LOPEZ, F. A.; CAMPOS JUNIOR, D. (Orgs.). **Tratado de pediatria**. Barueri: Manole, 2007. v. 1, p. 115-122.

TEIXEIRA, Brenda; CASTILHO, Jade. Saúde mental de professores: por que o adoecimento vai além do indivíduo. **Fundação Carlos Chagas (FCC),** São Paulo, 23 jul. 2026. Disponível em: https://www.fcc.org.br/fcc-noticia/saude-mental-de-professores-por-que-o-adoecimento-vai-alem-individuo/. Acesso em: 17 ago. 2026.