

INSTITUTO FEDERAL DE EDUCAÇÃO, CIÊNCIA E TECNOLOGIA  
DO RIO GRANDE DO NORTE

ANA KAMILY DE SOUZA SAMPAIO

**AS PRÁTICAS PEDAGÓGICAS EM SAÚDE NO IFRN COMO  
DISPOSITIVO DE RESISTÊNCIA À MEDICALIZAÇÃO DO CORPO:  
ROMPENDO OS FIOS DA MARIONETE**

NATAL  
2025

ANA KAMILY DE SOUZA SAMPAIO

**AS PRÁTICAS PEDAGÓGICAS EM SAÚDE NO IFRN COMO  
DISPOSITIVO DE RESISTÊNCIA À MEDICALIZAÇÃO DO CORPO:  
ROMPENDO OS FIOS DA MARIONETE**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Educação Profissional (PPGEP), linha de pesquisa Formação Docente e Práticas Pedagógicas, do Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Rio Grande do Norte, em cumprimento às exigências legais como requisito parcial à obtenção do grau de Doutora em Educação.

Orientador: Dr. Avelino Aldo de Lima Neto

NATAL  
2025

Sampaio, Ana Kamily de Souza.

S192p As práticas pedagógicas em saúde no IFRN como dispositivo de resistência à medicalização do corpo : rompendo os fios da marionete / Ana Kamily de Souza Sampaio. – 2025.  
240 f. : il. Color.

Tese (doutorado) – Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Rio Grande do Norte, Natal, 2025.

Orientador(a): Dr. Avelino Aldo de Lima Neto.

1. Educação profissional e tecnológica. 2 Práticas pedagógicas.  
3. Medicalização. 4. Resistência (aspectos sociais). I. Título.

SIBi/IFRN

CDU 377

ANA KAMILY DE SOUZA SAMPAIO

**AS PRÁTICAS PEDAGÓGICAS EM SAÚDE NO IFRN COMO  
DISPOSITIVO DE RESISTÊNCIA À MEDICALIZAÇÃO DO CORPO:  
ROMPENDO OS FIOS DA MARIONETE**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Educação Profissional (PPGEP), linha de pesquisa Formação Docente e Práticas Pedagógicas, do Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Rio Grande do Norte, em cumprimento às exigências legais como requisito parcial à obtenção do grau de Doutora em Educação.

Tese apresentada e aprovada em 08/12/2025, pela seguinte Banca Examinadora:

**BANCA EXAMINADORA**

Documento assinado digitalmente  
 **AVELINO ALDO DE LIMA NETO**  
Data: 19/12/2025 12:08:38-0300  
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

---

Avelino Aldo de Lima Neto, Dr. – Presidente/Orientador  
Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Rio Grande do Norte

Documento assinado digitalmente  
 **AZEMAR DOS SANTOS SOARES JUNIOR**  
Data: 20/12/2025 09:24:58-0300  
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

---

Azemar dos Santos Soares Junior, Dr. – Examinador titular externo  
Universidade Federal do Rio Grande do Norte

Documento assinado digitalmente  
 **ROSSANA CARLA RAMEH DE ALBUQUERQUE**  
Data: 22/12/2025 23:31:26-0300  
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

---

Rossana Carla Rameh de Albuquerque, Dra. – Examinadora titular externo  
Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia de Pernambuco

---

Bruno Balbino Aires da Costa, Dr. – Examinador titular interno  
Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Rio Grande do Norte

---

Ilane Ferreira Cavalcante, Dra. – Examinadora titular interna  
Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Rio Grande do Norte

---

Natália Conceição Silva Barros Cavalcanti, Dra. – Examinadora suplente externa  
Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia de Pernambuco

---

Josenildo Soares Bezerra, Dr. – Examinador suplente externo  
Universidade Federal do Rio Grande do Norte

---

Arthur Luis de Oliveira Torquato, Dr. – Examinador suplente interno  
Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Rio Grande do Norte

---

Francinaide de Lima Silva Nascimento, Dra. – Examinadora suplente interna  
Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Rio Grande do Norte

À minha filha, Ana Beatriz, marionete livre que dança com leveza própria, me mostrando, a cada sorriso, que é possível afrouxar os fios do controle e reinventar a vida. Sua alegria, doçura e gentileza me lembram todos os dias que o cuidado e a educação são os fios mais preciosos que sustentam a vida. Cada página escrita e cada noite de estudo são também uma promessa de futuro: que você cresça sempre com coragem para tensionar os fios que tentarem limitar seus sonhos, com ternura para transformar o mundo ao seu redor, e que reinvente sempre a sua própria dança, não permitindo que lhe cortem os movimentos. Você é minha maior obra, minha maior pesquisa e a razão pela qual busco, todos os dias, fazer da educação um gesto de cuidado, de resistência e de amor. É a você que dedico cada segundo da minha existência, buscando construir uma educação que não aprisione, mas liberte e empodere — assim como esta pesquisa defende.

## **AGRADECIMENTOS**

Este trabalho é fruto de um caminho longo, tecido entre fios de estudo, resistência e amor. Por isso, eu não poderia deixar de expressar minha gratidão a todos que, de diferentes maneiras, contribuíram para que esta tese se tornasse possível.

À minha pequena Ana Beatriz, razão do meu movimento de seguir sempre em frente, acreditando que cada gesto de amor e cada palavra de incentivo podem romper as amarras e abrir caminhos para novas formas de ser e existir.

À minha mãe, Elza, que acompanhou de perto cada fio desta caminhada acadêmica e me foi suporte sobretudo nos momentos em que precisei me ausentar dos compromissos com a minha filha durante esta jornada. Sua força, sua entrega e seu amor incondicional em minha existência foram os fios de sustentação que não aprisionaram, mas, ao contrário, me ajudaram a seguir em frente, me lembrando sempre que o conhecimento é também caminho de liberdade.

Ao meu pai, Tarciso, que desde o primeiro dia da minha vida me mostrou na prática o que significa amor e cuidado. Sua presença foi o fio discreto e firme que me guiou silenciosamente, me oferecendo suporte seguro para que eu pudesse construir meus próprios movimentos.

Ao meu orientador querido, Avelino, pela escuta atenta, pela confiança, pelas provocações instigantes e pelo acompanhamento cuidadoso, sensível e respeitoso ao longo desta jornada. Sua orientação foi fundamental para que eu pudesse afrouxar meus próprios fios e enxergar novos horizontes no campo da pesquisa.

Aos professores leitores que acompanharam o tecer desses fios, e aos demais membros da banca examinadora, por dedicar seus olhares atentos e críticos a este trabalho, me ajudando a reconhecer novos caminhos e a costurar com mais firmeza as linhas desta tese.

Aos colegas do grupo de pesquisa Observatório da Diversidade, minha gratidão pela parceria constante e pelas contribuições que acompanharam este trabalho desde o seu início. Nada do que aqui se apresenta foi construído sozinho. Cada diálogo, partilha e incentivo foi essencial para que os fios desta pesquisa ganhassem forma e força coletiva.

Ao PPGEPI/IFRN, especialmente aos professores e colegas da linha de pesquisa Formação Docente e Práticas Pedagógicas, que me ensinaram que a

pesquisa também é um palco coletivo, onde o saber se constrói em partilha e diálogo.

Ao IFRN, em especial ao *Campus* São Gonçalo do Amarante, registro minha sincera gratidão pelo apoio durante o percurso deste doutorado. O suporte institucional oferecido não apenas sustentou os passos desta trajetória acadêmica, mas também reforçou a convicção de que este Instituto é lugar de formação, resistência e construção coletiva do conhecimento.

Às colegas profissionais da saúde do IFRN, que aceitaram compartilhar suas vozes e experiências, permitindo que esta pesquisa fosse atravessada por vidas reais, por resistências cotidianas e por gestos que, mesmo discretos, afrouxam os fios da medicalização.

À minha família — em especial às mulheres fortes e resistentes de onde venho, que me ensinaram, pelo exemplo, a erguer a cabeça quando os fios apertam — e aos demais amigos, minha gratidão pela torcida silenciosa e pelos gestos firmes de cuidado. Mesmo à distância, vocês compreenderam minhas ausências, sustentaram o palco quando o espetáculo da vida exigia demais e me ajudaram a afrouxar as amarras, lembrando-me que a marionete também cria novos movimentos quando encontra mãos que a acolhem e a encorajam.

No mais, do espelho que me refletiu no início desta caminhada acadêmica à marionete que, agora, rompe os fios em busca de novos movimentos, reconheço a presença de uma força silenciosa, mas essencial, que sempre me acompanhou. Foi nesse reflexo que aprendi a enxergar muito além do óbvio, a acreditar em mim quando o peso parecia excessivo e a transformar dor em resistência. Entre espelho e fios, encontrei o incentivo necessário para não desistir, para ressignificar minhas imperfeições e para seguir acreditando que cada passo, mesmo os mais difíceis, podiam se tornar mais leves quando compartilhados. Ao “espelho, espelho meu”, que me sustentou do mestrado ao doutorado, deixo meu agradecimento mais profundo, feito de gratidão, cumplicidade e esperança.

Por fim, a todos que, de alguma maneira, me ajudaram a tensionar os fios e a redescobrir a potência da resistência, deixo minha gratidão. Este trabalho é também fruto de cada gesto de confiança, de cada palavra de incentivo e de cada silêncio respeitoso que me acompanhou.

Não considero necessário saber exatamente quem sou. O que constitui o interesse principal da vida e do trabalho é que eles lhe permitem tornar-se diferente do que você era no início.

(Foucault, 2006, p. 294).

## RESUMO

Esta tese investigou as relações entre as práticas pedagógicas multidisciplinares em saúde no Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Rio Grande do Norte (IFRN) e o processo de medicalização do corpo na sociedade contemporânea. O estudo partiu da compreensão de que a medicalização, ao transformar experiências humanas em objetos de intervenção biomédica, também atravessa o espaço escolar, incidindo sobre corpos e subjetividades. Em contrapartida, práticas educativas em saúde podem atuar como dispositivos de resistência, criando fissuras nos discursos hegemônicos e produzindo novos modos de subjetivação. O objetivo geral foi analisar os discursos sobre as práticas pedagógicas em saúde no IFRN, a fim de compreender de que modo essa produção discursiva, ao tensionar o funcionamento da medicalização do corpo na contemporaneidade, configura-se como dispositivo de resistência. Os objetivos específicos consistiram em: discutir a medicalização do corpo na contemporaneidade e suas possíveis implicações na Educação Profissional e Tecnológica (EPT); compreender as condições de possibilidade que fazem emergir discursos sobre as práticas pedagógicas em saúde nos documentos institucionais do IFRN; e problematizar os discursos da equipe multidisciplinar em saúde, evidenciando em que medida tais práticas operam como formas de resistência à medicalização. A pesquisa foi desenvolvida sob inspiração foucaultiana, tomando como metodologia a Análise do Discurso. Foram examinados documentos institucionais e realizado um grupo de discussão híbrido com profissionais da saúde que atuam nos *campi* do IFRN. A análise considerou as condições históricas de emergência dos discursos, as práticas cotidianas e os modos como estes tensionam ou reforçam o paradigma medicalizador. Os resultados apontaram que, embora os documentos institucionais evidenciem marcas de uma racionalidade assistencialista e medicalizante, também abrem brechas para a educação em saúde como prática pedagógica articulada à formação humana integral. Do mesmo modo, os discursos da equipe multidisciplinar evidenciaram tensões entre a demanda institucional por ações clínicas e as iniciativas pedagógicas voltadas à escuta, à circulação nos espaços escolares e à promoção do cuidado ampliado. Assim, as práticas pedagógicas em saúde se configuram como estratégias de resistência, capazes de afrouxar os fios da medicalização e instaurar deslocamentos no interior do biopoder.

Tais achados permitem afirmar que os objetivos foram alcançados, confirmando que os discursos sobre as práticas pedagógicas em saúde no IFRN não se situam fora da medicalização, mas a atravessam e a desestabilizam. A tese, portanto, contribui ao ampliar o debate teórico sobre medicalização e resistência no campo da EPT e ao dar visibilidade às ações cotidianas das equipes de saúde, reforçando a necessidade de articulação institucional mais ampla, inclusive em processos seletivos e políticas de formação profissional.

Palavras-chave: práticas pedagógicas; educação em saúde; resistência; medicalização; educação profissional.

## **ABSTRACT**

This thesis investigated the relationships between multidisciplinary pedagogical practices in health at the Federal Institute of Education, Science, and Technology of Rio Grande do Norte (IFRN) and the process of body medicalization in contemporary society. The study was based on the understanding that medicalization, by transforming human experiences into objects of biomedical intervention, also permeates the school environment, affecting bodies and subjectivities. In contrast, educational practices in health can act as devices of resistance, creating fissures in hegemonic discourses and producing new modes of subjectivation. The general objective was to analyze the discourses on pedagogical practices in health at IFRN in order to understand how this discursive production, by challenging the functioning of the body medicalization in contemporary times, constitutes a device of resistance. The specific objectives were: to discuss the body medicalization in contemporary times and its possible implications for Professional and Technological Education (EPT); to understand the conditions of possibility that give rise to discourses on pedagogical practices in health in the institutional documents of the IFRN; and to problematize the discourses of the multidisciplinary health team, highlighting the extent to which such practices operate as forms of resistance to medicalization. The research was developed under Foucauldian inspiration, using Discourse Analysis as a methodology. Institutional documents were examined and a hybrid discussion group was held with health professionals working on IFRN campuses. The analysis considered the historical conditions in which the discourses emerged, everyday practices, and the ways in which these practices strain or reinforce the medicalizing paradigm. The results showed that, although institutional documents show signs of a welfare-oriented and medicalizing rationality, they also open up opportunities for health education as a pedagogical practice linked to comprehensive human development. Similarly, the discourses of the multidisciplinary team revealed tensions between the institutional demand for clinical actions and pedagogical initiatives focused on listening, circulation in school spaces, and the promotion of expanded care. Thus, pedagogical practices in health are configured as strategies of resistance, capable of loosening the threads of medicalization and establishing movements of displacement within biopower. These findings allow us to affirm that the objectives were achieved, confirming that the discourses on pedagogical

practices in health at IFRN are not outside medicalization, but rather traverse and destabilize it. The thesis, therefore, contributes to broadening the theoretical debate on medicalization and resistance in the field of EPT and to giving visibility to the daily actions of health teams, reinforcing the need for broader institutional articulation, including in selection processes and professional training policies.

Keywords: pedagogical practices; health education; resistance; medicalization; professional education.

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

|              |                                                                                                                                                           |     |
|--------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| Figura 1     | – Delineamento das Práticas Pedagógicas em Saúde no IFRN a serem investigadas .....                                                                       | 32  |
| Quadro 1     | – Síntese dos componentes estruturantes da pesquisa .....                                                                                                 | 34  |
| Fluxograma 1 | – Etapas da pesquisa .....                                                                                                                                | 35  |
| Quadro 2     | – <i>Corpus</i> que compõe o arquivo da pesquisa .....                                                                                                    | 36  |
| Figura 2     | – Mapa de distribuição dos <i>campi</i> do IFRN representados pelos membros do GTESS .....                                                                | 38  |
| Quadro 3     | – Documentos que regem o IFRN .....                                                                                                                       | 94  |
| Quadro 4     | – Áreas estratégicas e linhas temáticas de atuação da Assistência Estudantil do IFRN relacionadas à saúde dos estudantes .....                            | 104 |
| Figura 3     | – Vertentes de atuação da equipe multidisciplinar do IFRN em apoio às atividades acadêmicas e à formação humana integral dos estudantes .....             | 106 |
| Quadro 5     | – Práticas pedagógicas de educação em saúde .....                                                                                                         | 115 |
| Quadro 6     | – Práticas pedagógicas assistenciais .....                                                                                                                | 116 |
| Quadro 7     | – Práticas pedagógicas administrativas .....                                                                                                              | 117 |
| Quadro 8     | – Editais de concursos públicos para técnico-administrativos em educação com vagas para os cargos que constituem a equipe multidisciplinar em saúde ..... | 127 |
| Figura 4     | – Características das atribuições dos profissionais das equipes multidisciplinares em saúde do IFRN .....                                                 | 135 |
| Quadro 9     | – Posições de sujeito que os profissionais das equipes multidisciplinares em saúde do IFRN ocupam nos discursos presentes nos editais dos concursos ..... | 135 |

|           |                                                                                                                       |     |
|-----------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| Quadro 10 | – Perfil sociodemográfico e profissional das participantes .....                                                      | 143 |
| Quadro 11 | – Requisitos ligados ao funcionamento prático do grupo de discussão .....                                             | 147 |
| Quadro 12 | – Identificação dos codinomes das participantes .....                                                                 | 148 |
| Quadro 13 | – Síntese comparativa das práticas pedagógicas de educação em saúde previstas e efetivamente realizadas no IFRN ..... | 204 |

## LISTA DE SIGLAS

|        |                                                                            |
|--------|----------------------------------------------------------------------------|
| IFRN   | Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Rio Grande do Norte |
| CNDCT  | Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico              |
| PPGEP  | Programa de Pós-Graduação em Educação Profissional                         |
| RFEPCT | Rede Federal de Educação Profissional, Científica e Tecnológica            |
| EMI    | Ensino Médio Integrado                                                     |
| EPT    | Educação Profissional e Tecnológica                                        |
| OMS    | Organização Mundial de Saúde                                               |
| PPP    | Projeto Político-Pedagógico                                                |
| PDI    | Plano de Desenvolvimento Institucional                                     |
| SUS    | Sistema Único de Saúde                                                     |
| BDTD   | Biblioteca Digital Brasileira de Teses e Dissertações                      |
| IBICT  | Instituto Brasileiro de Informação em Ciência e Tecnologia                 |
| GTESS  | Grupo de Trabalho e Estudos dos Setores de Saúde                           |
| TCLE   | Termo de Consentimento Livre e Esclarecido                                 |
| CEP    | Comitê de Ética em Pesquisa                                                |
| TDAH   | Transtorno do Déficit de Atenção com Hiperatividade                        |
| TPL    | Transtorno de Personalidade Limítrofe                                      |
| SB     | Síndrome de Burnout                                                        |
| TOD    | Transtorno Opositor Desafiador                                             |
| PCN    | Parâmetros Curriculares Nacionais                                          |
| LDB    | Lei de Diretrizes e Bases                                                  |
| CP     | Conselho Pleno                                                             |
| CNE    | Conselho Nacional de Educação                                              |
| IFs    | Institutos Federais de Educação, Ciência e Tecnologia                      |
| DIGAE  | Diretoria de Gestão de Atividades Estudantis                               |
| PNAE   | Programa Nacional de Assistência Estudantil                                |
| SUAP   | Sistema Unificado de Administração Pública                                 |
| DCNT   | Doenças Crônicas Não Transmissíveis                                        |
| ASAES  | Assessoria de Atividades Estudantis                                        |

|        |                                                                      |
|--------|----------------------------------------------------------------------|
| NAPNE  | Núcleo de Apoio às Pessoas com Necessidades Educacionais Específicas |
| SINAN  | Sistema de Informação de Agravos de Notificação                      |
| DIAD   | Diretoria de Administração                                           |
| CBO    | Classificação Brasileira de Ocupações                                |
| MTE    | Ministério do Trabalho e Emprego                                     |
| INAMPS | Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social       |

## SUMÁRIO

|          |                                                                                                                                                      |            |
|----------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|
| <b>1</b> | <b>TECENDO OS FIOS</b>                                                                                                                               | <b>18</b>  |
| 1.1      | OS FIOS INVISÍVEIS: DELIMITANDO O PROBLEMA                                                                                                           | 19         |
| 1.2      | A TRAMA E SEUS CONTORNOS                                                                                                                             | 30         |
| 1.3      | DESVENDANDO OS BASTIDORES: A ARQUEOLOGIA DA PESQUISA                                                                                                 | 34         |
| <b>2</b> | <b>CONTROLANDO A MARIONETE: DISCURSO, (BIO)PODER E MEDICALIZAÇÃO DO CORPO NA EPT</b>                                                                 | <b>42</b>  |
| 2.1      | OS ENREDOS QUE NOS MOVEM: ANÁLISE DO DISCURSO E SAÚDE                                                                                                | 43         |
| 2.2      | SOB OS FIOS DO CONTROLE: DISCURSO, BIOPODER, GOVERNAMENTALIDADE E MEDICALIZAÇÃO                                                                      | 55         |
| 2.3      | AJUSTANDO A MARIONETE: A MEDICALIZAÇÃO DO CORPO NA EPT                                                                                               | 64         |
| <b>3</b> | <b>O ROTEIRO DOS MOVIMENTOS: OS DISCURSOS SOBRE A SAÚDE MULTIDISCIPLINAR NA EPT</b>                                                                  | <b>75</b>  |
| 3.1      | “DESENVOLVIMENTO DO CIDADÃO CRÍTICO, REFLEXIVO E AUTÔNOMO”: A EDUCAÇÃO EM SAÚDE NO CONTEXTO DA EPT.                                                  | 76         |
| 3.2      | “UMA PARCERIA ESSENCIAL PARA O PROCESSO DE ENSINO E APRENDIZAGEM”: A SAÚDE MULTIDISCIPLINAR NO IFRN                                                  | 93         |
| 3.3      | “PROMOÇÃO DA SAÚDE PELO VIÉS DE UMA EDUCAÇÃO INTEGRAL”: A POLÍTICA DE SAÚDE ESTUDANTIL DO IFRN                                                       | 109        |
| 3.4      | “PRESTAR ASSISTÊNCIA AO PACIENTE”: A EQUIPE MULTIDISCIPLINAR EM SAÚDE NO IFRN E A CENTRALIDADE DO DISCURSO ASSISTENCIALISTA                          | 125        |
| <b>4</b> | <b>ENTRE O CONTROLE E A RESISTÊNCIA: OS DISCURSOS DAS PROFISSIONAIS ENVOLVIDAS SOBRE AS PRÁTICAS PEDAGÓGICAS MULTIDISCIPLINARES EM SAÚDE NO IFRN</b> | <b>141</b> |

|     |                                                                                                                                                      |     |
|-----|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| 4.1 | “QUAL SERIA O NOSSO DIFERENCIAL ESTANDO NA ESCOLA ENQUANTO PROFISSIONAIS DE SAÚDE?”: AS POSIÇÕES DE SUJEITOS E AS RELAÇÕES DE PODER NA SAÚDE DO IFRN | 150 |
| 4.2 | “A ESCOLA É O REFLEXO DA NOSSA SOCIEDADE”: A MEDICALIZAÇÃO E O BIPODER NO CONTEXTO DO IFRN                                                           | 164 |
| 4.3 | “COMO É QUE A GENTE PROMOVE SAÚDE? ATRAVÉS DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE”: AS PRÁTICAS PEDAGÓGICAS DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE COMO DISPOSITIVOS DE RESISTÊNCIA      | 184 |
| 5   | <b>ROMPENDO OS FIOS</b>                                                                                                                              | 207 |
|     | <b>REFERÊNCIAS</b>                                                                                                                                   | 214 |
|     | <b>APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE) PARA OS MEMBROS DAS EQUIPES MULTIDISCIPLINARES DE SAÚDE</b>                        | 230 |
|     | <b>APÊNDICE B – TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA USO DE IMAGENS</b>                                                                                         | 233 |
|     | <b>APÊNDICE C – TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA USO DE ÁUDIO</b>                                                                                           | 234 |
|     | <b>APÊNDICE D – QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO E PROFISSIONAL</b>                                                                                     | 235 |
|     | <b>APÊNDICE E – TÓPICO-GUIA DOS GRUPOS DE DISCUSSÃO</b>                                                                                              | 238 |

## 1 TECENDO OS FIOS

Era uma vez uma marionete que habitava um grande palco, onde todos os movimentos eram cuidadosamente orquestrados. Seus gestos eram precisos, sua dança obediente e seu olhar ensaiado, guiados por fios quase invisíveis, que delimitavam o que podia e o que não podia ser feito. A cada passo, uma força discreta e silenciosa conduzia seu corpo, definindo o ritmo e o compasso de sua existência.

Ela acreditava estar plenamente em cena por escolha própria, mas, sob a superfície, uma inquietação sutil se insinuava: até que ponto seus movimentos eram, de fato, seus?

Os fios que a sustentavam eram numerosos e imperceptíveis. Alguns a ensinavam como falar, outros a corrigiam sempre que se desviava das regras do espetáculo, e havia, ainda, fios que a ajustavam sempre que ousava sair do compasso instituído, reforçando a necessidade de se manter dentro dos limites do esperado. Quando a marionete hesitava ou resistia, vozes firmes ecoavam dos bastidores: “Mantenha-se no lugar. Siga o roteiro”.

E, por muito tempo, ela seguiu...

No entanto, com o passar dos dias, pequenas inquietações começaram a se transformar em gestos: uma pausa que não estava prevista, um olhar além do público, um movimento que escapava do script. Ainda que discretas, essas pequenas fissuras no espetáculo provocavam tensões nos fios — nem sempre tão firmes quanto pareciam.

Aos poucos, a marionete percebeu que, mesmo sob a vigilância constante e sob a força dos fios, era possível experimentar formas de movimentação mais próprias e inventivas. Não se tratava de cortar os fios de imediato, mas de afrouxá-los, de deslizá-los, de tensioná-los ao ponto em que o controle já não fosse absoluto. Cada gesto fora do roteiro era, então, uma forma de resistência silenciosa e cotidiana.

Com o tempo, outros olhares se voltaram para ela. Alguns, curiosos, tentaram também experimentar movimentos próprios. Outros, ainda receosos, preferiram permanecer alinhados ao compasso do diretor invisível.

A marionete, por sua vez, seguiu trilhando sua dança ambivalente — ora guiada pelos fios que a prendiam, ora criadora de pequenas brechas que, em sua soma, redesenhavam o próprio espetáculo.

Assim, mesmo que os fios não tenham sido completamente rompidos, tornaram-se mais flexíveis e frágeis, e a marionete, enfim, passou a experimentar o que é mover-se sob a tensão entre o controle e a possibilidade de resistência.

(Ana Kamily de Souza Sampaio, 2025)

O presente estudo tem como **tema** as relações entre as práticas pedagógicas multidisciplinares em saúde no Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Rio Grande do Norte (IFRN) e o processo de medicalização do corpo na sociedade, e foi desenvolvido no interior do projeto intitulado *Gestão das experiências de sofrimento na Educação Profissional: estudo comparativo entre Brasil, França e Argentina*<sup>1</sup>. Consiste em uma pesquisa de doutorado vinculada ao grupo de pesquisa *Observatório da Diversidade/IFRN*, certificado pelo Conselho Nacional

<sup>1</sup> Aprovado pelo edital CNPq/MCTI/FNDCT Nº 18/2021 (universal), processo 404953/2021-2.

de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), e realizada no Programa de Pós-Graduação em Educação Profissional (PPGEP) do IFRN – *Campus* Natal-Central, situada, mais especificamente, na linha de pesquisa *Formação Docente e Práticas Pedagógicas em Educação Profissional*.

Enquanto profissional da área de saúde há 18 anos e professora de Educação Física da Rede Federal de Educação Profissional, Científica e Tecnológica (RFEPCT) há 15 anos — sendo 13 deles no IFRN, trabalhando no Ensino Médio Integrado (EMI), em contato diário com a adolescentes em fase escolar —, tenho presenciado com frequência situações explícitas de sofrimento. Essas situações, inclusive, já foram evidenciadas por Maia (2021), Maia e Lima Neto (2025), Pacheco, Nonenmacher e Cambraia (2020), Sampaio (2021), Sampaio, Lima Neto e Gleyse (2025), Silva e Dias (2022) e, possivelmente, levando em conta a recorrente medicalização em nossa sociedade, podem estar sendo silenciadas mediante a intervenção médica sobre os processos de subjetivação desses jovens

Além disso, particularmente, enquanto mulher e mãe responsável pelo bem-estar próprio e de minha filha, e como professora que zela, também, pelo cuidado dos alunos, essa problemática tem despertado o interesse por estudar mais profundamente as relações da medicalização do corpo nas práticas pedagógicas multidisciplinares em saúde no IFRN.

Outrossim, o interesse em investigar a forma com que o Instituto vem lidando com os sofrimentos entre seus alunos foi impulsionado por um estudo desenvolvido anteriormente com um grupo de discentes do EMI da instituição (Sampaio, 2021). O objetivo foi compreender as relações entre a formação humana integral aventada pelas práticas pedagógicas de Educação Física na Educação Profissional e a imagem corporal dos estudantes do EMI. Deparamo-nos, nesse sentido, com relatos de situações de sofrimento de diferentes naturezas, as quais se manifestaram em meio às práticas pedagógicas desenvolvidas no IFRN (Sampaio; Lima Neto; Gleyse, 2025).

## 1.1 OS FIOS INVISÍVEIS: DELIMITANDO O PROBLEMA

A história narrada na epígrafe de abertura desta seção, que, à primeira vista pode parecer apenas uma ficção ilustrativa, entrelaça-se, de modo profundo, com

as formas como o corpo, a saúde, a educação e a medicalização se articulam na sociedade contemporânea. Tal como a marionete — uma espécie de fantoche articulado cujos movimentos são controlados por fios manipulados por um mestre marionetista —, em sua dança ambivalente, os sujeitos são atravessados por normas e dispositivos<sup>2</sup> que regulam suas condutas e modelam suas existências.

No entanto, mesmo sob a vigilância dos fios que os controlam, é no cotidiano — e, especialmente, nas sutilezas das práticas pedagógicas em saúde — que surgem gestos de resistência que, ainda que não rompam definitivamente os fios, são capazes de afrouxá-los e criar espaços para que outros modos de ser, cuidar e viver possam emergir.

Contudo, para que se compreenda plenamente a dinâmica desses fios — e, conseqüentemente, a natureza dos gestos de resistência que os tensionam —, é preciso, antes, voltarmos o olhar para o processo da medicalização. Afinal, não se trata apenas de fios que orientam comportamentos ou delimitam trajetórias, mas de dispositivos de saber-poder que atravessam os corpos e os subjetivam cotidianamente.

A medicalização é caracterizada, de modo geral, pelo processo em que a ciência médica passa a intervir em questões, a priori, de cunho político, social ou econômico e que, portanto, não pertenciam ao domínio médico. Esse cenário faz com que, ao longo dos anos, questões de sofrimento de diferentes naturezas tenham recebido intervenções da medicina e venham sendo tratadas como doenças, transtornos ou distúrbios (Foucault, 1979).

Apesar de, no decurso histórico, a medicalização ter se manifestado de algumas maneiras consideradas socialmente benéficas — como no processo de modernização urbana no início do século XX no Brasil, a exemplo das campanhas de sanitização das cidades e da implementação das políticas públicas de vacinação —, tais intervenções não se deram de forma homogênea, consensual ou isenta de conflitos. Ao contrário, foram atravessadas por resistências significativas, como evidenciado pela Revolta da Vacina, que expôs as tensões entre saber médico, poder estatal e a população submetida a medidas coercitivas. Nesse sentido, ainda que algumas dessas ações tenham produzido efeitos positivos no

---

<sup>2</sup> Para Foucault (1979), um dispositivo é um conjunto heterogêneo de discursos, práticas, instituições e mecanismos que articulam saber e poder em torno de uma estratégia para responder a uma necessidade histórica específica. Retomaremos a noção de dispositivo na seção 4.3.

controle de doenças, é necessário destacar que muitas delas também consistiram em práticas autoritárias e normalizadoras, capazes de produzir controle social rigoroso sobre os corpos e os comportamentos humanos (Zorzanelli; Cruz, 2018).

Diante disso, a relação entre o corpo e a medicina está subordinada à extrapolação da racionalidade médica à vida como um todo. Assim, a medicalização<sup>3</sup> implica uma atuação que, em vez de apenas cuidar, busca regular a saúde, os corpos e os modos de vida da população, produzindo efeitos disciplinares e normativos. Embora Foucault tenha identificado esses processos no contexto europeu dos séculos XVIII e XIX — como parte do nascimento do biopoder —, no Brasil, tais dinâmicas se consolidam mais intensamente apenas no início do século XX, articuladas aos projetos de modernização urbana e higienização social. Nesse quadro, a medicina passou a operar como elo entre saberes e práticas disciplinares e as formas de governamentalidade voltadas à regulação social dos corpos (Foucault, 1988<sup>4</sup>, 1999<sup>5</sup>, 2010<sup>6</sup>, 2011<sup>7</sup>; Soares Júnior, 2019; Zorzanelli; Cruz, 2018).

Atualmente, com o capitalismo neoliberal — orientado pela lógica da eficiência, da competitividade e da maximização da produtividade individual — e a busca incessante pelo lucro, concomitantemente ao avanço da ciência, das indústrias farmacêuticas e à ascensão da biopolítica, tem sido cada vez mais evidente o processo de biologização da vida, fazendo com que, especialmente a partir do século XX, as práticas em saúde tenham se tornado cada vez mais dependentes de produtos farmacológicos, enfatizando as questões que envolvem restritamente o corpo biológico, o que tem desencadeado uma espécie de silenciamento dos sujeitos, de seus sentimentos e sofrimentos (Guarido; Voltolini, 2009).

Esse tipo de situação se evidenciou ainda mais no cenário pandêmico e pós-pandêmico recente<sup>8</sup>, que potencializou, dentre outros sentimentos, o medo da

<sup>3</sup> O conceito de medicalização será aprofundado na subseção 2.2.

<sup>4</sup> Obra original: *História da sexualidade I: a vontade de saber*, publicada em 1976.

<sup>5</sup> Obra original: *Vigiar e punir: nascimento da prisão*, publicada em 1975.

<sup>6</sup> Obra original: *Em defesa da sociedade*, fruto de um curso realizado no Collège de France de 1975 a 1976.

<sup>7</sup> Obra original: *Ditos e escritos*, publicada em quatro volumes pela Editora Gallimard (Paris), em 1994.

<sup>8</sup> A pandemia de COVID-19 foi um evento global, causado pelo vírus SARS-CoV-2 que começou no ano de 2020 e se estendeu até 2023, espalhando-se rapidamente, levando a milhões de mortes e desencadeando a adoção de medidas preventivas de distanciamento social recomendadas pela Organização Mundial de Saúde (OMS).

morte, fazendo com que muitas pessoas sequer questionem o processo de medicalização ao qual vêm sendo submetidas. Esse comportamento tende a se tornar ainda mais evidente entre os adolescentes, cujas fragilidades se intensificam diante dos conflitos em que estão frequentemente imersos.

Somado a isso, vivemos historicamente em uma sociedade subordinada à concepção de ideal de corpo e de saúde, o que também se acentua no período da adolescência, conforme problematizamos anteriormente (Sampaio, 2021). Trata-se de algo que potencializa cada vez mais as intervenções médicas, sobretudo considerando o seguinte:

já não se fala somente da obrigação da limpeza e da higiene para gozar de boa saúde, mas de fenômenos da vida cotidiana que entram no campo de ação do saber médico. As práticas médicas estão em todos os lugares, à medida que a saúde se torna um objeto de desejo e de lucro. Modificou-se a atenção da medicina novecentista com agentes patogênicos dos corpos segregados e confinados para o cultivo individual do corpo saudável, exaltado como um ideal. Houve um deslocamento do sonho higienista de isolar e erradicar a doença para um modelo de responsabilidade individual pela saúde. Esse deslocamento é exatamente do que trata o conceito de medicalização hoje (Zorzanelli; Cruz, 2018, p. 724).

Logo, no mundo contemporâneo — compreendido não como um tempo dissociado do passado, mas como uma configuração histórica produzida a partir de longos processos de normalização dos corpos — observa-se uma intensificação das atenções dirigidas ao corpo biológico. Ao longo da história, diferentes formas de padronização corporal foram sendo construídas, redefinindo continuamente o que se entende por corpo saudável, corpo ideal ou corpo normal, sempre atravessadas por forças hegemônicas que incidiram sobre as experiências educativas, sociais e culturais dos indivíduos. O que se evidencia na contemporaneidade é o aprofundamento desses processos, de modo que a medicalização passa a operar por meio de “uma descrição biológica das experiências humanas, para uma retradução de suas vicissitudes em termos sintomáticos, para uma intensificação do uso de medicamentos no alívio das dores cotidianas” (Guarido; Voltolini, 2009, p. 252).

O fato é que, além de toda essa abundância de diagnósticos e de medicação desencadear uma infinidade de tratamentos que, especialmente quando desnecessários, podem provocar uma série de prejuízos à saúde, de acordo com

Zorzanelli e Cruz (2018), a medicalização atua em nome de um discurso<sup>9</sup> científico que produz intervenção sobre a sociedade e, consequentemente, sobre os processos de subjetivação. Nesse sentido Welch, Schwartz e Woloshin (2008, p. 12) acrescentam, ainda, que

a medicalização da vida cotidiana seria capaz de transformar sensações físicas ou psicológicas normais (tais como insônia e tristeza) em sintomas de doenças (como distúrbios de aprendizagem, TDAH, entre outros). Isso vem provocando uma verdadeira “epidemia” de diagnósticos e encaminhamentos aos profissionais de saúde, inclusive, no ambiente escolar.

Dessa maneira, a metáfora da marionete se encaixa perfeitamente na análise do corpo como um objeto controlado por forças externas. No sentido literal, o corpo que representa a marionete em si é esculpido para representar personagens específicos; os fios, conectados estrategicamente às diversas partes do corpo, são manipulados pelo marionetista para simular movimentos naturais; e a cruzeta de controle, um suporte em formato de cruz ao qual os fios são presos, permite que o marionetista os mova de forma precisa, de modo a estabelecer um controle total dos movimentos.

Assim, cada movimento é guiado pelos fios, a ilusão de autonomia só existe para quem assiste e a habilidade do marionetista faz parecer que a marionete tem vida própria, quando, na realidade, ela é completamente dependente de seu manipulador. De forma semelhante, o corpo humano é guiado por fios invisíveis que simbolizam o biopoder, conectando o corpo a instituições e discursos, controlando seus movimentos, comportamentos e até sua percepção de si mesmo, de acordo com normas sociais e médicas.

Nesse contexto, os governos, os sistemas de saúde e as instituições educacionais desempenham o papel de marionetistas, ajustando e corrigindo os corpos para que se encaixem em padrões previamente estabelecidos, definindo o que devem ser e fazer, através de discursos normativos que representam as cruzetas de controle.

Além disso, a medicalização funciona como um roteiro de performance e atua como um mecanismo de ajuste fino dos fios, orientando os movimentos e ações da

---

<sup>9</sup> O conceito de discurso será explicitado na subseção 2.1.

marionete, ensinando-a a se mover de maneira considerada correta e aceitável, e corrigindo o que é considerado um movimento errado ou fora de norma.

Portanto, assim como a marionete se move de acordo com a vontade do marionetista que a manipula, o corpo humano, no interior da sociedade, é moldado por discursos medicalizados — isto é, por um conjunto de saberes e enunciados que atravessam a medicina, a psicologia, a pedagogia e as práticas sanitárias, definindo normas sobre saúde, conduta e desempenho. Os fios invisíveis que guiam a marionete representam, assim, as normas e regras sociais que orientam como o corpo deve se portar, agir e existir.

Nesse processo, a educação atua como um roteiro privilegiado de apropriação social do discurso, na medida em que ensina, legitima e faz circular determinados modos de dizer e de fazer, naturalizando o que é considerado correto, aceitável ou desviante. A medicalização, por sua vez, ajusta esses fios ao operar correções sobre os corpos e comportamentos que escapam à norma. O biopoder, nesse entrelaçamento, exerce seu controle de forma difusa e quase imperceptível, determinando limites e possibilidades, inclusive por meio de novos fios contemporâneos, como as tecnologias digitais e as redes sociais, que passam a regular a atenção, o tempo e os modos de relação dos sujeitos — o que se expressa, por exemplo, em normativas institucionais atuais como a proibição do uso de celulares no espaço escolar.

Contudo, apesar de muito nos preocupar a possível tendência (em especial no âmbito educacional) à medicalização do corpo, um tema bastante recorrente nas discussões sociais sobre o campo da saúde e da doença na contemporaneidade (Zorzanelli; Cruz, 2018), a metáfora da marionete também nos lembra da possibilidade de resistência.

Assim como uma marionete pode ter seus fios tensionados e redesenhar seu espetáculo, o corpo humano pode resistir à medicalização e aos discursos normativos, buscando a emancipação. Dessa forma, a metáfora sugere que há possibilidade de resistência, de modo que o indivíduo pode tomar consciência dos mecanismos que o controlam e lutar para recuperar sua autonomia. Logo, tensionar os fios significa questionar esses discursos, desafiar as normas impostas e recuperar a autonomia sobre o próprio corpo.

Da mesma maneira que a marionete descobriu sua liberdade, é possível buscar formas de escapar da manipulação e construir novos movimentos, guiados

não pela imposição externa, mas pela própria vontade. A partir disso, destacamos a importância das práticas pedagógicas em saúde no âmbito da Educação Profissional e Tecnológica<sup>10</sup> (EPT) e seu significativo papel no processo de formação humana integral dos estudantes e de preparação para a vida.

Os estudos desenvolvidos em EPT no Brasil, em geral, são fundamentados por um referencial teórico embasado pelo marxismo e pela criticidade dialética. Essas produções exerceram grandes desdobramentos na elaboração dos princípios norteadores pedagógicos pautados nas relações entre trabalho e educação como um processo unitário e, conseqüentemente, na concepção de educação como uma unidade entre os aspectos intelectuais, corporais e tecnológicos (Marinho, 2012; Marx, 1982). Portanto, ao indissociar essas três esferas, a perspectiva marxiana apresenta a ideia de omnilateralidade, apontando, conseqüentemente, para a formação humana integral, o que vem a ser também conhecida como politecnicidade (Moura; Lima Filho; Silva, 2015).

De modo geral, o conceito de formação humana integral se refere ao desenvolvimento completo do ser humano em suas diversas dimensões, e consiste em uma proposta educativa que visa não apenas à preparação técnica ou profissional, mas à formação de sujeitos críticos, conscientes, autônomos e comprometidos com a transformação da sociedade (Arroyo, 2012; Manacorda, 2010).

Segundo Arroyo (2012), a formação humana integral busca romper com uma visão fragmentada e tecnicista da educação, reconhecendo que os sujeitos são complexos e possuem múltiplas dimensões que precisam ser desenvolvidas de forma articulada. Manacorda (2010) acrescenta a essa concepção uma perspectiva histórica e marxista, ao defender que a formação humana integral deve estar vinculada ao trabalho como princípio educativo e à luta pela emancipação da classe trabalhadora<sup>11</sup>.

---

<sup>10</sup> Importante destacarmos que a oferta de EPT à qual nos remetemos neste estudo se refere àquela desenvolvida na RFEPT do Brasil, visto que existem outras ofertas nas redes estaduais e privadas.

<sup>11</sup> A classe trabalhadora é composta por todos aqueles que, desprovidos dos meios de produção, são obrigados a vender sua força de trabalho para sobreviver, sendo assim explorados dentro da lógica do capital. Ela não se resume apenas ao operariado industrial tradicional, mas inclui também trabalhadores de diversos setores que compartilham essa condição estrutural de subordinação ao capital, o que caracteriza sua posição de classe — ver Miguel, 2020.

O trabalho, nessa perspectiva, não deve ser visto apenas como uma atividade produtiva, mas como um elemento formador central da condição humana, pois é por meio dele que os indivíduos se humanizam, apropriam-se da cultura, desenvolvem o pensamento crítico e participam da construção coletiva da sociedade. Essa concepção é reforçada por Gramsci (2004), ao destacar que o trabalho educativo promove a formação de intelectuais orgânicos, isto é, sujeitos capazes de interpretar e transformar a realidade.

Nesse sentido, a educação deve promover o desenvolvimento das capacidades humanas de maneira plena, em um processo que articula teoria e prática, ciência e cultura, com vistas à construção de uma sociedade igualitária e livre da exploração. Assim, a formação humana integral não se limita à aquisição de conhecimentos acadêmicos, mas envolve a formação de sujeitos plenos, éticos e conscientes de seu papel na transformação da sociedade, compreendendo o trabalho como um elemento central nesse processo formativo.

Nessa perspectiva, reconhecendo a importância da educação corporal no processo educacional, destacamos a necessidade de abordar na EPT reflexões e questões vinculadas à saúde. Essa necessidade se tornou mais evidente especialmente no cenário temporal recente da pandemia de COVID-19, período que desencadeou um adoecimento mental da população em geral, interferindo diretamente na saúde de todos (Faro *et al.*, 2020; Ivatiuk, Costa, Melo, 2022; Lira, Pereira, Ramos, Pachú, 2021; Soccol, Silveira, 2020) e, não diferentemente, dos estudantes do IFRN.

Autores do campo da EPT, por sua vez, afirmam que as práticas pedagógicas voltadas para a formação integral constituem ações acadêmicas transformadoras, rompendo com a ideia de fragmentação dos conhecimentos e propiciando a integração de saberes, formando cidadãos críticos e autônomos. Assim sendo, o ensino integrado possui o compromisso de desenvolver práticas que favoreçam um processo educacional completo e amplo, incluindo a atuação não apenas de professores, mas também de alunos, demais profissionais de educação e toda a comunidade que constitui a instituição de ensino (Araujo, 2013, 2014; Araujo; Frigotto, 2015).

Nesse cenário, com base nas concepções a respeito de práticas pedagógicas de Araujo (2013, 2014) e Araujo e Frigotto (2015), como também nas relações entre as práticas pedagógicas e a EPT em Saúde discutidas por Ramos (2009),

compreendemos como *práticas pedagógicas em saúde* o conjunto de ações integrais e integradas, desenvolvidas preferencialmente por uma equipe multidisciplinar, destinadas à educação, prevenção, promoção e recuperação da saúde, visando ao desenvolvimento da formação humana integral e englobando os aspectos fundamentais do ser humano, ou seja, o trabalho, a ciência e a cultura (Ramos, 2009).

Cabe destacarmos ainda que, embora reconheçamos a pertinência da distinção entre práticas educativas e práticas pedagógicas, especialmente no campo das ciências humanas e da saúde coletiva, optamos por adotar o termo *práticas pedagógicas em saúde* não como uma metáfora, mas como uma escolha conceitual situada em uma perspectiva crítico-emancipatória da pedagogia, em consonância com os princípios que fundamentam EPT. Conforme argumenta Franco (2016), o conceito de prática pedagógica pode ser compreendido como uma ação intencional e transformadora que organiza e potencializa os projetos educativos voltados à formação humana integral, ultrapassando os limites da sala de aula e da docência.

Compreendemos, dessa maneira, que as ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde desenvolvidas pelas equipes multidisciplinares no IFRN — quando articuladas à formação integral, ao currículo e à práxis institucional — assumem um caráter pedagógico por estarem atravessadas por objetivos educativos e por se configurarem como mediações no processo formativo dos estudantes. Não se trata, pois, de práticas neutras ou meramente assistenciais, mas de intervenções que tensionam os modos de subjetivação medicalizantes e se vinculam a um projeto de sociedade mais justo e crítico. A partir disso, a pedagogia aqui referida não é a do controle ou da normatização, mas aquela que, inserida na lógica da práxis, ancora-se na possibilidade de transformação das condições concretas da existência.

Portanto, mesmo reconhecendo que tais práticas se dão no interior de uma racionalidade biopolítica — como toda prática social —, defendemos que, ao se reapropriarem do campo educativo com intencionalidade crítica e coletiva, essas ações ganham densidade pedagógica, assumindo uma função formativa e política que justifica a nomenclatura aqui adotada. Como afirma Franco (2016, p. 11), “a prática pedagógica se constitui como prática social intencional, constituída pela

mediação de sujeitos históricos, coletivos e individuais, na direção da transformação de si e da realidade”. É nessa direção que situamos nosso objeto de estudo.

Nessa perspectiva, o Projeto Político-Pedagógico (PPP) do IFRN assume o compromisso de promover práticas pedagógicas ditas renovadas, educativas e democráticas — entendidas como práticas que rompem com métodos tradicionais, valorizam a participação ativa dos estudantes, promovem a inclusão e o respeito à diversidade e buscam integrar saberes científicos, técnicos e culturais em diálogo com as realidades sociais. Essas práticas consideram a omnilateralidade do ser humano e favorecem aos estudantes o desenvolvimento físico, cognitivo e emocional de forma indissociada e, portanto, uma formação multidimensional que prepara os alunos para enfrentar os diferentes desafios da vida (IFRN, 2012a).

Outrossim, a instituição reconhece que o processo de aprendizagem, aquisição e (re)construção dos conhecimentos acontece não apenas nas salas de aula, e ultrapassa os conhecimentos específicos ministrados nas aulas regulares dos componentes curriculares de ensino. O Instituto admite, portanto, a importância de oferecer, além dos tradicionais conteúdos vinculados ao currículo formal, práticas pedagógicas inovadoras que possibilitem a integração dos saberes e ampliem, assim, os horizontes dos estudantes a respeito da vida (IFRN, 2012a).

Em complemento, o atual Plano de Desenvolvimento Institucional (PDI) do IFRN — documento regulamentador das estratégias de atuação da instituição durante os anos de 2019 a 2026 — apresenta as práticas pedagógicas desenvolvidas pela Assistência Estudantil, por meio de uma equipe multidisciplinar presente em quase todos os *campi* do IFRN<sup>12</sup>, como parte do desenvolvimento educacional. Dentre essas práticas, destacam-se as de prevenção de doenças e de recuperação da saúde dos discentes, com o objetivo de “contribuir para complementação das atividades acadêmicas, para a formação integral e para a saúde biopsicossocial dos estudantes” (IFRN, 2023a, p. 98). Podemos inferir, logo, que as ações desenvolvidas pela Assistência Estudantil podem constituir práticas pedagógicas voltadas à educação e promoção da saúde dos estudantes.

---

<sup>12</sup> As análises dos documentos institucionais e as explanações sobre as equipes multidisciplinares do IFRN serão aprofundadas nas subseções 3.2, 3.3 e 3.4.

Concomitante a isso, a Política de Saúde Estudantil<sup>13</sup> institucional — documento que se propõe a amparar as práticas em saúde desenvolvidas nos setores de saúde do Instituto — aponta que esses setores têm o compromisso de ofertar aos estudantes práticas de atenção básica à saúde. Para tanto, fazem-se necessários o desenvolvimento de atendimentos ambulatoriais e assistenciais de atenção primária<sup>14</sup>, atividades socioeducativas individuais e coletivas e campanhas de vacinação, visando à promoção, proteção e recuperação da saúde (IFRN, 2024).

Nesse cenário, embora as práticas discursivas em torno da medicalização estejam fortemente enraizadas nas instituições escolares — convertendo alunos em corpos-alvo de intervenções —, é imprescindível reconhecer que o próprio espaço educativo tensiona essa lógica ao produzir brechas para discursos alternativos. Tais fissuras se revelam nas práticas pedagógicas voltadas à formação cidadã e ao desenvolvimento integral dos estudantes, que, ainda que operem sob a vigilância de dispositivos medicalizantes, podem funcionar como contracondutas, deslocando a naturalização do corpo como objeto de correção e ajustamento.

Como defende Foucault (1988, p. 91), “onde há poder, há resistência”, e isso nos permite pensar que, ainda que o poder-saber biomédico impregne as políticas e os documentos institucionais, o cotidiano escolar — permeado por relações interpessoais e práticas pedagógicas abertas ao diálogo — pode favorecer o surgimento de formas de resistência e de ressignificação das normas vigentes.

Assim, com base na prevalência da medicalização na sociedade contemporânea, em suas implicações no controle do corpo e da vida, e seus possíveis prejuízos à saúde, ressaltamos a importância de investigar melhor as possíveis relações existentes entre as práticas pedagógicas multidisciplinares desenvolvidas pelo setor de saúde da instituição e o processo de medicalização do corpo na sociedade.

Diante da escassez de estudos voltados especificamente às práticas pedagógicas em saúde no campo da EPT, esta pesquisa se apresenta como uma iniciativa pioneira no sentido de lançar luz sobre um objeto ainda pouco explorado

---

<sup>13</sup> Ao longo das nossas discussões nesta tese, remetemo-nos com frequência a duas expressões que, por natureza, possuem siglas iguais — Política de Saúde Estudantil e Programa Saúde na Escola —, o que poderia causar confusão na distinção das referências mencionadas no texto. Com base nisso, optamos por não adotar o uso de siglas para esses dois casos específicos.

<sup>14</sup> Os serviços de atenção primária à saúde consistem em atividades de baixa complexidade que envolvem cuidados essenciais à saúde, e representam a porta de entrada para indivíduos, famílias e comunidades acessarem o Sistema Único de Saúde (SUS) — ver Brasil, 2020.

no cenário acadêmico. Tal ineditismo reforça não apenas a relevância da investigação, mas também sua contribuição para o fortalecimento de um campo epistemológico em consolidação, ao evidenciar práticas ainda invisibilizadas nos estudos sobre saúde e educação<sup>15</sup>.

## 1.2 A TRAMA E SEUS CONTORNOS

Considerando as informações já detalhadas anteriormente, percebemos a intensidade com que o corpo vem sendo biologizado e medicalizado em diferentes contextos da sociedade contemporânea, inclusive no âmbito escolar. Apesar de compreendermos as instituições educacionais como uma extensão da sociedade, reconhecemos que o IFRN assume a missão de desenvolver práticas pedagógicas transformadoras que propiciem aos seus estudantes uma formação humana integral, formando cidadãos críticos, reflexivos e emancipados, capazes de resistir ao processo de medicalização.

Nesse horizonte, é importante ressaltar que a medicalização, embora produza subjetividades reguladas e normatizadas, não se apresenta como um dispositivo absoluto. Em contextos como o da EPT, as práticas pedagógicas podem, paradoxalmente, operar como espaços de tensionamento<sup>16</sup> dessas regulações, configurando-se como arenas de produção de saberes plurais e, portanto, de resistência, em que as normativas sobre o corpo e o comportamento são interpretadas, adaptadas e, não raro, contestadas.

Diante desses apontamentos, defendemos a **tese** de que as práticas pedagógicas multidisciplinares em saúde no IFRN se constituem como um dispositivo de resistência à medicalização do corpo presente na sociedade contemporânea. Importa esclarecer que, ao empregarmos a expressão *dispositivo de resistência*, estamos realizando uma apropriação analítica situada, inspirada na

---

<sup>15</sup> A inexistência de trabalhos com esse enfoque foi constatada por meio de um estado da arte desenvolvido na Biblioteca Digital Brasileira de Teses e Dissertações (BDTD) do Instituto Brasileiro de Informação em Ciência e Tecnologia (IBICT), utilizando os descritores *educação profissional*, *práticas pedagógicas* e *saúde* entre os anos de 2012 e 2022 — ver Sampaio e Lima Neto, 2024. Além disso, a ausência de pesquisas foi igualmente confirmada em periódicos internacionais como *Journal of Vocational Education & Training*, *International Journal for Educational and Vocational Guidance* e *Body & Society*, a partir dos termos *professional education*, *pedagogical practices* e *health*.

<sup>16</sup> Na perspectiva foucaultiana (Foucault, 1988), o termo “tensionamento” pode ser compreendido como a ação de colocar em disputa, resistir, desafiar ou desestabilizar um regime de saber-poder estabelecido.

leitura foucaultiana sobre as relações de poder-saber, sem, contudo, tratar-se de uma categoria formalmente sistematizada pelo autor.

Embora Foucault não tenha desenvolvido uma teoria sistemática da resistência, ele reconhece que onde há poder, há sempre resistências imanentes, locais, plurais e estratégicas, e sugere que as formas de resistência podem ser tomadas como ponto de partida estratégico para mapear e compreender as relações de poder, funcionando como catalisadores que permitem localizar seus efeitos, suas posições e seus métodos de aplicação (Foucault, 1988; 1995).

Nesse seguimento, Eribon (2008) enfatiza que resistir não significa simplesmente se opor a um poder instituído, mas instaurar contradiscursos que desestabilizem as verdades estabelecidas, abrindo fissuras no campo normativo. A resistência, nessa perspectiva, não se reduz a um gesto negativo de recusa, mas se configura como prática afirmativa de invenção, que faz emergir novos modos de subjetivação e de enunciação, capazes de disputar os regimes de verdade vigentes.

Assim, quando afirmamos que as práticas pedagógicas multidisciplinares em saúde no IFRN se constituem como um dispositivo de resistência à medicalização, estamos compreendendo “dispositivo” no sentido foucaultiano, tal como postulado por Agamben (2009) — como rede heterogênea de discursos, saberes, práticas e instituições —, e interpretando essas práticas pedagógicas como pontos de dissociação, tensionamento e deslocamento frente às formas medicalizantes de regulação da vida e dos corpos.

Portanto, compreendemos que tais práticas operam no interior das relações de poder-saber, desestabilizando-as, questionando-as e abrindo possibilidades para outros modos de subjetivação possíveis, instituindo contradiscursos que possibilitam a emergência de novas práticas de cuidado e de educação em saúde (Eribon, 2008).

Ao aproximarmos a noção de *dispositivo* a partir da compreensão de Agamben (2009) e de *resistência* a partir das formulações de Eribon (2008), ambos inspirados em Foucault, evidenciamos, desse modo, que o gesto de resistir não se restringe a um enfrentamento direto ao poder, mas assume a forma de criação de outros modos de dizer e de fazer, instaurando práticas capazes de deslocar os discursos hegemônicos.

Nesse horizonte, é possível compreender que as resistências se configuram como uma microfísica dispersa, múltipla e polivalente, que se reinventa nas próprias

tramas do poder (Butturi Junior, 2020). Assim, as práticas pedagógicas em saúde no IFRN não se reduzem a uma única forma de enfrentamento, mas assumem posições variadas, funcionando como estratégias de deslocamento e criação no interior da instituição.

Trata-se, portanto, de práticas que materializam a dimensão agonística da resistência, tal como interpretada por Butturi Junior (2020), instaurando movimentos que não apenas contestam o biopoder, mas produzem alternativas criativas para resistir à medicalização do corpo e afirmar outras formas de subjetivação<sup>17</sup>.

Isto posto, optamos por delimitar o nosso **objeto de pesquisa** às práticas pedagógicas voltadas para a educação em saúde<sup>18</sup> desenvolvidas pela equipe multidisciplinar em saúde do IFRN (IFRN, 2023a, 2024), conforme ilustrado na Figura 1.

Figura 1 – Delineamento das Práticas Pedagógicas em Saúde no IFRN a serem investigadas<sup>19</sup>



<sup>17</sup> Embora seja possível, nesse contexto, recorrer à noção foucaultiana de *contra conduta*, optamos por adotar o termo *resistência*, especialmente por sua amplitude analítica, que permite abarcar as múltiplas formas pelas quais as práticas pedagógicas em saúde tensionam, desestabilizam e reconfiguram os modos medicalizantes de regulação do corpo, sem que isso implique necessariamente um enfrentamento direto ou estruturado, mas sim a criação de espaços de deslocamento, reinvenção e produção de outras possibilidades de existência.

<sup>18</sup> Na subseção 3.1, discutiremos mais aprofundadamente as nuances conceituais que envolvem os termos *educação em saúde* e *educação para a saúde* e que nos levam a compreendê-los como sinônimo. Mas, desde já, justificamos a escolha por adotar o primeiro deles em nossa escrita por se tratar da forma como aparece na Política de Saúde Estudantil do IFRN.

<sup>19</sup> As especificidades das práticas pedagógicas em saúde desenvolvidas no IFRN serão explanadas na subseção 3.2.

Fonte: Elaboração própria em 2025.

Ainda, reforçando a importância de discutir sobre a temática, levantamos a seguinte **questão de estudo**: como os discursos sobre as práticas pedagógicas em saúde dos documentos institucionais e da equipe multidisciplinar em saúde do IFRN se relacionam com o processo de medicalização do corpo e se constituem como formas de resistência no contexto da sociedade contemporânea?

Nesse sentido, esta pesquisa tem o **objetivo geral** de analisar os discursos sobre as práticas pedagógicas em saúde no IFRN, a fim de compreender de que modo essa produção discursiva, ao tensionar o funcionamento da medicalização do corpo na sociedade contemporânea, configura-se como dispositivo de resistência.

Além disso, **objetivamos especificamente** a) discutir a medicalização do corpo na contemporaneidade e suas possíveis implicações na EPT; b) compreender as condições de possibilidade que fazem emergir discursos sobre as práticas pedagógicas em saúde nos documentos institucionais do IFRN; e c) problematizar os discursos produzidos entre a equipe multidisciplinar do IFRN sobre as práticas pedagógicas em saúde, buscando evidenciar em que medida essas práticas operam como formas de resistência à medicalização do corpo.

Com base nisso, este estudo se faz pertinente no interior da linha de pesquisa *Formação Docente e Práticas Pedagógicas em Educação Profissional* do PPGEPI/IFRN, que considera a importância de profissionais reflexivos, capazes de analisar as suas próprias práticas, de solucionar problemas e de criar estratégias, e priorizar os saberes e fazeres na integração entre a Educação Básica e a EPT enquanto dimensão de investigação.

Dessa maneira, com o intuito de facilitar a visualização integrada dos principais elementos que sustentam este estudo, apresentamos no Quadro 1 uma síntese que reúne os componentes estruturantes da pesquisa: a tese defendida, o tema, o objeto de estudo, a questão de pesquisa e os objetivos — geral e específicos. Essa organização busca oferecer uma visão panorâmica do percurso investigativo adotado, contribuindo para a compreensão do foco analítico e das direções teórico-metodológicas que orientam o desenvolvimento deste trabalho. Além disso, o quadro permite evidenciar a coerência interna entre os diferentes elementos da pesquisa, explicitando como eles se articulam de forma relacional e sustentam a construção do argumento central ao longo do texto. Nesse sentido,

funciona também como um recurso de orientação ao leitor, favorecendo o acompanhamento do encadeamento lógico e discursivo da análise.

Quadro 1 – Síntese dos componentes estruturantes da pesquisa

| Elemento                     | Descrição                                                                                                                                                                                                                                                                      |
|------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Tese</b>                  | As práticas pedagógicas multidisciplinares em saúde no IFRN se constituem como um dispositivo de resistência à medicalização do corpo presente na sociedade contemporânea.                                                                                                     |
| <b>Tema de pesquisa</b>      | As relações entre as práticas pedagógicas multidisciplinares em saúde no IFRN e o processo de medicalização do corpo na sociedade.                                                                                                                                             |
| <b>Objeto de pesquisa</b>    | As práticas pedagógicas voltadas para a educação em saúde desenvolvidas pela equipe multidisciplinar em saúde do IFRN.                                                                                                                                                         |
| <b>Questão de estudo</b>     | Como os discursos sobre as práticas pedagógicas em saúde dos documentos institucionais e da equipe multidisciplinar em saúde do IFRN se relacionam com o processo de medicalização do corpo e se constituem como formas de resistência no contexto da sociedade contemporânea? |
| <b>Objetivo geral</b>        | Analisar os discursos sobre as práticas pedagógicas em saúde no IFRN, a fim de compreender de que modo essa produção discursiva, ao tensionar o funcionamento da medicalização do corpo na sociedade contemporânea, configura-se como dispositivo de resistência               |
| <b>Objetivos específicos</b> | a) Discutir a medicalização do corpo na contemporaneidade e suas possíveis implicações na EPT;                                                                                                                                                                                 |
|                              | b) Compreender as condições de possibilidade que fazem emergir discursos sobre as práticas pedagógicas em saúde nos documentos institucionais do IFRN;                                                                                                                         |
|                              | c) Problematicar os discursos produzidos entre a equipe multidisciplinar do IFRN sobre as práticas pedagógicas em saúde, buscando evidenciar em que medida essas práticas operam como formas de resistência à medicalização do corpo.                                          |

Fonte: Elaboração própria em 2025.

### 1.3 DESVENDANDO OS BASTIDORES: A ARQUEOLOGIA DA PESQUISA

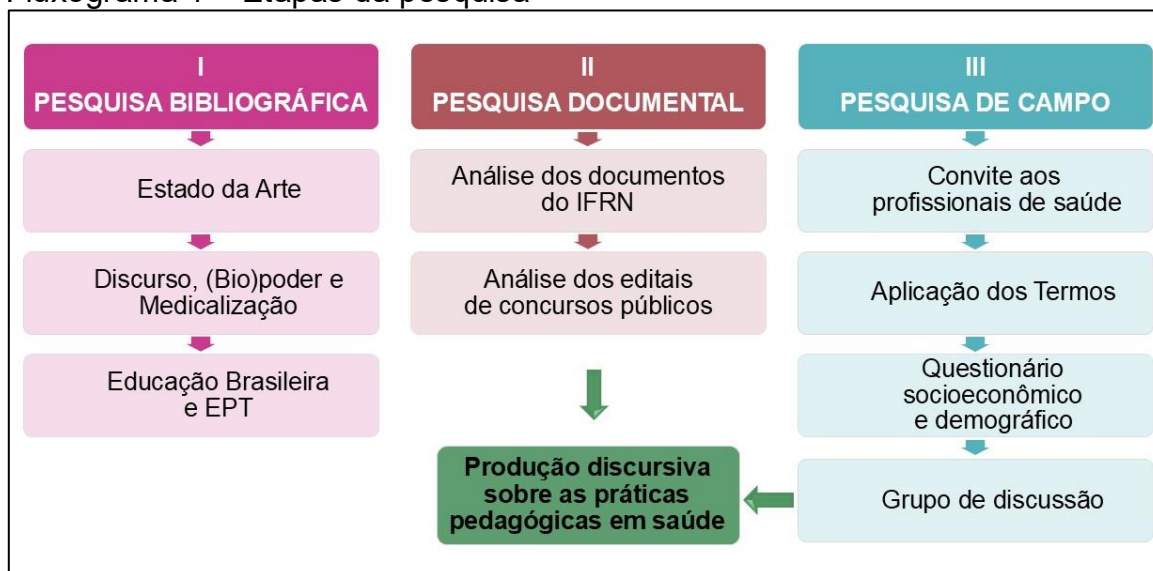
Com a finalidade de atender aos nossos objetivos e para a construção do arquivo a ser analisado, identificamos a necessidade de realizar um estudo que nos possibilitasse o aprofundamento da realidade do nosso objeto de pesquisa. Isto posto, realizamos uma pesquisa de natureza qualitativa que, segundo Minayo (2009), aprofunda-se em um mundo dos significados, centralizado em motivos, desejos, anseios, crenças, valores e atitudes — portanto, um campo subjetivo e não quantificável.

Além disso, desenvolvemos uma investigação do tipo exploratória, que, segundo Gil (2017), visa principalmente a proporcionar uma maior familiaridade com o problema de estudo, tornando-o mais explícito, representando, por isso, a melhor maneira de aprofundarmos o conhecimento da realidade investigada.

Ademais, como suporte teórico-metodológico para o desenvolvimento desta pesquisa, recorremos à Análise do Discurso inspirada em Foucault (1996<sup>20</sup>, 2022<sup>21</sup>) — um processo que nos permite realizar uma análise da relação entre a linguagem, os participantes da pesquisa e o meio social onde estão envolvidos (Schippling, 2013) —, tendo em vista que conceitos importantes como discurso, poder, subjetivação, enunciados, entre outros, subsidiaram nossas leituras, contribuindo para as compreensões e interpretações sobre as práticas pedagógicas em saúde no IFRN e suas relações com a medicalização do corpo na sociedade.

De modo geral, nosso estudo foi desenvolvido em três grandes etapas, considerando os diferentes procedimentos técnicos que adotamos, de acordo com Gil (2017). Assim, a primeira etapa foi constituída por uma pesquisa bibliográfica, a segunda por uma pesquisa documental e a terceira por uma pesquisa de campo, conforme ilustrado no Fluxograma 1.

Fluxograma 1 – Etapas da pesquisa



Fonte: Elaboração própria em 2025.

<sup>20</sup> Obra original: *A ordem do discurso*, fruto da aula inaugural no Collège de France, pronunciada em 2 de dezembro de 1970.

<sup>21</sup> Obra original: *A arqueologia do saber*, publicada em 1969.

Partindo do estado da arte desenvolvido previamente a fim de mapear e discutir a produção acadêmica já existente sobre o nosso objeto de estudo (Sampaio; Lima Neto, 2024), iniciamos nossa pesquisa bibliográfica na tentativa de situar a Análise do Discurso inspirada em Foucault. Nesse movimento, conceituamos as principais noções que alicerçaram nossas leituras, buscando elucidar os conceitos e as problemáticas que norteiam as questões relacionadas ao (bio)poder e ao processo de medicalização, e suas possíveis relações com o referencial teórico vinculado à educação brasileira e à EPT.

Em seguida, passamos ao desenvolvimento da pesquisa documental e da pesquisa de campo, constituídas ao todo por um *corpus* heterogêneo composto por documentos institucionais, editais de concursos públicos e material empírico construído a partir de pesquisa de campo — conforme detalhado no Quadro 2. Esses materiais, ao serem analisados sob a ótica da Análise do Discurso de linha foucaultiana, delineiam um campo discursivo denso e multifacetado.

Quadro 2 – *Corpus* que compõe o arquivo da pesquisa

| Etapa da pesquisa   | Corpus                                                                                                                                            | Delimitação do corpus                                                                                                                                 |
|---------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Pesquisa documental | Documentos institucionais                                                                                                                         | Estatuto do IFRN                                                                                                                                      |
|                     |                                                                                                                                                   | Regimento Geral do IFRN                                                                                                                               |
|                     |                                                                                                                                                   | Projeto Político-Pedagógico do IFRN                                                                                                                   |
|                     |                                                                                                                                                   | (Seção 3: <i>Concepções, princípios e fundamentos do currículo e das práticas institucionais</i> ; Seção 4: <i>Políticas e ações institucionais</i> ) |
|                     |                                                                                                                                                   | Plano de Desenvolvimento Institucional IFRN 2019-2026                                                                                                 |
|                     |                                                                                                                                                   | (Subseção 2.3.5: <i>Atividades Estudantis</i> )                                                                                                       |
|                     |                                                                                                                                                   | Política de Saúde Estudantil do IFRN                                                                                                                  |
|                     | Editais de concursos públicos para técnico-administrativos em educação com vagas para os cargos que constituem a equipe multidisciplinar em saúde | Edital Nº 05/2009                                                                                                                                     |
|                     |                                                                                                                                                   | Edital Nº 02/2010                                                                                                                                     |
|                     |                                                                                                                                                   | Edital Nº 09/2012                                                                                                                                     |
|                     |                                                                                                                                                   | Edital Nº 13/2013                                                                                                                                     |
|                     |                                                                                                                                                   | Edital Nº 06/2014                                                                                                                                     |
|                     |                                                                                                                                                   | Edital Nº 07/2015                                                                                                                                     |
|                     |                                                                                                                                                   | Edital Nº 19/2016                                                                                                                                     |
|                     |                                                                                                                                                   | Edital Nº 07/2023                                                                                                                                     |
| Pesquisa de campo   | Questionário sociodemográfico e profissional                                                                                                      |                                                                                                                                                       |
|                     | Realização do grupo de discussão                                                                                                                  |                                                                                                                                                       |
|                     | Transcrições do grupo de discussão                                                                                                                |                                                                                                                                                       |

Fonte: Elaboração própria em 2025.

Diante disso, os documentos institucionais do IFRN — o Estatuto (IFRN, 2009a), o Regimento Geral (IFRN, 2023b), o PPP (IFRN, 2012a), o PDI 2019-2026 (IFRN, 2023a) e a Política de Saúde Estudantil (IFRN, 2024) — operam como

práticas discursivas reguladoras do campo de atuação em saúde no IFRN. Foram mobilizados, portanto, enquanto dispositivos de poder-saber que delineiam formas legítimas de atuação, modelam as funções atribuídas aos profissionais e produzem uma lógica institucional que delimita quem pode falar, de que lugar e com que autoridade.

Já os editais de concursos públicos destinados aos cargos que compõem as equipes multidisciplinares de saúde, por sua vez, configuram-se como artefatos burocráticos que materializam regimes de verdade sobre o que se espera da atuação desses profissionais, evidenciando uma racionalidade técnico-administrativa que tende a obscurecer os sentidos pedagógicos do cuidado.

Cabe aqui destacarmos que, para Foucault (1979), a expressão *regime de verdade* diz respeito aos mecanismos e estruturas que definem o que pode ser considerado verdadeiro em um dado momento e contexto, pois representa

os tipos de discurso que [a sociedade] acolhe e faz funcionar como verdadeiros; os mecanismos e as instâncias que permitem distinguir os enunciados verdadeiros dos falsos, a maneira como se sanciona uns e outros; as técnicas e os procedimentos que são valorizados para a obtenção da verdade; o estatuto daqueles que têm o encargo de dizer o que funciona como verdadeiro (Foucault, 1979, p. 15-16).

Por fim, nossa pesquisa de campo foi desenvolvida com os então membros do Grupo de Trabalho e Estudos dos Setores de Saúde do IFRN (GTESS) — criado mediante a necessidade de sistematizar e padronizar as ações e atividades dos serviços de saúde do IFRN — que vem implementando iniciativas para organizar os processos de trabalho e melhoria das práticas pedagógicas em saúde oferecidas à comunidade acadêmica (IFRN, s. d.).

A escolha por esta amostra foi orientada pela necessidade de garantir uma visão ampliada e representativa do nosso objeto de estudo em sua diversidade institucional e regional, tendo em vista que o GTESS é composto por um total de 10 profissionais nomeados por portaria oficial<sup>22</sup> com o propósito de reavaliar a Política de Saúde Estudantil do IFRN. Esses profissionais atuam em distintas cidades onde a instituição está localizada, conforme representamos na Figura 2, que contém o mapa com a localização dos *campi* do IFRN no estado, com destaque em vermelho

---

<sup>22</sup> PORTARIA Nº 1430/2023 - RE/IFRN.

para aqueles representados pelos membros do GTESS, evidenciando a abrangência territorial da nossa pesquisa.

Figura 2 – Mapa de distribuição dos *campi* do IFRN representados pelos membros do GTESS



Fonte: Adaptado de IFRN, 2025.

Além disso, o grupo — constituído por profissionais dos cargos de assistente social, enfermeiro, médico, nutricionista, odontólogo, psicólogo e técnico em enfermagem — contempla a maioria das categorias profissionais que integram as equipes multidisciplinares em saúde da instituição<sup>23</sup>. Essa configuração multidisciplinar e multicampi permite a apreensão de discursos diversos, articulados a diferentes experiências de atuação, políticas locais de saúde, configurações socioterritoriais e modos de organização do trabalho pedagógico em saúde no interior da instituição.

Dessa forma, os critérios que orientaram a escolha da amostra foram: distribuição geográfica, garantindo a diversidade territorial entre os *campi*, incluindo unidades da capital e do interior; representatividade profissional, de modo a contemplar uma vasta variedade de áreas que compõem as equipes

<sup>23</sup> As equipes multidisciplinares do IFRN são constituídas por assistentes sociais, enfermeiros, técnicos em enfermagem, fisioterapeutas, médicos, nutricionistas, odontólogos, técnicos em higiene dental e psicólogos.

multidisciplinares em saúde do IFRN; e vinculação institucional formal, assegurada pela nomeação dos membros do GTESS, conferindo legitimidade e envolvimento ativo com os processos institucionais em saúde.

Portanto, nossa amostra foi selecionada de forma não-probabilística, algo que consiste na seleção de parte de uma população baseada em critérios pré-definidos, ou seja, constitui-se em função de características específicas que o pesquisador pretende analisar, garantindo a toda a população a mesma chance de participação, possibilitando o acesso a um conhecimento detalhado e circunstancial e assegurando o alcance de um resultado representativo ao final do estudo (Deslauriers; Kérisit, 2014).

No primeiro momento desta etapa, fizemos contato com os profissionais do GTESS mediante uma busca ativa realizada através de contato via e-mail institucional, explicando os objetivos da nossa pesquisa, os métodos que serão utilizados durante a construção do estudo e consultando-os sobre o interesse e a disponibilidade para participar como voluntários.

Diante do aceite dos participantes convidados, disponibilizamos o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice A), o Termo de autorização para uso de imagens (Apêndice B) e o Termo de autorização para uso de áudio (Apêndice C). Após o preenchimento dos três documentos, seguimos para a etapa seguinte, que deu início à aplicação, de fato, dos instrumentos de construção dos dados da nossa pesquisa.

Assim, iniciamos o terceiro momento, a aplicação, via *Formulários do Google*, de um questionário destinado a traçar o perfil sociodemográfico e profissional (Apêndice D), o que nos permitiu melhor compreender a realidade de vida e de atuação profissional dos voluntários, favorecendo as análises dos resultados da nossa pesquisa.

O último momento dessa etapa foi constituído por um grupo de discussão — um método capaz de fornecer dados para possibilitar a análise do contexto, da realidade social, das visões de mundo ou das representações coletivas dos participantes. A literatura sobre grupos de discussão não estabelece um número fixo e rígido de participantes por grupo; a recomendação varia entre sete e dez membros, dependendo do objetivo e do contexto em que a pesquisa será realizada (Godoi, 2015; Ibáñez, 2003; Meinerz, 2011; Weller, 2006, 2013).

Nosso grupo foi constituído, dessa maneira, por um total de oito profissionais<sup>24</sup> que se disponibilizaram a participar, e se reuniu em um encontro único, de forma híbrida<sup>25</sup>, presencialmente em uma sala reservada na reitoria do IFRN, e remotamente através da plataforma virtual *Google Meet*<sup>26</sup>.

Necessário se faz ressaltar que, por se tratar de um estudo que envolveu diretamente seres humanos, respeitando os princípios éticos estabelecidos pela Resolução nº 196/96, esta pesquisa foi previamente submetida e aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do IFRN, e somente após sua aprovação<sup>27</sup> demos início à segunda etapa.

Além disso, para a organização do nosso texto, no sentido de conectar corpo, saúde, educação e medicalização, recorreremos em nossa escrita a uma metáfora que reflete a maneira como o corpo é moldado e controlado por sistemas de poder, considerando-o como uma marionete cujos movimentos, ações e existência são guiados por fios invisíveis controlados pelos discursos e práticas de saúde, educação e biopoder. Assim, ressaltamos que o uso dessa metáfora em nosso texto não tem fins decorativos, mas sim metodológicos.

Nesse sentido, o corpo é representado como uma figura aparentemente autônoma, mas que, na prática, tem sua liberdade limitada e manipulada pelas forças externas que controlam seus fios. Essa metáfora, portanto, destaca as dinâmicas de regulação e normalização impostas pela educação, saúde e práticas de medicalização, além de sugerir a possibilidade de emancipação, ao imaginar formas de escapar da manipulação e retomar o controle sobre si.

Com base nisso, o presente trabalho está estruturado em um total de cinco seções. A seção 1, *Tecendo os fios*, consiste nesta introdução, onde apresentamos as informações iniciais a respeito da pesquisa: o tema, a justificativa, a problematização, a relevância, a tese, o objeto, as questões, os objetivos e a

---

<sup>24</sup> Ainda que não houvesse uma intenção de fazer um recorte de gênero, ao final do recrutamento nossa amostra foi composta apenas por mulheres e, por isso, deste ponto em diante, ao mencionarmos os participantes da pesquisa, recorreremos às expressões no gênero feminino.

<sup>25</sup> Diante das dificuldades de deslocamento de algumas profissionais que trabalham e residem em cidades distantes do local onde a pesquisa foi desenvolvida, optamos por realizar o encontro ao mesmo tempo de maneira presencial, com aquelas que puderam estar presentes, e remota, com as que não puderam se deslocar, de modo a reunir todas as participantes em um momento único.

<sup>26</sup> Maiores detalhes sobre o perfil das participantes e os procedimentos para o desenvolvimento do grupo de discussão serão apresentados na subseção 4.1

<sup>27</sup> Parecer Consubstanciado Número: 6.551.230; CAAE: 75858423.3.0000.0225.

metodologia. Além disso, é nela que apresentamos os fundamentos teóricos que contribuem para o diálogo ao longo deste estudo.

Na seção 2, *Controlando a marionete: discurso, (bio)poder e medicalização na EPT*, na perspectiva de discutir a medicalização do corpo na contemporaneidade e suas possíveis implicações na EPT, propomo-nos a desenvolver reflexões que elucidem os conceitos essenciais da Análise do Discurso, os fundamentos e as problemáticas que norteiam as questões relacionadas ao biopoder e ao processo de medicalização.

Na seção 3, *O roteiro dos movimentos: os discursos sobre a saúde multidisciplinar na EPT*, no sentido de identificar as condições de possibilidade que fazem emergir discursos sobre as práticas pedagógicas em saúde nos documentos institucionais do IFRN, buscamos analisar os discursos presentes no referencial teórico que trata da educação em saúde e na EPT brasileira, nos documentos institucionais do Instituto e nos editais dos concursos que selecionaram os profissionais que compõem as equipes multidisciplinares da instituição.

Na seção 4, *Entre o controle e a resistência: os discursos dos profissionais envolvidos sobre as práticas pedagógicas multidisciplinares em saúde no IFRN*, visando a relacionar os discursos acerca da saúde nas práticas pedagógicas em saúde do IFRN com o funcionamento da medicalização do corpo na sociedade, apresentamos a análise da produção dos discursos sobre as práticas pedagógicas em saúde entre os principais atores envolvidos neste estudo, a equipe multidisciplinar da instituição.

Por fim, após apresentar as discussões teórico-metodológicas e os resultados encontrados, na seção 5, *Rompendo os fios*, apresentamos as conclusões e considerações finais do nosso estudo.

Diante disso, optamos por adotar a partir da seção 3 — quando iniciamos nossa análise — o uso de enunciados como parte dos títulos das subseções. Esses enunciados foram selecionados com o intuito de provocar reflexão sobre como e por que certos discursos emergem, questionando as relações de poder e a construção de verdades nas práticas educacionais e articulando a metáfora da marionete às práticas discursivas analisadas, conferindo, assim, coerência simbólica e conceitual à nossa tese.

## **2 CONTROLANDO A MARIONETE: DISCURSO, (BIO)PODER E MEDICALIZAÇÃO DO CORPO NA EPT**

Nesta seção, aprofundamos o campo teórico que permite compreender como os corpos são produzidos, conduzidos e regulados no interior da EPT, a partir de uma leitura que articula discurso, poder e medicalização. Ao mobilizar a metáfora da marionete, buscamos evidenciar que o controle não se exerce de forma centralizada ou explícita, mas por meio de enredos discursivos que operam na constituição dos sujeitos, definindo modos de agir, sentir, aprender e existir. Trata-se, portanto, de compreender como os fios que orientam os movimentos da marionete são tecidos social e historicamente, inscrevendo-se nas práticas educativas, nas políticas institucionais e nos saberes legitimados sobre o corpo e a saúde.

Nesse movimento, partimos do entendimento de que os discursos não apenas nomeiam a realidade, mas a produzem, delimitando o que pode ser dito, pensado e praticado em determinado contexto histórico. Assim, ao recorrer à Análise do Discurso, não buscamos identificar sentidos fixos ou essências, mas problematizar as condições de possibilidade que permitem a emergência de determinados enunciados sobre saúde, normalidade, desempenho e cuidado na escola. Esses enredos discursivos, longe de serem neutros, articulam-se a relações de poder que atravessam os campos da educação e da saúde, operando como tecnologias de governo dos corpos e das condutas.

É nesse entrelaçamento que emergem as noções de biopoder e governamentalidade, fundamentais para compreender como a vida passa a ser objeto de gestão, regulação e intervenção. Sob os fios desse controle, a medicalização do corpo se apresenta como uma estratégia privilegiada de normalização, especialmente no contexto da EPT, onde exigências de produtividade, rendimento e adequação se articulam às promessas de cuidado e proteção. Ao longo desta seção, buscamos, portanto, explicitar como esses dispositivos atuam no ajuste da marionete, preparando o terreno para, mais adiante, analisar de que modo as práticas pedagógicas em saúde podem tensionar esses fios e produzir deslocamentos no interior da própria instituição escolar.

## 2.1 OS ENREDOS QUE NOS MOVEM: ANÁLISE DO DISCURSO E SAÚDE

Se, na metáfora da marionete, os movimentos não se produzem sem fios, é nos discursos que esses fios se organizam, se legitimam e passam a orientar os gestos possíveis do corpo. Os enredos que nos movem dizem respeito, precisamente, a esse conjunto de saberes e enunciados que, ao circularem socialmente, definem o que pode ser pensado, dito e praticado em relação à saúde, ao corpo e à normalidade.

Assim, antes de examinar os dispositivos de controle e os processos de medicalização propriamente ditos, torna-se necessário compreender como os discursos operam como fios fundamentais na cruz de controle, sustentando as formas pelas quais os sujeitos são conduzidos e se conduzem no interior das instituições educativas. É nesse sentido que a Análise do Discurso se apresenta como ferramenta central para desvelar os modos de funcionamento desses enredos.

A Análise do Discurso de linha foucaultiana consiste em uma abordagem teórico-metodológica desenvolvida a partir das obras de Michel Foucault — especialmente *A arqueologia do saber* (Foucault, 2022) e *A ordem do discurso* (Foucault, 1996) —, que oferece ferramentas críticas para investigar como os discursos são formados, como moldam e são moldados pelas práticas sociais, as relações de poder e os processos de subjetivação.

No campo da saúde, aplicar essa perspectiva de análise nos possibilita compreender como os discursos sobre saúde, doença, corpo e tratamento são construídos, mantidos e transformados, bem como compreender as complexas interações entre saber, poder e práticas de saúde desenvolvidas na sociedade e, posteriormente, no IFRN.

Contudo, para realizar essa abordagem sobre as práticas pedagógicas multidisciplinares em saúde no IFRN, é essencial compreender os conceitos centrais da Análise do Discurso de linha foucaultiana. Portanto, com o intuito de apresentar um embasamento das questões teórico-metodológicas centrais, especialmente para elucidarmos sua aproximação com a saúde, buscaremos discutir sobre alguns conceitos essenciais desse campo teórico-metodológico.

Inicialmente, é necessário refletirmos sobre a complexidade que envolve a compreensão de **discurso**, cujo conceito é central para a obra foucaultiana, e

oferece uma abordagem inovadora e complexa. Diferente de uma visão tradicional que entende o discurso apenas como uma sequência de palavras ou proposições linguísticas, Foucault apresenta uma visão multifacetada, ampliando essa noção para incluir as práticas sociais, históricas e culturais que estruturam o que pode ser dito, quem pode dizer e as condições sob as quais certos enunciados podem emergir (Foucault, 1996, 1999a, 2022), definindo o discurso como

um conjunto de regras anônimas, históricas, sempre determinadas no tempo e no espaço, que definiram, em uma dada época e para uma determinada área social, econômica, geográfica ou linguística, as condições de exercício da função enunciativa (Foucault, 2022, p. 144).

Em outras palavras, o discurso é um conjunto de práticas que sistematicamente formam os objetos de que falam, ou seja, não consiste em mera representação da realidade, mas é constitutiva dela, criando os próprios objetos de conhecimento (Foucault, 1996, 2022).

Em reforço a isso, Orlandi (2006) esclarece que o discurso consiste na elocução em fluxo, não apenas a língua e a fala, pois leva em consideração diversos fatores que não estão só intrínsecos à produção do discurso, mas que também são extrínsecos à fala ou à escrita propriamente ditas — como os gestos, a postura, os silêncios e os interditos que emergem nesse discurso, por exemplo.

Ainda, segundo Foucault (2022, p. 131), o discurso é um “conjunto de enunciados que se apoia em um mesmo sistema de formação”, tais como “discurso clínico, discurso econômico, discurso da história natural, discurso psiquiátrico”. Dessa maneira, ele não se constitui como uma unidade retórica ou formal, passível de repetição indefinida, mas sim como um fragmento histórico dotado de descontinuidade, transformando-se ao longo do tempo. Isso coloca em questão seus próprios limites, cortes e modos específicos de temporalidade.

O autor enfatiza, ademais, que os discursos dizem respeito a um sistema de representação que produz conhecimento e poder, uma prática social que não apenas reflete, mas também constrói e regula a realidade. Formam-se por **regularidades discursivas**, um sistema de regras e padrões que determinam as condições de possibilidade para o surgimento de enunciados dentro de um determinado campo de conhecimento em um dado período histórico, e a emergência de determinados saberes (Foucault, 2022).

Com base nisso, necessário se faz destacar a noção de **formação discursiva** apresentada pelo autor, que aponta a importância de focar nas dispersões existentes entre os enunciados:

no caso em que se puder descrever, entre um certo número de enunciados, semelhante sistema de dispersão, e no caso em que entre os objetos, os tipos de enunciação, os conceitos, as escolhas temáticas, se puder definir uma regularidade (uma ordem, correlações, posições e funcionamentos, transformações), diremos, por convenção, que se trata de uma formação discursiva - evitando, assim, palavras demasiado carregadas de condições e consequências, inadequadas, aliás, para designar semelhante dispersão, tais como "ciência", ou "ideologia", ou "teoria", ou "domínio de objetividade" (Foucault, 2022, p. 43).

A partir disso, podemos compreender formação discursiva como um conjunto de enunciados interrelacionados que, apesar de apresentarem uma certa dispersão, compartilham uma regularidade subjacente que se manifesta por meio de uma ordem que envolve correlações, posições, transformações e funcionamentos entre elementos como objetos, tipos de enunciação, conceitos e escolhas temáticas. Pode ser entendida, ainda, como um sistema aberto e dinâmico de relações, que não se limita a uma categorização rígida, mas sim a uma constatação das condições e regularidades de sua constituição.

Para aprofundar a compreensão sobre essas regularidades e condições de emergência dos discursos, é preciso abordar o conceito de **episteme**, que exerce um papel estruturante na obra de Foucault. Para o autor, esse conceito se refere à estrutura subjacente e inconsciente que organiza e torna possível a produção do saber em uma determinada época histórica, e compreende o conjunto de regras, práticas discursivas e condições que definem o que pode ser conhecido, como se pode falar e o que é considerado verdadeiro em um dado momento (Foucault, 1999b, 2022).

Dessa maneira, episteme não se trata apenas de um conjunto de conhecimentos, mas das próprias condições que possibilitam a emergência desses saberes. É "o conjunto das relações que podem unir, em uma dada época, as práticas discursivas que dão lugar a figuras epistemológicas, a ciências, eventualmente a sistemas formalizados" (Foucault, 2022, p. 231).

Portanto, não representa uma simples visão de mundo compartilhada por uma sociedade, nem a expressão unitária da racionalidade de uma época, mas uma rede complexa de relações entre práticas discursivas que estruturam o campo do

pensável, possibilitando certas formas de conhecimento enquanto inviabilizam outras. Em vez de uma continuidade linear, Foucault (2022) destaca que as diferentes epistemes se sucedem por meio de rupturas históricas, cada uma definindo novas condições de saber e de verdade.

Já as **condições de possibilidade**, referem-se aos fatores históricos, sociais e culturais que permitem a emergência de determinados discursos. Em vista disso, Foucault (1996, 2022) argumenta que os discursos não surgem do nada, eles são possibilitados por condições históricas específicas que configuram o que pode e o que não pode ser dito.

Segundo o autor, o discurso “é constituído de um número limitado de enunciados para os quais podemos definir um conjunto de condições de existência” (Foucault, 2022, p. 143). Além disso, ele destaca que “um conjunto de regras anônimas, históricas, sempre determinadas no tempo e no espaço” (Foucault, 2022, p. 144) estabelece as condições em que certos discursos podem emergir, demonstrando que a produção discursiva está intrinsecamente ligada a estruturas históricas e institucionais.

No campo da Saúde, essas condições incluem avanços científicos, mudanças sociais, políticas de saúde e contextos culturais. Por exemplo, a emergência do discurso biomédico no século XIX foi possibilitada por avanços na ciência médica, como a descoberta dos germes e o desenvolvimento de técnicas cirúrgicas. Essas condições de possibilidade permitiram a construção de um novo discurso sobre saúde e doença, que enfatizava a biologia e a fisiologia.

Diante disso, Foucault (1979) discute como o poder se exerce por meio de práticas discursivas que moldam e regulam o comportamento dos indivíduos, incluindo as áreas da saúde e do corpo, destacando que o saber sobre o corpo humano não é neutro, mas sim construído e estruturado de acordo com relações de poder. Para o autor, a medicina moderna não só reorganizou o campo da saúde, mas também possibilitou a emergência de novas formas de controle e vigilância sobre os indivíduos.

Com base nisso, Foucault (1979) reforça que a prática médica, enquanto discurso científico, tornou-se uma das ferramentas mais poderosas de disciplina e normalização social, moldando tanto os tratamentos quanto as formas de subjetivação e resistência dentro da sociedade, fazendo da medicina um espaço crucial na regulação dos corpos e na administração da vida, constituindo um

exemplo clássico da microfísica do poder em funcionamento. Da mesma forma, as mudanças sociais e políticas, como a ascensão do Estado de bem-estar social<sup>28</sup>, também implicaram na forma como a saúde é discursivamente construída e tratada.

Assim, as regularidades discursivas são fundamentais para o entendimento de como certos enunciados são possíveis e como eles se relacionam entre si dentro de uma formação discursiva, ajudando a explicar por que certos discursos são legitimados enquanto outros são marginalizados ou silenciados. No campo da saúde, tais regularidades podem ser observadas de várias maneiras, como, por exemplo, no estabelecimento de regras específicas sobre como as doenças são diagnosticadas e tratadas, incluindo os procedimentos diagnósticos aceitos, os tratamentos prescritos e as práticas clínicas a serem desenvolvidas.

Outro exemplo é a autoridade concedida aos médicos e pesquisadores para produzir conhecimento sobre saúde, de modo que suas declarações são aceitas e reconhecidas dentro desse campo, enquanto outros discursos, como os de pacientes ou profissionais de práticas alternativas, podem ser invalidados. Nesse contexto, os discursos médicos possuem uma posição de autoridade ao ponto de não apenas descrever doenças, mas também configurar como as entendemos e como os corpos devem ser tratados diante delas. Esse poder discursivo constitui as práticas de diagnóstico, tratamento e prevenção de doenças, moldando as percepções sobre o que é saúde, doença e bem-estar.

Além disso, os discursos, para Foucault (1996, 2022), são compostos por elementos básicos que, juntos, formam a estrutura e o conteúdo do conhecimento em um determinado campo, as **unidades discursivas**. Embora o autor não defina explicitamente esse termo de forma sistemática, o conceito pode ser compreendido a partir de sua abordagem da análise do discurso, especialmente em *A Arqueologia do Saber* (Foucault, 2022).

Dentro desse contexto, consideradas como “a estrutura própria [...] de um texto” (Foucault, 2022, p. 5), podemos entender que as unidades discursivas não são apenas unidades tradicionais da linguística, como palavras ou frases. Incluem,

---

<sup>28</sup> O estado de bem-estar social consiste em um modelo político e econômico em que o governo assume a responsabilidade de garantir direitos básicos, como saúde, educação e previdência, promovendo maior equidade e proteção social, e representou um marco histórico do século XX, consolidado após a Segunda Guerra Mundial, quando países da Europa Ocidental começaram a implementar políticas voltadas para a proteção social e redução das desigualdades sociais e econômicas. — ver Gurgel e Justen, 2021.

na verdade, **enunciados**, os quais, por sua vez, encontram-se no centro da análise discursiva, representam “a unidade elementar do discurso” (Foucault, 2022, p.90) — as menores unidades que têm um papel fundamental na formação do conhecimento — e ganham sentido dentro de um campo discursivo.

Em reforço a isso, o autor discute a relação entre enunciado e frase, argumentando que, embora a gramática possa identificar frases isoláveis, nem todos os enunciados se enquadram na estrutura frasal tradicional, e elenca um conjunto de possibilidades que não correspondem a essa estrutura linguística<sup>29</sup>:

um quadro classificatório das espécies botânicas é constituído de enunciados, não de frases [...]; uma árvore genealógica, um livro contábil, as estimativas de um balanço comercial, são enunciados: onde estão as frases? Pode-se ir mais longe: uma equação de enésimo grau ou a fórmula algébrica da lei da refração devem ser consideradas como enunciados [...]. Finalmente, um gráfico, uma curva de crescimento, uma pirâmide e idades, um esboço de repartição, formam enunciados [...]. Não parece possível, assim, definir um enunciado pelos caracteres gramaticais da frase (Foucault, 2022, p. 93).

Essa análise é relevante porque amplia a noção de enunciado para além dos limites da sintaxe, reconhecendo sua função comunicativa e semântica em diferentes contextos. Dessa maneira, o autor sugere que um enunciado não deve ser definido apenas por suas características gramaticais, mas sim por sua capacidade de transmitir significado em um dado contexto, desafia concepções estritamente linguísticas e propõe uma abordagem mais abrangente para a análise do discurso.

A partir disso, podemos entender enunciados como os elementos — que podem incluir palavras, frases, sentenças, textos, dados, ideias e outras formas de expressão — que carregam significados específicos e representam componentes significativos que adquirem sentido e importância em função do contexto discursivo em que são produzidas. Isso inclui o campo de saber, as práticas sociais, as instituições, as relações de poder e as condições históricas de sua emergência que determinam como essas unidades são interpretadas e utilizadas.

Ainda, como uma unidade discursiva, o autor aponta que cada enunciado é produzido dentro de um campo de possibilidades que é determinado por regras estabelecidas histórica e socialmente, e carrega consigo as marcas das relações

---

<sup>29</sup> Ressaltamos que a distinção entre os termos *frase* e *enunciado* não é universal, visto que varia conforme a perspectiva epistemológica adotada.

de poder e saber de uma determinada época e de um contexto específico que definem o que pode ser dito e como.

Os enunciados, além disso, desempenham uma função específica dentro de um discurso. Eles não apenas descrevem uma realidade, mas ajudam a construí-la e a organizá-la, contribuindo para a produção de conhecimento e a formação de objetos, sujeitos e práticas dentro de um campo discursivo.

Assim, os enunciados possuem uma materialidade na medida em que estão incorporados em textos, documentos, práticas institucionais e outras formas tangíveis, não constituindo apenas ideias abstratas, mas possuindo uma existência concreta com implicações nas práticas sociais.

Com base nisso, é possível interpretarmos que, na área da saúde, os enunciados podem ser observados, por exemplo, em sintomatologias — "o paciente apresenta sintomas de febre e tosse persistente" —, diagnósticos — "o paciente apresenta sintomas de gripe" —, prescrições ou tratamentos — "o tratamento recomendado inclui a administração de corticoide via oral" —, prognósticos — "com o tratamento adequado, a expectativa de recuperação é boa" —, diretrizes e declarações de políticas de saúde. Cada enunciado, nesse aspecto, reflete as normas e práticas vigentes e contribui para a construção do conhecimento médico, e analisá-los nos permite compreender como certas verdades médicas são estabelecidas e mantidas.

Outro conceito que desempenha um papel significativo para Foucault é o de **arquivo**, que "é, de início, a lei do que pode ser dito, o sistema que rege o aparecimento dos enunciados como acontecimentos singulares" (Foucault, 2022, p. 170). Ou seja, o arquivo constitui o conjunto de condições de possibilidades históricas que viabilizam a existência dos enunciados. De modo geral, refere-se ao conjunto de todos os enunciados que foram produzidos e registrados em uma determinada formação discursiva. Tal concepção não abrange simplesmente uma coleção de documentos ou um local físico onde eles são armazenados, mas também uma estrutura de registros que abrange uma variedade de documentos, textos, práticas e discursos, e uma espécie de lei do que pode ser dito e do que deve ser silenciado, implicando, assim, quais novos enunciados podem ser produzidos.

Nesse sentido, o arquivo estabelece as regras — normas de produção, circulação e conservação dos discursos — que determinam quais enunciados são

possíveis, como eles são formulados e como eles se transformam ao longo do tempo, e funciona como uma memória coletiva de uma formação discursiva, guardando os enunciados que foram considerados importantes e que moldaram o conhecimento e as práticas sociais de uma época ou de um campo específico.

Portanto, no contexto da saúde, os arquivos incluem registros médicos, regulamentos sanitários, protocolos de tratamento, literatura científica, políticas de saúde, dados epidemiológicos e outros elementos que configuram o campo do saber médico. O arquivo de registros médicos, por exemplo, pode mostrar como as categorias de doença e saúde mudaram no decurso histórico, e sua análise nos permite entender as condições de possibilidade para a emergência e transformação dos saberes médicos ao longo do tempo, propiciando a compreensão sobre como certas práticas são aceitas e institucionalizadas, enquanto outras são deslegitimadas ou esquecidas.

Outros conceitos centrais para a Análise do Discurso são os de **subjetividade** e **subjetivação**, que, embora estejam relacionados, têm ênfases distintas dentro das relações que envolvem o poder, o saber e a constituição dos sujeitos.

Por um lado, a subjetividade representa “como um sujeito foi estabelecido, em diferentes momentos e em diferentes contextos institucionais” (Foucault, 1997, p. 78). Refere-se às formas como os indivíduos experimentam e percebem a si mesmos, não representando algo essencial ou inato, mas uma construção histórica e social, de modo que diferentes épocas e sociedades produzem diferentes formas de subjetividade, determinadas por discursos, normas e práticas culturais (Castro, 2009; Foucault, 1997, 2016; Revel, 2005).

Portanto, de acordo com Foucault (1997, 2016), a subjetividade consiste em um conjunto das maneiras pelas quais um indivíduo se entende e se comporta dentro de um determinado contexto, e não constitui uma essência imutável, visto que pode ser continuamente moldada e transformada pelas estruturas sociais e históricas em que os indivíduos estão inseridos.

Já a subjetivação, consiste no processo complexo, dinâmico e heterogêneo pelo qual os indivíduos se constituem como sujeitos, ou seja, adquirem identidades e papéis dentro de um discurso (Castro, 2009; Foucault, 2008, 2016; Revel, 2005).

Para Foucault (1997<sup>30</sup>), os sujeitos não são entidades autônomas que preexistem às práticas sociais, mas sim formados através dessas práticas. A subjetivação, portanto, consiste em um processo de sujeição que envolve a internalização das normas e discursos sociais, implicando os modos como os indivíduos percebem a si mesmos e se comportam.

No campo da saúde, a subjetivação pode ser vista no modo como os indivíduos internalizam diagnósticos médicos, adotam identidades relacionadas à saúde — como *paciente*, *pessoa com deficiência*, *vítima de doença crônica* — e ajustam seus comportamentos às expectativas médicas e sociais. Em outras palavras, as práticas discursivas na saúde moldam não apenas a percepção da doença, mas também a experiência vivida da saúde e do bem-estar.

Um diagnóstico de doença mental, por exemplo, pode subjetivar um indivíduo como *doente* ou *anormal*, implicando a constituição de sua identidade e a forma como ele é tratado pela sociedade. A subjetivação, portanto, é um processo central para entender como os discursos de saúde moldam as experiências e identidades dos indivíduos.

Para Foucault (1997, 1999a, 2016), a subjetivação é inseparável das relações de poder, e os modos de subjetivação estão conectados às estruturas de poder que atravessam as sociedades. De acordo com o autor, as instituições — como prisões, escolas, hospitais — e as disciplinas — como a psiquiatria e a criminologia — desempenham um papel crucial na construção dos sujeitos, pois as normas e expectativas sociais são interiorizadas pelos indivíduos, moldando suas identidades e comportamentos.

Isto posto, uma das significativas contribuições do autor é a articulação evidenciada entre discurso e **poder**. Ele desafia a visão tradicional sobre poder como força repressiva, possuída por indivíduos ou instituições, como algo que limita e controla, apresentando um conceito inovador e complexo ao propor que o poder está intrinsecamente ligado aos discursos. Circula, assim, através das redes discursivas, consistindo não apenas em uma forma repressiva, mas em uma força produtiva que cria realidades, formas de comportamento, conhecimento, identidades e discursos, configurando o que pode ser conhecido e como esse conhecimento é disseminado e validado.

---

<sup>30</sup> Obra original: *Resumos dos Cursos do Collège de France* realizados entre 1970 e 1982.

Dessa maneira, o autor desvela as formas de manifestação do poder na produção do discurso, considerando sua capacidade de controlar o que pode ser dito, quem tem autoridade para falar e quais discursos são socialmente considerados legítimos (Foucault, 1996).

Foucault (1996) argumenta, nesse sentido, que o poder e o saber estão intrinsecamente ligados, e o conhecimento é um meio pelo qual o poder se exerce. Para o autor, o poder é necessário para a produção e a manutenção do conhecimento e, dessa forma, o que é considerado verdadeiro ou válido em uma sociedade é moldado pelo poder.

No contexto da saúde, o poder se manifesta de diferentes maneiras como, por exemplo, em práticas médicas, normas de saúde pública e na regulação dos corpos e dos comportamentos dos indivíduos, o que faz com que as práticas de diagnóstico, tratamento e prevenção sejam moldadas por relações de poder que determinam o que é considerado normal ou patológico.

Diante disso, necessário se faz refletirmos, a priori, a respeito dessas duas noções fundamentais na discussão sobre saúde. Canguilhem (2009) propõe uma análise crítica dos conceitos de *normal* e *patológico*, destacando que esses termos não constituem descrições objetivas da realidade biológica e não devem ser compreendidos apenas a partir de critérios estatísticos ou objetivos, mas como construções normativas e históricas vinculadas à experiência vital dos indivíduos.

O *normal*, segundo o autor, não é simplesmente o que ocorre com maior frequência, mas aquilo que expressa a capacidade de adaptação e criação de novas normas por parte do organismo diante das variações do meio. Já o *patológico*, não representa apenas uma falha ou ausência de normalidade, mas uma nova forma de funcionamento em que essa capacidade de adaptação está comprometida (Canguilhem, 2009).

Ao dialogar com Canguilhem, Foucault (2001<sup>31</sup>) amplia essa reflexão inserindo a noção de *normalidade* no campo do saber-poder:

a norma não se define absolutamente como uma lei natural, mas pelo papel de exigência e de coerção que ela é capaz de exercer em relação aos domínios a que se aplica. Por conseguinte, a norma é portadora de uma pretensão ao poder. A norma não é simplesmente um princípio, não é nem mesmo um princípio de inteligibilidade; é um elemento a partir do qual certo exercício do poder se acha fundado e legitimado. [...] A norma não tem por

---

<sup>31</sup> Obra original: *Os anormais: curso no Collège de France (1974-1975)*, publicada em 1975.

função excluir, rejeitar. Ao contrário, ela está sempre ligada a uma técnica positiva de intervenção e de transformação, a uma espécie de poder normativo (Foucault, 2001, p. 62).

Ainda, para o autor, os conceitos de *normal* e *patológico* são produzidos em contextos históricos específicos e servem como instrumentos de controle e regulação social. Dessa forma, o discurso médico-científico não apenas descreve realidades biológicas, mas também impõe modos de vida desejáveis e aceitáveis, funcionando como um mecanismo de normatização dos corpos e condutas.

Portanto, tanto para Canguilhem quanto para Foucault, os conceitos de saúde e doença ultrapassam os limites da biologia e devem ser compreendidos à luz das práticas sociais, históricas e políticas que os constituem.

Retornando às manifestações do poder no contexto da saúde, podemos perceber, portanto, que ele constitui uma dimensão central para entender como os discursos de saúde operam e têm impacto nas práticas e experiências de saúde, conforme aprofundaremos mais adiante, na subseção 2.2.

O fato é que a complexidade do conceito de discurso para Foucault reside em sua capacidade de articular a produção de conhecimento com as práticas de poder e as condições históricas específicas. Ao redefinir o discurso como uma prática social que constrói a realidade e ao destacar a relação intrínseca entre discurso e poder, o autor oferece uma ferramenta poderosa para a análise crítica das práticas sociais e históricas.

De modo geral, no campo da saúde, a análise foucaultiana do discurso permite entender como as práticas médicas e os saberes sobre o corpo e a mente são moldados por relações de poder. O autor discute como as práticas discursivas na medicina e na psiquiatria são utilizadas para regular e controlar corpos, moldando subjetividades e comportamentos (Foucault, 1999a).

Nesse sentido, aplicar a Análise do Discurso foucaultiana no campo da saúde permite uma investigação crítica das práticas médicas e das políticas de saúde. Ela ajuda a entender como os discursos médicos constroem determinadas categorias de saúde e doença, moldam as subjetividades dos pacientes e profissionais de saúde e exercem poder sobre os corpos e comportamentos.

Em relação ao que é considerado saúde mental, por exemplo, a análise dos discursos pode evidenciar como determinadas condições são patologizadas, como as normas de tratamento são estabelecidas e como isso implica a identidade dos

indivíduos diagnosticados. Por exemplo, o diagnóstico de transtornos mentais e o uso de certas terapias refletem discursos históricos e práticas de poder que determinam o que é considerado normal ou não.

Além disso, a genealogia das políticas de saúde pública pode expor as relações de poder que moldam essas políticas e suas implicações para diferentes populações. A análise das campanhas de vacinação, por exemplo, pode apontar como o discurso sobre imunização é construído e como ele molda as práticas e percepções de saúde na sociedade.

No mesmo sentido, a arqueologia das práticas médicas pode mostrar como certos procedimentos e tratamentos se tornam normativos e como isso impacta a prática clínica e a experiência dos pacientes. A análise dos protocolos de tratamento de doenças crônicas, por exemplo, pode evidenciar como as normas de tratamento são estabelecidas e como implicam a vida dos pacientes.

Quando aplicada às práticas pedagógicas em saúde no contexto da EPT, a Análise do Discurso permite compreender como os saberes e poderes se entrelaçam na constituição dos sujeitos e na estruturação dos currículos, contribuindo, assim, para desnudar os mecanismos de controle e normalização presentes nos processos educativos.

No IFRN, isso pode se expressar na forma como os corpos são disciplinados, os conhecimentos são legitimados e os sujeitos são direcionados para ocupar lugares específicos dentro de um sistema normativo de práticas. Assim, as práticas pedagógicas em saúde na EPT operam como dispositivos de poder, organizando o que deve ser aprendido e como esse saber deve ser exercido.

Considerando que a Análise do Discurso oferece uma abordagem rica e complexa para entender como os discursos, poder, subjetivação, enunciados e arquivos interagem na construção da realidade social, portanto, podemos concluir que no campo da saúde essa abordagem permite uma compreensão crítica das práticas e políticas que moldam as experiências de saúde e doença, evidenciando as complexas relações de poder e saber que permeiam este campo. Ao desvendar essas relações, a análise foucaultiana nos capacita a questionar e potencialmente transformar as práticas de saúde, promovendo uma abordagem mais consciente e crítica do cuidado e do bem-estar.

Dessa maneira, a Análise do Discurso inspirada em Foucault (1996, 2022) consiste em um processo que nos permite realizar uma análise da relação entre a

linguagem, os participantes da pesquisa e o meio social onde estão envolvidos (Schippling, 2013), tendo em vista que conceitos importantes como discurso, poder, subjetivação, enunciados, arquivos, entre outros, subsidiaram nossas leituras, contribuindo para as compreensões e interpretações sobre as práticas pedagógicas em saúde no IFRN e suas relações com a medicalização do corpo na sociedade.

Com base nessas premissas, torna-se necessário avançar na compreensão dos dispositivos que sustentam e operam os discursos medicalizantes na contemporaneidade. Para tanto, na subseção a seguir, retomam-se algumas noções centrais desenvolvidas por Foucault, especialmente aquelas vinculadas ao biopoder, à governamentalidade e à normalização dos corpos, a fim de evidenciar os modos pelos quais o saber-poder médico se articula historicamente à gestão da vida e à regulação das populações.

## 2.2 SOB OS FIOS DO CONTROLE: DISCURSO, BIPODER, GOVERNAMENTALIDADE E MEDICALIZAÇÃO

Se os discursos organizam os enredos que dão sentido aos movimentos da marionete, são os dispositivos de poder que tensionam e acionam seus fios, regulando os gestos, os tempos e as condutas possíveis. Sob os fios do controle, o corpo passa a ser alvo de intervenções que não se limitam à repressão, mas operam por meio da produção de saberes, da normatização da vida e da condução das condutas.

Nesse campo, as noções de biopoder e governamentalidade tornam-se centrais para compreender como a gestão da vida se articula a práticas discursivas que atravessam a saúde e a educação, produzindo modos específicos de subjetivação. É nesse entrelaçamento entre discurso e poder que a medicalização emerge não como um fenômeno isolado, mas como efeito de estratégias mais amplas de governo dos corpos e das populações.

Para que possamos melhor discutir as questões relacionadas à medicalização do corpo na população e, em especial, no contexto educacional, é imprescindível que façamos uma prévia compreensão das noções básicas dos mecanismos relacionados a esse processo.

Precisamos, nesse sentido, previamente discutir biopoder — especialmente nas suas duas formas de manifestação: a anátomo-política e a biopolítica — e

alguns fenômenos que se desenvolvem na sociedade ao longo dos anos em consequência dele (governamentalidade, necropolítica e, por fim, medicalização).

O **biopoder**, cujo conceito original foi elaborado por Foucault, consiste, de modo geral, em uma manifestação de poder com o intuito de governar a vida, proporcionando o desenvolvimento de corpos ativos economicamente e submissos politicamente, e foi impulsionado na sociedade ocidental a partir do século XVII (Castro, 2009; Foucault, 2008a<sup>32</sup>, 2010). Contudo, é importante destacarmos que, antes de o biopoder entrar em vigor, prevalecia um tipo de poder de soberania, quando o soberano dispunha do direito de vida e de morte sobre os súditos, exercendo, portanto, o poder de fazer morrer ou de deixar viver.

De acordo com Foucault (1988), o biopoder desponta com o desenvolvimento de diversas instituições disciplinares — como os exércitos, as escolas, os conventos, os hospitais, entre outros —, mediante a manifestação dos problemas de saúde pública — como as questões de natalidade, habitação e migração, por exemplo — e o advento de estratégias para sujeitar os corpos e controlar as populações.

Nesse sentido, com a ascensão do biopoder, o que era o poder de morte passou a ser um poder exercido positivamente sobre a vida, interferindo no seu gerenciamento e em sua multiplicação, assumindo um controle biológico da população e um investimento sobre a vida de cima para baixo.

E essa mobilização em prol da vida atribuiu ao poder político no século XVIII a missão de controlar a vida das pessoas através de duas técnicas que, embora de alguma forma estivessem interligadas, funcionavam de modo separado: por um lado, a anátomo-política do corpo e, por outro, a biopolítica da população — também conhecida como biopolítica da espécie humana (Castro, 2009; Foucault, 1979, 1988, 2008a, 2010).

O conceito de **anátomo-política** está associado aos dispositivos disciplinares<sup>33</sup> que, a partir do século XVII, estiveram centrados na ideia do corpo humano como uma espécie de máquina. Dessa forma, a disciplina nesse período se faz responsável por extrair toda a força produtiva do corpo humano, controlando

---

<sup>32</sup> Obra original: *Segurança, território e população*, um curso dado no Collège de France entre os anos 1977 e 1978.

<sup>33</sup> Para Foucault, no contexto da anátomo-política, o termo disciplina é associado ao “conjunto de técnicas em virtude das quais os sistemas de poder têm por objetivo e resultado a singularização dos indivíduos” — ver Castro, 2009, p.110.

o espaço e o tempo em distintas instituições — tais como o exército, as escolas, os hospitais, as prisões, as igrejas, as fábricas, entre outros —, consistindo, portanto, em uma estratégia de governar os corpos.

A anátomo-política, logo, valoriza a aprendizagem e a adequação sobre a ordem das sociedades, e consiste em uma forma de disciplinar o corpo-máquina, por meio de adestramento, da ampliação de suas aptidões, da extorsão de suas forças, assegurada por procedimentos de poder disciplinar (Foucault, 1979, 1988, 2008a, 2010).

Já a **biopolítica**, que ascendeu a partir de meados do século XVIII, consiste no ato de governar e regular a população como um todo, sujeitar e subjugar os corpos por meio de uma diversidade de dispositivos de controle e uma série de intervenções, assumindo, assim, um foco mais voltado ao coletivo (Castro, 2009; Foucault, 2008b<sup>34</sup>, 2010).

Ademais, essa técnica trata dos processos biológicos, dos problemas de reprodução, de natalidade e de morbidade da população, mediante a utilização de ferramentas e medidas que permitam administrar, por exemplo, as taxas de nascimentos, os fluxos de migração, a saúde pública, as epidemias, o aumento da longevidade, entre outros.

Tal política, outrossim, manifestou-se especialmente em virtude do surgimento das grandes endemias da época, fenômenos que propiciaram, ao final do século XVIII, o desenvolvimento de uma medicina voltada para a higiene pública, com foco na coordenação dos tratamentos médicos, na centralização das informações, na normalização dos saberes e baseada em campanhas visando ao aprendizado da higiene e a medicalização da população (Castro, 2009; Foucault, 1979, 2010; Zorzanelli, Cruz, 2018).

Dessa forma, a biopolítica, que se constitui na manifestação da vida como produto do poder, consiste, de acordo com Foucault (2010), em um elemento indispensável ao desenvolvimento do capitalismo, considerando que o sistema capitalista se manifesta às custas do controle dos corpos nos meios de produção e pela sujeição da população aos processos econômicos.

Ela se evidencia, portanto, no modo de vida da sociedade contemporânea, caracterizada pela vida como um produto cujo valor é diferenciado conforme são

---

<sup>34</sup> Obra original: Curso *Nascimento da biopolítica*, realizado no Collège de France entre 1978 e 1979.

atribuídos mais ou menos investimentos sobre o corpo vivo, e não está restrito ao passado. A biopolítica se reflete nos temas tradicionais — como, por exemplo, nas políticas de natalidade —, mas também nos assuntos atuais, auxiliando na compreensão de temas relativos às populações, especialmente no que se relaciona ao corpo.

Entre os modelos de manifestação da biopolítica nos tempos contemporâneos, podemos citar as técnicas de reprodução assistida, que, além de gerarem interferência nos ciclos reprodutivos de uma população específica, possibilitam a manipulação das características físicas do bebê a ser gerado, tais como a cor da pele e dos olhos, por exemplo.

Uma outra possibilidade de expressão da biopolítica na contemporaneidade é a interferência exercida pelo poder político sobre a vida das pessoas diante do surgimento de diversas patologias que podem ameaçar a saúde e a vida da população. Um exemplo dessas intervenções é a implantação das campanhas de vacinação, desenvolvidas com o intuito de prevenir e conter o avanço de doenças, desde os tradicionais exemplos da varíola, febre amarela, difteria, tétano, coqueluche, sarampo e poliomielite, entre outras, até o caso mais recente da pandemia de COVID-19.

Outro exemplo de manifestação atual da biopolítica está nas tentativas de intervir nos hábitos sexuais da sociedade, no sentido de controlar a reprodução e evitar o risco de nascimento de bebês com danos físicos, como aconteceu há alguns anos atrás, durante a epidemia de Zika Vírus no Brasil.

Indo mais adiante, podemos citar também a tecnologia de genomas para a reprodução e seleção da espécie, por exemplo, que permite manipular não apenas a estrutura genética das pessoas, como seu tamanho, sua cor e demais atributos físicos, mas também sua inteligência, sua susceptibilidade a doenças, sua estimativa de vida e até mesmo alguns aspectos da sua personalidade.

Podemos citar como dispositivos da biopolítica nos tempos atuais, além disso, a biomedicina, a biotecnologia, a medicina molecular, a indústria farmacêutica, o agronegócio, os meios de comunicação, a relação com os algoritmos nas redes sociais, bem como algumas instituições públicas e privadas que transpassam nossas vidas para além dos nossos corpos. Atingem também nossos campos de subjetividades e alcançam não somente a materialidade da

nossa existência, mas também nossos desejos, nossas relações e até mesmo nossa autopercepção.

Gadelha (2016), porém, destaca que a amplitude alcançada pela noção de biopolítica atribuiu um novo delineamento à genealogia do poder, e a análise feita por Foucault em relação aos mecanismos de poder voltados ao gerenciamento da vida da sociedade o levaram a atentar para fenômenos de proporções maiores. Por conseguinte, durante o curso *Segurança, território e população*, ministrado no *Collège de France*, no período entre 1977 e 1978, Foucault desenvolveu suas formulações mais recentes a respeito de poder, dedicando-se a expandir sua noção de biopolítica, associando-a a uma questão mais abrangente: a arte de governar (Foucault, 2008a).

Nesse momento, o filósofo apresenta uma noção ampla de governo que não remete apenas ao gerenciamento estatal, evidenciando o poder manifestado como condução da conduta, ou seja, a maneira de um indivíduo ou um grupo exercer governo sobre outro, interferindo no seu comportamento. Dessa forma, governar passou a consistir em um gesto ético e político conduzido pelas relações entre uma pessoa consigo mesma e com os demais em seu convívio (Foucault, 2008a).

Essa concepção de população inserida no contexto da biopolítica impulsionou Foucault a considerar a maneira como o Estado deslocou suas ações, antes voltadas à administração territorial, para os assuntos relacionados à regulação da população, de modo que governar deixou de ser apenas um gerenciamento de território e passou a representar um meio de controle das pessoas e dos grupos, surgindo, assim, diversas formas de governo dos homens — governo das crianças, dos idosos, das almas, entre outros.

Desponta, então, um novo campo de estudo marcado pela introdução do Estado nas análises sobre o poder. Nesse sentido, Foucault passou a denominar a arte de governar como **governamentalidade**<sup>35</sup>, definindo-a, com base em três concepções que se completam, como

---

<sup>35</sup> É importante destacarmos que governamentalidade, governabilidade e governança são conceitos interligados, mas com significados distintos no campo das ciências sociais e políticas. Enquanto governamentalidade se refere ao conjunto de práticas, saberes e técnicas utilizadas pelo Estado e outras instituições para gerenciar e regular a conduta dos indivíduos e das populações, governabilidade diz respeito à capacidade de um governo de exercer e manter seu controle político, implementar políticas eficazes e garantir a estabilidade social e econômica, considerando o contexto político-institucional e a aceitação popular. Já governança envolve a maneira como os diferentes atores, incluindo o Estado, empresas, sociedade civil e organizações internacionais,

[...] o conjunto constituído pelas instituições, os procedimentos, análises e reflexões, os cálculos e as táticas que permitem exercer essa forma bem específica, embora muito complexa, de poder que tem por alvo principal a população, por principal forma de saber a economia política e por instrumento técnico essencial os dispositivos de segurança. Em segundo lugar, por “governamentalidade” entendo a tendência, a linha de força que, em todo o Ocidente, não parou de conduzir, e desde há muito, para a preeminência desse tipo de poder que podemos chamar de “governo” sobre todos os outros - soberania, disciplina - e que trouxe, por um lado, o desenvolvimento de toda uma série de aparelhos específicos de governo [e, por outro lado], o desenvolvimento de toda uma série de saberes. Enfim, por “governamentalidade” creio que se deveria entender o processo, ou antes, o resultado do processo pela qual o Estado de justiça da Idade Média, que nos séculos XV e XVI se tornou o Estado administrativo, viu-se pouco a pouco “governamentalizado” (Foucault, 2008a, p. 143-144).

Logo, evidencia-se a complexidade do conceito de governamentalidade. De acordo com a primeira concepção apresentada pelo autor, podemos compreender a governamentalidade como uma articulação entre a população, a economia política e os dispositivos de segurança.

Além disso, na concepção apresentada em segundo lugar, Foucault (2008a) compreende a governamentalidade como uma espécie de linha de força que guiou o Ocidente para uma forma de poder denominada pelo autor como governo. À vista disso, não podemos deixar de ressaltar que, de acordo com o filósofo, o termo *governo*, antes de ser atribuído a uma conotação política, possuía vários outros significados, mas,

como quer que seja, através de todos esses sentidos, há algo que aparece claramente: nunca se governa um Estado, nunca se governa um território, nunca se governa uma estrutura política. Quem é governado são sempre as pessoas, são homens, são indivíduos ou coletividades (Foucault, 2008a, p. 164).

Apesar de as três definições anunciadas por Foucault (2008a) nos possibilitarem afirmar que a governamentalidade é uma noção estabelecida para descrever o processo que viabilizou o advento do Estado de governo e suas várias práticas governamentais, podemos concluir que, basicamente, ela consiste na arte de governar os seres humanos. Foucault se apropria dessa concepção, a partir de então, como meio de analisar as relações de poder estabelecidas na sociedade.

---

interagem para tomar decisões e gerir os recursos e políticas públicas de forma colaborativa e descentralizada — ver Giddens, 2005.

Dessa forma, o autor nos permite perceber como nós somos delineados em uma dimensão de governo que nos tira da posição de sujeitos<sup>36</sup> e nos torna cidadãos governáveis.

Governamentalidade, assim, constitui um conceito que requer um olhar mais refinado de pensar a realidade que envolve o governo dos corpos, que não pertence apenas ao Estado, mas também às famílias, aos amigos, à escola, ao trabalho, ao exército, à sociedade como um todo, delineando uma rede de vínculos complexa e dinâmica entre saber, poder e subjetivação.

Nessa perspectiva, é importante destacar que os modos de governar nem sempre se efetivam de maneira disciplinadora ou repressiva. No contexto das práticas pedagógicas em saúde, as formas de cuidado e acolhimento que emergem no cotidiano podem ser entendidas como práticas que não visam exclusivamente à docilização dos corpos.

Quando os profissionais de saúde se engajam, por exemplo, em ações educativas que problematizam questões como sexualidade, alimentação e autocuidado, eles também possibilitam que os indivíduos desenvolvam formas críticas de se relacionar consigo e com o mundo, deslocando as fronteiras do saber médico tradicional. Trata-se, portanto, de uma governamentalidade que pode ser ambivalente, simultaneamente normativa e potencialmente emancipadora.

Além disso, ainda que a governamentalidade proponha modos sutis e eficazes de governar as condutas, por meio da internalização de normas e do autocontrole, não se pode negligenciar que tais estratégias também podem encontrar pontos de resistência. Em vista disso, nas práticas articuladas a princípios pedagógicos voltados à formação integral e ao desenvolvimento crítico dos estudantes, tais dispositivos podem ser ressignificados.

Dessa maneira, a educação em saúde pode se apresentar não apenas como uma extensão da biopolítica, mas também como uma oportunidade para a promoção da autonomia e para o deslocamento das normas que regulam os corpos dos estudantes.

---

<sup>36</sup> A posição de sujeito para Foucault envolve o processo de subjetivação, pelo qual um indivíduo se torna um sujeito dentro de um determinado sistema de conhecimento e poder, sendo posicionado de acordo com as categorias e discursos disponíveis em uma dada época. Esse processo é resultado de práticas discursivas que definem o que é considerado normal ou desviado, racional ou irracional, por exemplo — ver Foucault, 2016.

Contudo, necessário se faz destacar que, embora a governamentalidade tenha assumido o papel predominante pelo qual o exercício de poder passou a ser analisado no século XVIII, as outras manifestações de poder, como a soberania e o biopoder — seja na forma de individualidade, a anátomo-política, ou de totalidade, a biopolítica —, não deixaram de existir. Inclusive, é importante reforçar que a biopolítica está completamente vinculada ao desenvolvimento da governamentalidade, que desponta exatamente mediante a ascensão do biopoder das populações.

Não obstante, vale destacar que, embora a noção de biopoder ofereça importante instrumental analítico para a compreensão das estratégias contemporâneas de controle da vida, há autores que apontam limites dessa categoria para dar conta das múltiplas formas de submissão da vida à morte no contexto atual. Entre esses autores, destaca-se Joseph-Achille Mbembe (2016, 2018), que, inspirado pelas contribuições foucaultianas, propõe a noção de necropolítica para designar as tecnologias e racionalidades de poder que não apenas regulam, mas decidem ativamente sobre quem deve viver e quem pode morrer, a partir de marcadores sociais como raça, classe e território.

Ainda que esta pesquisa não se debruce diretamente sobre o conceito de necropolítica, é relevante reconhecer que o próprio biopoder apresenta uma ambivalência fundamental: ao mesmo tempo em que se volta à promoção da vida e ao cuidado — por meio, por exemplo, de práticas educativas em saúde direcionadas à autonomia e ao autocuidado —, pode também se expressar de forma disciplinar e reguladora, convertendo-se em estratégias de exclusão, vigilância e controle normativo dos corpos.

Assim, interferências estatais como campanhas de vacinação ou protocolos escolares de atenção à saúde mental, por exemplo, não devem ser compreendidas a partir de uma lógica binária entre vida e morte, mas sim dentro da complexidade das redes de poder-saber que, a depender do contexto e da intencionalidade das práticas, podem se alinhar tanto a dispositivos de cuidado quanto a mecanismos de regulação social. Essa ambiguidade, longe de invalidar o conceito de biopoder, reforça sua potência analítica para pensar os modos como a vida é gerida, valorizada ou descartada nas tramas institucionais e discursivas da contemporaneidade.

Dentre as tantas instituições que executam as diversas manifestações do biopoder na sociedade, Foucault alerta para o papel desempenhado pela medicina no sentido de controlar o comportamento, as condutas e o corpo humano a partir do século XVIII, equiparando-o, inclusive ao poder atribuído em outros tempos ao sistema jurídico:

A intervenção autoritária da medicina em um domínio cada vez mais vasto da existência individual ou coletiva é um fato absolutamente característico. Hoje em dia, a medicina é dotada de um poder autoritário de funções normalizadoras que vão muito além da existência das doenças e da demanda do doente. Se os juristas dos séculos XVII e XVIII inventaram um sistema social que devia estar dirigido por um sistema de leis codificadas, pode-se afirmar que os médicos do século XX estão a inventar uma sociedade da norma e não da lei. Não são os códigos que regem a sociedade, mas a distinção permanente entre o normal e o patológico, a tarefa perpétua de restituir o sistema da normalidade (Foucault, 2013a, p. 50).

A esse comportamento — caracterizado pelo processo contínuo em que a ciência médica ultrapassa a fronteira das enfermidades e, de forma ilimitada, intervém na sociedade moderna em aspectos da vida cotidiana de natureza social, econômica e/ou política, exercendo, portanto, funções que, à priori, não são designadas à medicina — o autor atribui o título de **medicalização** (Foucault, 1979, 2013a<sup>37</sup>).

Segundo Foucault (1977<sup>38</sup>), ao final do século XVIII, a medicina é marcada pelas mudanças na estrutura do conhecimento médico, mediante o surgimento de uma nova maneira de enxergar os corpos e seu funcionamento, assim como a doença e a saúde humana. Essa mudança consiste, especialmente, na relação estabelecida entre o visível e o não visível, e fez com que tempos depois, no século XIX, um novo tipo de prática médica se consolidasse, atribuindo à medicina a condição de saber científico.

Ademais, o processo de medicalização desenvolvido no século XVIII, está associado, em especial, a três importantes pontos. O primeiro deles, chamado de bio-história, um regime de historicidade originado do surgimento da medicalização do Estado, das cidades e da população, que representa uma herança biológica deixada pela intervenção médica para a história da humanidade. O segundo está

---

<sup>37</sup> Obra original: *Ditos e escritos, volume II: arqueologia das ciências e história dos sistemas de pensamento*, publicada em 1994.

<sup>38</sup> Obra original: *O nascimento da clínica*, publicada em 1963.

relacionado precisamente à medicalização. E o terceiro ponto diz respeito às consequências causadas pelas políticas voltadas para a melhoria dos serviços destinados à saúde na Europa (Foucault, 1979).

Aos poucos, a medicina foi ultrapassando a ideia de curar as doenças e estabelecendo um modelo ideal de ser humano através da definição sobre o que seria saudável. Portanto, fundamentada na Biologia, a ciência médica passa a assumir um lugar de soberania sobre os discursos que constituem a existência humana, controlando a vida e a forma de o ser humano agir, de cuidar da saúde, do seu bem-estar e de representar a si mesmo (Caponi, 2013; Foucault, 2011).

O fato é que a medicalização consiste em um processo no qual a medicina assume um papel de elo entre a disciplina e a biopolítica, e, apesar de ter seu conceito delimitado em uma época distante da atual, faz-se cada vez mais presente na sociedade contemporânea, aparecendo constantemente nas discussões sociais relacionadas à saúde e tudo que a envolve (Caponi, 2013; Zorzanelli; Cruz, 2018).

Com base nas considerações feitas até aqui, portanto, é possível perceber que as discussões em torno tanto de biopolítica, governamentalidade e necropolítica, quanto de medicalização, remetem-nos, de alguma maneira, ao biopoder.

Finalizando, então, nossas reflexões sobre os conceitos e as problemáticas relacionados ao biopoder e ao processo de medicalização, discutimos, na subseção seguinte, as possíveis implicações da medicalização do corpo na EPT.

## 2.3 AJUSTANDO A MARIONETE: A MEDICALIZAÇÃO DO CORPO NA EPT

Se, sob os fios do controle, os corpos são governados por meio de discursos e tecnologias de poder, é no ajuste da marionete que essas forças se tornam mais sutis e capilares, incidindo diretamente sobre os modos de aprender, trabalhar e existir no interior da EPT. Ajustar a marionete não significa interromper seus movimentos, mas calibrá-los continuamente, de modo que o corpo responda às exigências de normalidade, rendimento e adequação sem que o controle se apresente de forma explícita.

Nesse contexto, a medicalização do corpo emerge como uma estratégia privilegiada, capaz de traduzir questões sociais, pedagógicas e institucionais em problemas individuais, ao mesmo tempo em que se articula a discursos que

mobilizam a integralidade da formação e o trabalho como princípio educativo. É a partir dessa tensão — entre uma proposta formativa ampliada e os mecanismos de ajuste dos corpos — que se insere a discussão que se segue.

Para discutirmos a respeito do processo de medicalização do corpo no contexto da EPT, é importante, inicialmente, reforçarmos que os pressupostos que norteiam esse campo epistemológico compreendem o caráter complexo das variadas dimensões da existência humana e, portanto, são pautados na formação humana integral. Uma das premissas pedagógicas norteadoras que envolvem a EPT, nesse sentido, baseia-se nas relações entre trabalho e educação como um processo unitário, logo, considera a dimensão da categoria trabalho como princípio educativo e reconhece a necessidade de provocar nos estudantes reflexões e interações críticas e ativas diante das vicissitudes do universo do trabalho.

Em reforço a isso, o pensamento marxista considera o trabalho como uma ação própria do homem, sendo responsável pela sua distinção em relação aos demais seres vivos, e, assim, consiste em um ponto de partida para a constituição do ser social. Dessa forma, pode-se afirmar que, sem o trabalho, seria impossível a constituição de uma vida cotidiana (Antunes, 2009). Marx (1996<sup>39</sup>) considera o trabalho como uma condição de existência do homem, e aponta o que denomina de *trabalho útil* como uma necessidade genuína e permanente de mediação do metabolismo entre o ser humano e a vida humana.

No decurso histórico, o trabalho foi se constituindo em diferentes perspectivas, e, no sentido de discutir sobre essa categoria no contexto da sociedade, Moura (2013a) traça sua trajetória. Ele destaca suas diferentes formas de manifestação, tais como o trabalho escravo, o autônomo e o remunerado, sendo esse último materializado em forma de emprego após o período da revolução industrial e durante o desenvolvimento da sociedade capitalista.

Assim sendo, com a prevalência do modo de produção capitalista, o trabalho passou a ser considerado como mercadoria, de forma que a produção e consequente geração de lucros faz uso da mão de obra do trabalhador, a fim de ser cada vez mais rentável financeiramente. Além disso, o sistema capitalista gerou uma relação direta de produção e consumo, em que o trabalhador é o próprio consumidor das mercadorias que produz (Harvey, 2013).

---

<sup>39</sup> Obra original: *O Capital: Crítica da economia política*, publicada em 1867.

Consequentemente, esse sistema resultou em efeitos cruéis para os trabalhadores: intensificação da exploração do trabalho, implementação da meritocracia<sup>40</sup> através do sistema de remuneração por mérito, adoção de um número reduzido de trabalhadores através da adoção de horas extras, flexibilização dos direitos dos trabalhadores, aumento das terceirizações e do desemprego, destruição do sindicalismo, flexibilização e desregulamentação dos direitos dos trabalhadores e aumento da precarização do trabalho. O lucro, nessa lógica, está sempre posto como objetivo maior, independentemente do que isso possa resultar para a classe trabalhadora.

Como resultado, a sociedade em geral vem sendo acometida pela gênese do capitalismo, que depende das desigualdades produzidas por ele mesmo para produzir lucro, visto que as transformações no mundo do trabalho provocam um conjunto de consequências à saúde dos trabalhadores, desencadeando situações de sofrimento e adoecimento que, muitas vezes, são potencializadas pela omissão do poder público.

Dessa maneira, Safatle (2018) apresenta a noção de *patologia do social*, desenvolvida em meados do século XIX, como deficiências no interior de uma sociedade que provocam prejuízos às condições sociais, apontando-a como um conceito indissociável desse modo de governo que visa a administrar a vida e os corpos não apenas dos trabalhadores, mas de todos aqueles que constituem o Estado.

Além disso, considerando as consequências da implementação do capitalismo neoliberal<sup>41</sup>, é preciso destacar que, no contexto desse sistema, o trabalho inevitavelmente vem se manifestando de forma dependente de uma

---

<sup>40</sup> O conceito de meritocracia, amplamente mobilizado no contexto neoliberal, refere-se à ideia de que o reconhecimento, a ascensão profissional e a remuneração dos trabalhadores devem estar exclusivamente vinculados ao desempenho individual. Tal noção desconsidera as condições históricas, sociais e materiais desiguais que atravessam os sujeitos, naturalizando desigualdades estruturais e transferindo para o indivíduo a responsabilidade por sucessos ou fracassos que são produzidos coletivamente. Nesse sentido, a meritocracia opera como um dispositivo ideológico que legitima a intensificação da exploração do trabalho, a competição permanente e a precarização das relações laborais, ao mesmo tempo em que obscurece as relações de poder e as assimetrias próprias do modo de produção capitalista.

<sup>41</sup> De acordo com Foucault, o capitalismo neoliberal é compreendido não apenas como um modelo econômico, mas como uma forma de governo que transforma o mercado em princípio organizador da vida social e subjetiva, produzindo indivíduos como empresários de si mesmos. Para o autor, o neoliberalismo penetra profundamente na subjetividade, promovendo formas de autoexploração e responsabilização individual que substituem as estruturas coletivas e solidárias por lógicas de competição e eficiência — ver Foucault, 2008b.

dominação psíquica do trabalhador. Isso configura um meio de poder capaz de desencadear uma condição cronicamente patológica, podendo provocar discursos que se manifestam como um pacto social cujo não cumprimento pode fomentar o desenvolvimento de uma patologia social adicional, evidenciando, assim, o processo de medicalização no contexto do trabalho (Silva Junior, 2020).

Nesse sentido, Safatle, Silva Junior e Dunker (2020) destacam que o neoliberalismo assume um papel fundamental no campo do trabalho como gestor que, além de produzir o sofrimento psíquico, também o regula. A respeito disso, os autores acrescentam ainda que o modo de vida neoliberal reforçou a ideia de que é possível extrair do sofrimento do trabalhador o máximo de produção e de aproveitamento, considerando que

encontrar o melhor aproveitamento do sofrimento no trabalho, extraindo o máximo de cansaço com o mínimo de risco jurídico, o máximo de engajamento no projeto com o mínimo de fidelização recíproca da empresa, torna-se regra espontânea de uma vida na qual cada relação deve apresentar um balanço e uma métrica (Safatle; Silva Junior; Dunker, 2020, p. 9).

Tendo em vista essas situações de sofrimentos psíquicos desencadeadas pelo contexto neoliberal, é possível afirmar que elas constituem

categorias clínicas mobilizadas tanto para desconstituir seu pretenso realismo quanto para mostrar a natureza paradoxal do funcionamento normal das sociedades capitalistas e seus modos de gestão social de sofrimento. Elas mostram assim um potencial crítico que leva, necessariamente, à consolidação de demandas de transformação global das estruturas sociais e que abre caminhos para um uso renovado do tema da análise de patologias sociais (Safatle, 2018, p. 28).

É possível, por conseguinte, perceber a manifestação do processo de medicalização no contexto de vida da classe trabalhadora. Ora, considerando a percepção de que os corpos vêm sendo medicalizados em contextos variados na sociedade contemporânea e que, portanto, a medicalização é um processo multidirecional que atinge diferentes esferas da vida humana, não seria diferente no cenário da educação e, especificamente, no contexto da EPT.

De acordo com Moysés e Collares (2013), atualmente, não é incomum a atribuição de doenças associadas às dificuldades de aprendizagem em crianças e

adolescentes em processo de formação, assim como é corriqueira a adoção de tratamentos médicos para intervir nesse tipo de problema.

A princípio, é importante destacarmos que essa biologização das questões de natureza socioeducacional resultam, de certa maneira, em ignorar as subjetividades que envolvem o processo de aprendizagem de cada estudante, como a diversidade característica do ser humano que faz com que pessoas inseridas em um mesmo contexto educacional aprendam de formas e em ritmos diferentes. Consequentemente, esse processo tende a silenciar os sentimentos, sofrimentos e as especificidades dos jovens envolvidos no sistema educacional e fazem com que a escola se torne uma “instituição medicalizada, adoecida e adoecedora” (Collares; Moysés, 2014, p. 51).

Para melhor compreensão acerca do processo que envolve esse cenário, precisamos recorrer a alguns aspectos históricos que circundam a educação da sociedade. Nesse sentido, a Revolução Industrial representa um marco para o entendimento histórico sobre a biologização e o reducionismo em torno das dificuldades de aprendizagem.

Com o advento do capitalismo, o conhecimento científico passou a ocupar um papel de diferenciação de classes, sendo instrumentalizado para classificar e normatizar comportamentos escolares. Os primeiros especialistas que se interessaram em buscar identificar as possíveis causas das dificuldades de aprendizagem na época, por sua vez, foram os médicos, o que ocasionou a atribuição de anormalidade — e, inclusive, aferindo rótulo de loucura — às crianças que não aprendiam no mesmo ritmo que as demais. Pouco depois, a psicologia passou a assumir a responsabilidade de aferir a capacidade intelectual dos estudantes, ocupando, também, um lugar importante na medicalização escolar (Calado, 2019).

A respeito disso, Foucault (2001) evidencia como a figura da criança se torna central na constituição dos discursos de saber-poder, especialmente no que tange à sexualidade infantil e à produção de categorias de anormalidade, de forma que a criança, nesse contexto, é vista não apenas como um sujeito em formação, mas como um possível portador de desvios que precisam ser vigiados e corrigidos. Esse processo de patologização, que começa com os médicos e se intensifica com a psicologia, articula-se à lógica disciplinar e à medicalização da infância, reforçando

o controle social por meio da rotulação daqueles que não se enquadram nos padrões escolares e sociais dominantes.

No Brasil, o processo de medicalização da educação teve uma relação estreita com o higienismo que se desenvolveu no país, em meados do século XIX. Ocorreu quando o desenvolvimento da urbanização das áreas centrais em algumas cidades do país e o processo de modernização de áreas portuárias levaram ao deslocamento e à concentração das populações mais pobres nos centros das cidades, que não possuíam infraestrutura adequada para comportar essa migração, vindo a constituir o que chamamos hoje de *favelas* (Abreu Junior; Carvalho, 2012; Figueira; Boarini, 2014; Soares, 2006).

Dessa maneira, problemas como a falta de água potável, de saneamento básico, de alimentação e hábitos de higiene adequados, por exemplo, provocaram o surgimento de muitas doenças e o aumento da mortalidade, despertando um movimento higienista envolvendo diversas instituições sociais – como a família, os serviços de saúde, a escola, entre outros. Tal movimento voltava-se ao desenvolvimento de medidas sanitárias, à contenção das epidemias e ao controle dos problemas mentais da população – uma vez que a higiene mental, nesse período, passou a ser associada aos índices de miséria da população (Figueira; Boarini, 2014; Soares, 2006).

Além desse contexto histórico, a medicalização da educação sofreu impacto do desenvolvimento científico voltado à educação infantil e, conseqüentemente, à regulação das crianças, conforme apontado por Danelon (2015), que evidencia como a infância passou a ser capturada por dispositivos de poder que operam no interior da escola, por meio de práticas de vigilância, normatização e avaliação constantes.

O autor argumenta que a escola moderna assume um papel central na constituição de subjetividades infantis. Isso porque estabelece padrões de comportamento e desempenho que excluem aqueles que fogem à norma, de modo que a infância deixa de ser apenas uma fase da vida para tornar-se um território estratégico de intervenção governamental, no qual o saber psicológico e pedagógico se entrelaça com práticas disciplinares que moldam corpos e condutas, legitimando processos de medicalização como respostas às diferenças e à diversidade no aprender.

Nesse sentido, Guarido e Voltolini (2009) destacam que, historicamente, a escola foi transpassada pelo discurso médico e psicológico, uma vez que passou a ser atribuída à medicina e à educação a responsabilidade de ensinar hábitos saudáveis e adequados de acordo com os padrões técnicos e científicos estabelecidos nesse período, atribuindo ao professor um lugar de parceiro na profilaxia mental dos alunos<sup>42</sup>.

O fato é que, de acordo com esses autores, por muitos anos, a pedagogia e a higiene mental caminharam juntas baseadas no conhecimento da biologia e da psicologia como meios de compreensão das diferenças individuais, promovendo a rotulação dos estudantes e desprezando os aspectos sociais que envolvem o processo educacional.

A partir da segunda metade do século XX, um período caracterizado pela recessão econômica e pela flexibilização do trabalho, a sociedade passou a ser marcada pelo hiperindividualismo, competitividade, valorização da autonomia pessoal e pela busca de sucesso individual. Desde então, vivemos uma transição da modernidade pesada, definida por regras rígidas e compromissos coletivos, para uma modernidade leve ou pós-moderna, centrada na liberdade individual, no hedonismo e na autorrealização (Lipovetsky, 1989).

Nesse contexto, a escola não apenas refletiu essas mudanças, como também foi sendo moldada por elas, passando a ser cobrada pela formação de indivíduos flexíveis, criativos e autônomos, aptos a se adaptar às novas exigências da sociedade de consumo, do mercado de trabalho, da mobilidade e da lógica neoliberal (Bonadio, 2013).

Além disso, a concepção marxista adotada por estudiosos contemporâneos apresenta a ideia de que as necessidades são produzidas pelo mercado. Com base nessa noção, o eminente avanço da indústria farmacêutica aponta para, por um lado, o desenvolvimento de uma sociedade capitalista com um alto índice de doenças ou, por outro, a constatação de uma sociedade medicalizada e induzida ao uso de medicamentos, o que, porventura, pôde se refletir na medicalização do

---

<sup>42</sup> A noção de profilaxia mental se refere ao conjunto de práticas e discursos, oriundos sobretudo dos campos médico e psicológico, que passaram a atribuir à escola a função de identificar, prevenir e corrigir comportamentos considerados desviantes ou inadequados ao padrão escolar. Tais discursos contribuíram historicamente para a medicalização do fracasso escolar, deslocando para os alunos — e suas famílias — a responsabilização por dificuldades que são produzidas no interior das próprias relações escolares, operando como mecanismos de normalização e controle ver Patto, 2022.

processo educacional, que reproduz e reforça as exigências do mercado e da lógica neoliberal.

Em reforço a isso, Han (2017) alerta que a sociedade contemporânea, caracterizada pelo autor como uma sociedade do desempenho, condicionada pelo excesso de estímulos e pela natureza multitarefas, vem se transformando em uma sociedade do *doping*, que não se permite enfrentar suas dores senão recorrendo ao uso de medicamentos.

Nesse sentido, analisando a relação entre o crescimento da indústria farmacêutica e a medicalização escolar, Bonadio (2013) salienta que o uso de medicamentos para o tratamento no sentido de, por exemplo, amenizar os sintomas do Transtorno do Déficit de Atenção com Hiperatividade<sup>43</sup> (TDAH), tende a ser considerada pelos pais e pela escola como uma alternativa mais eficiente e rápida.

Ao encontro disso, Han (2017, p. 5) destaca a violência neuronal em que a sociedade contemporânea está imersa, e sinaliza os distúrbios neuronais — depressão, TDAH, Transtorno de Personalidade Limítrofe (TPL) ou a Síndrome de Burnout (SB) — como as doenças do século XXI, que são provocadas pelo excesso de positividade atual, enclausurando os sujeitos em uma busca incessante por produtividade e consumismo, afastando-os de sua essência e fazendo-os focar cada vez mais em desempenho, resultados e conquistas, de modo a viver na ilusão de uma liberdade paradoxal na qual tudo parece possível de alcançar.

Aliado a isso, Collares e Moysés (2014) sinalizam para um aumento nas últimas décadas dos diagnósticos de transtornos neurológicos relacionados a um desempenho escolar considerado insuficiente. Nessa perspectiva, as autoras destacam o crescimento de diagnósticos de casos de dislexia<sup>44</sup> e de um conjunto de distúrbios considerados transtornos de comportamento, tais como o Transtorno Opositor Desafiador<sup>45</sup> (TOD), e o próprio TDAH.

---

<sup>43</sup> O TDAH é um transtorno crônico de origem genética que aparece na infância e acompanha o indivíduo por toda a sua vida, caracterizado por sintomas de dificuldade para manter a atenção, inquietude e impulsividade — ver Ministério da Saúde, 2023.

<sup>44</sup> A dislexia é um transtorno específico de aprendizagem caracterizado pela dificuldade em decodificar o estímulo escrito ou os símbolos gráficos, comprometendo a capacidade do indivíduo de aprender a ler e escrever com fluência, de soletrar palavras e de compreender textos — ver Ministério da Saúde, 2023.

<sup>45</sup> O TOD é um transtorno caracterizado por padrões recorrentes de comportamento negativo, como desobediência, irritação e desafio, normalmente direcionados a figuras de autoridade na vida da criança, como pais, professores, familiares e outros adultos — ver Ministério da Saúde, 2023.

Contudo, esse tipo de pensamento desconsidera o professor como mediador do processo de aprendizagem e como potencializador do desenvolvimento da atenção — ou de qualquer outra função psicológica relevante em contextos semelhantes. Além disso, ignora que a intervenção por meio de práticas pedagógicas exige não apenas um tempo mais dilatado e resultados de longo prazo, mas também condições estruturais e institucionais específicas, como a capacitação contínua dos professores, a dedicação exclusiva a um único ambiente escolar, a redução do número de estudantes por sala para possibilitar atendimentos mais individualizados e a presença de professores e profissionais de apoio capazes de atender às necessidades específicas de determinados alunos.

Ademais, Calado (2019) destaca o aumento crescente da quantidade de projetos de lei voltados para garantir o custeio do diagnóstico em massa e do tratamento de doenças supostamente identificadas em crianças e adolescentes, com base na ideia de que isso consiste em um direito do cidadão e, portanto, um dever do Estado. Essa lógica — que envolve advogados, médicos e a indústria farmacêutica no contexto da medicalização —, no caso das patologias ligadas ao processo de escolarização, à medida que representa um avanço na atenção e no cuidado com as pessoas que necessitam de fato desses tratamentos, pode configurar um retrocesso ao transformar em doenças o que, muitas vezes, é resultado do negligenciamento das políticas públicas voltadas para a educação.

O fato é que, embora o aumento de diagnósticos seja também o resultado de mais acesso à saúde, melhor compreensão e menos preconceito quanto às diferenças, no contexto escolar contemporâneo, se o estudante não apresenta um comportamento dentro de um padrão esperado ou não atinge um nível de aprendizado considerado como ideal, há uma tendência de buscar uma razão baseada única e exclusivamente no aluno, atribuindo-lhe uma possível doença que necessita de uma intervenção médica e um tratamento medicamentoso, como se todos os problemas de aprendizagem se resolvessem com remédio.

A sociedade, nesse sentido, precisa ser pensada a partir das diferenças, e o que temos é uma sociedade que pensa a partir de premissas homogeneizadoras, sendo, portanto, excludente. Desse modo, finda-se por desprezar alternativas que não considerem o estudante como problema central, que foquem em possíveis intervenções no processo de ensino, nas adaptações das práticas pedagógicas e

em busca por alternativas que considerem a educação como algo mais amplo e que envolve muito além do aluno, mas toda a comunidade escolar.

Além disso, essa visão biologizante do ser humano desconsidera as relações que se estabelecem entre o indivíduo e o meio em que ele vive. Isso posto, se considerarmos as interferências sociais, históricas e culturais no comportamento humano, e levarmos em conta que o desenvolvimento do capitalismo tem desencadeado na sociedade a adoção de condutas imediatistas, aceleradas e impacientes, perceberemos a possibilidade de uma relação direta entre os padrões de comportamento atuais e a incidência dos transtornos cada vez mais frequentes na contemporaneidade, como o TDAH, por exemplo.

Não se trata aqui de negar a existência de tais quadros clínicos, tampouco de deslegitimar o uso criterioso de terapias medicamentosas quando estas se mostram necessárias; pelo contrário, reconhecemos a importância dos avanços da ciência e da medicina no cuidado à saúde mental. Todavia, é preciso problematizar a crescente tendência de explicação e intervenção exclusivamente biomédica diante de questões complexas e multifatoriais, especialmente quando tais respostas operam por meio da naturalização de condutas e da medicalização de experiências que, muitas vezes, estão atravessadas por processos sociais, culturais, econômicos e educacionais. Desse modo, a crítica aqui se dirige à hegemonia de uma racionalidade que busca enquadrar a diversidade dos modos de ser e viver dentro de parâmetros normativos de produtividade e desempenho, o que acaba por reforçar dispositivos de regulação e controle dos corpos.

Para mais, o processo de medicalização da educação é centrado nos fatores que originam os problemas de comportamento e de aprendizagem do aluno e nos tratamentos direcionados às funções cerebrais, desconsiderando, portanto, a subjetividade presente no ser humano envolvido, o que consiste em uma desvalorização do ato educativo e da complexidade da experiência humana, e, conseqüentemente, provoca no sujeito uma dificuldade em lidar com seus sofrimentos, desencadeando sempre na busca por um especialista (Guarido; Voltolini, 2009).

Assim, com base nas discussões desenvolvidas até aqui, percebemos que o corpo vem, ao longo dos anos, sendo medicalizado no contexto educacional e também do trabalho, o que poderia nos levar a inferir que na EPT — campo

epistêmico diretamente relacionado a essas duas categorias — não acontece diferente.

Contudo, ainda que o processo de medicalização do corpo atue como uma tecnologia biopolítica que regula e normatiza condutas, é fundamental reconhecermos que nem todo ato que emerge sob esse regime é inteiramente capturado por ele, considerando que o poder não é absoluto nem unidirecional, ele se exerce onde há resistência (Foucault, 1988).

Dessa forma, práticas pedagógicas que envolvem o cuidado, a escuta e a criação de vínculos interpessoais no cotidiano escolar — ainda que ancoradas em discursos assistencialistas — podem funcionar como microrresistências, tensionando o imperativo da normatização biomédica. Podem ainda escapar, mesmo que parcialmente, da lógica da redução do sujeito a um corpo a ser tratado ou corrigido.

Além disso, é fundamental reforçarmos que a EPT é norteadada pelo princípio da formação humana integral, consistindo em uma forma de resistência à biopolítica, à governamentalidade, à necropolítica, à medicalização e a quaisquer outras formas de exercício do poder que ajam de encontro à formação de cidadãos críticos, reflexivos, questionadores, emancipados.

### **3 O ROTEIRO DOS MOVIMENTOS: OS DISCURSOS SOBRE A SAÚDE MULTIDISCIPLINAR NA EPT**

Nesta seção, deslocamos o foco da análise para os discursos que passam a funcionar como roteiro dos movimentos da marionete no campo da saúde multidisciplinar na EPT. Se, na seção anterior, problematizamos os fios que controlam e ajustam os corpos por meio do discurso, do biopoder e da medicalização, aqui buscamos compreender como esses fios se materializam em enunciados institucionalizados que orientam práticas, expectativas e formas de atuação no interior da escola. Trata-se, portanto, de analisar os discursos que antecedem e moldam as práticas pedagógicas em saúde, definindo o que se entende por educação em saúde, cuidado, assistência e formação dos sujeitos na EPT.

Ao assumir o roteiro como metáfora analítica, partimos do pressuposto de que os discursos não apenas descrevem a realidade institucional, mas prescrevem modos de agir, de cuidar e de educar, delimitando os papéis atribuídos aos diferentes atores envolvidos. Esses roteiros discursivos, inscritos em documentos normativos, políticas institucionais e textos orientadores, organizam os movimentos da marionete ao estabelecer quais saberes são legitimados, quais práticas são valorizadas e quais concepções de saúde e educação passam a operar como referência. Nesse sentido, a análise empreendida nesta seção se volta às condições de possibilidade que fazem emergir determinados discursos sobre a saúde multidisciplinar, evidenciando suas regularidades, tensões e ambivalências.

O percurso analítico desenvolvido ao longo desta seção se inicia pela problematização da educação em saúde no contexto da EPT, frequentemente associada à formação do cidadão crítico, reflexivo e autônomo, avançando para a compreensão da saúde multidisciplinar como parceria essencial no processo de ensino e aprendizagem. Em seguida, são examinados os discursos que sustentam a Política de Saúde Estudantil do IFRN, especialmente aqueles que mobilizam a noção de formação humana integral, para, por fim, tensionar a persistência de uma lógica assistencialista que recoloca a centralidade do cuidado no atendimento ao “paciente”.

Ao articular esses diferentes enunciados, buscamos evidenciar como os roteiros discursivos tanto reforçam quanto tensionam os fios da medicalização,

preparando o terreno para, na seção seguinte, analisar as práticas pedagógicas em saúde como espaços de disputa, resistência e reinvenção dos movimentos da marionete.

### 3.1 “DESENVOLVIMENTO DO CIDADÃO CRÍTICO, REFLEXIVO E AUTÔNOMO”: A EDUCAÇÃO EM SAÚDE NO CONTEXTO DA EPT

Se os fios do controle ajustam os movimentos da marionete, é por meio de determinados roteiros formativos que esses movimentos passam a ser ensinados, legitimados e naturalizados no interior da instituição escolar. No campo da EPT, a educação em saúde emerge como um desses roteiros privilegiados, ao articular concepções de corpo, cuidado e formação que orientam o modo como os estudantes devem se relacionar consigo, com o outro e com o mundo do trabalho.

Nesse sentido, os discursos institucionais sobre educação em saúde não apenas anunciam objetivos pedagógicos, mas produzem expectativas sobre o tipo de sujeito que se pretende formar, delineando gestos, atitudes e disposições consideradas desejáveis. É nesse horizonte que se inscreve a noção de desenvolvimento do cidadão crítico, reflexivo e autônomo, mobilizada como eixo discursivo da formação.

O enunciado destacado no título desta subseção — "desenvolvimento do cidadão crítico, reflexivo e autônomo" —, extraído do PPP/IFRN (IFRN, 2012a), sinaliza que a educação em saúde no contexto da EPT é compreendida para além da mera transmissão de informações sobre doenças ou da simples adoção de hábitos saudáveis. Ao contrário, o que se evidencia nos documentos institucionais é uma concepção ampliada, na qual a saúde é situada como parte indissociável da formação integral dos estudantes.

Nesse horizonte, promover a saúde significa, também, favorecer processos educativos que possibilitem aos sujeitos o exercício da autonomia, da reflexão crítica e da participação consciente na sociedade. Por isso, torna-se fundamental refletir sobre o que se entende por saúde, bem como sobre as diferentes concepções que, historicamente, vêm orientando os discursos e as práticas pedagógicas a ela relacionadas, especialmente em espaços educativos.

Sob essa perspectiva, refletir sobre saúde nos convida a pensar sobre qual noção a seu respeito devemos considerar, sobretudo porque, diante das amplas

discussões presentes na literatura, os entendimentos acerca da saúde foram sendo historicamente construídos e transformados, refletindo diferentes contextos sociais e culturais. Em geral, os discursos sobre saúde têm sido atravessados por fatores como crenças religiosas, concepções sanitárias, avanços científicos, desenvolvimento socioeconômico e mudanças nas condições de vida (Andrade, 2022; Karimi; Brazier, 2016; Scliar, 2007).

Na época da criação do que hoje conhecemos por RFEPCT, em 1909, a concepção de saúde predominante era fundamentada em uma visão higienista e asséptica, uma perspectiva que se articulava com os ideais de modernização do país, promovendo a valorização da disciplina, da ordem e da higiene como fundamentos para a construção de uma sociedade saudável e produtiva.

A respeito disso, Soares (2004) analisa como esse ideário higienista contribuiu para que a educação no Brasil fosse voltada à formação de corpos saudáveis, obedientes e úteis à nação, e evidencia que, nesse contexto, o corpo passou a ser objeto de controle e normatização, com práticas pedagógicas em saúde voltadas à prevenção de doenças e ao desenvolvimento de comportamentos considerados adequados à vida em sociedade.

Contudo, no decurso histórico do século XX, foi possível perceber o delineamento de discursos aparentemente mais abrangentes sobre saúde, que passou a levar em consideração fatores sociais, psicológicos e ambientais, quando a OMS definiu a saúde como um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não apenas a ausência de doença (WHO, 2014). Foram implementadas, então, uma série de campanhas de saúde pública, de programas de vacinação, políticas de saneamento básico, enfatizando-se a prevenção e a promoção da saúde (Karimi; Brazier, 2016; Leonardi, 2018).

No entanto, apesar de a concepção apresentada pela OMS ter se tornado bastante aceita na comunidade científica, Karimi e Brazier (2016) destacam que não há um consenso na literatura a respeito da inclusão do bem-estar social na definição de saúde. Além disso, Druten *et al.* (2022) alertam que, devido ao termo *completo* presente na definição, muitas pessoas não seriam consideradas saudáveis em razão das suas doenças crônicas ou deficiências. Ou seja, essa noção de saúde visa a uma perfeição inatingível, de maneira que alcançar um estado de bem-estar completo seria utópico e impraticável. Em vista disso, a concepção de saúde da

OMS não está mais alinhada com as perspectivas sociais atuais e, consequentemente, não é mais universalmente aceita.

Akerman e Germani (2020), por sua vez, ressaltam a persistência, no campo científico, de concepções de saúde ainda restritas, e enfatizam a importância de desenvolver um conceito contemporâneo que reconheça a saúde como resultado de múltiplos fatores que vão além do indivíduo — não podendo ser considerados isoladamente, mas sim como resultado da estrutura geral da sociedade.

Nesse sentido, Andrade (2022, p. 19) destaca que

a saúde não é um campo exclusivo das ciências exatas, nem das ciências sociais, mas uma relação entre os estudos socioantropológicos, biológicos, matemáticos e estatísticos. O campo se constitui na interseção entre o existir social humano, o corpo, seus mecanismos biológicos e sua interação com o ambiente, a cultura e as ciências estatísticas, que compõem as análises de saúde de uma determinada sociedade, entre o comum e o singular.

Isto posto, nas últimas décadas, tem sido conduzida uma sucessão de discussões filosóficas e políticas sobre saúde e medicina, resultando em um conjunto de conceitos alternativos. Esses debates levaram a uma mudança na compreensão de saúde, passando de uma visão como a mera ausência de doença para uma perspectiva que enfatiza as capacidades individuais de cada pessoa, assim como seu contexto de vida (Druten *et al.*, 2022).

As concepções de saúde, desse modo, estão se deslocando para uma abordagem mais integrativa, reconhecendo a unidade entre corpo e mente e a interconexão entre o indivíduo e o ambiente. Há, portanto, uma valorização crescente da medicina preventiva, do autocuidado, da medicina alternativa e complementar e da promoção do bem-estar emocional e social.

Com base nisso, adotamos um conceito ampliado de saúde, que valoriza a dimensão subjetiva do ser humano, reconhecendo a singularidade de cada indivíduo em sua existência. Além do mais, é crucial considerar perspectivas que vão além do âmbito biológico, abrangendo também os aspectos sociais, psicológicos, culturais, históricos, ambientais e econômicos.

A interação entre saúde e educação, ademais, desempenha um papel estratégico na busca por uma melhor qualidade de vida da sociedade e pode, inclusive, representar uma estratégia de combate às perspectivas normativas, higienistas e, consequentemente, ao desenvolvimento de um processo de

medicalização. Vale pontuar, nesse caminho, que a construção de práticas pedagógicas que abordem essa interação representa um grande desafio diante das demandas enfrentadas pelas instituições de ensino.

Contudo, faz-se necessária a desconstrução de um neologismo comum entre os estudos que associam essas duas áreas. Falkenberg *et al.* (2014) alertam para o hábito corriqueiro e equivocado de atribuir aos termos *educação em saúde* e *educação na saúde* um mesmo sentido. Partindo dessa percepção, recorreremos ao glossário temático do Ministério da Saúde, para compreendermos o que diferencia ambos os termos e delimitarmos qual deles melhor se relaciona com o nosso objeto de estudo.

De acordo com o Ministério, a *educação na saúde* equivale à produção e organização de conhecimentos relacionados à educação e ao aprimoramento dos profissionais que atuam na área da saúde, abrangendo práticas de ensino, diretrizes pedagógicas e orientações curriculares. Consiste, portanto, em uma terminologia voltada especificamente para a formação de profissionais em saúde, não direcionada para a população em geral (Brasil, 2012).

De encontro a isso, para o Ministério da Saúde, a *educação em saúde* consiste no

1 – Processo educativo de construção de conhecimentos em saúde que visa à apropriação temática pela população e não à profissionalização ou à carreira na saúde. 2 – Conjunto de práticas do setor que contribui para aumentar a autonomia das pessoas no seu cuidado e no debate com os profissionais e os gestores a fim de alcançar uma atenção à saúde de acordo com suas necessidades (Brasil, 2012, p. 19-20).

Portanto, podemos perceber que, ao contrário da *educação na saúde*, a *educação em saúde* não tem como foco principal a profissionalização ou o desenvolvimento de carreiras na área da saúde. Quando falamos em *educação em saúde*, referimo-nos, antes de mais nada, às práticas educativas com o propósito de possibilitar que um público-alvo se aproprie de conhecimentos sobre saúde, voltadas para o cuidado e a promoção da saúde de uma determinada população.

Além disso, a *educação em saúde* busca a promoção de diálogo e a participação ativa dos indivíduos com os profissionais e gestores de saúde envolvidos no processo, visando a uma atenção adequada às necessidades específicas de cada grupo. Dessa forma, desempenha um papel fundamental ao

incentivar a gestão social da saúde e fortalece a autonomia e a capacidade da população de exercer o controle social sobre as políticas de saúde e os serviços oferecidos, assegurando o atendimento de suas necessidades.

No mesmo sentido, Falkenberg *et al.* (2014) destacam que o termo *educação para a saúde* também é amplamente utilizado nos dias atuais, e equivale a uma abordagem hierarquizada dos métodos e práticas pedagógicas desenvolvidas pelos profissionais de saúde no sentido de educar uma população para a promoção de hábitos de vida que promovam a melhoria da saúde, tanto individual quanto coletiva.

Em vista disso, compreendemos que os termos *educação em saúde* e *educação para a saúde* podem ser considerados sinônimos. Logo, quando falamos em práticas pedagógicas em saúde, remetemo-nos ao conjunto de ações que consistem na educação em saúde ou educação para a saúde.

No contexto da educação brasileira, o desenvolvimento de práticas pedagógicas em saúde não é uma realidade recente. De acordo com Carvalho (2015), foi a partir de 1889 que as ações educativas em saúde para estudantes passaram a ser mencionadas nos discursos oficiais no Brasil, coincidindo, portanto, com o período do nascimento da biopolítica (Foucault, 1988).

Em consonância com o contexto histórico desse período, tais práticas eram pautadas em uma perspectiva higienista e sanitarista, possuindo como foco o ensino de comportamentos e hábitos considerados saudáveis, e era justamente essa perspectiva que estava em vigor quando as Escolas de Aprendizes Artífices foram criadas por Nilo Peçanha, em 1909 (IFRN, 2012a).

No contexto da EPT, essas práticas pedagógicas em saúde assumiram um papel central no processo formativo. Medeiros Neta e Lima Neto (2021) destacam que, com forte contribuição da ideologia higienista, essas instituições implementaram rotinas de inspeção médica regular, controle rigoroso da higiene pessoal dos alunos e dos ambientes escolares, bem como campanhas educativas voltadas à prevenção de doenças.

Segundo esses autores, tais práticas incluíam aulas e palestras sobre alimentação, higiene bucal e vacinação, com o objetivo de moldar corpos saudáveis e disciplinados, alinhados às exigências do trabalho industrial e aos ideais de produtividade da época. Assim, a formação profissional ia além do domínio técnico, incorporando um projeto de normatização dos corpos e comportamentos juvenis,

evidenciando a estreita relação entre saúde, educação e trabalho no início do século XX.

Desse modo, Cavalcanti, Lucena e Lucena (2015) destacam que, em geral, as abordagens implementadas nas escolas brasileiras foram, inicialmente, baseadas no modelo clássico de saúde escolar e, por conseguinte, na implementação de intervenções isoladas e dos objetivos pedagógicos da escola, como, por exemplo, atendimento médico, campanhas de vacinação, desenvolvimento de palestras dos profissionais da área da saúde, entre outras práticas pedagógicas, constituindo-se uma educação medicalizada.

Segundo os autores, a partir da década de 1950, as práticas pedagógicas em saúde na escola passaram a se basear na abordagem biológica das questões relacionadas à educação, passando a predominar os discursos voltados à preocupação com a desnutrição, considerada a principal causa do insucesso escolar nesse período. Na década de 1960, a ênfase passou a ser dada aos aspectos neurológicos, psiquiátricos, psicológicos e de saúde mental, emergindo os discursos sobre distúrbios de aprendizagem, disfunções cerebrais, déficits neurológicos e distúrbios de comportamento como justificativas para o baixo rendimento escolar.

Porém, foi em 1996, com a criação dos primeiros Parâmetros Curriculares Nacionais (PCN), que foi incluído formalmente o tema da promoção da saúde na educação brasileira. A esse respeito, Cavalcanti, Lucena e Lucena (2015) ressaltam que, embora os PCN não mencionem explicitamente o tema saúde na escola em seus discursos, os documentos utilizam a promoção da saúde como referência para abordar os assuntos a ele relacionados.

É possível observar, contudo, que, apesar de os PCN considerarem conceitos atuais, como as noções de interdisciplinaridade e transversalidade na educação, os documentos ainda se valem de uma concepção de saúde biologizada e limitada. Ou seja, em um mesmo documento podem coexistir perspectivas progressistas (as pedagógicas) e limitantes (as biologizantes).

Essa coexistência de diferentes perspectivas pode ser compreendida à luz da análise arqueológica de Foucault (2022), que considera que os discursos não se organizam segundo uma lógica homogênea e contínua, mas segundo regimes de

enunciabilidade<sup>46</sup> que definem as condições históricas do que pode ser dito em determinado momento.

Nesse sentido, os PCN refletem a emergência simultânea de discursos pedagógicos inovadores e de concepções tradicionais de saúde, demonstrando um regime discursivo em que distintas epistemes — progressistas e biologizantes — se entrelaçam. Tal configuração não deve ser vista como incoerência, mas como manifestação das regularidades discursivas próprias da época, em que diferentes séries de saber coexistem, entrechocam-se e reorganizam-se (Foucault, 2022).

Ao observarmos essas dinâmicas, torna-se claro que a formação discursiva dos PCN não substitui simplesmente um paradigma por outro, mas articula continuidades e rupturas que expressam as condições históricas de produção do saber sobre saúde e educação no Brasil dos anos 1990. Assim, segundo Foucault (2022), a análise arqueológica dispensa a busca por uma unidade subjacente do texto, concentrando-se nas condições que permitem a emergência de certos enunciados e não de outros.

Dessa forma, os PCN não são incoerentes por apresentarem múltiplas abordagens; eles materializam a heterogeneidade própria de um período de transição discursiva, em que o novo e o antigo, o progressista e o tradicional, coexistem em tensão e transformação.

Anos depois, em 5 de dezembro de 2007, por meio do Decreto nº 6.286 (Brasil, 2007), foi instituído o Programa Saúde na Escola — como parte de uma política governamental intersetorial dos Ministérios da Saúde e da Educação. O programa permanece em execução até hoje, é regulamentado atualmente pela Portaria Interministerial nº 1.055, de 25 de abril de 2017 (Brasil, 2017a), segue os princípios e diretrizes do SUS (integralidade, equidade, universalidade, descentralização e participação social) e possui os seguintes objetivos:

- I - **promover a saúde** e a cultura da paz, reforçando a prevenção de agravos à saúde, bem como **fortalecer a relação entre as redes públicas de saúde e de educação**;
- II - articular as ações do Sistema Único de Saúde - SUS às ações das redes de educação básica pública, de forma a **ampliar o alcance e o impacto de suas ações relativas aos estudantes e a suas famílias**, otimizando a utilização dos espaços, equipamentos e recursos disponíveis;
- III - contribuir para a **constituição de condições para a formação integral de educandos**;

<sup>46</sup> Um conjunto de condições históricas que determina quais enunciados são possíveis, aceitáveis ou mesmo pensáveis em um dado momento – Ver Foucault, 2022.

- IV - contribuir para a construção de sistema de atenção social, com foco na **promoção da cidadania** e nos direitos humanos;
- V - fortalecer o **enfrentamento das vulnerabilidades**, no campo da saúde, que possam comprometer o pleno desenvolvimento escolar;
- VI - **promover a comunicação entre escolas e unidades de saúde**, assegurando a troca de informações sobre as condições de saúde dos estudantes; e
- VII - fortalecer a **participação comunitária nas políticas de educação básica e saúde, nos três níveis de governo** (Brasil, 2017a, Art. 2º).

Assim, de modo geral, o Programa Saúde na Escola propõe-se como um marco na tentativa de reorganização da política de educação em saúde no Brasil, orientando-a a partir de uma perspectiva que, ao menos em seu plano discursivo, almeja superar a lógica fragmentada e setorial que historicamente caracterizou as ações dirigidas à saúde no ambiente escolar.

A partir das diretrizes estabelecidas, o programa apresenta objetivos que enfatizam, entre outros aspectos, a formação para a cidadania, a promoção da saúde, o fortalecimento do vínculo entre as redes públicas de saúde e de educação, a ampliação da participação comunitária nas políticas públicas e nas práticas próprias da saúde para alunos de diferentes níveis da rede de educação básica pública: Ensino Fundamental, Ensino Médio, Educação de Jovens e Adultos, e EPT (Brasil, 2007, 2017a).

Contudo, é particularmente relevante destacar, para os propósitos desta análise, o enunciado que versa sobre a necessidade de "contribuir para a constituição de condições para a formação integral de educandos" (Brasil, 2017a, Art. 2º). Longe de ser uma formulação meramente acessória, tal afirmação inscreve-se como elemento central no discurso do documento, na medida em que convoca as políticas de saúde a ultrapassarem a lógica assistencialista e a se orientarem, de forma mais decisiva, para as dimensões educativas, formativas e emancipatórias do processo escolar.

Nesse sentido, ao mesmo tempo em que o programa propõe articulação intersetorial e busca integrar ações de saúde ao cotidiano escolar, o que se observa é a introdução de um discurso que afirma a saúde como dimensão indissociável da formação integral. Esta, por sua vez, é concebida não apenas como o desenvolvimento físico e cognitivo dos estudantes, mas também como a constituição de sujeitos críticos, reflexivos e socialmente implicados.

No entanto, é importante problematizar que, embora o enunciado sobre a formação integral remeta a uma concepção ampliada de educação — aquela que

transita para além do ensino de conteúdos e adentra as esferas do cuidado de si e do outro, da cidadania e dos direitos humanos —, sua materialização nas práticas cotidianas tende, frequentemente, a ser tensionada pelas normativas biomédicas e pelas dinâmicas que priorizam ações de vigilância e de controle.

Assim, se por um lado o discurso oficial apresenta a formação integral como horizonte normativo, por outro, as condições de possibilidade desse mesmo discurso, especialmente quando transposto para as políticas institucionais e para as práticas pedagógicas concretas, ainda se veem atravessadas por racionalidades assistencialistas e medicalizantes que delimitam e, não raramente, restringem o pleno exercício dessa concepção formativa.

Dessa forma, a análise do Programa Saúde na Escola, particularmente à luz do enunciado sobre a formação integral, revela as ambivalências e contradições que marcam a interface entre saúde e educação nas políticas públicas. Embora o programa afirme, no plano discursivo, a intenção de constituir a escola como espaço de promoção de práticas emancipadoras, fica evidente que o enfrentamento das vulnerabilidades e a constituição de sujeitos autônomos ainda disputam espaço com práticas historicamente pautadas pela tutela e pela regulação dos corpos.

Sob essa perspectiva, no interior da formulação do Programa Saúde na Escola, o enunciado "enfrentamento das vulnerabilidades" emerge como componente fundamental da racionalidade que organiza a articulação entre saúde e educação. Tal enunciado, ao mesmo tempo em que reconhece a existência de desigualdades sociais e econômicas que interferem na trajetória escolar dos estudantes, também inscreve esses sujeitos em um regime discursivo que os qualifica, antes de tudo, como vulneráveis.

Logo, é preciso considerar que a noção de vulnerabilidade, quando mobilizada por políticas públicas, não se limita à constatação de condições objetivas de precariedade. Ela opera, igualmente, como categoria estratégica que legitima a implementação de práticas de intervenção, vigilância e cuidado. No contexto escolar, isso significa que o estudante — especialmente aquele proveniente de grupos sociais historicamente marginalizados — passa a ser objeto de uma série de ações que visam à sua proteção, mas que podem, paradoxalmente, reforçar a sua condição de tutelado.

Assim, ao mesmo tempo em que busca garantir direitos e assegurar a permanência dos educandos na escola, o discurso da vulnerabilidade também pode

produzir efeitos de captura, regulando comportamentos e naturalizando intervenções sobre os corpos e as condutas.

Dessa forma,

as políticas de saúde e educação voltadas às crianças, adolescentes, jovens e adultos da educação básica pública brasileira se unem para promover **saúde e educação integral**, fortalecendo as ações de **enfrentamento de vulnerabilidades**, ampliando o acesso aos serviços de saúde e contribuindo para a melhoria da qualidade de vida dos estudantes brasileiros (Brasil, 2023, n. p.).

É possível perceber, portanto, que ao longo dos anos, com a evolução das discussões e concepções de saúde, os discursos a respeito do processo pedagógico em saúde também passaram a sofrer modificações, o que resultou no surgimento de novas perspectivas integrando educação e saúde, levando em consideração suas interseções e conexões. Assim, as práticas pedagógicas em saúde na escola foram sistematizadas e desenvolvidas de acordo com as diversas concepções sobre saúde e educação no processo histórico.

Atualmente, a educação brasileira é regida pela Lei nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996, Lei de Diretrizes e Bases da educação nacional (LDB) (Brasil, 1996). É importante destacarmos que, apesar de ter sido criada em 1996, a redação da LDB vem sendo constantemente atualizada mediante a promulgação de novos dispositivos, sendo a alteração mais recente conferida pela promulgação da Lei nº 15.017, de 12 de novembro de 2024. Em vista disso, consideramos no nosso estudo a redação atual da lei, resultado das inserções, remoções e alterações no texto sofridas ao longo dos anos.

A LDB apresenta um discurso que nos permite inferir o reconhecimento da importância de práticas pedagógicas voltadas para a educação em saúde ao adotar, em princípio, uma concepção abrangente da educação, reconhecendo que ela ultrapassa os limites da educação escolar, desenvolvendo-se no âmbito das relações sociais e produtivas, e destacando que

os currículos do ensino médio deverão considerar **a formação integral** do aluno, de maneira a adotar um trabalho voltado para a construção de seu projeto de vida e para sua formação nos aspectos físicos, cognitivos e socioemocionais” (Brasil, 1996, Art. 35-A, § 7º).

Além disso, o documento propõe uma educação escolar conectada ao mundo do trabalho e às práticas sociais, o que poderia garantir a associação entre as diversas modalidades de ensino, visando a oferecer uma educação que possibilite a participação dos cidadãos na vida em sociedade e no mundo do trabalho. A LDB, ademais, determina que o Ensino Médio consiste em um nível de ensino que possui como finalidades:

- I - a consolidação e o aprofundamento dos conhecimentos adquiridos no ensino fundamental, possibilitando o prosseguimento de estudos;
- II - **a preparação básica para o trabalho e a cidadania do educando**, para continuar aprendendo, de modo a ser capaz de se adaptar com flexibilidade a novas condições de ocupação ou aperfeiçoamento posteriores;
- III - **o aprimoramento do educando como pessoa humana, incluindo a formação ética e o desenvolvimento da autonomia intelectual e do pensamento crítico**;
- IV - a compreensão dos fundamentos científico-tecnológicos dos processos produtivos, relacionando a teoria com a prática, no ensino de cada disciplina (Brasil, 1996, Art. 35, grifo nosso).

Entretanto, essa suposta ideia de proposta de uma formação integral emancipatória entra em contradição quando, no que diz respeito à organização curricular do Ensino Médio, a Lei prevê a adoção de itinerários formativos — conjunto de disciplinas, projetos, oficinas, núcleos de estudo, entre outras situações de trabalho, que poderão ou não ser oferecidos pelas instituições de ensino e que os estudantes poderão escolher para cursar.

De acordo com o texto atual, nesse nível de ensino, o currículo deverá ser constituído por formação geral básica e por itinerários formativos, sendo estes últimos

- compostos de aprofundamento das **áreas do conhecimento** ou de **formação técnica e profissional, conforme a relevância para o contexto local e a possibilidade dos sistemas de ensino**, consideradas as seguintes ênfases:
  - I - linguagens e suas tecnologias;
  - II - matemática e suas tecnologias;
  - III - ciências da natureza e suas tecnologias;
  - IV - ciências humanas e sociais aplicadas;
  - V - **formação técnica e profissional** [...] (Brasil, 1996, Art. 36, grifo nosso).

Dessa maneira, a lei atual restabelece uma formação dividida entre a EPT e as demais áreas de conhecimento, o que representa uma contraposição à ideia de formação integral, uma dicotomia que encontra respaldo em outras já tão típicas da

episteme da nossa cultura ocidental, tais como as ideias de corpo e alma, trabalho manual e trabalho intelectual, cultura e natureza, por exemplo.

Ademais, de acordo com o texto, a lei indica que a oferta se dará conforme a possibilidade do sistema de ensino, transferindo, assim, a responsabilidade para as escolas estaduais, municipais ou particulares, que deverão definir os itinerários a serem ofertados de acordo com seus interesses e possibilidades.

O Estado tira de si, dessa forma, a responsabilidade de arcar com as reformas necessárias para garantir a multiplicidade das ofertas de itinerários formativos, legando aos estudantes das redes públicas apenas a possibilidade de se adaptarem aos itinerários que podem ser oferecidos em cada contexto, o que é limitante, empobrecedor e não garante, também, o acesso a uma verticalização para o ensino superior por meio dessa formação básica.

Além disso, a redação nos permite perceber, diante do uso do enunciado *formação técnica profissional*, que há uma incidência de distintas maneiras de se referir a essa modalidade de ensino no mesmo documento. Isso porque, logo adiante, faz-se referência ao enunciado *Educação Profissional Técnica de Nível Médio*, ao tratar das especificidades desse nível de ensino como uma vertente do Ensino Médio.

Essa utilização de diferentes expressões no documento não se trata apenas de uma variação terminológica casual, mas revela uma estratégia discursiva que opera no âmbito das relações de saber-poder, visto que essa flutuação nos enunciados indica que o próprio documento tensiona diferentes regimes de verdade sobre o papel da EPT no Ensino Médio, oscilando entre uma visão mais instrumental — voltada à formação de mão de obra para atender às demandas do mercado — e uma concepção que a reconhece como parte integrante do processo de formação humana integral. Portanto, tal ambivalência evidencia que o discurso oficial, ao mesmo tempo em que acena para uma formação ampla e emancipatória, reafirma lógicas de subordinação da EPT a interesses econômicos e produtivistas, limitando seu potencial formativo.

Ainda, é possível constataremos que, apesar de haver um movimento constante ao longo da história, por parte dos educadores e estudiosos da área, em defesa da integração entre a EPT e a Educação Básica, especialmente no Ensino Médio, o fato de a EPT aparecer no texto como uma das possibilidades de oferta não significa um avanço. De encontro a isso, o conteúdo da lei não estabelece

integração, apenas inclui a EPT como parte da carga horária total do Ensino Médio, em substituição a algum outro conteúdo que deixará, então, de ser ofertado.

Outrossim, a atual reformulação do Ensino Médio, amparada pela Lei nº 13.415/2017 (Brasil, 2017b), evidencia uma reorientação da educação básica para uma lógica produtivista, o que impacta diretamente as bases da EPT. Essa mudança compromete a indissociabilidade entre formação geral e técnica, comprometendo também práticas educativas mais amplas, como aquelas voltadas à saúde e à formação integral dos estudantes. No contexto do IFRN, essas práticas, por meio das equipes multidisciplinares em saúde, não apenas buscam promover o bem-estar físico e emocional dos discentes, mas também se constituem enquanto estratégias pedagógicas de resistência à lógica reducionista do novo modelo curricular.

Dessa maneira, considerando que a EPT é uma modalidade de ensino atenta à promoção da capacidade do estudante de interagir de maneira crítica e reflexiva diante das adversidades da vida e do mundo do trabalho, e que consiste fundamentalmente na integração da educação básica e profissional num mesmo currículo, de forma indissociada, é possível afirmar que a atual proposta da LDB — ao fragmentar os saberes e priorizar uma formação tecnicista voltada exclusivamente ao mercado de trabalho<sup>47</sup> — colide com os princípios dessa modalidade.

Tal contradição repercute diretamente nas práticas pedagógicas em saúde, que passam a ser tensionadas entre sua função educativa e o risco de reforço à medicalização dos corpos dos estudantes, especialmente em um contexto escolar que tende a silenciar os sofrimentos por meio de intervenções biomédicas.

Ao contrário do que propõe a atual LDB, ao longo do tempo, a EPT, que está presente na rede federal de ensino desde as Escolas de Aprendizizes Artífices (1909), posteriormente transformadas em Escolas Industriais Federais (1942), Escolas Técnicas Federais (1959), Centros Federais de EPT (a partir de 1978) e nos atuais Institutos Federais de Educação, Ciência e Tecnologia, criados pela lei nº 11.892, de 29 de dezembro de 2008 (Brasil, 2008b; IFRN, 2012a), tem se

---

<sup>47</sup> Cabe salientar que há uma diferença entre os conceitos de mercado de trabalho e mundo do trabalho. Enquanto o primeiro se refere à relação econômica entre oferta e demanda de emprego, o segundo abrange as dimensões sociais, culturais e tecnológicas que envolvem o trabalho na sociedade – ver Antunes, 2009.

comprometido com o desenvolvimento de uma formação humana integral que visa ao fortalecimento da produção de conhecimento. Promove ainda, nessa perspectiva, a emancipação do indivíduo e incentiva sua participação na transformação social, baseada em uma educação unitária, pautada na integração entre ciência, cultura e tecnologia, na pesquisa como princípio pedagógico e no trabalho como princípio educativo (Brasil, 2021; Manfredi, 2002).

Essa ideia é reforçada pela Resolução do Conselho Pleno (CP) do Conselho Nacional de Educação (CNE) — CNE/CP — Nº 1/2021, que define as diretrizes curriculares nacionais gerais para a EPT e apresenta a formação integral como um dos seus princípios norteadores, reconhecendo-a como o pleno desenvolvimento da pessoa, sua preparação cognitiva e socioemocional para o exercício da cidadania e sua qualificação para o trabalho. Esses aspectos são promovidos por meio de um processo educacional direcionado para um mundo em constante transformação e através do desenvolvimento de metodologias de aprendizagem ativas e inovadoras centradas no estudante, da superação da tradicional fragmentação e segmentação dos conhecimentos, da interdisciplinaridade e contextualização dos saberes, do respeito ao ser humano, às diversidades e às necessidades específicas (Brasil, 2021).

Dessa maneira, podemos perceber que a EPT no Brasil, em origem, considera a complexidade das múltiplas dimensões da existência humana, reconhecendo a importância da formação integral — tema abordado por diversos estudiosos desse campo epistemológico (Ciavatta, 2005; Frigotto, Ciavatta, Ramos, 2005; Kuenzer, 2007, 2010; Manfredi, 2002; Moura, 2007, 2013b; Pacheco, 2012; Ramos, 2010) — e, naturalmente, considerando o ser humano em sua omnilateralidade.

Portanto, apesar da LDB, os princípios norteadores da EPT sinalizam para a necessidade do desenvolvimento de práticas pedagógicas contra-hegemônicas que busquem promover a formação de cidadãos críticos, reflexivos e emancipados. Isso nos possibilita supor que as diretrizes fundamentais da EPT corroboram com Marx (1982), ao reconhecer a relevância da educação corporal para a educação humana integral e, portanto, a necessidade de provocar nos estudantes reflexões a respeito de saúde e de ofertar práticas pedagógicas em saúde nessa modalidade de ensino.

Essa concepção se faz ainda mais relevante no contexto pós-pandêmico em que nos encontramos, visto que a população em geral precisou lidar recentemente,

por um período de aproximadamente dois anos, com um cenário de distanciamento físico e social. Trata-se de algo que afetou a saúde e a sociedade no mundo inteiro e, especialmente, os adolescentes, considerando que essa fase da vida já consiste em um período conflituoso em consequência de suas características (Preciado, 2023).

Além disso, é importante considerarmos que a maior parte dos estudantes do IFRN se encontra em um período marcado pela preparação e transição para a vida adulta, envolta em uma série de significativas alterações físicas, cognitivas, emocionais, sociais e culturais, caracterizada pela maturação fisiológica e social, pela busca pelo desenvolvimento da identidade, da autonomia, da autoestima, da sensibilidade, da afetividade, da sexualidade, da educação e, conseqüentemente, da elaboração de um projeto de vida (Brooks-Gunn; Graber; Paikoff, 1994; Buchanan; Eccles; Becker, 1992; Ferreira; Nelas, 2006; Ribeiro, 2011; Richards; Larson, 1993; Shaffer, 2005; Steinberg; Silk, 2002). Isso representa, portanto, um importante período para o desenvolvimento de hábitos que poderão perdurar por toda uma vida, sendo um fator condicionante da adoção do estilo de vida desses indivíduos.

Logo, os jovens que adotam um estilo de vida com alto nível de risco

são aqueles que têm maiores probabilidades de padecer com [...] os distúrbios de afetividade e de conduta, os distúrbios da aprendizagem, a gravidez indesejada, os problemas da violência social e ecológica, as doenças sexualmente transmissíveis, os acidentes que conduzem a sequelas e mortes, suicídio, drogas etc. Enquanto os de baixo risco são aqueles que não têm as características e as atividades que os expõem a desenvolver tais doenças, estados patológicos ou grandes distúrbios (Faustini *et al.*, 2003, p. 784).

Além de possibilitar a adoção de atitudes e comportamentos saudáveis, de acordo com Buss (2001), o desenvolvimento de práticas pedagógicas em saúde para os jovens possui, por conseguinte, um potencial significativo, visto que esse período do desenvolvimento humano é crucial para a formação do comportamento, do caráter e da personalidade. O autor ressalta ainda que o ambiente em que os jovens estão inseridos é um dos principais fatores implicadores.

Faial *et al.* (2016) acrescentam que a educação em saúde proporciona nesses estudantes a emancipação, o desenvolvimento da consciência coletiva e da consciência de responsabilidade social, potencializa a responsabilidade e favorece

a participação como protagonistas no cuidado da sua própria saúde. Nesse contexto, a promoção da saúde considera a educação, tanto institucional quanto não institucional, como um meio de desenvolver o exercício da cidadania, fortalecendo atitudes que melhoram as condições de saúde e qualidade de vida (Bydlowski; Westphal; Pereira, 2004; Carvalho, 2015; Pedrosa, 2006).

Isso posto, podemos concluir que a interação entre saúde e educação é benéfica tanto para os jovens quanto para a sociedade como um todo, considerando que, ao adquirir conhecimentos sobre saúde, as pessoas podem fazer escolhas mais conscientes e tomar medidas preventivas, evitando doenças e reduzindo, inclusive, os custos e impactos negativos nos sistemas de saúde.

Além disso, uma educação em saúde efetiva contribui para a redução das desigualdades e para a construção de comunidades mais saudáveis e resilientes. Ao unir essas duas áreas, é possível, então, a promoção de uma transformação significativa na vida das pessoas, capacitando-as para assumir um papel ativo na promoção da saúde, tornando-se agentes de mudança em suas próprias vidas e comunidades.

Peduzzi (2001), nesse contexto, atenta para a importância da adoção de uma abordagem multidisciplinar em saúde, que se refere à atuação conjunta de diferentes categorias profissionais visando à integração de suas ações e à cooperação mútua em prol de um objetivo comum. Consiste em uma estratégia que tem sido amplamente promovida atualmente na busca por superar as limitações de uma visão fragmentada e individualizada consequente de um crescente processo de especialização na área, promovendo uma compreensão mais ampla e integrada da saúde. Segundo a autora, através da articulação das ações e da colaboração entre diferentes categorias profissionais, é possível desenvolver estratégias mais completas e eficazes, considerando aspectos biológicos, psicológicos, sociais e culturais dos indivíduos.

Nesse sentido, Falkenberg *et al.* (2014) destacam a educação em saúde como um processo político-pedagógico que demanda o desenvolvimento de um pensamento crítico e reflexivo, possibilitando a compreensão da realidade e a proposição de práticas transformadoras. Isso permite a formação de cidadãos autônomos e emancipados, aptos a se posicionar sobre as decisões relacionadas à saúde (e a intervir, se for o caso), buscando o cuidado de si, da sua família e da população em geral.

Nessa perspectiva, “no contexto da educação profissional, a educação em saúde quando abordada como prática integradora possibilita o desenvolvimento do cidadão crítico, reflexivo e autônomo” (Moura; Durães, 2019, p. 1). Em reforço a essa concepção, Moura, Durães e Machado (2025) ressaltam que as práticas pedagógicas em saúde na EPT podem contribuir para a formação humana integral e para o exercício da cidadania, sobretudo quando desenvolvidas em processos de ensino-aprendizagem que promovam o pensamento crítico mediante práticas reflexivas, investigativas e problematizadoras.

É importante destacar, nesse sentido, que, ao propor a formação de sujeitos críticos e autônomos, as diretrizes que orientam a EPT mobilizam um discurso que tensiona as fronteiras do saber biomédico tradicional e acabam por delinear um campo discursivo que se abre para possibilidades de resistência a práticas e racionalidades medicalizantes.

As ações de educação em saúde, portanto, quando vinculadas ao ideal da formação integral, assumem um papel estratégico na desconstrução de práticas que tendem a reduzir os corpos e sujeitos a objetos de intervenção técnica. Isso significa que, embora tensionadas pelas lógicas assistenciais e regulatórias, tais práticas podem operar deslocamentos discursivos e subjetivos, promovendo processos formativos que ampliam a capacidade de reflexão e agência dos estudantes.

Além disso, Moura e Durães (2019) evidenciam que, quando se trata da aproximação e articulação entre os profissionais da saúde e da educação, os Institutos Federais de Educação, Ciência e Tecnologia (IFs) se destacam das demais instituições públicas de ensino, pois possuem em sua estrutura organizacional equipes multidisciplinares de saúde dedicadas à promoção e assistência à saúde dos estudantes.

Isso posto, é fundamental problematizar que, se por um lado a escola integra a engrenagem da governamentalidade ao assumir funções de regulação da vida, por outro, ela é atravessada por resistências que escapam às normatividades impostas. No caso da EPT, ao articular saúde e educação sob o viés da formação integral, os discursos não se dedicam a reiterar os dispositivos medicalizantes, mas instauram uma perspectiva que permite vislumbrar práticas que visam à autonomia, à reflexão crítica e ao cuidado de si.

Como afirma Foucault (1988, p. 89), “o poder não é uma instituição e nem uma estrutura”, mas antes uma rede na qual se inscrevem possibilidades de fuga e

deslocamento (Foucault, 1988, 2010). Nesse entrelaçamento, emergem espaços discursivos nos quais a educação em saúde é mobilizada para além da mera vigilância e controle, tornando-se possível inscrevê-la como lugar de constituição de sujeitos éticos e políticos.

É sob esta perspectiva que passamos, agora, à análise dos documentos que regem o IFRN, com o objetivo de evidenciar de que modo seus enunciados constroem discursos sobre saúde e educação e como neles se manifestam tanto elementos de controle quanto possibilidades de resistência.

### 3.2 “UMA PARCERIA ESSENCIAL PARA O PROCESSO DE ENSINO E APRENDIZAGEM”: A SAÚDE MULTIDISCIPLINAR NO IFRN

No roteiro dos movimentos que orientam a formação na EPT, a atuação em saúde deixa de se configurar como um gesto isolado para assumir a forma de uma ação articulada entre diferentes atores institucionais. A metáfora da marionete, aqui, desloca o olhar do movimento individual para a coordenação coletiva, evidenciando que os fios que orientam o cuidado e a formação não são manejados por um único saber, mas se entrelaçam a partir da atuação conjunta de distintos campos profissionais.

Nesse contexto, a saúde multidisciplinar emerge nos discursos institucionais como uma estratégia de integração entre saúde e educação, capaz de alinhar práticas de cuidado ao projeto pedagógico da instituição, ao mesmo tempo em que redefine papéis, responsabilidades e formas de intervenção no processo de ensino e aprendizagem. É sob essa perspectiva que se inscreve o enunciado da parceria como elemento central da atuação em saúde no IFRN.

Para iniciarmos esta subseção, recorreremos ao enunciado presente no PPP/IFRN, que apresenta a articulação entre os profissionais da equipe de saúde com a equipe pedagógica da Instituição como uma “parceria essencial para o processo de ensino e aprendizagem” (IFRN, 2012a, p.194). Com base nele, torna-se possível vislumbrar como os discursos institucionais buscam integrar as ações em saúde ao projeto educativo do IFRN.

A articulação entre saúde e educação, dessa maneira, embora marcada por tensões entre perspectivas assistencialistas e práticas pedagógicas mais ampliadas, revela a tentativa da instituição de construir uma atuação multidisciplinar

que ultrapasse os limites da intervenção técnica. Assim, a saúde no contexto institucional não se limita a operar como campo auxiliar, mas é convocada a compor, de modo mais ativo, o processo formativo.

Nesse contexto, a Análise do Discurso de linha foucaultiana oferece um conjunto de ferramentas teóricas e metodológicas para explorar a inter-relação entre o poder e o saber, focando em como eles se entrelaçam na produção de práticas sociais e institucionais e como eles se materializam em discursos. Logo, a aplicação dessa abordagem aos documentos do IFRN nos permitiu elucidar os saberes e poderes que sustentam as práticas pedagógicas em saúde na instituição, identificar como os discursos sobre saúde são construídos e legitimados dentro da instituição e problematizar as condições de possibilidade para a emergência dos discursos sobre as PPS descritas nos documentos do IFRN.

Para esta análise, recorreremos, sobretudo, aos conceitos essenciais da Análise do Discurso já discutidos anteriormente e consideramos um *corpus* composto pelos seguintes documentos, que atualmente regem a instituição e que poderão nos auxiliar nesse processo: 1) o Estatuto do IFRN (IFRN, 2009a); 2) o Regimento Geral da instituição (IFRN, 2023b); 3) o Documento-Base, Volume I do PPP/IFRN (IFRN, 2012a); 4) o PDI/IFRN 2019-2026 (IFRN, 2023a), cujas informações básicas estão organizadas no Quadro 3.

Quadro 3 – Documentos que regem o IFRN

| <b>Título do documento</b>                                   | <b>Órgão emissor</b> | <b>Ano de publicação</b> | <b>Documento regulamentador</b> | <b>Referência</b> |
|--------------------------------------------------------------|----------------------|--------------------------|---------------------------------|-------------------|
| Estatuto                                                     | CONSUP <sup>48</sup> | 2009                     | Resolução Nº 66/2009            | IFRN, 2009        |
| Regimento Geral                                              | CONSUP               | 2023                     | Resolução Nº 68/2023            | IFRN, 2023b       |
| Projeto Político-Pedagógico do IFRN: uma construção coletiva | CONSUP               | 2012                     | Resolução Nº 38/2012            | IFRN, 2012a       |
| Plano de Desenvolvimento Institucional IFRN 2019-2026        | IFRN                 | 2023                     | Não se aplica                   | IFRN, 2023a       |

Fonte: Elaboração própria em 2025.

É importante ressaltarmos previamente que as naturezas textuais desses documentos se diferenciam entre si, visto que eles foram elaborados por coletivos distintos, os quais ocupam posições diferentes na hierarquia institucional. Nesse sentido, o Estatuto é enunciado por um grupo de gestores e dirigentes da instituição

<sup>48</sup> Conselho Superior.

que ocupam um lugar de poder hierarquicamente superior aos demais servidores. Enquanto isso, os Regimentos, o PDI e o PPP são resultado de uma construção democrática e participativa que envolveu, além dos gestores e dirigentes do IFRN, os demais servidores da instituição. Já a Política de Saúde Estudantil, por sua vez, foi construída por uma equipe multidisciplinar em saúde, sem a interferência direta dos sujeitos que ocupam as posições de gestão no Instituto.

De modo geral, os documentos analisados fornecem uma visão abrangente das políticas e práticas institucionais do IFRN, com ênfase nas práticas pedagógicas de saúde voltadas para os estudantes, além de estabelecerem diretrizes, objetivos e procedimentos que orientam a promoção e a manutenção da saúde no contexto educacional.

O **Estatuto** do IFRN (IFRN, 2009a) é um documento normativo que estabelece as bases legais e operacionais da instituição, definindo a estrutura organizacional, os princípios orientadores, as finalidades e os objetivos do Instituto, regulamentando a gestão, o regime acadêmico e a comunidade acadêmica e designando as responsabilidades e os direitos dos estudantes e profissionais. Consiste, portanto, em um documento fundamental para entender como a saúde é concebida e operacionalizada no contexto institucional do IFRN.

No campo jurídico da administração pública, o Estatuto corresponde ao principal instrumento normativo das autarquias federais, como os Institutos Federais, sendo responsável por definir sua natureza, missão institucional, estrutura organizacional e princípios norteadores, conforme previsto na Lei nº 11.892/2008, que instituiu a RFEPECT (Brasil, 2008b). No IFRN, esse documento determina que o currículo do Instituto está embasado em concepções filosóficas, epistemológicas, sociais, culturais, metodológicas e legais que devem ser refletidas em seu PPP, sendo orientado “pelos princípios da estética da sensibilidade, da política da igualdade, da ética da identidade, da interdisciplinaridade, da contextualização, da flexibilidade” (IFRN, 2009a, p. 14).

Os discursos presentes no Estatuto sinalizam que o IFRN compreende a educação como um processo de formação desenvolvido ao longo da existência e visando a preparar cidadãos para a vida — partindo de uma concepção própria de ser humano, de sociedade, de cultura, de educação, de ciência, de tecnologia e de trabalho. Tais discursos destacam ainda que a instituição possui entre seus princípios norteadores o compromisso com a cidadania, com a emancipação e com

a formação humana integral dos seus estudantes, mediante a promoção da capacidade de pensamento crítico e reflexivo.

Contudo, embora seja possível identificar que os princípios norteadores da instituição refletem uma visão ampliada da educação, ao assumir o “compromisso com a justiça social, com a igualdade, com a cidadania emancipada, com a ética e com a preservação do meio ambiente” (IFRN, 2009a, p. 4), tal enunciação também revela o caráter normativo e, em certa medida, utópico da chamada formação humana integral. Trata-se de uma formação discursiva que projeta um ideal de sujeito e de educação comprometido com valores emancipatórios, mas que nem sempre se desdobra de forma clara em diretrizes concretas de atuação. Nesse sentido, embora o Estatuto mobilize uma concepção holística de educação, o documento não menciona explicitamente a educação em saúde, evidenciando uma lacuna entre o ideal formativo anunciado e os dispositivos institucionais que o operacionalizam.

Em complemento ao Estatuto, o **Regimento Geral** do IFRN (IFRN, 2023b) disciplina a organização, as competências e o funcionamento dos órgãos deliberativos, consultivos, administrativos e acadêmicos da instituição, regulamentando, de forma detalhada, as disposições estatutárias. De acordo com a legislação federal aplicável, o regimento geral configura-se como o instrumento que operacionaliza as normas do estatuto, organizando a dinâmica interna da instituição, a estrutura dos órgãos colegiados, as competências específicas das unidades e os procedimentos administrativos e acadêmicos (Brasil, 2019).

Ademais, o documento articula uma formação discursiva que legitima a saúde estudantil como uma prioridade institucional, incorporando-a nas políticas de assistência estudantil e no desenvolvimento integral dos estudantes, ao determinar que

a estrutura executiva de referência da Reitoria é composta pelos seguintes processos e serviços específicos, vinculados ao macroprocesso de Atividades Estudantis:

- I. Política de Atividades Estudantis
- II. Serviço Social
- III. Saúde Estudantil
- IV. Psicologia Escolar
- V. Alimentação e Nutrição (IFRN, 2023b, p. 57-58).

Cabe aqui esclarecer que, no Regimento Geral do IFRN, o termo *macroprocesso* designa uma grande área temática que organiza e orienta a gestão institucional e a execução de suas políticas. Essas áreas são formuladas a partir dos temas estratégicos definidos pela instituição e englobam um conjunto articulado de processos e serviços gerais e específicos, além de colegiados internos, que asseguram a efetivação das diretrizes institucionais.

Do ponto de vista hierárquico, os macroprocessos estão em um nível intermediário, abaixo da missão e dos objetivos estratégicos do IFRN, mas acima dos processos e serviços específicos que lhes são vinculados. No Regimento, eles são utilizados para estruturar a organização administrativa e pedagógica da instituição, e aparecem como elementos de referência para a divisão das competências das Diretorias Sistêmicas e das Pró-reitorias.

Nesse contexto, o macroprocesso de Atividades Estudantis inclui todos os serviços voltados ao apoio e desenvolvimento dos estudantes, conforme descrito no Regimento Geral, indicando que essas ações são vistas de maneira integrada e estratégica no funcionamento do IFRN. Essa estruturação permite à instituição alinhar suas atividades operacionais com os objetivos estratégicos, promovendo uma gestão mais eficiente e integrada das suas funções institucionais.

Outrossim, o aparecimento conjunto das dimensões *Política de Atividades Estudantis*, *Serviço Social*, *Saúde Estudantil*, *Psicologia Escolar* e *Alimentação e Nutrição* no Regimento Geral do IFRN pode ser interpretada como expressão de uma formação discursiva que busca reforçar o papel da instituição diante dos estudantes, à luz de uma concepção ampliada de educação.

Em vista disso, ao integrar campos tradicionalmente distintos sob o macroprocesso de Atividades Estudantis, a instituição afirma discursivamente a necessidade de compreender o estudante em sua totalidade — corpo, mente e condições sociais —, promovendo uma atuação educativa que transcende a mera transmissão de saberes acadêmicos. O IFRN apresenta, nesse sentido, uma proposta de acolhimento e formação integral que possibilita avanços importantes na promoção da equidade e permanência dos estudantes.

Além disso, o Regimento aponta, entre as atribuições relacionadas à Saúde Estudantil na instituição, “**articular Educação e Saúde**, ampliando o alcance e o impacto das ações, otimizando a utilização dos espaços, equipamentos e recursos disponíveis” (IFRN, 2023, p. 58). A inclusão dessa atribuição no documento atual

representa uma inflexão importante no discurso institucional da saúde estudantil. Diferentemente da versão anterior do Regimento, aprovada em 2010, na qual tal formulação não se fazia presente, a nova redação introduz o imperativo da integração como diretriz normativa.

Essa emergência discursiva pode ser compreendida à luz de transformações mais amplas nas políticas públicas brasileiras, em especial a partir da Constituição Federal de 1988 (Brasil, 1988), que consagrou a saúde como direito social e reconheceu a necessidade de articulação intersetorial para sua efetivação. Nesse sentido, programas como o Saúde na Escola (Brasil, 2017a) contribuíram para a consolidação de uma perspectiva que entende a escola como espaço estratégico para o desenvolvimento de ações de saúde.

No âmbito interno do IFRN, a atualização do Regimento reflete a adequação a essas normativas e, ao mesmo tempo, responde às demandas institucionais por uma gestão mais integrada dos serviços, otimizando recursos e reconhecendo a importância da promoção da saúde no contexto educacional. Assim, a emergência desse enunciado deve ser interpretada não apenas como resultado de uma decisão administrativa, mas como expressão de uma formação discursiva que, ao produzir novas condições de possibilidade para o discurso sobre saúde na escola, também redefine as fronteiras entre o pedagógico e o assistencial no interior da instituição.

Dessa maneira, o Regimento pode ser considerado um documento que inclui diretrizes para a promoção da saúde dos estudantes, documentando e institucionalizando as práticas pedagógicas em saúde, consolidando um corpo de saberes que orientam a ação institucional e assumindo um papel de instrumento regulamentador da educação em saúde no Instituto de forma sistêmica.

Outrossim, entre os enunciados presentes no documento, encontramos como atribuições da Saúde Estudantil nos *campi* da instituição:

- I. **desenvolver atividades educativas que visem promover a saúde e a cultura de paz;** [...]
- III. **promover campanhas de saúde e educativas;**
- IV. **articular Educação e Saúde,** juntamente com a equipe multiprofissional, ampliando o alcance e o impacto das ações, otimizando a utilização dos espaços, equipamentos e recursos disponíveis (IFRN, 2023, p. 90).

No mesmo sentido, entre as atribuições vinculadas à Psicologia Escolar nos *campi*, está a tarefa de

planejar e executar ações de: **orientações, cursos, oficinas, palestras, intervenções e/ou projetos educativos**, podendo também ser em conjunto com equipe multiprofissional, para discentes, servidores(as) e comunidade acadêmica (IFRN, 2023, p.90).

Um aspecto interessante presente nesses enunciados, antes de mais nada, é o fato de a saúde aparecer associada à cultura de paz, atribuindo, assim, uma relação que representa um cruzamento entre regularidades discursivas do campo médico com regularidades do campo político.

Ademais, com base nesses enunciados, percebemos que os discursos sobre saúde nesse documento estabelecem, também, diretrizes e práticas específicas que devem ser seguidas pelos *campi* do IFRN, e envolvem, ainda que superficialmente, práticas pedagógicas de educação em saúde.

O reconhecimento da importância da educação em saúde vai ser mais evidenciado no **PPP/IFRN** (IFRN, 2012a), um documento estruturante que orienta as práticas pedagógicas, administrativas e de assistência estudantil da instituição. Conforme determina a LDB (Brasil, 1996), cada estabelecimento de ensino deve elaborar e executar sua proposta pedagógica, o que torna o PPP um instrumento fundamental para expressar a identidade institucional, definir seus princípios, diretrizes e objetivos, e orientar suas ações educativas de forma articulada com o contexto social em que está inserido.

Assim, no IFRN, o PPP reflete os princípios e objetivos que guiam sua atuação, com o intuito básico de fomentar transformações nas concepções e práticas diárias, estabelecendo diretrizes norteadoras do processo educacional na instituição.

Cabe destacar que o PPP se trata de um documento muito extenso, constituído de 6 seções principais: *Introdução; Identidade e organização institucional; Concepções, princípios e fundamentos do currículo e das práticas institucionais; Políticas e ações institucionais; Acompanhamento e avaliação do projeto político-pedagógico; e Considerações finais*. Nesse sentido, a análise do documento foi concentrada na seção 3 — que trata das concepções, princípios e fundamentos do currículo e das práticas institucionais — e na seção 4 — que trata das políticas e ações institucionais —, considerando a necessidade de delimitar a análise ao nosso objeto de estudo.

O PPP/IFRN atribui ao IFRN o papel de ofertar uma EPT comprometida em promover a formação humana integral e o exercício da cidadania, em produzir e socializar conhecimento, de modo a transformar a realidade e a sociedade sob a ótica da igualdade e da justiça social, mediante a adoção de um currículo pautado na ciência, tecnologia, cultura e trabalho, de forma indissociada, como princípios básicos do processo educacional.

Com base nesse documento, podemos perceber que a instituição assume, em suas práticas pedagógicas, uma concepção de educação politécnica — considerando não somente os saberes conteudistas, mas também a diversidade e a complexidade das dimensões humanas —, pautada na transformação dos estudantes, na formação para a cidadania, para a liberdade, para a autorrealização e para a autonomia. Dessa maneira, o IFRN se propõe a favorecer o desenvolvimento cognitivo, científico, cultural, psicológico e social dos seus discentes, promovendo a constituição de uma identidade crítica e o desenvolvimento omnilateral.

Para tanto, o Instituto assume que o currículo desempenha um papel essencial como instrumento mediador no processo de aquisição do conhecimento científico, no desenvolvimento do raciocínio lógico, produtivo e criativo e, portanto, no envolvimento social, cultural, econômico e político. Em vista disso, adota a ideia de um currículo integrado, articulado, completo, que considere a educação como um fenômeno social complexo que abrange diversas mediações presentes no processo educacional e que supere a ideia de fragmentação humana atribuída tradicionalmente pela divisão social do trabalho.

Fica notório, além disso, nos discursos apresentados no documento, que o IFRN reconhece a aprendizagem, a aquisição, a construção e a resignificação do conhecimento como manifestação de um processo cinestésico “de encontros e desencontros, de negação, contestação e aceitação dos saberes, de possibilidades e limitações, de encantos e desencantos, de interação e mediação” (IFRN, 2012a, p.64). Esses aspectos não se limitam, assim, aos espaços exclusivos de sala de aula, muito menos aos conteúdos específicos ministrados nos espaços formais de ensino.

Isso é reforçado quando o PPP/IFRN — ao afirmar que a assistência estudantil, compreendida como direito social e como espaço de ações educativas, rege-se por princípios entre os quais se destaca a formação humana integral, cujas

“experiências e iniciativas diferenciadas [...] devem ser entendidas como um espaço de ações educativas e de construção do conhecimento” (IFRN, 2012a, p.193) — finalmente explicita os lugares das práticas pedagógicas em saúde no Instituto como ações da Assistência Estudantil, apresentada enquanto política institucional, considerada como um espaço de práticas pedagógicas e de construção do conhecimento, pautada no princípio norteador da formação humana integral dos estudantes e, portanto, como parte constituinte do processo educacional da instituição.

Com base nisso, é possível observar uma articulação explícita entre a saúde e a assistência estudantil, compreendida como política institucional com uma concepção que amplia o escopo da assistência, rompendo com uma visão meramente assistencialista ou compensatória, e a insere no campo pedagógico da instituição. Ainda, o PPP/IFRN legitima as práticas pedagógicas em saúde como parte integrante do processo educativo, fortalecendo sua inserção nos currículos escolares, mesmo que de maneira transversal ou intersetorial. Essa vinculação evidencia que, no IFRN, saúde é compreendida como dimensão formativa essencial à formação crítica, autônoma e integral dos discentes.

O documento, além disso, destaca que, no âmbito do IFRN, a assistência estudantil deve ser norteada pelas seguintes diretrizes:

- a) **intervenção nas questões de vulnerabilidade** social, cultural e econômica contemporâneas que interferem no processo de ensino e aprendizagem, visando garantir, aos estudantes, o acesso ao ensino, a permanência na Instituição e a conclusão do curso;
- b) contribuição efetiva no enfrentamento das situações que provocam a retenção e a evasão escolar;
- c) **promoção dos programas de assistência estudantil e articulação desses programas às atividades de ensino, pesquisa e extensão, na perspectiva da formação para a cidadania;**
- d) implementação de ações, programas e serviços, a partir das necessidades apresentadas pelos alunos;
- e) estímulo à formação e ao fortalecimento da organização política dos estudantes, por meio das representações estudantis (Grêmios Estudantis, Diretório Central dos estudantes e Centros Acadêmicos);
- f) contribuição para a formação integral dos estudantes, por meio do incentivo e da viabilização de participação em atividades artístico-culturais, desportivas e acadêmico-científicas, em articulação com o ensino, a pesquisa e a extensão;
- g) **vinculação das ações afirmativas aos programas e aos projetos de permanência do estudante na Instituição;** e
- h) **inserção da assistência estudantil na práxis acadêmica, como direito social, rompendo com a ideologia tutelar do assistencialismo, da doação, do favor e das concessões do estado** (IFRN, 2012a, p.194, grifo nosso).

Ao enunciar a *vulnerabilidade* como elemento central das diretrizes da assistência estudantil, o PPP/IFRN não apenas reconhece a existência de desigualdades sociais, culturais e econômicas que impactam o percurso formativo dos estudantes, mas também a incorpora como categoria que demanda intervenção institucional. Dessa forma, esse enunciado opera como dispositivo que legitima ações de cuidado, acompanhamento e suporte, deslocando o olhar da simples carência para uma leitura crítica das condições estruturais que atravessam os sujeitos, tornando-se, assim, base para práticas pedagógicas comprometidas com a equidade e a justiça social.

O IFRN, nesse aspecto, reconhece que a Assistência Estudantil desempenha um papel ativo no fomento de melhores condições de vida e na promoção de transformações significativas na sociedade, configurando-se como um meio de incentivo à cidadania e à dignidade humana, como uma relevante vertente do processo educativo que garante aos estudantes o direito à educação pública e de qualidade, e, portanto, como um direito social.

Nessa perspectiva, o reconhecimento da Assistência Estudantil como direito social e elemento central do projeto educativo institucional emerge de modo particularmente evidente no trecho do documento que afirma a necessidade de sua “inserção na práxis acadêmica, como direito social, rompendo com a ideologia tutelar do assistencialismo, da doação, do favor e das concessões do Estado” (IFRN, 2012a, p. 194). Essa formulação representa uma inflexão importante no discurso institucional, pois sinaliza a superação da lógica histórica que vinculava a assistência a práticas de caridade e benevolência estatal, deslocando-a para o campo dos direitos garantidos constitucionalmente e vinculados à cidadania.

A Assistência Estudantil, nesse sentido, é compreendida não apenas como instrumento de mitigação das vulnerabilidades que afetam o processo educativo, mas também como meio de garantir o acesso, a permanência e o êxito dos estudantes na instituição. Tal perspectiva a insere como relevante vertente do processo formativo, articulando-se às atividades de ensino, pesquisa e extensão e contribuindo para a formação de sujeitos capazes de intervir criticamente na realidade social.

Ao reafirmar o caráter da assistência como direito e não como favor, o IFRN se posiciona discursivamente em consonância com o ideário de educação pública,

gratuita e de qualidade, orientada para a promoção da dignidade humana e para a transformação social. Outrossim, o PPP/IFRN evidencia a importância das práticas da Assistência Estudantil serem desenvolvidas de forma multi e interdisciplinar, em parceria constante com a equipe pedagógica do IFRN, de modo a favorecer a formação integral dos estudantes, ao afirmar que,

além das condições institucionais possibilitadoras do desenvolvimento do processo de ensino e aprendizagem, são imprescindíveis a formação e a manutenção da equipe de trabalho da assistência estudantil em uma perspectiva multidisciplinar e interdisciplinar de profissionais. Essa equipe deve ser formada por profissionais de várias áreas, como assistentes sociais, psicólogos, fisioterapeutas, nutricionistas, médicos, odontólogos, enfermeiros e educadores, entre outros. Além disso, devem ser desenvolvidas atividades conjuntamente com a equipe pedagógica da Instituição, **uma parceria essencial para o acompanhamento do processo de ensino e aprendizagem e o aproveitamento escolar dos estudantes** (IFRN, 2012a, p.194, grifo nosso).

O discurso acima sinaliza a existência de uma vinculação imediata dessa equipe multidisciplinar em saúde com o sucesso escolar dos estudantes em perspectiva estritamente pedagógica (ensino/aprendizagem/aproveitamento escolar).

O documento expõe ainda, através de um quadro contendo os indicadores sociais que permeiam as atividades da assistência estudantil no IFRN, as áreas estratégicas que transpassam suas práticas pedagógicas na instituição e as atividades que integram cada uma delas. Entre elas, estão as práticas pedagógicas voltadas: a) para o acesso e a permanência dos estudantes no IFRN (entre as quais estão listadas as iniciativas voltadas à promoção da saúde); b) para a melhoria e a manutenção do desempenho acadêmico (em que aparece relacionado o acompanhamento psicopedagógico dos estudantes); c) para a promoção da cultura, do lazer e do esporte (incluindo a promoção de acesso à informação e a práticas que visem à melhoria da qualidade de vida dos discentes); d) e para as abordagens relacionadas a assuntos considerados transversais (dentre elas, estão inclusas as práticas pedagógicas educativas sobre segurança e prevenção a fatores de riscos ambientais no trabalho, assim como sobre saúde, sexualidade e dependência química).

No sentido de delimitar nossas discussões às unidades discursivas que estão relacionadas ao nosso objeto de estudo, adaptamos esse quadro e sistematizamos

essas áreas e práticas no Quadro 4, no qual podem ser melhor visualizadas e compreendidas.

Quadro 4 – Áreas estratégicas e linhas temáticas de atuação da Assistência Estudantil do IFRN relacionadas à saúde dos estudantes

| Áreas de atuação         | Linhas temáticas de atuação                                                                                        |
|--------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Acesso e permanência     | Saúde (física e mental)                                                                                            |
| Desempenho acadêmico     | Acompanhamento psicopedagógico                                                                                     |
| Cultura, lazer e esporte | Acesso à informação                                                                                                |
|                          | Acesso a práticas pedagógicas de educação, cultura, desportos e lazer, objetivando a melhoria da qualidade de vida |
| Assuntos transversais    | Segurança e prevenção a fatores de riscos ambientais no trabalho                                                   |
|                          | Saúde, sexualidade e dependência química                                                                           |

Fonte: Adaptado de IFRN, 2012a.

Dessa maneira, percebemos que as práticas pedagógicas em saúde atravessam todas as áreas de atuação propostas nos indicadores sociais apresentados, o que reforça o protagonismo das políticas de Assistência Estudantil preconizadas pelo Instituto.

Além disso, o documento registra e institucionaliza práticas de saúde, consolidando um corpo de saberes que orientam a ação institucional, articula a integração entre saúde e educação, promovendo a saúde como parte essencial do processo educacional, e estabelece objetivos e metas para a promoção da saúde dos estudantes, alinhados com as diretrizes educacionais e de saúde pública.

Portanto, os discursos sobre a saúde estudantil no PPP/IFRN são construídos através de uma abordagem holística que integra aspectos físicos, mentais e sociais, articulando uma formação discursiva que legitima a saúde como componente essencial do desenvolvimento educacional e humano integral e que é moldada por normas e diretrizes que promovem uma visão ampla e integrada da saúde.

Além de terem seu espaço reconhecido no PPP, as políticas de saúde estudantil estão garantidas na instituição pelo **PDI do IFRN para os anos de 2019 a 2026** (IFRN, 2023a), o qual se configura, conforme disposto no Decreto nº 9.235/2017, como um documento obrigatório que reúne, de forma sistematizada, a missão institucional, os objetivos estratégicos, as políticas de ensino, pesquisa e extensão, o cronograma de desenvolvimento das unidades acadêmicas, o perfil do corpo docente e a infraestrutura necessária para a oferta dos cursos (Brasil, 2017c).

No âmbito do IFRN, o PDI vigente regulamenta e orienta a atuação da instituição para o ciclo 2019-2026, definindo as diretrizes estratégicas, as metas acadêmicas e administrativas e contemplando ações específicas para a promoção da saúde estudantil, alinhadas aos princípios da qualidade educacional e da gestão democrática. Dessa forma, ele se consolida como um instrumento de planejamento essencial, articulando o desenvolvimento institucional com a promoção do bem-estar dos estudantes e o compromisso com a formação humana integral.

Esse documento é composto por 10 seções principais: *Perfil institucional; Projeto político-pedagógico institucional; Plano de ofertas de vagas; Infraestrutura física; Gestão de pessoal; Gestão administrativa; Análise situacional; Planejamento estratégico; Avaliação e acompanhamento; e Considerações finais*. Portanto, considerando que se trata de um documento muito extenso, no sentido de delimitar a análise ao nosso objeto de estudo, concentramo-nos na subseção 2.3.5, que trata das questões a respeito da Assistência Estudantil no IFRN.

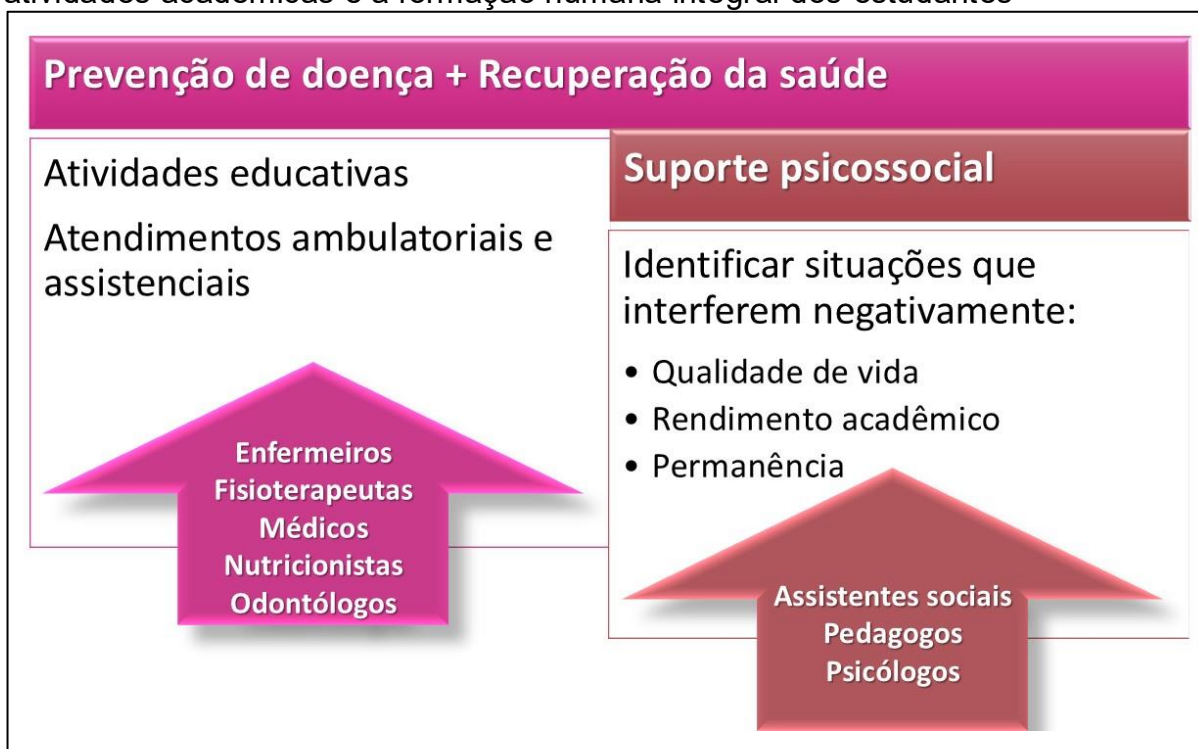
Em geral, os enunciados presentes no PDI compõem uma formação discursiva que articula as políticas de saúde da instituição, de modo que cada política, programa ou ação descrita no documento participa da construção do discurso institucional sobre saúde. Esses enunciados, ao se repetirem com regularidade e coerência temática, estabelecem diretrizes que orientam e legitimam as práticas a serem implementadas e mantidas pelos *campi* do IFRN.

O Plano apresenta as atividades estudantis como uma das formas no agrupamento das metodologias de ensino institucionais e como uma política composta por programas, projetos e serviços visando a potencializar o processo de ensino e aprendizagem. Nesse sentido, o documento dá lugar e regulamenta a Assistência Estudantil como uma política sob responsabilidade da Diretoria de Gestão de Atividades Estudantis (DIGAE), devendo ser estruturada em dois eixos.

O primeiro eixo consiste nas práticas pedagógicas universais, que são aquelas destinadas a todos os alunos matriculados regularmente no IFRN, em complemento às atividades acadêmicas, com o intuito de garantir a formação integral dos estudantes, assim como sua saúde. Já o segundo eixo, é o de apoio aos discentes em situação de vulnerabilidade socioeconômica, destinado ao atendimento de segmentos sociais específicos, visando à intervenção nas relações sociais e nas questões socioeconômicas que, de alguma maneira, interferem negativamente na permanência deles na instituição.

Além disso, o PDI/IFRN 2019-2026 apresenta um conjunto de estratégias — desenvolvidas por uma equipe multidisciplinar — de apoio às atividades acadêmicas e à formação humana integral dos estudantes e associadas ao ensino, à pesquisa e à extensão. Para tanto, o Plano estrutura essas práticas pedagógicas em duas principais vertentes, como podemos observar na Figura 3.

Figura 3 – Vertentes de atuação da equipe multidisciplinar do IFRN em apoio às atividades acadêmicas e à formação humana integral dos estudantes



Fonte: Elaboração própria em 2025.

A primeira delas é constituída pelas estratégias de

**prevenção de doenças e recuperação da saúde** em nível de baixa complexidade [...] com vistas a desenvolver **atividades educativas** individuais e coletivas e a prestar atendimentos ambulatoriais e assistenciais aos discentes no âmbito da atenção primária (IFRN, 2023a, p. 101, grifo nosso).

Os enunciados existentes nesse discurso apresentam uma relação explícita entre saúde, doença e atividades educativas, trazendo à tona o reconhecimento das práticas pedagógicas em saúde como uma estratégia de prevenção e promoção da saúde dos estudantes da instituição.

Para atender a essa vertente, 18 dos 22 *campi* do IFRN — excetuando-se apenas o *campus* Natal – Zona Leste (Educação a Distância), os *campi* Lajes e Parelhas e o *campus* avançado Jucurutu — contam com um setor de saúde composto por uma equipe multidisciplinar constituída por enfermeiros, técnicos em enfermagem, fisioterapeutas, médicos, nutricionistas, odontólogos e técnicos em higiene dental, que atuam de forma integrada.

A segunda vertente apresentada no PDI reforça a relação entre saúde e sucesso escolar e consiste nas práticas pedagógicas de apoio psicossocial, que

fazem parte de uma outra dimensão da assistência estudantil, interligando as áreas de Psicologia, Pedagogia e Serviço Social, com o objetivo de identificar as situações individuais e coletivas que interfiram ou venham a **interferir negativamente na qualidade de vida, no desempenho acadêmico e na permanência do estudante na Instituição, como o baixo rendimento acadêmico, uma das principais causas de evasão escolar** (IFRN, 2023a, p. 101, grifo nosso).

Com base nisso, é possível compreender que o PDI, ainda que reconheça a relevância da atuação conjunta de uma equipe multidisciplinar para fortalecer a detecção e a intervenção em situações de vulnerabilidade estudantil — sejam elas de ordem intelectual, social, cultural, emocional ou econômica —, organiza as ações de modo ambíguo. De um lado, esse arranjo pode ser interpretado como uma divisão técnica eficiente das atribuições administrativas entre os serviços de saúde e de apoio psicossocial; de outro, revela uma dicotomia que pode limitar a construção de práticas efetivamente integradas.

Tal fragmentação, ainda que funcional do ponto de vista gerencial, tende a reforçar a lógica da compartimentalização dos saberes e dos sujeitos, o que contraria os princípios da formação humana integral e do trabalho interdisciplinar defendidos pela EPT. Assim, ao separar campos de atuação que deveriam dialogar constantemente na promoção da saúde, a instituição corre o risco de esvaziar o potencial educativo e transformador dessas práticas, reduzindo-as a intervenções técnicas desarticuladas da proposta pedagógica mais ampla.

Dessa maneira, os discursos presentes no documento colocam, de um lado, enfermeiros, técnicos em enfermagem, fisioterapeutas, médicos, nutricionistas, odontólogos e técnicos em higiene dental, e, do outro, assistentes sociais, pedagogos e psicólogos, ambos trabalhando na mesma direção, mas de modo

separado. Essa estruturação segmentada aponta, portanto, uma incoerência no modo de enxergar as estratégias multidisciplinares no IFRN, indo de encontro aos discursos até então presentes nos documentos institucionais.

Ademais, no contexto desse documento, o discurso sobre saúde no IFRN constrói uma realidade específica sobre como a saúde dos estudantes deve ser gerida e promovida, além de ser moldado por um conjunto de políticas, práticas e narrativas que visam estabelecer normas e padrões para a saúde estudantil, e por formações discursivas que privilegiam a prevenção e a promoção da saúde, baseadas em saberes médicos e psicológicos.

Este discurso não apenas descreve, mas também prescreve práticas específicas que devem ser seguidas pelos profissionais de saúde do IFRN, o que faz do PDI um instrumento regulamentador que legitima certas práticas e marginaliza outras, como aquelas voltadas para uma abordagem ampliada da saúde, com ênfase na formação crítica, reflexiva e emancipatória, na escuta ativa, no acolhimento das subjetividades, na articulação com o currículo escolar e na problematização dos determinantes sociais do adoecimento.

Essas práticas, que poderiam integrar a formação dos estudantes de forma mais ampla, articulando saúde e educação na perspectiva da formação humana integral, permanecem à margem do discurso institucional. Assim, o PDI atua não apenas como instrumento normativo, mas também como tecnologia de poder que prescreve condutas e silencia práticas pedagógicas que poderiam subverter a lógica da medicalização e promover o cuidado como construção coletiva no espaço escolar.

Apesar das limitações apontadas e da centralidade de discursos que reiteram padrões medicalizantes e normativos no PDI, é preciso reconhecer, todavia, que o documento também abriga contradições e brechas que podem ser apropriadas pelos sujeitos para a criação de práticas de resistência.

A própria ideia de promoção da saúde, interdisciplinaridade e formação integral, ainda que enunciada de forma genérica, não pode ser compreendida apenas como retórica institucional: ela carrega em seu bojo a potência de tensionar a medicalização ao reconhecer os estudantes como sujeitos complexos, atravessados por múltiplas dimensões de existência, e pode abrir espaço para interpretações que subvertam sua lógica original e permitam o deslocamento do foco técnico para uma atuação mais dialógica, educativa e emancipatória.

Nessa perspectiva, as práticas pedagógicas em saúde no IFRN não se resumem à reprodução das normativas institucionais. Apresentam-se também como territórios de disputa, nos quais os profissionais de saúde e educação podem atuar como mediadores que resistem às leituras reducionistas do corpo e da subjetividade, inserindo práticas que valorizam o diálogo, a autonomia e a cidadania, ressignificando sentidos e produzindo deslocamentos que rompem, ainda que parcialmente, com os fios da medicalização.

Nesse sentido, torna-se relevante aprofundar a análise sobre como as diretrizes institucionais se materializam em políticas específicas do IFRN. Na subseção a seguir, portanto, analisam-se os discursos que constituem a Política de Saúde Estudantil em vigor atualmente na instituição.

### 3.3 “PROMOÇÃO DA SAÚDE PELO VIÉS DE UMA EDUCAÇÃO INTEGRAL”: A POLÍTICA DE SAÚDE ESTUDANTIL DO IFRN

No percurso que estrutura o roteiro dos movimentos, a Política de Saúde Estudantil assume a função de um script institucional que formaliza, normatiza e orienta as formas de cuidado no interior da escola. A metáfora da marionete, nesse ponto, permite compreender como os fios do cuidado e da formação passam a ser organizados por dispositivos políticos que enunciam princípios, objetivos e diretrizes, conferindo estabilidade e legitimidade às práticas em saúde.

Ao mobilizar a noção de educação integral, tais políticas produzem um horizonte normativo que articula saúde, educação e cidadania, ao mesmo tempo em que delimitam os modos considerados legítimos de promover o bem-estar no espaço escolar. É nesse cenário que se inscrevem os discursos da Política de Saúde Estudantil do IFRN, cuja análise permite tensionar as promessas formativas da integralidade e seus efeitos na condução dos sujeitos.

O enunciado destacado nesta subseção, presente na Política de Saúde Estudantil do IFRN (IFRN, 2024), explicita uma concepção ampliada e formativa da saúde ao afirmar que a sua promoção deve ocorrer através de uma educação integral. Essa formulação não apenas vincula saúde e educação de modo indissociável, como também inscreve a escola como espaço privilegiado para a constituição de relações sociais capazes de favorecer o bem-estar e a cidadania dos estudantes.

Nesse sentido, ao afirmar que a saúde deve ser promovida na instituição a partir de uma lógica educativa, o documento posiciona a equipe multidisciplinar como agente central não apenas de práticas assistenciais ou preventivas, mas sobretudo de ações pedagógicas que visem à formação integral dos estudantes. Esta subseção, portanto, dedica-se a analisar como os documentos institucionais — especialmente a Política de Saúde Estudantil — constroem essa perspectiva discursiva, enfatizando o papel da escola e da equipe multidisciplinar na promoção de práticas que transcendam a lógica biomédica e assistencialista, orientando-se para o desenvolvimento crítico, reflexivo e autônomo dos estudantes.

Logo, para melhor compreendermos as atuações voltadas para a saúde dos estudantes no Instituto, recorreremos à análise da **Política de Saúde Estudantil do IFRN**, construída em 2024 e regulamentada pela Resolução Nº 15/2025 – CONSUP/IFRN.

Esse documento, elaborado inicialmente com o propósito de estabelecer diretrizes para as práticas pedagógicas desenvolvidas pelos setores de saúde da instituição, possibilitando sua consolidação como atenção primária à saúde dos escolares, atuando na promoção, prevenção e recuperação da saúde dos mesmos, foi modificado recentemente no sentido de acrescentar e dar voz aos diálogos desenvolvidos com os estudantes, e de se ajustar à realidade atual, considerando a saúde como um processo dinâmico que está em constante movimento (IFRN, 2024).

Assim, é a partir dele que a articulação entre saúde e educação ganha contornos mais definidos, revelando tanto a reprodução de discursos medicalizantes quanto as possibilidades de produção de práticas pedagógicas integradoras e orientadas à formação integral dos estudantes.

A institucionalização dessa política no IFRN, além disso, parece não derivar de uma orientação normativa da RFEPCT como um todo, mas de uma iniciativa específica da instituição, motivada por suas particularidades históricas e administrativas. A ausência de diretrizes nacionais explícitas voltadas à saúde estudantil nos documentos orientadores da Rede — como os documentos da Setec/MEC ou o Decreto nº 7.234/2010, que trata do Programa Nacional de Assistência Estudantil (PNAE) (Brasil, 2010) — reforça a singularidade da política do IFRN.

Nesse sentido, a decisão institucional de implementá-la e atualizá-la pode ser interpretada como expressão de um movimento interno de fortalecimento da assistência estudantil, mas também como forma de gerir os corpos e condutas dos estudantes por meio de um saber técnico e normativo sobre o que é saúde e como ela deve ser promovida no espaço escolar.

De antemão, precisamos considerar que a emergência da Política de Saúde Estudantil do IFRN não pode ser compreendida apenas como resposta técnica às necessidades assistenciais dos discentes, mas deve ser situada no contexto histórico-institucional e nas disputas de sentido que configuram as práticas institucionais.

A primeira versão dessa política, lançada em 2015, representou um marco regulatório para formalizar práticas que, segundo o próprio documento, já eram realizadas desde a década de 1960. Sua criação atendeu, portanto, a uma demanda histórica da equipe de saúde da instituição, no esforço de consolidar as ações desenvolvidas nos *campi* como práticas sistematizadas, orientadas por diretrizes unificadas e institucionalmente legitimadas. Já a nova versão, de 2024, surgiu após nove anos, em um cenário de maior complexidade das demandas estudantis, marcado pelo agravamento de questões de saúde mental, mudanças nos perfis epidemiológicos dos discentes e aumento da diversidade nas condições sociais, de gênero e raça (IFRN, 2024).

De modo geral, o documento funciona como um documento institucional que compila normas, diretrizes, objetivos e práticas relativas à saúde estudantil no IFRN, e é organizado em 8 seções principais: *Introdução*; *Perfil sociodemográfico e econômico dos estudantes do IFRN*; *Perfil de saúde dos estudantes do IFRN*; *Dados epidemiológicos*; *Gestão em saúde no IFRN*; *Diretrizes gerais*; *Objetivos, indicadores e metas*; e *Considerações finais*. Em nossa análise, detemo-nos à seção 7, que apresenta os objetivos para os serviços de saúde da instituição.

Nesse sentido, a Política de Saúde Estudantil reconhece a saúde como parte essencial do desenvolvimento educacional e humano integral, ao reconhecer que **"a escola é a área institucional privilegiada deste encontro da educação e da saúde**, espaço para a convivência social e para o estabelecimento de relações favoráveis à promoção da saúde pelo viés de uma educação integral" (IFRN, 2024, p. 5, grifo nosso).

O enunciado em destaque nos sinaliza que esse documento pode ser visto como um discurso institucional que enfatiza a interconexão entre saúde e educação, propiciando uma visão holística do papel da instituição escolar e definindo a forma como a saúde dos estudantes deve ser promovida e gerida dentro do contexto educacional do IFRN. Desse modo, a saúde é incorporada como elemento constitutivo da educação integral, o que confere à instituição escolar a responsabilidade de promover, regular e gerir as práticas relativas à saúde dos estudantes.

Em tese, o documento promove um modelo biopsicossocial de saúde através de um discurso construído a partir de uma visão integradora que abrange aspectos físicos, mentais e sociais, conforme definido pela OMS e pela Constituição Brasileira de 1988:

Esta Política de Saúde Estudantil tem como fundamentação teórica o conceito ampliado de saúde. Nesta perspectiva, a OMS define saúde como **“um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não somente ausência de afecções e enfermidades”**. Aditivamente, a Constituição Brasileira de 1988 reconhece a saúde em seu sentido mais abrangente, sendo **resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso a serviços de saúde** (IFRN, 2024, p. 8, grifo nosso).

A partir dessa definição de saúde mobilizada no documento, que combina a concepção da OMS e a perspectiva jurídica e social expressa na Constituição — que vincula a saúde às condições materiais de vida —, é possível identificar o cruzamento de diferentes regularidades discursivas que organizam e autorizam as práticas institucionais no campo educacional.

A regularidade biomédica se faz presente ao manter, mesmo que de modo ampliado, a concepção da saúde como estado do corpo e da mente, ainda referida à ausência de enfermidades. Além dela, a regularidade jurídico-social emerge ao inscrever a saúde como um direito social, diretamente relacionado às condições de alimentação, habitação, trabalho e lazer, alinhando-se a uma lógica de cidadania e de políticas públicas. Por fim, ao serem mobilizadas em um documento que regula ações no espaço escolar, tais definições articulam-se à regularidade pedagógica-institucional, na medida em que a escola é convocada a operar como agente promotor dessas diversas dimensões da saúde.

Essa confluência de saberes e práticas traduz aquilo que Foucault (2022) define como formação discursiva, na qual diferentes enunciados, ao se articularem, produzem efeitos de verdade e organizam modos de ação sobre os sujeitos. Nesse caso, a política institucional atua como dispositivo que integra e normatiza a saúde como parte da formação integral dos estudantes, reafirmando o papel da escola não apenas como espaço de ensino, mas também de regulação e intervenção sobre os corpos e as condutas.

Dessa maneira, os discursos presentes no documento rompem com a tradicional visão biologizada e sinalizam para um conceito expandido de saúde, cuja compreensão consiste em um resultado das interações sociais em um determinado contexto cultural, político, econômico e ideológico, que se reflete como um produto social que pode interferir diretamente no desempenho acadêmico dos estudantes, assim como na sua permanência na instituição.

Nesse sentido, o documento reconhece que a saúde é impactada pelas maneiras de organização social da produção, incluindo aspectos de diferentes naturezas. Além disso, no intuito de ampliar ainda mais esse conceito, a Política de saúde se propõe a acrescentar, ainda, a dimensão da saúde mental, adotando uma perspectiva de ser humano integral, considerando seus aspectos biológicos, psicológicos e sociais.

Ademais, a Política de Saúde Estudantil do IFRN se propõe a romper com o modelo assistencial em saúde adotado pelo Instituto ao longo dos anos e defende como primordial na Assistência Estudantil o desenvolvimento de práticas multi e interdisciplinares que envolvam os profissionais de educação e de saúde, reforçando o papel dos serviços de saúde da instituição mediante o desenvolvimento de práticas pedagógicas voltadas para a educação em saúde, no sentido de recuperar, promover e proteger a saúde dos estudantes.

Sendo assim, em vista de uma melhor educação e promoção da saúde dos estudantes, o documento apresenta as seguintes diretrizes a serem seguidas pelas equipes multidisciplinares em saúde do Instituto:

- I. Promover a saúde e a cultura de paz, de maneira a contribuir com a **formação humana integral** dos estudantes;
- II. Fortalecer o **enfrentamento das vulnerabilidades**, no campo da saúde, que possam comprometer o pleno desenvolvimento escolar;
- III. Contribuir para a construção de um sistema de atenção social dentro da escola, focando na **promoção da cidadania e dos direitos humanos**;

IV. **Articular Educação e Saúde**, ampliando o alcance e o impacto das ações, otimizando a utilização dos espaços, equipamentos e recursos disponíveis;

V. Aprimorar uma política de gestão para os serviços de saúde do IFRN. (IFRN, 2024, p. 65).

Nesse sentido, ao estabelecer como diretriz a promoção da saúde e da cultura de paz com vistas à formação humana integral, a Política de Saúde reafirma o compromisso da instituição com uma concepção ampliada de educação, que transcende a mera transmissão de conteúdos. Tal orientação articula-se com a defesa da cidadania e dos direitos humanos, compreendidos não apenas como princípios abstratos, mas como dimensões concretas do processo formativo. Assim, a saúde passa a ser reconhecida como componente essencial da formação crítica, ética e socialmente comprometida dos discentes.

Ainda, nesse conjunto de diretrizes, ganha destaque o enunciado da *vulnerabilidade*, presente não apenas nesse documento institucional, mas também em outras políticas públicas que estruturam o campo da educação em saúde na EPT e no IFRN — a exemplo do Programa Saúde na Escola, do PNAE, PPP/IFRN e PDI/IFRN. Essa recorrência revela a constituição de uma formação discursiva que opera por meio da transversalização de saberes e práticas entre distintas áreas, configurando um campo intersetorial em que o corpo do estudante é nomeado como sujeito vulnerável.

Outrossim, ao reconhecer o enfrentamento das vulnerabilidades como aspecto estruturante das práticas em saúde, o documento institui um enunciado que desloca a centralidade das ações assistencialistas para uma abordagem mais crítica e propositiva. Em vez de silenciar os determinantes sociais que atravessam o cotidiano dos estudantes, a diretriz propõe que as equipes multidisciplinares atuem de forma integrada e preventiva, visando a não apenas mitigar os efeitos das desigualdades, mas também contribuir para a construção de trajetórias escolares mais equitativas, sustentadas pelo direito à saúde e à educação de qualidade.

Ao propor a articulação entre educação e saúde como estratégia institucional, a política, além disso, evidencia um movimento de superação das fragmentações históricas entre esses campos. Essa articulação possibilita a criação de espaços intersetoriais e interdisciplinares que ampliam o escopo das práticas pedagógicas e potencializam o impacto das ações de cuidado e formação. Dessa maneira, ao otimizar recursos, integrar saberes e fortalecer os vínculos entre profissionais da

educação e da saúde, o IFRN reforça sua aposta em um projeto educativo comprometido com a integralidade e com a promoção de sujeitos mais autônomos e conscientes de seus direitos.

Para tanto, o documento propõe, como resultado da análise situacional realizada no sentido de identificar as principais questões de agravo à saúde enfrentadas pelos estudantes do IFRN e os fatores a elas relacionados, um conjunto de metas categorizadas em três grandes dimensões.

A primeira delas, esquematizada no Quadro 5, consiste nas práticas pedagógicas voltadas para a educação em saúde e envolvem as práticas com o objetivo de abordar as temáticas relacionadas à melhoria da alimentação, à implementação da cultura de paz, ao combate a doenças endêmicas, à melhoria do estilo de vida, ao incentivo à imunização, ao desenvolvimento da saúde bucal, mental e ocular e às orientações a respeito de sexualidade.

Quadro 5 – Práticas pedagógicas de educação em saúde

| Temática          | Objetivos                                                                                                                                                 | Responsável                                                  |
|-------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|
| Alimentação       | Desenvolver práticas pedagógicas de educação alimentar e nutricional.                                                                                     | Nutricionista<br>Equipe de Saúde                             |
|                   | Realizar formação com os atores envolvidos na alimentação escolar.                                                                                        | Nutricionista<br>Equipe de Saúde                             |
| Cultura de paz    | Estimular o desenvolvimento de habilidades socioemocionais como empatia, comunicação efetiva, comunicação não-violenta, cooperação e respeito.            | Psicologia<br>Serviço Social                                 |
|                   | Divulgar os canais oficiais de denúncia à assédio e/ou violência.                                                                                         | Equipe de Saúde<br>Serviço Social<br>Gestão do <i>Campus</i> |
| Doenças endêmicas | Sensibilizar a comunidade acadêmica, através de práticas pedagógicas educativas, sobre as doenças endêmicas da região onde se localizam os <i>campi</i> . | Enfermagem <sup>49</sup><br>Médico                           |
| Estilo de vida    | Incentivar práticas saudáveis.                                                                                                                            | Equipe de Saúde                                              |
|                   | Abordar questões relacionadas ao consumo abusivo de tabaco, álcool e drogas, com destaque para o cigarro eletrônico, na perspectiva da redução de danos.  | Equipe de Saúde                                              |
| Imunização        | Estimular a atualização vacinal de acordo com o calendário do Ministério da Saúde.                                                                        | Enfermagem                                                   |
|                   | Estimular os estudantes para inserirem o cartão de vacina no SUAP <sup>50</sup> .                                                                         | Enfermagem                                                   |
| Saúde bucal       | Realizar práticas pedagógicas de promoção à higiene bucal.                                                                                                | Saúde Bucal <sup>51</sup>                                    |
|                   | Realizar práticas pedagógicas de prevenção a hábitos nocivos à saúde bucal.                                                                               | Saúde Bucal                                                  |
| Saúde mental      | Estimular práticas de promoção à saúde mental.                                                                                                            | Psicologia<br>Equipe de Saúde                                |

<sup>49</sup> Equipe de Enfermagem composta por Enfermeiro e Técnico em Enfermagem.

<sup>50</sup> O Sistema Unificado de Administração Pública (SUAP) é o sistema virtual utilizado pelo IFRN para gestão acadêmica e administrativa.

<sup>51</sup> Equipe de Saúde Bucal composta por Odontólogo e Técnico em Odontologia.

|              |                                                                                                                                                 |                                                      |
|--------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------|
|              | Abordar a temática de valorização da vida, construção de novos vínculos, ampliação de rede de apoio, na perspectiva de prevenção às violências. | Psicologia<br>Serviço Social<br>Equipe de Saúde      |
|              | Construir coletivamente, com a comunidade acadêmica, material com sinalizadores de cuidados com a mente e as emoções.                           | Psicologia                                           |
| Saúde ocular | Incentivar o cuidado ocular e abordar a temática da exposição excessiva ao uso de aparelhos eletrônicos.                                        | Médico<br>Enfermagem                                 |
| Sexualidade  | Realizar práticas pedagógicas relacionadas à saúde sexual e reprodutiva.                                                                        | Equipe de Saúde                                      |
|              | Realizar práticas pedagógicas relacionadas à sexualidade.                                                                                       | Psicologia<br>Enfermagem<br>Médico<br>Serviço Social |

Fonte: Adaptado de IFRN, 2024.

A segunda dimensão é formada pelas práticas pedagógicas assistenciais, conforme sistematizado no Quadro 6, e são constituídas pelas iniciativas que visam a práticas pedagógicas relacionadas à alimentação, à cultura de paz, ao estilo de vida, à imunização, à saúde bucal, mental e ocular e à sexualidade.

Quadro 6 – Práticas pedagógicas assistenciais

| Temática       | Objetivos                                                                                                                                                                              | Responsável                                                                                    |
|----------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Alimentação    | Identificar precocemente, mediante a avaliação biomédica, o estado nutricional antropométrico e consumo alimentar dos estudantes.                                                      | Nutricionista<br>Equipe de Saúde                                                               |
|                | Avaliar, acompanhar e encaminhar estudantes diagnosticados com estado nutricional inadequado e/ou consumo elevado de marcadores de alimentação não saudável que buscarem o serviço.    | Nutricionista<br>Equipe de Saúde                                                               |
| Cultura de paz | Acolher e acompanhar estudantes vítimas de violência que buscaram o serviço e encaminhar as medidas cabíveis.                                                                          | Equipe de Saúde<br>Psicologia<br>Serviço Social                                                |
| Estilo de vida | Diagnosticar precocemente, mediante a avaliação biomédica, situações de risco para Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) e uso abusivo de substâncias tóxicas.                    | Médico<br>Enfermagem                                                                           |
| Imunização     | Acompanhar a situação vacinal dos discentes.                                                                                                                                           | Enfermagem                                                                                     |
| Saúde Bucal    | Avaliar a resolutividade da assistência odontológica prestada no <i>campus</i> .                                                                                                       | Dentista<br>COAES                                                                              |
|                | Verificar a condição de saúde bucal dos estudantes.                                                                                                                                    | Saúde Bucal                                                                                    |
| Saúde mental   | Acolher, orientar e encaminhar os estudantes com demandas de saúde mental que buscam o serviço.                                                                                        | Equipe de Saúde<br>Psicologia<br>Serviço Social                                                |
|                | Definir cronograma de reuniões regulares com os servidores ligados à assistência ao aluno para acompanhamento dos casos dos discentes do <i>campus</i> (Projeto Terapêutico Singular). | Equipe de Saúde<br>Psicologia<br>Serviço Social<br>COAES / DIGAE / DIAES / ASAES <sup>52</sup> |
|                | Encaminhar estudantes que apresentem fatores de risco para saúde mental, identificados na avaliação biomédica, para o serviço de psicologia                                            | Equipe de Saúde                                                                                |

<sup>52</sup> Assessoria de Atividades Estudantis (ASAES).

|              |                                                                                                       |                                        |
|--------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------|
| Saúde Ocular | Diagnosticar precocemente, mediante a avaliação biomédica, situações de risco para problemas oculares | Médico                                 |
|              | Acompanhar e encaminhar ao NAPNE <sup>53</sup> estudantes acometidos por deficiências visuais.        | Médico<br>Enfermagem<br>Serviço Social |
| Sexualidade  | Orientar os estudantes interessados quanto ao planejamento familiar.                                  | Enfermeiro<br>Médico                   |

Fonte: Adaptado de IFRN, 2024.

E, por fim, a terceira dimensão é composta pelas práticas pedagógicas administrativas, constituídas por um grupo de atividades voltadas para as questões que envolvem alimentação, cultura de paz, doenças endêmicas, estilo de vida, imunização, saúde bucal, mental e ocular e sexualidade, conforme exposto no Quadro 7.

Quadro 7 – Práticas pedagógicas administrativas

| Temática          | Objetivos                                                                                                                                       | Responsável                                                                 |
|-------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------|
| Alimentação       | Promover uma alimentação adequada e saudável no ambiente escolar.                                                                               | Nutricionistas<br>DIAD <sup>54</sup> / DIGAE /<br>ASAES / COAES /<br>DIAES  |
| Cultura de paz    | Colaborar com o Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN).                                                                        | COAES<br>Gestão do <i>Campus</i>                                            |
| Doenças endêmicas | Colaborar com o SINAN.                                                                                                                          | Equipe de Saúde                                                             |
| Estilo de vida    | Incentivar a promoção/construção de espaços que permitam o repouso dos estudantes.                                                              | DIGAE / COAES /<br>ASAES / DIAES                                            |
| Imunização        | Firmar parcerias com a rede de atenção básica para levar equipe de vacinação ao <i>campus</i> .                                                 | Enfermagem<br>COAES                                                         |
|                   | Atualizar a aba cartão vacinal no módulo saúde.                                                                                                 | Enfermagem<br>Gestor do Módulo<br>Saúde                                     |
| Saúde Bucal       | Criar um questionário de hábitos parafuncionais dentro da aba de situação clínica da consulta de Odontologia.                                   | Dentista<br>Gestor do Módulo<br>Saúde                                       |
|                   | Firmar parcerias com a rede de atenção odontológica para encaminhamento de estudantes a atendimentos especializados.                            | Dentista<br>COAES                                                           |
| Saúde Mental      | Definir fluxo de encaminhamentos de estudantes entre equipe de saúde e psicólogos, especialmente para aqueles submetidos à avaliação biomédica. | Psicologia<br>Equipe de Saúde                                               |
|                   | Atualizar o fluxograma de atendimento de urgências do serviço de saúde com as situações que envolvam a saúde mental                             | Equipe de Saúde<br>Psicologia                                               |
|                   | Mapear a rede de assistência à saúde mental nos municípios abarcados pelo <i>campus</i> .                                                       | Psicologia<br>Equipe de Saúde<br>Serviço Social<br>COAES / DIAES /<br>ASAES |

<sup>53</sup> Núcleo de Apoio às Pessoas com Necessidades Educacionais Específicas (NAPNE).

<sup>54</sup> Diretoria de Administração (DIAD).

|              |                                                                                                                      |                                                                   |
|--------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------|
|              | Criar parcerias institucionais para formar uma rede de cuidados em saúde mental.                                     | Psicologia<br>Equipe de Saúde<br>COAES / DIAES /<br>ASAES / DIGAE |
| Saúde Ocular | Buscar parcerias com instituições/ estabelecimentos que possam ofertar exames oftalmológicos e óculos de correção.   | Gestão do <i>Campus</i><br>DIGAE / DIAES /<br>COAES / ASAES       |
| Sexualidade  | Atualizar o módulo SUAP para captação de informações de sexo, gênero, nome de registro e nome social dos estudantes. | Gestor do Módulo<br>Saúde<br>DIGAE                                |
|              | Realizar parcerias com o serviço de saúde da rede SUS para disponibilizar métodos contraceptivos aos estudantes.     | Enfermagem                                                        |

Fonte: Adaptado de IFRN, 2024.

Dessa maneira, a Política de Saúde Estudantil finalmente aponta quais são, de fato, as Práticas Pedagógicas em Saúde desenvolvidas no IFRN, evidenciando as ações realizadas pela instituição e identificando os profissionais/setores responsáveis por cada uma delas.

Apesar disso, o documento denuncia a falta de infraestrutura que possibilite o desenvolvimento de práticas pedagógicas de educação, promoção e prevenção à saúde, ao apontar que **“a maioria dos serviços de saúde possuem os equipamentos básicos para o funcionamento de uma unidade de saúde**. No entanto, chama a atenção que poucos possuem equipamento de mídia em sala de espera para trabalhar atividades de promoção e prevenção à saúde” (IFRN, 2024, p. 54-55).

Isto posto, apesar do documento reconhecer o espaço educacional como local essencial para a articulação entre saúde e educação e para o desenvolvimento de relações que favoreçam a promoção da saúde, é possível notar que os serviços de saúde continuam sendo constituídos, majoritariamente, por uma lógica assistencialista, materializada na presença de equipamentos voltados para o funcionamento de uma unidade de saúde.

Cabe destacar que o discurso assistencialista, tal como se apresenta nos documentos institucionais do IFRN, especialmente na Política de Saúde Estudantil, ingressa no espaço educacional como herança de uma lógica histórica e social profundamente enraizada nas políticas públicas brasileiras e, particularmente, nas práticas estatais voltadas à saúde e à educação (Farias, 2013).

No Brasil, desde as primeiras políticas sanitárias e higienistas no final do século XIX e início do século XX, a assistência à saúde sempre esteve ligada à ideia de controle e tutela sobre populações vulneráveis, especialmente as mais pobres.

Esse modelo não desapareceu, mas foi ressignificado nas políticas educacionais, que passaram a incorporar a saúde como dimensão do bem-estar discente, sem, contudo, superar inteiramente a lógica da assistência como prática de intervenção e correção (Barroso, 2016; Luengo, 2010).

No caso do IFRN, embora o discurso da política de saúde declare a promoção da saúde como diretriz — numa tentativa de alinhar-se a perspectivas mais ampliadas e críticas —, as práticas descritas e os serviços ofertados revelam a persistência da perspectiva assistencialista. Isso se manifesta na centralidade dada aos serviços clínicos e de atendimento individualizado, voltados mais para a resposta a demandas pontuais e emergenciais do que para a construção coletiva de práticas de cuidado e promoção da saúde. Assim, o assistencialismo emerge como regularidade discursiva que tensiona e, em certa medida, limita o alcance do discurso da integralidade e da educação em saúde, evidenciando uma contradição interna no próprio documento institucional.

É justamente nesse entremeio de tensões e contradições, entretanto, que se abrem brechas para a emergência de práticas pedagógicas que resistem à racionalidade medicalizante. Ainda que a lógica assistencialista seja predominante, a incorporação, nos documentos, de termos como *promoção* e *educação em saúde*, bem como a referência à atuação integrada de equipes multidisciplinares, evidencia movimentos discursivos que desafiam o monopólio do saber biomédico.

Em vista disso, é possível interpretar que, mesmo subsumidas a uma estrutura historicamente marcada pela tutela técnica, as práticas pedagógicas em saúde desenvolvidas no IFRN podem operar como deslocamentos das práticas tradicionais de cuidado, abrindo espaço para a produção de saberes compartilhados, intervenções mais horizontais e ações formativas que favoreçam o protagonismo discente.

Do ponto de vista do nosso objeto da tese, essa tensão revela-se fundamental para compreender como a medicalização do corpo se efetiva no espaço escolar, ao mesmo tempo em que permite identificar as frestas por onde se articulam práticas de resistência. Afinal, ao tensionar os limites do discurso hegemônico e propor formas educativas de intervenção, essas práticas pedagógicas contribuem para a construção de subjetividades mais autônomas, menos dependentes do saber clínico e mais comprometidas com o cuidado de si e com a coletividade.

Além disso, embora a Política de Saúde Estudantil enfatize que os profissionais das equipes de saúde trabalham de maneira integrada, visando a uma abordagem multidisciplinar nas áreas de promoção e prevenção de problemas de saúde, ele aponta que

cada *campus* do IFRN possui uma equipe de saúde composta por profissionais da área da Enfermagem, Medicina e Odontologia. O *campus* Natal-Central possui, também, o profissional de Fisioterapia. [...] **Em paralelo à equipe básica de saúde**, o IFRN também dispõe de profissionais de Psicologia, Nutrição e Serviço Social (IFRN, 2024, p. 5-6, grifo nosso).

Esse tipo de discurso evidencia a existência de uma hierarquia entre as diferentes equipes de atuação, apresentando a compreensão de que um grupo de profissionais — a equipe básica — tem papel central nas práticas pedagógicas em saúde da instituição, enquanto os demais — a equipe paralela — atuam de maneira coadjuvante, colocando-os em um lugar de menor importância.

Essa hierarquização não é apenas uma categorização funcional ou administrativa, ela traduz a inscrição de uma ordem do discurso que privilegia determinados saberes sobre outros. Na perspectiva foucaultiana, tal ordenamento não é neutro: ele define quem está mais autorizado a falar e a intervir sobre o corpo e a saúde dos sujeitos, estabelecendo uma gradação de poder e de legitimidade entre os profissionais (Foucault, 1996).

Nesse contexto, a centralidade atribuída à equipe básica revela a permanência da hegemonia do saber biomédico, historicamente associado ao diagnóstico, à prescrição e à cura — lugares de enunciação dotados de forte autoridade e considerados mais próximos da *verdade* sobre o corpo e a saúde. Em contraposição, os profissionais alocados na equipe paralela têm sua atuação posicionada em um plano secundário, como se seus saberes fossem acessórios ou de apoio. Assim, a divisão entre equipe básica e equipe paralela reproduz a hierarquia tradicional entre saberes objetivos (biomédicos) e saberes considerados subjetivos (psicossociais e pedagógicos), reforçando o modelo medicalizante que subordina as dimensões sociais, emocionais e culturais da saúde ao domínio técnico e biológico.

Ao estabelecer quais saberes são mais legítimos para intervir sobre o estudante, desse modo, a política institucional reforça a incidência do biopoder.

Nesse sentido, a hierarquização não é apenas uma questão organizacional, mas um mecanismo de produção de subjetividades, no qual o discurso biomédico se mantém como a principal referência para a gestão dos corpos e da saúde no contexto educacional.

Outrossim, essa estrutura discursiva sinaliza como o saber/poder biomédico segue sendo o eixo em torno do qual se organizam, ao menos com base no que propõem o documento, as práticas pedagógicas em saúde no IFRN, subordinando outras formas de conhecimento e reproduzindo as relações de dominação históricas que naturalizam a medicalização como estratégia institucional de governo da vida estudantil.

Em última análise, cabe destacar que, apesar da Política de Saúde Estudantil do IFRN se apresentar como uma política construída de forma estratégica e participativa, cabe problematizar o caráter restritivo dessa participação. Embora tenha havido a intenção de incluir os estudantes como protagonistas do processo, o corpo docente permaneceu excluído das discussões, e a ausência de professores na elaboração do documento evidencia, por outro lado, uma cisão institucional entre o trabalho pedagógico e o trabalho em saúde, como se a promoção da saúde não fosse também responsabilidade pedagógica, mas apenas técnica.

Nesse sentido, a Política reforça uma lógica medicalizante e assistencialista, ao situar o docente como um agente periférico, quando não ausente, no debate sobre o cuidado com os estudantes. Essa separação pode ser interpretada como uma prática de poder que delimita o campo de atuação dos sujeitos, configurando posições de saber que legitimam determinadas vozes — os profissionais de saúde — e silenciam outras — os professores.

Ademais, o documento não apenas institui as políticas de saúde, mas também regula as práticas de saúde dentro da instituição, agindo como um ponto de referência e autoridade, além de preservar e legitimar os enunciados sobre saúde, garantindo sua implementação contínua.

Essa análise nos permite compreender que a Política de Saúde Estudantil do IFRN é, ao mesmo tempo, uma resposta a necessidades concretas e um dispositivo regulador que atua na produção de subjetividades, na normatização de comportamentos e na definição de papéis institucionais. Sua elaboração, ao excluir os docentes e centrar-se no olhar técnico dos profissionais de saúde, acaba por

reforçar a fragmentação das práticas pedagógicas e a medicalização das respostas às vulnerabilidades dos discentes.

Contudo, ao mesmo tempo em que reforça essa lógica, o documento também permite vislumbrar a emergência de práticas que escapam ao controle totalizante, instaurando espaços potenciais de resistência e de reconfiguração dos discursos sobre o corpo e a saúde no contexto escolar.

Por fim, podemos notar que, no contexto do IFRN, as unidades discursivas estão vinculadas a ideais de bem-estar, inclusão social e desenvolvimento humano integral, que estão presentes tanto nos documentos institucionais (IFRN, 2023b, 2012a, 2023a, 2024) quanto nas práticas diárias de atendimento aos estudantes (IFRN, 2024). Incluem enunciados como *saúde estudantil*, *assistência estudantil*, *bem-estar*, *apoio psicossocial* e *qualidade de vida*, que são repetidos ao longo do documento para reforçar a importância dessas práticas, destacando a relevância de ações preventivas e de promoção da saúde, bem como o suporte psicológico e social para os estudantes.

Dessa maneira, os discursos sobre saúde são articulados nos documentos institucionais através de normas, políticas e diretrizes que constituem uma formação discursiva que relaciona saúde com educação, refletida no modelo biopsicossocial de vigilância em saúde adotado (IFRN, 2024). Essa formação implica que a saúde não é apenas uma questão biomédica, mas está intrinsecamente ligada ao bem-estar psicológico e social, e consiste em um componente essencial do desenvolvimento educacional e pessoal dos estudantes.

Além disso, as condições de possibilidade dos discursos sobre saúde no IFRN são determinadas, antes de mais nada, por contextos históricos, sociais e institucionais específicos, tais como a expansão da RFEPECT, a legislação educacional e as diretrizes institucionais que configuram como a saúde deve ser promovida e mantida na instituição.

Para mais, a implementação de uma política de saúde no IFRN é possibilitada por uma combinação de fatores: políticas públicas de inclusão e assistência estudantil, políticas de saúde pública e diretrizes do Ministério da Educação e do Ministério da Saúde, com incidência direta sobre a organização das ações de saúde na instituição. Esse arranjo se materializa, por exemplo, na formulação do PPP/IFRN (IFRN, 2012a) que reflete em seus discursos a necessidade de uma abordagem integrada e inclusiva.

Dessa maneira, no Instituto, tais condições de possibilidade incluem, sobretudo, a existência de um aparato institucional que valoriza a saúde e o bem-estar dos estudantes como parte integrante da missão educacional da instituição, além da presença de profissionais capacitados e recursos adequados.

Pensando especificamente na Política de Saúde Estudantil (IFRN, 2024), podemos identificar uma diversidade de condições de possibilidade que fazem emergir discursos sobre as práticas pedagógicas em saúde, tais como o histórico de oferta de serviços de saúde, a participação e diálogo com estudantes, a integração saúde-educação, o modelo biopsicossocial e a atenção primária à saúde.

A emergência desses discursos é condicionada por formações discursivas que operam historicamente na articulação entre saúde, educação e gestão institucional. Nesse sentido, é possível identificar, na configuração da política institucional, a sobreposição de três campos discursivos centrais. O primeiro é o biomédico-sanitário, herdeiro do higienismo e do sanitarismo, que mantém a saúde como objeto de intervenção prioritária e continua a regular, mesmo sob o modelo biopsicossocial, o que é considerado legítimo no cuidado com os corpos e mentes dos estudantes.

O segundo é o pedagógico, que desde as diretrizes educacionais nacionais incorpora a saúde como dimensão da formação integral, mas o faz a partir das definições estabelecidas pelo discurso médico, subordinando-se, assim, à lógica da promoção e da prevenção sob orientação clínica. O terceiro é o jurídico-institucional, que, ao regulamentar direitos e definir diretrizes participativas e administrativas, estabelece os parâmetros normativos que autorizam e limitam a atuação dos diferentes sujeitos institucionais, inclusive no que se refere à participação estudantil.

A articulação desses campos, portanto, não apenas viabiliza, mas também regula e hierarquiza os discursos sobre saúde e educação, reafirmando a escola como espaço de intervenção e normatização dos corpos discentes sob a égide da medicalização e da governamentalidade.

A presença de serviços de saúde na instituição desde a década de 1960, embora sem regulamentação clara até 2015, já cria um campo discursivo sobre a importância da saúde no contexto educacional, e a inclusão dos estudantes como protagonistas na construção e atualização da política de saúde reflete uma prática

discursiva que valoriza o diálogo e a participação ativa dos usuários finais na formulação de políticas educacionais e de saúde.

Além do mais, o reconhecimento institucional de que a saúde e a educação são indissociáveis para a formação integral dos estudantes é evidenciado nas diretrizes da Política de Saúde Estudantil (IFRN, 2024), que buscam promover a saúde como parte do processo educativo, articulando práticas que vão além do currículo formal. No mesmo sentido, a adoção do modelo biopsicossocial de vigilância em saúde, que considera aspectos biológicos, psicológicos e sociais, amplia o campo discursivo sobre práticas pedagógicas em saúde ao incorporar uma visão holística da saúde dos estudantes.

Ademais, a concepção de que os serviços de saúde no âmbito da assistência estudantil do IFRN estão no nível de atenção primária à saúde, que consiste em uma estratégia organizacional e um nível de atenção que se faz mais próximo do cotidiano dos indivíduos, enfatiza a importância de práticas pedagógicas que promovam a saúde de forma integrada e contínua.

Essas condições de possibilidade são fundamentadas pela estrutura institucional, pelas diretrizes políticas e pela articulação teórica presente no documento, moldando assim os discursos sobre práticas pedagógicas em saúde no contexto educacional do IFRN.

No contexto institucional, a materialidade discursiva das políticas de saúde se manifesta, antes de mais nada, na própria regulamentação da Política de Saúde Estudantil. Ademais, expressa-se através da criação de serviços de saúde nos *campi*, da contratação de profissionais da saúde, da implementação de programas de assistência estudantil e de apoio psicológico, além dos espaços arquitetônicos destinados a esses serviços. Estes elementos são visíveis e tangíveis, constituem a infraestrutura necessária para a realização das práticas de saúde, têm impacto direto nas práticas diárias e nas experiências dos estudantes e consistem em materializações dos discursos que definem a saúde como um direito e uma prioridade institucional.

Com base nos documentos analisados, vale acrescentar, podemos perceber que os discursos sobre as práticas pedagógicas em saúde no IFRN contribuem para a subjetivação dos estudantes como sujeitos de saúde que valorizam o autocuidado, a busca por suporte psicológico e o engajamento em práticas pedagógicas de promoção da saúde, mediante o incentivo à prática regular de exercícios físicos e à

adoção de hábitos saudáveis. Dessa maneira, a instituição molda a forma como os estudantes percebem a si mesmos em relação à sua saúde e promove a noção de jovens que são simultaneamente sujeitos de direito à educação e à saúde.

Ao mesmo tempo que os discursos nos documentos institucionais promovem essa subjetivação, eles constituem dispositivos de poder ao estabelecer diretrizes e políticas de saúde, definir normas de comportamento, estabelecer práticas aceitáveis e criar mecanismos de controle e vigilância sobre a saúde dos estudantes.

Outrossim, embora os documentos analisados até então mencionem uma série de profissionais que compõem a equipe multidisciplinar em saúde do Instituto, eles não são devidamente apresentados. Em vista disso, na próxima subseção, dedicamo-nos a analisar os editais dos concursos que selecionaram tais profissionais, como tentativa de identificar as posições de sujeito que eles ocupam no interior dos discursos sobre a saúde no IFRN.

### 3.4 “PRESTAR ASSISTÊNCIA AO PACIENTE”: A EQUIPE MULTIDISCIPLINAR EM SAÚDE NO IFRN E A CENTRALIDADE DO DISCURSO ASSISTENCIALISTA

No roteiro dos movimentos que atravessam a saúde multidisciplinar na EPT, a centralidade do discurso assistencialista opera como um fio que tende a recentralizar e a enrijecer os gestos da marionete. Após a circulação por discursos que mobilizam a formação humana integral, a parceria interprofissional e a promoção da saúde, emerge, de forma reiterada, um enunciado que recoloca o cuidado sob a lógica do atendimento individual e da assistência ao paciente.

Nesse ponto, a metáfora da marionete permite compreender como os fios do cuidado são novamente puxados a partir de um referencial clínico-tradicional, que reduz a complexidade do espaço escolar e das práticas pedagógicas em saúde a funções assistenciais padronizadas. É nesse movimento de reancoragem discursiva que se inscrevem os editais de provimento de cargos, cuja análise revela os limites e as contradições institucionais na definição do lugar da equipe multidisciplinar em saúde no IFRN.

O enunciado destacado nesta subseção, extraído de um edital (IFRN, 2015b) que regulamenta o provimento de cargos para a equipe multidisciplinar em saúde

do IFRN, evidencia o caráter assistencialista que atravessa a definição institucional dessas funções. Ao determinar que o profissional deve exercer funções assistenciais junto a pacientes e/ou usuários em uma variedade de espaços, que vão desde serviços convencionais de saúde — como clínicas e hospitais — até contextos menos usuais — como navios e residências —, o documento reproduz um discurso normativo que desconsidera, em grande parte, as especificidades do espaço escolar como local de práticas pedagógicas e formativas.

Assim, analisando os editais de concurso público para o provimento de cargos de Técnico-Administrativo em Educação no IFRN — com foco nos cargos relacionados à saúde —, esta subseção se dedica a identificar as posições de sujeito que emergem a partir do discurso institucional e como essas posições sustentam as práticas em saúde no IFRN.

Para Foucault (2022, p. 63), “as posições do sujeito se definem igualmente pela situação que lhe é possível ocupar em relação aos diversos domínios ou grupos de objetos”, e consistem nos lugares ou papéis definidos pelas formações discursivas e pelas relações de poder-saber, nos quais os indivíduos são constituídos como sujeitos.

De acordo com o autor, essas posições não são fixas ou naturais, mas produtos históricos que delimitam o que uma pessoa pode dizer, fazer ou ser em um dado contexto social e discursivo. Em outras palavras, as posições de sujeito representam os modos como os sujeitos se inserem e são interpelados nos discursos, assumindo identidades e funções específicas de acordo com as condições históricas e culturais.

Nesse sentido, analisamos os enunciados de um *corpus* composto por cinco documentos: os Editais Nº 05/2009 (IFRN, 2009b), 02/2010 (IFRN, 2010), 09/2012 (IFRN, 2012b), 13/2013 (IFRN, 2013), 06/2014 (IFRN, 2014), 07/2015 (IFRN, 2015b), 19/2016 (IFRN, 2016) e 07/2023 (IFRN, 2023c), emitidos pela Reitoria do IFRN, que incluem os cargos de assistente social, enfermeiro, médico, nutricionista, odontólogo, psicólogo, técnico em enfermagem e técnico em higiene dental.

Para a seleção desse *corpus*, recorreremos à listagem de concursos públicos para técnico-administrativos em educação disponibilizada no Portal oficial da Instituição<sup>55</sup>, considerando aqueles que ofertaram vagas para os cargos que

---

<sup>55</sup> <https://portal.ifrn.edu.br/processos-seletivos/buscar/?tipo=8&subtipo=11>.

constituem a equipe multidisciplinar em saúde do IFRN (IFRN, S. d.). Agrupamos as informações de acordo com cada cargo, conforme apresentado no Quadro 8.

Quadro 8 – Editais de concursos públicos para técnico-administrativos em educação com vagas para os cargos que constituem a equipe multidisciplinar em saúde

| <b>Cargos</b>             | <b>Escolaridade / Habilitação profissional</b>                                                                                                                  | <b>Corpus</b>                     | <b>Referência</b> |
|---------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------|-------------------|
| Assistente social         | Curso superior em Serviço Social, com registro no Conselho competente                                                                                           | Edital N° 09/2012 - Reitoria/IFRN | IFRN, 2012b       |
|                           |                                                                                                                                                                 | Edital N° 13/2013 - Reitoria/IFRN | IFRN, 2013        |
| Enfermeiro                | Curso superior em Enfermagem, com registro no Conselho competente                                                                                               | Edital N° 07/2015 - Reitoria/IFRN | IFRN, 2015b       |
| Médico (Clínico Geral)    | Curso superior em Medicina, com registro no Conselho competente                                                                                                 | Edital N° 02/2010 - Reitoria/IFRN | IFRN, 2010        |
|                           |                                                                                                                                                                 | Edital N° 09/2012 - Reitoria/IFRN | IFRN, 2012b       |
|                           |                                                                                                                                                                 | Edital N° 13/2013 - Reitoria/IFRN | IFRN, 2013        |
|                           |                                                                                                                                                                 | Edital N° 19/2016 - Reitoria/IFRN | IFRN, 2016        |
|                           |                                                                                                                                                                 | Edital N° 07/2023 - Reitoria/IFRN | IFRN, 2023c       |
| Nutricionista             | Curso Superior em Nutrição, com registro no Conselho competente                                                                                                 | Edital N° 06/2014 - Reitoria/IFRN | IFRN, 2014        |
|                           |                                                                                                                                                                 | Edital N° 07/2023 - Reitoria/IFRN | IFRN, 2023c       |
| Odontólogo                | Curso Superior em Odontologia, com registro no conselho competente.                                                                                             | Edital N° 06/2014 - Reitoria/IFRN | IFRN, 2014        |
|                           |                                                                                                                                                                 | Edital N° 07/2023 - Reitoria/IFRN | IFRN, 2023c       |
| Psicólogo                 | Curso Superior em Psicologia, com registro no Conselho competente                                                                                               | Edital N° 05/2009 - DIGPE/IFRN    | IFRN, 2009b       |
|                           |                                                                                                                                                                 | Edital N° 06/2014 - Reitoria/IFRN | IFRN, 2014        |
| Técnico em Enfermagem     | Ensino Médio Profissionalizante de Técnico em Enfermagem ou Ensino Médio completo acrescido de Curso Técnico em Enfermagem, com registro no Conselho competente | Edital N° 05/2009 - DIGPE/IFRN    | IFRN, 2009b       |
|                           |                                                                                                                                                                 | Edital N° 09/2012 - Reitoria/IFRN | IFRN, 2012b       |
|                           |                                                                                                                                                                 | Edital N° 06/2014 - Reitoria/IFRN | IFRN, 2014        |
|                           |                                                                                                                                                                 | Edital N° 07/2023 - Reitoria/IFRN | IFRN, 2023c       |
| Técnico em Higiene Dental | Ensino Médio Profissionalizante em Saúde Bucal ou Ensino Médio Completo acrescido de Curso Técnico em Saúde Bucal, com registro no Conselho competente          | Edital N° 19/2016 - Reitoria/IFRN | IFRN, 2016        |

Fonte: Elaboração própria em 2025.

Os editais, antes de mais nada, no âmbito da administração pública federal, constituem atos administrativos formais que definem regras e condições para a realização de procedimentos como concursos, seleções e outras formas de ingresso ou organização interna das instituições públicas, funcionando como instrumento

normativo convocatório, vinculando tanto a administração quanto os interessados às normas que ali se encontram estabelecidas.

Contudo, mais do que meros instrumentos procedimentais, eles também atuam como dispositivos discursivos que regulam e moldam a constituição dos sujeitos no interior das instituições. Ao especificarem as atribuições e competências dos cargos e funções, eles articulam uma formação discursiva que define o que os profissionais devem ser e como devem atuar, legitimando determinadas práticas e modos de intervenção sobre os objetos e sujeitos sob sua responsabilidade.

Nesse sentido, os editais analisados não só funcionam como documentos que institucionalizam e documentam as práticas de saúde — consolidando saberes específicos que orientam a atuação dos profissionais da área —, como também configuram as posições de sujeito que os trabalhadores devem ocupar, inscrevendo seus saberes e condutas em uma lógica institucional que articula poder e saber (Foucault, 2022) e estabelecem uma formação discursiva que legitima a saúde como uma área de intervenção técnica e profissional.

Analisando esses documentos, é possível perceber que o discurso sobre os cargos de Técnico-Administrativo em Educação no IFRN está estruturado em torno de normas e regulamentações que determinam as responsabilidades e competências do profissional. De modo geral, ao anunciar as vagas disponíveis para o provimento dessas funções, os documentos apresentam como enunciados as descrições sumárias de cada um deles e, em seguida, o detalhamento das práticas pedagógicas típicas que serão desenvolvidas no exercício específico dos cargos dentro do Instituto, legitimando a atuação técnica e profissional na área da saúde dentro do contexto educacional da instituição.

Alguns desses documentos, entretanto, limitam-se a apresentar apenas as descrições sumárias dos cargos, apoiadas sobretudo na Classificação Brasileira de Ocupações (CBO). Trata-se de documento oficial do Ministério do Trabalho e Emprego (MTE) que reconhece, nomeia e codifica os títulos dos cargos, além de descrever as características das ocupações no mercado de trabalho brasileiro (MTE, 2002). Esses referenciais normativos constituem as condições de possibilidade dos discursos presentes nesses documentos.

Por conseguinte, essa breve descrição generaliza as atribuições profissionais de cada área, desconsiderando o contexto específico da atuação no espaço

institucional, o que dificulta nossa compreensão a respeito das posições de sujeito que esses profissionais ocupam, na prática, na saúde no IFRN.

Isso pode ser evidenciado, por exemplo, no edital Nº 07/2015 - Reitoria/IFRN, que ofertou vagas para o provimento de cargos de Técnico-Administrativo em Educação e, entre eles, de enfermeiro. De acordo com as descrições sumárias presentes nesse documento, estão entre as práticas de competência desses profissionais “prestar assistência ao paciente e/ou usuário em clínicas, hospitais, ambulatorios, navios, postos de saúde e em domicílio, realizar consultas e procedimentos de maior complexidade [...]” (IFRN, 2015b, seção 2.4.3).

No mesmo sentido, os editais Nº 05/2009, Nº 09/2012 e Nº 06/2014 - Reitoria/IFRN, que ofertaram vagas para o cargo de técnico em enfermagem, apresentam nas descrições sumárias da função a promoção de práticas pedagógicas fora do espaço e contexto escolar:

Desempenhar atividades técnicas de enfermagem em **hospitais, clínicas** e outros estabelecimentos de assistência médica, **embarcações e domicílios**; atuar em **cirurgia, terapia, puericultura, pediatria, psiquiatria, obstetrícia, saúde ocupacional** e outras áreas [...] desempenhar tarefas de **instrumentação cirúrgica, posicionando de forma adequada o paciente e o instrumental, o qual passa ao cirurgião** (IFRN, 2009b, p.11, 2012b, seção 2.1, 2014, seção 2.2).

Fato semelhante acontece no edital Nº 19/2016 - Reitoria/IFRN, que ofertou vagas para técnicos em higiene dental, sinalizando que esses profissionais devem estar aptos a “planejar o trabalho técnico-odontológico, de nível médio, em consultórios, clínicas, laboratórios de prótese e em órgãos públicos de saúde [...]” (IFRN, 2016, seção 2.3.3), e nos editais Nº 05/2009 e Nº 06/2014 - Reitoria/IFRN, que ofertaram vagas para psicólogos, profissionais que devem, segundo o documento, “preparar pacientes para a entrada, permanência e alta hospitalar” (IFRN, 2009b, p. 11, 2014, seção 2.3).

Por meio desses enunciados, os documentos analisados evidenciam o problema que sinalizamos anteriormente, em especial porque nos leva a imaginar que os profissionais selecionados devem desenvolver atividades em ambientes completamente fora do espaço e do contexto escolar.

Assim, a análise dos editais evidencia que os enunciados que normatizam as atribuições desses cargos não emergem exclusivamente do interior do campo educacional. Ao contrário, muitos deles são formulados a partir de descrições

originadas em domínios discursivos externos, notadamente o jurídico-administrativo e o trabalhista, que operam sobre a base de documentos oficiais como a CBO, instituída pelo MTE.

Trata-se, portanto, da circulação de enunciados produzidos em outras esferas do poder-saber, que, ao serem incorporados pelos editais da instituição educacional, passam a normatizar e delimitar o que os sujeitos-profissionais devem ser e fazer. Conforme destacado por Foucault (2022), os discursos se interpenetram e se organizam segundo regularidades que definem as posições de sujeito possíveis em cada formação discursiva.

Nesse caso, ao serem transpostos diretamente para o contexto escolar sem mediação ou ressignificação, os enunciados do campo administrativo e da regulamentação profissional sanitária impõem modelos de atuação que não necessariamente correspondem às especificidades do espaço educativo. O resultado disso é a produção de uma tensão discursiva<sup>56</sup>, na qual os profissionais de saúde do IFRN são interpelados a assumir papéis que, ao mesmo tempo em que lhes conferem autoridade técnica, os vinculam a lógicas assistencialistas e biomédicas que escapam às finalidades pedagógicas da instituição.

Assim, os editais não apenas convocam sujeitos para ocuparem funções específicas, mas também operam como dispositivos que inscrevem no espaço escolar os saberes e poderes de campos discursivos externos, redefinindo o que pode ser feito e dito no âmbito das práticas pedagógicas em saúde.

Além disso, embora alguns dos editais não se limitem à descrição resumida das funções estabelecidas pela CBO e acrescentem nos enunciados alguns grupamentos de ações a serem realizadas por esses profissionais no exercício específico do cargo dentro do Instituto, os detalhes dessas informações pouco se diferenciam do cenário descontextualizado presente nas descrições sumárias, visto que citam um conjunto de tarefas que não cabem na realidade das práticas

Entre elas, podemos citar algumas das tarefas descritas para o cargo de técnico em enfermagem, tais como

---

<sup>56</sup> Quando falamos em tensões discursivas, estamos nos referindo à existência de conflitos, rupturas, contradições e coexistência de enunciados diferentes e até opostos dentro de uma mesma formação discursiva. Ou seja, o discurso não é algo uniforme e sem conflitos, ao contrário, ele é heterogêneo e dinâmico, comportando diferentes posições de sujeito, lógicas de poder e regimes de verdade que, por vezes, se tensionam – ver Foucault, 1996, 2022.

aspirar **cânula oro-traqueal e de traqueotomia**; [...] aplicar **clister (lavagem intestinal)**; introduzir **cateter naso-gástrico e vesical**; [...] cuidar de **corpo após morte**. [...] atentar para temperatura e reações de paciente em **transfusões**; administrar **produtos quimioterápicos**. [...] Realizar **instrumentação cirúrgica** [...] encaminhar material para **sala cirúrgica**; posicionar paciente para **cirurgia**; posicionar **placa de bisturi elétrico**; [...] repor material na **sala cirúrgica** (IFRN, 2009b, p.11, 2012b, seção 2.1, 2014, seção 2.2).

O mesmo acontece no edital de seleção para a função de médico, que apresenta entre as suas atribuições a de “praticar intervenções cirúrgicas para correção e tratamento de lesões, doenças e perturbações do corpo humano” (IFRN, 2012b, seção 2.2, 2013, seção 2.2); no edital direcionado para o cargo de técnico em higiene dental, que elenca a responsabilidade de “Confeccionar e reparar próteses dentárias humanas, animais e artísticas” (IFRN, 2016, seção 2.3.3); e no Nº 06/2014 - Reitoria/IFRN, que ofertou vagas para odontólogo e destaca as atribuições de

[...] executar tratamento odontológico, realizando, entre outras atividades, [...] **extração de dentes**, [...] **cirurgias** bucomaxilofaciais, **implantes**, **tratamentos estéticos** [...], confecção de **prótese oral e extra-oral**. [...] tratar clínica e/ou **cirurgicamente** afecções dos dentes e tecidos de suporte (IFRN, 2014, seção 2.3).

Observando as especificidades dessas práticas, podemos perceber que elas vão de encontro à Política de Saúde Estudantil do IFRN, que atribui aos setores de saúde da Instituição a missão de desenvolver, além das práticas pedagógicas educativas, atendimentos ambulatoriais e assistenciais de atenção primária, não cabendo, portanto, atuações de natureza tão complexa.

A presença, nos editais do IFRN, de atribuições profissionais que vão além — e, em certos casos, colidem — com as demandas reais da saúde escolar reforça mais ainda o atravessamento de campos discursivos externos, sobretudo do biomédico e do jurídico-administrativo, sobre o espaço educacional.

Tais descrições, que incluem práticas hospitalares e de alta complexidade, não refletem as reais necessidades do cotidiano escolar, mas resultam da inscrição, nesses editais, de enunciados normativos oriundos dos documentos oficiais que regulam as profissões da saúde no âmbito federal, como a CBO e os marcos legais das carreiras profissionais. Em outras palavras, os editais operam como dispositivos que articulam e reproduzem o que Foucault (1988) chama de saber/poder: o

conjunto de práticas discursivas e não discursivas que regulam os modos de ser e agir dos sujeitos.

No caso das profissões da saúde, esse saber/poder médico confere legitimidade às práticas clínicas e assistenciais de alta complexidade como atributos necessários e inerentes às ocupações, mesmo quando deslocadas para contextos institucionais que não as demandam diretamente, como é o caso do espaço escolar. Assim, ao transpor, sem mediação ou ressignificação, essas normativas para o interior da instituição educacional, os editais acabam por reforçar a hegemonia do discurso biomédico, que se sobrepõe ao discurso pedagógico e naturaliza a ideia de que o cuidado em saúde, mesmo na escola, deve estar alinhado à lógica curativa e hospitalar.

Essa sobreposição evidencia, portanto, o modo como o saber/poder médico não apenas define os contornos das práticas em saúde, mas também atua como instância de regulação e normatização sobre outros campos discursivos, como o educacional, delimitando o que é possível e legítimo fazer e dizer sobre saúde no espaço escolar.

Ademais, a análise dos discursos presentes no *corpus* selecionado nos permitiu identificar enunciados como atendimento, assistência, consulta, prevenção, avaliação, exame, diagnóstico, supervisão, tratamento, prescrição e administração de medicamentos, que representam as responsabilidades conferidas às equipes de saúde do Instituto.

Fazendo um comparativo entre essas unidades e as práticas pedagógicas a serem desenvolvidas pelas equipes multidisciplinares em saúde descritas na Política de Saúde Estudantil do IFRN, é possível observar que as atividades de responsabilidade desses profissionais estão relacionadas prioritariamente às práticas pedagógicas assistenciais — apresentadas anteriormente no Quadro 5 —, possuindo pouca relação com as práticas destinadas à educação em saúde.

Em reforço a isso, destacamos que, embora todos os editais apresentem, entre as descrições sumárias dos cargos, a missão de “assessorar nas atividades de ensino, pesquisa e extensão” (IFRN, 2009b, p. 10-11, 2010, seção 2.3.5, 2012b, seções 2.1-2.2, 2013, seção 2.2, 2014, seções 2.2-2.3, 2015b, seção 2.4.3, 2016, seções 2.2-2.3.3, 2023c, seções 3.2-3.3), o fato de essas atribuições aparecerem sempre precedidas dos enunciados *assessorar* ou *auxiliar* nos leva a inferir que eles assumem uma posição de sujeitos coadjuvantes no processo educacional, não

ocupando papel de protagonistas no desenvolvimento das práticas pedagógicas de educação em saúde na Instituição.

Não obstante, é possível identificar tentativas de aproximação entre as atuações de alguns profissionais das equipes multidisciplinares em saúde do IFRN com a educação em saúde, de acordo com o *corpus* analisados, como é o caso dos editais Nº 06/2014 - Reitoria/IFRN e Nº 07/2023 – Reitoria /IFRN, que ofertaram vagas para o cargo de nutricionista, atribuindo-lhes, entre outras, a função de “participar de programas de educação nutricional; [...] orientar familiares; prover educação e orientação nutricional [...]” (IFRN, 2014, seção 2.3; IFRN, 2023c, seção 3.3).

Além disso, são listados entre os enunciados os deveres de “orientar sobre saúde, higiene e profilaxia oral, prevenção de cárie dental e doenças periodontais” (IFRN, 2014, seção 2.3; IFRN, 2023c, seção 3.3), para os odontólogos; e de “prevenir doença bucal participando de projetos educativos e de orientação de higiene bucal”, (IFRN, 2016, seção 2.3.3), para os Técnicos em Higiene Dental.

No mesmo sentido, outro exemplo que identificamos foi nos editais Nº 05/2009 e Nº 06/2014 - Reitoria/IFRN, em que os enunciados apontam que os psicólogos do Instituto possuem a missão de

estudar, pesquisar e avaliar o desenvolvimento emocional e os processos mentais e sociais de indivíduos, grupos e instituições, com a finalidade de análise, tratamento, **orientação e educação**; [...] investigar os fatores inconscientes do comportamento individual e grupal, **tornando-os conscientes**; [...] **atuar na educação**, realizando pesquisa, diagnósticos e **intervenção psicopedagógica em grupo ou individual** (IFRN, 2009b, p. 10-11, 2014, seção 2.3).

Outrossim, é possível identificarmos ainda algumas práticas pedagógicas voltadas à educação em saúde dos estudantes nas descrições das incumbências dos técnicos em enfermagem, tais como ministrar palestras e participar em campanhas de saúde pública, além das atividades destinadas à promoção da saúde mental, as quais consistem especificamente em

averiguar paciente e pertences (drogas, álcool etc.); prevenir tentativas de suicídio e situações de risco; estimular paciente na expressão de sentimentos; conduzir paciente a atividades sociais; proteger paciente durante crises; acionar equipe de segurança (IFRN, 2009b, p. 11, 2012b, seção 2.1, 2014, seção 2.2).

Com base no discurso desse documento, podemos destacar dois pontos importantes de reflexão. O primeiro deles é o suposto cuidado apresentado na busca por possibilitar aos estudantes a compreensão e expressão de seus sentimentos, o que nos permite inferir o reconhecimento da subjetividade dos sujeitos por parte da Instituição, possibilitando o desenvolvimento da autonomia desses jovens sobre o cuidado com sua saúde.

Contraditoriamente, o outro ponto está relacionado ao poder instituído pelo documento sobre a vida dos alunos, especialmente no que diz respeito ao controle de seus corpos, de seus pertences e ao acionamento das equipes de segurança do Instituto, com o objetivo de prevenir e combater comportamentos considerados de risco. Embora tais medidas possam, em determinadas circunstâncias, estar vinculadas à proteção dos próprios estudantes e à garantia de um ambiente escolar seguro — como no caso de intervenções necessárias para evitar episódios de violência entre pares —, é importante observar que, quando sistematizadas sob a forma de práticas normativas e rotineiras, essas ações podem ultrapassar a função estritamente protetiva e assumir contornos de regulação disciplinar.

Nesse sentido, ainda que não se possa afirmar de modo categórico que toda atuação dessa natureza configure uma manifestação do biopoder ou da medicalização, é preciso considerar que tais dispositivos, ao estabelecerem formas de controle e vigilância sobre os estudantes, podem, em certos contextos, produzir efeitos que se aproximam dessas racionalidades, contribuindo para a normalização de condutas e a gestão dos corpos no ambiente escolar.

Assim, diante da análise dos discursos presentes no corpus selecionado, é possível identificar as principais características presentes nas atribuições descritas nos editais dos profissionais das equipes multidisciplinares em saúde do IFRN, melhor representadas por meio da Figura 4. A sistematização visual desses elementos permite evidenciar regularidades discursivas e hierarquias implícitas na definição institucional dessas funções, tornando mais visíveis os sentidos atribuídos ao trabalho em saúde no espaço escolar. Desse modo, a figura contribui para a compreensão dos modos como tais atribuições se alinham — ou tensionam — as perspectivas pedagógicas e formativas discutidas ao longo da análise.

Figura 4 – Características das atribuições dos profissionais das equipes multidisciplinares em saúde do IFRN



Fonte: Elaboração própria em 2025.

Para mais, a análise dos enunciados presentes nos discursos desses arquivos nos possibilita identificar quais as posições de sujeito ocupadas pelos profissionais que integram a equipe multidisciplinar em saúde do Instituto. Tais posições estão sistematizadas no Quadro 9, no qual podem ser melhor visualizadas e compreendidas.

Quadro 9 – Posições de sujeito que os profissionais das equipes multidisciplinares em saúde do IFRN ocupam nos discursos presentes nos editais dos concursos

| Cargos            | Posições de sujeito                                                                                                             |
|-------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Assistente Social | Orientador e educador<br>Planejador e coordenador<br>Assessor acadêmico                                                         |
| Enfermeiro        | Prestador de cuidados<br>Promotor de saúde<br>Assessor acadêmico                                                                |
| Médico            | Prestador de diagnóstico e tratamento<br>Coordenador de saúde<br>Assessor acadêmico                                             |
| Nutricionista     | Prestador de assistência nutricional<br>Orientador e educador<br>Administrador de unidades de alimentação<br>Assessor acadêmico |

|                           |                                                                                                             |
|---------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Odontólogo                | Prestador de diagnóstico e tratamento odontológico<br>Orientador e educador<br>Assessor acadêmico           |
| Psicólogo                 | Analista<br>Prestador de diagnóstico e tratamento<br>Orientador e educador<br>Assessor acadêmico            |
| Técnico em Enfermagem     | Assistente técnico<br>Organizador e facilitador<br>Assessor acadêmico                                       |
| Técnico em Higiene Dental | Assistente técnico-odontológico<br>Orientador e educador<br>Organizador e facilitador<br>Assessor acadêmico |

Fonte: Elaboração própria em 2025.

De acordo com os enunciados no *corpus* analisado, os assistentes sociais no IFRN são responsáveis, sumariamente, por orientar e educar os indivíduos, por planejar, coordenar e avaliar planos, programas e projetos sociais, desempenhando tarefas administrativas e articulando recursos financeiros (IFRN, 2012b, 2013), assumindo a posição de orientador, educador, planejador e coordenador.

Já os enfermeiros, são encarregados de prestar assistência direta aos pacientes, realizando consultas, procedimentos complexos e prescrevendo ações de saúde, além de ser posicionado como um agente ativo na implementação de práticas pedagógicas para a promoção da saúde, enfatizando a prevenção e a educação em saúde (IFRN, 2015b). Assim, esses profissionais são posicionados como prestadores de cuidados e promotores de saúde.

Enquanto isso, os enunciados nos documentos apontam que os médicos na instituição são posicionados como profissionais que realizam assistência direta por meio de consultas, diagnósticos e tratamentos, aplicando seus conhecimentos para promover a saúde e prevenir doenças. Coordenam ainda programas e serviços de saúde, participando de perícias, auditorias e sindicâncias médicas (IFRN, 2012b, 2013, 2016, 2023c), assumindo, assim, o papel de diagnosticar, tratar e coordenar a saúde no IFRN.

Em relação aos nutricionistas, tais enunciados os posicionam como profissionais que prestam assistência nutricional a indivíduos e coletividades, realizando diagnósticos dietético-nutricionais e prescrevendo planos alimentares, desenvolvem orientação e educação nutricional, além de administrarem unidades

de alimentação e nutrição, garantindo o controle e a qualidade higiênico-sanitária dos alimentos (IFRN, 2014, 2023c).

Os odontólogos da instituição, por sua vez, realizam tratamentos clínicos e cirúrgicos, diagnosticando e tratando afecções dentárias e dos tecidos de suporte, orientam pacientes sobre saúde, higiene e profilaxia oral, promovendo a prevenção de cáries e doenças periodontais (IFRN, 2014, 2023c), ocupando o papel de orientador e educador em saúde bucal, e prestam diagnóstico e tratamento odontológico.

Além disso, de acordo com a análise dos enunciados nos documentos, os psicólogos são posicionados como profissionais que avaliam o desenvolvimento emocional e os processos mentais e sociais dos indivíduos, analisando e diagnosticando distúrbios, orientando, educando e realizando intervenções psicoterapêuticas (IFRN, 2014). Dessa maneira, ocupam papel de analistas, prestadores de diagnóstico e tratamento e de orientadores e educadores.

Seguindo com a análise, percebemos que os técnicos em enfermagem do IFRN são colocados como profissionais que desempenham atividades técnicas sob supervisão dos médicos ou enfermeiros, prestando assistência direta aos pacientes, organizam o ambiente de trabalho e asseguram que os procedimentos de biossegurança sejam seguidos (IFRN, 2012b, 2014, 2023c), assumindo o lugar de assistente técnicos, organizadores e facilitadores das práticas em saúde no Instituto.

E, ainda, os técnicos em higiene dental são responsáveis por executar procedimentos odontológicos sob supervisão do odontólogo, participar de projetos educativos, realizar orientações de higiene bucal, organizar o ambiente de trabalho, controlar a higienização e assegurar que os procedimentos de biossegurança sejam seguidos (IFRN, 2016). Assim, assumem as posições de assistentes técnicos, orientadores, educadores, organizadores e facilitadores das práticas em saúde dental no IFRN.

Além disso, todos os profissionais das equipes multidisciplinares em saúde do IFRN assumem papel de assessores acadêmicos, com base nos enunciados que atribuem a eles a função de “assessorar nas atividades de ensino, pesquisa e extensão” (IFRN, 2009b, p. 10-11, 2010, seção 2.3.5, 2012b, seções 2.1-2.2, 2013, seção 2.2, 2014, seções 2.2-2.3, 2015b, seção 2.4.3, 2016, seções 2.2-2.3.3, 2023c, seções 3.2-3.3), conforme já problematizamos anteriormente.

O fato é que, com base na análise realizada nos documentos, podemos perceber a predominância de ofertas de práticas pedagógicas de natureza assistencial para os estudantes do IFRN. Apenas algumas ações, apresentadas de modo muito superficial, por sua vez, foram direcionadas para a educação em saúde, o que não nos permite ignorar o anunciado papel de coadjuvante desses profissionais nas práticas pedagógicas dessa natureza no Instituto.

Tal constatação, aliás, reforça a lógica já evidenciada anteriormente, segundo a qual a centralidade conferida às práticas assistenciais não apenas subordina a dimensão educativa a um lugar secundário, como também tensiona a própria concepção de formação integral defendida nos discursos institucionais.

Além do mais, de modo geral, fica evidente que as práticas pedagógicas propostas para a equipe multidisciplinar em saúde da Instituição, além de possuírem natureza assistencialista, trazem indícios de um processo de biologização da vida e dos corpos. Essa constatação se apoia em diferentes enunciados que emergem da nossa análise, como, por exemplo, nas descrições sumárias de cargos que reiteram atribuições técnicas e biomédicas ou nas atividades como prestar assistência ao paciente em clínicas, hospitais e ambulatórios, preparar pacientes para cirurgias e realizar intervenções odontológicas, médicas e psicológicas, que são enunciadas como centrais à atuação desses profissionais, deslocando o foco para uma lógica de cuidado centrada na dimensão biológica da saúde (IFRN, 2009b; IFRN, 2012b; IFRN, 2014; IFRN, 2016).

Essa delimitação de funções — fortemente regulada por normativas profissionais oriundas de campos externos ao educacional — subordina as práticas institucionais a um modelo assistencialista e técnico que pouco dialoga com as especificidades pedagógicas e formativas do espaço escolar. Nesse cenário, as ações desses profissionais tendem a se organizar em torno de protocolos e procedimentos que privilegiam o corpo biológico e o risco sanitário, enquanto as dimensões subjetivas, emocionais e relacionais dos estudantes são invisibilizadas ou marginalizadas.

Tais enunciados, quando articulados à Política de Saúde Estudantil do IFRN (IFRN, 2024), que designa à equipe multidisciplinar a função de promover a atenção primária sem explicitar formas educativas e participativas de atuação, revelam como a lógica biologizante infiltra-se nas práticas pedagógicas em saúde, configurando

um processo de medicalização no qual os corpos discentes são geridos e normatizados por meio de saberes técnicos.

Nesse sentido, como propõe Foucault (1988, 1999a), pode-se compreender que tais discursos participam de um regime de biopoder que, ao transitar da clínica para a escola, redefine as formas de regulação dos sujeitos e naturaliza intervenções que silenciam suas experiências, sentimentos e sofrimentos em nome de um ideal de normalidade e eficiência institucional.

Outrossim, é possível percebermos um certo deslizamento de uma perspectiva integral e emancipatória de Educação em Saúde — notadamente nos documentos analisados na subseção 3.2 —, para uma perspectiva assistencialista, nos documentos analisados nesta subseção 3.4, o que aponta para a necessidade de uma melhor compreensão da materialização desses discursos na instituição. Essa transição discursiva não é casual, tampouco neutra: ela expressa a presença de campos discursivos heterogêneos que disputam a definição sobre o que é o cuidado e como ele deve ser exercido no contexto institucional.

De um lado, o discurso pedagógico, vinculado a princípios da formação integral e da emancipação dos sujeitos, reivindica o cuidado como dimensão educativa, orientada para a autonomia e a participação dos estudantes; de outro, o discurso assistencialista, historicamente associado à Assistência Social e à Saúde Pública, ancora-se em práticas normativas, prescritivas e técnico-biológicas que tendem a tratar os sujeitos como objetos de intervenção e proteção.

Considerando isso, é relevante reiterar que, mesmo atravessadas por uma lógica historicamente marcada pelo assistencialismo e pela biologização dos corpos, as práticas pedagógicas propostas para as equipes multidisciplinares não se reduzem integralmente a esse modelo. Embora os enunciados dos editais e documentos oficiais evidenciem uma compreensão prioritariamente assistencial da atuação desses profissionais, observa-se, por outro lado, que, ao ocuparem os espaços escolares, esses sujeitos constroem zonas de tensão e possibilidade de deslocamento do saber/poder médico.

Assim, ainda que inseridos em prescrições institucionais normativas, desenvolvem práticas que incorporam escutas qualificadas, abordagens integradas e ações educativas, as quais sinalizam a produção de brechas e resistências no interior do próprio dispositivo de medicalização (Foucault, 1979).

É possível afirmar, dessa forma, que o campo de atuação desses profissionais, ainda que regulado por dispositivos administrativos, não está completamente capturado por eles, visto que o cotidiano das práticas pedagógicas em saúde tensiona os limites desses discursos e produz deslocamentos significativos. Por conseguinte, a atuação da equipe multidisciplinar não apenas revela os efeitos da medicalização, mas também configura fraturas no seu funcionamento ao propor outras formas de escuta, cuidado e relação com os estudantes.

Nesse horizonte, mesmo sob o manto do assistencialismo, germinam práticas que desestabilizam o modelo biomédico e reiteram a saúde como processo educativo e coletivo. É nessa ambivalência, portanto, que se reconhece o potencial das práticas pedagógicas em saúde do IFRN como estratégia de resistência, na medida em que permitem a emergência de subjetividades menos medicalizadas e mais autônomas, deslocando o foco do controle para a formação.

À medida que se reconhece a existência de brechas e deslocamentos no interior das práticas pedagógicas institucionalizadas, torna-se fundamental, desse modo, aprofundar a análise sobre como tais tensões são vivenciadas e enunciadas pelos próprios profissionais que atuam cotidianamente na saúde estudantil do IFRN. É a partir de seus discursos — situados entre o reforço de lógicas assistencialistas e a aposta na formação integral — que se delineará, na próxima etapa deste estudo, a complexa articulação entre controle e resistência que atravessa o fazer pedagógico multidisciplinar.

Nesse sentido, na seção seguinte, analisam-se os discursos produzidos entre integrantes da equipe multidisciplinar do IFRN sobre as práticas pedagógicas em saúde na instituição, na tentativa de relacionar essa produção discursiva com o funcionamento da medicalização do corpo no IFRN.

#### **4 ENTRE O CONTROLE E A RESISTÊNCIA: OS DISCURSOS DAS PROFISSIONAIS ENVOLVIDAS SOBRE AS PRÁTICAS PEDAGÓGICAS MULTIDISCIPLINARES EM SAÚDE NO IFRN**

Se, ao longo das seções anteriores, acompanhamos a construção dos fios que orientam, ajustam e normalizam os movimentos da marionete no plano dos discursos institucionais, é no cotidiano das práticas que esses fios passam a ser efetivamente experimentados, tensionados e, por vezes, deslocados. Entre o controle e a resistência, a metáfora da marionete deixa de operar apenas como figura explicativa dos dispositivos e passa a incidir sobre os gestos concretos daqueles que atuam no interior da instituição escolar.

É nesse espaço intermediário — onde as normativas encontram as demandas reais, e os roteiros prescritos se chocam com a vida que insiste — que emergem práticas pedagógicas em saúde capazes tanto de reproduzir quanto de fissurar as lógicas medicalizantes. A presente seção se inscreve, portanto, nesse campo de forças, tomando as vozes das profissionais como lugar privilegiado para compreender como a resistência se produz no interior do próprio dispositivo.

Conforme discutido na seção anterior, a análise dos documentos institucionais revelou que, embora marcadas por prescrições de caráter assistencialista e medicalizante, as práticas pedagógicas em saúde no IFRN não se esgotam nesse modelo. Ao contrário, identificamos zonas de tensão e deslocamento que sugerem a existência de brechas discursivas capazes de favorecer a resistência e a resignificação das relações entre saúde, corpo e educação no espaço escolar.

Nesse seguimento, passamos a analisar os discursos produzidos pelas profissionais da equipe multidisciplinar de saúde do IFRN, considerando as posições de sujeito que ocupam e os modos pelos quais significam suas práticas no interior da instituição. Compreender o modo como esses profissionais significam suas práticas cotidianas é fundamental para analisar como, situados entre normativas institucionais e as demandas reais dos estudantes, eles negociam, tensionam e, por vezes, subvertem as lógicas medicalizantes que atravessam suas atuações.

Buscamos, assim, aprofundar a reflexão sobre a articulação entre poder e resistência no interior das práticas pedagógicas em saúde, explorando como o exercício do cuidado, em suas múltiplas dimensões, pode tanto reproduzir quanto deslocar os imperativos de controle que caracterizam a medicalização do corpo na contemporaneidade.

Considerando a aproximação entre os discursos que regulamentam a inserção desses profissionais no Instituto e o funcionamento da medicalização na sociedade, torna-se imprescindível dar voz aos principais personagens envolvidos nas práticas pedagógicas em saúde no IFRN. Em vista disso, esta seção se dedica à análise dos discursos produzidos pelas integrantes da equipe multidisciplinar de saúde.

Para tanto, iniciamos pela interpretação do perfil sociodemográfico e profissional das participantes, compreendendo que tais aspectos fornecem subsídios importantes para situar as condições em que esses discursos são produzidos e mobilizados no interior da instituição.

Nesse sentido, os resultados da pesquisa de campo se constituem como parte fundamental da construção analítica deste trabalho, permitindo entrever os atravessamentos históricos, formativos e ocupacionais que incidem sobre a atuação dessas profissionais.

Conforme expusemos na introdução desta tese, o primeiro instrumento de pesquisa de campo utilizado foi um questionário, composto por um total de 13 questões, disponibilizado via *Formulários do Google*. Destinado a traçar o perfil sociodemográfico e profissional das participantes, esse instrumento não se restringiu a uma formalidade estatística, mas constituiu uma estratégia analítica que nos permitiu compreender as condições de produção dos discursos em sua concretude histórica, social e institucional.

Para uma melhor visualização desse perfil, o Quadro 10 expõe a sistematização dos resultados obtidos, de modo que dispomos a categoria equivalente a cada questão, as respostas que foram apontadas e os números de incidência de cada resposta. Essa organização possibilita identificar padrões recorrentes e singularidades nos discursos das participantes, contribuindo para a leitura comparativa dos enunciados analisados. Além disso, o quadro favorece a compreensão da distribuição dos sentidos produzidos, servindo como apoio à análise discursiva desenvolvida na sequência.

Quadro 10 – Perfil sociodemográfico e profissional das participantes

| <b>Categoria</b>                            | <b>Resposta</b>                                                       | <b>Frequência</b> |
|---------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|-------------------|
| <b>Sexo/gênero</b>                          | Mulher cisgênero                                                      | 8                 |
| <b>Identificação étnico-racial</b>          | Branco                                                                | 4                 |
|                                             | Mestiço/pardo                                                         | 3                 |
|                                             | Negro                                                                 | 1                 |
| <b>Campus atual de exercício</b>            | Ceará-Mirim                                                           | 1                 |
|                                             | Ipanguaçu                                                             | 1                 |
|                                             | Mossoró                                                               | 1                 |
|                                             | Natal-Central                                                         | 1                 |
|                                             | Nova Cruz                                                             | 1                 |
|                                             | Reitoria                                                              | 1                 |
|                                             | São Gonçalo do Amarante                                               | 2                 |
| <b>Idade (anos completos)</b>               | 30 a 39 anos                                                          | 1                 |
|                                             | 40 a 49 anos                                                          | 6                 |
|                                             | 50 a 59 anos                                                          | 1                 |
| <b>Identificação religiosa</b>              | Católica                                                              | 5                 |
|                                             | Protestante/evangélica                                                | 1                 |
|                                             | Espírita                                                              | 1                 |
|                                             | Sem filiação religiosa                                                | 1                 |
| <b>Tempo de serviço na área de formação</b> | Entre 5 e 10 anos                                                     | 1                 |
|                                             | Mais de 10 anos                                                       | 7                 |
| <b>Tempo de serviço no IFRN</b>             | Entre 5 e 10 anos                                                     | 1                 |
|                                             | Mais de 10 anos                                                       | 7                 |
| <b>Escolaridade</b>                         | Especialização                                                        | 3                 |
|                                             | Mestrado                                                              | 3                 |
|                                             | Doutorado                                                             | 2                 |
| <b>Cargo no IFRN</b>                        | Assistente social                                                     | 1                 |
|                                             | Enfermeira                                                            | 2                 |
|                                             | Odontóloga                                                            | 2                 |
|                                             | Psicóloga                                                             | 1                 |
|                                             | Técnica em enfermagem                                                 | 2                 |
| <b>Regime de trabalho</b>                   | 30h                                                                   | 2                 |
|                                             | 40h                                                                   | 6                 |
| <b>Cargo de gestão no momento</b>           | Coordenação da COAES                                                  | 1                 |
|                                             | Direção                                                               | 1                 |
|                                             | Nenhum                                                                | 6                 |
| <b>Remuneração bruta no IFRN</b>            | Entre 2 e 3 salários-mínimos (acima de R\$ 2.824 até R\$ 4.236)       | 1                 |
|                                             | Entre 3 e 5 salários-mínimos (acima de R\$ 4.236 até R\$ 7.060)       | 3                 |
|                                             | Entre 8 e 10 salários-mínimos (acima de R\$ 11.296 até R\$ 14.120,00) | 2                 |
|                                             | Mais de 10 salários-mínimos (acima de R\$ 14.120,00)                  | 2                 |

Fonte: Elaboração própria em 2025.

Algumas considerações importantes precisam ser destacadas a respeito dos resultados que o questionário nos apresentou. Um dado relevante é que, entre os membros do GTESS, apenas participantes do sexo/gênero feminino aceitaram compor a amostra da pesquisa — embora não tenha sido nossa intenção fazer restrição quanto a essa variável na construção deste estudo —, um fato que provoca uma reflexão significativa sobre a feminização do trabalho em saúde, especialmente no contexto das práticas pedagógicas desenvolvidas no IFRN.

Cabe destacarmos que a associação do cuidado à figura feminina é um fenômeno historicamente consolidado em nossa sociedade, de modo que, nos mais diversos campos — como a saúde, a educação e o trabalho doméstico —, essa atribuição reforça estereótipos de gênero que vinculam as mulheres ao papel de cuidadoras, naturalizando responsabilidades que, muitas vezes, não são socialmente reconhecidas nem equitativamente valorizadas (Hirata; Kergoat, 2007; Souza; Lima Neto; Gleyse; Costa, 2021).

Essa lógica, ao ser reproduzida nas instituições, revela como os regimes de gênero atravessam as práticas sociais e organizam o trabalho pedagógico em saúde. O fato de todas as participantes serem mulheres e ocuparem posições relacionadas ao cuidado no IFRN não pode ser tomado como coincidência, mas como expressão concreta da divisão sexual do trabalho. Nesse sentido, o cuidado, tradicionalmente vinculado a saberes femininos, transforma-se em operador de subjetivação e ordenamento dos papéis profissionais.

Assim, a tensão discursiva identificada nesta pesquisa não se restringe ao embate entre pedagogia e saberes biomédicos/assistencialistas. Ela se expande para abarcar também as disputas entre diferentes regimes de verdade e de poder que atravessam a prática do cuidado, situando as profissionais da saúde em uma posição de mediação complexa entre as exigências institucionais, as normativas técnicas e os compromissos ético-políticos com a formação integral dos estudantes.

Em contrapartida a esse resultado, observamos, através do questionário, a incidência de uma variedade no que diz respeito à identificação étnico-racial, o que sugere, ao menos em nossa pesquisa, que as questões dessa natureza não representaram diferença na constituição dos membros do grupo escolhido.

Outro aspecto importante a considerar é o fato de que, embora o IFRN seja composto por um total de 23 unidades, a amostra foi composta por uma pluralidade

de representação dos *campi*, o que nos leva a crer que as informações obtidas nesta pesquisa de campo representam a realidade da instituição como um todo.

Além disso, com o intuito de compreender em que medida as experiências de vida podem influenciar a constituição dos discursos analisados, optamos por registrar as faixas etárias das participantes, sua identificação religiosa, o tempo de serviço na área de formação e no IFRN, além da escolaridade.

A idade das participantes pode fornecer pistas relevantes sobre os referenciais formativos, as matrizes geracionais e os modos de subjetivação que incidem sobre suas trajetórias. Nesse sentido, os dados indicam que a maioria delas se encontra na faixa entre 40 e 49 anos, havendo ainda uma representante entre 30 e 39 anos e outra entre 50 e 59 anos. Tal distribuição etária sinaliza um predomínio de profissionais com trajetórias consolidadas, em fase de maturidade tanto pessoal quanto profissional, o que pode contribuir para a elaboração de discursos mais críticos, articulados e fundamentados em vivências institucionais e sociais acumuladas.

Já a opção por coletar informações sobre a identificação religiosa das participantes, está vinculada à perspectiva da religião como um elemento possível de subjetivação, cuja presença se dá por meio de valores, crenças e significações atribuídas ao sofrimento, ao cuidado e ao corpo. Ainda que tal variável não seja central no desenvolvimento das análises apresentadas nesta tese, sua coleta visou a ampliar a compreensão sobre os atravessamentos simbólicos que, por vezes de forma implícita, orientam os modos de ver, interpretar e intervir nas questões de saúde no contexto institucional.

Os dados obtidos revelam uma predominância da identificação com o catolicismo, seguida pelas tradições protestante/evangélica, espírita e por uma participante que se declarou sem filiação religiosa. Tal composição sugere a presença de uma maioria que compartilha um referencial cristão em suas trajetórias pessoais, o que pode repercutir, ainda que de maneira indireta, em suas concepções sobre saúde, sofrimento, cuidado e intervenção.

No que diz respeito à trajetória profissional das participantes, os dados indicam que a expressiva maioria possui mais de dez anos tanto de atuação na área de formação quanto de vínculo com o IFRN. Esse tempo prolongado de inserção nas práticas institucionais revela um acúmulo significativo de experiências que

tende a favorecer uma leitura mais situada, crítica e complexa das políticas educacionais e dos desafios cotidianos enfrentados no âmbito da saúde escolar.

Trata-se, portanto, de um grupo cuja longevidade no serviço público federal denota estabilidade, familiaridade com os fluxos institucionais e aproximação com os públicos atendidos, além de indicar uma maior capacidade de elaborar estratégias integradas ao PPP/IFRN e de compreender as transformações históricas da própria RFEPCT.

Em relação à escolaridade, notamos uma qualificação profissional elevada, considerando que três participantes possuem doutorado, três têm mestrado e duas concluíram a especialização. Esse perfil indica um grupo capacitado, com domínio técnico e teórico das suas áreas, e aponta para a presença de discursos atravessados por saberes científicos complexos, que possivelmente tensionam a prática cotidiana com base em referenciais mais amplos e críticos sobre saúde, educação e políticas públicas.

Destacamos, ainda, que o estudo foi constituído por profissionais de 5 cargos distintos, de um total de 9 que existem na instituição, o que representa uma diversidade de representação dos cargos pertencentes às equipes multidisciplinares em saúde, algo que nos possibilitou analisar os distintos olhares que constituem as diversas áreas envolvidas na saúde do IFRN.

Por conseguinte, o regime de trabalho se mostra relevante na medida em que indica a disponibilidade institucional de tempo para o planejamento e a execução dessas práticas, aspecto que interfere diretamente nas possibilidades de engajamento das profissionais nas ações desenvolvidas. Assim, o fato de a maioria das profissionais atuar sob o regime de 40 horas pode favorecer, ao menos em termos formais, maior disponibilidade para o planejamento e execução de ações integradas e pedagógicas em saúde no interior das unidades do Instituto.

Acrescentamos a isso a identificação de cargos de gestão atualmente ocupados, aspecto que permite refletir sobre como as relações de poder operam internamente na estrutura institucional, conferindo maior ou menor legitimidade às práticas pedagógicas desenvolvidas no campo da saúde.

Nesse sentido, apenas duas participantes ocupavam cargos de gestão no momento da pesquisa — uma na coordenação da COAES e outra em cargo de direção —, enquanto as demais não desempenhavam funções administrativas. Tal dado pode apontar para certa concentração das experiências de gestão, ao passo

que a maioria das participantes atua exclusivamente nas funções técnicas, e contribui para refletirmos sobre os limites e possibilidades de influência das equipes de saúde na formulação e tomada de decisões institucionais.

Por fim, a informação relativa à remuneração bruta das participantes tem por finalidade oferecer um panorama geral das condições materiais de trabalho, não como marcador de valor, mas como dado que permite inferir relações de reconhecimento institucional, distribuição de gratificações e desigualdades estruturais entre as diferentes ocupações, o que pode também se refletir na valorização — ou invisibilização — de determinadas práticas e saberes no interior da instituição.

Os dados de distribuição das faixas de remuneração bruta revelam desigualdades salariais dentro da equipe, com três participantes recebendo entre 3 e 5 salários-mínimos, duas entre 8 e 10 salários-mínimos e outras duas acima de 10 salários-mínimos, enquanto apenas uma participante estava na faixa entre 2 e 3 salários.

Essa variação se relaciona diretamente com o cargo ocupado, o nível de escolaridade, de titulação e o tempo de serviço, e pode também influenciar na percepção de reconhecimento profissional, nas condições de vida e no engajamento com as atividades institucionais.

Após a consolidação dos questionários e, posteriormente, da segunda fase da nossa pesquisa de campo, desenvolvemos nosso grupo de discussão, respeitando as orientações propostas pela literatura que embasa esse tipo de instrumento (Godoi, 2015; Ibáñez, 2003; Meinerz, 2011; Weller, 2006, 2013) e devendo atender a cinco requisitos essenciais ligados ao seu funcionamento prático, conforme apresentado no Quadro 11.

**Quadro 11 – Requisitos ligados ao funcionamento prático do grupo de discussão**

| <b>Requisito</b>                           | <b>Crítérios</b>                                                                                                                             |
|--------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| A seleção e recrutamento dos participantes | A seleção ocorre a partir de um esboço do grupo representado pelo maior número de protótipos sociais correspondentes ao fenômeno investigado |
|                                            | O recrutamento é um convite que deve deixar clara a situação da investigação, não entrando muito nos detalhes do objeto da mesma             |
| Os participantes                           | O número ideal varia entre sete e dez membros                                                                                                |
|                                            | O grupo é composto por pessoas previamente recrutadas, segundo critérios de representatividade                                               |
| O tempo                                    | O grupo se reúne apenas uma vez, com um tempo de duração de até duas horas                                                                   |
| O espaço                                   | Deve ser distante do cotidiano de seus participantes                                                                                         |

|             |                                                                                                                            |
|-------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|             | Deve deixar os participantes à vontade, não causando inibições ou constrangimentos                                         |
|             | Preferencialmente uma sala composta por uma mesa redonda, em que os componentes possam sentar e enxergar uns os outros     |
| O moderador | É o investigador, ou seja, representa a demanda social da pesquisa                                                         |
|             | Deve apresentar o objetivo da reunião e instigar o grupo a falar                                                           |
|             | Não deve emitir opiniões sobre o tema em debate, apenas confirmar o que foi expresso pelo grupo                            |
|             | Sua posição é de observação e de escuta, inclusive dos possíveis momentos de silêncio que se produzam no processo do grupo |
|             | Utilizam-se, com a permissão do grupo, instrumentos como gravador, filmadora ou bloco de notas                             |

Fonte: Adaptado de Godoi (2015), Ibáñez (2003), Meinerz (2011) e Weller (2006, 2013).

Com base nisso, nosso grupo foi constituído por um total de oito profissionais que se disponibilizaram a participar, sendo todas do gênero feminino e representando uma diversidade dos cargos pertencentes às equipes multidisciplinares em saúde, conforme já descrevemos anteriormente.

No sentido de preservar o anonimato de suas identidades, decidimos por atribuir-lhes codinomes que remetem a nomes femininos cujos significados foram inspirados nos perfis e contribuições das participantes, conectando-os ao conteúdo do arquivo, conforme exposto no Quadro 12. Esses nomes femininos, que serão utilizados de agora em diante em nosso texto, mantêm as características principais das participantes enquanto criam uma camada de anonimato e significado.

Quadro 12 – Identificação dos codinomes das participantes

| Codinome | Cargo                 | Justificativa da escolha                                                                                                                                                           |
|----------|-----------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Clara    | Odontóloga            | Reflete a clareza, a organização e o foco em aspectos normativos e estruturais, que se destacam em suas falas                                                                      |
| Sofia    | Técnica em Enfermagem | Inspirado na ideia de sabedoria, empatia e no compromisso com a transformação do ambiente escolar por meio da educação em saúde, aspectos que se destacam claramente em suas falas |
| Helena   | Odontóloga            | Inspirado na ideia de força, liderança e resiliência, características marcantes em suas falas e ações no contexto descrito                                                         |
| Ana      | Técnica em Enfermagem | Traduz a essência da participante como uma figura resiliente, adaptável e transformadora, que promove mudanças necessárias com simplicidade e determinação                         |
| Lúcia    | Enfermeira            | Alude à luz e à integração sistêmica nas práticas multiprofissionais                                                                                                               |
| Isabela  | Assistente Social     | Evoca o compromisso com a compreensão e o enfrentamento de resistências no contexto escolar                                                                                        |
| Camila   | Psicóloga             | Representa cuidado e atenção, valorizando práticas preventivas e reflexões sobre o biopoder                                                                                        |
| Teresa   | Enfermeira            | Simboliza sua trajetória de adaptação e superação de desafios estruturais ao longo de muitos anos no IFRN                                                                          |

Fonte: Elaboração própria em 2025.

O grupo se reuniu em um encontro único com duração de duas horas, que aconteceu de forma híbrida, sendo realizado presencialmente em uma sala reservada na reitoria do IFRN, onde as participantes se acomodaram em uma mesa redonda e, remotamente, através da plataforma virtual *Google Meet*, de modo que todas as participantes — em formato presencial ou remoto — pudessem se ver e ouvir durante as discussões.

Para tanto, recorremos ao uso de instrumentos tecnológicos: um notebook e uma TV para exibição de áudio e vídeo da plataforma virtual para as participantes que estavam presentes na sala; uma *webcam* para exibição de áudio e vídeo da sala para as participantes que estavam no modo remoto; uma câmera digital para os registros das imagens durante a realização das discussões; e um *smartphone* para o registro de áudio complementar das discussões.

As discussões no grupo foram conduzidas e moderadas com base no tópico-guia (Apêndice E), elaborado com alguns temas que pudessem servir como estímulo para a discussão entre as participantes. É importante destacarmos que, conforme orientações de Weller (2006, 2013), o tópico-guia não foi compartilhado com as participantes, com o intuito de evitar que elas confundissem o grupo de discussão com um questionário estruturado com perguntas e respostas previamente definidas.

As discussões do grupo foram registradas por meio de gravação de áudio e vídeo para posterior análise. Ao final desta fase da pesquisa, a transcrição do arquivo foi realizada com o auxílio do *software Reshape* e, logo após, realizamos a conferência minuciosa com a finalidade de corrigir possíveis equívocos nesse processo automatizado. Cabe salientar que, após esse processo, o material transcrito foi enviado às participantes para que fizessem a conferência, buscando garantir a validade descritiva dos discursos, assegurando a precisão dos dados e evitando possíveis distorções, conforme orientado por Sandín Esteban (2010).

Nesse sentido, considerando que Foucault (1996, 1999a) propõe que o poder está intrinsecamente ligado à produção de saber e à configuração de subjetividades nos contextos sociais, a análise dos discursos produzidos pela equipe multidisciplinar do IFRN sobre práticas pedagógicas em saúde do IFRN no grupo de discussão nos leva a compreender que, de modo geral, tais discursos emergem da tensão entre práticas pedagógicas em saúde, estruturas institucionais e subjetividades profissionais. Compreendemos, assim, que esses discursos podem

ser analisados à luz de três eixos principais: as posições de sujeitos, a medicalização e as práticas pedagógicas em saúde.

Dessa maneira, na subseção 4.1, intitulada como *“Qual seria o nosso diferencial estando na escola enquanto profissionais de saúde?”: as posições de sujeitos e as relações de poder na saúde do IFRN*, apresentamos os modos como as profissionais constroem suas identidades e suas relações dentro da instituição, com foco nos mecanismos de poder que moldam suas práticas e seus discursos.

Na subseção 4.2, intitulada *“A escola é o reflexo da nossa sociedade”: a medicalização e o biopoder no contexto do IFRN*, apresentamos uma análise dos discursos que evidenciam como as práticas institucionais relacionadas à saúde reproduzem, em certa medida, os mecanismos de medicalização e de controle social presentes na sociedade contemporânea. Isso na tentativa de compreender de que modo as falas das profissionais revelam a presença de dispositivos de biopoder que, ao atravessarem o espaço escolar, moldam condutas, regulam corpos e instituem verdades sobre saúde, adoecimento e normalidade, revelando que a escola opera, também, como espaço de vigilância, disciplinamento e produção de subjetividades medicalizadas.

Por fim, na subseção 4.3, intitulada *“Como é que a gente promove saúde? Através de educação em saúde”: práticas pedagógicas de educação em saúde e a produção de saberes como dispositivos de resistência e legitimidade*, voltamos aos enunciados que evidenciam a educação em saúde como prática pedagógica insurgente frente às lógicas medicalizantes, analisando como as participantes constroem estratégias educativas que, ao produzirem saberes situados e coletivos, operam como dispositivos de resistência e de legitimação da própria atuação pedagógica no interior do IFRN. Nessa direção, destacamos como tais práticas, ao se afastarem da prescrição clínica, assumem um caráter formativo, abrindo espaço para a constituição de subjetividades menos capturadas pela norma biomédica.

#### 4.1 “QUAL SERIA O NOSSO DIFERENCIAL ESTANDO NA ESCOLA ENQUANTO PROFISSIONAIS DE SAÚDE?”: AS POSIÇÕES DE SUJEITOS E AS RELAÇÕES DE PODER NA SAÚDE DO IFRN

No interior do campo de forças que atravessa as práticas pedagógicas em saúde no IFRN, as profissionais não apenas executam roteiros institucionais, mas

se veem interpeladas a refletir sobre o lugar que ocupam e sobre o sentido de sua atuação no espaço escolar. A metáfora da marionete, neste ponto, se desloca para a dimensão das posições de sujeito, evidenciando que os fios do poder não produzem efeitos homogêneos, mas engendram modos diversos de se reconhecer, de agir e de resistir.

Ao questionarem o seu diferencial enquanto profissionais de saúde inseridas na escola, as participantes explicitam as tensões entre expectativas institucionais, saberes disciplinares e demandas concretas do cotidiano, revelando como as relações de poder se atualizam, se negociam e, por vezes, se reconfiguram no exercício das práticas em saúde. É nesse movimento reflexivo que se inscreve a análise que se segue.

A princípio, os discursos analisados nos possibilitam perceber que as posições de sujeito dessas profissionais refletem uma tensão central pautada no sentimento de invisibilidade no contexto institucional e na busca contínua por relevância, uma dinâmica atravessada por práticas discursivas que moldam as subjetividades e as relações de poder dentro da instituição.

De acordo com Clara, desenvolver práticas pedagógicas em saúde no Instituto

**é um trabalho um pouco mais difícil porque as pessoas não compreendem o nosso fazer**, porque a grande maioria das pessoas são da área de educação. E aí elas não compreendem um pouco o nosso fazer e nem os detalhes do nosso fazer. Então **você tem que estar sempre afirmando o que você faz, como você faz, por que você precisa daquilo pra fazer.**

O discurso acima, no qual determinados saberes são legitimados em detrimento de outros, reflete o que Foucault (1979) denomina *regime de verdade*. Dessa maneira, Clara evidencia que, no IFRN, o saber educacional ocupa uma posição de hegemonia, enquanto o saber em saúde é relegado à invisibilidade ou apenas acionado em momentos críticos, como emergências ou crises de saúde, como aconteceu durante a pandemia, conforme destacado por Ana: “[...] lembraram do setor de saúde na época da pandemia”.

Esse enunciado evidencia que o Instituto posiciona esses profissionais como periféricos, ao mesmo tempo em que exige sua atuação nos momentos de crise — movimento que reforça o apontamento de Foucault (1999a) de que as instituições

moldam os sujeitos ao lhes atribuírem papéis e funções específicas. Dessa maneira, a posição de sujeito desses profissionais se constrói sob a necessidade de afirmar continuamente a relevância de seu papel no ambiente escolar, enfrentando resistências internas e externas. Essas mesmas resistências funcionam, contudo, como catalisadoras da criação de estratégias de legitimidade, as quais reconfiguram as relações de poder e saber no interior da instituição.

Ademais, a invisibilidade também se manifesta na ausência de diretrizes específicas que orientem o trabalho desses profissionais, conforme apontado por Sofia:

Quando eu cheguei aqui, quem me recebeu foi [...] a assistente social, e me trouxe aqui na sala e disse: **“Olha, tem os remédios ali que você dá quando os meninos chegam com dor,** e tem uns equipamentos aí que eu não sei pra que é que serve e você vai descobrir ao longo do tempo.”

Antes de mais nada, o enunciado em questão, que destaca o fato de uma das primeiras orientações dadas a essa profissional que acabara de ingressar na instituição ser a de administrar medicamentos em certos casos, encontra-se imerso em uma formação discursiva que reflete o quanto nossa sociedade está medicalizada e medicalizante na atualidade, evidenciando que o contexto do IFRN não está imune a esse processo.

Os discursos analisados, além disso, apresentam questões a respeito da identidade profissional das participantes dentro da instituição e evidenciam um sentimento de desajuste inicial, como relatado por Sofia e Teresa, que destacam o desafio de se adaptar às práticas da saúde tradicionais ao contexto escolar: "Nos primeiros dias eu fiquei assim, 'meu Deus, eu corro pra que lado?'" (Sofia); "Quando eu cheguei eu me senti muito perdida porque, como Sofia falou, a gente chegou e as coisas lá e eu não sabia bem o que fazer e como executar. [...] eu sentia essa necessidade de ter um norte pra nossa conduta" (Teresa).

No mesmo sentido, Clara acrescenta:

Você entrava aqui, alguém dizia que era seu chefe, **o seu chefe não entendia de nada**. Por exemplo, eu cheguei com o chefe que era professor, o coitado não sabia de nada de saúde, disse assim: **“você faz o que você quiser”**. Então, era meio que assim, [...] a gente chegava e a gente definiu o que a gente ia fazer. [...] aí eu lembro que eu fiquei muito angustiada [...]. E aí eu fiquei pensando **“meu Deus, eu sou especialista em canal, será que eu posso fazer canal aqui na escola?”**.

Esses discursos refletem a ausência de orientação clara no momento em que as participantes ingressaram no IFRN, especialmente a respeito das atribuições e a autonomia necessária para ajustar suas práticas ao novo ambiente. Assim, fica evidente que a desarticulação entre as exigências institucionais e as práticas de saúde refletiam a carência de políticas estruturantes que definissem a atuação desses profissionais.

Essa ausência de clareza sobre as atribuições dos profissionais de saúde que ingressam na instituição demonstra como a instituição negligencia a integração dos profissionais de saúde em suas práticas estruturais, contribuindo para a perpetuação da sensação de invisibilidade, e reforça a problematização que apresentamos anteriormente, na subseção 3.4, a respeito dos editais de seleção desses profissionais.

Caracterizados pela normatividade, pela objetividade técnica e pela impessoalidade da linguagem, especialmente por se ancorarem em dispositivos legais e burocráticos, esses editais produzem enunciados que visam a delimitar funções, competências e critérios de seleção a partir de uma lógica institucional de organização e controle. Em outras palavras, trata-se de um discurso que opera pela formalização das relações institucionais, com base em uma racionalidade legalista que tende a apagar os sujeitos em favor das funções.

Nesse sentido, o desajuste identificado entre o que está prescrito neles e a prática vivida pelas profissionais de saúde revela uma tensão entre o discurso jurídico-administrativo e os efeitos de subjetivação gerados por ele. A ausência de clareza quanto às atribuições no documento normativo não apenas fragiliza a legitimidade das ações pedagógicas dessas profissionais, como também dificulta o reconhecimento simbólico e institucional de sua atuação, o que afeta diretamente a posição de sujeito ocupada por elas, uma vez que, ao enunciarem suas práticas, encontram-se em um lugar de incerteza e indefinição, situadas entre o que lhes é prescrito institucionalmente e o que constroem cotidianamente no espaço escolar.

Assim, esse descompasso evidencia um ponto crucial da análise foucaultiana: os sujeitos não existem fora dos discursos, e é nas fissuras entre os domínios discursivos — neste caso, entre o administrativo e o pedagógico — que se produzem as margens da resistência, mas também da invisibilidade. A precariedade discursiva dos editais, ao não contemplar com precisão o papel formativo das práticas de saúde no contexto educacional, atua como um mecanismo

de silenciamento institucional, algo que impacta diretamente a constituição das identidades profissionais e a legitimidade das práticas pedagógicas desenvolvidas.

Nesse contexto, ao serem convidadas a refletir sobre as atribuições descritas nesses documentos, observamos que a desconexão entre as descrições dos cargos e a realidade institucional gerou perplexidade nas participantes do grupo, como observado na fala de Helena: “após morte? [...] isso é no IFRN?”, de Ana: “é UTI?” e de Isabela: “é hospital, é?”. Além disso, Ana acrescenta: “a gente tinha bomba de infusão, que é coisa de hospital, pra que é que a gente quer aqui?” Esse enunciado, que evidencia a adoção de instrumentos hospitalares dentro do espaço escolar, aponta para o descompasso entre as normas institucionais e o cotidiano prático, que configura um espaço de tensão discursiva, e para um cruzamento entre os campos discursivos da medicina e da educação.

Essa dinâmica se reflete na origem das atribuições descritas nos editais, conforme Camila explica: “nos editais desses concursos que nós participamos, [...] o que acontece é um Ctrl-C e Ctrl-V do CBO, Classificação Brasileira de Ocupações”, e Clara complementa: “eles copiavam e colavam... não tinham o trabalho de pegar as atribuições, ler todas as que estavam ali e excluir as que não faziam sentido. [...] eu acho que perpetuou esse negócio desse documento, todo mundo copia e cola [...] e foi até hoje”. Essa prática reflete a reprodução de discursos pré-existentes, ancorados em documentos do Ministério do Planejamento que uniformizam as funções em nível federal, ignorando particularidades locais.

Nesse sentido, Camila adverte que “enquanto o IFRN fizer esse Ctrl-C e Ctrl-V, ele nunca vai trazer o profissional que ele quer de fato”. Essa crítica evidencia a persistência de práticas discursivas burocráticas que dificultam a adaptação das atribuições dos profissionais de saúde ao contexto escolar, visto que a legitimação das práticas pedagógicas em saúde depende não apenas da criação de políticas, mas também da superação de normas institucionais rígidas que não reconhecem plenamente a especificidade do trabalho desses profissionais. A respeito disso, Foucault (1996) argumenta que a legitimação do saber está condicionada à sua capacidade de se adaptar e resistir às normas hegemônicas, o que, no caso do IFRN, requer uma contínua negociação e redefinição das práticas institucionais.

Reforçando a crítica de Camila, Helena alerta a respeito da necessidade de revisão dos próximos editais, reforçando que “o edital é um documento importante e norteador”. A participante relata ainda:

eu vi isso na pele, um profissional que botou o edital na parede, o edital do concurso dele. E tudo que você pedia pra ele, dizia **“Não, isso aqui não está nas minhas atribuições, eu não vou fazer”**. E às vezes era uma coisa mínima, mas ele estava embasado ali. Então, **eu acho importante rever essa questão dos editais. [...] você pode fazer o concurso, por mais que seja pra uma instituição de educação, mas as atribuições estão ali e aí você vai entrar achando que vai ser aquilo que você vai fazer.**

Para além disso, a revisão dos editais e a elaboração de documentos mais aderentes à realidade local podem representar um movimento de resistência e reconfiguração das relações de poder-saber, ao tensionarem os discursos normativos que historicamente delimitam as funções dos profissionais de saúde no contexto educacional.

Diante disso, a percepção crítica desse quadro levou à elaboração de um Regimento Interno do Setor de Saúde, em 2015, visando a alinhar as atribuições às demandas reais do IFRN. No entanto, como apontado, este documento se encontra desatualizado, evidenciando a necessidade de revisão constante para manter sua pertinência. Nesse aspecto, Lúcia sugere a elaboração de “um referencial de atuação para cada categoria profissional”, uma proposta que reforça a importância de normas que reconheçam as especificidades do contexto educacional.

No entanto, essa busca por reconhecimento e relevância enfrenta resistências que evidenciam como as estruturas institucionais priorizam as práticas pedagógicas tradicionais, dificultando a inserção de práticas voltadas à saúde, como relatado por Clara: “a gente tenta inserir essa educação em saúde como um dos nossos eixos de trabalho aqui na instituição, mas a gente teve muita resistência”.

Tais resistências evidenciam como as posições de sujeito são continuamente negociadas no IFRN, bem como os profissionais estão constantemente se reposicionando para afirmar sua relevância. Além disso, o discurso também indica que a condição de deslocamento não é estática, mas parte de um processo contínuo de construção e adaptação. Essa tentativa de redefinir o papel da saúde no IFRN mostra como os profissionais se engajam em práticas de ressignificação, movendo-se de um lugar de deslocamento — entendido aqui como uma posição institucional periférica e discursivamente instável — para uma posição mais central.

O discurso de Clara, ademais, é reafirmado por enunciados que desvalorizam a atuação de determinados profissionais da saúde no contexto institucional, relegando-os a uma posição de marginalidade frente às prioridades institucionais. Esse processo de desvalorização torna-se evidente no relato de Sofia, técnica em enfermagem, que compartilha uma situação vivenciada: "uma vez, na reitoria, eu ouvi dizer: 'você não são importantes porque o importante aqui é o ensino, você não são prioridades, fiquem no seu canto'".

Esse excerto revela a presença de um discurso que atravessa os sujeitos por marcadores de gênero, na medida em que atinge diretamente uma profissional vinculada a uma das áreas da saúde historicamente associadas ao trabalho de cuidado — função social atribuída majoritariamente às mulheres e frequentemente naturalizada como extensão de papéis domésticos e afetivos. Nesse cenário, a desqualificação da atuação da técnica em enfermagem não pode ser dissociada das relações sociais de gênero que estruturam a divisão do trabalho, produzindo sujeitos mais ou menos legitimados no interior das instituições.

A esse viés de gênero soma-se a hierarquização das próprias profissões da saúde, marcando distinções de valor simbólico e reconhecimento institucional. Nesse sentido, a fala dirigida à técnica em enfermagem explicita uma lógica que inferioriza ocupações consideradas auxiliares ou operacionais, mesmo quando essas exercem funções fundamentais para o cotidiano institucional. Essa hierarquia entre os saberes da saúde reflete uma organização social em que determinados corpos profissionais — sobretudo aqueles que não ocupam posições de autoridade médica — são submetidos a processos constantes de invisibilização, mesmo estando na linha de frente das práticas de cuidado.

Assim, o discurso institucional que relega esses profissionais à condição de não prioritários atua como um mecanismo de exclusão simbólica e material, na medida em que, além de deslegitimar seus saberes e práticas no plano discursivo, restringe o acesso a espaços de decisão, recursos, reconhecimento funcional e condições adequadas de trabalho. Trata-se, portanto, de uma exclusão que se inscreve nos corpos e nas rotinas, reproduzindo tanto a desvalorização histórica de certas categorias da saúde quanto as desigualdades de gênero que perpassam essas práticas.

Outro aspecto relevante evidenciado nos discursos analisados como uma estratégia de enfrentamento à invisibilidade institucional das equipes de saúde é a

transição do modelo assistencial para a lógica da promoção da saúde. Essa mudança é mencionada por Clara, ao situar o setor de saúde do IFRN em determinadas condições históricas e institucionais de sua constituição, explicando que, à época, não existia o SUS e o acesso a serviços médicos de qualidade era restrito a trabalhadores com carteira assinada, vinculados ao extinto Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS)<sup>57</sup>.

Nesse cenário, segundo a participante, o Instituto compreendeu a necessidade de instituir um serviço próprio de saúde que pudesse oferecer atendimento clínico e odontológico à comunidade escolar, composta por sujeitos que, muitas vezes, chegavam à instituição adoecidos e desassistidos. Assim, o serviço foi inicialmente concebido sob um modelo assistencialista, voltado ao atendimento direto de demandas pontuais e à compensação das ausências do Estado.

Com a implantação do SUS em 1988, no entanto, a participante destaca que se consolidaram diretrizes como a universalização do acesso, a descentralização e a territorialização dos serviços de saúde, o que provocou uma inflexão importante no sentido das políticas públicas. A partir dessas transformações, o modelo assistencial internalizado no IFRN passou a ser questionado, como expresso no seguinte trecho do discurso de Clara: “não faz mais sentido ter um serviço de saúde nesse formato, no formato completamente assistencial. [...] Então, a gente mudou a chave, tentou mudar a chave, tá tentando mudar a chave, que não é fácil”.

Dessa forma, a busca pela superação do paradigma assistencial emerge como uma prática de resistência às formas tradicionais de atuação no campo da saúde escolar, abrindo espaço para práticas pedagógicas que priorizem a autonomia, o cuidado de si e a promoção da saúde como dimensão formativa. Essa transição permite que os profissionais reivindiquem uma posição mais relevante na instituição, conforme observado pela participante:

[...] a gente observou que a gente era muito assistencialista, a gente trabalhava muito na assistência, a gente era muito tecnicista. [...] **Então, qual seria o nosso diferencial estando na escola enquanto profissionais de saúde? Seria promover saúde** (Clara).

---

<sup>57</sup> O INAMPS era o órgão responsável pela assistência médica dos trabalhadores com carteira assinada, vinculados à previdência social, excluindo grande parte da população do acesso regular aos serviços de saúde, e foi extinto no início da década de 1990, no contexto da Reforma Sanitária e da criação do SUS.

Esse reposicionamento dessas profissionais, que passam a se enxergar como agentes de promoção e educação em saúde — superando a lógica curativa e assistencialista — revela a emergência de uma nova posição de sujeito, o sujeito-educador, o qual consiste em uma identidade discursiva construída por elas próprias, a partir da experiência institucional e da crítica aos modelos historicamente hegemônicos no campo da saúde. Como efeito de práticas discursivas que valorizam o saber como ferramenta de transformação social, essa posição rompe com o modelo técnico e biomédico tradicional, afirmando uma atuação que articula cuidado, escuta, autonomia e formação integral.

Nesse sentido, observa-se um cruzamento entre os domínios discursivos da saúde e da educação, no qual os enunciados assistencialistas, longe de serem simplesmente superados, são reativados<sup>58</sup> dentro de um novo regime de verdade que desloca sua função. Assim, o que se vê nas falas das profissionais da saúde do IFRN é a reinscrição dos enunciados higienistas e assistencialistas que marcaram historicamente a fundação da EPT no Brasil, quando a relação entre formação técnica e saúde pública era pautada por uma racionalidade disciplinar e profilática.

A reativação aqui não implica mera repetição, mas reorganização estratégica dos saberes herdados: o discurso da assistência, antes voltado à contenção de corpos e à normalização dos comportamentos, é ressignificado como ponto de partida para a construção de práticas pedagógicas voltadas à promoção da saúde. Essa reconfiguração indica uma mudança nas posições de sujeito ocupadas pelas profissionais entrevistadas: de agentes técnicas da saúde, responsáveis por atender a demandas pontuais e prescritivas, passam a se constituir enquanto sujeitos-educadoras, investidas da função de produzir saberes, intervir criticamente no processo formativo e resistir às formas hegemônicas de medicalização dos corpos.

Tal movimento reforça a tese de que as práticas pedagógicas em saúde podem operar como espaços de tensão e deslocamento dos dispositivos de controle, abrindo brechas para a emergência de novas formas de cuidado, saber e subjetivação. No que tange ao cuidado, essas práticas propõem uma ruptura com

---

<sup>58</sup> A reativação de enunciados ocorre quando discursos anteriormente formulados são reinscritos em outros contextos, adquirindo novos arranjos e efeitos de sentido (Foucault, 2022).

a lógica curativa, tecnicista e imediatista, frequentemente presente no cotidiano escolar, e instauram uma abordagem pautada na escuta ativa, na presença e no acolhimento como elementos centrais da ação educativa em saúde.

Por sua vez, o saber produzido nesse contexto deixa de se restringir ao campo biomédico para se constituir em articulação com os saberes da experiência, da convivência e do território, valorizando práticas interdisciplinares e horizontais que reconhecem os sujeitos como produtores de conhecimento. Já quanto à subjetivação, o que se observa é a emergência de novas posições de sujeito — como a do sujeito-educador —, construídas pelas próprias profissionais da saúde a partir da reivindicação de seu papel formativo, as quais se diferenciam da identidade tradicionalmente atrelada à assistência e passam a se afirmar como agentes pedagógicos comprometidos com a transformação das relações de saber-poder no interior da escola.

Entretanto, a reconfiguração dessas posições de sujeito não ocorre sem rupturas e tensões, e a inserção das profissionais de saúde no espaço escolar, marcado por outras lógicas institucionais e expectativas, evidencia sentimentos de desencaixe e fragilidade identitária, especialmente quando as práticas historicamente associadas ao campo da saúde são transpostas para um contexto educacional.

Essa transição para um ambiente escolar, onde as demandas e práticas são diferentes, acentua um sentimento de deslocamento exposto por Teresa: “a enfermagem na medicina normal, tradicional, depende muito do médico né, depende muito de ter uma cadeira hierárquica, uma coisa assim nesse sentido, e lá no setor de saúde eu vivia sozinha”.

Esse discurso aponta que a autonomia inesperada, que poderia ser interpretada como empoderamento, na verdade reforça a sensação de isolamento, pois os sujeitos não encontram apoio institucional para desempenhar suas funções. Portanto, a ausência de uma rede consolidada para a saúde posiciona os profissionais em uma subjetividade marcada pela incerteza, pela necessidade de adaptação e, conseqüentemente, em um lugar de vulnerabilidade múltipla — profissional, por comprometer a segurança no exercício de suas atribuições; institucional, por revelar a carência de diretrizes claras e respaldo organizacional; e subjetiva, por afetar diretamente a constituição dos sujeitos em seu fazer cotidiano, gerando sentimentos de angústia e desamparo.

Todavia, essa instabilidade inicial pode ser marcada também como o ponto de partida para uma possível transformação. Ainda, essa mudança encontra resistências estruturais e culturais, dado que o regime discursivo dominante historicamente vinculou os serviços de saúde a funções hospitalares (Foucault, 1979, 1988, 2010, 2011; Zorzanelli; Cruz, 2018). Sob a ótica foucaultiana, esse contexto pode ser compreendido como um campo de disputa entre regimes de verdade: de um lado, o saber biomédico tradicional, que naturaliza a vinculação da saúde a procedimentos técnicos e clínicos; de outro, as práticas locais que afirmam a saúde como dimensão pedagógica e coletiva.

Em vista disso, a desconexão entre normas — como os editais de concurso público e documentos administrativos que reproduzem atribuições hospitalares — e as práticas efetivamente desenvolvidas pelas profissionais — como escuta, orientação e ações educativas — revela que a adequação das atribuições à realidade do IFRN não é apenas uma questão burocrática, mas também política. Envolve, sobretudo, o tensionamento dos discursos hegemônicos que produzem como verdade a separação entre saúde e educação.

Logo, a tentativa de integrar práticas pedagógicas em saúde representa uma forma de resistir à invisibilidade e criar novos espaços de atuação, mas essa abordagem enfrenta obstáculos não apenas relacionados à cultura institucional, como também à formação dos próprios profissionais, como Clara reflete: "as ações em saúde, eu acho que ainda são um desafio muito grande pra gente. [...] a nossa formação acadêmica é muito tecnicista, é muito assistencial. [...] nossa própria formação enquanto profissional é deficiente na educação em saúde".

Esse discurso destaca a insuficiência da formação acadêmica para a atuação no campo da EPT e salienta a construção de um regime de verdade que privilegia saberes técnicos, negligenciando competências pedagógicas e promotoras de saúde.

De forma semelhante, Camila endossa a deficiência de formação inicial voltada para as práticas pedagógicas em saúde no contexto da EPT, o que reflete a ausência de alinhamento entre a formação inicial e as demandas específicas do contexto institucional: "a gente é formado na graduação e a gente vê todo tipo de... todas as ofertas de ensino, mas ninguém foi formado e preparado pra atuar dentro da Educação Profissional".

Essa lacuna formativa, além de reproduzir relações de poder-saber que reforçam a marginalização da educação em saúde enquanto campo de prática e conhecimento, configura-se como mais um modo de resistência para a constituição das posições desses sujeitos dentro da instituição, conforme abordado por Clara: “a gente tem essa barreira do compreender o nosso fazer dentro de uma escola, que é um pouco diferente do nosso fazer numa instituição, numa unidade estritamente de saúde, né?”. Isso é reforçado por Isabela: “às vezes, os próprios profissionais também não conseguem reconhecer ou entender qual o seu fazer dentro do âmbito escolar”.

De todo modo, é importante ressaltar que essas resistências, no entanto, também servem como catalisadores para a criação de estratégias de legitimidade que reconfiguram as relações de poder e saber na instituição, como é o caso da Política de saúde que, embora precise se adaptar às restrições impostas pelo contexto institucional, desafia a hegemonia do saber educacional, legitimando as práticas pedagógicas em saúde dos profissionais, fornecendo diretrizes claras e criando um espaço discursivo para que suas ações sejam reconhecidas, como descrito por Sofia: “quando a gente começou a buscar essa direção da saúde, a partir da nossa Política, foi muito satisfatório [...] muitas coisas que eu sonhava estão escritas na nossa Política”.

Essa declaração evidencia como a Política de saúde do IFRN cria uma estrutura que não apenas organiza o trabalho, mas também confere um sentido de pertencimento e realização para os profissionais de saúde, bem como permite que esses sujeitos reivindiquem sua relevância dentro da instituição.

Ademais, o documento atua como um catalisador para a ressignificação das práticas em saúde no IFRN, promovendo uma abordagem voltada para a promoção e a educação em saúde, uma mudança que não apenas redefine as funções dos profissionais, mas também transforma suas subjetividades, posicionando-os como educadores e agentes de transformação.

Essa transição reflete o que Foucault (2008c<sup>59</sup>) denomina *tecnologias do eu*, ou seja, tecnologias que permitem

que os indivíduos realizem, por conta própria ou com a ajuda de outros, um certo número de operações sobre seu corpo e alma, pensamentos,

---

<sup>59</sup> Obra original: *Tecnologias de si*, publicada em 1981.

conduta, ou qualquer modo de ser, obtendo assim uma transformação de si mesmos a fim de atingir um certo estado de felicidade, pureza, sabedoria ou imortalidade (Foucault, 2008c, p. 48, tradução nossa).

Nesse processo, a noção foucaultiana de *tecnologias do eu* revela-se útil para compreender os modos como essas profissionais reconfiguram suas posições de sujeito no interior da instituição. De acordo com Foucault (2008c), tais tecnologias dizem respeito às práticas pelas quais os indivíduos, por meio de discursos e relações institucionais, transformam a si mesmos, assumindo novos modos de existência.

No caso das profissionais de saúde do IFRN, observa-se a emergência de práticas reflexivas que tensionam os modelos assistencialistas historicamente vinculados à atuação médica e técnica, um movimento exemplificado por enunciados como “a gente mudou a chave, tentou mudar a chave” (Clara) e “eu estou numa escola, e a minha ação é educativa” (Luciana), que evidenciam o deslocamento da lógica curativa para uma perspectiva pedagógica voltada à promoção da saúde.

Esses enunciados não apenas reposicionam os saberes da saúde dentro da instituição escolar, mas também indicam processos de subjetivação nos quais as profissionais se constituem como educadoras e agentes de transformação. Trata-se, portanto, de uma reconfiguração discursiva que altera tanto a prática quanto a maneira como essas sujeitas se percebem, acionando mecanismos de autotransformação que atualizam as tecnologias do eu no contexto da EPT.

Um outro aspecto relevante sobre a Política de Saúde é que o documento também possibilita a produção de saberes específicos que fortalecem a posição dos profissionais dentro do IFRN, como declara Sofia: “acho que a Política nos dá [...] uma poltrona pra gente conseguir sentar e proteger as coisas”.

Esse espaço de proteção é construído por meio da institucionalização de práticas pedagógicas e conhecimentos que antes eram fragmentados ou desvalorizados. Dessa forma, a Política funciona como um dispositivo que cria espaços institucionais para que os profissionais de saúde sejam reconhecidos, reforçando a ideia apresentada por Foucault (1999a) de que o poder não apenas reprime, mas também cria. Nesse caso, o documento gera condições para que os profissionais afirmem sua importância dentro do IFRN.

Nesse sentido, a criação da Política de Saúde no IFRN desempenha um papel central na construção das subjetividades dos profissionais de saúde da instituição, considerando que o documento emerge como um dispositivo de poder que organiza as práticas pedagógicas, regula discursos, legitima saberes e transforma as relações entre os sujeitos, criando novos espaços de atuação e permitindo a superação da condição de marginalização inicial atribuída às práticas pedagógicas em saúde na instituição.

Isto posto, compreendemos que, de modo geral, os discursos das participantes evidenciam que as posições de sujeito dos profissionais de saúde no IFRN são marcadas por uma dinâmica constante de transformação moldada pelas relações de poder, práticas discursivas e dispositivos institucionais. Esses sujeitos estão em um campo de forças que os posiciona, marginaliza e, simultaneamente, oferece oportunidades para resistências e ressignificações.

Contudo, os discursos indicam que esses profissionais ocupam uma posição ambígua, considerando que, enquanto são frequentemente invisibilizados pelas estruturas institucionais, encontram maneiras de demonstrar sua relevância por meio de práticas pedagógicas inovadoras e resistências discursivas<sup>60</sup>. Dessa maneira, práticas pedagógicas como a promoção de atividades educativas, o uso de redes sociais, a criação de projetos, a adaptação de ações para públicos adolescentes e a colaboração com outras áreas da instituição, conforme detalhamos na subseção 4.3, ilustram essa ambiguidade.

Diante desse cenário de ambivalências e negociações cotidianas, é possível afirmar que, embora tensionadas por discursos medicalizantes e por exigências institucionais que reforçam a lógica assistencialista, as práticas pedagógicas desenvolvidas pelos profissionais de saúde do IFRN não se limitam a replicar o modelo biomédico hegemônico. Pelo contrário, ao serem ressignificadas no contexto escolar, essas práticas abrem brechas para formas alternativas de atuação que se tornam possíveis à medida que os sujeitos — longe de ocuparem passivamente os lugares que lhes são atribuídos — negociam continuamente seus

---

<sup>60</sup> As resistências discursivas correspondem a formas de enfrentamento que emergem no interior dos próprios jogos de saber-poder, expressando-se como enunciados, práticas ou posicionamentos que tensionam, desestabilizam ou reconfiguram os discursos hegemônicos (Foucault, 1979).

modos de agir, produzindo deslocamentos que, mesmo sutis, podem ser entendidos como atos de resistência e de reinvenção das práticas pedagógicas em saúde.

Para dar continuidade à análise e aprofundar esse cenário complexo, voltamo-nos agora para o modo como os discursos produzidos pelas profissionais da saúde do IFRN revelam a reprodução — ainda que não isenta de tensões e resistências — de práticas institucionais que se alinham, em alguma medida, aos mecanismos de medicalização e de biopoder característicos da sociedade contemporânea.

#### 4.2 “A ESCOLA É O REFLEXO DA NOSSA SOCIEDADE”: A MEDICALIZAÇÃO E O BIOPODER NO CONTEXTO DO IFRN

Ao reconhecerem que a escola é o reflexo da sociedade, as participantes acionam um enunciado que amplia o campo de análise para além do espaço escolar, situando as práticas pedagógicas em saúde no interior de uma racionalidade social mais ampla. A metáfora da marionete, nesse ponto, se desloca do plano das posições individuais para o cenário em que os fios são produzidos, distribuídos e legitimados socialmente, evidenciando como a medicalização e o biopoder não se originam na escola, mas a atravessam e se atualizam em seu cotidiano.

Compreender o IFRN como parte dessa rede implica reconhecer a escola como lugar estratégico de circulação dos dispositivos que governam os corpos, ao mesmo tempo em que se apresenta como espaço privilegiado para tensionar, problematizar e, por vezes, desestabilizar tais dispositivos. É a partir dessa chave de leitura que se organizam as análises desenvolvidas nesta subseção.

Ao longo dos enunciados reunidos nos grupos de discussão, é possível observar como os discursos das participantes evidenciam a operação de dispositivos institucionais que regulam condutas, moldam práticas de cuidado e produzem subjetividades medicalizadas. Entretanto, também emergem desses mesmos discursos sinais de deslocamento, fissuras e gestos de resistência que anunciam a potência das práticas pedagógicas em saúde como espaço de contestação e reinvenção.

Assim sendo, iniciamos esta análise pela gênese institucional dos setores de saúde no IFRN, situando as raízes históricas e discursivas que fundaram o caráter

assistencialista dessas práticas. Sofia, nesse sentido, relata: “quando eu cheguei aqui [...] a assistente social me trouxe aqui na sala e disse; **‘olha, tem os remédios ali que você dá quando os meninos chegam com dor’**” (grifo nosso).

Este enunciado revela como o processo de inserção institucional da participante foi, desde o início, mediado por um discurso assistencialista profundamente arraigado. Dessa forma, ao assumir como orientação inicial a distribuição de medicamentos, a profissional é automaticamente incorporada a um dispositivo que antecede sua atuação e que define, de antemão, o que se espera dela: a resolução rápida, objetiva e medicalizada do sofrimento discente.

Em vista disso, o que permite esse discurso é a existência de uma formação discursiva na qual o medicamento aparece como resposta legítima e suficiente à complexidade do sofrimento, algo enraizado na história do saber médico e na maneira como ele se infiltra na escola como tecnologia de normalização, considerando que o poder disciplinar atua também por meio da repetição de práticas, da institucionalização de rotinas e da sedimentação de saberes que não são mais questionados, mas apenas replicados (Foucault, 1979). Assim, a prática de dar remédio deixa de ser um ato clínico excepcional e passa a ser uma resposta escolar institucionalizada, desprovida, muitas vezes, de escuta, análise ou cuidado integral.

Dessa maneira, a naturalização dessa prática também aponta para uma redução do papel da saúde no espaço escolar à sua dimensão técnica-assistencial. Ao limitar o campo de atuação das profissionais à administração medicamentosa, a profissional citada esvazia o potencial pedagógico, preventivo e crítico da atuação em saúde, reiterando uma racionalidade medicalizante que transforma o corpo do estudante em objeto de regulação e silenciamento. Questionar essa orientação, por isso, não é apenas uma questão ética, mas política: é recusar o lugar passivo do cuidado e reivindicar práticas pedagógicas em saúde que ampliem os sentidos do acolhimento, da escuta e da formação omnilateral dos sujeitos escolares.

Nessa lógica, Clara relembra que a criação dos setores de saúde no IFRN ocorreu em um período anterior à implantação do SUS, quando a escola buscava suprir lacunas no acesso da população a serviços médicos e odontológicos. Ao afirmar, contudo, que esse modelo “não faz mais sentido” após 1988, a participante interpela o discurso institucional ainda presente, evidenciando que a permanência de uma lógica puramente assistencial se configura como prática anacrônica e

desalinhada com as diretrizes contemporâneas da saúde pública, da formação integral e da própria missão educativa do IFRN.

Por esse ângulo, o que se mantém ativo é um dispositivo de saber-poder assistencialista, que, mesmo diante de transformações normativas e sociais, segue operando como verdade institucional, um diagnóstico reforçado por Camila:

a gente também não pode dar conta de um sistema público de saúde que falha. Então **o IF quer abraçar muita coisa** e nós profissionais queremos fazer isso, porque **a gente sabe que esse aluno da gente é carente**, mas a gente não dá conta (Camila).

Os enunciados destacados evidenciam a sobreposição de funções atribuídas aos setores de saúde e à instituição, além da sobrecarga simbólica e material imposta às profissionais, desvelando a contradição entre o reconhecimento das vulnerabilidades dos estudantes e a manutenção de uma estrutura de saúde escolar que continua orientada por uma lógica de atendimento emergencial, técnico e individualizado, confirmando o fato apontado por Calado (2019) de que muitas instituições educativas ainda carregam resquícios de uma cultura filantrópica e assistencial.

Nesse contexto, cabe reconhecer que tais discursos não emergem de forma isolada, mas podem ser lidos como reativações do enunciado fundante das Escolas de Aprendizizes Artífices, que, em seu decreto de criação (Brasil, 1909), nomeava seus destinatários como desfavorecidos da fortuna<sup>61</sup>. Essa categoria discursiva, fortemente atravessada por uma racionalidade higienista e moralizante, produzia os estudantes como sujeitos carentes, vulneráveis e passíveis de tutela. Assim, ao ecoar — ainda que sob novas roupagens — a ideia de que determinados corpos carecem de contenção, assistência e vigilância, o discurso contemporâneo sobre as vulnerabilidades no espaço escolar reatualiza, em parte, essa matriz discursiva inaugural, reafirmando a medicalização como forma de gerenciamento da vida.

---

<sup>61</sup> A expressão *desfavorecidos da fortuna* aparece no Decreto nº 7.566, de 23 de setembro de 1909, que criou as Escolas de Aprendizizes Artífices, e expressa uma formação discursiva de matriz higienista e filantrópica que permeava a política educacional brasileira da Primeira República. Tal enunciado revela não apenas a função social atribuída a essas instituições — voltadas à formação técnico-profissional de jovens pobres —, mas também o modo como o Estado classificava e legitimava determinadas populações como alvo de sua intervenção educacional e moralizadora. A categoria *desfavorecido* ou *desvalido* produz um sujeito tutelado, reduzido à condição de carência e incapacidade, cuja inclusão no sistema educativo vinha acompanhada da lógica da docilização, da contenção e da vigilância, em consonância com os dispositivos de poder que articulavam saber, assistência e controle – ver Brasil, 1909; Foucault, 1979; e Bonadio, 2020.

No caso do IFRN, esse cenário se torna ainda problemático quando os discursos institucionais não tensionam essa permanência de práticas de saúde nos moldes do atendimento emergencial, mas a reproduzem silenciosamente, como se ainda vivêssemos num tempo anterior ao SUS. Essa persistência de um modelo assistencial aponta para o que Gaudenzi (2017) denomina inércia institucional do cuidado medicalizante, em que estruturas institucionais seguem respondendo à dor e à carência com ações pontuais, clínicas e prescritivas.

O problema, como alertam Zorzanelli e Cruz (2018), não é apenas manter o atendimento em saúde na escola, mas não problematizar a forma como ele se dá: isolado, hierarquizado e desvinculado das práticas pedagógicas e do projeto político-pedagógico da instituição. Desse modo, a medicalização do corpo não se limita à prescrição de fármacos ou ao excesso de diagnósticos, mas se manifesta na própria organização institucional que ainda trata o cuidado como exceção e o sofrimento como sintoma a ser tratado — e não como experiência a ser acolhida.

Dando sequência à problematização do caráter assistencialista que historicamente atravessa os setores de saúde no IFRN desde a Escola de Aprendizes Artífices, observa-se, nos discursos das profissionais, a persistência de uma lógica medicalizante. Ela, mesmo diante de esforços de redefinição institucional, continua estruturando o cotidiano escolar por meio da tecnificação do cuidado, da centralidade do saber médico e da normatização dos corpos, em tensão com os princípios da promoção da saúde e da formação integral.

Nesse sentido, Ana afirma: “A gente tinha bomba de infusão, que é coisa de hospital, pra que é que a gente quer aqui?”. Esse enunciado traz à tona uma tensão paradigmática entre dois campos discursivos: o da saúde hospitalar, regido por protocolos técnicos, e o da educação escolar, voltado à formação ampla dos sujeitos, visto que a presença de um equipamento típico de terapia intensiva no espaço escolar evidencia a infiltração simbólica e material de uma lógica médica de intervenção e vigilância.

Ainda assim, ao interrogar a finalidade desse equipamento, a participante também inscreve um gesto de resistência discursiva que convoca a reavaliação do que se entende por práticas em saúde no ambiente escolar. Além disso, tal enunciado, ao instaurar uma fissura no discurso técnico-hegemônico, sinaliza a possibilidade de deslocamento epistêmico rumo a práticas pedagógicas que privilegiem a escuta, a formação crítica e o cuidado como experiência educativa.

Na mesma direção, a participante reflete: "o menino chegou no serviço de saúde, tá doente, vamos resolver o problema. Resolveu, tchau, foi embora, a gente nunca mais vê esse menino" (Clara). Esse enunciado revela a cristalização de um modelo de atendimento em que o estudante, reduzido a um corpo doente, é tratado pontualmente e, uma vez resolvido o sintoma, retorna ao anonimato. Trata-se de uma racionalidade assistencialista e fragmentada, sustentada por um regime de verdade que separa saúde e educação, cuidado e formação, corpo e subjetividade, uma forma de medicalização que atua como tecnologia de silenciamento, neutralizando a dimensão relacional do cuidado e excluindo a possibilidade de acompanhar o sofrimento como parte integrante do processo formativo.

Ainda nesse sentido, Camila faz uma observação importante: "a gente tem um trabalho interessante, que é acolher esse aluno fazendo a avaliação biomédica, **e o nome já dá uma excluída aí em outros profissionais, né, bi-o-mé-di-ca [...]** **e o que a gente faz com essas informações?"** (grifo nosso).

Conforme pontuada pela participante, a expressão *avaliação biomédica* sintetiza a hegemonia do discurso médico na delimitação das práticas institucionais, e consiste em um enunciado que opera estabelecendo o que deve ser feito e por quem, ao mesmo tempo em que exclui, na linguagem, o potencial interprofissional e pedagógico da atuação em saúde. Nessa perspectiva, como já advertiam Gaudenzi e Ortega (2012), a medicalização não se restringe ao excesso de diagnósticos, mas se expressa também na forma como certas práticas e saberes são nomeados, organizados e institucionalizados como legítimos.

Ademais, a participante explicita esse tensionamento ao questionar o destino das informações coletadas, revelando sua insatisfação com uma prática que, na realidade, representa o esvaziamento do sentido pedagógico da avaliação, a fragilidade do vínculo e a ausência de continuidade no cuidado aos estudantes, desconsiderando o sujeito.

Diante da constatação de que a lógica medicalizante ainda estrutura boa parte das práticas em saúde no contexto escolar, importa agora aprofundar uma de suas expressões mais significativas: a cultura do diagnóstico. Como já evidenciado nos discursos anteriores, o recurso a categorias clínicas para explicar comportamentos e dificuldades dos estudantes não apenas define o modo como a saúde se articula ao processo educativo, mas também revela como a escola pode

operar como instância de rotulação, cristalizando desigualdades sob o verniz técnico do discurso biomédico.

Nesse sentido, Camila alerta:

**a escola historicamente tem esse comportamento, né, de validar a desigualdade justificando através de diagnósticos. [...] Outra coisa importante, o que se faz com o diagnóstico? Qual é o propósito do diagnóstico? O que se faz a posteriori? Rotula esse menino? “Não, agora é TDAH, então está justificado, não vai aprender mesmo, é outra velocidade”. [...] me preocupa o diagnóstico, me preocupa esse movimento e essa expectativa desses profissionais de darem conta disso** (Camila, grifo nosso).

Dessa maneira, o discurso da participante evidencia a pressão institucional e social para que os profissionais de saúde atuem como identificadores de transtornos ou patologias nos estudantes. Ao afirmar que esse comportamento é comum no contexto histórico educacional, Camila convoca uma crítica fundamental à medicalização da educação: o uso do diagnóstico como dispositivo de explicação e neutralização do fracasso escolar, reforçando que não é a patologia que funda a norma, mas a norma que produz aquilo que será considerado patológico, conforme apontado por Canguilhem (2009).

Ainda mais grave, todavia, é o modo como tais diagnósticos passam a operar como sentenças, revelando o potencial normatizador e redutor das classificações clínicas, deixando de ser instrumento de compreensão para se converter em mecanismo de exclusão, congelando a subjetividade do estudante em uma categoria que delimita suas possibilidades educativas.

Como advertem Zorzanelli e Cruz (2018), esse processo implica a produção de sujeitos fixados em um lugar de carência, cuja identidade passa a ser determinada pela ausência, pelo déficit, pela inadequação à norma, de forma que, em vez de ampliar estratégias pedagógicas, o diagnóstico acaba por restringi-las, funcionando como justificativa para a desistência institucional diante da complexidade da aprendizagem.

Por esse ângulo, o que se evidencia é uma ambivalência constitutiva das práticas pedagógicas em saúde: embora essas práticas se proponham como espaço de escuta e acolhimento, continuam operando sob os efeitos de uma formação discursiva que privilegia o saber médico e patologiza a diferença.

Essa disputa pelos sentidos do cuidado é ainda mais visível na fala de Lúcia, ao narrar as expectativas equivocadas da comunidade acadêmica:

[...] como a maioria da população está acostumada com esse atendimento de enfermagem no posto de saúde, então [...] muitas vezes, a gente sente essa dificuldade de entendimento por parte da comunidade acadêmica. Tipo assim, por exemplo, **“ah não, eu posso prescrever o medicamento”**. **“Ave, Maria, não pode passar um remédio?”** (Lúcia).

A enunciação revela, de forma contundente, o quanto o imaginário institucional ainda se organiza em torno da figura do médico como único detentor do saber e do poder de curar. Mesmo no contexto escolar, persistem expectativas de que o cuidado se realize por meio da prescrição medicamentosa, reproduzindo um modelo que associa o ato de cuidar ao ato de medicar, reforçando a ideia enfatizada por Foucault (2008a) de que o poder médico não se constitui apenas por sua capacidade terapêutica, mas por sua inserção em uma rede discursiva que define o que é saúde, quem pode curar e quem deve obedecer.

Nessa perspectiva, a surpresa diante da impossibilidade de prescrever revela que o reconhecimento da prática profissional da enfermagem ainda é mediado por um discurso que valoriza a farmacologia como critério de legitimidade, um estranhamento que decorre da vigência de um dispositivo de saber-poder que delimita os contornos da autoridade em saúde.

Contudo, como bem analisa Lúcia, é justamente nesse ponto de fricção que emerge a possibilidade de resistência, e, ao explicitar essa dificuldade de compreensão, a profissional não apenas denuncia a expectativa medicalizante, mas também propõe outra racionalidade, baseada na promoção da saúde, na educação e no cuidado ampliado.

O enfrentamento da cultura do diagnóstico no contexto do IFRN, assim, exige a desnaturalização dos discursos que produzem o sujeito escolar como objeto clínico e exige, sobretudo, a construção de um pensamento institucional que reconheça o sofrimento como expressão da experiência e não como sintoma a ser controlado. Nesse horizonte, as práticas pedagógicas em saúde podem, de fato, constituir-se como estratégias de resistência à medicalização do corpo e de afirmação de um projeto educativo comprometido com a pluralidade dos modos de ser, aprender e viver.

Nesse contexto, se a cultura do diagnóstico opera como dispositivo de rotulação que classifica e delimita as possibilidades dos sujeitos escolares, é preciso também problematizar uma de suas consequências mais recorrentes no cotidiano institucional, a imediata associação entre sofrimento e medicação.

Nesse cenário, o diagnóstico não apenas identifica e nomeia, mas prescreve e condiciona respostas que reiteram uma racionalidade clínica e fragmentada do cuidado, e é nesse ponto que se revela com nitidez o papel da escola como espaço de reprodução de normas sociais mais amplas, como sugere Camila, ao destacar que “a escola é o reflexo da nossa sociedade”. Tal enunciado atua como chave interpretativa para compreender como a naturalização do sofrimento e a medicalização dos corpos têm atravessado também o campo educativo, transformando a escola em uma instância de resposta imediata à dor, em vez de um lugar de escuta, elaboração e formação.

Somado a isso, Clara destaca que

[...] teve um momento que eram todos os alunos: **“ai, porque eu sou ansioso” [...] tudo se torna uma doença.** [...] Sentiu uma dor de cabeça, o menino corre pro serviço de saúde porque quer um remédio [...] Mas ele já chegou pra gente assim: **“eu quero um remédio”**, e às vezes ele sai reclamando porque a gente não dá o remédio (Clara, grifo nosso).

O discurso da participante expressa de maneira contundente os efeitos dessa expansão indefinida da medicalização, marcada pela patologização de experiências comuns da existência. Dessa forma, no interior do IFRN, situações como dor de cabeça, ansiedade frente a provas ou tristeza eventual passam a ser lidas como sintomas de um desajuste biológico, exigindo intervenção medicamentosa.

A respeito disso, Foucault (2008a) observa que essa captura do corpo pela linguagem médica integra um regime de normatização que transforma cada sujeito em um paciente em potencial, predisposto à vigilância, ao diagnóstico e à correção. Esse processo se torna ainda mais evidente quando os próprios estudantes passam a buscar o setor de saúde como espaço de prescrição, pedindo explicitamente um medicamento. Desse modo, o remédio não é apenas substância terapêutica, mas símbolo de reconhecimento e validação do sofrimento.

Nesse contexto, emerge o que Minakawa (2016) denomina de lógica de consumo da saúde, impulsionada por múltiplas forças — entre elas, a indústria farmacêutica, os discursos midiáticos e os próprios dispositivos escolares — que

transformam os sujeitos em consumidores de alívio. No cotidiano institucional, essa lógica se manifesta como pressão, conforme relata Clara:

**A gente tem uma pressão grande da sociedade pra gente medicar qualquer sintoma**, qualquer sintoma que seja até considerado normal, mas que ele não se sinta bem, [...] **a gente não pode mais ficar triste** (Clara, grifo nosso).

De acordo com o discurso da participante, não se pode mais ficar triste, porque a tristeza, enquanto afeto legítimo, foi destituída de sua função formativa e reelaboradora, reforçando a análise que Gaudenzi (2017) faz ao apontar que vivemos sob a égide de uma higiene afetiva que invalida sentimentos como o luto, a frustração ou a angústia, convertendo-os em sinais de disfunção.

Essa leitura é aprofundada por Safatle (2018), o qual aponta para a gestão neoliberal do sofrimento psíquico como tecnologia de governo que desloca para o indivíduo a responsabilidade por sua dor, apagando suas determinações sociais, políticas e históricas. Nesse regime, a adolescência, com suas crises e turbulências, deixa de ser compreendida como processo e passa a ser interpretada como desvio, como expressa Lúcia:

muitas vezes o aluno tá chorando e a primeira pessoa que aborda o aluno não consegue fazer aquele acolhimento, acha que ele tá passando mal, tem que levar pro setor de saúde. E aí **quantas e quantas vezes é só uma escuta, um acolhimento, que faz toda a diferença na vida daquele estudante** [...]. Teve uma vez que o que era um aluno passando mal? Era **um aluno que estava chorando, porque estava ansioso com o trabalho que ia apresentar** (Lúcia).

Nesse ponto, a fala de Lúcia remete diretamente à noção de escuta pedagógica como prática ético-afetiva, conforme discutido por Maia (2024). Segundo o autor, escutar é um gesto político que desloca o foco da performance para a presença, permitindo a produção de vínculos e o reconhecimento das singularidades estudantis, não reduzindo o sujeito ao sintoma, mas o acolhendo em sua inteireza, transformando a relação pedagógica em espaço de cuidado, partilha e formação.

Como expressa a participante, episódios de choro são prontamente medicalizados, e o sofrimento, em sua expressão mais humana e educativa, é recodificado como sintoma, demandando intervenção técnica, e não escuta, presença ou cuidado coletivo. A recorrência desses encaminhamentos ao setor de

saúde, conforme denuncia Lúcia, revela a ausência de uma cultura institucional que reconheça o cuidado como responsabilidade partilhada.

Nesse sentido, a medicalização não é apenas prática, mas estrutura simbólica que organiza o funcionamento da escola. A respeito disso, Guarido e Voltolini (2009) enfatizam que o espaço escolar deveria ser capaz de acolher a dor sem reduzi-la a patologia, oferecendo à subjetividade estudantil a possibilidade de existir com suas tensões, dúvidas e contradições. Calado (2019) alerta, contudo, que o que se observa é uma crescente burocratização do cuidado, na qual o sofrimento deixa de ser escutado para ser encaminhado, e a escola deixa de ser espaço de formação para se converter em repartição de triagem emocional.

Destarte, a afirmação de Camila — “a escola é o reflexo da nossa sociedade” — adquire aqui toda sua densidade teórica. No reflexo projetado sobre o espaço escolar, reconhecemos os contornos de uma sociedade que normaliza a medicalização, que administra afetos por meio de substâncias e que teme a instabilidade como ameaça à produtividade. Assim, o IFRN, ao repetir as exigências da sociedade neoliberal e higienista, converte-se em extensão dos dispositivos de biopoder que controlam, disciplinam e ajustam corpos e condutas.

É precisamente nesse cenário, porém, que as fissuras começam a emergir, e as falas das participantes, ao nomearem e denunciarem essas práticas, instauram espaços de resistência discursiva que deslocam os sentidos hegemônicos da saúde. Ao reivindicar a escuta, ao recusar o encaminhamento automático e ao defender o acolhimento como prática política, essas profissionais tornam visível um outro horizonte possível: o da saúde como cuidado integral, como experiência formativa e como prática pedagógica que resiste à medicalização do corpo.

Portanto, é importante aprofundarmos como essa racionalidade se articula com os modos de gestão institucional. Em outras palavras, a medicalização da vida escolar não se sustenta apenas no plano técnico-clínico, mas também na estrutura verticalizada de poder que define quais saberes têm legitimidade para operar, decidir e produzir efeitos de verdade dentro da instituição.

Nesse cenário, as práticas pedagógicas em saúde enfrentam não apenas a resistência epistemológica dos discursos biomédicos, mas também o autoritarismo das instâncias administrativas, que reproduzem relações hierárquicas entre os diferentes campos de saber e impõem limites simbólicos à atuação das profissionais.

Nesse sentido, Sofia relata:

pegou muito pesado na época da pandemia, era **a verticalidade das ordens de pessoas que não entendiam nada de saúde**, e que chegavam e falavam [...] “vai ter que ser assim, **vocês têm que trabalhar assim**”, e a gente tentando explicar que não ia funcionar, que em saúde não podia ser daquele jeito, mas as pessoas que naquele momento estavam delegando as ordens, **elas nem conheciam a Política**, nem muito menos entendiam de saúde (Sofia, grifo nosso).

Tais enunciados explicitam de forma contundente as tensões vividas durante a pandemia, mas que extrapolam aquele contexto específico. A imposição de ordens por parte de gestores alheios ao campo da saúde revela não apenas o desconhecimento da Política de Saúde Estudantil do IFRN, mas a persistência de uma lógica de comando que desautoriza os saberes especializados das profissionais, reduzindo a atuação em saúde a uma função instrumental e subordinada.

Como nos alerta Foucault (1975), a racionalidade disciplinar se sustenta menos pela coerção física e mais pela produção de assimetrias que regulam condutas, hierarquizam saberes e autorizam certas práticas em detrimento de outras. Assim, a verticalidade das ordens denuncia não só uma gestão tecnocrática, mas um modelo institucional que relega a saúde a uma posição periférica, mesmo diante de sua relevância para a formação integral dos estudantes.

Diante dessas tensões hierárquicas entre gestão e práticas em saúde, torna-se ainda mais evidente que as dificuldades enfrentadas pelas profissionais do setor não se restringem ao campo da autoridade administrativa, elas se prolongam e se intensificam na constante luta por reconhecimento institucional das práticas pedagógicas em saúde, que ainda enfrentam resistências tanto nos discursos quanto nas dinâmicas estruturais do IFRN.

Em um contexto marcado por disputas simbólicas sobre o que é considerado saber legítimo, as práticas que extrapolam o atendimento clínico e buscam inserir o cuidado como dimensão educativa permanecem frequentemente à margem, tensionando o próprio projeto político-pedagógico da escola.

Nesse sentido, Clara destaca que, ao tentar inserir a educação em saúde como um dos eixos de atuação das equipes de saúde no IFRN, esses profissionais sofrem resistência de diferentes naturezas:

Resistência dos gestores, porque **achavam que a gente queria fazer uma ação de educação em saúde porque não queria atender os meninos**. Tivemos resistência da escola em si, do calendário acadêmico, porque às vezes **é muito cheio, não tem espaço, a gente queria fazer uma ação de saúde, mas o diretor acadêmico chegava: “mas não dá pra fazer”**. O professor chegava e dizia **“não tem como retirar de sala de aula, porque eu tenho que dar o conteúdo, já perdeu muita aula por causa disso e aquilo outro”**. Então, tivemos resistência dos próprios profissionais de saúde, porque... [...] a nossa formação acadêmica é muito tecnicista, é muito assistencial (Clara, grifo nosso).

O discurso da participante revela o quanto a proposta de práticas educativas ainda é recebida com desconfiança, como se estivesse em desacordo com o verdadeiro trabalho em saúde. Trata-se de uma racionalidade institucional que associa a legitimidade das práticas à resolução pontual de sintomas, desconsiderando o caráter formativo do cuidado e desautorizando qualquer iniciativa que proponha uma abordagem ampliada.

Por conseguinte, as negativas vindas de diferentes frentes — gestão, calendário acadêmico, docentes e até mesmo colegas da saúde — evidenciam que a luta pelo reconhecimento não é apenas por espaço físico ou horário, mas pelo direito de significar pedagogicamente a atuação em saúde. Quando, por exemplo, a participante relata a resistência do professor em ceder espaço, revela a força de um modelo escolar baseado no conteudismo e na lógica da produtividade, em que o tempo é escasso e a formação integral é inviabilizada.

Essa organização do tempo e do espaço escolar, pautada na compartimentalização dos saberes, constitui aquilo que Foucault (2008b) nomeia como dispositivo escolar moderno, um arranjo de práticas e discursos que visa à normalização dos sujeitos por meio do controle sobre seus ritmos, suas condutas e seus corpos. Contudo, como apontam os relatos das participantes, é justamente nas frestas desse dispositivo que emergem práticas contra-hegemônicas.

Ao desenvolver práticas que buscam ultrapassar o caráter prescritivo e clínico, as profissionais reconfiguram os limites do pedagógico, abrindo espaço para experiências formativas que se dão no encontro, na escuta, na coletividade. Como enfatiza Clara, essa transformação também exige um movimento interno de reconfiguração epistemológica, e, ao reconhecer suas limitações acadêmicas, a participante revela o início de um deslocamento teórico-prático que potencializa a construção de um novo lugar discursivo para a saúde no IFRN.

Camila aprofunda essa análise ao propor uma articulação mais clara entre as práticas em saúde e os fundamentos da EPT:

**Não sentamos pra falar sobre Educação Profissional. [...] enquanto a gente não tiver essa consciência do que é Educação Profissional, de qual é a importância disso dentro do âmbito do IFRN, a gente vai continuar desenvolvendo práticas que vão estar sempre desalinhadas** (Camila, grifo nosso).

Os enunciados da participante problematizam a ausência de uma base epistemológica comum que integre o cuidado ao projeto formativo da instituição. Sem essa fundamentação, as práticas em saúde correm o risco de se tornarem episódicas, burocratizadas ou subordinadas à lógica biomédica — mesmo quando realizadas por profissionais com intenção educativa. Assim, como nos mostra Moura, Lima Filho e Silva (2015), sem a articulação entre prática social, formação integral e trabalho como princípio educativo, a escola tende a reproduzir as estruturas de exclusão e fragmentação que a própria EPT se propõe a superar.

Dessa forma, o que está em disputa é mais do que o formato de uma prática ou o horário em que ela ocorre, trata-se da luta por inscrever a saúde como prática pedagógica legítima, transversal e emancipadora. Uma prática que, ao se articular com a concepção de EPT, contribua para formar sujeitos críticos, sensíveis e comprometidos com a transformação de sua realidade.

Como nos lembra Foucault (2008c), toda resistência emerge no interior das relações de poder — e é justamente a partir desse lugar tensionado, interpelado e por vezes desautorizado que as práticas pedagógicas em saúde no IFRN ganham força política e teórica. Ao desafiar a centralidade da sala de aula, ao confrontar o modelo tecnicista e ao reivindicar o cuidado como dimensão educativa, essas profissionais inauguram modos outros de ensinar, resistir e formar.

Entretanto, o conflito entre a luta pelo reconhecimento das práticas pedagógicas em saúde no IFRN e as resistências que a atravessam não se encerra nos discursos curriculares ou nos embates por espaço institucional, pois adquire contornos ainda mais complexos quando se associa à lógica neoliberal que vem transformando as instituições públicas — e, entre elas, a escola — em espaços de gestão da escassez e da culpabilização individual.

É nesse cenário que emerge uma nova camada de tensões, a responsabilização moral dos profissionais pela falência de políticas públicas que

deveriam garantir condições estruturais de cuidado e proteção social, conforme destacado por Camila e já discutido anteriormente: a sobrecarga sentida por quem atua na linha de frente das demandas estudantis. A participante evidencia o impasse vivido por muitos profissionais da saúde do IFRN, que, diante da precariedade dos sistemas públicos, sentem-se compelidos a suprir carências estruturais, mesmo reconhecendo os limites de sua atuação institucional.

Assim, ao afirmar que “o IF quer abraçar muita coisa e nós profissionais queremos fazer isso, porque a gente sabe que esse aluno da gente é carente, mas a gente não dá conta”, Camila expressa uma racionalidade de cuidado marcada por um forte senso de dever, mas atravessada pela frustração e pela sensação de impotência diante de um cenário de desresponsabilização do Estado.

Os enunciados no discurso da participante evidenciam, com clareza, os efeitos subjetivos e institucionais desse deslocamento de responsabilidades. Ao reconhecer a precariedade do sistema de saúde e a carência dos estudantes, a participante explicita a sobrecarga vivida por quem, dentro do Instituto, assume tarefas que, em princípio, extrapolam suas atribuições formais.

O IFRN, nesse contexto, torna-se não apenas um espaço de ensino, mas um território de gestão da dor social, absorvendo as consequências do desmonte das políticas públicas e da fragilização do Estado. Como destacam Safatle e Dunker (2015), o neoliberalismo institui um modelo de subjetivação marcado pela culpabilização individual, em que o sofrimento psíquico deixa de ser interpretado como expressão de contradições sociais e passa a ser tratado como falha pessoal ou desvio individual.

Na prática institucional, essa lógica se materializa, por exemplo, na centralidade atribuída às avaliações diagnósticas, que deslocam para o indivíduo — estudante, família ou mesmo professor — a responsabilidade por buscar ajuda especializada. Assim, o sofrimento é individualizado e medicalizado, enquanto as determinações sociais, pedagógicas e institucionais que o produzem permanecem invisibilizadas, operando um regime de terceirização das responsabilidades e das culpas, característico da racionalidade neoliberal.

No interior dessa racionalidade, o cuidado, que deveria ser compreendido como direito universal garantido por políticas públicas, converte-se em missão pessoal, em dever ético e, muitas vezes, em fonte de sofrimento. Desse modo, os profissionais da saúde no IFRN se veem interpelados por demandas que extrapolam

suas atribuições formais, ao mesmo tempo em que operam em um cenário de escassez institucional e sobrecarga subjetiva, típico das racionalidades neoliberais que privatizam a responsabilidade pelo bem-estar coletivo.

O desejo de abraçar tudo, como enuncia a participante, não decorre apenas de um impulso vocacional, mas da ausência de respostas coletivas e estruturais para as múltiplas vulnerabilidades que atravessam o cotidiano escolar, trata-se de uma forma insidiosa de biopoder, que atua não apenas sobre os corpos, mas sobre as subjetividades, produzindo trabalhadores que se culpabilizam por não darem conta de demandas que, estruturalmente, jamais poderiam resolver sozinhos.

Como observa Foucault (2008c), o neoliberalismo não governa apenas por meio de normas externas, mas por meio de tecnologias de subjetivação que induzem os sujeitos a se regularem, culparem-se, responsabilizarem-se. Assim, a profissional que não consegue atender a todos os estudantes não é vista como vítima de um sistema colapsado, mas como alguém que falhou em sua função. Essa responsabilização individual é, portanto, expressão de uma racionalidade neoliberal que transforma a escola em espaço de contenção e de administração das ausências do Estado (Safatle; Silva Junior; Dunker, 2020).

Como demonstram Calado (2019) e Danelon (2015), esse processo atinge especialmente os profissionais da saúde e da educação, que são interpelados a desempenhar funções para as quais não foram formados, nem institucionalmente respaldados. Tal expansão de funções, longe de fortalecer as práticas institucionais, revela a precarização do trabalho e o esvaziamento da escola como espaço coletivo de formação. Ademais, ao internalizarem o fracasso das políticas públicas como fracasso pessoal, os profissionais adoecem, silenciando sua dor em nome de uma suposta missão institucional.

Entretanto, essa lógica de responsabilização dos profissionais por falhas sistêmicas atravessa também a estrutura organizacional das instituições, produzindo lacunas que dificultam a efetivação de práticas pedagógicas em saúde. É nesse ponto que se inscreve a problemática da ausência de uma coordenação técnica em saúde no IFRN, algo que, como apontam as falas das participantes, gera efeitos significativos sobre a legitimidade, a continuidade e a articulação das práticas desenvolvidas nos *campi*.

De acordo com Camila, “falta alguém sistêmico [...] pra acompanhar, pra conduzir, pra compreender”. Esse enunciado representa uma crítica ao denunciar a

inexistência de uma figura institucional com capacidade de atuar de forma transversal e articuladora no âmbito da saúde estudantil. Além disso, o uso do adjetivo sistêmico evidencia a demanda por uma instância que não apenas represente os profissionais, mas que também compreenda o fazer em saúde como uma prática complexa, atravessada por múltiplas dimensões — pedagógicas, clínicas, políticas e sociais.

Nesse mesmo sentido, Clara acrescenta: “um trabalho precisa ser planejado, monitorado, executado, replanejado e avaliado. E alguém precisa cobrar todos esses passos, e a gente hoje não tem”. Portanto, a ausência de acompanhamento técnico não é apenas uma falha administrativa, ela implica o risco da dispersão das práticas, da invisibilização dos esforços locais e da perda de continuidade das práticas intercampi.

Contudo, o que chama atenção nas falas é o modo como a demanda por suporte técnico se entrelaça de maneira quase imperceptível com uma expectativa por controle e cobrança. Nesse sentido, Clara afirma:

**A gente precisava ter uma figura técnica** daquela pessoa que entendesse do fazer, e que entendesse de saúde e **que cobrasse dos outros profissionais**. Então, fica muito hoje solto, por mais que tenha um documento, **ninguém te cobra nada** (Clara, grifo nosso).

Dessa maneira, a recorrência do verbo *cobrar* e a ênfase no monitoramento sistemático remetem a uma lógica gerencialista que valoriza a mensuração de resultados, o cumprimento de metas e a responsabilização individual. Esse modelo de racionalidade é particularmente acentuado nas instituições federais de ensino, dado seu vínculo com a máquina estatal e a consequente necessidade de submeter-se aos parâmetros da administração pública, nos quais a gestão por desempenho, a eficiência e a lógica da produtividade se sobrepõem à dimensão formativa do trabalho educativo.

Assim, o discurso pedagógico se cruza com o discurso gerencial, engendrando um campo de saber-poder que redefine os sentidos do fazer docente e técnico, transformando-os em objetos de constante avaliação e controle. Essa racionalidade, conforme Foucault (2008b), é própria das novas formas de governamentalidade que interpelam os sujeitos a regularem suas práticas por meio

de indicadores de desempenho, internalizando dispositivos de controle que operam sob o signo da autonomia, mas produzem efeitos de sujeição.

Nessa direção, o desejo por uma figura que compreenda e acompanhe o trabalho pode se deslocar para uma demanda por normatização e vigilância, na qual o reconhecimento das práticas em saúde passa a depender de sua capacidade de responder aos critérios de eficiência e produtividade. Esse paradoxo revela um ponto crucial do campo discursivo analisado, considerando que os mesmos sujeitos que reivindicam autonomia e reconhecimento podem, sob determinadas condições, reproduzir os discursos de controle que tensionam.

A respeito disso, Foucault (1979) adverte que o poder não se opõe à resistência, ele a atravessa, a compõe e, muitas vezes, a recaptura. Assim, a problematização dessas falas de Clara e Camila permite visibilizar os modos pelos quais o discurso da regulação pode se disfarçar de valorização, convertendo o desejo por institucionalização em mecanismo de disciplinamento.

Além disso, há o risco de que a própria Política de Saúde Estudantil do IFRN, concebida como instrumento de promoção do cuidado integral e da formação crítica, seja apropriada por essa lógica tecnocrática e transformada em protocolo burocrático. Assim, se sua implementação for orientada por critérios de cobrança e desempenho, ela deixará de ser uma ferramenta de emancipação para se tornar mais um dispositivo de controle, esvaziando a potência criadora das práticas pedagógicas em saúde.

Ademais, se a ausência de coordenação técnica e o desejo por regulação revelam as ambiguidades entre autonomia profissional e racionalidade gerencial, faz-se necessário compreender como tais tensões se materializam nas disputas cotidianas pelo lugar — físico, simbólico e discursivo — das práticas pedagógicas em saúde dentro do IFRN.

Mais do que uma questão de localização espacial, trata-se de um embate em torno da legitimidade das práticas pedagógicas desenvolvidas pelos profissionais da saúde: o que se reconhece como trabalho? Onde esse trabalho pode — ou deve — acontecer? E, sobretudo, sob quais condições ele é valorizado institucionalmente?

O discurso de Camila sobre desenvolver práticas pedagógicas além dos espaços físicos dos setores de saúde torna explícito esse embate: **“vai ter um gestor que vai dizer que o trabalho do psicólogo é dentro de uma sala,**

**atendendo aluno.** [...] Se eu posso atender um número ainda maior com ações desse tipo, por que não?” (Camila, grifo nosso).

Dessa maneira, a participante denuncia a naturalização de uma lógica clínica e individualizante que ainda estrutura a percepção institucional sobre a função dos profissionais de saúde, uma concepção que reduz as práticas pedagógicas em saúde à ideia de um consultório — espaço fechado, centrado na escuta individual e orientado por uma racionalidade técnico-terapêutica. Essa delimitação não é apenas desatualizada, mas profundamente limitadora, pois desconsidera as possibilidades formativas das práticas coletivas, interdisciplinares e territorializadas, que constituem justamente o cerne das práticas pedagógicas em saúde desenvolvidas no IFRN.

Ao refletirem sobre os desafios do serviço de psicologia no contexto educacional do IFRN, nesse sentido, Maia e Lima Neto (2025) alertam para os riscos de uma atuação centrada exclusivamente em atendimentos clínicos individuais, muitas vezes voltados apenas para resolver o problema do estudante. Tal perspectiva, ao isolar o sofrimento do contexto social e escolar mais amplo, reforça uma lógica patologizante e tecnicista que tende a ignorar as determinações coletivas, políticas e institucionais que produzem tal sofrimento.

Para os autores, essa visão reduz a psicologia — e, por extensão, as demais práticas de saúde — a uma função paliativa, desvinculada do projeto político-pedagógico da formação humana integral, dificultando a construção de ações que articulem o cuidado às dimensões educativas e emancipatórias. Nesse aspecto, pensar o atendimento psicológico — e as práticas em saúde de forma mais ampla — como parte do processo formativo significa deslocar o foco da resolução de sintomas para a escuta ativa, o acolhimento institucional e a criação de espaços coletivos de produção de sentido, nos quais a subjetividade discente possa ser reconhecida em sua complexidade e dignidade.

Ana, dessa forma, apresenta uma crítica a uma situação que se repete quando os profissionais de saúde saem do setor para desenvolver práticas pedagógicas em outros espaços: “se a gente não tiver no setor de saúde, se chegar o professor, um docente lá, o gestor: ‘não tem ninguém nesse setor, não?’”. Tal enunciado evidencia como o setor de saúde é compreendido não apenas como espaço de atendimento, mas como indicador de produtividade.

Dessa forma, estar presente no setor é sinônimo de estar trabalhando, e sair para desenvolver práticas pedagógicas em outros espaços da escola é lido como ausência. Essa leitura institucional se ancora em uma lógica de vigilância, a qual, como aponta Foucault (1979), se dá não apenas sobre os corpos, mas também sobre os lugares ocupados, sobre o tempo, sobre o visível. Nessa perspectiva, o profissional de saúde se torna um sujeito monitorado, cuja legitimidade depende de sua fixidez espacial, e não da potência de suas práticas educativas.

Isabela aprofunda essa crítica ao afirmar que

**ainda que ninguém procura o setor de saúde, mas ele precisa estar aberto [...] se tiver fechado e de repente o colega tiver no *campus*, mas em outra atividade que seja um diálogo, é como se o colega não tivesse trabalhando, é a percepção de que é uma unidade de pronto-atendimento** (Isabela, grifo nosso).

Esse enunciado revela a permanência de uma cultura institucional que replica no ambiente escolar a lógica hospitalocêntrica de disponibilidade permanente e intervenção imediata. Como analisa Gaudenzi (2017), tal modelo se sustenta na centralidade da urgência, na resolução pontual e na expectativa de resposta rápida ao sofrimento, deslegitimando práticas que demandam tempo, escuta e construção coletiva. Assim, a expectativa de que o setor esteja sempre aberto, mesmo sem demanda, funciona como uma performance de prontidão que reforça o paradigma assistencialista.

Diante disso, é evidente que a disputa pelo lugar e pela forma da atuação em saúde no IFRN extrapola os limites físicos do setor e incide diretamente sobre a concepção de saúde, de cuidado e de educação que se pretende institucionalizar. Nesse sentido, as profissionais que reivindicam práticas pedagógicas em outros espaços da instituição não estão apenas propondo metodologias alternativas, mas desafiando a própria lógica institucional que associa trabalho à permanência, presença à visibilidade e cuidado à clínica.

Conforme Foucault (2008b), é justamente nesses deslocamentos discursivos que se tornam possíveis os gestos de resistência, e, ao desafiar a normatividade espacial do setor de saúde, essas profissionais afirmam que o cuidado não está

onde o olhar espera, mas onde a vida pulsa — nos corredores, nos auditórios, nas salas de aula, nos pátios, nas rosquinhas<sup>62</sup>.

Assim sendo, a resistência à medicalização do corpo no contexto do IFRN se expressa, também, no modo como as práticas pedagógicas em saúde desafiam a lógica da vigilância e da compartimentalização dos saberes. Ao priorizarem práticas coletivas, intersetoriais e itinerantes, as profissionais afirmam uma pedagogia do cuidado que se desloca da centralidade do remédio para a escuta, da fixidez do consultório para a circulação no território escolar. Trata-se de uma disputa por reconhecimento, mas também por reinvenção: da escola, da saúde, do trabalho e dos próprios sujeitos que, ao recusarem os lugares que lhes foram designados, constroem novos modos de fazer, de resistir e de educar.

Diante das análises desenvolvidas ao longo desta subseção, torna-se evidente que o IFRN, enquanto espaço institucional, reproduz, em diversas de suas práticas, discursos e estruturas, os mesmos mecanismos de medicalização e biopoder que atravessam a sociedade contemporânea. Entre esses mecanismos, a gênese assistencialista do setor de saúde, a permanência de uma lógica medicalizante no cotidiano escolar, a cultura diagnóstica e a resposta farmacológica imediata ao sofrimento configuram dispositivos que capturam os corpos discentes e moldam suas condutas sob a ótica da normalização.

Ao mesmo tempo, a hierarquização dos saberes, as tensões com a gestão, a ausência de coordenação técnica e a responsabilização dos profissionais revelam o modo como o poder se articula de maneira difusa, operando não apenas sobre os sujeitos, mas a partir deles, como aponta Foucault (1979). Contudo, mesmo diante dessas forças normalizadoras, as falas das participantes também revelam fissuras, deslocamentos e resistências que abrem margem para práticas que questionam a centralidade do diagnóstico, recusam o confinamento espacial do setor de saúde e problematizam as formas institucionais de escuta e reconhecimento.

Assim sendo, compreender o IFRN como reflexo da sociedade não é ceder ao determinismo estrutural, mas reconhecer que é justamente no interior dessa

---

<sup>62</sup> As rosquinhas são um espaço simbólico e arquitetônico do IFRN, nome atribuído por alunos e servidores às mesas circulares de alvenaria que rodeiam árvores, localizadas no pátio central da instituição, que funcionam como lugar privilegiado de convivência, sociabilidade, expressão dos afetos e enunciação das subjetividades dissidentes. Nesse sentido, operam como um lugar político de reconhecimento e de produção de saberes afetivos, ao tensionarem as normatividades do currículo formal e abrirem-se à escuta dos modos de vida que atravessam a escola pública contemporânea (Maia, 2024).

estrutura que emergem possibilidades de insurgência, as quais se afirmam, sobretudo, nas práticas pedagógicas de educação em saúde que operam no avesso da medicalização. É para elas que voltaremos nosso olhar a partir de agora.

Na subseção que se segue, nesse sentido, dedicamo-nos aos enunciados que evidenciam a potência das práticas educativas em saúde como formas de resistência às lógicas medicalizantes analisadas até aqui. Trataremos, assim, de compreender como essas práticas, ao produzirem saberes situados, interdisciplinares e coletivos se afirmam como estratégias pedagógicas insurgentes, capazes de legitimar a atuação dos profissionais de saúde e de instaurar modos de subjetivação menos capturados pela norma biomédica.

#### 4.3 “COMO É QUE A GENTE PROMOVE SAÚDE? ATRAVÉS DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE”: AS PRÁTICAS PEDAGÓGICAS DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE COMO DISPOSITIVOS DE RESISTÊNCIA

No percurso analítico desenvolvido até aqui, tornou-se evidente que a resistência à medicalização não se expressa como ruptura externa aos dispositivos que atravessam a escola, mas como um movimento que se dá no interior dos próprios fios que conduzem a marionete. As práticas pedagógicas de educação em saúde, ao invés de negar esses fios, operam deslocamentos em sua disposição, reorientando saberes, tempos e gestos para outros modos de cuidar e de formar.

Nesse sentido, a metáfora da marionete deixa de remeter apenas ao controle ou à tensão e passa a evidenciar a possibilidade de recomposição estratégica dos arranjos que governam os corpos. Compreender essas práticas como dispositivos de resistência exige, portanto, retomar conceitualmente o modo como Foucault pensa o funcionamento dos dispositivos e como Agamben amplia essa noção, permitindo analisar a educação em saúde como um campo de rearticulação das relações de poder.

Para que possamos compreender como as práticas pedagógicas em saúde no IFRN operam contra a lógica medicalizante, é importante retomarmos, antes de mais nada, a noção foucaultiana de dispositivo, desenvolvida e ampliada por Agamben (2009).

Para Foucault (1979), dispositivo não representa um elemento isolado, mas uma engrenagem estratégica que articula saberes e poderes, combinando

componentes discursivos — falas, normas, saberes — e não discursivos — instituições, prédios, rotinas, técnicas —, sempre em função de intervir, recompor e dirigir relações de força. Consiste, portanto, em um arranjo “de natureza essencialmente estratégica [...]”; está sempre inscrito em um jogo de poder, estando ligado a uma ou a configurações de saber que dele nascem, mas que igualmente o condicionam” (Foucault, 1979, p. 246).

Assim sendo, não precisamos separar rigidamente discurso e instituição, visto que os dispositivos tratam de um jogo entre elementos heterogêneos que se rearticulam conforme a urgência do momento. Além disso, eles mudam com o tempo, considerando que alguns efeitos se manifestam como o previsto, outros não, e, por isso, são reajustados e reaproveitados. Essa plasticidade explica por que os dispositivos podem ser tensionados, desviados e reutilizados.

Agamben (2009), por sua vez, retoma essa matriz e a expande, definindo dispositivo como

- a. [...] um conjunto heterogêneo, linguístico e não-linguístico, que inclui virtualmente qualquer coisa no mesmo título: discursos, instituições, edifícios, leis, medidas de polícia, proposições filosóficas etc. O dispositivo em si mesmo é a rede que se estabelece entre esses elementos.
- b. O dispositivo tem sempre uma função estratégica concreta e se inscreve sempre numa relação de poder.
- c. Como tal, resulta do cruzamento de relações de poder e de relações de saber (Agamben, 2009, p. 29).

Em outras palavras, o dispositivo consiste em toda e qualquer rede que captura, orienta, modela e governa gestos, condutas e modos de vida, produzindo processos de subjetivação. Ou seja, além de indicar a trama heterogênea de discursos, normas e técnicas, interessa evidenciar seu efeito principal: a fabricação de sujeitos por meio de mecanismos cotidianos de governo — inclusive aqueles aparentemente banais — e, correlativamente, a possibilidade de profanação — isto é, de desativação desses usos capturantes para restituí-los ao comum.

Desse modo, se o dispositivo é rede de governo e de produção de verdade, ele também é campo de disputa. Afinal, como nos ensina Foucault (1988), onde há poder, há resistências imanentes, plurais e situadas; resistências que não se colocam fora, mas atravessam e reorientam o próprio funcionamento dos dispositivos, rearticulando seus efeitos, desviando seus fluxos e inventando outros usos.

Assim, propomo-nos a compreender as práticas pedagógicas de educação em saúde desenvolvidas no IFRN não apenas como ações pontuais ou auxiliares ao processo educativo, mas como dispositivos contra-hegemônicos que tensionam os efeitos da medicalização e reconfiguram as relações entre corpo, saber e poder no contexto escolar. Essas práticas, articuladas à escuta, à formação crítica, à prevenção e à promoção da saúde, constituem-se como estratégias situadas de resistência, pois convocam outros modos de olhar e intervir sobre o sofrimento, deslocando a centralidade do diagnóstico e do remédio para a construção coletiva de sentidos, vínculos e saberes (Maia, 2024).

Isto posto, nos parágrafos seguintes, analisamos como tais práticas se manifestam nos discursos das profissionais participantes da pesquisa, evidenciando os modos pelos quais a educação em saúde se transforma em campo de disputa, invenção e legitimação de outras racionalidades no interior da instituição.

É nesse cenário que ecoa, de forma emblemática, o enunciado de Clara que nomeia esta subseção — **“Como é que a gente promove saúde? Através de educação em saúde”**. E emerge de maneira potente como síntese de um movimento que transpassa os discursos das participantes da pesquisa: o reconhecimento da educação em saúde como fundamento das práticas pedagógicas em saúde desenvolvidas no IFRN. Em vez de recorrerem exclusivamente à lógica clínica e biomédica, as profissionais entrevistadas apontam para um deslocamento discursivo e prático que redefine o campo da atuação em saúde, ressignificando-o como campo educativo.

Nesse ponto, a crítica de Zorzanelli e Cruz (2018) agrega um elemento decisivo quando, inspirados em Foucault, os autores mostram que a medicalização excede o ato clínico e opera como regime de governo dos corpos e condutas. Assim, ao reivindicarmos a educação como eixo do cuidado, deslocamos esse regime e recolocamos a saúde no horizonte de saberes situados e coletivos, em disputa.

Do mesmo modo, Guarido e Voltolini (2009) alertam que o problema da medicalização não está apenas na presença da clínica, mas sobretudo na exclusão da dimensão social, política e educativa do sofrimento psíquico — exclusão que as práticas pedagógicas em saúde, ao se enraizarem na escuta e no vínculo, buscam superar.

Por esse viés, o que se configura nas práticas pedagógicas de educação em saúde é uma reinvenção do cuidado, que deixa de ser exclusivo da prescrição médica e passa a ser sustentado por relações de confiança, escuta e reconhecimento. Como afirma Foucault (1988), o poder não opera apenas por repressão, mas também por produção — e é justamente nesse ponto que se instaura a resistência, na invenção de outros modos de fazer, de saber e de existir. Como veremos adiante, nos enunciados das demais participantes além de Clara, as ações educativas no cotidiano escolar tensionam a lógica medicalizante e reconfiguram, gradualmente, o lugar institucional das profissionais, abrindo um campo de saber-poder ancorado no vínculo e na formação crítica.

Logo, ao afirmarem que promovem saúde através de educação em saúde, essas profissionais não apenas descrevem uma metodologia, mas enunciam uma posição política e pedagógica. Instituem, com isso, um gesto de ruptura com a lógica biomédica e de aproximação com os princípios formativos da EPT, que busca a formação integral dos sujeitos em todas as suas dimensões — cognitivas, afetivas, sociais e corporais (Arroyo, 2012; Manacorda, 2010; Silva, 2019).

Por outro lado, ao posicionarem a educação como modo privilegiado de promover saúde, elas reafirmam seu pertencimento ao campo educacional, produzindo deslocamentos no lugar institucional que historicamente lhes foi reservado. Se, como mostrou Foucault (1988), o saber médico se impôs como um dos pilares de sustentação da normatividade social, aqui vemos emergir um saber pedagógico insurgente — ancorado na escuta, no afeto e na experiência —, o qual opera como instrumento de resistência à medicalização do corpo e abre espaço para outras formas de subjetivação.

Nesse mesmo movimento, Zorzanelli e Cruz (2018) advertem que a saúde constitui um campo semântico em disputa, de modo que, ao privilegiarmos práticas educativas, disputamos sentidos e formas legítimas de produzir saber, evitando a redução do viver a protocolos de normalização.

Sob esse prisma, observamos que a potência das práticas pedagógicas de educação em saúde se intensifica quando articulada a um fazer coletivo, sustentado pela escuta compartilhada e pela cooperação entre diferentes áreas de saber. É justamente na interlocução entre os diversos campos profissionais que se desenha um cuidado capaz de acolher a complexidade das situações vividas pelos estudantes, ativando respostas que ultrapassam os limites da ação individual e

instauram um novo regime institucional de funcionamento, como expressa o enunciado de Camila a seguir:

**o que tem tido mais resultados são aqueles trabalhos desenvolvidos em equipe multiprofissional.** Porque quando você senta com um aluno que diz que está com a nota baixa e começa a chorar, e **aí você chama a pedagogia:** “o que a gente pode fazer, vamos pensar juntos, você sabia que tem a possibilidade de você estudar, fazer grupos...?”. Aí esse aluno comenta “não, é que, na verdade, em casa, eu tô passando algumas dificuldades”. “Mas o que é?” “Eu não tô tendo passagem pra vir pra escola”. **Aí você chama o serviço social e vamos pensar sobre isso.** E o serviço social pra além de recursos, o serviço social pra ir em um contexto mais amplo. **Então, tudo isso é um ajuste** (Camila, grifo nosso).

Nesse enunciado, é possível perceber como a atuação das equipes de saúde no IFRN é concebida a partir de uma lógica relacional e integrada, na qual a escuta, o diálogo intersetorial e a construção coletiva de estratégias emergem como elementos centrais do fazer profissional. Não se trata apenas de encaminhar demandas ou de distribuir responsabilidades entre setores, mas de operar em rede, instaurando processos de cuidado que reconhecem o estudante como sujeito em sua complexidade, e não como mero portador de sintomas ou desvios.

Esse caráter coletivo aparece também de forma clara no enunciado de Clara:

[...] **a gente é privilegiado porque a gente tem uma equipe que a gente pode dialogar.** Eu tenho uma assistente social que trabalha perto de mim, que eu posso chegar lá e dizer, ‘Oh, fulaninho não está tomando café da manhã, está chegando com dor de cabeça, me relatou que não tem nada pra tomar café da manhã em casa’. Posso ter uma nutricionista, que eu vou lá: ‘Oh, fulano passou mal porque não tomou café, me dê o lanche pra eu dar pro aluno’. Posso ter um médico que vai fazer uma avaliação física desse aluno, então a gente é privilegiado e **acho que a gente tem uma potência exatamente no IFRN de trabalhar essa não medicalização, mas uma compreensão maior do ser humano. Eu acho que aqui a gente tem um ambiente favorável exatamente pra desmedicalizar essas crianças** (Clara, grifo nosso).

Essa enunciação mostra que resistência à medicalização não é apenas uma decisão individual, mas uma condição possibilitada por um ambiente institucional que oferece recursos, espaços de diálogo e abertura para a transversalidade dos saberes. Consiste, portanto, em um trabalho em rede não hierarquizado, em que a primazia médica dá lugar à complementaridade entre saúde, pedagogia, serviço social, nutrição e outros campos, configurando aquilo que Foucault (1979) e Agamben (2009) definem como “dispositivo”. Ao reconhecer esse privilégio

institucional, Clara evidencia que o IFRN pode se constituir como território de produção de subjetividades emancipatórias, e não apenas como espaço de reprodução normativa.

Dessa forma, observamos o funcionamento de uma racionalidade que se afasta das respostas individualizantes e medicalizantes, para investir na produção de vínculos e na articulação de saberes. O que Camila nomeia como *ajuste* se traduz, na verdade, em uma prática de cuidado e educação que se faz no entrelaçamento de olhares — psicológico, pedagógico, social — capazes de compreender a condição estudantil em sua totalidade.

Essa orientação em saúde não emerge de forma espontânea ou individual, mas se ancora em condições de possibilidade historicamente construídas no interior da instituição. Entre elas, destacam-se a presença de equipes multiprofissionais no espaço escolar, a incorporação de discursos pedagógicos que tensionam a centralidade da clínica e a abertura institucional para práticas de educação em saúde que se afastam da lógica prescritiva.

Trata-se, portanto, de um arranjo que desloca o cuidado do registro estritamente biomédico para um campo ampliado de problematização da vida escolar, no qual o sofrimento é compreendido como efeito de múltiplas determinações — sociais, econômicas, afetivas e institucionais. Nessa perspectiva, o entrelaçamento de olhares não apenas amplia a compreensão da condição estudantil, mas funda uma prática de cuidado sustentada por uma racionalidade que reconhece o caráter coletivo, situado e relacional da produção da saúde.

Essa prática se aproxima daquilo que Maia (2024) propõe ao refletir sobre o papel da escuta ativa na educação em saúde, ao afirmar que não se trata de interpretar o sofrimento como um fenômeno isolado, mas de reconhecer sua inserção em contextos afetivos, familiares, econômicos e institucionais, muitas vezes silenciados ou desconsiderados pela lógica clínica tradicional.

Nesse ponto, vale retomar também a crítica de Foucault (1999a, 2008b, 2010) à maneira como o biopoder tende a isolar os corpos e fragmentar os sujeitos em nome de uma suposta normalização. No caso em análise, as práticas pedagógicas de educação em saúde operam justamente no sentido contrário, pois promovem a reintegração dos sujeitos aos seus contextos e experiências, instaurando outras possibilidades de escuta e de intervenção. Como reforçam Franco (2016) e Arroyo (2012), essa atuação se inscreve na perspectiva de

formação humana integral, orientada para uma compreensão ampliada do ser humano em sua multidimensionalidade.

Ao construir esses ajustes coletivos, as equipes de saúde do IFRN não apenas promovem o bem-estar do estudante, mas, sobretudo, produzem um deslocamento discursivo em que o acolhimento se configura como gesto pedagógico e a escuta se afirma como dispositivo de resistência à medicalização. Como destaca Safatle (2015), o sofrimento psíquico, quando capturado unicamente pelos modelos diagnósticos, tende a ser esvaziado de sua historicidade e de seu potencial crítico e, por isso, práticas como a descrita por Camila reafirmam o papel da instituição educativa como espaço de escuta e transformação, em que o cuidado é também um gesto político.

Esse modo de atuação contribui, por conseguinte, para a legitimação das práticas pedagógicas em saúde como parte do processo educativo, na medida em que desafia a fragmentação dos saberes e das funções institucionais. Ao convocar outros profissionais para compor a cena do cuidado, as equipes não apenas compartilham responsabilidades, mas constroem espaços de aprendizagem mútua e de produção de sentidos.

Trata-se, portanto, de uma pedagogia que se dá no diálogo, na corresponsabilização e na aposta de que o sujeito pode, com o apoio da coletividade, narrar sua história de outro modo — uma prática que se aproxima da noção de biopolítica do cuidado (Revel, 2015), entendida como formas de fazer viver que escapam à regulação e se abrem à produção de novas subjetividades.

Nesse contexto, emerge uma preocupação crescente das profissionais em tornar sua atuação visível, acessível e integrada ao cotidiano escolar. O reconhecimento da legitimidade das práticas pedagógicas em saúde parece depender não apenas de sua eficácia, mas também da sua presença concreta nos espaços de circulação, de convivência e de informalidade. É nesse esforço de aproximação simbólica e material que se inscreve o próximo enunciado de Camila, no qual a dimensão política da presença cotidiana se articula a uma crítica contundente às barreiras simbólicas da profissão:

eu costumo insistir também que **nós precisamos ir pros corredores. A gente precisa transitar, precisa ser conhecido, precisa ser palpável, acessível.** Somos profissionais elitizados, gente. Onde é que se tem um enfermeiro ou um médico disponível no posto de saúde, ali? Onde é que tem? No IF tem. Psicólogo é coisa de gente rica. Então, assim, **até esse**

**aluno entender que somos profissionais da educação, estamos todos pra educar, todos pra acolher, a gente vai precisar botar a cara na rua. Então, o nosso trabalho é lá fora mesmo, é nos corredores, é sentado nas rosquinhas...** (Camila, grifo nosso).

No enunciado de Camila, evidenciamos um potente deslocamento em relação às concepções tradicionais de atuação profissional em saúde, quando o cuidado não se restringe ao espaço do consultório ou da sala técnica, mas se move em direção aos corredores, aos espaços de convivência, aos lugares onde os corpos circulam e os afetos transbordam. Nesse gesto, o que se opera é, simultaneamente, uma crítica à lógica clínica tradicional e a afirmação de uma prática de cuidado que se faz pelo contato cotidiano, pela escuta atenta e pela presença nos espaços comuns.

Dessa maneira, não se trata apenas de estar fora dos consultórios, mas de investir outros espaços com intencionalidade pedagógica, produzindo sentidos que desestabilizam os lugares hegemônicos do saber médico. Como defende Maia (2024), ao propor uma ética da escuta e dos afetos na educação, a ação educativa em saúde requer abertura ao encontro, à imprevisibilidade e à produção compartilhada de significados. Nesse contexto, a presença nos espaços de circulação estudantil — corredores, rosquinhas, quadras, bibliotecas etc. — se torna um ato que legitima novas formas de relação com o conhecimento e com o sofrimento.

As demais participantes também expressam essa concepção ampliada de pedagogia, que se concretiza nas brechas da rotina escolar. Como afirma Sofia:

**[...] tem que estar lá nas rosquinhas, eu estou lá no CV [Centro de Vivência], eu tô lá na quadra, eu vou pra biblioteca, eu me meto nas reuniões deles e assim, mas pra tentar compreendê-los.** E muitas vezes eu chego, assim... reúno um grupo de bolsistas: ‘eu não faço ideia de como é que os alunos vão entender algo que eu quero passar pra eles, me ajudem aí’. [...] Então, eu acho que a gente enquanto profissional da educação, tem que estar constantemente buscando nos reeducar na realidade deles (grifo nosso).

Essa atitude denota uma pedagogia que escuta, compartilha e se reinventa a partir da experiência do outro, ao incluir os estudantes nos processos de elaboração das ações e deslocar o eixo do saber para uma produção coletiva e situada. Isso se alinha à leitura proposta por Maia (2024), para quem a escuta é um

gesto radicalmente educativo e de resistência, por desestabilizar a autoridade técnica e criar brechas para novas formas de cuidado e subjetivação.

Além disso, a mesma participante ressalta que **“as práticas pedagógicas não se resumem ao espaço fixo de sala de aula, de um setor específico. Ela acontece em todos os lugares, em todos os espaços.** Porque ela é responsabilidade de todos nós, de todo mundo que faz a instituição” (Sofia, grifo nosso). Dessa maneira, ao defender essa pedagogia em trânsito, as profissionais reafirmam a potência educativa dos espaços de circulação, subvertendo a lógica biomédica que historicamente confinou o cuidado a espaços fechados e especializados.

Como aponta Foucault (1977), o saber-poder médico se constituiu em lugares como a clínica e o hospital, promovendo o enclausuramento do corpo e a normatização das condutas. A atuação nos corredores e nas *rosquinhas*, portanto, opera como um deslocamento simbólico que rompe com o regime de especialização e abre caminho para a constituição de uma outra lógica de reconhecimento da saúde no campo educacional.

Nesse mesmo horizonte, é importante destacar que a força dessas práticas decorre, em grande medida, do fato de acontecerem em espaços considerados fora da lógica institucional. Corredores, centros de convivência, bibliotecas ou quadras, ao escaparem da rigidez curricular, tornam-se territórios legítimos de cuidado e de educação, exatamente por permitirem vínculos mais horizontais e espontâneos.

Como lembra Foucault (1979), o poder circula nos gestos, nas arquiteturas e nos modos de circulação, e é nesse movimento cotidiano que se abrem fissuras para outros usos dos espaços. Nesse sentido, a escuta e o acolhimento nos lugares comuns, tal como sugerem Guarido e Voltolini (2009), possuem potência transformadora justamente porque não se dão sob a lógica da queixa clínica, mas a partir da convivência e do reconhecimento mútuo. Esse deslocamento ético também aparece no esforço das profissionais em se *reeducar na realidade dos estudantes*, como aponta Sofia, gesto que revela uma postura de alteridade e de diálogo intergeracional, em que a escuta deixa de corrigir para se tornar ato de compreender e construir junto.

A partir disso, o enunciado apresentado por Ana ressoa: “a gente quando tá andando, que tá falando com os alunos, **a gente também tá educando**, tá conversando” (grifo nosso) — sinalizando que a prática pedagógica em saúde se

faz no percurso, no trânsito, na presença que escuta e responde aos fluxos da vida escolar.

Como lembra Calado (2021), práticas que se enraízam no cotidiano e dialogam com os afetos e experiências dos sujeitos tendem a produzir subjetividades menos reguladas pela racionalidade médica — e, portanto, mais abertas à criação de modos de vida singulares, relacionais e politicamente inventivos. Assim, ao transitar entre espaços, corpos e vozes, as profissionais do IFRN não apenas informam ou acolhem, elas educam. E o fazem no fluxo das interações, nas brechas da rotina institucional, instaurando resistências à medicalização por meio de gestos aparentemente simples, mas potentes.

Por fim, ao se reconhecerem como profissionais historicamente associadas a uma imagem elitizada e distante da realidade dos estudantes, as participantes tensionam os dispositivos simbólicos que ainda atravessam o campo da saúde pública. Como apontam Zorzanelli e Cruz (2018), tais dispositivos operam não apenas por diagnósticos e prescrições, mas também por barreiras de acesso que excluem determinados grupos e reforçam desigualdades sociais. Nesse sentido, *botar a cara na rua* — como afirma Camila — não é apenas um gesto de visibilidade, mas um movimento de desmedicalização e democratização do cuidado, que transforma os espaços escolares em territórios de vínculo, presença e transformação.

Nesse movimento de ocupação dos espaços e reinvenção cotidiana, as práticas pedagógicas em saúde possibilitam outras formas de relação com o sofrimento, com o cuidado e com o conhecimento. É nesse entrelaçamento entre circulação e escuta, entre corpo presente e vínculo afetivo, que se inscreve o enunciado de Lúcia:

**É uma coisa que a gente luta pra se construir [...].** Aí eu falo muito, ‘**não, eu não posso te dar o remédio, mas eu posso te orientar tudo, aconselhar, dizer qual caminho você pode percorrer**’, e aí, às vezes, no final, eles vão e entendem a importância do profissional estar ali atuando nessa parte educativa (grifo nosso).

Dessa maneira, quando a profissional recusa a entrega imediata de um medicamento, não se trata de uma omissão, mas de uma reconfiguração do cuidado, que se desloca do tratamento medicamentoso para o aconselhamento, o diálogo e a orientação compartilhada. Em outras palavras, o que se oferece não é

a ausência de resposta ao sofrimento, mas a adoção de outras práticas, construídas na relação com o sujeito.

Esse deslocamento de perspectiva implica também a recusa da captura do sofrimento por uma lógica diagnóstica. O ato de escutar e orientar não elimina a dor, mas produz brechas no discurso da patologização, permitindo reconhecer que o mal-estar pode estar vinculado a aspectos sociais, escolares, afetivos ou familiares — e que tais experiências não são necessariamente sintomas, mas expressões da vida.

Como ressalta Maia (2024), quando o profissional escuta com abertura para o não dito, para o equívoco e para a singularidade da experiência, ele está fazendo educação — e, nesse gesto, atravessa as fronteiras entre o clínico e o pedagógico. O enunciado de Clara, a seguir, reforça esse mesmo movimento ao relatar que, diante da demanda por um medicamento, opta por suspender o automatismo da prescrição para instaurar uma escuta cuidadosa e investigativa:

Muitas vezes os meninos chegam lá no setor de saúde: “Eu quero remédio pra tal coisa”, eu digo: **“Sente aqui, por que você tá assim? Desde quando você tá assim? Aconteceu alguma coisa? Você acordou de que horas?”**. E aí, no final, eu digo que não vou dar o remédio, eles saem chateados, mas outros compreendem. **No final, a gente explica pra ele: “Você tá assim por isso, por isso, por isso, não precisa tomar remédio, descanse aqui, fique aqui meia hora”** (Clara, grifo nosso).

Assim, o simples *sente aqui* funciona como um convite à pausa — não apenas do corpo cansado, mas da lógica medicalizante que prescreve antes de compreender. Nesse gesto, o que se produz é uma suspensão simbólica do protocolo biomédico e a abertura de um espaço-tempo educativo, onde perguntas como “por que você tá assim?”, “aconteceu alguma coisa?” e “desde quando você tá assim?” desconstroem a lógica da queixa pronta e da resposta imediata. Em vez de responder com um remédio, Clara oferece presença, acolhimento e descanso — deslocando o foco do sintoma para o sujeito e reinscrevendo o cuidado como escuta e partilha.

É nesse ponto que podemos compreender, com Calado (2019), que a medicalização atua justamente na desqualificação das experiências de sofrimento, transformando-as em disfunções biológicas a serem corrigidas. Esse modo de ressignificar o cuidado, já apontado por Clara, revela-se de forma ainda mais evidente em outro enunciado da participante:

[...] **vamos entender o que é essa dor de cabeça**. “Por que você está com dor de cabeça? Você não se alimentou antes de sair? Você acordou muito cedo? Você foi fazer uma prova que exigiu muita glicose sua? Então você não tá doente, você precisa só descansar, seu corpo só precisa descansar, você só precisa se alimentar”. [...] **A gente tem tentado não medicalizar** (Clara, grifo nosso).

Aqui, a dor de cabeça deixa de ser tratada como sinal imediato de doença e passa a ser interpretada como linguagem do corpo, situada em um contexto de práticas cotidianas — alimentação, rotina, provas. Esse deslocamento desafia a lógica denunciada por Zorzanelli e Cruz (2018), segundo a qual a medicalização reduz o sofrimento à química corporal e silencia suas determinações sociais, afetivas e existenciais. Portanto, ao recusar esse enquadramento, Clara reinsere o sintoma em uma rede de significações que o aproxima da vida real dos estudantes.

Essa escuta — que acolhe, acompanha e constrói com o outro — deve ser compreendida como um dispositivo de resistência, tal como definido por Foucault (1979), pois, no contexto das práticas analisadas, a escuta não é uma etapa do atendimento, mas uma intervenção que produz outros modos de se colocar no mundo, de compreender o corpo e de significar a saúde. É nesse sentido que Clara afirma, em outro momento:

[...] **a gente começou a tentar entender esse sujeito, que chegava lá com um adoecimento que, quando a gente via, era muito mais**. Uma menina que tinha crise de ansiedade todos os dias, quatro horas da tarde. A gente começou a observar e entender que, às quatro horas, estava chegando a hora dela ir pra casa, e ela tinha um problema em casa, e isso disparava um gatilho nela às quatro horas da tarde (Clara, grifo nosso).

O episódio narrado desmonta a lógica que interpreta a crise como transtorno individual e reinscreve o sofrimento no contexto das relações familiares e dos tempos subjetivos, consistindo em uma prática foucaultiana por excelência, em que, em vez de silenciar o sintoma pela medicalização, a profissional o interroga como produção discursiva que expressa múltiplas camadas de vida e de experiência.

Assim, quando Camila afirma com veemência: “**a gente precisa pensar em não medicalizar, é não mesmo!**”, ela radicaliza a posição crítica já evidenciada nos enunciados das demais participantes, deixando claro que resistir à medicalização exige uma escolha consciente e cotidiana. Trata-se de confrontar o automatismo do diagnóstico e da prescrição, bem como a ideia de que o sofrimento

precisa, necessariamente, de um remédio, pois, como apontam Safatle (2018) e Safatle, Silva Junior e Dunker (2020), resistir à medicalização é também resistir à captura neoliberal das formas de vida, a qual transforma afetos em patologias e esvazia as potências do sofrimento.

Ainda, é importante destacar que essa luta contra a medicalização não é neutra nem espontânea — ela demanda esforço e disputa institucional. Como lembra Foucault (1988), a resistência não se dá fora do poder, mas se constitui nas brechas do seu exercício, nos interstícios da norma, nos desvios da prática. Nesse caso, as profissionais atuam exatamente a partir dos próprios instrumentos institucionais — o atendimento, o acolhimento, a escuta —, resignificando-os e tensionando suas finalidades.

Por esse ângulo, o que está em jogo é a constituição de um outro modo de subjetivação — não aquele que produz sujeitos medicalizados, dependentes da validação clínica para a existência de seus afetos, mas sim sujeitos capazes de elaborar suas experiências, de nomear suas dores e de buscar coletivamente formas de enfrentá-las. Como nos lembram Guarido e Voltolini (2009), a escuta clínica comprometida com a educação e com a saúde não pode se dar sem o reconhecimento da singularidade e da potência de quem fala.

Dessa maneira, o *não* ao remédio se transforma em um *sim* à autonomia, à reflexão, ao cuidado ampliado. E é nesse gesto cotidiano — muitas vezes silencioso e não regulamentado — que se funda uma das expressões mais contundentes da resistência à medicalização do corpo no contexto do IFRN: a constituição de práticas pedagógicas em saúde que educam em vez de normatizar, que acolhem em vez de corrigir, que resistem em vez de reproduzir. Essa reconfiguração se articula ainda à noção de formação humana integral (Arroyo, 2012; Franco, 2016), pois reconhece que educar em saúde é educar para a vida em todas as suas dimensões.

Nesse sentido, como analisam Zorzanelli e Cruz (2018), os dispositivos medicalizantes não operam apenas por diagnósticos e prescrições, mas também por meio de barreiras simbólicas que excluem sujeitos e reforçam desigualdades sociais. Ao recusar esse modelo e oferecer outras possibilidades de escuta e orientação, as profissionais não apenas cuidam, mas reconfiguram sentidos institucionais sobre o que é cuidar, sobre quem cuida e sobre como se cuida.

Dessa maneira, compreendemos que as práticas pedagógicas em saúde desenvolvidas no IFRN não se limitam ao cuidado individual, mas atuam na tessitura discursiva e institucional da saúde, reposicionando-a como um processo formativo e relacional. Ao escutar, orientar e resistir à medicalização, essas profissionais inventam práticas insurgentes, legitimam sua atuação como educadoras e contribuem para a consolidação de um outro modelo de saúde na EPT pública — um modelo ancorado no vínculo, na escuta e na ética da presença.

Essa reconfiguração das posições de sujeitos abre caminho para que as participantes expressem, também, a dimensão afetiva de sua escolha pelo espaço educativo, que, mais do que uma adaptação pontual ao ambiente escolar, consiste em um deslocamento institucional que questiona os lugares historicamente atribuídos aos profissionais da saúde e reinscreve suas práticas no campo da educação. Nessa perspectiva, o vínculo afetivo que se estabelece com os estudantes deixa de ser apenas um elemento acessório do cuidado para se afirmar como dimensão constitutiva do processo formativo, revelando que o compromisso com a saúde no IFRN é também um compromisso com a construção de sujeitos críticos, autônomos e socialmente implicados.

Nesse horizonte, Sofia afirma: “não que eu não goste da parte assistencial, eu acho que uma coisa anda junto com a outra, mas **eu amo trabalhar educação e educação em saúde, então eu me sinto muito bem aqui**” (grifo nosso). Esse enunciado indica que a valorização da educação em saúde não significa desqualificar o trabalho assistencial, mas compreender que a dimensão formativa do cuidado é aquilo que lhe confere maior sentido e pertencimento no contexto escolar.

Na mesma sintonia, Helena reforça essa percepção ao destacar que o IFRN “[...] é um ambiente de jovens, é um ambiente borbulhante de coisas boas, de educação. **Melhor do que trabalhar em um hospital, que é um ambiente muito mais pesado. Ou um posto de saúde**” (grifo nosso). Tal enunciação coloca em evidência o contraste entre o instituto e os serviços tradicionais de saúde, mostrando como o espaço educativo, em vez de ser visto como secundário, pode ser compreendido como um território privilegiado de vitalidade, de vínculos e de formação.

Em meio às múltiplas demandas que atravessam o cotidiano das profissionais da saúde no IFRN, a escolha de permanecer no campo educativo

emerge como um gesto que ultrapassa uma simples preferência pessoal. Ao afirmarem o prazer e a satisfação em atuar com educação em saúde — especialmente dentro de um ambiente escolar vibrante, como enfatizado por Helena —, essas profissionais reiteram uma tomada de posição que é, ao mesmo tempo, afetiva, institucional e política.

Nesse contexto, o espaço educativo é identificado não apenas como um local de trabalho mais leve do que hospitais ou unidades básicas de saúde, mas como um território de potência formativa, de contato direto com os sujeitos em processo de constituição, de produção de vínculos e de experimentação de práticas pedagógicas menos normativas. Essa percepção rompe com a tradicional hierarquização que tende a valorizar a clínica hospitalar como ápice do saber biomédico e, por conseguinte, relega a atuação em espaços educativos a uma posição secundária ou transitória. Em contraste, o que se observa nos enunciados é a valorização da escola como lugar privilegiado para produzir saúde de forma ampliada — e não como espaço de ausência de prática real em saúde.

Essa inflexão pode ser compreendida à luz da crítica foucaultiana à constituição das instituições modernas, entre elas o hospital, a caserna e a escola, visto que Foucault (1999a) analisa essas instituições como engrenagens de um mesmo dispositivo disciplinar, cuja função é produzir corpos dóceis e úteis ao funcionamento da sociedade moderna. Todavia, o que emerge no discurso dessas profissionais do IFRN é a tentativa de subverter essa lógica disciplinadora a partir da inserção de práticas educativas em saúde que se afastam da vigilância e da normalização e se aproximam da escuta, do vínculo e da construção compartilhada de saberes.

Assim sendo, ao situarem a escola como lugar mais “borbulhante”, mais alegre, mais criativo, as profissionais demonstram que a promoção da saúde, ali, não se limita ao controle ou à vigilância dos corpos juvenis, mas passa a operar também como produção de subjetividades, como espaço de acolhimento das singularidades, como experiência de formação mútua. Tal movimento se aproxima das proposições de autores como Maia (2024), que destaca a importância da escuta e do afeto no campo educativo, e de Safatle (2018), ao defender que o espaço escolar pode se constituir como um dos últimos redutos de resistência à lógica da performance neoliberal e da mercantilização da vida.

Por essa via, torna-se evidente que a opção pelo campo da educação em saúde, ainda que não desconsidere o valor da prática assistencial, se inscreve como um gesto de recusa à lógica medicalizante que atravessa tanto a escola quanto os serviços clássicos de saúde. Em lugar da fragmentação, do atendimento pontual e da patologização dos sujeitos, propõe-se a construção de vínculos, o investimento na formação integral e a invenção de estratégias pedagógicas situadas. Portanto, ao dizer que ama trabalhar com educação em saúde, Sofia afirma uma forma de ser-profissional que resiste à normatividade do cuidado medicalizado e que se engaja na criação de outros modos possíveis de fazer saúde — modos esses que, por sua vez, reafirmam a legitimidade da atuação dessas profissionais enquanto educadoras no espaço escolar.

Nesse quadro de deslocamentos e invenções, é importante reconhecermos que as práticas pedagógicas em saúde não se constituem em um terreno homogêneo, considerando que a resistência nunca se dá de forma pura, mas em tensão constante com as racionalidades hegemônicas.

Essa contradição aparece no enunciado de Ana, ao afirmar: “a gente faz com a **avaliação biomédica**, com o **controle dos cartões de vacina** que a gente acompanha, que faz campanha” (grifo nosso). A menção ao “controle dos cartões de vacina” e à “avaliação biomédica” indica a presença de dispositivos de vigilância e normalização, que se aproximam daquilo que Foucault (1977; 2008) descreve como marcas da biopolítica disciplinar, e explicita a permanência de práticas ancoradas na racionalidade biomédica no interior do IFRN.

Ainda que as campanhas de vacinação tenham relevância do ponto de vista da saúde pública, sua inscrição no espaço escolar também reforça normas de corpo e conduta, inserindo a saúde em uma lógica de padronização. Ao mesmo tempo, é nesse tensionamento entre medicalização e pedagogia que se torna possível observar a emergência de resistências — resistências que não rompem de forma abrupta, mas que se infiltram como deslocamentos sutis e cotidianos.

Nesse sentido, se Ana revela a persistência da racionalidade médica, o enunciado a seguir, de Clara, aponta para um movimento de reinvenção:

**a gente ainda tem isso muito de procurar instrumentos pedagógicos que a gente consiga sensibilizar esse público**, porque é muito difícil trabalhar com adolescente, tem que ser algo que chame a atenção deles, não é fácil. Esse ano **a gente meio que entrou também um pouco na história das redes sociais, fizemos vídeos pro Instagram do IFRN,**

falando em saúde bucal, exatamente nessa tentativa de trazer instrumentos pedagógicos pra o nosso dia a dia, porque é uma coisa que a gente não teve na academia, é difícil pra gente. [...] **a gente quer realmente uma ação, uma atividade que eles gostem, que eles participem e que traga realmente um empoderamento de saúde pra eles** (Clara, grifo nosso).

Essas enunciações mostram a busca por estratégias pedagógicas sensíveis ao universo juvenil, deslocando o foco da clínica para práticas que dialogam com a cultura contemporânea dos estudantes. O uso de redes sociais como o Instagram, por exemplo, rompe com a lógica da sala fechada e aposta em linguagens próximas ao cotidiano dos jovens, aproximando-se da noção de que educar em saúde significa partir do contexto vivido pelos estudantes e produzir práticas que se reinventam no encontro com eles — em vez de aplicar protocolos fixos ou normativos (Maia, 2024).

Além disso, o reconhecimento de Clara em não ter sido formada para a educação em saúde evidencia que essas práticas não são prescritas pela formação técnica, mas impulsionadas na experiência institucional — o que reforça a perspectiva de Franco (2016) de que a pedagogia se constrói no fazer, e não apenas na aplicação de modelos prévios.

Ademais, o termo *empoderamento* mobilizado pela participante traz ambivalências: por um lado, indica a tentativa de produzir sujeitos ativos, capazes de compreender e intervir sobre sua própria saúde; por outro, corre o risco de ser capturado pelo léxico neoliberal, reforçando a responsabilização individual pelo sofrimento (Safatle; Silva Junior; Dunker, 2020). No entanto, no contexto do IFRN, o empoderamento parece ganhar contornos de resistência, já que se articula a práticas coletivas, de escuta e de invenção, que retiram o estudante da posição de paciente e o reinscrevem como sujeito de saber e de ação.

Como desdobramento dessa reinvenção, o projeto *Papo Aberto*, relatado por Helena, constitui outro exemplo de prática pedagógica insurgente:

Os alunos são difíceis de participar, muito difíceis. A gente fez um projeto que teve sucesso, mas com muito esforço, que foi o **Papo Aberto**. O médico conversou com a psicóloga, eles viram a necessidade de saúde mental [...], a gente fez. [...] **E a gente foi insistindo todo mês pra temática diferente, tinha uma dinâmica, depois conversava, depois o grupo se solidificou** (Helena, grifo nosso).

Aqui, a saúde mental não é tratada como problema clínico a ser corrigido, mas como experiência coletiva a ser elaborada, e o esforço de insistir, mesmo com poucos estudantes no início, revela uma aposta na construção lenta de vínculos, abrindo espaços de fala e escuta para que os jovens se reconheçam, produzindo saberes situados e compartilhados.

A diversidade das práticas relatadas pelas participantes evidencia que a saúde, no contexto do IFRN, não se reduz à prescrição clínica ou à lógica do consultório, mas se materializa em experiências coletivas, criativas e afetivas que reinscrevem o corpo no espaço escolar como sujeito de formação.

Nesse sentido, Helena ao afirmar que, “além disso, tem desenvolvimento de **jogos educativos**, a gente já fez [...] **painéis, horinha do chá, oficinas variadas, horta coletiva, carnaval** [...] a gente usou mão aí das **redes sociais**, [...] a gente está nesse momento de encontrar esse novo caminho (grifo nosso)”, traduz uma concepção de saúde que se afasta da clínica tradicional e se aproxima de uma prática pedagógica insurgente, considerando que jogos, hortas e oficinas não apenas ocupam o tempo escolar, mas produzem experiências que mobilizam afetos, criam vínculos e legitimam o corpo em sua dimensão lúdica, histórica e coletiva.

Sob tal perspectiva, tais práticas dialogam com a ideia de formação humana integral (Arroyo, 2012; Manacorda, 2010; Moura; Lima Filho; Silva, 2015), compreendendo o ser humano em sua integralidade, escapando da redução biomédica a disfunções ou riscos. Além disso, o recurso às redes sociais, ainda que experimental, reforça a abertura, já apresentada por Clara anteriormente, a linguagens juvenis e digitais, e ressoa na defesa de Franco (2016) da pedagogia como prática em construção, marcada pela experimentação, pela invenção e pela implicação ética.

Por sua vez, o enunciado de Camila a seguir revela outra dimensão potente dessas práticas pedagógicas em saúde: a tradução do sofrimento para linguagens sensíveis, como a música.

A gente fez esse trabalho de **Que som toca você?**. Parece banal estar no pátio com os alunos e eles dizendo **quais são as músicas que tocam eles, porque tocam**, e eles falarem sobre aquilo, e naqueles registros por escrito que eles deixavam pra gente... [...] a gente guardava o registro e fazia o contato posteriormente: “Olha, a gente viu aqui que se inscreveu

sobre algumas tentativas de suicídio, e essa música lhe remete isso” (Camila, grifo nosso).

Nesse caso, a mediação estética não banaliza a dor, mas a reinscreve em um espaço de partilha coletiva e de escuta afetiva. Como argumenta Revel (2005), práticas como essa deslocam a centralidade da clínica para a produção de subjetividades por meio da experiência comum, instaurando uma escuta relacional que legitima a palavra dos jovens sem capturá-la imediatamente em categorias diagnósticas.

Essa prática também evidencia que o ato pedagógico em saúde não se limita ao aconselhamento técnico, mas à criação de espaços em que os sujeitos possam narrar a si mesmos por meio de registros simbólicos — como as músicas que evocam memórias, afetos e dores. Consiste, portanto, em um gesto de resistência à medicalização, ao propor que o sofrimento seja escutado como linguagem da vida, e não como falha individual a ser corrigida.

Clara, por sua vez, explicita uma recusa à captura das emoções pela lógica diagnóstica:

[...] a gente tentou trabalhar [...] **essa ideia de que as emoções, estar ansioso, isso faz parte da nossa vida. Isso não é patológico**, né? Ao contrário, é um sistema de proteção que nós temos no nosso corpo. Tem dia que a gente vai estar triste, uma situação vai nos deixar triste, outra situação vai nos deixar feliz, assim como tem dia que eu vou estar ansioso pra alguma coisa de boa que vai acontecer, um namorado que eu vou encontrar, uma pessoa que eu quero ver, um *crush*, mas também por uma prova (Clara, grifo nosso).

A ansiedade, nesse enunciado, é reinscrita como experiência comum, expressão de vitalidade e de expectativa, e não como sintoma a ser corrigido. Tal perspectiva dialoga diretamente com Canguilhem (2009), ao compreender a saúde como capacidade de instituir novas normas diante das exigências da vida, e também com Han (2017), ao criticar a normatividade neoliberal que impõe a obrigação do bem-estar constante.

Por esse ângulo, a participante reforça que as práticas pedagógicas em saúde devem criar espaços para a elaboração simbólica das emoções, e não para sua patologização, apresentando-se, portanto, como um dispositivo de resistência que reconhece a legitimidade do sofrer como parte constitutiva da vida e como experiência formativa.

Desse modo, as práticas pedagógicas em saúde no IFRN emergem como dispositivos de resistência e de produção de legitimidade, operando nas frestas do biopoder e afirmando novas formas de subjetivação possíveis, críticas e inventivas, no cotidiano escolar. Em síntese, tais práticas não apenas complementam o trabalho assistencial, mas instauram deslocamentos que tensionam a hegemonia da racionalidade biomédica. Ao circularem pelos espaços escolares, ao instaurarem uma escuta pedagógica que recusa o automatismo da prescrição, ao criarem projetos coletivos e ao produzirem estratégias educativas situadas, as equipes multiprofissionais afirmam um modo de cuidar que é, ao mesmo tempo, gesto político e pedagógico.

Por conseguinte, a escola deixa de ser apenas lugar de reprodução disciplinar e passa a se afirmar como território de produção de subjetividades emancipatórias, em que saúde e educação se entrelaçam para resistir às formas contemporâneas de medicalização do corpo. Ao mesmo tempo, ao se articular com a concepção de formação humana integral própria da EPT, essas práticas constituem repertórios concretos de resistência às racionalidades neoliberais que precarizam vidas e capturam afetos, recolocando a saúde no registro do comum e do partilhado (Moura; Lima Filho; Silva, 2015; Safatle, 2018; Safatle; Silva Junior; Dunker, 2020).

Nessa direção, retomando o enunciado que nomeia esta subseção — “Como é que a gente promove saúde? Através de educação em saúde” —, evidenciamos a reconfiguração do cuidado como prática pedagógica: um deslocamento do eixo doença-tratamento para um território formativo e relacional, em consonância com Canguilhem (2009), para quem saúde é a capacidade de instituir novas normas diante das exigências da vida.

Assim sendo, promover saúde implica criar condições para que os estudantes possam se compreender, expressar-se e reorganizar suas formas de vida. Esse movimento, que não é imediato nem espontâneo, demanda intencionalidade ética e compromisso político. Como argumenta Maia (2024), educar em saúde é, ao mesmo tempo, escutar e resistir — escutar os sujeitos em suas singularidades e resistir à patologização do sofrimento, à lógica do desempenho e à captura do corpo pelo diagnóstico.

Isto posto, a dimensão ética e política do cuidado educativo exige observar como as orientações formais se realizam no cotidiano da escola. Para além do que

prescrevem os documentos institucionais sobre as práticas pedagógicas de educação em saúde, tal como sistematizado no Quadro 5, os enunciados das participantes mostram que a norma, no sentido foucaultiano, opera para além da lei e rearticula usos, espaços e técnicas, abrindo frestas de resistência e invenção. Nessa direção, apresentamos o Quadro 13, que sintetiza as práticas efetivamente realizadas pelas profissionais em contraste com o previsto, indicando os objetivos pedagógicos de cada uma, de modo a oferecer uma visão comparativa clara do intervalo entre prescrição e prática.

Quadro 13 – Síntese comparativa das práticas pedagógicas de educação em saúde previstas e efetivamente realizadas no IFRN

| <b>Práticas previstas nos documentos institucionais</b>                                 | <b>Práticas efetivamente realizadas pelas participantes</b>                                                                                                           | <b>Objetivo pedagógico</b>                                                                                                                                          |
|-----------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Ações preventivas pontuais, limitadas a fluxos setoriais predefinidos                   | <b>Práticas pedagógicas multiprofissionais desenvolvidas de forma coletiva</b>                                                                                        | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Acolher as complexidades dos estudantes</li> </ul>                                                                         |
| Atendimento em consultórios ou salas técnicas específicas<br>Ações informativas em sala | <b>Presença e desenvolvimento de práticas pedagógicas nos espaços físicos comuns</b> (corredores, <i>rosquinhas</i> , centros de vivência, quadras, bibliotecas etc.) | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tornar o cuidado visível e acessível</li> <li>• Reduzir barreiras simbólicas</li> </ul>                                    |
| Projetos e campanhas temáticas                                                          | <b>Cogestão das práticas pedagógicas com os estudantes</b>                                                                                                            | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Compreender a realidade juvenil</li> <li>• Coelaborar ações com os estudantes</li> </ul>                                   |
| Triagem e orientação clínica breve                                                      | <b>Escuta como prática pedagógica</b>                                                                                                                                 | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Promover escuta investigativa</li> <li>• Combater a medicação automatizada</li> <li>• Oferecer cuidado ampliado</li> </ul> |
| Comunicação institucional formal                                                        | <b>Comunicação nas redes sociais</b>                                                                                                                                  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Engajar linguagens juvenis</li> <li>• Atrair os estudantes</li> </ul>                                                      |
| Grupos de prevenção e atendimento                                                       | <b>Grupo contínuo de saúde mental</b> ( <i>Papo Aberto</i> )                                                                                                          | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Estabelecer vínculos</li> <li>• Abrir espaço para fala e escuta continuada</li> </ul>                                      |
| Oficinas pontuais                                                                       | <b>Práticas lúdicas e coletivas</b> (jogos, painéis, <i>horinha do chá</i> , oficinas, horta coletiva, eventos etc.)                                                  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Promover a formação humana integral</li> <li>• Possibilitar aprendizagem por experiência e afeto</li> </ul>                |
| Campanhas e temas expositivos                                                           | <b>Mediação estética do sofrimento através de música</b>                                                                                                              | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Abrir espaço para fala e escuta</li> <li>• Elaborar as experiências</li> </ul>                                             |
| Educação em saúde via palestras                                                         | <b>Releitura das emoções como experiência comum</b>                                                                                                                   | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Desenvolver educação emocional</li> <li>• Combater a patologização de sofrimentos</li> <li>• Produzir autonomia</li> </ul> |

|                                  |                                                            |                                                           |
|----------------------------------|------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|
| Vigilância em saúde e protocolos | <b>Avaliação biomédica e controle de cartões de vacina</b> | • Garantir normativas de saúde pública (campo de disputa) |
|----------------------------------|------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|

Fonte: Elaboração própria em 2025.

Diante dessa síntese empírica, importa qualificar teoricamente o que aqui nomeamos de *práticas*. Se, de um lado, os documentos delineiam finalidades e fluxos, de outro, o cotidiano reabre possibilidades por meio de arranjos históricos e contingentes. É nesse ponto que, como desdobramento teórico, distinguimos a noção marxista de *praxis* daquilo que, no campo foucaultiano, compreendemos como *práticas*.

Para a tradição marxista, a *praxis* representa a unidade dialética entre teoria e prática, constituindo-se como atividade transformadora do mundo pelo trabalho humano consciente, orientado por uma finalidade (Dardot, 2015). Trata-se, portanto, de uma categoria filosófica e política que articula reflexão e ação numa mesma totalidade.

No entanto, como argumenta Dardot (2015), ao discutir a passagem da *praxis* às *práticas*, essa perspectiva teleológica foi sendo tensionada por abordagens que recusam a ideia de uma essência do sujeito ou de uma finalidade histórica predeterminada. Em Foucault, o termo *práticas* não remete a uma síntese dialética entre teoria e ação, mas a um conjunto de enunciados, técnicas, instituições e condutas que produzem efeitos de saber-poder, elas são históricas, contingentes e múltiplas, não partem de um sujeito soberano que transforma o mundo, mas do entrelaçamento de discursos e dispositivos que, ao mesmo tempo, sujeitam e possibilitam resistências.

Aplicado ao campo da educação em saúde no IFRN, esse deslocamento implica compreender as práticas pedagógicas não como expressão direta de uma teoria prévia, mas como produção situada, marcada por negociações, invenções e resistências cotidianas. Ao mesmo tempo em que são atravessadas pela racionalidade biomédica, elas instauram brechas de deslocamento, afirmando-se como espaços de escuta, cuidado e formação integral. Assim, as práticas pedagógicas em saúde não apenas operam como mediação entre teoria e prática — no sentido marxiano da *práxis* —, mas como lugares de disputa em que se produzem novos regimes de verdade e de subjetividade.

Dessa maneira, as práticas pedagógicas em saúde, no contexto da EPT, revelam-se como experiências que encarnam o próprio jogo foucaultiano de saber-poder: ao mesmo tempo em que dialogam com normas institucionais e dispositivos de controle, também inventam outras formas de cuidar e educar, tensionando os limites da medicalização. Consistem, portanto, em práticas que não apenas acompanham a formação integral preconizada pela EPT, mas que também a radicalizam, ao inscrever a saúde como dimensão pedagógica e política do processo educativo.

Em síntese, se a *praxis* marxista se ancora na teleologia transformadora do trabalho humano, as *práticas* foucaultianas permitem compreender o modo como, no cotidiano escolar, os profissionais da saúde produzem resistências ao rearticular discursos, corpos e afetos em novas formas de subjetivação. É nesse entrelaçamento que se consolida a tese desta pesquisa: as práticas pedagógicas multidisciplinares em saúde no IFRN se constituem como dispositivos de resistência à medicalização do corpo na sociedade contemporânea e como repertórios de invenção pedagógica, capazes de afirmar a escola como território de cuidado, formação e emancipação.

## 5 ROMPENDO OS FIOS

As “luzes” que descobriram as liberdades inventaram também as disciplinas.

(Foucault, 1999a, p. 183)

Essa afirmação de Foucault, que evidencia a indissociabilidade entre práticas de liberdade e dispositivos de controle, ressoa diretamente com o percurso desenvolvido nesta pesquisa. Ao longo da análise, vimos como a escola se constitui simultaneamente como espaço de formação e de regulação, produzindo discursos que tanto capturam quanto permitem resistir. É nesse cruzamento que situamos a metáfora da marionete, pela qual se tornou possível compreender os fios que buscam controlar os corpos e, ao mesmo tempo, os movimentos de resistência que se insinuam em seu interior.

Rompendo os fios que, ao longo desta tese, simbolizaram as forças de captura e normatização dos corpos, chegamos ao momento de retomar o percurso analítico e responder à questão que nos guiou. Assim, investigamos as relações entre as práticas pedagógicas em saúde no IFRN e o processo de medicalização do corpo, sustentando que tais práticas, mesmo tensionadas por discursos biologizantes, configuram-se como dispositivo de resistência. A metáfora da marionete, que perpassou a construção deste estudo, ajuda a compreender esse movimento: se os fios do poder-saber buscam capturar e controlar, as práticas pedagógicas em saúde no IFRN revelam a possibilidade de afrouxá-los, abrindo espaço para outros modos de cuidado e subjetivação.

Em vista disso, delimitamos como objeto as práticas de educação em saúde desenvolvidas pelas equipes multidisciplinares da instituição e formulamos a questão central que orientou esta investigação: como os discursos sobre essas práticas, presentes tanto nos documentos institucionais quanto nos enunciados das participantes, relacionam-se com a medicalização do corpo e se constituem como formas de resistência no contexto da sociedade contemporânea?

A principal contribuição acadêmica deste estudo, portanto, consiste em iluminar um campo pouco explorado, articulando a Análise do Discurso de inspiração foucaultiana às práticas pedagógicas em saúde na EPT. Com isso, evidenciamos que, mesmo no interior das redes de poder, surgem fissuras que

permitem resistir ao paradigma medicalizador, reafirmando a importância dessas práticas para a formação integral e crítica dos estudantes.

Desse modo, ao retomarmos os objetivos delineados no início desta tese, é possível afirmar que eles foram alcançados em sua totalidade. O objetivo geral — analisar os discursos sobre as práticas pedagógicas em saúde no IFRN, a fim de compreender de que modo tensionam a medicalização do corpo e se configuram como dispositivo de resistência — mostrou-se cumprido à medida que tanto os documentos institucionais quanto os relatos da equipe multidisciplinar evidenciaram a coexistência de racionalidades medicalizantes e de práticas educativas insurgentes.

No que tange aos objetivos específicos, a discussão sobre a medicalização do corpo na contemporaneidade permitiu situar o problema em um horizonte mais amplo, evidenciando como a cultura diagnóstica e o discurso biomédico atravessam o espaço escolar e afetam a vida estudantil. A análise das condições de possibilidade nos documentos do IFRN revelou tanto a permanência de um regime de verdade assistencialista quanto a abertura para práticas de promoção da saúde articuladas à formação integral. Por fim, a problematização dos discursos da equipe multidisciplinar mostrou que, ainda sob pressões institucionalizadas, as profissionais constroem práticas pedagógicas de cuidado e escuta que fortalecem vínculos, criam coletividade e reposicionam os estudantes como protagonistas.

As conclusões emergem do diálogo entre as diferentes camadas analisadas. A leitura dos documentos institucionais evidenciou contradições: de um lado, a persistência de marcas medicalizantes e, de outro, enunciados que reconhecem a saúde como dimensão formativa. Os discursos dos profissionais, por sua vez, trouxeram à tona tanto as dificuldades enfrentadas diante da racionalidade assistencialista quanto as brechas criadas pelas ações pedagógicas cotidianas, como oficinas, rodas de conversa e práticas intersetoriais. E, finalmente, a análise crítica do campo da EPT permitiu mostrar que a educação em saúde, quando compreendida em sua dimensão política e pedagógica, configura-se como resistência ao biopoder, abrindo espaço para subjetividades menos capturadas pela norma biomédica.

Assim sendo, os resultados obtidos confirmam a tese defendida: as práticas pedagógicas em saúde no IFRN não se reduzem a uma dimensão assistencial ou clínica, mas funcionam como espaços de resistência, nos quais os fios da

medicalização são tensionados. A questão de pesquisa, portanto, encontra resposta ao se demonstrar que tais práticas, ainda que situadas em um campo de forças marcado pelo biopoder, instauram movimentos de deslocamento capazes de produzir novos modos de cuidado e de subjetivação no contexto escolar. Em outras palavras, ao educar, os profissionais de saúde não apenas transmitem conhecimento, mas também moldam subjetividades, promovendo modos de pensar e agir que desafiam o paradigma medicalizador, favorecendo, assim, o empoderamento dos estudantes.

Em consequência disso, esta pesquisa apresenta contribuições originais tanto no plano teórico quanto pedagógico. Teoricamente, avança ao articular a Análise do Discurso de inspiração foucaultiana às práticas pedagógicas em saúde na EPT, interpretando-as como dispositivos de resistência. Essa leitura amplia o alcance das reflexões sobre biopoder e medicalização, deslocando-as para o cotidiano escolar e revelando como a saúde, ao se inscrever no espaço educativo, deixa de ser apenas campo de intervenção biomédica e passa a compor a formação humana integral. Nesse movimento, a metáfora da marionete se reconfigura: se antes evidenciava a captura dos corpos, agora mostra as possibilidades de afrouxamento dos fios, de invenção e de emancipação.

Do ponto de vista pedagógico, o estudo contribui ao dar visibilidade às práticas cotidianas da equipe multidisciplinar em saúde, frequentemente invisibilizadas pelos discursos institucionais. Ao evidenciar como essas ações se configuram como resistência — por meio da escuta, da pedagogia do cuidado, da circulação pelos espaços escolares e da promoção de práticas coletivas, inovadoras e transformadoras —, esta tese reforça a importância de reconhecer tais profissionais como agentes pedagógicos que ampliam os horizontes da educação em saúde.

Essa constatação vai ao encontro de pesquisas como a de Faial et al. (2016), que destacam a educação em saúde como promotora de consciência coletiva, emancipação e responsabilidade social, e de Falkenberg et al. (2014), que a compreendem como processo político-pedagógico capaz de gerar autonomia e ação transformadora. No mesmo sentido, Moura e Durães (2019) e Moura, Durães e Machado (2025) ressaltam que, no contexto da EPT, a educação em saúde é prática integradora, promotora de cidadania e formação crítica, confirmando a relevância dos resultados alcançados por este trabalho.

A relevância dos resultados obtidos reside, portanto, em demonstrar que a educação em saúde no contexto da EPT pode operar como resistência à medicalização, favorecendo a constituição de sujeitos críticos e autônomos, capazes de problematizar discursos hegemônicos sobre corpo e saúde. Além disso, reafirma a necessidade de que as práticas em saúde não sejam limitadas ao assistencialismo, mas integradas à missão educativa das instituições públicas, fortalecendo o compromisso com a formação integral e cidadã.

Nesse seguimento, a metáfora da marionete — até então associada à captura e à normatização dos corpos — adquire, neste ponto da análise, uma nova dimensão: os fios podem não ser totalmente rompidos, mas são, ao menos, afrouxados, e, nesse gesto, abrem-se possibilidades para a construção de novos modos de ser e viver na escola e na vida.

Não obstante os avanços e contribuições desta tese, é preciso reconhecer algumas limitações. A primeira delas diz respeito ao escopo empírico, restrito ao universo do IFRN e a um número delimitado de profissionais da equipe multidisciplinar que participaram do grupo de discussão. Embora essa escolha tenha possibilitado aprofundar a análise, ela também impôs um recorte que não abarca a totalidade da diversidade existente entre os *campi* e tampouco permite generalizações para outras instituições de EPT.

Outra limitação se refere à coleta de dados, que, ao se apoiar em um único encontro de grupo de discussão, ainda que híbrido e representativo, não pôde explorar de maneira mais longitudinal as práticas cotidianas de cada *campus*. Do mesmo modo, o recurso a documentos institucionais, apesar de essencial para compreender as condições de possibilidade dos discursos, pode deixar à margem práticas e narrativas que não se inscrevem formalmente nesses registros.

Por fim, reconhecemos que, diante da amplitude do tema da medicalização, esta pesquisa priorizou a análise das práticas pedagógicas em saúde, o que significa que outras dimensões correlatas — como o discurso sobre a qualidade de vida dos servidores ou as interações mais amplas entre saúde e comunidade externa — ficaram apenas tangenciadas.

Em vista dessas limitações, esta investigação abre espaço para novos caminhos investigativos que possam expandir e aprofundar os resultados aqui obtidos. Um primeiro desdobramento se refere à necessidade de estudos que explorem de maneira mais ampla a articulação entre os setores de saúde e os

setores pedagógicos diretos da instituição, visando a consolidar ações integradas que contribuam para uma educação em saúde verdadeiramente integral. Também é relevante que os resultados aqui apresentados retornem a toda a instituição, especialmente aos setores responsáveis pela elaboração de editais e processos seletivos, considerando a inconsistência identificada entre as atribuições descritas nesses documentos e as reais posições de sujeito dos profissionais que compõem as equipes multidisciplinares em saúde do IFRN.

Além disso, tornam-se imprescindíveis investigações sobre a formação inicial e continuada dos profissionais de saúde que ingressam na EPT, dado que, como afirmou Camila, “ninguém foi formado e preparado pra atuar dentro da Educação Profissional”. Essa constatação sinaliza a relevância de estudos futuros sobre políticas de capacitação e desenvolvimento profissional específicas para o campo da EPT, capazes de fortalecer a legitimidade pedagógica das equipes multidisciplinares.

Outro campo promissor diz respeito ao acompanhamento das situações de sofrimento que atravessam o cotidiano escolar. Se esta tese evidenciou que a racionalidade assistencialista, sustentada por um regime de verdade medicalizante, tende a neutralizar a dimensão relacional do cuidado, cabe a pesquisas posteriores aprofundar como práticas de escuta e de acompanhamento podem se constituir em alternativas ao silenciamento e à prescrição imediata, reconhecendo o sofrimento como parte integrante do processo formativo (Maia, 2024).

Do mesmo modo, sugerimos a ampliação dos estudos voltados para o discurso institucional sobre a qualidade de vida dos servidores, a fim de compreender em que medida as práticas institucionais convergem ou divergem das políticas declaradas, uma perspectiva que pode enriquecer a análise da medicalização não apenas dos estudantes, mas também dos próprios trabalhadores da educação.

Por fim, apontamos a relevância de investigações que examinem como as estratégias de legitimidade das equipes de saúde — já identificadas nesta pesquisa — podem se consolidar como instrumentos de resistência, não apenas afirmando sua relevância, mas também criando novas possibilidades para repensar as relações entre saúde, educação e sociedade. Nesse horizonte, como reforçam Faial et al. (2016), Falkenberg et al. (2014) e Moura, Durães e Machado (2025), a educação em saúde, quando compreendida como processo político-pedagógico e

prática integradora, favorece a emancipação, a consciência crítica e a cidadania, elementos fundamentais para o fortalecimento de um ensino público voltado às classes trabalhadoras.

Do ponto de vista pessoal, esta pesquisa não se esgota aqui. Pretendemos, a partir do doutorado, ampliar as investigações sobre medicalização, sofrimento e práticas pedagógicas de resistência, articulando ensino, pesquisa e extensão, na perspectiva de seguir contribuindo com a formação de estudantes e profissionais na EPT, aprofundando as práticas de educação em saúde como estratégia crítica e emancipatória. Assim, o trabalho aqui realizado se projeta para o futuro, tanto em pesquisas acadêmicas quanto em práticas educativas, reafirmando o compromisso com uma educação pública, crítica e transformadora.

Diante disso, reiteramos que, embora a medicalização permaneça como força estruturante, as práticas pedagógicas em saúde no IFRN instauram resistências capazes de tensionar seus fios e reinventar modos de cuidado e de subjetivação. Reafirmamos, assim, que não há exterioridade em relação às forças que atravessam a escola, mas múltiplos pontos de resistência que se fazem presentes no cotidiano, sustentando o caráter político e pedagógico dessas práticas.

Como destacou Foucault (1988), onde há poder, há também resistência, mas esta nunca se coloca em exterioridade em relação ao poder. Trata-se sempre de múltiplos pontos de resistência, diversos e situados, que se articulam no interior da própria rede de forças, tornando-se ora adversários, ora apoios, ora focos de deslocamento. Não existe, portanto, uma recusa única e absoluta, mas resistências no plural, sempre contingentes e estratégicas.

Dessa forma, romper os fios não se trata de uma recusa total ou de uma ruptura definitiva, mas de um movimento reflexivo e ético que começa pela tomada de consciência da própria condição de marionete — isto é, do modo como os corpos e as subjetividades são atravessados por dispositivos que os governam. Tal consciência, longe de produzir uma libertação plena, inaugura também uma experiência de angústia, pois revela que, mesmo afrouxados, os fios continuam a operar.

É justamente nesse intervalo — entre a consciência dos fios e a impossibilidade de sua completa supressão — que se abre o campo da ação. A resistência, nesse sentido, não se expressa como um gesto heroico ou exterior ao

poder, mas como a produção de fissuras, de deslocamentos e de dobras na existência, capazes de reinventar modos de cuidado, de subjetivação e de atuação pedagógica em saúde no interior da EPT, em conexão com a vida.

## REFERÊNCIAS

- ABREU JUNIOR, Laerthe de Moraes; CARVALHO, Eliane Vianey de. O discurso médico-higienista no Brasil do início do século XX. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 10, n. 3, p. 427–451, nov. 2012.
- AGAMBEN, Giorgio. **O que é o contemporâneo? e outros ensaios**. Chapecó: Argos, 2009.
- AKERMAN, Marco; GERMANI, Ana Claudia Camargo Gonçalves. Um clamor pela ampliação do conceito de saúde: capricho acadêmico ou necessidade política? **Revista do Centro de Pesquisa e Formação**, n. 10, p. 8-24, ago. 2020.
- ANDRADE, Thayná Trindade da Silva de. **Concepções de saúde que orientam a formação dos trabalhadores técnicos da saúde nos Institutos Federais de Educação, Ciência e Tecnologia**. 2022. 131 f. Dissertação (Mestrado em Políticas Públicas e Formação Humana) - Centro de Educação e Humanidades, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2022.
- ANTUNES, Ricardo. **Os sentidos do trabalho**: ensaio sobre a afirmação e a negação do trabalho. São Paulo: Boitempo, 2009.
- ANTUNES, Ricardo. Século XXI: Nova era da precarização estrutural do trabalho. *In*: ANTUNES, Ricardo; BRAGA, Ruy. **Infoproletários**: degradação real do trabalho virtual. São Paulo: Boitempo, 2009.
- ARAUJO, Ronaldo Marcos de Lima. Práticas pedagógicas e Ensino Integrado. *In*: REUNIÃO NACIONAL DA ANPed, 36., 2013, Goiânia. **Anais eletrônicos...** Goiânia, 2013.
- ARAUJO, Ronaldo Marcos de Lima. **Práticas pedagógicas e ensino integrado**. Curitiba: Instituto Federal do Paraná, 2014.
- ARAUJO, Ronaldo Marcos de Lima; FRIGOTTO, Gaudêncio. Práticas pedagógicas e ensino integrado. **Revista Educação em Questão**, Natal, v. 52, n. 38, p. 61-80, maio/ago. 2015.
- ARROYO, Miguel. **Currículo, território em disputa**. Petrópolis: Vozes, 2012.
- BARROSO, Elaine Aparecida Laier. Higienismo, controle social e capitalismo. *In*: **Anais do XXVIII Simpósio Nacional de História - Lugares dos Historiadores**: velhos e novos desafios. Uberlândia: ANPUH, 2016. Disponível em: [https://encontro2016.mg.anpuh.org/resources/anais/44/1469229722\\_ARQUIVO\\_ARTIGODEUBERLANDIAANPUH-versaocomrevisaodeformatacao.pdf](https://encontro2016.mg.anpuh.org/resources/anais/44/1469229722_ARQUIVO_ARTIGODEUBERLANDIAANPUH-versaocomrevisaodeformatacao.pdf). Acesso em: 30 abr. 2025.
- BONADIO, Rosana Aparecida Albuquerque. **Problemas de atenção**: implicações do diagnóstico de TDAH na prática pedagógica. 2013. 253 f. Tese (Doutorado) - Programa de Pós-Graduação em Educação, Universidade Estadual de Maringá, Maringá, 2013.

BRASIL. **Decreto nº 7.566, de 23 de setembro de 1909**. Cria nas capitais dos Estados da República Escolas de Aprendizes Artífices, para o ensino profissional primário e gratuito. Diário Oficial da União: seção 1, Rio de Janeiro, 25 set. 1909. Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1900-1909/decreto-7566-23-setembro-1909-525411-publicacaooriginal-1-pe.html>. Acesso em: 30 mai. 2025.

BRASIL. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. **Resolução CNE/CP nº 1, de 5 de janeiro de 2021**. Define as Diretrizes Curriculares Nacionais Gerais para a Educação Profissional e Tecnológica. Brasília: Conselho Nacional de Educação, 2021. Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/resolucao-cne/cp-n-1-de-5-de-janeiro-de-2021-297767578>. Acesso em: 27 jun. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria interministerial nº 1.055, de 25 de abril de 2017**. Redefine as regras e os critérios para adesão ao Programa Saúde na Escola - PSE por estados, Distrito Federal e municípios e dispõe sobre o respectivo incentivo financeiro para custeio de ações. Brasília: Ministério da Saúde, 2017a. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/pri1055\\_26\\_04\\_2017.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/pri1055_26_04_2017.html). Acesso em: 23 maio 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. PSE - **Programa de Saúde na Escola**. Brasília, 2023. Disponível em: <https://sisaps.saude.gov.br/pse/>. Acesso em: 23 maio 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Saúde da Família. **Carteira de serviços da Atenção Primária à Saúde (CaSAPS)**: versão profissionais de saúde e gestores. Brasília: Ministério da Saúde, 2020. Disponível em: [http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/casaps-versao\\_profissionais\\_saude\\_gestores\\_completa.pdf](http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/casaps-versao_profissionais_saude_gestores_completa.pdf). Acesso em: 04 jul. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **Glossário temático**: gestão do trabalho e da educação na saúde / Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. Disponível em: [https://www-periodicos-capes.gov-br.ezl.periodicos.capes.gov.br/index.php?option=com\\_pcontent&view=pcontent&alias=missao-objetivos&Itemid=109](https://www-periodicos-capes.gov-br.ezl.periodicos.capes.gov.br/index.php?option=com_pcontent&view=pcontent&alias=missao-objetivos&Itemid=109). Acesso em: 02 jun. 2023.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília: Casa Civil, 2007. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/constituicao.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm). Acesso em: 28 fev. 2025.

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: Casa Civil, 2007. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2007-2010/2007/decreto/d6286.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2007/decreto/d6286.htm). Acesso em: 23 maio 2023.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. **Decreto nº 7.234, de 19 de julho de 2010**. Dispõe sobre o Programa Nacional de Assistência Estudantil – PNAES. Brasília: Casa Civil, 2010. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2007-2010/2010/decreto/d7234.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2010/decreto/d7234.htm). Acesso em: 28 fev. 2025.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. **Lei nº 11.741, de 16 de julho de 2008**. Altera dispositivos da Lei nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996, que estabelece as diretrizes e bases da educação nacional, para redimensionar, institucionalizar e integrar as ações da Educação Profissional técnica de nível médio, da educação de jovens e adultos e da Educação Profissional e Tecnológica. Brasília: Casa Civil, 2008a. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2007-2010/2008/lei/l11741.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2008/lei/l11741.htm). Acesso em: 4 mar. 2019.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. **Lei nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996**. Estabelece as diretrizes e bases da educação nacional. Brasília: Casa Civil, 1996. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l9394.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l9394.htm). Acesso em: 23 maio 2023.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. **Lei nº 11.892, de 29 de dezembro de 2008**. Institui a Rede Federal de Educação Profissional, Científica e Tecnológica, cria os Institutos Federais de Educação, Ciência e Tecnologia, e dá outras providências. Brasília: Casa Civil, 2008b. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_Ato2007-2010/2008/Lei/L11892.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-2010/2008/Lei/L11892.htm). Acesso em: 4 mar. 2019.

BRASIL. Presidência da República. Secretaria-Geral. Subchefia para Assuntos Jurídicos. **Decreto nº 9.235, de 15 de dezembro de 2017**. Dispõe sobre o exercício das funções de regulação, supervisão e avaliação das instituições de educação superior e dos cursos superiores de graduação e de pós-graduação no sistema federal de ensino. Brasília: Secretaria-Geral, 2017c. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2015-2018/2017/decreto/d9235.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2017/decreto/d9235.htm). Acesso em: 28 fev. 2025.

BRASIL. Presidência da República. Secretaria-Geral. Subchefia para Assuntos Jurídicos. **Decreto nº 9.739, de 28 de março de 2019**. Estabelece medidas de eficiência organizacional para o aprimoramento da administração pública federal direta, autárquica e fundacional, estabelece normas sobre concursos públicos e dispõe sobre o Sistema de Organização e Inovação Institucional do Governo Federal - SIORG. Brasília: Secretaria-Geral, 2019. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2019-2022/2019/decreto/d9739.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2019/decreto/d9739.htm). Acesso em: 28 fev. 2025.

BRASIL. Presidência da República. Secretaria-Geral. Subchefia para Assuntos Jurídicos. **Lei nº 13.415, de 16 de fevereiro de 2017**. Altera as Leis nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996, que estabelece as diretrizes e bases da educação nacional, e 11.494, de 20 de junho 2007, que regulamenta o Fundo de Manutenção e Desenvolvimento da Educação Básica e de Valorização dos Profissionais da Educação, a Consolidação das Leis do Trabalho - CLT, aprovada pelo Decreto-Lei nº 5.452, de 1º de maio de 1943, e o Decreto-Lei nº 236, de 28

de fevereiro de 1967; revoga a Lei nº 11.161, de 5 de agosto de 2005; e institui a Política de Fomento à Implementação de Escolas de Ensino Médio em Tempo Integral. Brasília: Secretaria-Geral, 2017b. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2015-2018/2017/lei/l13415.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2017/lei/l13415.htm). Acesso em: 28 fev. 2025.

BROOKS-GUNN, Jeanne; GRABER, Julia; PAIKOFF, Roberta. Studying links between hormones and negative affect: Models and measures. **Journal of Research on Adolescence**, [s. l.], v. 4, n. 4, p. 469-486, 1994. Disponível em: [https://www.researchgate.net/profile/Julia\\_Graber/publication/270676339\\_Studying\\_Links\\_Between\\_Hormones\\_and\\_Negative\\_Affect\\_Models\\_and\\_Measures/links/5da8c32d299bf111d4be1d72/Studying-Links-Between-Hormones-and-Negative-Affect-Models-and-Measures.pdf](https://www.researchgate.net/profile/Julia_Graber/publication/270676339_Studying_Links_Between_Hormones_and_Negative_Affect_Models_and_Measures/links/5da8c32d299bf111d4be1d72/Studying-Links-Between-Hormones-and-Negative-Affect-Models-and-Measures.pdf). Acesso em: 9 dez. 2020.

BUSS, Paulo Marchiori. Promoção da Saúde na infância e adolescência. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, Recife, v. 1, n. 3, p. 279-282, set./dez. 2001.

BUTTURI JUNIOR, Atilio. A polivalência tática como teoria da resistência em Michel Foucault. In: BRAGA, Amanda; SÁ, Israel de. **Por uma microfísica das resistências**: Michel Foucault e as lutas antiautoritárias da contemporaneidade. Campinas: Pontes Editores, 2020. p. 21-44.

BYDLOWSKI, Cynthia Rachid; WESTPHAL, Márcia Faria; PEREIRA, Isabel Maria Teixeira Bicudo. Promoção da saúde. Porque sim e porque ainda não! **Saúde e sociedade**, v. 13, n. 1, p. 14-24, jan./abr. 2004.

CALADO, Vânia Aparecida. **A medicalização na educação e a formação inicial do pedagogo**. 2019. Tese (Doutorado em Psicologia) – Centro de Ciências Humanas, Letras e Artes, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2019.

CANGUILHEM, Georges. **O normal e o patológico**. 6. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2009.

CAPONI, Sandra. Classificar e medicar: a gestão biopolítica dos sofrimentos psíquicos. In: CAPONI, Sandra; VALENÇA, Maria Fernanda Vásquez; VERDI, Marta; ASSMANN, Selvino José. **A medicalização da vida como estratégia biopolítica**. São Paulo: LiberArs, 2013. p. 97-114.

CARVALHO, Fabio Fortunato Brasil de. A saúde vai à escola: a promoção da saúde em práticas pedagógicas. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 4, p. 1207-1227, 2015.

CASTRO, Edgardo. **Vocabulário de Foucault**: Um percurso pelos seus temas, conceitos e autores. Belo Horizonte: Autêntica, 2009.

CAVALCANTI, Patricia Barreto; LUCENA, Carla Mousinho Ferreira; LUCENA, Pablo Leonid Carneiro. Programa Saúde na Escola: interpelações sobre ações de educação e saúde no Brasil. **Textos & Contextos**, Porto Alegre, v. 14, n. 2, p. 387-402, ago./dez. 2015.

CIAVATTA, Maria. A formação integrada: a escola e o trabalho como lugares de memória e de identidade. *In*: FRIGOTTO, Gaudêncio; CIAVATTA, Maria; RAMOS, Marise Nogueira. **Ensino médio integrado: concepção e contradições**. São Paulo: Cortez, 2005. p. 83-105.

COLLARES, Cecília Azevedo Lima; MOYSÉS, Maria Aparecida Affonso. A Educação na era dos transtornos. *In*: VIÉGAS, Lygia de Sousa; RIBEIRO, Maria Izabel Souza; OLIVEIRA, Elaine Cristina de; TELES, Liliane Alves da Luz. **Medicalização da Educação e da Sociedade: ciência ou mito?** Salvador: EDUFBA, 2014. p. 47-68.

DANELON, Márcio. A infância capturada: escola governo e disciplina. *In*: RESENDE, Haroldo (org.). **Michel Foucault: o governo da infância**. Belo Horizonte: Autêntica, 2015. p. 217-239.

DARDOT, Pierre. De la praxis aux pratiques. *In*: LAVAL, Christian; PALTRINIERI, Luca; TAYLAN, Ferhat. **Marx & Foucault: lectures, usages, confrontations**. Paris: Éditions La Découverte, 2015. p. 184-198.

DESLAURIERS, Jean-Pierre; KÉRISIT, Michèle. O delineamento de pesquisa qualitativa. *In*: POUPART, Jean; DESLAURIERS, Jean-Pierre; GROULX, Lionel-H; LAPERRIERE, Anne; MAYER, Robert; PIRES, Álvaro P.; JACCOUD, Mylène; CELLARD, André; HOULE, Gilles; GIORGI, Amedeo; KÉRISIT, Michèle. **A pesquisa qualitativa: enfoques epistemológicos e metodológicos**. 4. ed. Petrópolis: Vozes, 2014. p. 127-153.

DRUTEN, Vera Van; BARTELS, E. A.; MHEEN, Dike van de; VRIES, Esther de; KERCKHOFFS, Angèle P M; VENROOIJ, Lenny M W Nahar - van. Concepts of health in different contexts: a scoping review. **BMC Health Services Research**, v. 22, n. 389, 2022.

ERIBON, Didier. Resistência e contra-discurso. *In*: ERIBON, Didier. **Reflexões sobre a questão gay**. Rio de Janeiro: Companhia de Freud, 2008. p. 375-385.

FAIAL, Ligia Cordeiro Matos; SILVA, Rose Mary Costa Rosa Andrade; PEREIRA, Eliane Ramos; REFRANDE, Sueli Maria; SOUZA, Lídia Marina do Carmo; FAIAL, Cidllan Silveira Gomes. A escola como campo de promoção à saúde na adolescência: revisão literária. **Revista Pró-UniverSUS**, v. 7, n. 2, p. 22-29, jan./jun., 2016.

FALKENBERG, Mirian Benites; MENDES, Thais de Paula Lima; MORAES, Eliane Pedrozo de; SOUZA, Elza Maria de. Educação em saúde e educação na saúde: conceitos e implicações para a saúde coletiva. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 19, n. 3, p. 847-852, mar. 2014.

FARIAS, Jalon Nunes de. O assistencialismo na assistência social brasileira. **Serviço Social & Realidade**, Franca, v. 22, n. 2, 2013.

FARO, André; BAHIANO, Milena de Andrade; NAKANO, Tatiana de Cassia; REIS, Catiele; SILVA, Brenda Fernanda Pereira da; VITTI, Laís Santos. COVID-19 e saúde mental: a emergência do cuidado. **Estudos de Psicologia, campi nas**, v. 37, 2020.

FAUSTINI, Dulce Méri Tótola; NOVO, Neil Ferreira; CURY, Maria Cristina Faria da Silva; JULIANO, Yara. Programa de orientação desenvolvido com adolescentes em centro de saúde: conhecimentos adquiridos sobre os temas abordados por uma equipe multidisciplinar. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 8, n. 3, p. 783-790, 2003.

FERREIRA, Manuela; NELAS, Paula Batista. Adolescências... Adolescentes... **Millenium - Jornal of Education, Technologies, and Health**, [s. l.], v. 32, n. 11, p. 141-162, fev. 2006. Disponível em: <https://revistas.rcaap.pt/millenium/article/view/8399/5990>. Acesso em: 8 dez. 2020.

FERREIRA, Norma Sandra de Almeida. As pesquisas denominadas “estado da arte”. **Educação & Sociedade, campi** nas, v. 23, n. 79, 2002.

FIGUEIRA, Fernanda Freire; BOARINI Maria Lucia. Psicología e higiene mental en Brasil: la historia por contar. **Universitas Psychologica**, v. 13, n. 5, p. 1801-1814, 2014.

FOUCAULT, Michel. **A arqueologia do saber**. 8. ed. Rio de Janeiro: Editora Forense, 2022.

FOUCAULT, Michel. **A ordem do discurso**: Aula inaugural no Collège de France, pronunciada em 2 de dezembro de 1970. 24. ed. São Paulo: Edições Loyola, 1996.

FOUCAULT, Michel. **As palavras e as coisas**: uma arqueologia das ciências humanas. São Paulo: Martins Fontes, 1999b.

FOUCAULT, Michel. **Ditos e escritos, volume II**: arqueologia das ciências e história dos sistemas de pensamento. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2013a.

FOUCAULT, Michel. **Ditos e escritos, volume VII**: Arte, epistemologia, filosofia e história da medicina. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2011.

FOUCAULT, Michel. **Em defesa da sociedade**: curso no Collège de France (1975-1976). 2. ed. São Paulo: Martins Fontes, 2010.

FOUCAULT, Michel. **História da sexualidade I**: a vontade de saber. Rio de Janeiro: Graal; 1988.

FOUCAULT, Michel. **História da Sexualidade II**: o Uso dos Prazeres. Rio de Janeiro: Graal, 1984.

FOUCAULT, Michel. **Microfísica do poder**. Rio de Janeiro: Graal, 1979.

FOUCAULT, Michel. **Nascimento da biopolítica**. São Paulo: Martins Fontes, 2008b.

FOUCAULT, Michel. **O nascimento da clínica**. Rio de Janeiro: Forense-Universitária, 1977.

FOUCAULT, Michel. O sujeito e o poder. *In*: DREYFUS, Hubert L.; RABINOW, Paul. **Michel Foucault, uma trajetória filosófica** (para além do estruturalismo e da hermenêutica). Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1995. p. 231-249.

FOUCAULT, Michel. **Os anormais**: curso no Collège de France (1974-1975). São Paulo: Martins Fontes, 2001.

FOUCAULT, Michel. **Resumos dos Cursos do Collège de France** (1970-1982). Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1997.

FOUCAULT, Michel. **Segurança, território e população**: Curso dado no *Collège de France*. São Paulo: Martins Fontes, 2008a.

FOUCAULT, Michel. **Subjetividade e verdade**: curso no Collège de France (1980-1981). São Paulo: Martins Fontes, 2016.

FOUCAULT, Michel. **Tecnologías del yo**. Buenos Aires: Paidós, 2008c.

FOUCAULT, Michel. Verdade, poder e si mesmo. *In*: **Ditos e escritos, volume V**: ética, sexualidade e política. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2006.

FOUCAULT, Michel. **Vigiar e punir**: nascimento da prisão. 20. ed. Petrópolis: Vozes, 1999a.

FRANCO, Maria Amélia do Rosario Santoro. Prática pedagógica e docência: um olhar a partir da epistemologia do conceito. **Revista Brasileira de Estudos Pedagógicos**, v. 97, n. 247, p. 534–551, set. 2016.

FRIGOTTO, Gaudêncio; CIAVATTA, Maria; RAMOS, Marise Nogueira. A gênese do Decreto n. 5.154/2004: um debate no contexto controverso da democracia restrita. *In*: FRIGOTTO, Gaudêncio; CIAVATTA, Maria; RAMOS, Marise Nogueira (org.). **Ensino médio integrado**: concepções e contradições. São Paulo: Cortez, 2005. p. 21-56.

FRIGOTTO, Gaudêncio; CIAVATTA, Maria; RAMOS, Marise Nogueira. **O trabalho como princípio educativo no projeto de educação integral de trabalhadores**: Excertos. [S.L.], 2011.

GADELHA, Sylvio. **Biopolítica, governamentalidade e educação**: introdução e conexões, a partir de Michel Foucault. Belo Horizonte: Autêntica, 2016.

GIDDENS, Anthony. **A terceira via**: reflexões sobre o impasse político atual e o futuro da social-democracia. Rio de Janeiro: Record, 2005

GIL, Antonio Carlos. **Como elaborar Projetos de Pesquisa**. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2017.

GODOI, Christiane Kleinübing. Grupo de discussão como prática de pesquisa em estudos organizacionais. **Revista de Administração de Empresas**, São Paulo, v. 55, n. 6, p. 632-644, nov./dez. 2015.

GRAMSCI, Antônio. **Cadernos do Cárcere**: Volume 2. 4. ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2004.

GUARIDO, Renata; VOLTOLINI, Rinaldo. O que não tem remédio, remediado está? **Educação em Revista**, Belo Horizonte, v. 25, n. 1, p. 239-263, abr. 2009.

GURGEL, Claudio; JUSTEN, Agatha. **Estado de bem-estar social no Brasil**: uma revisão ou a crise e o fim do “espírito de Dunquerque”. *Cadernos EBAPE.BR*, v. 19, n. 3, p. 395–407, jul. 2021.

HAN, Byung-Chul. **Sociedade do cansaço**. Petrópolis: Vozes, 2017.

HARVEY, David. **Os limites do capital**. 2013. ed. São Paulo: Boitempo, 2013.

HIRATA, Helena; KERGOAT, Danièle. Novas configurações da divisão sexual do trabalho. **Cadernos de Pesquisa**, São Paulo, v. 37, n. 132, p. 595-609, set./dez. 2007. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/cp/a/5nfgdfmFvqctK3n5YQMKXbL/?lang=pt>. Acesso em: 30 abr. 2025.

IBÁÑEZ, Jesús. **Más allá de la sociología**. El grupo de discusión: Teoría y crítica. Madrid: Siglo Veintiuno Editores, 2003.

INBUCHANAN, Christy Miller; ECCLES, Jacquelynne; BECKER, Jill. Are adolescents the victims of raging hormones: Evidence for activational effects of hormones on moods and behavior at adolescence. **Psychological Bulletin**, [s. l.], v. 111, n. 1, p. 62-107, jan. 1992. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/1539089/>. Acesso em: 8 dez. 2020.

INSTITUTO FEDERAL DE EDUCAÇÃO, CIÊNCIA E TECNOLOGIA DO RIO GRANDE DO NORTE. **Estudantes**: Comissões, Comitês e Grupos de Trabalho - Grupo de Trabalho e Estudos dos Setores de Saúde do IFRN (GTESS). [S. d.]. Disponível em: <https://portal.ifrn.edu.br/institucional/estudantes/>. Acesso em: 10 jul. 2023.

INSTITUTO FEDERAL DE EDUCAÇÃO, CIÊNCIA E TECNOLOGIA DO RIO GRANDE DO NORTE. **Mapa de Distribuição dos Campi do IFRN**. [S. d.]. Disponível em: [https://portal.ifrn.edu.br/media/images/Mapa\\_de\\_Distribuicao\\_dos\\_Campi\\_do\\_IFRN.width-800.png](https://portal.ifrn.edu.br/media/images/Mapa_de_Distribuicao_dos_Campi_do_IFRN.width-800.png). Acesso em: 26 ago. 2025.

INSTITUTO FEDERAL DE EDUCAÇÃO, CIÊNCIA E TECNOLOGIA DO RIO GRANDE DO NORTE. Reitoria. **Editais Nº 09/2012-Reitoria/IFRN**. Concurso público – técnico-administrativo em educação. Natal: Reitoria, 2012b. Disponível em: [https://portal.ifrn.edu.br/documents/1630/01-Edital\\_de\\_Abertura\\_aVHTYjX.pdf](https://portal.ifrn.edu.br/documents/1630/01-Edital_de_Abertura_aVHTYjX.pdf). Acesso em 13 jul. 2023.

INSTITUTO FEDERAL DE EDUCAÇÃO, CIÊNCIA E TECNOLOGIA DO RIO GRANDE DO NORTE. Reitoria. **Editais Nº 13/2013-Reitoria/IFRN**. Concurso público – técnico-administrativo em educação. Natal: Reitoria, 2013. Disponível em: [https://portal.ifrn.edu.br/documents/1615/01-Edital\\_de\\_Abertura\\_Wclhkvn.pdf](https://portal.ifrn.edu.br/documents/1615/01-Edital_de_Abertura_Wclhkvn.pdf). Acesso em 13 jul. 2023.

INSTITUTO FEDERAL DE EDUCAÇÃO, CIÊNCIA E TECNOLOGIA DO RIO GRANDE DO NORTE. Reitoria. **Edital Nº 06/2014-Reitoria/IFRN**. Concurso público – técnico-administrativo em educação. Natal: Reitoria, 2014. Disponível em: [https://portal.ifrn.edu.br/documents/1586/01-Edital\\_de\\_Abertura\\_jG7k5VR.pdf](https://portal.ifrn.edu.br/documents/1586/01-Edital_de_Abertura_jG7k5VR.pdf). Acesso em 13 jul. 2023.

INSTITUTO FEDERAL DE EDUCAÇÃO, CIÊNCIA E TECNOLOGIA DO RIO GRANDE DO NORTE. Reitoria. **Edital Nº 07/2015-Reitoria/IFRN**. Concurso público – técnico-administrativo em educação. Natal: Reitoria, 2015b. Disponível em: [https://portal.ifrn.edu.br/documents/1554/01-Edital\\_de\\_Abertura\\_XQJf1rR.pdf](https://portal.ifrn.edu.br/documents/1554/01-Edital_de_Abertura_XQJf1rR.pdf). Acesso em 13 jul. 2023.

INSTITUTO FEDERAL DE EDUCAÇÃO, CIÊNCIA E TECNOLOGIA DO RIO GRANDE DO NORTE. Reitoria. **Edital Nº 19/2016-Reitoria/IFRN**. Concurso público – técnico-administrativo em educação. Natal: Reitoria, 2016. Disponível em: [https://portal.ifrn.edu.br/documents/1525/01-Edital\\_de\\_Abertura\\_L8imMiY.pdf](https://portal.ifrn.edu.br/documents/1525/01-Edital_de_Abertura_L8imMiY.pdf). Acesso em 13 jul. 2023.

INSTITUTO FEDERAL DE EDUCAÇÃO, CIÊNCIA E TECNOLOGIA DO RIO GRANDE DO NORTE. Reitoria. **Edital Nº 02/2010-Reitoria/IFRN**. Concurso público – técnico-administrativo em educação. Natal: Reitoria, 2010. Disponível em: [https://portal.ifrn.edu.br/documents/6465/01\\_-\\_Edital\\_de\\_Abertura\\_0B7xGwy.pdf](https://portal.ifrn.edu.br/documents/6465/01_-_Edital_de_Abertura_0B7xGwy.pdf). Acesso em 13 jul. 2023.

INSTITUTO FEDERAL DE EDUCAÇÃO, CIÊNCIA E TECNOLOGIA DO RIO GRANDE DO NORTE. DIGPE. **Edital Nº 05/2009-DIGPE/IFRN**. Concurso público – técnico-administrativo. Natal: DIGPE, 2009b. Disponível em: [https://portal.ifrn.edu.br/documents/6532/01\\_-\\_Edital\\_de\\_Abertura\\_bszwgzm.pdf](https://portal.ifrn.edu.br/documents/6532/01_-_Edital_de_Abertura_bszwgzm.pdf). Acesso em 13 jul. 2023.

INSTITUTO FEDERAL DE EDUCAÇÃO, CIÊNCIA E TECNOLOGIA DO RIO GRANDE DO NORTE. Reitoria. **Edital Nº 07/2023- RE/IFRN**. Concurso público para provimento de cargos técnico-administrativos do quadro permanente de pessoal do Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Rio Grande do Norte. Natal: Reitoria, 2023c. Disponível em: [https://portal.ifrn.edu.br/documents/11212/Edital\\_IFRN\\_TAE\\_-\\_Compilado\\_com\\_Retificacao\\_01\\_-\\_Edital\\_09\\_2023\\_05.11.2023.pdf](https://portal.ifrn.edu.br/documents/11212/Edital_IFRN_TAE_-_Compilado_com_Retificacao_01_-_Edital_09_2023_05.11.2023.pdf). Acesso em 05 mar. 2024.

INSTITUTO FEDERAL DE EDUCAÇÃO, CIÊNCIA E TECNOLOGIA DO RIO GRANDE DO NORTE. **Concursos Públicos para Técnico-Administrativos em Educação**. Natal, [S. d.]. Disponível em: <https://portal.ifrn.edu.br/processos-seletivos/buscar/?tipo=8&subtipo=11>. Acesso em: 13 jul. 2023.

INSTITUTO FEDERAL DE EDUCAÇÃO, CIÊNCIA E TECNOLOGIA DO RIO GRANDE DO NORTE. **Plano de Desenvolvimento Institucional (PDI): 2019-2016 – Edição Revisada**. Natal: IFRN, 2023a. Disponível em: [https://portal.ifrn.edu.br/documents/2640/PDI\\_2019\\_2026\\_-\\_1%C2%AA\\_Revis%C3%A3o\\_2023.pdf](https://portal.ifrn.edu.br/documents/2640/PDI_2019_2026_-_1%C2%AA_Revis%C3%A3o_2023.pdf). Acesso em: 28 jun. 2024.

INSTITUTO FEDERAL DE EDUCAÇÃO, CIÊNCIA E TECNOLOGIA DO RIO GRANDE DO NORTE. **Política de Saúde Estudantil do IFRN**: um olhar sobre a realidade concreta dos estudantes considerando a promoção de saúde no IFRN. Natal: IFRN, 2024. Aprovada pela Resolução 15/2025 – CONSUP/IFRN, de 27 fev. 2025. Disponível em:

[https://portal.ifrn.edu.br/documents/22942/Resolu%C3%A7%C3%A3o\\_15\\_2025-pol%C3%ADtica\\_de\\_sa%C3%BAde\\_estudantil\\_1.pdf](https://portal.ifrn.edu.br/documents/22942/Resolu%C3%A7%C3%A3o_15_2025-pol%C3%ADtica_de_sa%C3%BAde_estudantil_1.pdf). Acesso em: 15 ago. 2025.

INSTITUTO FEDERAL DE EDUCAÇÃO, CIÊNCIA E TECNOLOGIA DO RIO GRANDE DO NORTE. **Projeto Político-Pedagógico do IFRN**: uma construção coletiva. Aprovado pela resolução 38/2012-CONSUP/IFRN, de 26/03/2012. Natal: IFRN, 2012a. Disponível em:

<https://portal.ifrn.edu.br/institucional/arquivos/documento-base-do-ppp>. Acesso em: 24 maio 2019.

INSTITUTO FEDERAL DE EDUCAÇÃO, CIÊNCIA E TECNOLOGIA DO RIO GRANDE DO NORTE. **Regimento Geral do IFRN**. Aprovado pela Resolução nº 63/2023-CONSUP/IFRN, de 28/12/2023. Natal: IFRN, 2023b. Disponível em:

[https://portal.ifrn.edu.br/documents/11284/Resolu%C3%A7%C3%A3o\\_68\\_2023\\_-\\_Regimento\\_Geral.pdf](https://portal.ifrn.edu.br/documents/11284/Resolu%C3%A7%C3%A3o_68_2023_-_Regimento_Geral.pdf). Acesso em: 02 fev. 2023.

INSTITUTO FEDERAL DE EDUCAÇÃO, CIÊNCIA E TECNOLOGIA DO RIO GRANDE DO NORTE. **Estatuto do IFRN**. APROVADO PELA RESOLUÇÃO Nº 66/2009-CONSUP. Natal: IFRN, 2009a. Disponível em:

[https://portal.ifrn.edu.br/documents/5134/Estatuto\\_\\_IFRN\\_vers%C3%A3o\\_consolidada\\_-\\_abril\\_2023\\_-\\_B.pdf](https://portal.ifrn.edu.br/documents/5134/Estatuto__IFRN_vers%C3%A3o_consolidada_-_abril_2023_-_B.pdf). Acesso em: 10 maio 2023.

IVATIUK, Ana Lúcia; COSTA, Ícaro Moreira; MELO, Cynthia de Freitas. Fatores Associados à Saúde Mental na População Brasileira durante a Covid-19. **Revista Psicologia: Teoria e Prática**, v. 24, n. 2, 2022.

KARIMI, Milad; BRAZIER, John. Health, Health-Related Quality of Life, and Quality of Life: What is the Difference? **Pharmacoeconomics**, v. 34, n. 7, p. 645-649, 2016.

KUENZER, Acacia Zeneida (org.). **Ensino médio**: construindo uma proposta para os que vivem do trabalho. São Paulo: Cortez, 2007.

KUENZER, Acácia Zeneida. O Ensino Médio no Plano Nacional de Educação 2011-2020: Superando a Década Perdida? **Educação Sociedade, Campinas**, v. 31, n. 112, p. 851-873, jul./set. 2010. Disponível em: <http://www.cedes.unicamp.br>. Acesso: 20 jul. 2019.

LEONARDI, Fabio. The definition of health: towards new perspectives. **International journal of health services**, v. 48, n. 4, p. 735-48, 2018.

LIPOVETSKY, Gilles. **A era do vazio**: ensaios sobre o individualismo contemporâneo. Lisboa: Relógio D'Água, 1989.

LIRA, Angélica Vanessa de Andrade Araújo; PEREIRA, Nilza Alessandra; RAMOS, Luís Augusto Irineu Aguiar; PACHÚ, Clésia Oliveira. Pandemia do

coronavírus e impactos na saúde mental: uma revisão integrativa da literatura. **Revista Psicologia, Diversidade e Saúde**, v. 10, n. 1, p. 168-180, 2021.

LUENGO, Fabiola Colombani. A história da higienização no Brasil: o controle, a eugenia e a ordem social como justificativa. *In*: LUENGO, Fabiola Colombani. **A vigilância punitiva**: a postura dos educadores no processo de patologização e medicalização da infância. São Paulo: Editora UNESP; Cultura Acadêmica, 2010. p. Disponível em: 23-45. <https://books.scielo.org/id/sw26r/pdf/luengo-9788579830877-02.pdf>. Acesso em: 30 abr. 2025.

MAIA, Robério Nunes. **A escuta é uma pedagogia dos afetos**: uma análise discursiva sobre a sexualidade na Oficina lugares dos Afetos 2024. Tese (Doutorado em Educação) – Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2024.

MAIA, Robério Nunes. **Nos litorais dos desejos**: (in)visibilidades das sexualidades dissidentes na Educação Profissional. 2021. Dissertação (Mestrado em Educação) – Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2021.

MAIA, Robério Nunes; LIMA NETO, Avelino Aldo. O serviço de psicologia e a formação humana integral no IFRN: considerações iniciais sobre o atendimento a estudantes em situação de sofrimento. *In*: Valber Luís Farias Sampaio (Org.). **Desafios contemporâneos à Psicologia**: processos de subjetivação, saúde mental e interseccionalidades. São Paulo: Todas as Musas, 2025, v. 2, p. 229-246.

MANACORDA, Mario Alighiero. **Trabalho e educação na Antiguidade Clássica**. São Paulo: Cortez, 2010.

MANFREDI, Silvia Maria. **Educação Profissional no Brasil**: atores e cenários ao longo da história. São Paulo: Cortez Editora, 2002.

MARINHO, Vitor. **Consenso e conflito**: Educação Física brasileira. 3. ed. *campinas*: Autores Associados, 2012.

MARX, Karl. **Instruções para os delegados do Conselho Central Provisório**: as diferentes questões. Lisboa: Avante Edições, 1982.

MARX, Karl. **O Capital**: Crítica da economia política. São Paulo: Nova Cultural, 1996.

MBEMBE, Achille. **Necropolítica**. 3. ed. São Paulo: n-1 edições, 2018.

MBEMBE, Achille. Necropolítica. *In*: BARTHOLOMEU, Cezar; TAVORA, Maria Luisa. **Arte & Ensaios**, Rio de Janeiro, n. 32. p. 123-151, dez. 2016.

MEDEIROS NETA, Olívia Morais de; LIMA NETO, Avelino Aldo de. Trabalho, saúde e higiene: representações do corpo no boletim da CBAI (1947-1961). *In*: **Sexo, sexualidade e gênero na educação profissional no Brasil e na França**: estudos exploratórios. Natal: IFRN, 2021. p. 188-200.

MEINERZ, Carla Beatriz. Grupos de Discussão: uma opção metodológica na pesquisa em educação. **Educação e Realidade**, Porto Alegre, v. 36, n. 2, p. 485-504, maio/ago. 2011.

MIGUEL, Luís Felipe. **Marxismo e política**: modos de usar. São Paulo: Boitempo, 2020.

MINAYO, Maria Cecília de Souza (org.). **Pesquisa Social**: teoria, método e criatividade. 28. ed. Petrópolis: Vozes, 2009.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Biblioteca Virtual em Saúde**. [S. l.], 2023. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/>. Acesso em: 26 out. 2023.

MINISTÉRIO DO TRABALHO E EMPREGO. **CBO MTE**: Classificação Brasileira de Ocupação. Brasília, 2002. Disponível em: <https://www.ocupacoes.com.br/>. Acesso em: 12 jul. 2023.

MOURA, Dante Henrique. Educação básica e Educação Profissional e Tecnológica: dualidade histórica e perspectivas de integração. **Holos**, Natal, v. 2, p. 4-30, 2007. Disponível em: [www.2.ifrn.edu.br/ojs/index.php/HOLOS/article/view/11/110](http://www.2.ifrn.edu.br/ojs/index.php/HOLOS/article/view/11/110). Acesso em: 20 jul. 2019.

MOURA, Dante Henrique. Ensino médio integrado: subsunção aos interesses do capital ou travessia para a formação humana integral? **Educação e Pesquisa**, São Paulo, v. 39, n. 3, p. 705-720, jul./set. 2013b.

MOURA, Dante Henrique. Mudanças na sociedade brasileira dos anos 2000 limitadas pela hegemonia do neoliberalismo: implicações para o trabalho e para a educação. In: MOURA, Dante Henrique. **Produção de Conhecimento, Políticas Públicas e Formação Docente em Educação Profissional**. *Campi* nas: Mercado de Letras, 2013a. p. 109-141.

MOURA, Dante Henrique; GARCIA, Sandra Regina de Oliveira; RAMOS, Marise Nogueira. **Educação Profissional técnica de nível médio integrada ao ensino médio**: documento base. Brasília: Ministério da educação, 2007. Disponível em: [http://portal.mec.gov.br/setec/arquivos/pdf/documento\\_base.pdf](http://portal.mec.gov.br/setec/arquivos/pdf/documento_base.pdf). Acesso em: 3 jul. 2019.

MOURA, Dante Henrique; LIMA FILHO, Domingos Leite e SILVA, Monica Ribeiro da. Politécnica e formação integrada: confrontos conceituais, projetos políticos e contradições históricas da educação brasileira. **Revista Brasileira de Educação**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 63, p.1057-1080, 2015.

MOURA, Tássia Laine Ferreira; DURÃES, Gilvan Martins. Educação em saúde como prática integradora na Educação Profissional Técnica de Nível Médio. In: V COLÓQUIO NACIONAL E II COLÓQUIO INTERNACIONAL A PRODUÇÃO DO CONHECIMENTO EM EDUCAÇÃO PROFISSIONAL: REGRESSÃO SOCIAL E RESISTÊNCIA DA CLASSE TRABALHADORA, 2019, Natal. **Anais eletrônicos...** Natal, 2019. Disponível em: <https://ead.ifrn.edu.br/coloquio/wp-content/uploads/2022/01/tl2-submissao89.pdf>. Acesso em: 23 maio 2023.

MOURA, Tássia Laine Ferreira; DURÃES, Gilvan Martins; MACHADO, Cristiane Brito. Educação em saúde no ensino médio integrado: percepção dos professores do Instituto Federal Baiano *Campus* Senhor do Bonfim. **Revista Brasileira da Educação Profissional e Tecnológica**, [S.l.], v. 01, n. 25, p.1-21e16391, fev. 2025. Disponível em:

<https://www2.ifrn.edu.br/ojs/index.php/RBEPT/article/view/16391/4405>.

MOYSÉS, Maria Aparecida Affonso; COLLARES, Cecília Azevedo Lima. Controle e medicalização da infância. **Desidades: Revista Científica da Infância, Adolescência e Juventude**, v. 1, n. 1, p. 11-21, 2013.

ORLANDI, Eni Pulcinelli. **Análise de Discurso**: princípios e procedimentos. Campinas, Pontes, 2006.

PACHECO, Eliezer (org.). **Perspectivas da Educação Profissional de nível médio**: propostas de diretrizes curriculares. São Paulo: Moderna, 2012. Disponível em:

<https://www.moderna.com.br/lumis/portal/file/fileDownload.jsp?fileId=8A8A8A8337ECDC2B0137ED025BFE393C>. Acesso em: 2 dez. 2019.

PACHECO, Fabiane do Amaral; NONENMACHER, Sandra Elisabet Bazana; CAMBRAIA, Adão Caron. Adoecimento mental na Educação Profissional e Tecnológica: o que pensam os estudantes concluintes de cursos técnico integrados. **Revista Brasileira da Educação Profissional e Tecnológica**, [S. l.], v. 1, n. 18, p. e9173, 2020. DOI: 10.15628/rbept.2020.9173. Disponível em: <https://www2.ifrn.edu.br/ojs/index.php/RBEPT/article/view/9173>. Acesso em: 25 maio. 2025.

PATTO, Maria Helena Souza. **A produção do fracasso escolar**: histórias de submissão e rebeldia. São Paulo: Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, 2022.

PEDROSA, José Ivo dos Santos. Promoção da saúde e educação em saúde. *In*: CASTRO, Adriana; MALO, Miguel (orgs.) **SUS**: ressignificando a promoção da saúde. São Paulo: Hucitec/OPAS, 2006. p. 77-95.

PEDUZZI, Marina. Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia. **Revista Saúde Pública**, São Paulo, v. 35, n. 1, p. 102-109, 2001.

PRECIADO, Paul Beatriz. **Dysphoria mundi**: o som do mundo desmoronando. Rio de Janeiro: Zahar, 2023.

RAMOS, Marise Nogueira. **Concepções e práticas pedagógicas nas Escolas Técnicas do Sistema Único de Saúde**: fundamentos e contradições. Trabalho, Educação e Saúde. Rio de Janeiro, v. 7, p. 153-173, 2009.

RAMOS, Marise Nogueira. Ensino médio integrado: ciência, trabalho e cultura na relação entre Educação Profissional e educação básica. *In*: MOLL, Jaqueline (org.). **Educação Profissional e tecnológica no Brasil contemporâneo**: desafios, tensões e possibilidades. Porto Alegre: Artmed, 2010. p. 42-57.

REVEL, Judith. **Michel Foucault: conceitos essenciais**. São Carlos: Claraluz, 2005.

RIBEIRO, Sara Raquel Teixeira. **Percepção da pressão de pares na tomada de decisão dos adolescentes**. 2011. Dissertação (Mestrado Integrado em Psicologia) – Universidade de Lisboa, Lisboa, 2011. Disponível em:

RICHARDS, Maryse; LARSON, Reed. Pubertal Development and the Daily Subjective States of Young Adolescents. **Journal of Research on Adolescence**, [s. l.], v. 3, n. 2, p. 145-169, 1993. Disponível em: [https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1207/s15327795jra0302\\_3](https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1207/s15327795jra0302_3). Acesso em: 8 dez. 2020.

SAFATLE, Vladimir. Em direção a um novo modelo de crítica: as possibilidades de recuperação contemporânea do conceito de patologia social. *In*: SAFATLE, Vladimir; SILVA JUNIOR, Nelson da; DUNKER, Christian. **Patologias do social: Arqueologias do sofrimento psíquico**. Belo Horizonte: Autêntica, 2018.

SAFATLE, Vladimir; SILVA JUNIOR, Nelson da; DUNKER, Christian. **Neoliberalismo como gestão do sofrimento psíquico**. Belo Horizonte: Autêntica, 2020.

SAMPAIO, Ana Kamily de Souza. **“Espelho, espelho meu”**: um olhar sobre as práticas pedagógicas de educação física a partir da imagem corporal de estudantes do ensino médio integrado. 2021. Dissertação (Mestrado em Educação Profissional) – Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Rio Grande do Norte, Natal, 2021.

SAMPAIO, Ana Kamily de Souza; LIMA NETO, Avelino Aldo de. As práticas pedagógicas em saúde na educação profissional: reflexões introdutórias sobre o estado da arte. **Revista Brasileira da Educação Profissional e Tecnológica**, [S.l.], v. 2, n. 24, p. 1-15, e15506, ago. 2024. Disponível em: <https://www2.ifrn.edu.br/ojs/index.php/RBEPT/article/view/15506>. Acesso: 06 ago. 2024.

SAMPAIO, Ana Kamily de Souza; LIMA NETO, Avelino Aldo de. Imagem corporal e práticas pedagógicas na Educação Profissional: reflexões introdutórias sobre o estado do conhecimento. **Educação & Linguagem**, Aracati, v. 6, n. 3, p. 121-138, set./dez. 2019. Disponível em: [https://www.fvj.br/revista/wp-content/uploads/2019/11/9\\_REdLi\\_2019.3.pdf](https://www.fvj.br/revista/wp-content/uploads/2019/11/9_REdLi_2019.3.pdf). Acesso: 29 nov. 2019.

SAMPAIO, Ana Kamily de Souza; LIMA NETO, Avelino Aldo de; GLEYSE, Jacques. “Eu não sou mais a pessoa que eu era”: formação humana integral e empoderamento corporal nas práticas pedagógicas da educação física no IFRN. **Revista Temas em Educação**, João Pessoa, v. 34, n. 1, p. 1-25, 2025. Disponível em: <https://periodicos.ufpb.br/index.php/rteo/article/view/71280>. Acesso: 04 fev. 2025.

SANDÍN ESTEBAN, Maria Paz. **Pesquisa qualitativa em educação: fundamentos e tradições**. Porto Alegre: AMGH, 2010.

SCHIPPLING, Anne. Análise do discurso em educação: um exemplo do ensino de Filosofia. *In*: WELLER, Wivian; PFAFF, Nicolle. **Metodologias da pesquisa qualitativa em educação: teoria e prática**. 3.ed. Petrópolis/RJ: Vozes, 2013. p. 279-288.

SCLIAR, Moacyr. História do Conceito de Saúde. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 29-41, 2007.

SHAFFER, David Reed. **Psicologia do Desenvolvimento: Infância e Adolescência**. 6. ed. São Paulo: Cengage Learning, 2005.

SILVA JUNIOR, Nelson da. O Brasil da barbárie à desumanização neoliberal: do “Pacto edípico, pacto social”, de Hélio Pellegrino, ao “E daí?”, de Jair Bolsonaro. *In*: SAFATLE, Vladimir; SILVA JUNIOR, Nelson da; DUNKER, Christian. **Neoliberalismo como gestão do sofrimento psíquico**. Belo Horizonte: Autêntica, 2020.

SILVA, Marcel Freire da; DIAS, Vagno Emygdio Machado. Educação integrada e adoecimento estudantil na Educação Profissional e Tecnológica. **Revista Brasileira da Educação Profissional e Tecnológica**, [S.l.], v. 2, n. 22, p.1-16, e11670, dez.2022. ISSN 2447-1801. Acesso em: 25 maio. 2025.

SILVA, Marcelo José de Souza e; SCHRAIBER, Lilia Blima; MOTA, André. The concept of health in Collective Health: contributions from social and historical critique of scientific production. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 1, p. e290102, 2019.

SILVA, Tomaz Tadeu da. **Documentos de identidade: uma introdução às teorias do currículo**. Belo Horizonte: Autêntica, 2019.

SOARES, Carmen Lúcia. **Educação física: raízes europeias e Brasil**. Campinas: Autores Associados, 2004.

SOARES, Carmen Lúcia. Pedagogias do corpo: higiene, ginástica, esporte. *In*: VEIGA NETO, Alfredo; RAGO, Margareth. **Figuras de Foucault**. Belo Horizonte: Contexto, 2006, p. 75-85.

SOARES JÚNIOR, Azemar dos Santos. **Physicamente vigorosos: medicalização escolar e modelação de corpos na Paraíba (1913-1942)**. São Paulo: e-manuscrito, 2019.

SOCOL, Keity Laís Siepmann; SILVEIRA, Andressa da. Impactos do distanciamento social na saúde mental: estratégias para a prevenção do suicídio. **Jornal of Nursing and Health**. v. 10, 2020.

SOUZA, Larissa Maia; LIMA NETO, Avelino Aldo de; GLEYSE, Jacques; COSTA, Ana Cristina Santos. Formar para o cuidado: a formação humana integral e o ensino integrado em saúde na Escola de Saúde da Universidade Federal do Rio Grande do Norte. **Revista Brasileira da Educação Profissional e Tecnológica**, [S.l.], v. 2, n. 21, p. e12839, dez. 2021.

STEINBERG, Laurence; SILK, Jennifer. Parenting adolescents. *In*: BORNSTEIN, Marc. **Handbook of parenting**: Children and parenting. 2. ed. Mahwah: Lawrence Erlbaum Associates Publishers, 2002. p. 103-133. Disponível em: [https://www.researchgate.net/profile/Wyndol\\_Furman/publication/232485435\\_Parenting\\_siblings/links/0deec53c5811fda61d000000/Parenting-siblings.pdf#page=144](https://www.researchgate.net/profile/Wyndol_Furman/publication/232485435_Parenting_siblings/links/0deec53c5811fda61d000000/Parenting-siblings.pdf#page=144). Acesso em: 9 dez. 2020.

WELCH, Gilbert; SCHWARTZ, Lisa; WOLOSHIN, Steven. O que está nos deixando doentes é uma epidemia de diagnósticos. **Jornal do Cremesp**, São Paulo, p. 12, fev. 2008.

WELLER, Wivian. Grupos de discussão na pesquisa com adolescentes e jovens: aportes teórico-metodológicos e análise de uma experiência com o método. **Educação e Pesquisa**, São Paulo, v.32, n.2, p. 241-260, maio/ago., 2006.

WELLER, Wivian. Grupos de discussão: aportes teóricos e metodológicos. *In*: WELLER, Wivian; PFAFF, Nicolle. **Metodologias da pesquisa qualitativa em educação**: teoria e prática. 3.ed. Petrópolis/RJ: Vozes, 2013. p. 54-66.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Constitution of the World Health Organization**. 48th ed. Geneva: Basic documents of the World Health Organization, 2014.

ZORZANELLI, Rafaela Teixeira; CRUZ, Murilo Galvão Amancio. O conceito de medicalização em Michel Foucault na década de 1970. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 22, n. 66, jul./set. 2018.

## APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE) PARA OS MEMBROS DAS EQUIPES MULTIDISCIPLINARES DE SAÚDE



Ministério da Educação

Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Rio Grande do Norte

Campus Natal Central

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TCLE

#### Esclarecimentos

Convidamos você para participar da pesquisa **“As práticas pedagógicas em saúde no IFRN como dispositivo de resistência à medicalização do corpo: rompendo os fios da marionete”**, coordenada pela pesquisadora **ANA KAMILY DE SOUZA SAMPAIO** e que segue as recomendações das resoluções 466/12 e 510/16 do Conselho Nacional de Saúde e suas complementares. Sua participação é voluntária, o que significa que você poderá desistir a qualquer momento, retirando seu consentimento sem que isso lhe traga nenhum prejuízo ou penalidade.

Caso decida aceitar o convite, o (a) sr. (a) será submetido(a) aos seguintes procedimentos: um questionário composto por 13 questões sociodemográficas e profissionais — via Formulários do Google — e grupos de discussão, cuja responsabilidade de aplicação é da pesquisadora **ANA KAMILY DE SOUZA SAMPAIO**, estudante do Curso de Doutorado Acadêmico em Educação Profissional do Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Rio Grande do Norte (IFRN), *Campus Natal-Central*, sob orientação do professor Dr. **AVELINO ALDO DE LIMA NETO**. As informações coletadas serão organizadas em banco de dados em programa estatístico e analisadas a partir de técnicas de estatística descritiva e inferencial. Essa pesquisa tem como objetivo geral: analisar os discursos sobre as práticas pedagógicas em saúde no IFRN, com vistas a relacionar essa produção discursiva com o funcionamento da medicalização do corpo na sociedade. E como objetivos específicos: discutir a medicalização do corpo na contemporaneidade e suas possíveis implicações na Educação Profissional; identificar as condições de possibilidade que fazem emergir discursos sobre as práticas pedagógicas em saúde nos documentos institucionais do IFRN; descrever a produção dos discursos sobre as práticas pedagógicas em saúde entre a equipe multidisciplinar e estudantes do IFRN; e relacionar os discursos acerca da saúde nas práticas pedagógicas em saúde do IFRN com o funcionamento da medicalização do corpo na sociedade.

Os benefícios desta pesquisa são a possibilidade de melhor compreender as possíveis implicações da medicalização do corpo nas práticas pedagógicas em saúde no IFRN, o desenvolvimento de reflexões coletivas sobre suas ações na instituição, tendo a oportunidade de repensar, amadurecer e compartilhar suas estratégias pedagógicas, além da viabilização de elementos para a revisão dos documentos institucionais, para a melhoria das práticas pedagógicas multidisciplinares em saúde do Instituto e para a Política de Saúde Estudantil da instituição.

Os riscos a que você poderá estar exposto(a) são de sensações de desconforto, constrangimento, oscilações de humor e possíveis conflitos com os demais participantes, e poderão ser atenuados mediante a orientação para realizar pausas a qualquer momento que sentir necessidade, retomando quando se sentir mais confortável, e a garantia do direito de desistir de participar da pesquisa a qualquer momento, caso deseje.

Além disso, por se tratar de uma pesquisa que envolve, em parte, formulários em ambiente virtual, existe o risco, ainda que mínimo, de quebra do anonimado e quebra de sigilo dos dados coletados. Como forma de minimizar esses riscos, o questionário será aplicado pela pesquisadora responsável **ANA KAMILY DE SOUZA SAMPAIO**, e somente ela e seu orientador, professor **Dr. AVELINO ALDO DE LIMA NETO**, poderão manusear e guardar os dados; os dados coletados serão, ao final da pesquisa, baixados e armazenados na forma digital em um pen-drive protegido com senha, e logo após apagados de todo e qualquer registro virtual, sendo guardados por no mínimo cinco anos em armário fechado com chave, no Instituto Federal do Rio Grande do Norte, *Campus* Natal – Central, sob a responsabilidade da pesquisadora responsável, a fim de garantir a confidencialidade, a privacidade e a segurança das informações coletadas, e a divulgação dos resultados será feita de forma a não identificar os participantes nem seus dados pessoais.

Cabe ressaltar que os cuidados com a pesquisa seguem todas as orientações da Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais (LGPD – Lei Nº 13.709/2018), e que ela será desenvolvida mediante a anuência do IFRN.

Após enviar sua resposta a este TCLE, você receberá uma cópia dele no e-mail utilizado para realizar seu acesso a este formulário, e toda dúvida que você tiver a respeito desta pesquisa poderá perguntar diretamente para a pesquisadora **ANA KAMILY DE SOUZA SAMPAIO**, do IFRN - *Campus* Natal-Central, no endereço Avenida Abel Cabral, 1397, Nova Parnamirim, Parnamirim/RN, pelo telefone (84) 99927-2535, e e-mail [kamily.sampaio@ifrn.edu.br](mailto:kamily.sampaio@ifrn.edu.br). Cabe destacar a importância de guardar a cópia deste TCLE que você receberá em seus arquivos.

Dúvidas a respeito da ética desta pesquisa poderão ser questionadas ao **Comitê de Ética em Pesquisa (CEP-IFRN)** – Av. Rio Branco, 743, salas 73 e 74, Cidade Alta, Natal – RN, CEP 59025-003, fone: (84) 4005-0950/(84) 4005-0951, horário de atendimento: 8h às 12h, de segunda-feira a sexta-feira.

Se para o participante houver gasto de qualquer natureza, em virtude da sua participação nesse estudo, é garantido o direito a indenização (Res. 466/12 II.7) – cobertura material para reparar dano – e/ou ressarcimento (Res. 466/12 II.21) – compensação material, exclusivamente de despesas do participante e seus acompanhantes, quando necessário, tais como transporte e alimentação – sob a responsabilidade da pesquisadora **ANA KAMILY DE SOUZA SAMPAIO**.

Não será efetuada nenhuma forma de gratificação por sua participação. Os dados coletados farão parte do nosso trabalho, podendo ser divulgados em eventos científicos e publicados em revistas nacionais ou internacionais. O pesquisador estará à disposição para qualquer esclarecimento durante todo o processo de desenvolvimento deste estudo. Após todas essas informações, agradeço antecipadamente sua atenção e colaboração.

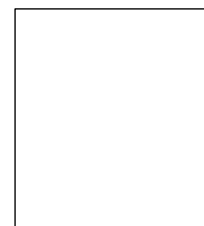
**Consentimento Livre**

Concordo em participar da pesquisa “As práticas pedagógicas em saúde no IFRN como dispositivo de resistência à medicalização do corpo: rompendo os fios da marionete”. Declaro, para os devidos fins, que fui devidamente esclarecido(a) quanto aos objetivos da pesquisa, aos procedimentos aos quais serei submetido(a) e dos possíveis riscos que possam advir de tal participação. Foram garantidos a mim esclarecimentos que eu venha a solicitar durante a pesquisa e o direito de desistir da participação em qualquer momento, sem que minha desistência implique qualquer prejuízo a minha pessoa ou a minha família. Autorizo, assim, a publicação dos dados da pesquisa, a qual me garante o anonimato e o sigilo dos dados referentes a minha identificação.

Natal, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Pesquisador

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Participante



**Aluna Ana Kamily de Souza Sampaio (Pesquisadora Responsável)** – Aluna do Curso de Doutorado Acadêmico em Educação Profissional, do Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Rio Grande do Norte – IFRN, *Campus* Natal-Central, no endereço Avenida Senador Salgado Filho, nº 1559, Tirol, CEP– Cidade – RN. Tel. (84) 4005-9800.

**Prof. Dr. Avelino Aldo de Lima Neto (Orientador da Pesquisa)** - Curso de Doutorado Acadêmico em Educação Profissional, do Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Rio Grande do Norte – IFRN, *Campus* Natal-Central, no endereço Avenida Senador Salgado Filho, nº 1559, Tirol, CEP– Cidade – RN. Tel. (84) 4005-9800.

**Comitê de Ética em Pesquisa (CEP-IFRN)** - Av. Rio Branco, 743, salas 73 e 74, Cidade Alta, Natal – RN, CEP 59025-003, fone: (84) 4005-0950/(84) 4005-0951, horário de atendimento: 8h às 12h de segunda-feira a sexta-feira.

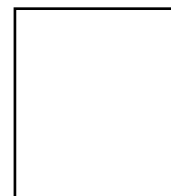
**APÊNDICE B – TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA USO DE IMAGENS****Ministério da Educação****Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Rio Grande do Norte****Campus Natal Central****TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA USO DE IMAGEM**

Eu,

\_\_\_\_\_, depois de conhecer e entender os objetivos, procedimentos metodológicos, riscos e benefícios desta pesquisa, bem como de estar ciente da necessidade da gravação de vídeo produzido sobre mim, especificados no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), AUTORIZO, através do presente termo, os pesquisadores **ANA KAMILY DE SOUZA SAMPAIO** e **AVELINO ALDO DE LIMA NETO**, do projeto de pesquisa intitulado **“As práticas pedagógicas em saúde no IFRN como dispositivo de resistência à medicalização do corpo: rompendo os fios da marionete”**, a realizar captação de imagens que se façam necessárias sem quaisquer ônus financeiros a nenhuma das partes.

Ao mesmo tempo, libero a utilização destes vídeos (e suas respectivas cópias) para fins científicos e de estudos (livros, artigos, monografias, TCC's, dissertações ou teses, além de slides e transparências), em favor dos pesquisadores da pesquisa, acima especificados, obedecendo ao que está previsto nas Leis que resguardam os direitos das crianças e adolescentes (ECA, Lei N.º 8.069/ 1990), dos idosos (Lei N.º 10.741/2003), das pessoas com deficiência (Decreto Nº 3.298/1999, alterado pelo Decreto Nº 5.296/2004) e da Lei Geral de Proteção de Dados (Lei Nº 13.709/2018).

Natal, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do participante da pesquisaIMPRESSÃO  
DATILOSCÓPICA\_\_\_\_\_  
Assinatura do pesquisador responsável

\*Este documento deverá ser elaborado em duas vias, das quais uma deverá ficar com o participante da pesquisa e a outra com o pesquisador responsável.

## APÊNDICE C – TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA USO DE ÁUDIO



Ministério da Educação

Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Rio Grande do Norte

Campus Natal Central

## TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA USO DE ÁUDIO

Eu,

\_\_\_\_\_, depois de conhecer e entender os objetivos, procedimentos metodológicos, riscos e benefícios desta pesquisa, bem como de estar ciente da necessidade da gravação de áudio produzido por mim, especificados no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), AUTORIZO, através do presente termo, os pesquisadores **ANA KAMILY DE SOUZA SAMPAIO** e **AVELINO ALDO DE LIMA NETO**, do projeto de pesquisa intitulado “**As práticas pedagógicas em saúde no IFRN como dispositivo de resistência à medicalização do corpo: rompendo os fios da marionete**”, a realizar captação de áudios que se façam necessários sem quaisquer ônus financeiros a nenhuma das partes.

Ao mesmo tempo, libero a utilização destes áudios (e suas respectivas cópias) para fins científicos e de estudos (livros, artigos, monografias, TCC's, dissertações ou teses, além de slides e transparências), em favor dos pesquisadores da pesquisa, acima especificados, obedecendo ao que está previsto nas Leis que resguardam os direitos das crianças e adolescentes (ECA, Lei N.º 8.069/ 1990), dos idosos (Lei N.º 10.741/2003), das pessoas com deficiência (Decreto Nº 3.298/1999, alterado pelo Decreto Nº 5.296/2004) e da Lei Geral de Proteção de Dados (Lei Nº 13.709/2018).

Natal, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do participante da pesquisaIMPRESSÃO  
DATILOSCÓPICA\_\_\_\_\_  
Assinatura do pesquisador responsável

\*Este documento deverá ser elaborado em duas vias, das quais uma deverá ficar com o participante da pesquisa e a outra com o pesquisador responsável.

**APÊNDICE D – QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO E PROFISSIONAL**

1. Nome completo: \_\_\_\_\_

2. Sexo/Gênero:

- ☐ Mulher cisgênero
- ☐ Homem cisgênero
- ☐ Mulher Transgênero
- ☐ Homem Transgênero
- ☐ Não binário
- ☐ Prefiro não responder

3. Identificação étnico-racial

- ☐ Negro
- ☐ Branco
- ☐ Mestiço/Pardo
- ☐ Indígena
- ☐ Outro \_\_\_\_\_

4. Idade: \_\_\_\_\_ anos completos

5. Identificação religiosa

- ☐ Católico
- ☐ Protestante/Evangélica
- ☐ Espírita
- ☐ Candomblé/Umbanda
- ☐ Judaísmo
- ☐ Sem filiação religiosa
- ☐ Outro \_\_\_\_\_

6. Escolaridade

- ☐ Nível técnico-profissionalizante
- ☐ Superior
- ☐ Especialização

- ☐ Mestrado
- ☐ Doutorado

7. *Campus* atual de exercício: \_\_\_\_\_

8. Regime de trabalho:

- ☐ 20 horas semanais
- ☐ 40 horas semanais

9. Cargo no IFRN:

- ☐ Assistentes social
- ☐ Enfermeiro(a)
- ☐ Fisioterapeuta
- ☐ Médico(a)
- ☐ Nutricionista
- ☐ Odontólogo(a)
- ☐ Psicólogo(a)
- ☐ Técnico(a) em enfermagem
- ☐ Técnico(a) em higiene dental
- ☐ Outro \_\_\_\_\_

10. Tempo de serviço na área de formação:

- ☐ Menos de 1 ano
- ☐ Entre 1 e 2 anos
- ☐ Entre 2 e 5 anos
- ☐ Entre 5 e 10 anos
- ☐ Mais de 10 anos

11. Tempo de serviço no IFRN:

- ☐ Menos de 1 ano
- ☐ Entre 1 e 2 anos
- ☐ Entre 2 e 5 anos
- ☐ Entre 5 e 10 anos
- ☐ Mais de 10 anos

12. Exerce algum cargo de gestão no momento? Se sim, qual?

---

---

13. Considerando o valor do salário-mínimo atual (R\$ 1.412,00), qual a sua remuneração bruta no IFRN?

- ☐ Menor que 1 salário-mínimo (até R\$ 1.412,00)
- ☐ 1 salário-mínimo (R\$ 1.412,00)
- ☐ Entre 1 e 2 salários-mínimos (acima de R\$ 1.412,00 até R\$ 2.824)
- ☐ Entre 2 e 3 salários-mínimos (acima de R\$ 2.824 até R\$ 4.236)
- ☐ Entre 3 e 5 salários-mínimos (acima de R\$ 4.236 até R\$ 7.060)
- ☐ Entre 5 e 8 salários-mínimos (acima de R\$ 7.060 até R\$ 11.296)
- ☐ Entre 8 e 10 salários-mínimos (acima de R\$ 11.296 até R\$ 14.120,00)
- ☐ Mais de 10 salários-mínimos (acima de R\$ 14.120,00)