

A Saúde *na* e *da* Escola: entre a reprodução e a emancipação

Mauren Lúcia Braga de Araújo¹
Alan Goularte Knuth²

Resumo:

Neste ensaio discutimos as dimensões da saúde *na* e *da* escola pública brasileira a partir da perspectiva teórico-metodológica da Saúde Coletiva, compreendendo-a como um direito social e dever do Estado. Analisamos o percurso histórico das políticas de educação e saúde, destacando as tensões entre práticas de controle e projetos emancipatórios. Propomos uma leitura crítica que articula a trajetória da saúde escolar com os determinantes sociais e as condições estruturais que produzem desigualdades e adoecimento de docentes e discentes. Ao examinarmos as interdependências entre saúde, educação e política, argumentamos que a escola pública é espaço de reprodução das desigualdades, mas também território de resistência e transformação. Defendemos a articulação entre o Sistema Único de Saúde (SUS), a gestão democrática e a Educação Popular em Saúde como caminhos para reconfigurar a escola em um espaço de cuidado, justiça social e emancipação.

Palavras-chave: Saúde coletiva. Educação pública. Determinantes sociais. Educação popular em saúde. Escola pública.

Health in and of the school: between reproduction and emancipation

Abstract: In this essay, we discuss the dimensions of health *in* and *of* Brazilian public schools from the theoretical and methodological perspective of Collective Health, understanding it as a social right and a duty of the State. We analyze the historical trajectory of education and health policies, highlighting the tensions between control-oriented practices and emancipatory projects. We propose a critical reading that links the history of school health to social determinants and structural conditions that generate inequalities and illness among teachers and students. By examining the interdependence between health, education, and politics, we argue that public schools are spaces of social reproduction but also territories of resistance and transformation. We advocate the integration of the Unified Health System (SUS), democratic management and popular health education as a means of reconfiguring the school as a space for care, social justice and emancipation.

Keywords: Collective health. Public education. Social determinants. Popular health education. Public school.

¹Doutora em Ciências do Movimento Humano, docente da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. E-mail: maurenaraujo@unipampa.edu.br ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-8266-0744>

²Doutor em epidemiologia, docente da Universidade Federal do Rio Grande - FURG. E-mail: alan_knuth@yahoo.com.br ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-2030-5747>

La salud en y de la escuela: entre la reproducción y la emancipación

Resumen: En este ensayo discutimos las dimensiones de la salud *de* y *en* la escuela pública brasileña desde la perspectiva teórico-metodológica de la Salud Colectiva, entendiéndola como un derecho social y un deber del Estado. Analizamos la trayectoria histórica de las políticas de educación y salud, destacando las tensiones entre prácticas de control y proyectos emancipadores. Proponemos una lectura crítica que articula la historia de la salud escolar con los determinantes sociales y las condiciones estructurales que generan desigualdades y el proceso de enfermedad de docentes y estudiantes. Al examinar las interdependencias entre salud, educación y política, argumentamos que la escuela pública es un espacio de reproducción de desigualdades, pero también un territorio de resistencia y transformación. Defendemos la articulación entre el Sistema Único de Salud (SUS), la gestión democrática y la Educación Popular en Salud como caminos para reconfigurar la escuela como un espacio de cuidado, justicia social y emancipación.

Palabras clave: Salud colectiva. Educación pública. Determinantes sociales. Educación popular en salud. Escuela pública.

“Adiar o fim do mundo é não deixar que nos roubem o espanto diante da vida.”

Ailton Krenak, Ideias para adiar o fim do mundo (2019)

Aproximação ao tema: a escola como território de vida e contradição

Inspirados na reflexão de Ailton Krenak (2019), compreender a escola como espaço de formação humana implica também reconhecer sua potência em preservar o sentido da vida, da coletividade e do pertencimento, resistindo às lógicas que reduzem a existência a processos utilitaristas e desumanizantes. A escola, atravessada por diversas expectativas e responsabilidades sobre a construção de uma sociedade melhor, tem como função social a promoção da educação como um direito humano fundamental, que deve ser universal e acessível a todas as pessoas. Renomados estudiosos brasileiros como Darcy Ribeiro (2010), Florestan Fernandes (1976), Paulo Freire (1987, 1996), Nilma Lino Gomes (2008, 2012) e Lélia Gonzalez (1982) produziram legados educacionais defendendo que a escola seja um espaço de diálogo, de reflexão crítica e de construção de cidadania, onde os estudantes possam desenvolver sua autonomia e sua capacidade de transformar a sociedade. A educação, nesse sentido, é um instrumento de libertação e de transformação social, capaz de superar as desigualdades e construir uma sociedade mais justa e democrática.

Ao longo da história brasileira, a escola tem sido concebida como um espaço estratégico para a formação de sujeitos e o desenvolvimento de um projeto de nação. Carregando as marcas da diversidade cultural, da desigualdade e da luta por reconhecimento, a escola pública brasileira se constitui no seio das contradições sociais, ora como promessa de emancipação, ora como instrumento de controle social (RIBEIRO, 2010). Nesse cenário, discutir a saúde *na* e *da* escola implica interrogar não apenas os programas e ações sanitárias voltados à comunidade escolar, mas também o modo como a própria instituição escolar adoece, resiste ou colapsa diante das condições históricas e estruturais que a constituem. Compreendemos que a escola deve ser um espaço privilegiado de transformação, diálogo e reconhecimento de direitos, entre eles, o direito à saúde. Consideramos neste ensaio, olharmos para a saúde em duas dimensões

com a escola: a saúde *na* escola, enquanto práticas de promoção do bem-estar e de prevenção de agravos no cotidiano educacional, considerando a saúde enquanto um processo; e a saúde *da* escola, enquanto instituição viva e concreta, marcada por condições materiais, simbólicas e políticas que favorecem ou impedem seu funcionamento saudável, bem como articulada ao próprio funcionamento da sociedade.

A dimensão da saúde *na* escola envolve as políticas, programas e ações voltadas para o processo saúde-doença da comunidade escolar (estudantes, professores, funcionários, famílias) dentro do ambiente educacional. Nessa perspectiva, nosso olhar para a saúde está associado a práticas de promoção e prevenção, como: educação em saúde (prevenção de doenças, alimentação saudável, sexualidade); serviços de saúde (vacinação, atendimento psicológico, triagens); saúde mental escolar (prevenção de violências, promoção de relações saudáveis). Os exemplos mais concretos podem ser apontados para as Escolas Promotoras de Saúde (BRASIL, 2007) e o Programa Saúde na Escola (BRASIL, 2007), os quais serão retomados brevemente a seguir, embora diversas iniciativas fragmentadas ocorram país afora “em nome” da saúde escolar.

A dimensão saúde *da* escola deve ser compreendida a partir das condições estruturais e organizacionais que possibilitam ou limitam seu funcionamento, sendo estas profundamente influenciadas pelo modo de produção capitalista. Conforme argumenta Marx (2013), a estrutura econômica da sociedade condiciona as instituições sociais e políticas, o que implica reconhecer que o Estado e suas políticas públicas não operam de forma neutra, mas articulados à reprodução das relações de produção. Nesse sentido, autores como Offe (1984) e Harvey (2008) destacam que, no capitalismo contemporâneo, especialmente sob a lógica neoliberal, há uma tendência de redução do investimento em políticas sociais e intensificação das desigualdades, impactando diretamente áreas como educação e saúde. No campo educacional brasileiro, Saviani (2008) e Frigotto (2010) reforçam que a escola e suas condições de funcionamento estão inseridas nas contradições do sistema capitalista, refletindo desigualdades estruturais que se expressam nas condições de trabalho docente, na infraestrutura escolar e nos processos de exclusão. Tais aspectos articulam-se aos Determinantes Sociais da Saúde (DSS), definidos pela Comissão sobre Determinantes Sociais da Saúde da Organização Mundial da Saúde (OMS, 2008) como as condições em que os indivíduos nascem, vivem, trabalham e envelhecem. O modelo proposto por Dahlgren e Whitehead (1991) evidencia que fatores como renda, educação, gênero e condições de trabalho influenciam diretamente a saúde e a qualidade de vida, enquanto Marmot (2005) demonstra que as desigualdades sociais produzem gradientes sistemáticos nos indicadores de saúde. No contexto brasileiro, Buss e Pellegrini Filho (2007) destacam que tais determinantes estão diretamente relacionados às profundas desigualdades socioeconômicas do país, incidindo sobre o acesso a direitos e serviços e, consequentemente, sobre o cotidiano escolar e suas possibilidades de promoção da saúde. A concepção de que as desigualdades acabam por impactar também a saúde tem sido desenvolvida pelo campo da Saúde Coletiva, com destaque para a produção de Barata (2009) que reporta as injustiças verificadas nos indicadores de saúde. Ao acolher a determinação social evita-se a compreensão de que a saúde é resultante de agenciamento individual, mas sim um resultado coletivo, de acesso, de contexto de vidas, de trabalho, fruto do sistema de produção em funcionamento na sociedade.

Ambas as dimensões se entrelaçam e se determinam mutuamente. Não é possível pensar em ações efetivas de promoção da saúde *na* escola se a mesma permanece negligenciada em seus direitos básicos: infraestrutura, alimentação, saneamento, segurança e valorização

profissional. A medicalização da vida, em especial a patologização de crianças e o adoecimento de professoras e professores, não ocorre enquanto situações isoladas, mas enquanto expressões de um modelo social e econômico que recai com mais força sobre a escola pública e seus sujeitos, como apontaremos ao longo deste ensaio.

Destacamos que a relação entre saúde e educação tem sido historicamente atravessada por interesses políticos, sociais e econômicos. A escola, como instituição social, ao se responsabilizar pela escolarização da população também incorpora práticas, discursos e políticas voltadas à normatização dos corpos, à promoção de hábitos e à vigilância sanitária.

Partimos, portanto, da premissa de que discutir saúde *na* e *da* escola é enfrentar uma disputa epistemológica e política. Não basta perguntar “como ensinar saúde?” ou “como promover bem-estar?”, se não pautarmos o projeto social que normaliza a precarização das condições de trabalho docente, da infraestrutura das escolas públicas e o papel dos determinantes sociais nas condições materiais de saúde. Como lembra Paim (2009), compreender a saúde como direito implica situá-la no campo das políticas sociais e não apenas das práticas sanitárias, perspectiva que aproxima a escola do projeto histórico da Reforma Sanitária Brasileira.

Neste ponto, salientamos que a Lei nº 8.080/90 define saúde como um direito fundamental do ser humano, que deve ser garantido pelo Estado através de políticas sociais e econômicas que reduzam riscos de doenças e estabeleçam acesso universal e igualitário às ações de promoção, proteção e recuperação da saúde (BRASIL, 1990). Nesse conceito ampliado, resultante do Movimento pela Reforma Sanitária no Brasil, são considerados fatores determinantes e condicionantes a alimentação, moradia, saneamento básico, meio ambiente, trabalho, renda, educação, transporte, lazer e acesso a bens e serviços essenciais. Esse marco legal expressa o paradigma da Saúde Coletiva, que ultrapassa a dimensão biomédica e reconhece o caráter histórico e social do processo saúde-doença. Vieira-da-Silva, Paim e Schraiber (2023) definem a Saúde Coletiva como um campo de produção de conhecimentos voltados para a compreensão da saúde e a explicação de suas determinações sociais, tomando como objeto não somente os indivíduos, mas os grupos sociais. Ao adotar como referência os princípios do SUS, ou seja, universalidade, integralidade e equidade, buscamos compreender como a escola pode ser simultaneamente espaço de cuidado e de sofrimento, cenário de políticas públicas e reflexo das desigualdades estruturais do país. A própria constituição da Saúde Coletiva no seio da reforma sanitária deve ser compreendida enquanto um processo que vai além do setorial (WHO, 2021), pois a saúde mobiliza diversos coletivos, mas a luta de fundo sempre foi a retomada democrática e o avanço na conquista por direitos, sendo a Constituição Federal de 1988 um dos marcos representativos desse período. Essa compreensão dialoga com a proposta de “ambientes promotores de saúde” (WHO, 2021), nos quais o espaço escolar se torna *locus* de cidadania e cuidado integral.

Neste ensaio, propomos uma reflexão crítica sobre a interdependência da saúde *na* escola com a saúde *da* escola na produção do processo saúde-adoecimento no contexto da educação pública brasileira (PAIM; ALMEIDA FILHO, 1998).

A saúde na escola: no horizonte, o direito à saúde!

Compreender a saúde *na* escola implica resgatar a trajetória histórica das políticas e práticas que articularam educação e saúde como campos interdependentes de direito e

cidadania. A forma como a saúde foi concebida no interior das escolas reflete diferentes projetos de sociedade, ora voltados ao controle dos corpos e à normatização de condutas, ora orientados à emancipação e à formação integral.

A educação para a saúde no ambiente escolar tem raízes profundas na história brasileira, vinculada a projetos pedagógicos, políticas públicas e movimentos sociais que buscaram integrar saúde e educação como direitos fundamentais. As primeiras iniciativas remontam ao movimento higienista dos séculos XIX e início do XX, que, conforme analisa Costa (1983), associavam práticas educativas à disciplina dos corpos e ao controle social. Ao longo do século XX, especialmente com a consolidação das políticas públicas de saúde e educação, essa relação foi sendo ressignificada, incorporando princípios de universalização e direito social, como evidenciado por Paim (2009) e Brasil (1990). Já nas abordagens contemporâneas, observa-se a incorporação de perspectivas críticas e emancipadoras, influenciadas pela Educação Popular em Saúde e pelo pensamento de Paulo Freire (1996), que compreendem a saúde como produção social e a educação como prática transformadora, refletindo as disputas históricas entre diferentes concepções de saúde e educação no país.

No Brasil, a preocupação com a saúde escolar surgiu no contexto do movimento higienista, influenciado por teorias europeias que associavam doenças à falta de higiene, especialmente entre as populações mais pobres. Médicos e educadores, como Carlos Chagas, defendiam a inspeção médica escolar para combater epidemias como tuberculose e parasitoses, num contexto onde a saúde pública era instrumento de ordenamento social (HOCHMAN, 2009).

Essas práticas higienistas, embora revestidas de um discurso de modernização, funcionaram também como dispositivos de controle e exclusão, reforçando a associação entre pobreza e doença. Essa herança histórica deixa marcas duradouras nas políticas educacionais, como destaca Hochman (2009), ao analisar como o programa de saúde pública de Juscelino Kubitschek combinava combate a epidemias e disciplinamento dos comportamentos populares. Em contrapartida, pensadores como Florestan Fernandes (1976) denunciaram o caráter estigmatizante das políticas sanitárias que, em vez de enfrentar as causas estruturais das doenças, patologizavam a pobreza.

A Escola Nova, movimento educacional liderado por Anísio Teixeira, ganhou força no Brasil nas décadas de 1920 e 1930, e defendia a formação integral do aluno, integrando saúde e educação como pilares do desenvolvimento humano. Teixeira (1994) argumentava que a escola deveria promover não apenas o conhecimento intelectual, mas também o bem-estar físico e mental. Nesse contexto, Lourenço Filho (1961), outro expoente da reforma educacional, introduziu noções de higiene mental nas escolas, influenciado pela psicologia educacional e por teóricos como John Dewey, conforme destacado na obra *Introdução ao estudo da escola nova* (LOURENÇO FILHO, 1930). Essas ideias se consolidaram com a criação, nas décadas seguintes, de programas internacionais de educação sanitária, apoiados pela OMS e UNESCO, que passaram a reconhecer a escola como espaço de intervenção prioritário na promoção da saúde (CUNHA, 2000).

Os Centros Integrados de Educação Pública (CIEPs), concebidos por Darcy Ribeiro como "escolas de turno completo" (RIBEIRO, 1986, p. 45), foram um marco na integração estrutural entre saúde e educação no Brasil. Implementados no estado do Rio de Janeiro durante os governos de Leonel Brizola, os CIEPs materializavam a visão de que a educação pública de

qualidade era indissociável do bem-estar físico e social do aluno, oferecendo, além do ensino em tempo integral, "alimentação, cuidados médicos e odontológicos" (RIBEIRO, 1986, p. 52) como pilares de seu projeto pedagógico. Essa concepção inovadora dialogava com os princípios da universalidade e da integralidade, muito antes da consolidação do SUS. Como observa Cavaliere (2007), os CIEPs anteciparam a ideia de escola como território de políticas intersetoriais, articulando educação, saúde e assistência social. O modelo se consolidou como uma experiência precursora das políticas de educação integral, cujas diretrizes contemporâneas ainda refletem essa concepção integradora (BRASIL, 2009). Assim, os CIEPs representaram uma tentativa pioneira de criar uma rede de proteção social onde saúde e educação eram entendidas como faces da mesma moeda para a formação integral das crianças.

É importante ressaltar que a história da saúde escolar no Brasil não se desenvolveu de modo linear ou evolutivo, mas por meio da coexistência de matrizes distintas, ora de controle e normalização dos corpos, ora de emancipação e cidadania. Como apontam Nunes (1999) e Hochman (2009), o campo da saúde escolar foi marcado por tensões permanentes entre discursos médicos, pedagógicos e sociais, refletindo disputas de poder e projetos de sociedade.

Com a redemocratização e a Constituição de 1988, o direito à saúde foi incorporado como direito social, o que impulsionou novas articulações entre os setores da saúde e da educação. Nesse contexto, surgiram experiências de Escolas Promotoras de Saúde, apoiadas pela OMS, UNESCO e UNICEF, que difundiram o princípio de ambientes escolares saudáveis (WHO, 2021; BUSS; ESPERIDIÃO, 2023).

A OMS define a Escola Promotora de Saúde como um ambiente que integra políticas, práticas e relações sociais favoráveis ao desenvolvimento integral dos estudantes (WHO, 2021). Esta ação, uma iniciativa global, foi promovida no ano de 1995 e se mostrou alinhada à Carta de Ottawa (BUSS; ESPERIDIÃO, 2023). A Carta de Ottawa (WHO, 1986) é um documento resultante do primeiro encontro internacional para elaboração e alinhamento do conceito de Promoção da Saúde, o qual buscava uma compreensão de saúde que dialogasse com outros setores da sociedade, além de compartilhar a saúde como uma iniciativa de Estado, indivíduos e comunidades. Mesmo com o apelo institucional, incluindo o apoio da OPAS, não se pode afirmar que foi uma ação de saúde na escola que tenha permanecido com ênfase no contexto educacional brasileiro e a produção científica sobre o tema é circunstancial. Apesar de seu potencial, essas iniciativas muitas vezes não se consolidaram como políticas permanentes, resultando em ações pontuais, sem articulação pedagógica ou institucional. Buss e Esperidião (2023) observam que, embora a Carta de Ottawa tenha inspirado a noção de promoção da saúde, a produção científica brasileira ainda trata a escola de forma marginal no campo da Saúde Coletiva.

A evolução das políticas de saúde escolar reflete as disputas de paradigmas que atravessam a Saúde Coletiva, do controle higienista ao cuidado emancipatório. No Brasil, o Programa Saúde na Escola (PSE), instituído em 2007, é o principal marco contemporâneo dessa articulação intersetorial. Ele visa integrar ações de promoção, prevenção e acompanhamento da saúde de estudantes, articulando secretarias de saúde e educação. Entre suas áreas de atuação estão a alimentação saudável (BRASIL, 2022), a prevenção de violências e bullying (MALTA *et al.*, 2019) e a saúde mental e prevenção do suicídio (UNICEF, 2021).

Lopes *et al.* (2018) realizaram revisão integrativa composta por trabalhos direcionados ao PSE categorizando-os conforme os eixos dessa política, a saber avaliação clínica e

psicossocial de escolares, ações de promoção e prevenção de doenças e agravos, educação permanente e capacitação de professores e escolares e monitoramento e avaliação do PSE. São muitas produções significativas e interessadas no PSE, o que o marca como a principal estratégia de saúde na escola desenvolvida no Brasil, ainda que se encontrem bastante afeitos à esfera individual de saúde e a promoção da saúde pressupõe uma integração aos componentes econômicos, políticos e sociais (LOPES *et al.*, 2018). As produções que operam no âmbito das ações de saúde se pautam centralmente na atenção, prevenção e manejo de riscos à saúde, se valendo de processos informativos com vistas a modificar comportamentos, uma abordagem conservadora e que pouco dialoga com o próprio conceito ampliado de promoção da saúde. A revisão confirma que a educação em saúde promovida ocorre de maneira verticalizada com o predomínio das ações oriundas de profissionais de saúde e situadas em um paradigma medicalizante sem avançar na construção da intersectorialidade, cidadania e participação social (LOPES *et al.*, 2018).

Rumor *et al.* (2022) entrevistaram 20 profissionais da atenção primária da grande Florianópolis buscando compreender os limites e potencialidades de articulação intersectorial na saúde infantil relacionada ao PSE. Segundo a perspectiva de tais profissionais as potencialidades se encontram na criação de vínculos entre as equipes de saúde e comunidade escolar, no acompanhamento da saúde de escolares e ampliação do acesso à informação em saúde, embora não se tenha escutado nesta pesquisa as compreensões dos atores escolares. Como limites, foram identificados o desconhecimento do PSE pelos educadores, com escassa participação no planejamento das atividades, falta de recursos e intensa demanda de trabalho, sobretudo no período pandêmico. Como se nota, o PSE é perpassado por uma série de gargalos, de ordem política, teórico-metodológica, política e também burocrática.

Mallue *et al.* (2024) descrevem as ações do PSE em Pelotas, RS, no ano de 2022, segundo a perspectiva dos profissionais de educação. O estudo transversal contemplou 51 das 60 escolas de ensino fundamental. Um total de 80,5% das escolas receberam ações do PSE naquele ano, sendo que a saúde bucal foi a atividade mais realizada. Para 87,8% dos entrevistados as ações eram lideradas por profissionais da saúde, sendo que 34% entendiam que os escolares tinham pouca escolha com relação às temáticas. Também houve o diagnóstico de baixa participação dos profissionais de educação na condução das atividades, sendo que as barreiras relatadas foram a sobrecarga de trabalho e a necessidade de maior articulação.

Uma das mais recentes notas técnica sobre o PSE aborda os demonstrativos do programa em âmbito nacional (BRASIL, 2024). A nota aponta para 1.475.086 atividades realizadas em uma ou mais ações do PSE, alcançando 5.264 municípios brasileiros. Estes números representam 68,8% das escolas no ciclo de 2023/2024, perfazendo 24.378.851 escolares.

Percebemos que o PSE ainda reproduz a lógica fragmentada do setor público, enfrentando entraves burocráticos, falta de recursos e ausência de diálogo entre as redes. No entanto, sua permanência como política de Estado representa uma conquista histórica, pois institucionaliza o princípio de que a saúde escolar é dever do poder público e direito de toda a comunidade educativa. Dessa forma, a dimensão da saúde *na* escola evidencia o percurso de uma luta histórica pela ampliação do conceito de saúde, desde o higienismo excludente até a noção contemporânea de cuidado integral. O desafio central do PSE, como mostram Rumor *et al.* (2022), é superar a fragmentação intersectorial e transformar a escola em território de produção de vida, articulando saberes pedagógicos e práticas de saúde.

Experiências latino-americanas de *escuelas saludables* (OPS/OMS, 2024) reforçam que a promoção da saúde escolar depende da autonomia local, da participação comunitária e do diálogo entre ciência e educação popular.

Mais do que um conjunto de ações pontuais, a promoção da saúde no espaço escolar deve ser compreendida como um processo educativo crítico, sustentado pelos princípios da Educação Popular em Saúde (EPS) (BRASIL, 2013). Inspirada em Paulo Freire e sistematizada no campo da Saúde Coletiva, a EPS propõe a superação da lógica verticalizada da “educação em saúde informativa”, baseada na transmissão de conteúdos e mudança de comportamento, em favor de uma prática dialógica, participativa e emancipadora (MENESES *et al*, 2023).

Como observa Freire (1987), “ninguém educa ninguém, ninguém educa a si mesmo, os homens se educam entre si, mediatizados pelo mundo”, um princípio que ressignifica a própria noção de cuidado, transformando o ato educativo em prática de liberdade. No contexto da escola pública, essa pedagogia se traduz em metodologias participativas, no reconhecimento dos saberes populares e na integração entre cuidado, currículo e cidadania. A Política Nacional de Educação Popular em Saúde (PNEPS-SUS), instituída em 2013, reforça essa direção ao compreender a educação como produção compartilhada de saberes, envolvendo profissionais de saúde, educadores e comunidades (BRASIL, 2013). Ao ser incorporada nas práticas escolares, a EPS amplia a potência transformadora da escola pública, tornando-a espaço de diálogo e produção de sentidos sobre a vida. A escola torna-se, assim, território de disputas simbólicas e políticas, onde se joga o sentido mesmo da cidadania: se a saúde é direito, ela precisa ser aprendida, vivida e reivindicada também dentro da escola.

A saúde da escola: estruturas, determinantes sociais e o peso das desigualdades

A compreensão da saúde *da* escola exige deslocar o olhar das práticas individuais e biomédicas para as condições estruturais, organizacionais e simbólicas que moldam o cotidiano das instituições escolares, um movimento que boa parte das tradições disciplinares do campo da saúde se recusa a fazer, seja pela sua abordagem “técnica” ou pelo seu “compromisso” com a “neutralidade”. Nessa perspectiva, reconhecemos que não há saúde possível onde direitos sociais básicos são negados. A saúde da escola é, portanto, expressão direta das políticas públicas que a sustentam ou da ausência delas, e, obviamente, do modo de produção que dá racionalidade à contemporaneidade.

A escola, enquanto instituição viva e concreta, revela as contradições do modo de produção que a constitui. As desigualdades de infraestrutura, o subfinanciamento e a precarização do trabalho docente repercutem diretamente sobre a saúde de todos os sujeitos que nela convivem (ANTUNES, 2002; MINAYO, 2017). Nesse contexto, a leitura crítica da saúde escolar precisa articular duas dimensões: o campo epistemológico da ciência e as condições materiais da escola. É nesse duplo movimento que se situam os principais desafios contemporâneos da saúde *da* escola.

A visão biomédica da ciência dominante, considerada técnica e neutra, como apontamos anteriormente, manifesta nos dispositivos de gestão pública neoliberais, tende a concentrar a explicação do binômio saúde-doença no corpo e nas escolhas individuais (ARAÚJO, 2020). Em vez de priorizar causas estruturais, como pobreza, condições de trabalho, moradia, transporte e emergência climática, algumas políticas públicas acabam por focar em intervenções

individualizantes, como campanhas de mudança de comportamento e guias orientadores, responsabilizando os sujeitos por condições de vida que têm origens sociais e econômicas. Pesquisas sobre neoliberalismo e saúde mostram que crenças e políticas neoliberais estão associadas a piores resultados coletivos e à reconfiguração das respostas em direção a soluções individualizantes (CARD; HEPBURN, 2022; CARTER, 2015).

No contexto educacional brasileiro, a discussão sobre saúde escolar não pode ser dissociada da herança higienista (HOCHMAN, 2009), que implica a medicalização da vida (COLLARES; MOYSÉS, 2010) e as condições de estudo e trabalho na escola (ANTUNES, 2022), impactando cotidianamente milhares de pessoas. A medicalização da vida e a responsabilização dos sujeitos pelas próprias condições de saúde operam deslocando as causas estruturais para causas individuais, transformando desigualdades sociais em problemas médicos ou psicológicos. Essa lógica reforça diagnósticos individualizantes e demanda tratamentos e aconselhamentos que raramente enfrentam as raízes sociais do adoecimento.

A literatura que revisa a medicalização da vida alerta que esse deslocamento reduz a atenção às determinações socioeconômicas e amplia o papel do mercado (indústria farmacêutica, tecnologias, serviços privados) na definição das prioridades em saúde (NUNES, 2025). Assim, a ciência biomédica institucionalizada, quando não dialoga criticamente com abordagens sociais ou políticas, tende a legitimar respostas técnicas a desigualdades estruturais, deixando intactas as causas do sofrimento coletivo.

Dialogando com essa reflexão, dados recentes da operação nacional “Educação: Fiscalização Ordenada”, coordenada pela Atricon (2023), mostram que entre as 1.082 escolas públicas visitadas em 537 municípios brasileiros, 62% não possuíam bibliotecas, 63% não tinham sala de leitura, 88% careciam de laboratório ou sala de informática e 67% não dispunham de instalações esportivas adequadas. Essas carências se somam à precarização do trabalho docente: mais de 40% dos professores das redes estaduais possuem contratos temporários, precários ou intermitentes; nas redes municipais, o índice é de 25,5% (ATRICON, 2023). Essa precariedade material traduz a negligência histórica do Estado com o espaço escolar e seus trabalhadores.

A precarização das condições de trabalho e de vida aparece analisada em revisões sistemáticas que apontam um quadro de adoecimento docente marcado por sofrimento mental, doenças osteomusculares e transtornos relacionados ao estresse laboral. Os estudos de Nascimento e Seixas (2019) indicam prevalências de depressão (28%), ansiedade (20%), estresse elevado (20%) e burnout (16%), além de agravos à voz e ao sistema musculoesquelético. Esses resultados evidenciam o modelo de “alto desgaste e baixo controle” (CODO, 2006), no qual docentes enfrentam sobrecarga, múltiplos vínculos, baixos salários e ausência de tempo protegido para planejamento e formação, somados à falta de reconhecimento social. Nessa dinâmica, o trabalho docente é corroído por um sistema que naturaliza o sofrimento como parte da função educativa. Podemos compreender esse fenômeno como expressão da necropolítica neoliberal, que transforma o esgotamento docente em condição estrutural do capitalismo educacional (MBEMBE, 2016).

Dados sobre o adoecimento docente no Brasil (GOMES et al., 2023) demonstram que entre os brasileiros 27,3% relataram impacto negativo do trabalho sobre a saúde física e 27% sobre a saúde mental, sendo os transtornos mentais comuns (TMC) as principais causas de adoecimento (53,3%), seguidas por dor musculoesquelética (26,7%) e burnout (6,6%). O estudo

destaca que o trabalho docente impacta negativamente a saúde física e mental, sendo maior entre mulheres de 40-59 anos e com mais de 11 anos de carreira, agravado por baixos salários, desvalorização, carga horária excessiva e falta de apoio (GOMES et al., 2023). O adoecimento docente é um indicador da saúde da escola: quando o trabalho educativo é marcado por sobrecarga, vínculos precários, desvalorização profissional e insuficiência de apoio institucional, o sofrimento dos professores revela a precarização estrutural da própria instituição escolar (NACIMENTO; SEIXAS, 2019; GOMES et al., 2023; ANTUNES, 2002).

Entre os estudantes, a lógica neoliberal também produz efeitos concretos. Programas que reduzem problemas estruturais a comportamentos individuais tendem a estigmatizar jovens e a eximir o Estado de sua responsabilidade estrutural (ACOLIN; FISHMAN, 2023). A Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (PeNSE) de 2021 revelou que 26,1% dos adolescentes brasileiros vivem em situação de insegurança alimentar, com maior incidência nas escolas públicas e entre estudantes negros e pardos (MENEZES *et al.*, 2021; IBGE, 2021).

As relações pedagógicas e o clima escolar exercem impacto direto na saúde mental de alunos e professores, enquanto as desigualdades socioeconômicas se refletem no acesso a serviços de saúde e nutrição no ambiente educacional (BRASIL, 2021). No contexto brasileiro, o período pós-pandêmico agravou desafios já existentes na saúde mental da população escolar, reforçando a urgência de políticas intersetoriais permanentes entre saúde, educação, assistência social e proteção integral (IBGE, 2026; RUMOR et al., 2023).

O adoecimento docente e o desengajamento discente possivelmente sejam sintomas de um mesmo mal-estar que se manifesta de forma aguda, a crescente pressão sobre os professores, a desvalorização da profissão e as mudanças nas relações de trabalho são reflexos da lógica neoliberal que busca intensificar a exploração da força de trabalho e maximizar a produção e o lucro, mesmo que isso signifique a degradação do trabalho e a desvalorização dos trabalhadores (ANTUNES, 2002).

A saúde *da* escola não pode ser dissociada das condições concretas de existência que cercam estudantes, docentes e trabalhadores da educação. Como demonstra Minayo (2017), a violência estrutural e a insegurança alimentar no entorno das escolas públicas são fatores cruciais no adoecimento mental de crianças e adolescentes. A autora evidencia que a exposição cotidiana a situações de vulnerabilidade, como a falta de políticas de proteção social e a omissão do Estado, gera quadros de ansiedade, depressão e evasão escolar, reforçando um ciclo de exclusão. A escola, enquanto instituição viva e concreta, revela em seu próprio funcionamento as contradições do modelo social que a produz. As desigualdades de infraestrutura, o subfinanciamento e a precarização do trabalho docente repercutem diretamente sobre a saúde de todos os sujeitos que nela convivem (ANTUNES, 2002; MINAYO, 2017).

O período pós-pandemia intensificou os desafios da saúde mental discente, com prevalência crescente de ansiedade, estresse e depressão (IBGE, 2026). A alimentação escolar qualificada, no âmbito do PNAE, pode ser compreendida como uma política pública que articula saúde, educação, segurança alimentar e justiça social. Mais do que uma ação assistencial, ela integra a rede de proteção social da escola pública e contribui para enfrentar desigualdades que atravessam o processo de escolarização, especialmente quando articulada à garantia do direito à alimentação escolar, aos determinantes sociais da saúde e à valorização das condições concretas de vida dos estudantes (BRASIL, 2009; BUSS; PELLEGRINI FILHO, 2007; PAIM, 2013; BARATA, 2009).

Esse cenário se agrava quando analisado à luz da divisão de classes, conforme argumenta Laurell (1982), as escolas localizadas em áreas periféricas reproduzem, em sua infraestrutura, as mesmas desigualdades que marcam o território: prédios deteriorados, salas superlotadas, falta de bibliotecas e laboratórios, além da carência crônica de profissionais de saúde (como psicólogos e assistentes sociais). Essas condições não são acidentais, mas expressões de um projeto político que naturaliza a segregação socioespacial, relegando aos filhos e filhas da classe trabalhadora um ambiente escolar que mais adocece do que acolhe. Dados da Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar, estudo com 125.123 estudantes (13–17 anos), mostram que os piores indicadores de saúde mental são mais frequentes em alunos de escolas públicas (tristeza, preocupação, irritabilidade, autoavaliação negativa e falta de amigos) afetando mais adolescentes mais velhos e o sexo feminino, e refletindo desigualdades sociais e econômicas (PENSE, 2021).

Como demonstraram Buss e Pellegrini Filho (2007) e Paim (2013), as condições de saúde são determinadas por fatores sociais e econômicos que extrapolam o setor sanitário. O adoecimento da escola no Brasil é, portanto, evidenciado por condições de trabalho e organização escolar (altas demandas, baixo controle e vínculos precários), e não por ‘fragilidades individuais’. Dados recentes do estudo Todos Pela Educação (2024) mostram que, em 2022 e mantendo a tendência em 2023, os professores temporários tornaram-se maioria nas redes estaduais brasileiras, representando 51,6% do total de docentes no ano de 2023, contra 46,5% de efetivos, o estudo mostra o cenário em cada uma das 27 Unidades da Federação. Em 15 estados há mais docentes temporários do que efetivos e, de 2020 a 2023, 67% dos estados aumentaram a quantidade de temporários e diminuíram a de efetivos. Essa inversão, que consolida uma tendência de 10 anos, indica a precarização do trabalho docente, com um aumento de 55% no número de temporários e uma queda de 36% nos efetivos entre 2013 e 2023. Como percebemos, a ausência de políticas públicas de infraestrutura, valorização profissional e segurança afeta diretamente o processo saúde-doença da comunidade escolar, produzindo evidências de um padrão de negligência institucional que recai sobre as escolas e as pessoas que a constituem.

Nesse sentido, a saúde da escola está intrinsecamente vinculada à garantia de direitos estruturais: saneamento básico, alimentação adequada, segurança e acesso a serviços de saúde. Sem essa base material, qualquer política focalizada em "promoção da saúde" no ambiente escolar será meramente paliativa, pois não enfrenta as raízes do processo saúde-doença. Como afirma Breilh (2013), "não há saúde possível em cenários de apartheid social": e a escola, quando abandonada pelo poder público, torna-se justamente um desses cenários.

As evidências reunidas aqui apontam que a saúde da escola está intrinsecamente vinculada aos determinantes sociais: pobreza, desigualdade racial, gênero, território e classe. Merece uma reflexão, nesse ponto, o fenômeno da medicalização da vida nas escolas brasileiras, que pode representar um grave processo de ocultamento das determinações sociais do adoecimento, implicando questões estruturais nos diagnósticos individuais, geralmente passíveis de intervenção farmacológica. Como demonstram Moysés e Collares (2013), a medicalização da vida escolar emerge como expressão de um contexto social marcado por desigualdades e precarização, no qual dificuldades coletivas são frequentemente deslocadas para o âmbito individual, resultando na patologização de processos educacionais e do sofrimento social. A escola pública brasileira configura-se como um microcosmo das contradições do capitalismo periférico, onde a naturalização da desigualdade assume roupagem científica através do

processo de patologização da pobreza. Este fenômeno, longe de representar mera distorção técnica, constitui-se como tecnologia de governamentalidade neoliberal (FOUCAULT, 2008) que transforma a miséria material em patologia individual. Quando crianças em situação de vulnerabilidade social recebem diagnósticos psiquiátricos em massa (COLLARES; MOYSÉS, 2010), não estamos diante de erro diagnóstico, mas de um dispositivo biopolítico que converte a violência estrutural em disfunção neuroquímica, esvaziando o potencial revolucionário do mal-estar social.

A responsabilização individual na escola manifesta-se, por vezes, em práticas pedagógicas e avaliativas que culpabilizam estudantes e famílias por seus baixos desempenhos, em campanhas que ignoram as condições materiais da comunidade e da escola ou em intervenções clínicas descontextualizadas (GRAY, 2009). Um exemplo é o aumento dos diagnósticos do Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade TDAH entre crianças em situação de vulnerabilidade (RUSSELL *et al.*, 2016). Dados do Boletim de Farmacoepidemiologia da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) evidenciam que o consumo do medicamento metilfenidato, utilizado no tratamento do Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH), aumentou 75% em crianças com idade de 6 a 16 anos, entre 2009 e 2011. Além disso, o boletim aponta ainda que, em 2011, foram comercializadas 1.212.850 caixas do referido medicamento nas farmácias e drogarias do país. Esse número representa uma alta de 28,2 % em relação a 2009 (557.588 caixas de metilfenidato), já considerando o aumento do fluxo de informações recebidas pelo sistema da Anvisa neste período. O gasto estimado das famílias brasileiras com o produto, em 2011, foi de R\$ 28,5 milhões, evidenciando o mercado da indústria farmacêutica lucrando com a medicalização da vida desde tenra idade.

Essa tendência à patologização da pobreza, analisada por Ortega e Bezerra Júnior (2006) no contexto brasileiro, reflete um modelo de atenção à saúde que privilegia o controle medicamentoso em detrimento da transformação das condições materiais de vida. O padrão observado no Brasil repete tendências globais: estudos recentes (CARD; HEPBURN, 2022) mostram que políticas orientadas por crenças neoliberais tendem a reduzir o investimento em determinantes sociais e a priorizar respostas biomédicas individualizadas.

Em contraponto a essa lógica medicalizante, experiências como o Programa Saúde na Escola (PSE) acionam o potencial das políticas intersetoriais na promoção de saúde coletiva (BRASIL, 2009). Santos *et al.* (2018) comprovam que ações estruturantes, como a garantia de alimentação escolar adequada através do PNAE, produzem impactos significativos na redução da evasão escolar e na melhoria dos indicadores de desenvolvimento infantil. Essas iniciativas, quando articuladas à participação comunitária na gestão escolar, conforme defendido por Freire (1987), demonstram que a construção de ambientes educacionais saudáveis exige romper com a fragmentação das políticas públicas. Reforçando que políticas escolares baseadas nos determinantes sociais da saúde promovem ambientes mais equitativos: alimentação escolar adequada, espaços seguros, currículo crítico e alianças com serviços de saúde e assistência.

Os dados do IBGE (2021) sobre a precariedade da infraestrutura escolar, com 40% das unidades sem esgoto adequado, revelam a dimensão do desafio para implementação de um modelo de saúde escolar que supere a perspectiva individualizante. Como demonstra Silva *et al.* (2020), mesmo em contextos adversos, experiências baseadas em redes comunitárias de apoio e atividades culturais apresentam resultados promissores na redução dos sintomas de ansiedade entre estudantes. Essas evidências reforçam a necessidade de se pensar a saúde na escola a partir

de um paradigma que, conforme propõem Breilh (2013) e Paim (2013), reconheça a inseparabilidade entre condições de vida, acesso a direitos e processos de ensino-aprendizagem.

A saúde da escola, portanto, demanda o enfrentamento das causas estruturais da precarização e a superação da negligência estatal em relação à educação pública. Isso implica fortalecer políticas universais e intersetoriais, capazes de tratar a escola como território de cuidado coletivo e não como *lócus* de responsabilização individual.

Desafios e perspectivas: entre o cuidado e a justiça social

Diante desse cenário, a escola pública brasileira representa simultaneamente a fronteira e o campo de prova da promessa constitucional do SUS: um sistema de saúde público, universal e equitativo (BRASIL, 1988). As análises anteriores revelam que pensar a saúde *na* e *da* escola exige reconhecer as conexões entre condições de vida, políticas públicas e práticas pedagógicas, ou seja, requer repensar os modos de vida e esperar para outros caminhos. A escola é simultaneamente espaço de produção de saúde e local de expressão das desigualdades sociais. Assim, compreender seus desafios implica refletir sobre as tensões entre políticas de cuidado e a lógica neoliberal que a submete a mecanismos de responsabilização individual.

O cenário contemporâneo ainda é marcado por um “flerte” persistente com a culpabilização dos sujeitos, trabalhadores da educação, estudantes e famílias, por suas próprias condições de saúde. Essa tendência despolitiza o debate e reduz a complexidade dos determinantes sociais a explicações morais ou comportamentais. Como destaca Breilh (2013), a superação dessa racionalidade requer uma verdadeira revolução epistemológica: deslocar o eixo da patologização individual para a compreensão dialética do processo saúde-doença.

A crítica a essa ordem exige mais que reformas pontuais; demanda a reconstrução do pacto social que sustenta a educação e a saúde como direitos universais. A centralidade da alimentação escolar qualificada, nesse debate, não deve ser compreendida apenas como provisão nutricional, mas como dimensão material do direito à educação, à saúde e à proteção social. O PNAE, ao articular alimentação adequada, educação alimentar e nutricional, controle social e compras públicas da agricultura familiar, expressa uma política intersetorial capaz de tensionar a fragmentação entre saúde, educação e desenvolvimento territorial. Seus efeitos sobre permanência, aprendizagem e desenvolvimento não devem ser tratados como automáticos, mas como possibilidades vinculadas à implementação qualificada da política, às condições de infraestrutura escolar e à garantia mais ampla dos direitos sociais (BRASIL, 2009). Do mesmo modo, Minayo (2017) evidencia que a violência e a precariedade que atravessam a escola não podem ser enfrentadas por palestras moralizantes, mas por políticas públicas integradas de proteção e dignidade.

Provocamos aqui que pensar os desafios da saúde escolar é também revisitar o projeto civilizatório do SUS. Os princípios de universalidade, integralidade e equidade, fundamentos constitucionais de 1988, continuam sendo o horizonte ético e político das políticas públicas brasileiras. Nesse sentido a Saúde Coletiva pode contribuir com um projeto de sociedade pautado nos direitos e na recusa às injustiças. Assim, um pensar e fazer em saúde não pode se descolar da realidade das pessoas, muito menos se apoiar em uma ciência apolítica, neutra, inerte. Dada a natureza crítica da Saúde Coletiva, permite-se até mesmo questionar seus próprios limites e possibilidades, pois o campo epistemológico e político também está imerso neste sistema perverso, assim como as escolas, as universidades, logo fazer saúde *na* e *da* escola

é atravessado por questões complexas. Para tal, as saídas passam pelo coletivo, pelo engajamento e pela reivindicação de justiça social. Saúde Coletiva precisa sintonizar com tais termos, ou será apenas um arremedo daquilo que sua trajetória a forjou.

A universalidade afirma o direito de todos e todas à saúde, independentemente de classe, raça, gênero ou território (BRASIL, 1988). No contexto escolar, ela se traduz na responsabilidade do Estado de garantir acesso a ações de promoção e cuidado que envolvam toda a comunidade — estudantes, professores, famílias e funcionários.

A integralidade amplia a compreensão de saúde ao reconhecer as dimensões biológicas, psíquicas, sociais e culturais da existência. Para Cecílio (2001), cuidar de modo integral significa romper com a fragmentação do trabalho em saúde e construir respostas intersetoriais. Na escola, essa perspectiva se concretiza quando o currículo, as relações pedagógicas e o ambiente institucional passam a ser vistos como dimensões de cuidado.

Já a equidade propõe tratar desigualmente os desiguais, priorizando aqueles que enfrentam maior vulnerabilidade. Paim (2009) destaca que a equidade exige políticas diferenciadas e investimentos específicos em territórios marcados por exclusão. No ambiente escolar, isso significa direcionar mais recursos e acompanhamento a escolas periféricas, quilombolas, rurais e indígenas, assim como fortalecer políticas de valorização docente e de atenção à saúde mental.

Quando incorporados às práticas pedagógicas e à gestão democrática, esses princípios não apenas orientam as ações de saúde, mas reconfiguram a própria ideia de escola: de instituição transmissora de conteúdos a espaço produtor de vida, solidariedade e cidadania. Em diálogo com as epistemologias do Sul, o cuidado em saúde deixa de ser apenas uma ação técnica e passa a ser compreendido como prática política de reconhecimento da escola como território de vida e de reconstrução de vínculos sociais rompidos pela colonialidade do poder (QUIJANO, 2000), evidenciando que o processo saúde-doença é inseparável das condições históricas e materiais da vida e que, portanto, cuidar é também intervir sobre as estruturas que produzem vulnerabilidade.

Trabalhar a saúde *na* e *da* escola, portanto, implica reconhecer a escola como microsistema de políticas públicas, onde educação e saúde se entrelaçam na formação de sujeitos críticos e na construção de uma sociedade justa e sustentável. Freire (1987) lembra que “a esperança é um ato político”, e nela se fundamenta toda prática educativa emancipadora. Do mesmo modo, Gramsci (1971) sustenta que a hegemonia se disputa na cultura e nas instituições. Assim, a escola pode e deve ser espaço de contra-hegemonia, onde o cuidado se transforma em resistência e o direito à saúde em prática de liberdade. Esta não é uma disputa técnica, mas epistemológica e política.

Ao reivindicar a saúde como direito e prática social, a escola reafirma o legado freireano de uma educação que não apenas ensina, mas transforma, dimensão que faz da esperança, nas palavras de Freire (1996), um ato político.

A escola pública brasileira é o espelho das contradições do país: espaço de cuidado e de precarização, de promessas democráticas e de desigualdades persistentes. Pensar a saúde *na* e *da* escola é, portanto, pensar o próprio projeto civilizatório inscrito na Constituição de 1988. Em um tempo em que o neoliberalismo converte a vida em gestão e o sofrimento em diagnóstico,

afirmar o direito à saúde e à educação como dimensões inseparáveis é um gesto radical de defesa da vida. Se a Saúde Coletiva nasceu da Reforma Sanitária para democratizar o cuidado, é na escola pública que esse ideal encontra hoje seu campo mais urgente de reinvenção.

Como lembra Ailton Krenak, “*adiar o fim do mundo é não deixar que nos roubem o espanto diante da vida*” (KRENAK, 2019). Essa afirmação, de natureza existencial e política, convoca-nos a recuperar o sentido de encantamento e responsabilidade que sustenta a vida coletiva. A escola, quando se recusa a naturalizar a fome, o racismo, o adoecimento, a precariedade e a desigualdade, torna-se o próprio ato de adiar o fim do mundo. É nesse gesto cotidiano que se reinscreve a utopia da saúde como direito e da educação como libertação.

Referências:

ACOLIN, Jessica; FISHMAN, Paul. *Beyond the biomedical, towards the agentic: a paradigm shift for population health science*. **Social Science & Medicine**, v. 326, 115950, 2023. DOI: 10.1016/j.socscimed.2023.115950.

ANTUNES, Ricardo. *Trabalho e precarização numa ordem neoliberal*. In: GENTILI, Pablo; FRIGOTTO, Gaudêncio (orgs.). **A cidadania negada: políticas de exclusão na educação e no trabalho**. São Paulo: Cortez, 2002. p. 35–48.

ARAÚJO, Mauren Lúcia Braga de. **A saúde de quem? Uma etnografia crítica sobre a saúde na Educação Física escolar**. 2020. Tese (Doutorado em Educação Física). Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2020.

ATRICON. **Operação Educação: Fiscalização Ordenada Nacional: relatório consolidado Brasil**. São Paulo: Tribunal de Contas do Estado de São Paulo, 2023.

BARATA, Rita Barradas. **Como e por que as desigualdades sociais fazem mal à saúde** [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2009.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília, DF: Senado Federal, 1988.

BRASIL. *Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990*. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 20 set. 1990. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm. Acesso em: dez/2025.

BRASIL. *Conselho Nacional de Educação*. **Resolução CNE/CEB nº 4, de 2 de outubro de 2009**. Institui Diretrizes Nacionais para a Educação Básica nas Escolas do Campo. **Diário Oficial da União**, Brasília, 5 out. 2009.

BRASIL. *Ministério da Saúde*. **Política Nacional de Educação Popular em Saúde no SUS (PNEPS-SUS)**. Brasília: MS, 2013.

BRASIL. *Decreto nº 6.286 de 05 de dezembro de 2007*. Institui o Programa Saúde na Escola e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, 2007.

BRASIL. *Ministério da Saúde*. **Escolas promotoras de saúde: experiências no Brasil**. Brasília: OPAS, 2007.

BRASIL. *Ministério da Saúde*. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Prevenção e Promoção da Saúde. Coordenação-Geral de Equidade e Determinantes Sociais em

Saúde. **Nota Técnica nº 30/2024-CGEDESS/DEPPROS/SAPS/MS**: Documento Orientador do Programa Saúde na Escola: Indicadores e Padrões de Avaliação do Ciclo 2025/2026. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 20 Dez. 2024.

BREILH, Jaime. **Epidemiologia crítica: ciência emancipadora e interculturalidade**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2013.

BUSS, Paulo Marchiori; ESPERIDIÃO, Monique. *Promoção da saúde e seus determinantes sociais: interfaces entre políticas públicas e contextos escolares*. In: BUSS, Paulo M.; CARVALHO, Antonio I. (orgs.). **Saúde coletiva: teoria e prática**. 2. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2023. p. 181–199.

BUSS, Paulo Marchiori; PELLEGRINI FILHO, Alberto. A saúde e seus determinantes sociais. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 77-93, 2007.

CARD, Kiffer George; HEPBURN, Kirk Joseph. *Is neoliberalism killing us? A cross-sectional study of the impact of neoliberal beliefs on health and social wellbeing in the midst of the COVID-19 pandemic*. **International Journal of Health Services**, v. 53, n. 1, p. 3–24, 2022. DOI: 10.1177/00207314221134040.

CARTER, Eric Donald. *Making the Blue Zones: neoliberalism and nudges in public health promotion*. **Social Science & Medicine**, v. 133, p. 32–40, 2015. DOI: 10.1016/j.socscimed.2015.03.042.

CAVALIERE, Ana Maria. *Tempo de escola e qualidade na educação pública*. **Educação & Sociedade**, Campinas, v. 28, n. 100, p. 1015–1035, 2007. DOI: 10.1590/S0101-73302007000400006.

CECÍLIO, Luiz Carlos de Oliveira. *As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção em saúde*. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 58, p. 25–36, 2001.

CODO, Wanderley (org.). **Educação: carinho e trabalho**. 2. ed. Petrópolis: Vozes, 2006.

COLLARES, Cecília Azevedo Lima; MOYSÉS, Maria Aparecida Affonso. **Dislexia e TDAH: uma análise crítica do discurso médico-educacional**. Campinas: Mercado de Letras, 2010.

COSTA, Jurandir Freire. **Ordem médica e norma familiar**. Rio de Janeiro: Graal, 1983.

CUNHA, Luiz Antônio. **Educação e desenvolvimento social no Brasil**. 7. ed. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 2000.

DAHLGREN, Göran; WHITEHEAD, Margaret. **Policies and strategies to promote social equity in health**. Stockholm: Institute for Futures Studies, 1991.

FERNANDES, Florestan. **A integração do negro na sociedade de classes**. São Paulo: Ática, 1976.

FOUCAULT, Michel. **O nascimento da biopolítica: curso no Collège de France (1978–1979)**. São Paulo: Martins Fontes, 2008.

FREIRE, Paulo. **Pedagogia do oprimido**. 17. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1987.

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

FRIGOTTO, Gaudêncio. *A produtividade da escola improdutiva: um (re)exame das relações entre educação e estrutura econômico-social capitalista*. 9. ed. São Paulo: Cortez, 2010.

GOMES, Nayara Ribeiro, de-Assis-Santos Caroline Castro, REZENDE Bárbara Antunes, de-Medeiros Adriane Mesquita. *Psychosocial factors at work and teachers' illness: a systematic review*. **Rev Bras Med Trab**.2023;21(3) DOI:10.47626/1679-4435-2022-1014:e20221014

GOMES, Nilma Lino. *A questão racial na escola: desafios colocados pela implementação da Lei 10.639/03*. In: MOREIRA; A. F. B.; CANDAU, V. M. (orgs.). **Multiculturalismo: diferenças culturais e práticas pedagógicas**. Petrópolis: Vozes, 2008. p. 67-89.

GOMES, Nilma Lino. *Relações étnico-raciais, educação e descolonização dos currículos*. **Currículo Sem Fronteiras**. v. 12, 2012. p. 98-109

GONZALEZ, Lelia. *O movimento negro na última década*. In: **Lugar de negro**. Rio de Janeiro: Marco Zero, 1982.

GRAMSCI, Antonio. **Cadernos do cárcere**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1971.

GRAY, Garry Charles. *The Responsibilization Strategy of Health and Safety: Neo-liberalism and the Reconfiguration of Individual Responsibility for Risk*, **The British Journal of Criminology**, Volume 49, Issue 3, May 2009, Pages 326–342, <https://doi.org/10.1093/bjc/azp004>

HARVEY, David. **O neoliberalismo: história e implicações**. São Paulo: Loyola, 2008.

HOCHMAN, Gilberto. *O Brasil não é só doença: o programa de saúde pública de Juscelino Kubitschek*. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 16, supl. 1, p. 313–331, 2009.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). **Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (PeNSE): 2019**. Rio de Janeiro: IBGE, 2021.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). *Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar: 2024*. Rio de Janeiro: IBGE, 2026. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/populacao/9134-pesquisa-nacional-de-saude-do-escolar.html>. Acesso em: 15 maio 2026.

KRENAK, Ailton. **Ideias para adiar o fim do mundo**. São Paulo: Companhia das Letras, 2019.

LAURELL, Asa Cristina. **El estudio social de la salud: el caso de América Latina**. México: Siglo XXI, 1982.

LOPES, Iraneide Etelvina; NOGUEIRA, Júlia Aparecida Devidé; ROCHA, Dais Gonçalves. *O Programa Saúde na Escola no Brasil: revisão integrativa das ações e perspectivas*. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 71, supl. 6, p. 2655–2665, 2018. DOI: 10.1590/0034-7167-2017-0793.

Lourenço Filho, Manoel Bergström. **Introdução ao estudo da Escola Nova**. São Paulo: bases, sistemas e diretrizes da pedagogia contemporânea. 7ª ed. São Paulo: Melhoramentos, 1961.

MALLUE, Felipe Garcia; LEITE, Giulia Salaberry; DIAS, Tales Conceição; GUIMARÃES, Italo Fontoura; KNUTH, Alan Goularte; CROCHEMORE-SILVA, Inácio. Perspectivas de Profissionais de Educação sobre ações do Programa Saúde na Escola em Pelotas em 2022. **Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde**, [S. l.], v. 29, p. 1–8, 2024. DOI:

10.12820/rbafs.29e0341. Disponível em: <https://rbafs.org.br/RBAFS/article/view/15222>. Acesso em out 2025.

MALTA, Deborah Carvalho. et al. *Bullying e violência nas escolas: análise da PeNSE 2019*. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 22, supl. 2, e190036, 2019. DOI: 10.1590/1980-549720190036.supl.2.

MARMOT, Michael. *The status syndrome: how social standing affects our health and longevity*. New York: Henry Holt, 2005.

MARX, Karl. *O capital: crítica da economia política*. Livro I. São Paulo: Boitempo, 2013.

MBEMBE, Achille. *Necropolítica*. São Paulo: n-1 Edições, 2016.

MENESES Michele Neves, QUADROS Janilce Dorneles de, MARQUES Gabriela Pôrto, NORA Carlise Rigon Dalla, CARNEIRO Fernando Ferreira, ROCHA Cristianne Maria Famer. *Práticas de Vigilância Popular em Saúde no Brasil: Revisão de Escopo*. **Cien Saude Colet** 2023; 28(9):2553-2564.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. *Violência e saúde*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2017.

MOYSÉS, Maria Aparecida Affonso; COLLARES, Cecília Azevedo Lima. *Medicalização: o obscurantismo reinventado*. In: COLLARES, Cecília Azevedo Lima; MOYSÉS, Maria Aparecida Affonso; RIBEIRO, Mônica Cintrão França (Org.). **Novas capturas, antigos diagnósticos na era dos transtornos**. Campinas, SP: Mercado de Letras, 2013.

NASCIMENTO, Kelen Braga do; SEIXAS, Carlos Eduardo. O adoecimento do professor da Educação Básica no Brasil: apontamentos da última década de pesquisas. *Revista Educação Pública*, Rio de Janeiro, v. 20, n. 36, 2019. Disponível em: <https://educacaopublica.cecierj.edu.br>. Acesso em: 1 out. 2025.

NUNES, Ana Raquel. *Medicalisation of public health: a narrative review*. **Public Health**, v. 246, 2025. DOI: 10.1016/j.puhe.2024.10.015.

OFFE, Claus. *Problemas estruturais do Estado capitalista*. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1984.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). *Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health*. Geneva: WHO, 2008.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. *Hacer de cada escuela de la Región de las Américas una escuela promotora de la salud: Guía de implementación para instituciones educativas*. Washington, D. C.: OPS; 2024. Disponible en: <https://doi.org/10.37774/9789275328132>.

ORTEGA, Francisco; BEZERRA JUNIOR, Benilton. *Medicalização do mau comportamento na infância: o TDAH e a Ritalina*. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 1, p. 57–79, 2006. DOI: 10.1590/S0103-73312006000100005.

PAIM, Jairnilson Silva; ALMEIDA FILHO, Naomar. *Saúde coletiva: uma “nova saúde pública” ou campo aberto a novos paradigmas?* **Rev. Saúde Pública**. 1998; 32(4):299-316.

PAIM, Jairnilson Silva. *O que é o SUS*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009.

PAIM, Jairnilson Silva. *Reforma Sanitária Brasileira: contribuição para a compreensão e crítica*. Salvador: EDUFBA, 2013.

QUIJANO, Aníbal. **Colonialidad del poder, eurocentrismo y América Latina**. *Revista Internacional de Ciencias Sociales*, UNESCO, n. 168, p. 533–580, 2000.

RIBEIRO, Darcy. **O livro dos CIEPs**. Rio de Janeiro: Bloch Editores, 1986.

RIBEIRO, Darcy. **A América Latina existe?** Rio de Janeiro: Fundação Darcy Ribeiro; Brasília: Editora UnB, 2010.

RUMOR, Pamela Camila Fernandes; HEIDEMANN, Ivonete Teresinha Schulter Buss; SOUZA, Jeane Barros de; MANFRINI, Gisele Cristina; SOUZA, Janaina Medeiros de. Programa Saúde na Escola: potencialidades e limites da articulação intersetorial para promoção da saúde infantil. **Saúde em Debate**, [S. l.], v. 46, n. especial 3 nov, p. 116–128, 2023. Disponível em: <https://www.saudeemdebate.org.br/sed/article/view/7607>. Acesso em: 15 out 2025.

RUSSELL, Abigail Emma; FORD, Tamsin; WILLIAMS, Rebecca; RUSSELL, Ginny. The Association Between Socioeconomic Disadvantage and Attention Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD): A Systematic Review. **Child Psychiatry Hum Dev**. 2016 Jun;47(3):440-58. doi: 10.1007/s10578-015-0578-3. PMID: 26266467.

SAVIANI, Dermeval. **Escola e democracia**. 41. ed. Campinas: Autores Associados, 2008.

TEIXEIRA, Anísio. **Educação não é privilégio**. Rio de Janeiro, 5ª Ed. UFRJ, 1994.

TODOS PELA EDUCAÇÃO. *Políticas docentes, professores temporários: professores temporários nas redes estaduais do Brasil*. São Paulo: **Todos Pela Educação**, 2024. Disponível em: <https://todospelaeducacao.org.br>. Acesso em: 9 jul. 2025.

UNESCO. *UNESCO strategy on education for health and well-being (2022–2029)*. Paris: **UNESCO**, 2022.

UNICEF. **Pobreza na infância e adolescência no Brasil**. Brasília, DF: UNICEF, 2021.

Vieira-da-Silva, Lígia Maria Paim, Jairnilson Silva; Schraiber, Lilia Blima. O que é a Saúde Coletiva. In: *Saúde coletiva: teoria e prática*/organizadores Jairnilson Silva Paim, Naomar de Almeida-Filho. – 2. ed. – Rio de Janeiro: Medbook, 2023. ISBN 978-85-83691-21-1

World Health Organization. *The Ottawa charter for health promotion*. Geneve: WHO; 1986.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Making every school a health-promoting school: global standards and indicators for health-promoting schools and systems*. Geneva: **World Health Organization**, 2021.

Contribuições da autoria

Mauren Lúcia Braga de Araújo: Conceituação, Investigação, Metodologia, Análise crítica e interpretação de dados, Redação e Revisão.

Alan Goularte Knuth: Conceituação, Investigação, Análise crítica e interpretação de dados, Redação e Revisão.

Data de submissão: 12/10/2025

Data de aceite: 22/03/2026