

ANDERSON DA SILVA ROSA • LUCÍA SILVA • THAÍS GUEDES GEORGINI

# Saúde Mental na Infância

Uma Conversa com Educadores



Fundación  
mapfre

UNIFESP  
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO  
993



# **Saúde Mental na Infância**

Uma conversa com educadores

## **REALIZAÇÃO**

Fundación Mapfre

## **Programa Viver com Saúde**

Fatima Lima

Giovanna Grandizoli

## **Autores**

Anderson da Silva Rosa

Lucía Silva

Thaís Guedes Georgini

## **FICHA TÉCNICA**

### **Coordenação editorial**

Thaís Guedes Georgini

### **Edição de texto e revisão**

Ana Karla Rodrigues Pinto

### **Projeto gráfico, diagramação e capa**

Coreto Editorial

### **Ilustração**

Helena de Cortez

Copyright © Fundación Mapfre, 2026.

### **Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP) (Câmara Brasileira do Livro, SP, Brasil)**

---

Saúde mental na infância (livro eletrônico) : uma conversa com educadores / [organização Anderson da Silva Rosa, Lucía Silva, Thaís Guedes Georgini ; ilustração Helena de Cortez]. -- São Paulo : Ed. dos Autores, 2026.  
PDF

Vários autores.

Bibliografia.

ISBN 978-65-02-26527-7

1. Acolhimento 2. Ambiente escolar 3. Crianças - Aspectos psicológicos 4. Educadores - Formação 5. Infância - Aspecto social 6. Saúde mental infantil - Brasil 7. Sofrimento psíquico I. Rosa, Anderson da Silva. II. Silva, Lucía. III. Georgini, Thaís Guedes. IV. Cortez, Helena de.

26-382019.0

CDD-618.9289

---

### **Índices para catálogo sistemático:**

1. Crianças : Saúde mental : Promoção da saúde 618.9289

Todos os direitos desta edição reservados à Fundación Mapfre  
Avenida das Nações Unidas, 11.711 – 20º andar – São Paulo – SP  
[www.fundacionmapfre.com.br](http://www.fundacionmapfre.com.br)

Anderson da Silva Rosa

Lucía Silva

Thaís Guedes Georgini

# Saúde Mental na Infância

Uma conversa com educadores

**Fundación  
mapfre**





## **SOBRE A FUNDACIÓN MAPFRE**

Com mais de 50 anos de atuação global em mais de 30 países, a Fundación Mapfre é uma instituição sem fins lucrativos que tem o objetivo de melhorar a qualidade de vida das pessoas, promovendo, fomentando e investindo em pesquisas, estudos e atividades de interesse geral da população. No Brasil, atua para disseminar valores, promover o acesso à informação e à cultura, e visa contribuir para o bem-estar da sociedade, apoiando e desenvolvendo iniciativas nas áreas de Ação Social, Prevenção e Segurança Viária, Seguro e Previdência Social, Promoção da Saúde e Cultura.

[www.fundacionmapfre.com.br](http://www.fundacionmapfre.com.br)

### **Curta a Fundación Mapfre nas redes sociais**

 @Fundación Mapfre

 @fundacionmapfrebrasil

 @Fundación Mapfre



## SEMEANDO O CUIDADO NA INFÂNCIA

É uma honra para nós, da Fundación Mapfre, renovar nosso compromisso com a educação brasileira por meio desta nova publicação. Desde o início do programa *Viver com Saúde – Saúde Mental nas Escolas*, temos buscado contribuir para o bem-estar integral da comunidade escolar, reconhecendo que aprender e desenvolver-se plenamente depende de ambientes que promovam saúde, acolhimento e relações humanas significativas.

As profundas transformações sociais, culturais e tecnológicas vividas nos últimos anos tornaram ainda mais evidente um desafio que hoje mobiliza educadores, pesquisadores e organismos internacionais: promover a saúde mental desde os primeiros anos de vida. Mais do que uma prioridade para a saúde pública, trata-se de uma condição essencial para o desenvolvimento humano, para a aprendizagem e para a construção de sociedades mais justas, saudáveis e solidárias.

É nesse contexto que esta obra dirige seu olhar à infância. Sabemos que os primeiros anos de vida representam uma etapa decisiva do desenvolvimento. Investir na saúde mental das crianças, da primeiríssima infância aos anos iniciais do ensino fundamental, é criar oportunidades para que cada uma cresça com segurança, pertencimento e confiança, desenvolvendo-se em toda a sua singularidade.

A escola ocupa um lugar privilegiado nesse processo. Além de seu papel na construção do conhecimento, é um espaço de convivência e formação humana, onde as crianças constroem relações significativas e encontram adultos capazes de acolher, orientar e inspirar. Por isso, as alianças entre a Fundación Mapfre e as Secretarias Estaduais e Municipais de Educação buscam compartilhar conhecimentos fundamentados em evidências científicas que apoiem os profissionais da educação na promoção da saúde mental e na construção de escolas cada vez mais acolhedoras e promotoras de saúde.

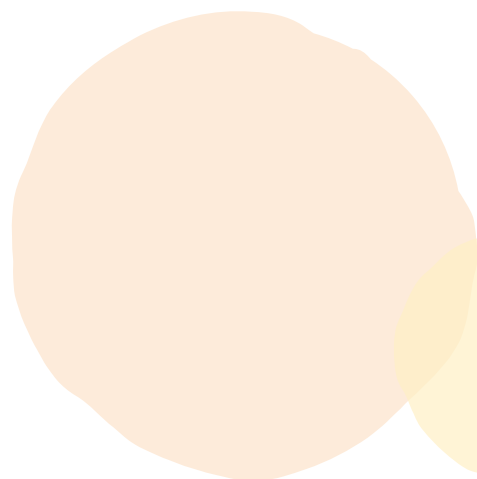
Reconhecemos, igualmente, que promover o desenvolvimento infantil exige cuidar também daqueles que acompanham diariamente as crianças. Valorizar o trabalho dos educadores e fortalecer uma cultura de cuidado são condições indispensáveis para que a escola possa exercer plenamente seu papel de formação e proteção.

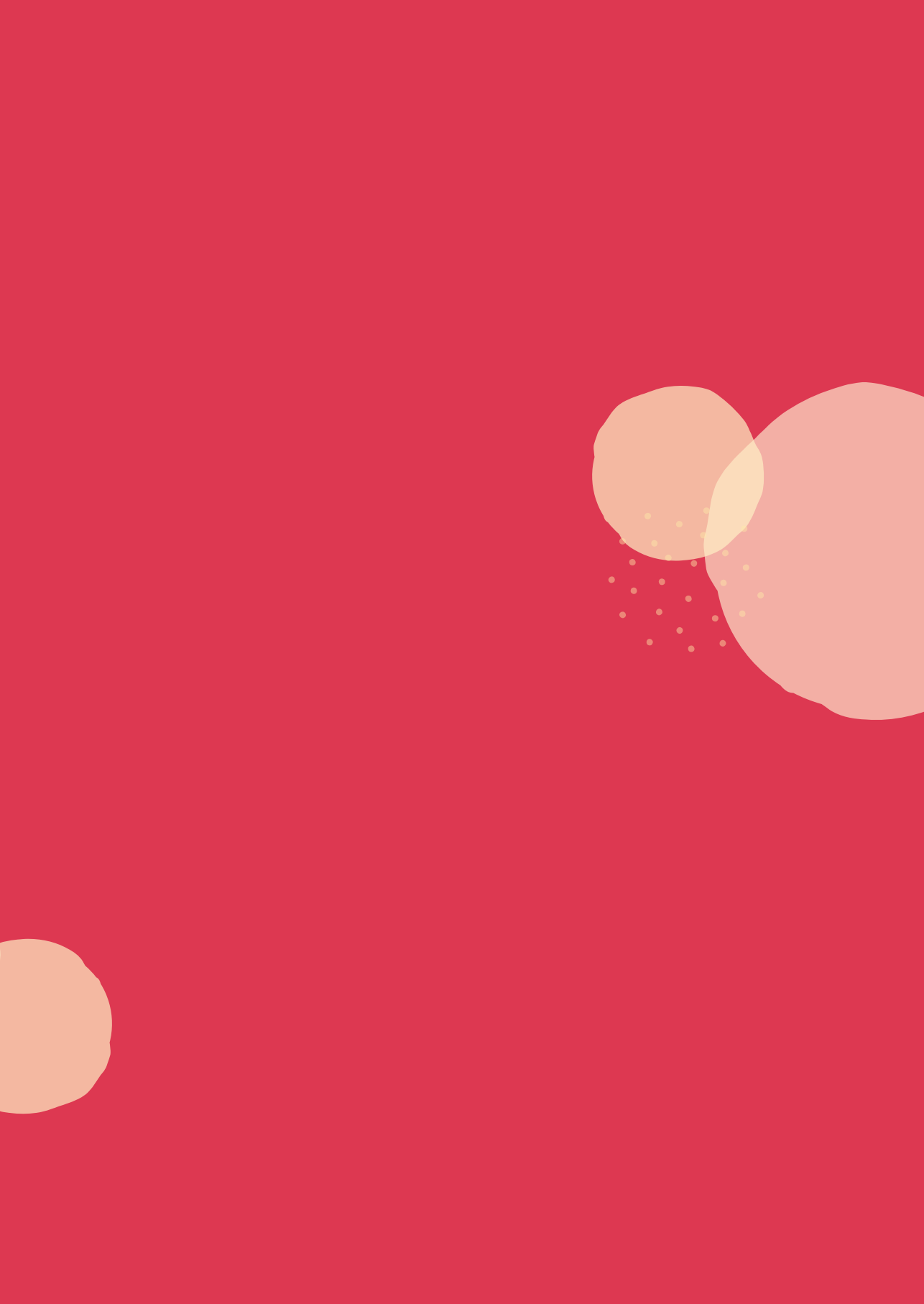
Desejamos que este livro acompanhe educadores, gestores e todos aqueles que compartilham o compromisso de cuidar da infância. Que estas páginas despertem reflexões, fortaleçam práticas e inspirem iniciativas capazes de aproximar saúde e educação, cultivando, desde os primeiros anos de vida, oportunidades para que crianças, educadores e comunidades possam florescer juntos.

Boa leitura!

**Felipe Nascimento**

*CEO da Mapfre Brasil e Representante da Fundación Mapfre*





# SUMÁRIO

**Prefácio** por Dra. Sabrina Ferigato, **12**

**Apresentação**, **15**

**Introdução**, **16**

## PARTE 1

### **Compreender antes de intervir**

*Fundamentos da saúde mental na infância*, **19**

#### CAPÍTULO 1

*Por que falar de saúde mental desde a infância?*, **20**

#### CAPÍTULO 2

*Saúde mental e as dimensões do desenvolvimento infantil*, **34**

## PARTE 2

### **Infância em movimento**

*A saúde mental nas diferentes etapas do desenvolvimento*, **49**

#### CAPÍTULO 3

*Primeiríssima infância (0 a 3 anos): vínculos, segurança  
e regulação emocional*, **50**

#### CAPÍTULO 4

*Educação infantil (4 a 5 anos): emoções, limites e convivência*, **62**

#### CAPÍTULO 5

*Anos iniciais do ensino fundamental (6 a 11 anos):  
aprender, pertencer e se reconhecer*, **76**

## PARTE 3

### **Questões contemporâneas**

*Entre o cuidado e os novos desafios educacionais*, **87**

#### CAPÍTULO 6

*Saúde mental, neurodiversidade e medicalização na infância*, **88**

#### CAPÍTULO 7

*Entre telas e algoritmos: a infância, a saúde mental e  
o florescimento humano*, **102**

#### PARTE 4

### **Quando o sofrimento pede ação**

*O que a escola pode fazer diante dos sinais que exigem cuidado, 115*

#### CAPÍTULO 8

*O sofrimento emocional infantil no contexto escolar, 116*

#### CAPÍTULO 9

*Racismo e saúde mental na educação básica, 132*

#### CAPÍTULO 10

*Luto e perdas na infância: quando a ausência chega à sala de aula, 144*

#### CAPÍTULO 11

*Existir é cuidado: caminhos da Rede de Atenção Psicossocial na infância, 158*

#### PARTE 5

### **Cultivar saúde mental na escola**

*Ações e estratégias de promoção, 171*

#### CAPÍTULO 12

*A escola como espaço promotor de saúde mental desde a infância, 172*

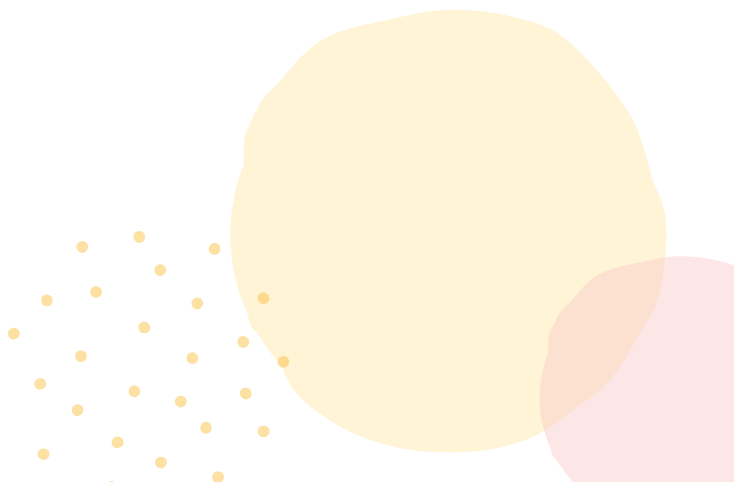
#### CAPÍTULO 13

*Cuidar de quem educa: saúde mental dos educadores, 188*

**Considerações finais, 204**

**Referências bibliográficas, 206**

**Sobre os autores, 220**





## PREFÁCIO

Existem livros que respondem prontamente a perguntas; outros, mais raros, ensinam-nos a formular perguntas melhores ou reinventar as formas automáticas de responder a estas perguntas. Neste texto, tenho o desafio de introduzir você, leitor, na apresentação de um livro que se encontra nesta segunda categoria: *Saúde Mental na Infância: uma conversa com educadores*, organizado por Anderson da Silva Rosa, Lucía Silva e Thaís Guedes Georgini, publicado pela Fundación Mapfre, por meio do Programa Viver com Saúde, em parceria técnica e científica com a Unifesp, voltada para a interface entre a Saúde Mental e a Educação nas escolas, apresentada em 13 capítulos, divididos em cinco partes: (1) Compreender antes de intervir; (2) Infância em movimento; (3) Questões contemporâneas; (4) Quando o sofrimento pede ação e (5) Cultivar saúde mental na escola. O resultado é uma obra interdisciplinar rigorosa e, ao mesmo tempo, acessível, que dialoga com educadores, familiares, profissionais da saúde, pesquisadores, estudantes e todas as pessoas comprometidas com a defesa da potencialização das escolas.

Em um tempo em que, cada vez mais, as crianças são convocadas a caberem em diagnósticos ou metas de desempenho e as escolas a reduzirem-se a protocolos, modelos disciplinares e práticas produtivistas, esta obra nos convida ao movimento contrário: desacelerar o olhar para compreender, antes de intervir; afirmar as diferenças em vez de estigmatizá-las; acolher o sofrimento antes de remediá-lo; traduzir a complexidade da infância, sem reduzi-la. Essa escolha dá nome à primeira parte do livro e expressa sua orientação ética.

Nas demais partes, os autores confluem em temas complexos sobre a produção de subjetividade e o sofrimento psíquico na infância, de forma sensível, integral e abrangente, por isso, mais do que apresentar o livro, gostaria de convidar o leitor a habitar uma determinada forma de olhar a infância e a saúde mental, não como estados de coisa, mas como processos que se coproduzem em ato, em cada encontro do contexto escolar.

Ou seja, o livro nos ensina a reconhecer o sofrimento, a saúde mental e os direitos das infâncias para além dos indivíduos, compreendendo-os como aquilo que se constrói nas relações, nos vínculos, nas oportunidades de participação, nas experiências de cuidado/abandono, nos acolhimentos e nas violências vividas, no comum e nas desigualdades que atravessam corpos e histórias em suas interseccionalidades – tudo isso, operando no contexto das

instituições que habitamos. Entre elas, a escola ocupa um lugar singular para crianças e educadores.

O percurso dos capítulos atravessa temas fundamentais: desde as teorias fundantes dos conceitos de saúde mental e de sofrimento socioemocional, os ciclos do desenvolvimento infantil, o luto, o *bullying*, a centralidade dos vínculos, da segurança e do brincar, até temas determinantes e estruturantes das infâncias, como as interseccionalidades de classe, gênero, etnia e raça.

A Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) é apresentada e analisada, reconhecendo o Sistema Único de Saúde (SUS) como ator fundamental no cuidado de crianças em sofrimento psíquico ou diagnosticadas, com ênfase na importância estratégica da Atenção Primária à Saúde e das ações intersetoriais.

As temáticas atuais da medicalização/psiquiatrização da vida são abordadas com precisão, bem como os desafios relacionados à inclusão das neurodivergências, às relações entre estudantes, familiares e professores e à saúde dos educadores, sem desconsiderar a premissa de que a escola pode ser um dispositivo promotor de saúde mental ou de sofrimento para quem habita este território existencial.

É importante destacar que essa gama de assuntos se articula como uma trama cuidadosamente tecida, na qual cada capítulo amplia a compreensão do anterior e reafirma que cuidar em saúde mental é, mais do que tudo, cultivar relações de trabalho para educadores e condições materiais e simbólicas para que as crianças possam brincar, aprender, pertencer, participar e existir.

A linguagem adotada pelos autores aproxima o conhecimento científico e a experiência. Conceitos complexos são ofertados com a objetividade de quadros e tabelas e ganham vida por meio de exemplos práticos, cenas comumente vividas no dia a dia escolar, que contribuem para a dimensão didático-pedagógica da obra e para que educadores efetivamente se reconheçam em suas práticas.

As epígrafes, entrecortando os textos teóricos e as ilustrações em aquarela de Helena de Cortez, oferecem pausas contemplativas, conferem leveza, cores e profundidade estética para abordar um tema tão sensível e inatingível em sua plenitude apenas pela palavra.

Por fim, um dos grandes potenciais deste livro é ampliar a visão de uma escola como cenário de aprendizagem, em que problemas se revelam nos corpos individuais de crianças ou educadores, para uma escola reconhecida como território produtor de corpos, valores, poderes, saberes, culturas e subjetividades.

O cotidiano é uma categoria analítica central e transversal aos capítulos. Assume-se que o cotidiano escolar extrapola a rotina para revelar-se um território de encontros, no qual coexistem conflitos, discriminações, sobrecarga

e violências, bem como saberes, sabores, ambientes, descobertas, amizades, defesa de direitos, cuidado, promoção de saúde mental e produção de vida. E o mais importante: o principal instrumento de ativação de uma escola que liberta mais do que aprisiona não está, necessariamente, nas mãos dos especialistas, mas sim nos **gestos cotidianos** de cada um de nós que se atualizam como matéria-prima da criação de futuros e da reinvenção da escola que queremos.

Obrigada Anderson, Thaís, Lucía e a todos os autores pelo gesto generoso e transformador que cada capítulo representa e pela criteriosa curadoria realizada por vocês.

Desejo que este livro encontre muitos leitores e leitoras que compartilhem a perspectiva de que a saúde mental é muito mais do que a ausência de um diagnóstico, mas a produção cotidiana de possibilidades de vida em sua multiplicidade, na diversidade humana de todos nós. Que encontre também educadores e profissionais da saúde dispostos a transformar seu processo de trabalho em territórios em que aprender, ensinar e cuidar sejam experiências inseparáveis.

Que essa leitura seja para você um encontro tão bom quanto o foi para mim.

**Dra. Sabrina Ferigato**

*Terapeuta ocupacional, especialista em Saúde Mental, mestre em Filosofia Social e doutora em Saúde Coletiva. É docente associada do Departamento de Terapia Ocupacional da Universidade Federal de São Carlos (UFSCar) e docente credenciada nos Programas de Pós-Graduação em Terapia Ocupacional da UFSCar e em Saúde Coletiva da Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP).*

## APRESENTAÇÃO

Querida educadora e querido educador,

É com alegria que compartilhamos, neste livro, reflexões, perspectivas e pesquisas sobre saúde mental na infância. A intenção é que estas páginas dialoguem com a realidade daqueles que acompanham diariamente o desenvolvimento das crianças em diferentes contextos educativos.

Esta obra dá continuidade às publicações de aprofundamento em saúde mental na escola desenvolvidas desde 2020, por meio do programa *Viver com Saúde* da Fundación Mapfre. Ela nasce do encontro entre diferentes saberes e experiências, reunindo profissionais comprometidos com a infância e com a construção de pontes entre a saúde e a educação. Contamos com a contribuição de Amanda, Belisa, Cláudia, Ellen, Elson, Fabiana, Girliani, Hellen, Isabel, Marcia, Marcos, Rodrigo, Rosália, Samantha, Sheila e Thiago, cujas trajetórias enriquecem este diálogo. Com esses diferentes olhares, buscamos abordar temas que atravessam o cotidiano escolar.

Ao longo dos capítulos, discutimos diferentes dimensões da saúde mental na infância, incluindo o desenvolvimento infantil, a importância dos vínculos e da regulação emocional, os sinais de sofrimento psíquico, a neurodiversidade, os desafios relacionados ao uso de tecnologias digitais e o papel da escola como espaço de promoção da saúde mental.

Também refletimos sobre a construção de redes de proteção capazes de acolher situações de vulnerabilidade e fortalecer o cuidado compartilhado entre escola, família, serviços de saúde e demais integrantes da comunidade.

Por fim, reconhecemos que cuidar das crianças também implica cuidar daqueles que convivem com elas diariamente. Por isso, dedicamos atenção especial à saúde mental dos educadores, valorizando práticas de apoio mútuo e de autocuidado possíveis no contexto escolar.

Este livro é nossa forma de esperar. De afirmar que, mesmo diante dos desafios que atravessam a infância e a educação contemporâneas, é possível construir caminhos de cuidado, pertencimento e florescimento. Que estas páginas fortaleçam reflexões, ampliem a compreensão e inspirem ações comprometidas com o desenvolvimento integral das crianças e com a construção de ambientes educativos mais humanos, acolhedores e promotores de saúde mental.

Anderson, Lucía e Thaís



## INTRODUÇÃO

Falar de saúde mental na infância requer, antes de tudo, responder a uma pergunta fundamental: de que infância estamos falando?

Não existe uma infância única, igual para todas as crianças. Cada uma delas cresce em um contexto diferente, marcado por sua realidade social, cultural, familiar e econômica. Território, raça, gênero, condições de saúde, acesso a direitos e oportunidades influenciam diretamente suas experiências, emoções e sua forma de aprender e de se relacionar com o mundo. Reconhecer essa pluralidade das infâncias não as fragmenta, mas amplia nossa capacidade de compreendê-las.

Ainda assim, no dia a dia dos serviços de saúde e dos espaços educativos, é comum que diferenças de comportamento, ritmo ou expressão emocional sejam rapidamente interpretadas sob uma lógica biomédica, convertendo dificuldades pedagógicas ou sociais em transtornos individuais. Quando esse processo de medicalização ocorre, o olhar se volta apenas para o “problema” na criança e o contexto em que ela vive — a “teia da vida” que a sustenta — acaba ficando em segundo plano.

Este livro parte da compreensão de que a infância é uma etapa de potência e que a criança é feita de “cem linguagens”: cem modos de pensar, de jogar e de falar; cem mundos para descobrir e inventar. O desenvolvimento infantil, portanto, não acontece de forma linear. Há avanços, recuos e ritmos singulares que precisam ser respeitados para que não corramos o risco de transformar a diversidade natural em rótulos que aprisionam a trajetória da criança.

Isso significa que a escuta sensível e a observação qualificada são habilidades essenciais para aqueles que assumem o compromisso de cuidar e acompanhar a infância. Observar e escutar envolvem o educador por inteiro, não apenas os olhos e os ouvidos. É um exercício ativo de presença e de acolhimento. O que as crianças comunicam quando se agitam? O que expressam, por meio do brincar livre, sua linguagem inaugural e sua necessidade vital? É nesse diálogo que saúde e educação se encontram para garantir que a escola seja um lugar de “asas” e encoraje o voo.

Os ambientes de cuidado e de educação são lugares fundamentais para a promoção da saúde mental, entendida aqui como um estado dinâmico de bem-estar. Vínculo, rotina organizada, previsibilidade e sentimento de per-

tencimento são os pilares que permitem à criança enfrentar desafios com segurança. Propomos que esse livro não seja apenas uma resposta a crises, mas uma prática construída cotidianamente.

Contudo, este livro reconhece uma verdade inegociável: não se pode cuidar plenamente de uma criança se o adulto que a educa não for também cuidado. A saúde mental do docente é indissociável da saúde mental do estudante. Por isso, esta obra também é um convite ao autocuidado possível e à construção de uma cultura de parceria e de apoio mútuo nas escolas.

O ambiente educativo pode ser um lugar de refúgio e de florescimento humano. Um lugar onde a criança não é reduzida a um laudo, mas acolhida em sua singularidade. Falar de saúde mental na infância é, portanto, falar de responsabilidade compartilhada entre a família, a escola e toda a rede de proteção.

Fortalecer práticas de cuidado mais humanas e comprometidas com as diversas infâncias é uma forma de garantir o direito de cada criança de simplesmente ser, crescer e florescer. É, ao mesmo tempo, um investimento no futuro de uma sociedade mais saudável e justa, construída por pessoas que tiveram a oportunidade de se desenvolver, desde o início da vida, em ambientes mais seguros, acolhedores e promotores de seu pleno potencial.

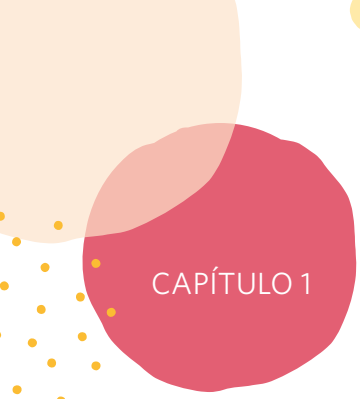


# 1 PARTE

## Compreender antes de intervir

Fundamentos da saúde mental na infância





## CAPÍTULO 1

# Por que falar de saúde mental desde a infância?

Anderson da Silva Rosa e Thaís Guedes Georgini

*Raramente, se é que isso acontece,  
nós nos curamos em isolamento.  
A cura é um ato de comunhão.*

*bell hooks, Tudo Sobre o Amor*

Este capítulo tem como objetivo apresentar fundamentos da saúde mental na infância, oferecendo uma base conceitual para compreender o tema e reconhecer o papel do educador e da escola na promoção de um desenvolvimento saudável. Para isso, parte de uma pergunta simples — o que é saúde mental na infância? — e vai ampliando o olhar: para as relações que sustentam o desenvolvimento, para as condições de vida que o moldam e para as habilidades que podem ser cultivadas no cotidiano escolar. Em seguida, desmistifica alguns equívocos frequentes sobre o tema e oferece ao educador referências para agir com mais segurança, sensibilidade e clareza.

Nas últimas décadas, a saúde mental deixou de ser compreendida apenas como ausência de transtornos e passou a ser entendida como um componente central do bem-estar, da aprendizagem e da participação social. Na infância, essa perspectiva é ainda mais relevante, porque é nesse período que ocorrem intensas transformações no cérebro e se consolidam habilidades cognitivas, emocionais e sociais que acompanharão o indivíduo ao longo de toda a vida.

Além disso, a saúde mental infantil configura-se como uma importante questão de saúde pública. Estima-se que, mundialmente, cerca de 8% das crianças entre 5 e 9 anos, e uma em cada sete crianças e adolescentes entre 10 e 19 anos convivam com algum transtorno mental diagnosticável ou com sofrimento psíquico significativo, embora muitos casos permaneçam sem identificação ou sem acesso ao cuidado adequado (OMS, 2022).

A Organização Mundial da Saúde (OMS, 2022) tem destacado que a infância é uma janela crítica para a promoção da saúde mental e que a qualidade do ambiente em que a criança cresce (incluindo a família, a escola e a comunidade) pode não apenas prevenir estados de sofrimento psíquico, mas também favorecer uma trajetória de vida mais saudável, autônoma e participativa.

Assim, falar de saúde mental na infância não significa antecipar diagnósticos nem transformar a escola em espaço clínico, mas reconhecer que ela é um ambiente estratégico de promoção da saúde e do desenvolvimento integral. Aprender e se desenvolver emocionalmente são processos intrinsecamente ligados. Ensinar envolve criar condições para que a criança esteja disponível para aprender. Quando a criança vive em contextos estáveis, previsíveis e acolhedores, tende a encontrar melhores condições para participar das atividades escolares, construir vínculos positivos e aprender com segurança.

Nesse sentido, a escola pode desempenhar um papel decisivo na proteção e na promoção da saúde mental. No Brasil, o Programa Saúde na Escola (PSE - Brasil, 2007) foi criado como política intersetorial entre saúde e educação, com articulação entre escola e Atenção Primária à Saúde, configurando-se como uma estratégia de integração para promover saúde e educação integral, sustentada por redes de corresponsabilidade. Entre seus eixos, destacam-se a promoção da saúde mental, o desenvolvimento de habilidades para a vida e a criação de ambientes escolares saudáveis.

A matriz de expectativa de aprendizagem do Ministério da Educação (MEC/Brasil, 2026) inclui objetivos concretos, como reconhecer e nomear sentimentos, compreender que emoções difíceis são naturais, identificar adultos de confiança, desenvolver estratégias de autocuidado, analisar fatores que afetam a saúde mental e conhecer serviços de apoio na escola e na comunidade.

Ao mesmo tempo, é preciso esclarecer que não cabe ao professor determinar se a criança tem transtorno mental, nem diagnosticá-la. A escola pode observar mudanças relevantes, acolher, ouvir, comunicar-se com a família, acionar a rede de proteção e cuidado, e encaminhar quando necessário. Esse papel é fundamental e exige conhecimento e sensibilidade, mas não substitui a atuação de profissionais da saúde mental, da assistência social e dos demais serviços especializados.

Em outras palavras, discutir saúde mental desde a infância é uma forma de educar sem reduzir as crianças a rótulos. É construir, desde o início da vida escolar, um ambiente em que emoções possam ser nomeadas, dificuldades reconhecidas sem medo e pedidos de ajuda, ouvidos com seriedade e responsabilidade coletiva.

Observar, acolher e encaminhar sem diagnosticar, é talvez o ponto central para a atuação ética, sensível e humanizadora do professor.

## O QUE É SAÚDE MENTAL NA INFÂNCIA?

A saúde mental na infância pode ser compreendida como um estado dinâmico de bem-estar, que permite à criança lidar com desafios do cotidiano com apoio adequado, além de desenvolver habilidades emocionais e participar de relações e contextos de aprendizagem. Esse estado varia ao longo do desenvolvimento e de acordo com as experiências vividas pela criança. Portanto, isso não significa estar feliz o tempo todo, nem deixar de sentir medo, raiva ou tristeza. Vivenciar essas emoções faz parte da experiência humana. O que faz diferença é a criança contar com apoio e recursos (internos e externos) para vivenciar, compreender, regular e elaborar essas experiências emocionais de modo construtivo e compatível com sua etapa de desenvolvimento (OMS, 2022; Centers for Disease Control and Prevention, 2024). Professores que observam as crianças com atenção no cotidiano frequentemente percebem essas diferenças antes de qualquer avaliação formal.

O desenvolvimento infantil não ocorre de forma fragmentada: aspectos cognitivos, emocionais e sociais estão profundamente interligados. Nesse sentido, a qualidade das relações é imprescindível.

Crianças que se sentem emocionalmente seguras tendem a explorar mais, persistir diante de dificuldades e se engajar nas atividades escolares.

Por outro lado, situações de estresse crônico, insegurança ou ausência de vínculos estáveis podem afetar processos importantes como a atenção, a memória e a aprendizagem (Shonkoff et al., 2012; National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine, 2019).

Vale distinguir, aqui, três tipos de resposta ao estresse que a criança pode vivenciar. O positivo é parte saudável do desenvolvimento: ativações breves e manejáveis diante de desafios cotidianos — como uma apresentação, uma frustração ou uma novidade — que, com apoio adequado, fortalecem a capacidade de enfrentar adversidades. O tolerável ocorre diante de situações mais intensas, como perdas ou conflitos familiares, mas pode ser amortecido pela presença de adultos estáveis e responsivos, reduzindo seus efeitos sobre o desenvolvimento. Já o tóxico resulta da ativação intensa, frequente ou prolon-

gada dos sistemas de resposta do organismo — como ocorre em situações de abuso, negligência crônica, violência ou privação severa — sem o suporte protetivo de um adulto de referência. Quando persistente, esse tipo de estresse pode comprometer a arquitetura do cérebro em desenvolvimento e afetar os sistemas imunológico, cardiovascular e metabólico, com consequências que se estendem ao longo da vida (Shonkoff et al., 2012; National Scientific Council on the Developing Child, 2012).

Portanto, na infância, a saúde mental é multidimensional e relacional, envolvendo os marcos do desenvolvimento emocional e social, a aprendizagem de habilidades de convivência e formas adequadas de enfrentamento diante de problemas. Isso envolve o desenvolvimento das habilidades socioemocionais que incluem, por exemplo, reconhecer emoções, tolerar frustrações, comunicar necessidades, buscar ajuda quando necessário, resolver conflitos, cooperar, exercitar empatia e tomar decisões, progressivamente, com mais autonomia. Tais competências podem ser ensinadas no contexto escolar. Esses processos se desenvolvem principalmente nas interações com adultos de referência, com outras crianças e com os contextos em que a criança vive e aprende. Relações consistentes, sensíveis e estáveis são fundamentais para o desenvolvimento da regulação emocional, das habilidades sociais e da capacidade de enfrentar adversidades, impactando diretamente no bem-estar da criança (National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine, 2019).

Todo professor já viveu alguma versão dessas cenas: uma criança aos prantos que não consegue explicar o que sente, uma briga que escalou rápido demais, um silêncio que preocupa mais do que o barulho. E, na maioria das vezes, o que o professor fez — sem manual, sem formação específica para aquele momento — foi se aproximar, abaixar, falar com calma, esperar. Estes gestos intuitivos têm nome e explicação científica: correção.

A correção refere-se à capacidade do adulto de ajudar a criança a organizar suas emoções e comportamentos por meio de presença, acolhimento, escuta e resposta sensível ao que está sendo vivenciado. Na primeira infância, a correção é predominante, pois a criança ainda não dispõe de recursos para autorregular-se de forma independente. Nessa etapa do desenvolvimento, a presença de um adulto estável pode transformar um estresse que seria “tóxico” em algo tolerável. Assim, a criança depende da regulação compartilhada com adultos de confiança, que ofereçam segurança, previsibilidade e apoio emocional, funcionando como “amortecedores” biológicos (National Scientific Council on the Developing Child, 2012; Shonkoff et al., 2012).

A correção ocorre em situações cotidianas como na mediação de conflitos entre as crianças, no acolhimento após frustrações e na organização de rotinas.

nas. Com o tempo, essas experiências são gradualmente internalizadas, contribuindo para o desenvolvimento da autorregulação e da autonomia emocional (National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine, 2019; National Scientific Council on the Developing Child, 2012).

Desse modo, processos como brincar, comunicar-se, estabelecer vínculos e participar de contextos organizados e seguros são centrais para a promoção da saúde mental desde os primeiros anos de vida. Interações cotidianas, muitas vezes simples, como escutar, nomear emoções ou ajudar a criança a se acalmar têm impacto direto nesse processo, e também fortalecem competências socio-emocionais essenciais para a vida escolar.

A sala de aula também reflete o mundo fora dela. A saúde mental infantil é profundamente influenciada pelas condições de vida, sejam sociais, culturais ou econômicas. Fatores como pobreza, desigualdade, exposição à violência e insegurança alimentar estão associados a maiores dificuldades no desenvolvimento emocional, cognitivo e na saúde física. Crianças em contextos de alta privação socioeconômica (marcados por baixa renda e desemprego dos responsáveis) apresentam os piores perfis de saúde mental, com mais problemas de ansiedade e agressividade (Xiao et al., 2023).

Nesse cenário, o racismo também deve ser compreendido não apenas como uma forma de discriminação social, mas como um determinante social da saúde que produz impactos concretos e mensuráveis no desenvolvimento infantil. Estudos apontam que experiências de racismo estão associadas ao aumento de marcadores inflamatórios, à maior prevalência de obesidade, à elevação da pressão arterial e à desregulação do cortisol — hormônio relacionado ao estresse — em crianças e adolescentes (Priest et al., 2024).

Além disso, o racismo estrutural se expressa em diferentes dimensões da vida social, incluindo políticas de moradia que contribuem para a segregação territorial e para a concentração de desigualdades associadas a maiores taxas de mortalidade infantil e evasão escolar. Na escola, essas desigualdades também podem se manifestar por meio de práticas disciplinares desproporcionais, excludentes e punitivas. Tais experiências podem ser potencialmente traumáticas e aumentar o risco de comportamentos antissociais ao longo da vida (National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine, 2019).

O capacitismo — a presunção de que corpos e mentes que fogem à norma têm menos valor — também deve ser compreendido como um determinante social da saúde mental infantil. Crianças com deficiências, condições de neurodesenvolvimento ou necessidades educacionais específicas estão mais expostas a experiências de exclusão, baixa expectativa e práticas pedagógicas que

desconsideram suas singularidades. Essas experiências, quando repetidas e sem suporte adequado, podem gerar sofrimento psíquico significativo e comprometer o desenvolvimento emocional e social — não pela condição em si, mas pelo modo como a sociedade e a escola respondem a ela. Reconhecer e enfrentar o capacitismo no cotidiano escolar é, portanto, também uma forma de proteger a saúde mental das crianças. Essa discussão será retomada e aprofundada no Capítulo 6, dedicado à neurodiversidade e aos riscos da patologização da infância.

Nesse contexto, no ambiente escolar, é frequente a dificuldade em distinguir transtornos mentais de transtornos do neurodesenvolvimento — e essa distinção importa para a prática pedagógica. Transtornos do neurodesenvolvimento, como o Transtorno do Espectro Autista (TEA) e o Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH), referem-se a diferenças no funcionamento cerebral presentes desde o início da vida, que afetam aprendizagem, comunicação, atenção e comportamento.

Questões mentais, como ansiedade e depressão, envolvem sofrimento psíquico que pode surgir em qualquer momento do desenvolvimento, em resposta a fatores biológicos, relacionais e sociais.

É importante reconhecer que essas condições podem coexistir — uma criança com TEA ou TDAH pode também desenvolver ansiedade, por exemplo — o que torna ainda mais necessário um olhar atento, contextualizado e não redutor sobre cada indivíduo (American Psychiatric Association, 2022). Os Capítulos 2 e 6 aprofundam essas distinções e oferecem referências para apoiar esse olhar na prática educativa.

Essa complexidade chega à escola muitas vezes sob a forma de laudos, relatórios e demandas de adaptação pedagógica, que se acumulam sem que haja condições institucionais adequadas para respondê-las. Professores relatam crescente sobrecarga diante da diversidade de necessidades em uma mesma turma, da insuficiência de apoio especializado e da pressão por respostas individualizadas em contextos de trabalho que raramente oferecem os recursos necessários. Reconhecer essa tensão não significa recuar diante da inclusão. Ao contrário, exige que a escola e os sistemas de ensino assumam sua responsabilidade: o professor não pode ser o único suporte de crianças com necessidades complexas. Garantir condições adequadas de trabalho, formação e apoio aos educadores também é parte da promoção da saúde mental infantil — tema que o Capítulo 13 retoma com atenção.

Dessa forma, o bem-estar infantil não pode ser compreendido apenas em nível individual, mas deve ser situado em contextos mais amplos de vida e de acesso a oportunidades (OMS, 2022; Xiao et al., 2023). Assim, promover saúde mental na infância implica não apenas em apoiar a criança individualmente, mas também fortalecer redes de cuidado, políticas de proteção social e ambientes mais seguros, estáveis e acolhedores para o seu desenvolvimento, envolvendo a família, a escola e a comunidade.

**QUADRO 1. EXEMPLOS DE FATORES QUE PODEM INFLUENCIAR A SAÚDE MENTAL INFANTIL**

| FATORES DE RISCO                                 | FATORES DE PROTEÇÃO                              |
|--------------------------------------------------|--------------------------------------------------|
| Exposição à violência                            | Vínculo afetivo seguro com adultos               |
| Negligência ou cuidado inconsistente             | Relações estáveis, sensíveis e responsivas       |
| Pobreza e insegurança alimentar                  | Condições mínimas de segurança e previsibilidade |
| <i>Bullying</i> e exclusão social                | Ambiente escolar seguro, inclusivo e acolhedor   |
| Discriminação                                    | Pertencimento e respeito à diversidade           |
| Conflitos familiares recorrentes                 | Clima familiar estável e suporte emocional       |
| Baixa oportunidade de brincar                    | Oportunidades de brincar e interagir             |
| Dificuldades persistentes de regulação emocional | Apoio do adulto e experiências de correção       |
| Ausência de acesso a cuidados                    | Acesso oportuno a serviços de saúde mental       |

Fonte: Elaborado pelos autores com base em National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine (2019), OMS (2022), Shonkoff et al. (2012), National Scientific Council on the Developing Child (2012) e Xiao et al. (2023).

Esses fatores não atuam de forma isolada. É a interação entre fatores de risco e de proteção, ao longo do tempo, que influenciam o desenvolvimento da criança. No contexto escolar, o professor pode não conseguir eliminar fatores de risco externos, mas pode fortalecer fatores de proteção relacionados à qualidade das relações, à previsibilidade do ambiente e ao sentimento de pertencimento que têm impacto direto no bem-estar e na aprendizagem da criança.

## CORREGULAÇÃO NA PRÁTICA



Uma criança de 4 anos está montando um brinquedo, mas não consegue encaixar. Ela começa a chorar, joga as peças no chão e diz brava: *“Eu não consigo!”*.

O adulto se aproxima com calma, se abaixa na altura da criança e diz, em tom acolhedor: *“Eu vi que você ficou muito frustrado (a). Isso é difícil mesmo.”*

Sem apressar ou corrigir de imediato, o adulto mantém uma presença tranquila, oferecendo contato, como um toque leve no ombro. Após alguns instantes, continua: *“Vamos respirar juntos um pouquinho? Depois eu posso te ajudar.”*

Por meio deste apoio, a criança consegue respirar mais devagar e, gradualmente, recupera o controle emocional. Só então o adulto propõe uma solução: *“Que tal tentarmos montar uma parte juntos?”*

O adulto não tenta eliminar a emoção da criança, mas ajuda a organizá-la. Primeiro acolhe, depois ensina. Crianças emocionalmente sobrecarregadas têm mais dificuldade para escutar orientações, resolver problemas e aprender. Por meio de uma presença calma e regulada, o adulto oferece validação emocional e apoio gradual, servindo como modelo de autorregulação que, com o tempo, tende a ser internalizado pela criança.

## MITOS E VERDADES SOBRE SAÚDE MENTAL

Compreender a saúde mental na infância requer superar ideias simplificadoras que ainda circulam entre famílias, escolas e sociedade. Esses equívocos tendem a atrasar a busca por apoio, aumentar o estigma e invisibilizar sinais reais de sofrimento. A escola é onde dificuldades emocionais e comportamentais costumam se tornar mais visíveis. Priorizar a observação contextualizada e reconhecer que os comportamentos frequentemente expressam necessidades pode contribuir para uma ação mais sensível e efetiva.

A seguir, são apresentados alguns mitos frequentes e suas implicações para a prática docente:

✱ "CRIANÇA NÃO TEM PROBLEMA DE SAÚDE MENTAL."

Dificuldades emocionais e comportamentais na infância são comuns e constituem importante questão de saúde pública. Muitos quadros começam precocemente e podem afetar aprendizagem, vínculos sociais e qualidade de vida quando não reconhecidos e acompanhados de forma adequada (OMS, 2022).

✱ "É UMA FASE, VAI PASSAR SOZINHO."

Embora mudanças do desenvolvimento façam parte da infância, sinais persistentes, intensos ou que prejudiquem a rotina, o sono, a interação social ou a participação escolar merecem atenção. A identificação precoce está associada a melhores desfechos e menor impacto ao longo da vida, especialmente quando acompanhada por intervenções e suporte familiar e escolar (OMS, 2022; National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine, 2019).

✱ "ESSA CRIANÇA SÓ ESTÁ QUERENDO CHAMAR A ATENÇÃO."

Em muitos casos, comportamentos desafiadores, irritabilidade, retraimento, agressividade ou regressões no desenvolvimento são formas indiretas de expressar sofrimento para o qual a criança ainda não dispõe de linguagem ou de habilidades suficientes para comunicá-lo. Na infância, o sofrimento frequentemente aparece primeiro no comportamento, antes de se manifestar em palavras (Bitsko et al., 2022; National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine, 2019).

✱ "ISSO É FALTA DE LIMITE. O PROBLEMA É A MÁ CRIAÇÃO DA FAMÍLIA."

Evidências indicam que a saúde mental decorre de múltiplos fatores biológicos, psicológicos, relacionais e sociais, incluindo genética, experiências adversas, pobreza, violência, estresse tóxico e qualidade das relações de cuidado (Shonkoff et al., 2012; Xiao et al., 2023). Reduzir o problema à disciplina familiar ou à falta de esforço individual é um modo simplificado e inadequado de compreender a questão. Também é importante evitar culpabilizar famílias que, muitas vezes, enfrentam contextos de alta vulnerabilidade social.

✱ "NÃO HÁ O QUE FAZER PARA PREVENIR OU AJUDAR."

Pelo contrário, intervenções precoces, fortalecimento de vínculos familiares, ambientes escolares acolhedores, apoio psicossocial e acesso a serviços especializados podem reduzir sintomas e promover desenvolvimento saudável. A prevenção e a promoção são pilares centrais da saúde mental infantil (OMS, 2022; National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine, 2019).

✱ "TERAPIA PARA CRIANÇA? QUE EXAGERO!"

Intervenções psicológicas apropriadas ao desenvolvimento infantil podem beneficiar crianças com dificuldades emocionais e comportamentais, especialmente quando baseadas em evidências e integradas ao contexto familiar e escolar (National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine, 2019). Durante o processo psicoterapêutico, a criança pode expressar emoções, medos e angústias que antes não conseguia verbalizar, sendo também um recurso importante para a regulação emocional, para o manejo do comportamento, para a redução da ansiedade e para a adaptação social.

✱ "CRIANÇAS COM PROBLEMAS DE SAÚDE MENTAL TERÃO PREJUÍZOS TODA A VIDA."

Muitas crianças apresentam melhora significativa quando recebem apoio adequado. A infância é um período de elevada plasticidade do desenvolvimento, ampliando as possibilidades de recuperação e de um crescimento saudável (Shonkoff et al., 2012; OMS, 2022). As chances de melhora dependem de fatores como perceber o problema antecipadamente, contar com apoio da família e da escola, e ter acesso ao cuidado adequado.

✴ “CRIANÇA COM PROBLEMA DE SAÚDE MENTAL É POUCO INTELIGENTE.”

Funcionamento intelectual e sofrimento psíquico são dimensões distintas. Embora dificuldades emocionais possam interferir em funções como memória, atenção e controle executivo — especialmente em contextos de estresse prolongado —, isso não define a capacidade intelectual da criança, mas reflete o impacto de condições adversas sobre o desenvolvimento (Shonkoff et al., 2012; National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine, 2019).

✴ “FALAR SOBRE SAÚDE MENTAL PIORA OS SINTOMAS.”

Falar sobre este tema não piora os sintomas quando ele é tratado de modo responsável e sensível. Nomear emoções, oferecer escuta qualificada e criar canais seguros de ajuda tendem a reduzir o isolamento, a vergonha e o sofrimento. Uma abordagem como essa pode favorecer a busca por ajuda, reduzir o estigma e ampliar o apoio social (OMS, 2022; National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine, 2019). O silêncio, em geral, pode ser mais nocivo do que a conversa cuidadosa, especialmente em contextos marcados por estigma e por medo de julgamento.

## O PAPEL DA ESCOLA

Quem trabalha com crianças pequenas sabe, muitas vezes antes de qualquer teoria, que ensinar vai além de transmitir conteúdo. Sabe que uma criança que chegou agitada, com fome ou após uma noite difícil em casa não está, naquele momento, disponível para aprender. Sabe que o jeito como se recebe a turma pela manhã, como se responde a uma explosão de frustração ou como se medeia uma briga entre colegas importa — e muito. Esse saber, construído no chão da sala de aula, encontra respaldo na ciência do desenvolvimento infantil e merece ser reconhecido como parte essencial do trabalho educativo.

A escola ocupa posição estratégica na promoção da saúde mental infantil por constituir um dos principais contextos de socialização, aprendizagem e desenvolvimento fora do ambiente familiar. Nesse espaço, crianças constroem vínculos, aprendem normas de convivência, enfrentam frustrações, exercitam autonomia e desenvolvem competências cognitivas, emocionais e sociais. Por essa razão, políticas públicas como o Programa Saúde na Escola (PSE) reconhecem a articulação entre educação e saúde como eixo estruturante do cuidado integral no Brasil (Brasil, 2007).

No campo da qualidade das relações e das condições de vida no contexto escolar, uma das funções centrais da escola consiste em promover ambientes

seguros, previsíveis e acolhedores. Rotinas claras, manejo respeitoso de conflitos e sentimento de pertencimento tendem a reduzir níveis de estresse e favorecer o engajamento escolar. Crianças aprendem e participam mais adequadamente quando se percebem emocionalmente seguras (National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine, 2019). Na prática, isso envolve ações cotidianas intencionais, que fazem diferença concreta nesse processo, como recepcionar os estudantes, antecipar mudanças de rotina, construir e manter acordos claros e coletivos com a turma.

A escola também pode favorecer vínculos de confiança entre adultos e crianças. Professores, gestores e demais profissionais frequentemente se tornam figuras significativas de referência, capazes de oferecer escuta, estabilidade e apoio cotidiano. Relações consistentes e responsivas funcionam como importantes fatores protetivos, especialmente para crianças expostas a adversidades ou que vivam em contextos de vulnerabilidade (National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine, 2019).

Outro papel importante da escola é promover o desenvolvimento de habilidades socioemocionais, incluindo a alfabetização emocional e a ampliação da linguagem emocional. Reconhecer sentimentos, nomear emoções, comunicar necessidades, tolerar frustrações e buscar ajuda são competências aprendidas socialmente e passíveis de ensino. Quando incorporadas ao currículo e às práticas pedagógicas, essas habilidades podem fortalecer processos de autorregulação, convivência escolar e resolução de conflitos (Brasil, 2026).

Rodas de conversa, leitura de histórias, mediação de conflitos, atividades cooperativas e práticas de *mindfulness* são exemplos de estratégias pedagógicas que favorecem essas aprendizagens.

A prática de *mindfulness*, ou atenção plena, também pode contribuir para o fortalecimento de funções executivas, como atenção e memória de trabalho, além de auxiliar na redução da reatividade ao estresse, fator que pode prejudicar processos de aprendizagem (National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine, 2019).

Essas ações não exigem formação clínica, mas requerem aprendizagem específica e intencionalidade pedagógica. Nesse sentido, promover a saúde mental na escola implica investir na formação continuada dos educadores e assegurar apoio institucional, de modo que a prática seja desenvolvida com maior segurança, consistência e alinhamento às estratégias disponíveis.

Além disso, a escola pode contribuir para a redução do estigma relacionado ao sofrimento psíquico. Ao tratar emoções e saúde mental como dimensões legítimas do desenvolvimento humano, enfraquece-se a lógica da vergonha, da punição e da ridicularização. Isso pode ampliar a probabilidade de crianças e famílias procurarem apoio quando necessário (OMS, 2022). Quando a comunidade escolar fala sobre o tema com responsabilidade, acolhimento e linguagem acessível, cria-se uma cultura de cuidado e respeito.

Cabe ainda à escola identificar sinais relevantes de sofrimento e acionar redes de apoio. Mudanças marcantes de comportamento, isolamento persistente, queda abrupta de rendimento, crises frequentes, agressividade incomum ou relatos preocupantes devem abrir espaço para o diálogo com responsáveis e encaminhamento à rede de saúde ou de proteção social quando indicado. A escola não realiza tratamento especializado, mas pode constituir importante porta de reconhecimento precoce e encaminhamento oportuno (OMS, 2022). Registrar observações objetivas, compartilhar percepções com a equipe gestora e dialogar com a família de forma respeitosa são etapas importantes desse processo. Os aspectos práticos serão aprofundados nos capítulos seguintes.

## O QUE NÃO É PAPEL DA ESCOLA

Embora estratégica na promoção da saúde mental infantil, a escola possui limites institucionais e técnicos que precisam ser reconhecidos e respeitados. Compreender essa limitação não reduz sua importância; ao contrário, fortalece sua atuação ao evitar sobrecarga e práticas inadequadas. Não lhe cabe diagnosticar transtornos mentais, nem aos profissionais da educação devem ser responsabilizados por essa função. O diagnóstico requer avaliação clínica especializada, conduzida por profissionais habilitados e fundamentada em critérios técnicos reconhecidos. Além disso, o diagnóstico na infância costuma ser mais complexo do que na vida adulta, pois nem sempre é simples distinguir variações típicas do desenvolvimento de sinais persistentes de sofrimento psíquico ou atrasos significativos no desenvolvimento (National Scientific Council on the Developing Child, 2012).

O papel do educador é observar mudanças de comportamento, acolher a criança, dialogar com a família e, quando necessário, realizar encaminhamentos adequados para serviços especializados.

Também não é função da escola rotular ou patologizar comportamentos compatíveis com o desenvolvimento, diferenças temperamentais ou dificuldades pedagógicas. Nem toda agitação, timidez, tristeza transitória ou conflito interpessoal configura transtorno mental (OMS, 2022). Antes de se inferir a

existência de um problema clínico, é fundamental considerar o contexto da criança, sua atual etapa do desenvolvimento, as condições da rotina escolar e as práticas pedagógicas às quais está exposta.

A escola tampouco substitui o tratamento clínico. Psicoterapia, acompanhamento psiquiátrico, intervenções multiprofissionais e manejo de quadros complexos pertencem ao campo da saúde. O papel escolar é complementar e articular com a rede. Quando há acompanhamento externo, a parceria entre escola, família e serviços especializados tende a beneficiar a criança.

Por fim, a escola não deve assumir isoladamente responsabilidades que pertencem à rede intersetorial. Nenhum profissional ou instituição responde sozinho a demandas complexas da infância. Situações de sofrimento psíquico infantil frequentemente exigem integração entre família, saúde, assistência social e educação. Quando atua em parceria com esses setores, a escola amplia seu potencial protetivo sem ultrapassar sua missão pedagógica (Brasil, 2007).

bell hooks<sup>1</sup> nos relembra, na epígrafe deste capítulo, que a cura raramente acontece no isolamento — que ela é, antes de tudo, um ato de comunhão. O mesmo vale para o desenvolvimento humano.

Crianças não crescem sozinhas. Aprendem a nomear o que sentem porque alguém as ajudou a encontrar as palavras. Aprendem a se acalmar porque um adulto esteve presente quando a tempestade chegou. Aprendem que podem pedir ajuda porque sua pergunta foi legitimada e respondida.

É nesse sentido que falar de saúde mental desde a infância não é antecipar problemas, nem transformar a escola em um espaço de medicalização ou intervenção clínica. É reconhecer que o desenvolvimento emocional merece atenção tão legítima quanto a aprendizagem acadêmica — e que essas duas dimensões, na prática, são inseparáveis. Crianças emocionalmente seguras aprendem melhor. Professores que acolhem ensinam melhor. Escolas que reconhecem o desenvolvimento integral cuidam e educam melhor.

Mas acolher e reconhecer exigem mais do que sensibilidade: exigem repertório. Saber o que é esperado em cada fase, distinguir o que é singularidade daquilo que demanda maior atenção, perceber a diferença entre uma dificuldade passageira e um sofrimento persistente — tudo isso requer um olhar orientado. É exatamente essa bússola que o próximo capítulo oferece.

---

<sup>1</sup> bell hooks (1952–2021) foi o pseudônimo de Gloria Jean Watkins, educadora, escritora e ativista norte-americana cujas contribuições influenciaram os campos da educação, do feminismo e dos estudos críticos sobre raça e classe. A autora adotava a grafia de seu nome em letras minúsculas para enfatizar suas ideias em vez de sua identidade individual.



## CAPÍTULO 2

# Saúde mental e as dimensões do desenvolvimento infantil

Lucía Silva e Belisa Silva Santos

*A criança é feita de cem.  
A criança tem cem mãos, cem pensamentos, cem modos de pensar,  
de jogar e de falar.  
Cem, sempre cem modos de escutar as maravilhas de amar.  
Cem alegrias para cantar e compreender.  
Cem mundos para descobrir. Cem mundos para inventar.  
Cem mundos para sonhar.  
A criança tem cem linguagens (e depois, cem, cem, cem),  
mas roubaram-lhe noventa e nove.  
A escola e a cultura separam-lhe a cabeça do corpo.  
Dizem-lhe: de pensar sem as mãos, de fazer sem a cabeça, de escutar e de não falar.  
Dizem-lhe: que as cem não existem. A criança diz: ao contrário,  
as cem existem.*

**Loris Malaguzzi**, *As cem linguagens da criança*

## A ESCOLA COMO CENÁRIO PARA O DESENVOLVIMENTO INTEGRAL

A observação continuada do desenvolvimento infantil é um importante indicador da saúde física e mental das crianças e ocorre por meio do acompanhamento da evolução e do aperfeiçoamento de suas habilidades em atividades que compõem seu cotidiano. Estimular o desenvolvimento, desde os primeiros meses de vida, faz com que ela adquira autoconfiança, autoestima, capacidade de se relacionar bem com outras crianças, com a família e com a comunidade (São Paulo, 2024).

No cotidiano escolar, os professores frequentemente se deparam com perguntas importantes: o que é esperado para determinada idade? Quando uma diferença no desenvolvimento é parte da diversidade infantil e quando merece maior atenção?

Responder a essas questões exige reconhecer que o desenvolvimento humano é um processo complexo, dinâmico e progressivo, que envolve fatores biológicos, cognitivos, comportamentais, emocionais, sociais e culturais (Messias-Fogaça et al., 2025).

Compreender o desenvolvimento infantil é fundamental para educadores que atuam diretamente com crianças em diferentes etapas da infância, visto que creches e escolas, além de serem espaços de aprendizagem formal, têm potencial para se constituírem em ambientes estimulantes de convivência, de construção de vínculos e de observação contínua, oportunizando interações e brincadeiras seguras, que favoreçam seu pleno desenvolvimento.

Desse modo, professores acompanham diariamente os processos de interação, comunicação, aprendizagem e regulação emocional, tornando-se mediadores privilegiados das diferentes formas pelas quais as crianças se desenvolvem.

Ao mesmo tempo, a escola se apresenta como um espaço estratégico para a promoção da saúde mental na infância. Ambientes educativos que valorizam o acolhimento, o brincar, a construção de vínculos saudáveis e a previsibilidade nas rotinas contribuem significativamente para o desenvolvimento emocional e social das crianças. Somado a isso, compreender os principais marcos do desenvolvimento infantil, respeitando ritmos individuais e reconhecendo sinais que demandem atenção, também contribui para práticas pedagógicas mais sensíveis e alinhadas à promoção do bem-estar e da aprendizagem.

## **A INFÂNCIA NÃO É HOMOGÊNEA: RITMOS, TEMPOS E SINGULARIDADES**

Este período da vida não se caracteriza por um percurso único e padronizado. Pelo contrário, cada criança constrói sua trajetória de crescimento a partir de suas experiências e das oportunidades de aprendizagem que encontra em seu contexto.

Nas últimas décadas, pesquisas nas áreas da psicologia do desenvolvimento, da neurociência e da educação têm reforçado a ideia de que o desenvolvimento infantil ocorre de maneira dinâmica e é influenciado tanto por características individuais quanto pelas condições do ambiente em que a criança vive. Isso significa que as diferenças são parte integral do desenvolvimento humano.

Durante muito tempo, modelos de desenvolvimento infantil buscaram estabelecer sequências relativamente rígidas de habilidades esperadas para cada idade. Embora esses referenciais continuem sendo importantes para orientar profissionais da infância, pesquisas contemporâneas apontam que o desenvolvimento ocorre de forma diversa e singular.

Desde bebê, a criança é competente em seu desenvolvimento, mas cada uma apresenta um ritmo próprio de amadurecimento, de aprendizagem, de forma de explorar o mundo e de adquirir conhecimento. Algumas desenvolvem a linguagem mais cedo, enquanto outras demonstram maior interesse por atividades motoras ou exploratórias. Algumas crianças demonstram facilidade em interações sociais, enquanto outras podem precisar de mais tempo para se adaptar a novos contextos.

Essas diferenças não representam necessariamente dificuldades. Na maioria das vezes, refletem a diversidade natural das trajetórias de desenvolvimento. Fatores como o contexto familiar, as experiências culturais, as oportunidades de interação social e o acesso a estímulos educativos influenciam diretamente o desenvolvimento infantil. Quem cresce em ambientes ricos em interações, brincadeiras e estímulos linguísticos tende a desenvolver certas habilidades mais rapidamente. Em contrapartida, crianças que vivenciam situações estressantes como violência e vulnerabilidade econômica, podem precisar de mais tempo e acompanhamento mais próximo para alcançar determinadas competências (Messias-Fogaça et al., 2025).

Além disso, o desenvolvimento infantil não ocorre de forma linear. Avanços e desafios podem acontecer em momentos diferentes e períodos de grande progresso podem ser seguidos por fases de reorganização e adaptação. Reconhecer essa diversidade é essencial para o trabalho pedagógico. Quando educadores compreendem que a infância não é homogênea, tornam-se mais capazes de evitar comparações inadequadas e de construir práticas educativas mais sensíveis às singularidades de cada criança.

A perspectiva das “cem linguagens da infância”, proposta por Malaguzzi (2016), amplia a compreensão do desenvolvimento infantil ao reconhecer que a criança se expressa de múltiplas formas. O brincar, o desenho, o movimento e o jogo simbólico constituem linguagens legítimas por meio das quais a criança comunica pensamentos, emoções e experiências.

## **PRINCIPAIS MARCOS DO DESENVOLVIMENTO INFANTIL**

Os marcos do desenvolvimento infantil são referências que ajudam a compreender as habilidades geralmente adquiridas em determinadas fases da infância (Quadro 2). Eles não devem ser entendidos como regras rígidas, mas como orientações gerais que auxiliam educadores e profissionais da infância na observação do desenvolvimento. Esses marcos costumam ser organizados em quatro grandes dimensões: desenvolvimento motor, cognitivo, da linguagem e socioemocional.

## DESENVOLVIMENTO MOTOR

O desenvolvimento motor refere-se à capacidade da criança de controlar seus movimentos e coordenar ações físicas. Nos primeiros anos de vida, as crianças passam por importantes conquistas motoras, como sustentar a cabeça, sentar-se, engatinhar e caminhar. Com o passar do tempo, as habilidades motoras tornam-se mais refinadas. Crianças começam a correr, pular, subir escadas, equilibrar-se e manipular objetos com maior precisão. A motricidade fina também se desenvolve gradualmente, permitindo que a criança segure o lápis, desenhe, recorte e manipule materiais escolares. Nesse processo, as garatujas representam uma importante conquista do desenvolvimento. Longe de serem apenas rabiscos aleatórios, elas expressam a exploração dos movimentos, a coordenação entre olhos e mãos e os primeiros passos da representação simbólica, que posteriormente darão origem aos desenhos mais elaborados e à escrita.

Deve-se considerar que o desenvolvimento motor é muito influenciado pelo estado geral de saúde da criança, como intercorrências gestacionais da mãe, prematuridade, crescimento e presença de sofrimento mental, além de fatores socioambientais (Poblete Almendras et al., 2024; Franco et al., 2025).

## DESENVOLVIMENTO COGNITIVO

O desenvolvimento cognitivo envolve processos relacionados à atenção sustentada, ao pensamento, à memória, ao controle inibitório, à resolução de problemas e à evolução do pensamento concreto para o abstrato (Kågstöm et al., 2023; Einstein et al., 2026).

Desse modo, nos primeiros anos de vida, as crianças exploram o ambiente por meio dos sentidos e das ações. Aos poucos, passam a desenvolver formas mais complexas de pensamento, como a capacidade de representar objetos mentalmente, compreender relações de causa e efeito e resolver pequenas situações do cotidiano. Ao longo desse processo, destaca-se o desenvolvimento da função simbólica, que possibilita à criança atribuir significados e representar pessoas, objetos, situações e experiências por meio da linguagem, dos desenhos, dos gestos e das brincadeiras de faz de conta. Durante a educação infantil e os primeiros anos do ensino fundamental, ocorre um avanço significativo na capacidade de concentração, na organização do pensamento e na compreensão de conceitos. O desenvolvimento cognitivo também está diretamente relacionado às oportunidades de exploração e de aprendizagem oferecidas pelo ambiente.

## DESENVOLVIMENTO DA LINGUAGEM

A linguagem desempenha um papel central no desenvolvimento infantil, pois permite que a criança se comunique, expresse emoções e organize seu pensamento. O desenvolvimento da linguagem começa muito antes das primeiras palavras, com balbucios, gestos, expressões faciais, vocalizações, interações e outras formas de linguagem não verbal. Gradualmente, esses recursos se articulam e evoluem para a produção de palavras e frases mais complexas. Ao longo da infância, ocorre uma ampliação significativa do vocabulário, bem como da capacidade de compreender histórias, relatar experiências e participar de conversas. A linguagem também está profundamente relacionada às interações sociais. Ambientes ricos em diálogo, leitura e troca verbal favorecem o desenvolvimento linguístico.

Destaca-se, portanto, que a base psíquica é fundamental para a estruturação da linguagem - o sofrimento mental pode trazer prejuízos importantes para o desenvolvimento da linguagem (Franco et al., 2025).

## DESENVOLVIMENTO SOCIOEMOCIONAL

O desenvolvimento socioemocional refere-se à capacidade da criança de compreender e expressar emoções, estabelecer vínculos, interagir e relacionar-se com outras pessoas e lidar gradualmente com desafios e frustrações. Além disso, a criança ainda desenvolve a empatia e a compreensão de que os outros podem ter sentimentos diferentes (Kågström et al., 2023).

Nos primeiros anos de vida, a construção do afeto com os cuidadores é fundamental para o desenvolvimento da segurança emocional. À medida que cresce, a criança passa a ampliar suas interações sociais, aprender regras de convivência e desenvolver habilidades como a cooperação e a resolução de conflitos, de forma mais autônoma e em tempo real (Einstein et al., 2026). Também ocorre a ampliação da autorregulação emocional, que permite que a criança compreenda melhor suas emoções e lide melhor com seus impulsos. Nesse sentido, relações estáveis e seguras com os cuidadores são fatores protetores que fortalecem a resiliência infantil diante de adversidades (Poblete Almendras et al., 2024).

Essas competências são essenciais para a adaptação ao ambiente escolar, para a construção de relações saudáveis com colegas e professores e para a promoção do bem-estar e da saúde mental.

**QUADRO 2. MARCOS GERAIS DO DESENVOLVIMENTO INFANTIL**

| FAIXA ETÁRIA | LINGUAGEM                                               | COGNITIVO                                            | MOTOR                                                | SOCIOEMOCIONAL                                         |
|--------------|---------------------------------------------------------|------------------------------------------------------|------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------|
| 0-1 ano      | Balbucios, duplicação de sílabas, produção de “jargões” | Exploração sensorial do ambiente, imitação de gestos | Rolar, sentar-se, engatinhar e andar com apoio       | Formação do apego e resposta ao contato social         |
| 1-3 anos     | Primeiras palavras                                      | Pensamento concreto e imediato                       | Andar sem apoio, retirar a roupa, chutar bola, pular | Expressão do que quer, brincadeira com outras crianças |
| 3-6 anos     | Frases mais completas e ampliação do vocabulário        | Imaginação ativa e pensamento simbólico              | Correr e manipular objetos                           | Interação com pares e aprendizagem de regras           |
| 6-10 anos    | Desenvolvimento da leitura e da escrita                 | Pensamento lógico mais estruturado                   | Coordenação motora refinada                          | Amizades mais estáveis e autoestima                    |

Fonte: Elaborado pelas autoras com base na SBP (2019) e no Ministério da Saúde (2024).

Destaca-se que esses marcos devem ser compreendidos como referências gerais, pois o desenvolvimento infantil pode variar conforme características individuais e contextos socioculturais.

**A IMPORTÂNCIA DO BRINCAR, DO VÍNCULO E DA PREVISIBILIDADE**

Entre os diversos fatores que favorecem o desenvolvimento saudável da criança, três têm papel especialmente importante no contexto escolar: o brincar, o vínculo e a previsibilidade.

**O BRINCAR COMO LINGUAGEM DA INFÂNCIA**

O desenvolvimento infantil pode ser compreendido a partir da articulação entre diferentes dimensões — social, emocional e simbólica — que se expressam de forma integrada nas experiências da criança. Nesse contexto, o brincar assu-

me um papel central, sendo reconhecido por diferentes autores como uma das atividades fundamentais para a aprendizagem e para a constituição subjetiva.

**Brincar é uma das principais formas pelas quais a criança explora o mundo, experimenta papéis sociais e constrói conhecimento.**

Por meio da brincadeira, a criança desenvolve habilidades cognitivas, sociais e emocionais: exercita a imaginação, aprende a negociar regras, resolve conflitos e estimula a criatividade. Além disso, o brincar contribui para o desenvolvimento da autorregulação emocional, pois permite que a criança experimente diferentes situações de forma simbólica.

Segundo Vygotsky (1998), na brincadeira, a criança se comporta além do seu nível habitual de desenvolvimento, ampliando suas possibilidades de aprendizagem. Ao assumir diferentes papéis e criar situações imaginárias, ela atua na chamada zona de desenvolvimento proximal, ou seja, em um espaço no qual consegue realizar ações com apoio simbólico que, posteriormente, poderá realizar de forma autônoma.

Assim, o brincar de faz de conta é um marco fundamental, pois reflete a capacidade de simbolização e de elaboração simbólica, funcionando como um tipo de “espelho” de sua saúde cognitiva e mental (Franco et al., 2025). Ademais, a participação ativa em brincadeiras, acompanhada de palavras de incentivo e mediação, é um fator protetor essencial, que ajuda a criança a lidar com estressores e fortalece sua resiliência diante de adversidades (Poblete Almendras et al., 2024).

Nesse sentido, o jogo simbólico permite que a criança vá além da realidade imediata, experimentando papéis, organizando experiências e construindo significados (Quadro 3). Ao representar situações do cotidiano e do mundo social, a criança não apenas reproduz o que vivencia, mas também elabora emoções, desenvolve habilidades cognitivas e fortalece competências socioemocionais fundamentais para seu desenvolvimento integral.

**QUADRO 3. APRENDIZAGENS POR MEIO DO BRINCAR E DO JOGO SIMBÓLICO**

| TIPO DE BRINCADEIRA             | EXEMPLO                                        | APRENDIZAGENS COGNITIVAS                   | APRENDIZAGENS SOCIOEMOCIONAIS                        | LINGUAGEM E COMUNICAÇÃO                   |
|---------------------------------|------------------------------------------------|--------------------------------------------|------------------------------------------------------|-------------------------------------------|
| Brincar de casinha              | Representar família (mãe, pai, bebê)           | Organização de sequências e rotinas        | Empatia, vínculos afetivos, expressão de sentimentos | Construção de diálogos e narrativas       |
| Jogo simbólico (profissões)     | Brincar de médico, professora, cozinheiro      | Pensamento simbólico, relação causa-efeito | Compreensão de papéis sociais, cuidado com o outro   | Vocabulário específico e interação verbal |
| Faz de conta (personagens)      | Super-heróis, princesas, personagens fictícios | Criatividade, resolução de problemas       | Autoconfiança, elaboração de medos                   | Narrativas imaginativas                   |
| Brincadeiras com regras         | Pega-pegas, esconde-esconde                    | Atenção, memória, compreensão de regras    | Autorregulação, lidar com frustração, cooperação     | Comunicação em grupo                      |
| Brincar de mercado/ restaurante | Simulação de compra e venda                    | Noções matemáticas e organização lógica    | Interação social, negociação                         | Linguagem funcional (pedir, negociar)     |
| Construção (blocos)             | Montar casas, torres, cidades                  | Planejamento, raciocínio espacial          | Persistência, trabalho em grupo                      | Comunicação durante construção            |

Fonte: Elaborado pelas autoras com base em Lev Vygotsky (1998) e Donald Winnicott (1975).

Em relação ao jogo simbólico, destaca-se que a alternância de papéis ocorre quando a criança assume diferentes personagens ao longo da brincadeira, transitando entre posições como quem cuida, quem precisa de cuidado, quem ensina, quem aprende, entre outras. Esse movimento é fundamental para o

desenvolvimento infantil, pois permite que a criança experimente diferentes perspectivas sociais e emocionais, ampliando sua compreensão do mundo e de si mesma. Ao alternar papéis, a criança não apenas imita a realidade, mas também interpreta, reorganiza e ressignifica suas experiências.

## O PAPEL DO VÍNCULO

O vínculo afetivo é um elemento central no desenvolvimento emocional. Crianças aprendem melhor quando se sentem seguras e acolhidas. No contexto escolar, o professor pode tornar-se uma importante figura de referência. Relações baseadas em confiança, respeito e escuta favorecem a participação das crianças nas atividades e contribuem para a construção da autoestima. De acordo com Wallon (2007), a emoção ocupa um lugar central no desenvolvimento infantil, sendo um dos primeiros meios de comunicação da criança com o mundo.

Existe, ainda, uma associação significativa entre o prazer da criança durante a brincadeira e o empenho do adulto em se envolver no brincar. Quando essa interação é deficiente, aumenta-se o risco de atrasos no desenvolvimento e de sofrimento mental (Franco et al., 2025).

Winnicott (1975) destaca que o desenvolvimento emocional saudável depende da presença de um ambiente suficientemente bom, no qual a criança encontra segurança e continuidade nas relações. No contexto escolar, isso se traduz em práticas pedagógicas que valorizam o acolhimento, a escuta e a construção de vínculos afetivos entre educadores e estudantes. Quando a criança percebe que o adulto está disponível para acolher suas necessidades e emoções, sente-se mais segura para explorar o ambiente e enfrentar desafios de aprendizagem e de convivência.

Nessa perspectiva, o vínculo educativo também pode ser compreendido como uma expressão de amor. Para bell hooks (2021), o amor não se reduz ao afeto ou à emoção, mas constitui uma prática fundamentada no cuidado, no respeito, na responsabilidade e no compromisso com o crescimento do outro. Como princípio ético das relações educativas, o amor fortalece o sentimento de pertencimento, favorece a confiança mútua e contribui para o desenvolvimento integral das crianças.

## CONTINUIDADE, PREVISIBILIDADE E SEGURANÇA EMOCIONAL

Previsibilidade e rotina são elementos estruturantes fundamentais para o desenvolvimento infantil e para a promoção da saúde mental, atuando, por-

tanto, como fatores protetores e indicadores de bem-estar da criança (Poblete Almendras et al., 2024; Kågström et al., 2023). No ambiente escolar, a previsibilidade contribui para a estabilidade emocional. Quando a criança sabe o que esperar, consegue organizar melhor suas emoções e direcionar sua energia para a aprendizagem e para as interações sociais, reduzindo a ansiedade e aumentando a sensação de segurança. Crianças precisam de rotinas estáveis, de adultos previsíveis e de ambientes organizados.

Quando esse ambiente oferece experiências limitadas ou inconsistentes, a criança pode apresentar dificuldades significativas em seu processo de desenvolvimento. Nessas situações, podem surgir insegurança emocional, dificuldades de autorregulação, manifestação de dificuldades de aprendizagem ou comportamentos de defesa. Essas expressões não devem ser compreendidas apenas como problemas de comportamento, mas também como formas de comunicar necessidades emocionais e como estratégias de adaptação para lidar com situações ou ambientes percebidos como desafiadores ou pouco seguros.

No cotidiano da escola, essas situações podem aparecer de diferentes formas, como:

- \* Resistência a regras e combinados;
- \* Dependência excessiva do adulto ou, ao contrário, isolamento;
- \* Reações intensas diante de frustrações;
- \* Dificuldade em confiar no professor ou nos colegas;
- \* Agitação constante ou dificuldade em manter-se nas atividades;
- \* Mudanças bruscas de comportamento.

Compreender que determinados comportamentos podem estar relacionados às circunstâncias em que a criança está inserida permite ao educador ampliar seu olhar sobre o contexto infantil. Em vez de focar apenas na correção de condutas, é possível construir intervenções baseadas no acolhimento, na previsibilidade e na qualidade das relações, favorecendo o desenvolvimento emocional e a aprendizagem.

## **QUANDO DIFERENÇAS SÃO ESPERADAS E QUANDO MERECEM ATENÇÃO NO PROCESSO DE APRENDIZAGEM**

No contexto escolar, é comum que educadores observem diferenças entre as crianças no ritmo de aprendizagem, na comunicação, na interação social e na participação em atividades. Essas variações fazem parte da diversidade do desenvolvimento infantil e, na maioria das vezes, são esperadas.

Entretanto, é importante considerar que as crianças criam trajetórias de desenvolvimento distintas a estressores que podem fazer parte de seu cotidiano: se pontuais, utilizados com o apoio de um adulto, estes estressores são considerados benéficos, na medida em que ajudam a criança a desenvolver ferramentas de resolução de problemas. Em contrapartida, estressores tóxicos (exposição crônica a adversidades, sem apoio) podem alterar a estrutura cerebral, prejudicar a saúde mental e dificultar o alcance dos marcos do desenvolvimento (Poblete Almendras et al., 2024).

Assim, cada criança possui um tempo próprio para desenvolver determinadas habilidades, influenciada por fatores como experiências anteriores, contexto familiar, oportunidades de aprendizagem e características individuais. No entanto, é importante que o educador consiga diferenciar entre variações esperadas do desenvolvimento e sinais que podem indicar necessidade de maior atenção ou apoio (Quadro 4). Nem toda dificuldade indica um problema de desenvolvimento. No entanto, quando determinados comportamentos se mantêm ao longo do tempo, interferindo significativamente na aprendizagem ou nas interações sociais, é importante que o educador observe com mais atenção e busque apoio da equipe pedagógica. O papel educativo não é realizar diagnósticos, mas observar, registrar e comunicar situações que possam indicar necessidade de acompanhamento.



#### QUADRO 4. DIFERENÇAS ESPERADAS X SINAIS DE ATENÇÃO

| SITUAÇÕES COMUNS        | DIFERENÇAS ESPERADAS                                           | SINAIS QUE MERECEM ATENÇÃO                                                 |
|-------------------------|----------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------|
| Ritmo de aprendizagem   | Crianças aprendem em tempos diferentes                         | Dificuldade persistente em acompanhar atividades básicas da faixa etária   |
| Linguagem               | Variação no tempo de aquisição da fala                         | Pouca comunicação verbal após idade esperada ou dificuldade de compreensão |
| Interação social        | Timidez ou preferência por brincar sozinho em alguns momentos  | Isolamento constante ou dificuldade significativa de interação             |
| Atenção                 | Oscilações na concentração, especialmente em crianças pequenas | Dificuldade intensa e contínua de manter atenção em atividades simples     |
| Comportamento emocional | Reações emocionais diante de frustrações                       | Crises frequentes, intensas e desproporcionais a um acontecimento          |
| Adaptação escolar       | Dificuldade inicial em mudanças ou transições                  | Resistência persistente à escola ou sofrimento prolongado                  |
| Autonomia               | Desenvolvimento gradual da independência                       | Dependência excessiva ou regressão de habilidades já adquiridas            |

Fonte: Elaborado pelas autoras com base em SBP (2019) e UNICEF (2019).

Reconhecer as diferenças como parte do desenvolvimento infantil é essencial para uma prática pedagógica inclusiva. Ao mesmo tempo, identificar sinais que merecem atenção permite que a escola atue de forma preventiva, oferecendo apoio adequado às crianças. Esse equilíbrio entre acolher a diversidade e reconhecer necessidades específicas é fundamental para promover o desenvolvimento integral e a saúde mental no contexto educativo.

## DESAFIOS E LIMITES

Embora o conhecimento sobre o desenvolvimento infantil seja fundamental para a prática pedagógica, existem desafios importantes no contexto escolar, como turmas numerosas, falta de tempo para a observação individualizada e ausência de equipes interdisciplinares em muitas instituições. Além disso, pressões por desempenho acadêmico precoce podem levar à valorização excessiva de resultados cognitivos, deixando em segundo plano aspectos fundamentais do desenvolvimento emocional e social que sustentam a saúde mental.

Outro desafio importante diz respeito às desigualdades sociais e às diferenças culturais de cada família. Crianças chegam à escola com histórias de vida diferentes, o que pode influenciar suas oportunidades de desenvolvimento. Reconhecer esses limites é importante para que educadores busquem estratégias coletivas e institucionais que favoreçam um ambiente educativo mais inclusivo e promotor da saúde mental na infância.

## RECOMENDAÇÕES PRÁTICAS E SÍNTESE

Ao longo deste capítulo, percorremos o desenvolvimento infantil em suas múltiplas dimensões — motora, cognitiva, linguística e socioemocional — não para fixar expectativas rígidas, mas para oferecer ao educador um mapa sensível da infância. Compreender que cada criança constrói sua trajetória em ritmo próprio, que o brincar é uma condição estruturante desse processo, ao lado dos vínculos seguros e das rotinas previsíveis que, combinadas aos conteúdos curriculares, ampliam e qualificam o olhar do professor. Ele deixa de perguntar apenas o que essa criança ainda não sabe e passa a perguntar o que ela precisa para se desenvolver bem. É essa mudança de perspectiva que permite reconhecer, com cuidado e sem precipitação, quando uma diferença faz parte da diversidade natural da infância e quando merece atenção mais próxima.

## ATITUDES PEDAGÓGICAS QUE CONTRIBUEM PARA PROMOVER O DESENVOLVIMENTO INFANTIL E A SAÚDE MENTAL NO AMBIENTE ESCOLAR:

### \* RESPEITE O TEMPO DE CADA CRIANÇA

Evite comparações entre estudantes e reconheça que ritmos diferentes não significam déficits, mas sim, significam trajetórias singulares.

### \* GARANTA TEMPO E ESPAÇO PARA O BRINCAR

Brincadeiras livres e jogos simbólicos não são pausas da aprendizagem — são parte central dela.

### \* CULTIVE VÍNCULOS AFETIVOS

Uma criança que se sente vista e acolhida pelo professor aprende melhor e enfrenta desafios com mais segurança.

### \* MANTENHA ROTINAS PREVISÍVEIS

Transições bem sinalizadas e sequências estáveis reduzem a ansiedade e ajudam a criança a organizar suas emoções.

### \* INCENTIVE A COOPERAÇÃO

Situações de parceria entre colegas favorecem o desenvolvimento socioemocional e ensinam habilidades que nenhuma atividade individual consegue proporcionar.

### \* OBSERVE MUDANÇAS DE COMPORTAMENTO

Quando uma criança muda de forma significativa — fica mais agitada, retraída ou resistente — pergunte-se o que pode estar comunicando antes de reagir à conduta.

### \* DIALOGUE COM FAMÍLIAS E EQUIPE

O desenvolvimento infantil se apoia em uma rede. Nenhum educador precisa — nem deve — observar e decidir sozinho.

Ao valorizar o brincar, fortalecer vínculos e criar ambientes seguros e acolhedores, a escola contribui para o desenvolvimento integral das crianças e para a promoção da saúde mental desde os primeiros anos de vida. Compreender o desenvolvimento infantil não significa buscar padrões rígidos, mas sim ampliar o olhar pedagógico para reconhecer a diversidade das infâncias. É esse olhar que orientará os próximos capítulos.



# 2 PARTE

## Infância em movimento

A saúde mental nas diferentes etapas do desenvolvimento



## **Primeiríssima infância (0 a 3 anos): vínculos, segurança e regulação emocional**

Lucía Silva e Thaís Guedes Georgini

*A infância é um chão que pisamos a vida inteira.*

**Lya Luft**

A saúde mental começa muito antes da aquisição da linguagem verbal. Os primeiros anos de vida, especialmente o período que vai do nascimento aos três anos, a primeiríssima infância, representam uma etapa de intensa organização neurobiológica, emocional e relacional, na qual se constituem as bases do desenvolvimento psíquico, afetivo, social e cognitivo da criança. Este período é marcado por um momento de elevada plasticidade cerebral — isto é, pela capacidade do cérebro de formar e reorganizar conexões neurais em resposta às experiências vividas — e profunda sensibilidade às experiências relacionais e ambientais vividas nesse período (Izett et al., 2021).

Nessa etapa, o desenvolvimento emocional ocorre fundamentalmente a partir das relações. Por isso, a saúde mental infantil não pode ser compreendida como uma característica individual isolada da criança, mas como um processo relacional que emerge das interações estabelecidas com os adultos cuidadores e com o ambiente social no qual ela está inserida.

As principais necessidades emocionais da criança pequena envolvem participar de relações estáveis, sensíveis e consistentes, nas quais os adultos sejam capazes de acolher suas manifestações emocionais, oferecer rotinas previsíveis, favorecer a exploração segura do ambiente e auxiliar nos processos de regulação emocional, que se desenvolvem fundamentalmente nas relações, por meio da presença de adultos emocionalmente disponíveis e capazes de regular as próprias emoções. É nesse contexto relacional que a criança aprende, gradualmente, a reconhecer, expressar e manejar seus estados emocionais. A segurança emocional se constrói na presença contínua de vínculos seguros e disponíveis, capazes de sustentar experiências de acolhimento, de proteção e de pertencimento.

## ESTRESSE TÓXICO E SOFRIMENTO MENTAL NA PRIMEIRÍSSIMA INFÂNCIA

Experiências precoces de negligência, violência doméstica ou comunitária, instabilidade relacional, sofrimento psíquico parental e pobreza extrema, que produzem respostas prolongadas e severas na ausência de relacionamentos protetores com adultos, são denominadas estresse tóxico, o que gera impactos importantes nos sistemas socioemocionais e neurobiológicos relacionados à regulação emocional (Walbeehm-Hol e Busari, 2022; Magalhães-Barbosa et al., 2022). Os chamados estressores tóxicos aumentam significativamente a vulnerabilidade a dificuldades emocionais, comportamentais, sociais e desenvolvimentais, impactando, inclusive, a saúde física das crianças (Izett et al., 2021; Xiao et al., 2023).

Entretanto, compreender a saúde mental na primeiríssima infância pressupõe um olhar cuidadoso, de modo que comportamentos esperados do desenvolvimento não sejam interpretados de forma patologizante. Em função da intensa maturação neurobiológica e das rápidas transformações emocionais, cognitivas e relacionais desse período,

é comum que as crianças pequenas manifestem suas necessidades emocionais por meio do corpo, do comportamento, da birra e da irritabilidade, além de apresentarem dificuldades relacionadas ao sono e à alimentação.

Em muitos casos, tais manifestações são transitórias e integram o processo de desenvolvimento socioemocional e de construção da autonomia. Assim, quando não há prejuízo funcional persistente nem sofrimento significativo, esses comportamentos não devem ser compreendidos como indicadores de transtornos mentais. Um exemplo frequente é a fase entre os 2 e os 4 anos, popularmente conhecida como os “terríveis dois anos”, marcada pela ampliação da autonomia, da expressividade emocional e dos conflitos próprios do desenvolvimento (Vasileva et al., 2021).

No entanto, embora ainda seja um desafio reconhecer sofrimento psíquico em bebês e crianças pequenas, é interessante notar que estudos epidemiológicos apontam prevalência significativa de dificuldades emocionais e comportamentais já nos primeiros anos de vida (Vasileva et al., 2021; Izett et al., 2021), o que desmistifica a ideia, ainda presente em alguns contextos, de que crianças pequenas seriam incapazes de apresentar transtornos mentais ou formas significativas de sofrimento emocional.

Uma das evidências mais robustas nesse campo aponta para uma prevalência de 20,1% de qualquer transtorno mental em crianças de 12 a 83 meses de idade (Vasileva et al., 2021). Os autores identificaram que os transtornos externalizantes, especialmente o Transtorno Desafiador Opositor (4,9%) e o Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade (TDAH) (4,3%) figuram entre os mais frequentemente observados no contexto comunitário. Além disso, transtornos internalizantes, como ansiedade e depressão, também estão presentes já nos primeiros anos de vida, ainda que frequentemente sejam menos identificados pelos adultos em razão de suas manifestações mais sutis.

Desse modo, reforça-se a necessidade de um olhar equilibrado sobre o desenvolvimento infantil. Por um lado, é fundamental evitar a patologização de comportamentos normativos da infância; por outro, é importante reconhecer que algumas crianças efetivamente vivenciam dificuldades emocionais e comportamentais que demandam atenção, cuidado e suporte especializado desde o início da vida. Nesse sentido, a saúde mental infantil não deve ser compreendida de forma dicotômica, como mera presença ou ausência de transtornos. Trata-se de um *continuum* que abrange diferentes níveis de bem-estar emocional, de funcionamento social e de capacidade adaptativa (Bitsko et al., 2022). Crianças com diagnósticos podem apresentar bons indicadores de saúde mental quando recebem apoio adequado, enquanto crianças sem diagnósticos formais podem experimentar sofrimento significativo quando não recebem suporte (Bitsko et al., 2022).

Outro aspecto a destacar é a influência das condições sociais na saúde mental infantil. A distribuição dos problemas emocionais e comportamentais não é homogênea entre as populações, mas acompanha as desigualdades sociais, econômicas e ambientais (Xiao et al., 2023). Dados epidemiológicos compilados pelo Centro de Controle e Prevenção de Doenças dos Estados Unidos indicam maior prevalência de problemas comportamentais e de transtornos, como o TDAH, entre crianças que vivem em condições de pobreza (Bitsko et al., 2022; Xiao et al., 2023).

Assim, embora a saúde mental seja construída nas relações próximas estabelecidas com os cuidadores, ela também é profundamente influenciada pelas condições sociais e comunitárias que sustentam essas relações.

Esse reconhecimento reforça a compreensão de que o sofrimento psíquico infantil decorre da interação dinâmica entre características individuais, relações familiares e condições sociais. Sob essa perspectiva, promover a saúde mental na primeiríssima infância implica não apenas fortalecer vínculos e competências socioemocionais, mas também enfrentar as desigualdades sociais que limitam as oportunidades de um desenvolvimento saudável. Além

disso, ao compreender esse processo dinâmico, torna-se possível desenvolver práticas de cuidado, prevenção e intervenção precoce sensíveis ao desenvolvimento infantil. Isso reforça a importância de políticas públicas, práticas educativas e estratégias de acolhimento que priorizem ações de promoção de saúde mental, antes que os sofrimentos psíquicos se instaurem e se transformem em trajetórias persistentes de vulnerabilidade.

Nesse cenário, a creche, os serviços de saúde, a família e a comunidade têm papel fundamental na constituição de redes de proteção e de cuidado emocional. A promoção da saúde mental na primeiríssima infância exige, portanto, uma abordagem integrada, intersetorial e relacional, sustentada por práticas de cuidado sensíveis ao desenvolvimento infantil, à diversidade das famílias e às condições sociais que atravessam a experiência da infância. Mais do que um campo restrito à ausência de transtornos, a saúde mental na primeiríssima infância relaciona-se à possibilidade de a criança se desenvolver em contextos que favoreçam a segurança emocional, o vínculo e o pertencimento.

## **FATORES DE PROTEÇÃO PARA A SAÚDE MENTAL NA PRIMEIRÍSSIMA INFÂNCIA**

Se os fatores de risco aumentam a vulnerabilidade ao sofrimento psíquico, os fatores de proteção atuam como condições que favorecem caminhos mais saudáveis para o desenvolvimento emocional, social e cognitivo. Na primeiríssima infância, esses fatores estão fortemente relacionados à qualidade das relações estabelecidas entre a criança e os adultos que dela cuidam, bem como às condições sociais e comunitárias que as sustentam (Semiz, 2025; Izett et al., 2021).

Entre os fatores protetivos mais importantes nessa fase destaca-se o estabelecimento de um apego seguro. O apego seguro refere-se ao vínculo afetivo construído entre a criança e os seus cuidadores a partir de experiências repetidas de proteção, acolhimento e responsividade às suas necessidades físicas e emocionais. Esse vínculo se desenvolve especialmente durante os primeiros mil dias de vida — período que se estende desde a gestação até os dois anos de idade e corresponde a uma fase de intensa organização neurobiológica e psicológica. Quando os cuidadores respondem de forma sensível, consistente e previsível aos sinais do bebê, a criança desenvolve uma sensação de segurança e confiança, percebendo que o mundo pode ser um lugar seguro para explorar e que as relações humanas podem ser fontes de apoio e proteção (Izett et al., 2021; Draper et al., 2024).

Além de favorecer a segurança emocional, esse tipo de experiência relacional exerce influência direta sobre o cérebro em desenvolvimento, contribuindo

para a organização dos sistemas biológicos relacionados à regulação emocional, à atenção e ao manejo do estresse (Izett et al., 2021).

Em função da elevada plasticidade cerebral característica desse período, o fortalecimento do apego seguro nos primeiros anos de vida constitui um dos principais alicerces da resiliência e da saúde mental ao longo do desenvolvimento.

Assim, a qualidade dos vínculos estabelecidos entre a criança e seus cuidadores pode ser expressa por meio do brincar, passear, contar histórias, nomear coisas, enumerar objetos, desenhar e cantar, por exemplo (Costa et al., 2024) e, não apenas promove bem-estar imediato, mas também atua como importante fator de proteção diante de adversidades futuras (Izett et al., 2021).

Associada ao apego seguro encontra-se a chamada função reflexiva parental, ou capacidade de mentalização. Trata-se da habilidade dos cuidadores de compreender que os comportamentos da criança expressam estados internos, como emoções, desejos, intenções e necessidades (Izett et al., 2021). Quando os adultos conseguem interpretar os comportamentos para além de sua manifestação externa, considerando também seus significados subjetivos, tornam-se mais capazes de responder de forma empática e reguladora, favorecendo o desenvolvimento da competência emocional da criança e fortalecendo sua capacidade de autorregulação (Izett et al., 2021).

Outro fator de proteção importante refere-se à qualidade das relações familiares. Evidências apontam que relações cooperativas entre cuidadores e experiências de coparentalidade positiva contribuem para ambientes mais estáveis, previsíveis e emocionalmente seguros para o desenvolvimento infantil. Além disso, redes de apoio familiar e comunitário podem atuar como amortecedores dos efeitos de situações adversas, fortalecendo os recursos de enfrentamento disponíveis à criança e à sua família (Izett et al., 2021).

Por fim, fatores contextuais também desempenham um papel relevante na proteção da saúde mental infantil. O acesso a condições adequadas de moradia, alimentação, saúde, educação e suporte comunitário reduz a exposição ao estresse crônico e amplia as oportunidades de um desenvolvimento saudável. Dessa forma, a promoção da saúde mental depende não apenas das relações familiares, mas também das condições sociais que as sustentam (Xiao et al., 2023; Semiz, 2025).

## SINAIS DE ALERTA PARA DIFICULDADES EMOCIONAIS E COMPORTAMENTAIS NA PRIMEIRÍSSIMA INFÂNCIA

Embora seja fundamental evitar a patologização de comportamentos próprios do desenvolvimento infantil, também é importante que educadores e demais profissionais que atuam com crianças pequenas sejam capazes de reconhecer sinais de sofrimento emocional ou de dificuldades no desenvolvimento. Na primeiríssima infância, tais sinais frequentemente se manifestam por meio do comportamento, das interações e dos processos de regulação (Vasileva et al., 2021; Semiz, 2025).

Entre os sinais que merecem atenção, destacam-se dificuldades persistentes de regulação, como choro intenso e inconsolável, alterações importantes do sono, dificuldades alimentares significativas e grande dificuldade em se acalmar mesmo diante da presença de adultos disponíveis e acolhedores (Izett et al., 2021). Embora tais manifestações possam ocorrer transitoriamente em diferentes momentos do desenvolvimento, sua intensidade, frequência e persistência devem ser consideradas no acompanhamento da criança.

Também podem constituir sinais de alerta dificuldades relacionadas ao estabelecimento de vínculos e às interações sociais, como pouca busca por conforto em situações de sofrimento, ausência de reciprocidade afetiva ou isolamento social persistente (Izett et al., 2021). Além disso, dificuldades precoces de regulação emocional podem estar associadas a atrasos em diferentes áreas do desenvolvimento, incluindo a linguagem, a cognição e as habilidades motoras.

Crianças que apresentam medo excessivo diante de situações novas, evitam sistematicamente interações sociais ou demonstram extrema dificuldade para explorar ambientes desconhecidos e podem apresentar maior vulnerabilidade para o desenvolvimento posterior de transtornos relacionados à ansiedade (Semiz, 2025).

É importante destacar que a presença desses sinais não implica na existência de um transtorno mental, mas sim indica a necessidade de uma observação cuidadosa, diálogo com a família e, quando necessário, o encaminhamento para avaliação especializada.

Sob essa perspectiva, o papel do educador não consiste em realizar diagnósticos, mas em identificar mudanças importantes no comportamento e no desenvolvimento da criança, orientando seu encaminhamento para avaliação por equipe de saúde, contribuindo assim para a construção de redes de cuidado e proteção capazes de oferecer suporte oportuno às suas necessidades.

## PRÁTICAS EDUCATIVAS PROMOTORAS DE SAÚDE MENTAL

Mais do que espaços voltados à assistência e ao cuidado, a creche e a educação infantil constituem ambientes educativos com potencial para promover a saúde mental das crianças, na medida em que são oferecidas oportunidades para a construção de vínculos saudáveis, para o desenvolvimento socioemocional e para a prevenção precoce de dificuldades emocionais e comportamentais (Semiz, 2025).

Nessa circunstância, destaca-se a importância da prática reflexiva do educador. Diante de comportamentos desafiadores, a pergunta “o que esta criança está tentando comunicar?” tende a ser mais produtiva do que interpretações centradas na desobediência ou na indisciplina. Esse reenquadramento do comportamento infantil favorece respostas mais empáticas, contribuindo para a construção de relações de confiança e pertencimento (Zinsser et al., 2025).

Algumas estratégias sintetizadas no Quadro 5 não dependem de intervenções altamente sofisticadas, mas sim de que os profissionais da educação compreendam os comportamentos infantis à luz do desenvolvimento.



**QUADRO 5. ESTRATÉGIAS PROMOTORAS DA SAÚDE MENTAL  
NA PRIMEIRÍSSIMA INFÂNCIA NO CONTEXTO ESCOLAR**

| <b>ESTRATÉGIAS PROMOTORAS<br/>DA SAÚDE MENTAL</b>                     | <b>BENEFÍCIOS PARA A SAÚDE MENTAL<br/>DA CRIANÇA</b>                                                                |
|-----------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Fortalecer a parceria entre a família, a escola e as equipes de saúde | Amplia a rede de proteção à criança                                                                                 |
| Proporcionar vínculos seguros, responsivos, acolhedores e sensíveis   | Promove segurança, pertencimento e confiança                                                                        |
| Oportunizar a correção emocional                                      | Proporciona compreensão e manejo das emoções, por parte da criança                                                  |
| Ensinar as habilidades de competências socioemocionais                | Possibilita o reconhecimento e a expressão de emoções, empatia, resolução de conflitos, cooperação e autorregulação |
| Propiciar ambientes lúdicos e brincar                                 | Ler histórias, desenhar, passear, cantar, dançar e estar na natureza oferecem expressão e regulação de emoções      |
| Favorecer rotinas previsíveis                                         | Reduz ansiedade e insegurança, principalmente na ocorrência de estresse tóxico                                      |

Um aspecto relevante a considerar na promoção da saúde mental é a construção de parcerias entre a instituição educativa, as famílias e os profissionais de saúde. Estudos apontam que as intervenções mais efetivas na promoção da saúde mental infantil são aquelas que integram ações desenvolvidas na escola às estratégias de apoio e de fortalecimento das competências parentais. A comunicação colaborativa entre educadores e familiares favorece a continuidade das práticas de cuidado e amplia a rede de proteção ao desenvolvimento da criança (Semiz, 2025; Izett et al., 2021).

Em nosso país, a articulação entre os profissionais da educação e da saúde está formalmente prevista no Programa Saúde na Escola (PSE), política pública que impulsiona a promoção da saúde e da educação. O PSE incentiva o fortalecimento do vínculo entre crianças, familiares, comunidade, equipes de educação

e de saúde para a construção da responsabilidade compartilhada no enfrentamento das vulnerabilidades que possam comprometer o desenvolvimento, sendo a saúde mental infantil uma área prioritária de atuação (Brasil, 2022).

Assim, a parceria entre escola, família e equipe de saúde amplia as possibilidades de promoção da saúde mental, permitindo maior continuidade entre os contextos de cuidado e fortalecendo uma rede de proteção capaz de sustentar o desenvolvimento infantil de forma mais integrada. Quando a família, a escola e os profissionais de saúde estabelecem relações colaborativas, ampliam-se as oportunidades de identificar necessidades precocemente, compartilhar estratégias de cuidado e promover experiências coerentes de acolhimento e segurança para a criança (Izett et al., 2021; Brasil, 2022; Semiz, 2025).

Outro ponto primordial diz respeito às relações estáveis, acolhedoras e responsivas. Quando educadores conseguem oferecer esse tipo de vínculo, tornam-se figuras de referência importantes para as crianças, ampliando a rede de apoio emocional delas.

Em muitos casos, especialmente em contextos de vulnerabilidade social, a creche pode representar um importante espaço de proteção, oferecendo experiências relacionais capazes de favorecer sentimentos de segurança, pertencimento, confiança e desenvolvimento socioemocional (Semiz, 2025; Zinsser et al., 2025).

Dessa forma, a contribuição da educação infantil para a saúde mental ultrapassa a dimensão pedagógica tradicional. Seu papel consiste em criar condições para que as crianças desenvolvam vínculos significativos e encontrem adultos capazes de oferecer suporte, acolhimento e segurança, enriquecendo a qualidade das relações e das experiências cotidianas que sustentam o desenvolvimento humano desde os primeiros anos de vida (Semiz, 2025; Zinsser et al., 2025).

Ainda é importante considerar que manifestações como choro intenso, birras, impulsividade ou dificuldades em esperar a vez frequentemente refletem limitações próprias da maturação emocional e neurobiológica e não necessariamente problemas de comportamento, devendo ser compreendidas como expressões de necessidades emocionais e de uma autorregulação ainda em desenvolvimento. Educadores preparados para interpretar essas manifestações de forma sensível podem atuar como agentes de correção emocional, auxiliando a criança a compreender e manejar suas emoções sem recorrer a práticas punitivas ou excludentes (Zinsser et al., 2025; Vasileva et al., 2021).

O papel do adulto é ajudar a criança a nomear emoções, compreender experiências internas e encontrar formas mais adaptativas de lidar com elas (Zinsser et al., 2025).

A promoção da saúde mental também ocorre por meio do desenvolvimento intencional de competências socioemocionais. Evidências recentes indicam que programas de aprendizagem socioemocional implementados na educação infantil favorecem habilidades como o reconhecimento e a expressão das emoções, a empatia, a resolução de conflitos, a cooperação e a autorregulação. Tais competências estão associadas à redução de problemas comportamentais e ao fortalecimento do bem-estar psicológico ao longo do desenvolvimento (Semiz, 2025; Zinsser et al., 2025).

A organização de ambientes físicos lúdicos também contribui para o bem-estar emocional e para a promoção da saúde mental infantil. Oportunidades de brincadeira, acesso a espaços externos, experiências de exploração e de convivência, bem como contextos que respeitem a diversidade e promovam a inclusão, constituem elementos que favorecem o desenvolvimento saudável (Semiz, 2025).

A brincadeira ocupa um lugar central na promoção da saúde mental na infância. Considerada uma das principais formas de expressão das emoções e de aprendizagem da criança pequena, ela oferece oportunidades para explorar o ambiente, elaborar vivências, experimentar diferentes papéis sociais e construir significados sobre si mesma e sobre o mundo.

O brincar favorece o desenvolvimento da imaginação, da criatividade, da linguagem, das habilidades sociais e da autorregulação emocional, constituindo um importante recurso de proteção e de promoção do bem-estar.

Nesse sentido, garantir tempo, espaço e oportunidades para brincadeiras livres e compartilhadas deve ser compreendido não apenas como uma dimensão pedagógica da educação infantil, mas também como uma estratégia fundamental para a promoção da saúde mental e do desenvolvimento integral da criança.

Além das brincadeiras, as experiências estéticas, artísticas e culturais também desempenham um papel relevante na promoção da saúde mental. A leitura de histórias, o desenhar, os passeios, as atividades musicais, as experiências artísticas, o movimento corporal e o contato com a natureza oferecem oportunidades para que as crianças expressem emoções, desenvolvam a imaginação, construam significados a partir de suas experiências e fortaleçam

vínculos com outras pessoas. Essas práticas ampliam as possibilidades de participação, pertencimento e expressão subjetiva, contribuindo para o bem-estar emocional e para o desenvolvimento integral da criança (Semiz, 2025, Costa et al., 2024).

A literatura infantil ocupa lugar de destaque nesse processo, pois possibilita o contato com diferentes emoções, perspectivas e experiências humanas. Por meio das narrativas, as crianças podem reconhecer sentimentos, elaborar conflitos, desenvolver empatia e construir repertórios simbólicos para compreender a si mesmas e ao mundo. Da mesma forma, a música, as artes visuais e outras linguagens expressivas favorecem experiências de criatividade, prazer, comunicação e conexão, enriquecendo o repertório emocional das crianças e ampliando suas possibilidades de participação e pertencimento.

A organização de rotinas previsíveis também desempenha um papel importante na promoção da saúde mental. A previsibilidade reduz a ansiedade, favorece sentimentos de segurança e contribui para a construção de um ambiente emocionalmente estável, especialmente para crianças expostas a situações de adversidade ou estresse tóxico (Semiz, 2025; Xiao et al., 2023).

## **A SAÚDE MENTAL DOS EDUCADORES COMO FATOR DE PROTEÇÃO AO DESENVOLVIMENTO INFANTIL**

Ao tratar da promoção da saúde mental na primeiríssima infância, é importante reconhecer que o bem-estar emocional dos adultos responsáveis pelo cuidado e pela educação das crianças constitui um elemento central desse processo. A saúde mental dos educadores influencia diretamente a qualidade das relações estabelecidas no contexto educativo (Zinsser et al., 2025).

Níveis elevados de estresse, esgotamento emocional e sintomas depressivos entre educadores estão associados a uma menor capacidade de oferecer suporte socioemocional às crianças. Nessas condições, os profissionais tendem a interpretar os comportamentos das crianças de forma mais negativa e a recorrer com maior frequência a práticas disciplinares punitivas ou excludentes, em detrimento de estratégias de acolhimento e de correção emocional (Zinsser et al., 2025). Por outro lado, quando dispõem de recursos para cuidar da própria saúde mental, tornam-se mais sensíveis às necessidades das crianças e mais capazes de construir ambientes emocionalmente seguros.

Assim, a capacidade de auxiliar a criança na regulação de suas emoções está intimamente relacionada à habilidade do próprio adulto de reconhecer, compreender e regular seus estados emocionais. Em outras palavras, para que o educador atue como agente de correção, é fundamental que desenvolva

recursos de autorregulação emocional e disponha de condições para lidar adequadamente com as demandas afetivas inerentes ao trabalho educativo. Isso significa que, ao fortalecer suas competências socioemocionais, os educadores ampliam sua capacidade de acolher, compreender e responder sensivelmente às necessidades emocionais das crianças.

Nesse contexto, programas de formação voltados para competências socioemocionais, práticas reflexivas e abordagens contemplativas, como a atenção plena (*mindfulness*), têm sido apontados como estratégias promissoras tanto para promover o bem-estar e a regulação emocional dos profissionais quanto para qualificar as interações com as crianças. Ao favorecer maior consciência das próprias emoções, pensamentos e reações, essas abordagens contribuem para fortalecer a presença, a sensibilidade, a responsividade e a qualidade das relações no contexto educativo (Zinsser et al., 2025; Semiz, 2025).

Considerando a relevância desse tema, os desafios relacionados ao bem-estar emocional, ao estresse ocupacional, ao *burnout* e às estratégias de promoção da saúde mental dos profissionais da educação serão abordados de forma mais aprofundada no Capítulo 13 desta obra.

## SÍNTESE

A saúde mental na primeiríssima infância constitui um processo dinâmico, relacional e multidimensional, construído nas interações entre a criança, seus familiares e cuidadores, os contextos educativos e as condições sociais que sustentam seu desenvolvimento.

Assim, promover saúde mental nessa fase da vida significa criar condições para que as crianças possam crescer em ambientes que nutram o encantamento diante do mundo, a liberdade para explorar, a alegria de descobrir e a segurança de pertencer. Significa cuidar para que os primeiros anos sejam povoados por experiências de vínculo, amor e criatividade, capazes de sustentar não apenas o desenvolvimento infantil, mas também a construção de um sentido de si, dos outros e da própria vida.

É sobre essas bases que as crianças seguem crescendo e se preparando para um novo período de descobertas e transformações com o ingresso na educação infantil.



## CAPÍTULO 4

# Educação infantil (4 a 5 anos): emoções, limites e convivência

Marcia Covelo Harmbach e Thaís Guedes Georgini

*Ninguém educa ninguém, ninguém educa a si mesmo,  
os homens se educam em comunhão.*

*Paulo Freire, Pedagogia do Oprimido*

Há um tempo na infância em que as emoções ganham nome, os gestos se tornam linguagem e o outro deixa de ser apenas presença para se tornar encontro. Entre os 4 e os 5 anos, as crianças atravessam esse território intenso de descobertas, no qual sentir, pensar e conviver se entrelaçam na construção de si e do mundo. Nesse período consolidam-se bases importantes para a saúde mental, como o sentimento de segurança, o vínculo com adultos de referência, a capacidade de expressar emoções e a construção de relações de confiança.

O desenvolvimento social e emocional, nesse contexto, constitui um campo central para compreender a infância como construção histórica, cultural e relacional. Nessa etapa, as crianças ampliam significativamente suas formas de interagir, comunicar e participar, ao mesmo tempo em que elaboram emoções mais complexas e constroem sentidos sobre si e sobre o outro. Esses processos não acontecem de forma igual para todas as crianças, pois dependem das experiências vividas, dos vínculos estabelecidos e dos contextos sociais em que crescem (Sarmiento; Gouvea, 2008; Vieira, 2020). Além disso, evidências indicam que habilidades socioemocionais básicas, como a autorregulação emocional e a resolução de problemas sociais, constituem importantes fatores de proteção ao longo do desenvolvimento, prevenindo comportamentos agressivos e transtornos mentais futuros (Gaete et al., 2019).

Diferentemente da primeiríssima infância, em que a regulação emocional da criança depende quase integralmente de sua interação com o adulto, nessa etapa, a correção emocional ainda depende dele, mas já passa a se articular com formas iniciais de autorregulação. A linguagem, o brincar simbólico e as interações sociais ampliam as possibilidades de expressão e de organização

das emoções (Vieira, 2020). No diálogo entre a sociologia e a psicologia da infância, rompe-se com a ideia de criança passiva, reconhecendo-a como sujeito social e produtora de cultura. Assim, o desenvolvimento emocional não pode ser compreendido apenas pela idade cronológica, mas também pelas relações e experiências concretas que atravessam a infância (Sarmiento; Gouvea, 2008; Brostolin, 2021).

Entre 4 e 5 anos, observa-se um maior refinamento na expressão emocional: as crianças passam a nomear sentimentos, demonstram empatia e ampliam o brincar coletivo, agora mais organizado, simbólico e permeado por negociação e cooperação. Conflitos, disputas e frustrações continuam frequentes, mas o que se torna decisivo é a qualidade da mediação do adulto — sua capacidade de acolher, orientar e ajudar a criança a elaborar emocionalmente as experiências vividas (Vieira, 2020). Como discutido no Capítulo 1, a qualidade das relações é central para a saúde mental e, nessa fase, os pares e os contextos coletivos tornam-se especialmente importantes.

Nessa direção, as pedagogias da infância enfatizam contextos que valorizem a escuta, a participação e o protagonismo infantil, compreendendo o educador como um mediador sensível (Oliveira-Formosinho, 2008). A Base Nacional Comum Curricular (BNCC) reforça essa perspectiva ao garantir direitos de aprendizagem relacionados ao conviver, brincar, participar, explorar, expressar e conhecer-se (Brasil, 2017). Na prática, isso significa oferecer tempos, espaços e relações que favoreçam a cooperação, a curiosidade e a expressão emocional.

Um exemplo concreto dessa abordagem pode ser observado na experiência do Conselho Mirim da Escola Municipal de Educação Infantil (EMEI) Dona Leopoldina (Harmbach, 2023). As crianças são convidadas a participar ativamente das decisões do cotidiano escolar, vivenciando práticas democráticas desde a infância. Experiências como essa mostram que a participação também é um cuidado emocional: quando a criança é ouvida, aprende que conflitos podem ser resolvidos pelo diálogo. Quando a criança percebe que sua voz tem valor, fortalecem-se também sua autoestima e seu senso de pertencimento ao grupo. Na discussão sobre os brinquedos, por exemplo, as crianças problematizaram o uso, a organização e o acesso aos materiais, trazendo à tona questões relacionadas à partilha, ao cuidado e à harmonia respeitosa nas brincadeiras. Ao participar dessas decisões, as crianças exercitam empatia, negociação, paciência, escuta e senso de justiça.

Como destacam os estudos sobre a infância, as crianças são capazes de interpretar criticamente seu contexto e propor alternativas quando lhes é garantido um espaço legítimo de escuta e participação (Sarmiento e Gouvea, 2008; Brostolin, 2021). Esse tipo de experiência fortalece recursos emocionais importantes para a vida escolar e social.

Conforme analisa Harmbach (2023), “o olhar inclusivo sobre os brinquedos emerge quando as crianças, ao narrarem suas vivências, revelam incômodos, desejos e propostas que tensionam práticas naturalizadas no cotidiano”. Assim, propostas como o revezamento, o cuidado com o outro e a ampliação das escolhas evidenciam que o desenvolvimento social e emocional se constrói na experiência compartilhada e que limites podem ser aprendidos de forma respeitosa, sem humilhação, agressividade ou autoritarismo. Dessa forma, o Conselho Mirim se configura como um espaço que favorece, inclusive, a saúde mental das crianças, na medida em que o desenvolvimento social e emocional se materializa nas pequenas decisões do cotidiano, permitindo que as crianças, desde cedo, experimentem o exercício de sua autonomia, a empatia, as práticas de escuta, a capacidade de negociação, a resolução de conflitos e a construção de um viver mais justo. Dar espaço à convivência democrática, escutar com sensibilidade, propiciar um espaço seguro para a fala da criança e mediar conflitos com respeito ajudam a reduzir inseguranças, a ampliar e a fortalecer vínculos saudáveis e também a promover a saúde mental na infância.

## COMO IMPLEMENTAR UM CONSELHO MIRIM

O Conselho Mirim pode ser um espaço permanente de escuta e participação das crianças na Educação Infantil. Quando os estudantes percebem que suas opiniões são consideradas, fortalecem a autoestima, o pertencimento, a autonomia e a confiança nas relações. A seguir, estão elencadas algumas recomendações para instituir esses encontros:

- 1 Defina encontros regulares:** reserve um momento quinzenal ou mensal, em roda, com duração de 15 a 30 minutos.
- 2 Escute e observe temas do cotidiano escolar:** convide as crianças a manifestarem-se sobre questões reais, como: brincadeiras nos espaços coletivos; uso e organização dos brinquedos; conflitos entre colegas; espaços preferidos ou pouco utilizados; ideias para melhorar a convivência.
- 3 Registre propostas:** use desenhos, fotos, cartazes ou frases ditadas pelas crianças para documentar sugestões e decisões.
- 4 Transforme ideias em ações concretas:** implemente combinados possíveis: revezamento de brinquedos, cantinho do acolhimento, mural das emoções, novos jogos cooperativos, reorganização de espaços etc.
- 5 Dê retorno às crianças:** explique o que foi realizado, o que ainda será estudado e o por quê. Isso fortalece a confiança no processo democrático.

## A CRIANÇA COMO SUJEITO: O PONTO DE PARTIDA INEGOCIÁVEL

Toda discussão sobre a educação na infância pressupõe uma tomada de posição sobre o que é a criança. Historicamente, a pedagogia oscilou entre visões que negaram sua condição de sujeito. Partir da infância exige outro gesto: reconhecer a criança como ser no mundo, dotado de linguagem própria, de lógica interna e de uma relação singular com o outro. Trata-se de afirmar este período como um tempo pleno de existência, no qual a criança interpreta, produz cultura e constrói sentidos sobre a realidade que a cerca. Nessa direção, é preciso compreender a criança não como um objeto da ação pedagógica, mas como um sujeito que participa e produz sentidos, como ator social competente, capaz de interpretar e ressignificar o mundo em que vive (Sarmiento e Gouvea, 2008; Brostolin, 2021). Isso exige romper com práticas que silenciam ou subestimam a voz infantil, criando, na escola, relações e rotinas em que a criança possa opinar, escolher, perguntar e ser levada a sério.

Escutar a criança antes de querer ensiná-la é reconhecer que a aprendizagem começa no vínculo e que essa prática é essencial para o desenvolvimento

**Lembrete essencial:** o Conselho Mirim não é apenas um espaço para “resolver problemas”, mas uma prática cotidiana de escuta, pertencimento e cuidado coletivo, uma ação democrática para que todas as vozes se manifestem sobre as temáticas intra e extraescolares que dizem respeito às crianças.



integral e para a promoção da saúde mental na infância. Escutar, aqui, não é apenas ouvir, mas também legitimar a criança como interlocutora, alguém cuja fala — verbal ou não — precisa ser considerada na construção das práticas pedagógicas.

Muitas vezes, as expressões infantis emergem por meio do corpo, do gesto, do brincar, do silêncio e da emoção. Um choro recorrente, um silêncio repentino ou uma brincadeira repetitiva, por exemplo, também pode comunicar algo que merece atenção cuidadosa. Reconhecer essas múltiplas linguagens é condição para que a criança seja efetivamente compreendida em sua inteireza.

Essa compreensão ganha ainda mais força quando articulada ao Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), que estabelece a criança como sujeito de direitos (Brasil, 1990) e assegura o direito à liberdade, incluindo, entre outros aspectos, a possibilidade de “opinião e expressão” (Brasil, 1990). Tal princípio pode ser compreendido de forma ampliada na infância, reconhecendo que a criança tem o direito de se expressar por todos os meios de que dispõe — sejam eles verbais ou não — cabendo aos adultos a responsabilidade ética de criar condições para que essas formas de expressão sejam acolhidas, interpretadas e respeitadas. A partir dessa compreensão, o ECA convoca a sociedade — e, em particular, a escola — a garantir não apenas o acesso, mas também a qualidade das experiências educativas, fundamentadas no respeito, na escuta e na participação. Isso implica compreender que a criança não é destinatária passiva das ações adultas, mas protagonista de sua própria trajetória, cuja voz precisa ser considerada mesmo quando ainda não se organiza plenamente na linguagem convencional.

Assumir a criança como sujeito de direitos exige, portanto, uma mudança ética e política no modo de educar. Significa deslocar práticas centradas no adulto para práticas que reconheçam a infância como produtora de cultura, de saber e de sentido. Dessa maneira, a educação se constitui como espaço de encontro, onde ensinar e aprender se entrelaçam e a escuta se torna condição para que a criança exista como presença viva, legítima e respeitada.

## DESENVOLVIMENTO EMOCIONAL E SOCIAL

A criança contemporânea, de 4 e 5 anos, não é silenciosa. Ela fala para pensar — com palavras, com gestos, com o corpo inteiro. Narra o mundo em que vive. Reconhecê-la como sujeito implica compreender que a infância não é falta,

mas potência. A criança não apenas aprende sobre o mundo: ela o interpreta, participa dele, o transforma e o reinventa em suas relações cotidianas. Essa reinvenção manifesta-se, primordialmente, por meio do brincar. Um ato que não é um passatempo, mas a via de acesso ao seu mundo interno, “é no brincar que a criança revela quem é, como sente e como percebe a realidade que a cerca” (Friedmann, 2020). Assim, ao observar o jogo simbólico, o educador pode conhecer melhor os interesses, emoções, medos e formas de pensar da criança.

Nessa fase, a criança pulsa com descobertas: sentimentos ganham nome, o outro ganha rosto e o “eu” começa a se desenhar nas relações. Mas nada disso acontece sozinho. É na presença do outro — que escuta, que sustenta, que acolhe — que a criança organiza suas emoções. Essa organização depende da legitimidade que damos à sua expressão, pois “dar vez e voz às crianças é reconhecer sua competência para participar da vida social e cultural” (Friedmann, 2020).

Essa voz, muitas vezes, é silenciosa e se expressa na escolha de um brinquedo ou na criação de um cenário. Por isso, Friedmann (2020) defende que “o brincar é a linguagem diagnóstica por excelência da infância; é por meio dele que a criança elabora seus conflitos e expressa sua visão de mundo”. Mais do que observar comportamentos isolados, importa compreender o que a criança comunica por meio da brincadeira. Pedagogicamente, isso exige uma ruptura: sair de práticas que controlam para construir práticas que escutam. Não basta deixar a criança falar; é preciso que o adulto se torne um observador sensível (Friedmann, 2020).

**Nessa perspectiva, não há desenvolvimento emocional sem participação, nem aprendizagem sem vínculo.**

O papel da escola e da família torna-se, então, garantir que o brincar e a voz sejam preservados como direitos fundamentais, permitindo que a criança fortaleça sua identidade e sua capacidade de transformar o meio em que vive. Quando a criança encontra adultos disponíveis, rotinas previsíveis e espaços de expressão, fortalecem-se bases importantes para a saúde mental. Quando garantimos que a criança seja protagonista de sua própria jornada, não estamos apenas educando indivíduos, mas também construindo formas de convivência baseadas na autonomia, no respeito, na cooperação e na empatia. Esses elementos são essenciais para a promoção da saúde mental na infância e para a construção de uma vida coletiva mais saudável, participativa e inclusiva.

## DAR AS MÃOS, RESPIRAR E RECOMEÇAR

### \* SITUAÇÃO ILUSTRATIVA

O grupo retorna agitado de uma atividade, com dificuldade para retomar a rotina. Antes de propor uma nova atividade, o educador propõe uma pausa breve: “Vamos fazer uma roda, dar as mãos e respirar juntos? Quando puxamos o ar para dentro do corpo, as mãos sobem; quando soltamos o ar, as mãos descem.” Após algumas respirações, pergunta: “Como está o corpo agora? Está mais tranquilo ou agitado?”

### \* POR QUE ESSA POSTURA IMPORTA?

O educador não exige um aquietamento imediato. Ele escuta o momento da turma e oferece uma ferramenta concreta para que as crianças percebam o próprio corpo e aprendam a se reorganizar. Ao encontrarem um espaço de escuta e acolhimento, as crianças têm um terreno mais saudável para desenvolver a atenção, a regulação emocional, o autocuidado e a consciência de si.

## COMPORTAMENTOS DESAFIADORES: QUANDO O CORPO DIZ O QUE AINDA NÃO VIROU PALAVRA

Nomear pode ser importante. Dar nome ao que acontece pode ajudar a compreender, a acolher e a buscar apoio quando necessário. Mas também pode aprisionar, especialmente quando um rótulo passa a definir a criança e a obscurecer sua história, suas potencialidades e seu contexto de vida.

Vivemos um tempo em que se busca rapidamente explicar a infância por meio de diagnósticos. Embora possam ser importantes em algumas situações, é preciso ter cautela para que eles não substituam a observação cuidadosa e a compreensão ampla do desenvolvimento infantil (OMS/UNICEF, 2024).

Antes de diagnosticar, é preciso escutar. Antes de classificar, é preciso compreender: o que há por trás daquele comportamento? Que histórias atravessam aquela criança? Que contextos a constituem? A birra, a mordida, o choro, o empurrão, o grito, o silêncio. Quantas vezes esses gestos e sons são vistos como um problema? Quando podem ser formas de comunicação?

A criança pequena ainda está em processo de construção de recursos internos para expressar suas emoções. Ela não domina completamente a palavra, mas seu corpo já diz muito. Ele denuncia cansaços, frustrações, medos, desejos, sobrecarga sensorial, necessidade de atenção ou dificuldade diante de mudanças. A criança reage ao mundo e ao modo como ele reage a ela.

Porém, vivemos em uma sociedade que pouco tolera o incômodo, que apressa soluções e que transforma diferenças em diagnósticos. A inquietude, por

exemplo, nem sempre indica um transtorno. Muitas vezes, pode fazer parte de uma etapa do desenvolvimento ou das condições do ambiente em que a criança vive, assim como sinalizar a falta de aprendizado em atenção (sim, é preciso aprender a ter atenção!). Por outro lado, mesmo quando faz parte de um diagnóstico, é importante que se tenha uma visão mais humana e mais próxima da realidade vivida. A expressão emocional desenvolve-se de forma mais saudável em ambientes que oferecem segurança e acolhimento (Winnicott, 1975). Por isso, acolher comportamentos desafiadores não significa permissividade, mas sim assumir uma postura educativa baseada na escuta, no cuidado e na compreensão. Trata-se de evitar o rótulo apressado e reconhecer que, por trás de muitas ações, pode haver uma necessidade a ser comunicada. Vale perguntar: o que este comportamento está tentando expressar?

As evidências produzidas no contexto da pandemia de COVID-19 ilustram claramente essa relação entre comportamento e ambiente. Kishinami et al. (2025) observaram que alterações significativas nas rotinas e nas condições de convivência estiveram associadas a mudanças comportamentais e emocionais em crianças, reforçando a ideia de que seus comportamentos expressam modos de reagir e de se adaptar às experiências vividas.

Nesse sentido, comportamentos considerados desafiadores podem ser compreendidos como manifestações de necessidades, conflitos ou frustrações ainda não elaboradas. E, talvez, seja preciso perguntar: Quando uma criança chora, você interrompe ou se aproxima? Quando ela insiste, você silencia ou ajuda a transformar ação em palavra? Além disso, é fundamental evitar interpretações descontextualizadas. O comportamento infantil precisa ser compreendido a partir das relações e dos contextos em que ocorre (Sarmiento e Gouvea, 2008).

Isso implica deslocar o olhar do comportamento em si para as condições que o produzem. Não se trata apenas de observar o que a criança faz, mas de compreender em que circunstâncias, com quem, em que dinâmicas e sob quais expectativas esse comportamento emerge. Assim, compreender o comportamento exige considerar: as relações que a criança estabelece no grupo; as mediações realizadas pelo adulto; as condições materiais e simbólicas do ambiente; e as expectativas que recaem sobre ela. Desloca-se, portanto, a pergunta: não apenas “o que essa criança tem?”, mas também “o que este contexto produz nela?”

Essa mudança não é apenas metodológica; é ética e promotora de saúde mental. Porque interpretar sem contextualizar pode levar à individualização de questões que, muitas vezes, são coletivas e relacionais. Ao contrário, situar o comportamento em seu contexto permite construir intervenções mais coerentes, que não se limitam à correção, mas buscam transformar as condições que

o geram. A pedagogia, nesse ponto, se faz como resistência à simplificação, à medicalização e à redução da infância a categorias fixas. Também se faz como cuidado: ao oferecer escuta, vínculo, previsibilidade e oportunidades de expressão, a escola e o educador fortalecem fatores de proteção importantes para a saúde mental infantil.

## UMA MORDIDA QUE COMUNICA UMA NECESSIDADE

### \* SITUAÇÃO ILUSTRATIVA

Durante a brincadeira, uma criança morde o colega ao disputar um brinquedo. O educador intervém com calma, separa as crianças e acolhe primeiro quem se machucou. Em seguida, dirige-se à outra criança com firmeza e respeito: “Vi que você mordeu seu colega. Por que fez isso?”

Depois de escutar e ajudar a criança a traduzir a necessidade, o educador oferece caminhos possíveis: “Quando você quiser algo, pode me chamar, pedir a vez ou dizer: ‘quando terminar, eu quero brincar’. Vamos tentar juntos?”

Também convida à reparação: “Seu colega se machucou e nós cuidamos uns dos outros. Vamos perguntar o que gostaria que fizéssemos para cuidar dele?”

### \* POR QUE ESSA POSTURA IMPORTA?

Na infância, a mordida pode surgir quando a criança ainda não consegue nomear emoções intensas, lidar com frustrações ou esperar. Isso não significa maldade nem que a criança quer desafiar. O adulto observa sem rotular, nomeia o que aconteceu, reconhece emoções, ensina formas respeitosas de pedir e promove reparação. Assim, a criança aprende autorregulação, empatia, linguagem emocional e maneiras mais saudáveis de lidar com conflitos.

## ALGUNS SINAIS QUE MERECEM ATENÇÃO, ESPECIALMENTE QUANDO PERSISTENTES E ASSOCIADOS A PREJUÍZO NAS INTERAÇÕES, INCLUEM:

- \* Dificuldade consistente de interação com outras crianças;
- \* Agressividade frequente e desproporcional;
- \* Retraimento social significativo;
- \* Dificuldade intensa de lidar com frustrações;
- \* Ausência de avanço na linguagem emocional.

Esses sinais não configuram diagnóstico, mas indicam a necessidade de observação, diálogo com a família, intervenções e, se necessário, encaminhamento a um profissional de saúde.

## LIMITES E AUTONOMIA: ENTRE O CUIDADO E A LIBERDADE POSSÍVEL

Há quem tema que a autonomia seja desordem. Há quem confunda limites com controle. Mas, no desenvolvimento infantil, autonomia e limites não se opõem: complementam-se e se fortalecem mutuamente (Brasil, 1990; Brasil, 2017).

Limite é contorno. É a margem que permite o movimento. É o “não” que protege, organiza e dá forma ao mundo interno. Sem ele, a criança se perde; com excesso dele, ela se cala. Com limites claros e consistentes, a criança sente-se segura para expressar necessidades, emoções e tomar iniciativa (Brasil, 2017; OMS/UNICEF, 2024).

Autonomia, por sua vez, não nasce do abandono, mas da relação. Ela cresce quando a criança é convidada a participar, a decidir e a experimentar em contextos de escuta e corresponsabilidade. Quando olhamos para a escola como instituição, somos provocados a perguntar: que tipo de limites estamos construindo? Limites que protegem a convivência ou apenas regulam comportamentos?

Embora a escola exerça uma importante função organizadora, quando operada com base na vigilância constante, tende a produzir medo, dependência e pouca autorregulação. Quando a criança é constantemente observada, corrigida e comparada, ela aprende a se adequar antes mesmo de compreender. O limite, então, deixa de ser uma referência interna e passa a ser uma imposição externa. Assim, o que deveria favorecer o desenvolvimento pode, ao contrário, reduzir a iniciativa e a expressão infantil (Sarmiento; Gouvea, 2008; Brasil, 2017).

É nesse ponto que a literatura sobre infância e participação nos convida para outra direção. Os limites não desaparecem, mas se transformam. Eles deixam de ser apenas norma e passam a ser mediação pedagógica, construída no diálogo e na experiência cotidiana (Oliveira-Formosinho, 2008; Harmbach, 2023). Assim, quando a criança participa da construção das regras, ela não apenas obedece, mas também compreende os sentidos, percebe as consequências e desenvolve uma responsabilidade progressiva. Permitir que crianças opinem, negociem e participem das decisões cotidianas é reconhecer sua condição de sujeito de direitos (Brasil, 1990; Brasil, 2017; Harmbach, 2023).

Entre o autoritarismo e a ausência, constrói-se uma pedagogia do equilíbrio: uma prática educativa que sustenta o limite sem esvaziar a participação.

O educador deixa de ser aquele que corrige e passa a ser aquele que acompanha, observa e apoia o desenvolvimento da criança. Entre o afeto e a firmeza, constrói-se um espaço possível: onde a criança pode ser, mas também aprender a conviver (Brasil, 2017). Essa convivência é o palco do desenvolvimento moral, como um processo gradual de construção de reciprocidade, cooperação e responsabilidade. Nos primeiros anos, a criança ainda precisa do apoio do adulto para compreender as regras e seus significados. Aos poucos, com experiências estáveis e relações respeitadas, ela amplia sua capacidade de autorregulação, autonomia, respeito mútuo e cooperação.

Portanto, quando a escola abre espaço para negociação e acordos coletivos, permite que o limite deixe de ser uma imposição externa e se torne uma autogestão ética (Harmbach, 2023; Brasil, 1990). Pois educar, em sua essência, é compreender que a experiência educativa transforma as pessoas e, por consequência, os modos de viver e de estar no mundo (Brasil, 1990; Brasil, 2017).

Que nossos limites sejam, portanto, como a trama de um tecido coletivo: fios de ética e respeito que não imobilizam o corpo, mas dão sustentação ao seu voo e resistência à sua caminhada. Afinal, uma sociedade só se torna plenamente democrática quando é capaz de validar a singularidade de cada sujeito sem renunciar à tessitura comum que nos torna humanos.

Educar é, enfim, o gesto radical de apostar que um mundo mais justo começa no instante em que uma criança sente que sua voz, além de ser ouvida, tem o poder de anunciar o novo e transformar a realidade ao seu redor.

## SAÚDE MENTAL: O COTIDIANO COMO TERRITÓRIO DE CUIDADO

Falar de saúde mental na infância não é falar da ausência de conflito, mas da presença de cuidado e vitalidade. Esse bem-estar não se constrói em intervenções isoladas, mas no cotidiano: nos tempos que respeitam o ritmo orgânico, nos espaços que acolhem o corpo e nas relações que sustentam a escuta. Como nos aponta a Base Nacional Comum Curricular (BNCC - Brasil, 2017), conviver e participar são condições de existência, garantindo que a criança não apenas habite a escola, mas também se sinta pertencente a ela. Ocorre que este pertencimento é frequentemente mediado por uma lógica de controle que confunde educar com disciplinar. Quando a escola prioriza a produtividade e o cumprimento rigoroso de tarefas em ambientes confinados, ela silencia a necessidade biofílica<sup>2</sup> do ser. É nesse deslocamento entre a necessidade de movimento da

criança e a rigidez das estruturas que a saúde mental começa a ser fragilizada, transformando o espaço de convivência em um cenário de pressão e de invisibilidade das necessidades infantis.



Essa pressão é o sintoma que o filósofo Byung-Chul Han (2015) define como o esgotamento do sujeito contemporâneo. “A sociedade do desempenho produz depressivos e fracassados. O cuidado exige o tempo do intervalo, o direito ao tédio e ao silêncio que a civilização moderna tenta eliminar”. Na infância, essa dinâmica se traduz em agendas saturadas e em “emparedamento” produtivo, em que o brincar livre é substituído por estímulos constantes. Não por acaso, quando as oportunidades de circulação, encontro e brincadeira foram drasticamente reduzidas durante a pandemia, observou-se um acentuado aumento do tempo dedicado às telas, acompanhado de prejuízos à concentração e ao sono infantil (Kishinami et al., 2025). Tais resultados sugerem que a infância necessita de experiências que envolvam o corpo, a imaginação e a relação com o ambiente, elementos dificilmente substituíveis pelo consumo contínuo de estímulos digitais.

O contato direto com a natureza oferece esse “tempo do intervalo” essencial, funcionando como um antídoto à aceleração e ao cansaço mental. Garantir o pé no chão, o direito ao imprevisto da natureza, é, em última instância, um

---

2 Biofílica refere-se à tendência humana inata de buscar vínculo, bem-estar e sentido na relação com a vida e com os sistemas naturais, reconhecendo que o contato com a natureza favorece equilíbrio emocional, desenvolvimento saudável e pertencimento ao mundo vivo (Wilson, 1984).

gesto de resistência às lógicas de aceleração e de controle. Ao promovermos encontros entre a criança e o que é vivo, favorecemos experiências de alegria, curiosidade, pertencimento e ampliação da força vital. Acompanhar as crianças exige, portanto, uma presença atenta que desaprisione mentes e corpos das exigências de desempenho, oferecendo o tempo necessário para brincar, explorar e criar. A criança que recupera sua conexão com a Terra torna-se um anúncio de um futuro em que o cuidado, a sensibilidade e o respeito ao mundo vivo voltam a orientar nossos afetos e modos de convivência.

### **PARCERIA ESCOLA-FAMÍLIA: ESCUTA E COMPROMISSO NA SUSTENTAÇÃO DA INFÂNCIA EM REDE**

A parceria entre escola e família constitui um território essencial de cuidado e de sustentação da infância. Quando esses espaços dialogam com respeito mútuo e na complementaridade de seus papéis, a criança encontra suporte para construir sentidos sobre o mundo, sem precisar sustentar sozinha rupturas que não consegue processar. Esse esforço conjunto ecoa no provérbio africano que nos ensina que “é preciso uma aldeia inteira para educar uma criança”, reforçando que a educação não é um dever solitário, mas uma responsabilidade coletiva. Nessa perspectiva, cuidar e educar revelam-se dimensões indissociáveis quando se compreende o cuidado como ação educativa voltada ao desenvolvimento integral da criança. A relação entre família e escola exige aproximação contínua, escuta recíproca e construção de confiança. A participação familiar deixa de ser entendida como presença pontual e passa a ser concebida como corresponsabilidade (Brasil, 1990; Harmbach, 2023).

A qualidade dessa parceria depende, fundamentalmente, da construção de um diálogo respeitoso, ético e comprometido. Não se trata apenas de comunicação informativa, mas de uma escuta que reconhece o outro como interlocutor legítimo. Quando o diálogo se fragiliza e cede lugar à culpabilização mútua, rompe-se a rede de sustentação que deveria amparar a infância. Relações cooperativas, ao contrário, favorecem a segurança emocional, a previsibilidade e o pertencimento — fatores protetivos importantes para a saúde mental infantil (OMS/UNICEF, 2024).

**Assim, sustentar a infância é, antes de tudo, sustentar os braços, os afetos e as esperanças daqueles que caminham ao lado dela. Não existe infância protegida em uma sociedade que abandona seus educadores ao cansaço, ao silêncio e à precariedade emocional.**

Crianças e adultos pertencem ao mesmo território humano: aquilo que atravessa um inevitavelmente alcança o outro. É justamente sobre essa interdependência — e sobre a necessidade de cuidar também de quem educa — que o Capítulo 13 se debruça.

Por isso, cuidar das infâncias exige um compromisso coletivo, político e profundamente ético. Exige reconhecer que educar não é um ato isolado, mas uma construção compartilhada entre escolas, familiares e comunidades. A parceria com as famílias deixa de ser apenas uma ferramenta pedagógica e transforma-se em uma aliança de resistência, escuta e corresponsabilidade. Defender a infância, afinal, é defender vínculos, dignidade e presença. É afirmar, em tempos de endurecimento da vida, que toda criança precisa de uma rede que a sustente — e que cuidar de quem educa é também um ato de compromisso com o futuro coletivo.

## Anos iniciais do ensino fundamental (6 a 11 anos): aprender, pertencer e se reconhecer

Elson de Miranda Asevedo, Lucía Silva e Belisa Silva Santos

*Ser é ser percebido.*

*George Berkeley*

### A TRANSIÇÃO PARA O ENSINO FORMAL E SEUS IMPACTOS EMOCIONAIS

Nos anos iniciais do ensino fundamental, a criança enfrenta um ambiente mais estruturado, com regras mais estáveis, maior exposição ao grupo e maior peso do desempenho na vida escolar. Ela começa a se perguntar se consegue aprender, se tem lugar na turma e o que seu desempenho diz sobre ela. A aprendizagem, o pertencimento e a autoestima passam a influenciar-se entre si, de forma mais direta. Nesse sentido, quando a criança se sente capaz e reconhecida, tende a participar mais do cotidiano escolar. Em contrapartida, quando fracassos e constrangimentos se repetem, costuma retrair-se, evitar tarefas ou deixar de se empenhar na escola.

A transição para o ensino formal aumenta, ao mesmo tempo, as exigências quanto ao desempenho e à visibilidade. A criança precisa sustentar atenção por mais tempo, esperar sua vez, tolerar correções e lidar com comparações mais frequentes. Isso não implica em transformar toda oscilação dessa fase em problema clínico. Significa observar com mais cuidado mudanças persistentes: a criança que passa a evitar a escola, que deixa de participar, que se irrita sempre, que é corrigida ou que perde o lugar entre os colegas (Miller-Lewis et al., 2014). Pesquisa com estudantes na transição para a escola mostrou que relações professor-estudante mais estáveis e positivas se associaram a menos problemas de saúde mental e a mais comportamento de socialização, sugerindo que a qualidade da experiência escolar modula o impacto dessa passagem (Miller-Lewis et al., 2014).



Diante desse cenário, a escola deve ser tratada como espaço estratégico para promover a saúde mental e o bem-estar, além das habilidades para fomentar a aprendizagem, a partir da ideia de uma abordagem de escola inteira, que inclui: políticas claras, ambiente seguro e inclusivo, apoio aos docentes, currículo que contemple habilidades socioemocionais e conexão com a rede de saúde e proteção (OMS; UNICEF; UNESCO, 2023).

Uma referência útil para pensar essa etapa escolar é a teoria da autode-terminação, que propõe que o engajamento e o bem-estar dependem de três necessidades psicológicas básicas: autonomia, competência e pertencimento. Essa perspectiva ajuda a evitar dois atalhos reducionistas: olhar a criança apenas como alguém a ser contido e o professor apenas como alguém que aplica técnicas. Em uma direção mais eficaz, deve-se considerar que a criança aprende melhor quando pode participar do processo, sente que é capaz de avançar e conta com relações confiáveis (Howard et al., 2025).

## **ANSIEDADE, DEPRESSÃO, DIFICULDADES DE APRENDIZAGEM E AUTOESTIMA**

Nos anos iniciais do ensino fundamental, o sofrimento emocional raramente é nomeado. A ansiedade, por exemplo, costuma aparecer em razão do medo de errar, da necessidade excessiva de confirmação, da demora em começar ou da evitação de tarefas, do choro, da paralisação diante de atividades e de queixas físicas, sobretudo quando a situação envolve exposição. A Organização Mundial da Saúde (OMS) descreve justamente esse padrão, incluindo dor de barriga, dor de cabeça, sudorese, falta de ar, medo de humilhação e recusa escolar por receio de falhar ou de se separar dos cuidadores (OMS, 2021).

## "TODA SEGUNDA-FEIRA ELE PASSA MAL"

### \* SITUAÇÃO ILUSTRATIVA

João Pedro tem 7 anos e está no 2º ano. Nas últimas semanas, a professora percebeu um padrão: quase toda segunda-feira, ele chega mais quieto, empalidece na fila da entrada e pede para ir ao banheiro porque está com dor de barriga. Às vezes chora baixinho e pergunta se a escola pode telefonar para a mãe "se acontecer alguma coisa". Não gosta de brincar com os outros; prefere ficar perto dos adultos. Em casa, segundo a mãe, ele brinca normalmente nos fins de semana.

A professora descobre, em conversa mais cuidadosa, que a mãe teve uma crise convulsiva alguns meses antes e precisou ser levada ao hospital enquanto João Pedro estava na escola. Desde então, ele ficou mais grudado nela e passou a resistir mais à entrada na escola. A avó interpreta isso como "fraqueza". A mãe, cansada, às vezes tenta soltá-lo rapidamente para "não dar palco".

### \* INTERPRETAÇÃO DO CASO

A ansiedade pode manifestar-se como sintoma físico em crianças pequenas, como resistência à entrada na escola e busca de proximidade com adultos de confiança. Nesses casos, a escola tende a oferecer melhores condições de adaptação quando organiza uma chegada previsível e acolhedora, em vez de pressionar a criança a enfrentar a situação. Acolhimento na chegada, despedida breve dos responsáveis, tarefa inicial conhecida e observação atenta do padrão de comportamento costumam ser estratégias mais eficazes do que as tentativas de apressar a adaptação da criança.

\* PONTO DE ATENÇÃO PARA O PROFESSOR: recusa escolar recorrente, especialmente quando acompanhada de queixas físicas e de insegurança em relação aos cuidadores, requer compreensão contextualizada e uma rotina de chegada mais estável.

Além da ansiedade, quadros depressivos podem afetar negativamente a aprendizagem e a autoestima das crianças no contexto escolar. Nessa população, o sofrimento depressivo ou o rebaixamento de humor pode manifestar-se menos como tristeza verbalizada e mais como irritabilidade, retraimento, perda de iniciativa, cansaço, queda no rendimento, comentários autodepreciativos e sensação persistente de fracasso. O ponto clínico não é o professor estabelecer diagnóstico, mas reconhecer quando o funcionamento da criança mudou de forma sustentada. A OMS chama a atenção para o risco aumentado de autolesão em estudantes com depressão e recomenda que tais sinais sejam levados a sério e comunicados à família e à rede de saúde quando necessário (OMS, 2021).

As dificuldades de aprendizagem entram nesse cenário não só como questão didática, mas também como experiência emocional cotidiana. A escola

participa da construção da autoestima e o fracasso repetido costuma ser vivido menos como “ainda não aprendi” e mais como “há algo errado comigo”. O inverso também é verdadeiro: quando a criança encontra apoio para revisar erros, percebe progresso e convive com adultos que sustentam a expectativa de que ela pode aprender, a autoestima tende a se reorganizar. A OMS é clara ao afirmar que o fracasso escolar persistente fragiliza a autoestima da criança e que experiências de sucesso apoiadas ajudam a fortalecê-la (OMS, 2021).

Nesse sentido, é importante considerar a relação entre a aprendizagem e o sofrimento mental. Crianças com transtornos de linguagem e de aprendizagem apresentam mais problemas de ansiedade e de comportamento do que seus pares. O risco não está apenas na dificuldade em si, mas na combinação entre dificuldade persistente, vergonha, comparação e avaliações que reduzem a criança ao que ela ainda não consegue fazer (Donolato et al., 2022).

### A FOLHA EM BRANCO

#### \* SITUAÇÃO ILUSTRATIVA

Larissa, de 9 anos, está no 4º ano. Sempre foi considerada uma aluna tranquila, mas a professora notou mudanças no último trimestre. Larissa demora a começar atividades que envolvam leitura em voz alta ou produção escrita, apaga muito e pede para beber água. Se a professora insiste na realização dessas tarefas, ela ri e diz: “Deixa, tia, eu sou ruim nisso mesmo”. Nas rodas com a turma, participa menos e, no recreio, fica com uma única colega.

A mãe relata que Larissa está mais irritada em casa, cansada e “sem vontade de nada”. Diz que a filha sempre teve mais dificuldade em ler e que isso tem piorado. A professora se pergunta se está diante de um problema de aprendizagem, de ansiedade, de tristeza ou de tudo isso.

#### \* INTERPRETAÇÃO DO CASO

A dificuldade escolar parece ter se tornado parte da imagem que a criança faz de si. Ela não evita apenas a tarefa; evita a exposição que ela implica. O manejo pedagógico precisa reduzir a humilhação sem reduzir a exigência: dividir a tarefa, retirar a exposição desnecessária, dar apoio graduado e registrar em quais situações ela a paralisa.

\* PONTO DE ATENÇÃO PARA O PROFESSOR: proteger a relação da criança com a aprendizagem, reduzindo a exposição humilhante e oferecendo apoio gradual, e ajuda a interromper o ciclo em que a dificuldade vira identidade.

A percepção da escola deve ser precisa e cuidadosa. Nem toda criança que evita a tarefa está desinteressada; nem toda que perturba a aula está apenas

desafiando regras, da mesma forma que o silêncio não é uma prova de que tudo está bem. Em alguns casos, o que parece preguiça, oposição ou desatenção é uma forma defensiva de lidar com a incapacidade, a vergonha ou o medo de exposição. Problemas de visão, de audição, de fala ou de linguagem podem ser confundidos com sofrimento psíquico ou com comportamento difícil. Antes de concluir que é “emocional” ou é “falta de esforço”, a escola precisa olhar o contexto com cuidado (OMS, 2021).

Crianças de 6 a 10 anos variam bastante no ritmo de adaptação, na forma de pedir ajuda e na tolerância à frustração. Discriminar quadros passageiros de quadros persistentes, diferenciar comportamentos esperados e comportamentos excessivos e identificar dificuldade comum e dificuldade relacionada a algum sofrimento emocional podem ajudar o professor a compreender como a experiência emocional no processo de aprendizagem impacta a relação da criança com o aprender, com os outros, consigo mesma e com a vida escolar como um todo.

## RELAÇÕES ENTRE PARES, *BULLYING* E EXCLUSÃO

Nos anos iniciais, ser incluído, ser chamado para brincar, ser ouvido e protegido da ridicularização têm efeito direto sobre o bem-estar e o vínculo com a escola. Boa parte da saúde mental nessa etapa passa pela pergunta: há lugar para mim aqui? Quando a criança se sente reconhecida e segura, a escola tende a funcionar como uma proteção. Quando se sente repetidamente rejeitada, ignorada ou exposta, o espaço escolar pode passar a ser vivido com vigilância, retraimento ou recusa.

Nem toda exclusão se manifesta em cenas abertas de agressão. Muitas vezes, ela se mostra na repetição de pequenos gestos: a criança que nunca é escolhida, que sobra nos grupos, cujo erro é recebido com riso, que circula pelo recreio sem se fixar em ninguém ou que é tolerada, sem ser incluída de fato. Vistos isoladamente, esses episódios podem parecer pequenos. O problema está na repetição: quando se acumulam, mudam a expectativa da criança sobre o lugar dela na escola.

*Bullying*, por sua vez, requer um nome preciso. Não se trata de qualquer conflito entre crianças, mas de comportamentos intencionais que causam sofrimento, ocorrem repetidamente ao longo do tempo e envolvem um desequilíbrio de poder que dificulta a defesa da criança-alvo. Essas agressões podem ser físicas, verbais, relacionais ou sociais. Nesse contexto, a exclusão crônica de atividades, grupos ou amizades merece atenção especial. Embora muitas vezes seja menos visível do que a agressão aberta, ela pode constituir uma forma de *bullying*

quando é persistente e sustentada por relações de poder. Existe uma relação importante a ser considerada entre a vitimização por *bullying* e a piora da saúde mental, incluindo depressão, ansiedade, piora da saúde geral e maior risco de ideação suicida ou de autolesão. Além disso, a exclusão persistente fragiliza o vínculo escolar e a percepção de valor social da criança (Moore et al., 2017).

Para o professor, a implicação é direta: a exclusão não é um assunto menor, e *bullying* não é “brincadeira” quando há repetição, medo e assimetria. A criança que vai ficando à margem da turma, evita o recreio, ri de si antes dos outros rirem ou passa a rejeitar a escola, pode estar mostrando sofrimento antes de conseguir explicá-lo. Nessa etapa, o pertencimento não é um tema periférico; é condição para a participação, a aprendizagem e a segurança.

### QUANDO O SOFRIMENTO SE EXPRESSA NO CORPO E NO COMPORTAMENTO

Uma tarefa importante do professor nos anos iniciais é não confundir automaticamente sofrimento com má vontade, oposição ou desinteresse. A criança pequena nem sempre dispõe de linguagem para dizer que está com medo, vergonha, raiva ou tristeza. Muitas vezes, fala pelo corpo e pelo comportamento: dores recorrentes, choro fácil, irritação, retraimento, apatia, agitação, recusa e mudanças bruscas na participação. Mais do que um sinal isolado, importam o padrão, a duração, a intensidade e o impacto sobre a aprendizagem, a convivência e o bem-estar (OMS, 2021).

Comportamentos autolesivos (*self-harm*) entram nesse quadro. Não são o fenômeno mais frequente nos anos iniciais, mas precisam ser tratados com seriedade. A diretriz NICE, que compila recomendações sobre o melhor cuidado em saúde pelo órgão de saúde do Reino Unido, define como autoenvenenamento ou autoagressão intencional, independentemente do propósito aparente. Essa definição ajuda a evitar uma armadilha comum: discutir primeiro “o que a criança quis dizer” em vez de reconhecer que houve um ato de dano ao próprio corpo que exige proteção, escuta cuidadosa e avaliação adequada (Nice, 2022).

A autolesão pode aparecer no fim da infância e costuma associar-se a sofrimento significativo, vitimização por *bullying* e dificuldade de regulação emocional. Em situações de maior gravidade, quando a criança causa lesão a si mesma para pôr fim à própria vida, trata-se de um comportamento suicida (Silva, 2019; Fonseca et al., 2024). Independentemente da natureza da autolesão, diante de um episódio ou de uma suspeita dessa ocorrência, a escola não deve buscar atribuir uma causa única a um evento tão complexo (Silva, 2019; Fonseca et al., 2024), tampouco interpretar, moralizar ou manejar sozinha. Precisa acolher, registrar o que observou, comunicar à equipe responsável, en-

volver a família e avaliar o risco. Em situações agudas, o foco é a segurança e o acesso rápido ao atendimento em saúde (Nice, 2022).

## NO RECREIO, ELE FOI DESAPARECENDO

### \* SITUAÇÃO ILUSTRATIVA

Miguel tem 10 anos e está no 5º ano. Nas primeiras semanas, parecia integrado à turma. Aos poucos, a professora percebeu mudanças: ele passou a ficar no fim da fila do recreio, voltou mais cedo da quadra e deixou de levantar a mão. Um dia, a inspetora viu dois meninos maiores tirando o boné dele e chamando-o de “mole”. Depois, uma colega contou que ele vinha sendo perseguido na quadra, que já haviam tomado seu lanche e que o haviam ameaçado para que não contasse a ninguém.

Na semana seguinte, a professora notou marcas lineares superficiais no antebraço. Miguel disse que foi o gato, mas depois admitiu que às vezes se arranha quando volta muito nervoso do recreio. Negou querer morrer, mas disse que faz isso quando sente “um aperto muito ruim” e não sabe o que fazer.

### \* INTERPRETAÇÃO DO CASO

O caso reúne dois sinais que a escola não deve banalizar: vitimização por *bullying* e autolesão como descarga de tensão. A prioridade não é interpretar, e sim proteger a saúde e a vida da criança: interromper a violência, registrar o que foi observado, comunicar à equipe escolar, envolver a família e encaminhar à unidade de saúde.

\* PONTO DE ATENÇÃO PARA O PROFESSOR: diante do *bullying* e da autolesão, a escola deve priorizar a proteção, o registro, a comunicação com a equipe escolar e o encaminhamento ao serviço de saúde. Em situação de urgência, o foco é a segurança e o atendimento imediato.

## O PAPEL DO PROFESSOR NA MEDIAÇÃO EMOCIONAL

Falar do professor como mediador emocional não significa atribuir a ele uma função clínica. O professor é um dos adultos que mais repetidamente organizam a experiência da criança na escola. Em termos pedagógicos, isso envolve três tipos de suporte: dar margem de participação e sentido às atividades; oferecer estrutura, dar devolutivas claras e orientações para avançar na aprendizagem, oferecer desafio ajustado ao progresso da turma e dos estudantes; e sustentar relações confiáveis, respeitosas e protetivas. Pela forma como acolhe, corrige, se comunica, regula conflitos, protege os mais vulneráveis e sustenta expectativas, o professor ajuda a definir se a sala será vivida como um espaço de pertencimento e participação ou como um ambiente de insegurança e afastamento.

Em muitos momentos, esse trabalho envolve um componente de correção. A criança chega tomada por medo, vergonha, raiva ou frustração e ainda precisa de um adulto que empreste a linguagem, organize a situação e devolva a possibilidade de pensar. Isso não transforma o professor em terapeuta. Mostra apenas que, no cotidiano escolar, ensinar e regular o clima da aprendizagem fazem parte do mesmo trabalho.

Isso, no entanto, não depende apenas da disposição individual. Estudos baseados na teoria da autodeterminação sugerem que professores e pais que vivenciam mais a satisfação de suas necessidades psicológicas e mais bem-estar tendem a ser percebidos como mais apoiadores; e comportamentos docentes apoiadores se associam a melhor desempenho, engajamento e bem-estar dos estudantes (Howard et al., 2025). As recomendações mais robustas insistem, por isso, na abordagem de escola inteira, apresentada no início deste capítulo (OMS; UNICEF; UNESCO, 2023).

## ESTRATÉGIAS PEDAGÓGICAS PROTETIVAS

Promover a saúde mental na escola não depende apenas de intervenções especializadas. Depende, em grande parte, de uma pedagogia qualificada com intencionalidade relacional. Uma forma simples de organizar essas práticas é perguntar se elas ampliam a participação significativa da criança, a experiência de competência e o pertencimento ao grupo. Estudos sobre aprendizagem socioemocional mostram efeitos positivos sobre habilidades socioemocionais, comportamento e desempenho acadêmico, sugerindo que trabalhar o bem-estar e a aprendizagem não são tarefas concorrentes (Cipriano et al., 2023).

Em termos práticos, isso começa por oferecer estrutura sem sufocar participação. Tarefas excessivamente difíceis produzem humilhação e esquivas; tarefas fáceis demais produzem desmotivação. O ponto pedagógico mais fértil costuma ser aquele em que a criança precisa se esforçar, mas ainda assim consegue experimentar progresso. Também importa realizar a diferenciação entre erro e identidade da criança: corrigir sem expor, comentar o processo e não apenas o resultado, valorizar a tentativa consistente, oferecer escolhas pequenas e explicar o sentido da atividade, quando possível, ajudam a proteger a relação da criança com o aprender.

Outra medida importante é dar previsibilidade ao cotidiano. Rotina clara, transições bem conduzidas e comportamento estável reduzem a ansiedade e ampliam a autorregulação. O ensino de habilidades socioemocionais, como pedir ajuda, esperar a vez, resolver conflitos, tolerar frustração e sustentar tentativas pode ser desenvolvido não apenas nos períodos formais de aula, mas também em outros momentos da rotina escolar.

Pertencimento vai muito além de gostar da escola. Ele envolve o vínculo psicológico e emocional que os estudantes desenvolvem com a escola, baseado na percepção subjetiva de serem aceitos, respeitados, incluídos e apoiados pela comunidade escolar. Assim, o professor pode ver a construção do pertencimento como conteúdo pedagógico implícito. Quem fala primeiro, quem é interrompido, como o erro é recebido, como os grupos se formam e quem fica de fora transmitem mensagens duradouras sobre valor e lugar. Nomear talentos diversos, ampliar formas legítimas de sucesso, evitar comparações humilhantes e proteger crianças vulneráveis à exclusão são medidas simples, mas decisivas para que a escola se torne um espaço de proteção, conexão e desenvolvimento.

### ENCAMINHAMENTOS POSSÍVEIS QUANDO O SOFRIMENTO APARECE

Quando o sofrimento se torna persistente, intenso, incapacitante ou envolve risco, a escola precisa sair do manejo pedagógico e acionar a rede de saúde. Isso vale para recusa escolar sustentada, tristeza ou irritabilidade marcantes, retraimento importante, alterações persistentes de comportamento, autolesão, suspeita de violência e qualquer situação em que a saúde e a vida da criança estejam ameaçadas. O ponto de partida continua sendo a observação qualificada: o que tem acontecido, em que contextos, com que frequência, desde quando e com quais efeitos sobre a aprendizagem, a convivência e o bem-estar.

Essa observação exige cuidado na conversa com a família. A comunicação mais útil é objetiva e descritiva: o que foi observado, em quais situações, há quanto tempo, com que intensidade e por que isso preocupa. Quando a família é chamada apenas para ouvir juízos vagos, tende a reagir com defesa ou culpa; quando recebe uma descrição concreta e respeitosa, aumenta a chance de uma parceria. Quando houver dúvida quanto à gravidade, é prudente compartilhar a preocupação com a gestão ou com a equipe de apoio antes de individualizar conclusões.

A articulação pode envolver a Atenção Primária/Unidade Básica de Saúde (UBS) e outros pontos da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), que reúne serviços como Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), atenção hospitalar, Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192) e Unidade de Pronto Atendimento (UPA 24h). Dependendo da gravidade e das necessidades da criança, a escola deve compartilhar a observação com a família, orientar a busca por avaliação em saúde e articular com os serviços especializados. Quando houver suspeita de violência, negligência ou outras violações de direitos, a articulação com a rede de proteção social também se impõe (Brasil, [s.d.]). Destaca-se que, dentre os serviços de saúde mencionados, em casos de urgência, quando a integridade da criança estiver em risco imediato, podem ser acionados o pron-

to-socorro de uma unidade hospitalar, o SAMU 192 ou a UPA 24h. Esses procedimentos de encaminhamento e articulação com a rede serão aprofundados nos Capítulos 8 e 11 desta obra.

## SÍNTESE

Nos anos iniciais do ensino fundamental, a escola participa da forma como a criança aprende, se relaciona e constrói sua autoestima. O que está em jogo não é apenas o domínio de conteúdos, mas também a consolidação de uma experiência de competência, de pertencimento e de valor pessoal. Por isso, aprendizagem, sofrimento emocional e vida relacional não aparecem separados no cotidiano: se entrelaçam o tempo todo.

O professor desempenha um papel específico e relevante nesse processo. Ele observa padrões que muitas vezes não aparecem em outros contextos, percebe mudanças no funcionamento, protege a criança da humilhação desnecessária e pode interromper precocemente trajetórias de fracasso, exclusão e silêncio. Sua contribuição não está em diagnosticar, mas em interpretar melhor o cotidiano escolar, sustentar a relação da criança com a aprendizagem e acionar ajuda quando o sofrimento ultrapassa o que a escola pode manejar sozinha.

Em termos práticos, isso implica lembrar que o sofrimento infantil nem sempre se manifesta em palavras; muitas vezes surge no corpo, no comportamento, no retraimento, na irritação ou na recusa. Implica também reconhecer que uma escola protetiva não precisa imaginar crianças frágeis, nem professores heroicos. Precisa criar condições para que as crianças participem, aprendam e se reorganizem quando encontram estrutura, vínculo e margem de ação, para que os professores exerçam julgamento profissional com apoio institucional. Cuidar da saúde mental na escola, nessa chave, não é sair do trabalho pedagógico; é qualificar a maneira de realizá-lo.

Os desafios contemporâneos da infância pedem justamente esse olhar integrado, que orientará a próxima parte deste livro.

---

Nota sobre as situações ilustrativas: os casos apresentados ao longo do capítulo são compostos e ficionalizados, construídos a partir de padrões descritos em materiais técnicos e na literatura científica, com adaptação ao contexto escolar brasileiro.



# 3 PARTE

## Questões contemporâneas

Entre o cuidado e os novos desafios educacionais



## Saúde mental, neurodiversidade e medicalização na infância

Isabel de Andrade Amato, Marcos Ribeiro e Sheila C. Caetano

*Ninguém pode ser, autenticamente, proibindo que os outros sejam.*

*Paulo Freire, Pedagogia do Oprimido*

Nas últimas décadas, termos como Transtorno de Déficit de Atenção com Hiperatividade (TDAH), autismo, dislexia e ansiedade infantil passaram a circular com frequência nas salas dos professores, nas reuniões de pais e nos corredores das escolas. Esse movimento trouxe avanços importantes. Muitas crianças, antes vistas como preguiçosas, desinteressadas ou malcomportadas, passaram a ter suas dificuldades reconhecidas e a receber apoio. Ao mesmo tempo, surgiu uma preocupação legítima: estamos transformando em doença tudo o que foge do padrão esperado de comportamento, de aprendizagem ou de desempenho?

Este capítulo parte de uma ideia simples: o problema não está em diagnosticar, mas em fazê-lo mal, tarde demais ou sem considerar o contexto. Diagnósticos podem abrir portas para direitos, serviços, adaptações e tratamentos. Também podem gerar rótulos, estigma e expectativas reduzidas, quando substituem uma compreensão ampla da criança.

O objetivo deste capítulo é ajudar professores a observar melhor, comunicar suas preocupações com mais precisão e participar de redes de cuidado sem assumir o papel de profissionais de saúde. A escola não diagnostica. Mas a escola vê. E, muitas vezes, vê antes de todos.

### DESENVOLVIMENTO INFANTIL E SAÚDE MENTAL

Crianças não são adultos em miniatura. O cérebro infantil está em transformação contínua, e diferentes habilidades — atenção, linguagem, controle emocional, coordenação, organização e flexibilidade — amadurecem em rit-

mos distintos. Um comportamento esperado em uma criança de 6 anos pode indicar sofrimento ou atraso quando persiste em um adolescente de 14 anos. Por isso, idade cronológica, maturidade e contexto precisam orientar qualquer interpretação do comportamento infantil (Shonkoff e Phillips, 2000; Rodrigues et al., 2023).

O desenvolvimento também depende da qualidade das experiências. Relações seguras, previsibilidade, brincadeira, linguagem, sono, alimentação, oportunidades de aprendizagem e proteção contra a violência ou o estresse crônico influenciam a regulação emocional, a atenção e a capacidade de aprender. Experiências positivas não garantem um desenvolvimento saudável, assim como vivências adversas não determinam o futuro de uma criança. Entretanto, ambas moldam trajetórias e podem ampliar ou reduzir riscos (Vento et al., 2024).

Saúde mental na infância não significa apenas ausência de transtornos. A Organização Mundial da Saúde a define como um estado de bem-estar no qual a pessoa reconhece suas capacidades, lida com os desafios do cotidiano e participa da vida social. Na infância, isso inclui desenvolver vínculos, brincar, aprender, regular as emoções e participar de ambientes que façam sentido para a criança (OMS, 2022).

Aprendizagem e emoções caminham juntas. Uma criança ansiosa, triste ou exposta a estresse prolongado tende a ter mais dificuldade para manter atenção, memorizar conteúdos e resolver problemas. O caminho inverso também ocorre: dificuldades acadêmicas persistentes podem gerar vergonha, medo de errar, baixa autoestima e evitação das tarefas escolares. Quando esse ciclo se instala, a criança pode parecer desinteressada, quando, na verdade, já aprendeu a esperar pelo fracasso (Silva et al., 2021).

### O QUE OS NÚMEROS MOSTRAM

- \* Entre **10% e 20% das crianças e adolescentes apresentam algum transtorno mental** clinicamente significativo (OMS, 2022).
- \* No Brasil, **81% dessas crianças nunca receberam atendimento em saúde mental** (Fatori et al., 2019).
- \* Metade dos transtornos mentais diagnosticados na vida adulta **começa antes dos 14 anos** (Kessler et al., 2005).

**Esses dados tornam a escola um dos espaços mais estratégicos para a observação, a prevenção e a identificação precoce.**

## O QUE É MEDICALIZAÇÃO DA INFÂNCIA?

A medicalização é o processo pelo qual situações antes compreendidas como educacionais, sociais, familiares ou comportamentais passam a ser tratadas predominantemente como problemas médicos (Conrad, 2007). Na infância, isso ocorre quando comportamentos naturais do desenvolvimento ou dificuldades ligadas ao contexto de vida da criança são interpretados apenas como sintomas de transtornos.

No contexto escolar, a medicalização aparece quando dificuldades de aprendizagem, de comportamento ou de disciplina são explicadas exclusivamente como problemas individuais do estudante. Essa leitura pode deslocar para a criança uma responsabilidade que também envolve práticas pedagógicas, organização institucional, relações escolares, desigualdades sociais e condições familiares (Santos e Toassa, 2021; Caldeira et al., 2021).

Medicalização não é sinônimo de diagnóstico. Diagnósticos podem ser necessários e benéficos. Eles ajudam a reconhecer o sofrimento real, orientar intervenções, acessar direitos e organizar apoios. O risco surge quando a explicação biomédica apaga outras leituras igualmente importantes ou transforma diferenças, imaturidade e dificuldades contextuais em patologias individuais. A crítica à medicalização não nega a existência de transtornos nem os benefícios dos tratamentos. Ela questiona explicações estreitas para problemas complexos (Carneiro, 2021; Santos e Toassa, 2021).

### QUADRO 6. DIAGNÓSTICO: CONTRIBUIÇÕES E LIMITES

| O DIAGNÓSTICO AJUDA QUANDO                    | O DIAGNÓSTICO PODE PREJUDICAR QUANDO             |
|-----------------------------------------------|--------------------------------------------------|
| Reconhece sofrimento real                     | Reduz a criança a uma categoria clínica          |
| Orienta intervenções específicas              | Ignora fatores familiares, sociais e pedagógicos |
| Amplia o acesso a direitos e serviços         | Substitui adaptações por medicação               |
| Ajuda a família a compreender as dificuldades | Reforça estigma e baixa autoestima               |
| Apoia adaptações pedagógicas                  | Transforma diferenças em doenças                 |

O desafio, portanto, não é escolher entre diagnosticar e não diagnosticar. É garantir uma avaliação cuidadosa, uma interpretação contextualizada e o uso do diagnóstico como ferramenta de apoio — nunca como sentença sobre quem a criança é.

## TDAH E ESCOLA

O Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH), é uma das condições mais estudadas e discutidas na educação. Caracteriza-se por dificuldades persistentes de atenção, hiperatividade e impulsividade, de intensidade superior à esperada para a idade e com impacto significativo na vida escolar, familiar ou social da criança (Faraone et al., 2021).

O TDAH tem base neurobiológica. Estudos genéticos indicam forte componente hereditário, com herdabilidade média estimada em cerca de 74% em estudos com gêmeos (Faraone e Larsson, 2019). Estudos de neuroimagem também mostram diferenças médias em circuitos relacionados à atenção, ao controle inibitório e à regulação da motivação. Isso não significa, porém, que exista um exame de imagem capaz de diagnosticar TDAH em uma criança específica. O diagnóstico continua sendo clínico, baseado em história cuidadosa, múltiplos informantes e na avaliação do impacto funcional.

Reconhecer a existência do TDAH não implica aceitar diagnósticos apressados. O aumento de diagnósticos nas últimas décadas levantou questões legítimas sobre possíveis excessos, especialmente quando comportamentos esperados para a idade são interpretados como sintomas, deixando de lado a análise do contexto escolar, familiar e social (Kazda et al., 2021).

No Brasil, essa discussão exige equilíbrio: é preciso evitar a medicalização de dificuldades escolares, mas também garantir avaliação e tratamento para crianças que realmente apresentam TDAH.

Muitos jovens permanecem sem cuidado adequado, com prejuízos acadêmicos, familiares e sociais que poderiam ser reduzidos com apoio oportuno (Maia et al., 2015; Maia et al., 2016).

## **TDAH E O EFEITO DA IDADE RELATIVA**

Pesquisas internacionais mostram que crianças mais novas, dentro de uma mesma turma, recebem diagnóstico de TDAH com mais frequência do que colegas mais velhos. Uma criança nascida em dezembro e outra em janeiro do mesmo ano escolar, por exemplo, podem ter quase um ano de diferença na maturidade. No início da vida, essa diferença pesa muito na atenção, no controle motor, na tolerância à frustração e na autorregulação (Kazda et al., 2021).

**É preciso evitar a medicalização das dificuldades escolares, mas também garantir a avaliação e o tratamento para crianças com TDAH.**

Esse achado não anula o TDAH. Ele apenas lembra que o comportamento precisa ser interpretado com cuidado. Antes de encaminhar um estudante, vale perguntar: a dificuldade é persistente? Causa prejuízo real? Aparece em diferentes contextos? Ou pode estar ligada à idade cronológica, ao ritmo de desenvolvimento, ao sono, ao estresse, às condições familiares, à dinâmica da turma e ao uso excessivo de telas?

## **O PROBLEMA MENOS VISÍVEL: O SUBDIAGNÓSTICO DO TDAH**

Enquanto o debate público costuma enfatizar o excesso de diagnósticos, muitas crianças passam anos sem serem identificadas. Meninas são um exemplo importante. O TDAH, nelas, pode aparecer mais como desatenção silenciosa, esquecimento, lentidão para iniciar tarefas e dificuldade de organização do que como agitação física. Por isso, muitas são descritas como “distraídas”, “displicentes” ou “sonhadoras” — e não como crianças que podem precisar de apoio (Quinn e Madhoo, 2014).

A boa prática não é encaminhar menos ou mais. É encaminhar melhor. A escola deve evitar rótulos apressados, mas não deve esperar que uma criança “amadureça” quando a dificuldade persiste por meses, prejudica a aprendizagem e afeta a autoestima, as relações ou a participação em sala de aula.

## **AUTISMO, NEURODIVERSIDADE E INCLUSÃO ESCOLAR**

O Transtorno do Espectro Autista (TEA), é uma condição do neurodesenvolvimento caracterizada por diferenças persistentes na comunicação social, na interação recíproca e na flexibilidade do comportamento. Essas diferenças

podem se manifestar como dificuldade em iniciar ou manter conversas, interpretar sinais sociais, compartilhar interesses ou ajustar o comportamento ao contexto. Também podem incluir padrões restritos e repetitivos de comportamento, forte necessidade de rotina, interesses intensos, movimentos repetitivos e respostas sensoriais atípicas a sons, luzes, texturas, cheiros, sabores, temperatura ou dor (APA, 2022; OMS, 2025).

A palavra espectro é essencial. Não existe um único jeito de ser autista. Alguns estudantes precisarão de apoio substancial ao longo da vida. Outros terão alto grau de autonomia, habilidades cognitivas preservadas e bom desempenho acadêmico.

As manifestações variam conforme a idade, a linguagem, o desenvolvimento intelectual, o ambiente e o nível de suporte necessário. Tratar o autismo como uma condição uniforme é um erro frequente que pode comprometer a compreensão das necessidades e das potencialidades de cada criança (Lord et al., 2020).

## O AUMENTO DOS DIAGNÓSTICOS DE AUTISMO É UMA EPIDEMIA?

Não. A maior parte do aumento nas taxas de diagnóstico parece refletir uma combinação de fatores: a ampliação dos critérios analisados, a maior conscientização social, a melhora no acesso a serviços e a identificação de pessoas que antes passavam despercebidas, incluindo meninas, adolescentes e adultos. Isso não significa que todo diagnóstico seja bem-feito. No autismo, conclusões apressadas e tardias podem coexistir.

No Brasil, o atraso ainda preocupa. Em um estudo brasileiro, mães perceberam os primeiros sinais, em média, aos 23,6 meses de vida da criança, mas o diagnóstico formal ocorreu apenas aos 59,6 meses — cerca de três anos depois (Ribeiro et al., 2017). Isso afeta especialmente as meninas, os estudantes com boa linguagem, as crianças com habilidades cognitivas preservadas e aqueles que aprendem a camuflar dificuldades sociais para se adaptarem ao ambiente escolar (Lundström et al., 2015; Hull et al., 2020).

Portanto, o aumento de diagnósticos não deve ser tratado simplesmente como uma “epidemia”. A pergunta mais útil é: quem está sendo visto, quem continua invisível e que tipo de apoio cada criança recebe após a identificação?

## NEURODIVERSIDADE: UMA MUDANÇA DE OLHAR

O movimento da neurodiversidade propõe que diferenças neurológicas, como o autismo, façam parte da diversidade humana. Essa perspectiva não nega dificuldades reais nem minimiza a necessidade de suporte. Ela lembra que parte do sofrimento surge da falta de ambientes preparados para diferentes formas de comunicação, aprendizagem, brincadeira e participação.

Para o professor, essa mudança é prática. Em vez de focar apenas no que o estudante não consegue fazer, a escola passa a perguntar: o que ele consegue? O que o engaja? Quais barreiras aumentam seu sofrimento? Que adaptações favorecem sua participação efetiva na rotina escolar?

## ESTRATÉGIAS ÚTEIS PARA ESTUDANTES AUTISTAS:

- \* Manter rotinas previsíveis e antecipar mudanças;
- \* Oferecer instruções claras, objetivas e, quando possível, visuais;
- \* Reduzir barreiras sensoriais ligadas a barulho, iluminação, textura, cheiros e excesso de estímulos;
- \* Usar interesses específicos como ponto de entrada para a aprendizagem;
- \* Flexibilizar atividades, formas de participação e modos de avaliação;
- \* Apoiar a interação com colegas sem forçar a exposição social excessiva.

Inclusão não é presença física na sala. Inclusão é participação, pertencimento e acesso real ao aprendizado (UNESCO, 2020).

## DIFICULDADES DE APRENDIZAGEM: MUITO ALÉM DA PREGUIÇA

Em praticamente todas as turmas há estudantes que apresentam dificuldades persistentes para ler, escrever ou calcular, mesmo recebendo ensino adequado. Quando essas dificuldades são significativas, específicas e muito abaixo do esperado para a idade — sem serem explicadas por falta de oportunidade, deficiência intelectual ou problemas sensoriais — podem indicar um transtorno do desenvolvimento da aprendizagem (OMS, 2025).

Essas dificuldades podem afetar a leitura, a escrita, a aritmética ou mais de uma área ao mesmo tempo. Os quadros mais conhecidos são a dislexia, quando a principal dificuldade envolve a leitura; a discalculia, quando envolve a matemática; e as dificuldades persistentes na expressão escrita. Nenhum

desses quadros decorre de falta de inteligência ou de esforço. Muitos estudantes com dislexia, por exemplo, têm raciocínio verbal excelente e alto potencial acadêmico quando recebem suporte adequado.

Fracassos escolares repetidos deixam marcas. Ao longo do tempo, estudantes com dificuldades de aprendizagem não identificadas podem desenvolver ansiedade, baixa autoestima, medo de participar das atividades e comportamentos de esquiva. Muitas vezes, o estudante visto como “preguiçoso”, “desinteressado” ou “problemático” já tentou muitas vezes e aprendeu a se proteger do fracasso, evitando a tarefa (Nelson; Harwood, 2011).

Quando várias dificuldades aparecem juntas — em atenção, linguagem, coordenação, aprendizagem ou interação social — e ainda não há diagnóstico definido, o conceito de ESSENCE<sup>3</sup> ajuda a entender que essas combinações são frequentes no desenvolvimento infantil, não exceções. A escola não precisa esperar um rótulo diagnóstico para começar a apoiar esse estudante (Gillberg, 2010).



---

3 ESSENCE (Early Symptomatic Syndromes Eliciting Neurodevelopmental Clinical Examinations) refere-se à coexistência precoce de diferentes dificuldades do neurodesenvolvimento, frequentemente observadas antes de um diagnóstico definido (Gillberg, 2010).

O ponto central é simples: o diagnóstico pode organizar o cuidado, mas o apoio pedagógico não deve depender exclusivamente dele. A escola pode observar habilidades preservadas, identificar situações em que a criança funciona melhor, testar adaptações e registrar o que ajuda ou o que atrapalha.

## **SOBREDIAGNÓSTICO, SUBDIAGNÓSTICO E DESIGUALDADE**

O debate sobre medicalização costuma ser apresentado como uma escolha entre dois extremos: diagnósticos excessivos ou diagnósticos insuficientes. Essa oposição é fraca. Os dois problemas coexistem e afetam grupos distintos.

Uma criança mais nova na turma pode ser rotulada cedo demais. Uma menina com TDAH desatento<sup>4</sup> pode permanecer invisível por anos. Um estudante autista com boa linguagem pode mascarar dificuldades sociais até entrar em sofrimento. Outro, com dificuldades de aprendizagem, pode ser chamado de preguiçoso antes que alguém investigue a leitura, a linguagem, a memória de trabalho ou as oportunidades reais de ensino.

A desigualdade atravessa esse processo. Famílias com mais recursos financeiros tendem a ter mais facilidade para acessar avaliação especializada. As que possuem menos podem depender de longas filas, de serviços fragmentados e de escolas com pouca estrutura de apoio. O resultado é paradoxal: algumas crianças recebem rótulos em excesso; outras sequer chegam à avaliação.

Para a escola, a pergunta mais útil não é apenas se há diagnósticos de mais ou de menos. A pergunta é: quem está sendo visto, quem está sendo ignorado, em que contexto e com quais consequências? Essa questão ajuda a evitar dois erros: transformar as diferenças em transtornos e deixar o sofrimento real sem cuidado.

## **O PAPEL DA ESCOLA NA PROMOÇÃO DA SAÚDE MENTAL**

A escola não é um serviço de saúde mental, mas é um dos ambientes mais importantes para promovê-la. Crianças e adolescentes passam grande parte de suas vidas na escola e a forma como esse ambiente funciona influencia vínculos, aprendizagem, autoestima e desenvolvimento.

---

<sup>4</sup> TDAH desatento é uma denominação frequentemente utilizada para se referir à apresentação deste transtorno, caracterizada predominantemente por dificuldades de atenção sustentada, organização, memória de trabalho e autorregulação cognitiva. Por não envolver comportamentos de hiperatividade motora mais evidentes, essa condição pode passar despercebida, apesar dos impactos significativos que pode ocasionar no contexto escolar.

Essa presença cotidiana coloca professores e equipes escolares em posição privilegiada para perceber mudanças. A escola observa como a criança chega à sala, participa das atividades, lida com frustrações, cumpre as regras e se relaciona com os colegas. Essa convivência permite reconhecer sinais sutis que podem não se manifestar em uma consulta isolada.

A relação professor-estudante importa. Pesquisas mostram, de forma consistente, que uma relação positiva com pelo menos um adulto funciona como fator de proteção para crianças em situação de vulnerabilidade. Não é preciso ser terapeuta. Presença, consistência, respeito e previsibilidade já fazem diferença. Em pré-escolares brasileiros, conflitos na relação professor-estudante foram associados a mais sintomas de hiperatividade e irritabilidade, além de atrasos no desenvolvimento socioemocional (Mendes-Sousa et al., 2025). Relações marcadas por humilhação, rejeição ou punições predominantemente negativas, por outro lado, tendem a intensificar vulnerabilidades e dificuldades já existentes.

A escola promotora de saúde mental não depende apenas de programas isolados. Ela forma uma cultura institucional que combina expectativas claras, acolhimento, inclusão, diversas formas de aprender e relações respeitadas.

A prevenção aparece na rotina: na organização da convivência, na forma de responder aos conflitos, no acompanhamento de estudantes vulneráveis e na disposição para adaptar as práticas antes que o fracasso escolar se acumule.

A qualidade da educação também protege o desenvolvimento. Estudos com pré-escolares brasileiros mostram que melhores experiências educacionais podem favorecer habilidades acadêmicas e sociais, ajudando a reduzir os riscos associados a desigualdades familiares e socioeconômicas (Mariano et al., 2024).

A escola promotora de saúde mental existe em um contexto de demandas crescentes e de recursos frequentemente insuficientes. A educação inclusiva é um direito legal e uma conquista social inegável, mas sua implementação tem colocado professores diante de desafios cada vez mais complexos, muitas vezes sem formação adequada, apoio especializado ou condições de trabalho compatíveis.

Nesse cenário, torna-se mais difícil sustentar práticas pedagógicas e atitudes que protejam e promovam a saúde mental de todos os estudantes. Também aumenta o risco de encaminhamentos apressados ou de busca por explicações diagnósticas rápidas para dificuldades que, frequentemente, são multifatoriais. Não porque os professores desejem rotular ou reduzir os pro-

blemas a diagnósticos, mas sim pela razão de que, diante da escassez de alternativas e de recursos de apoio, o diagnóstico pode parecer a principal via de acesso a algum tipo de suporte.

Reconhecer essa realidade não constitui uma crítica à inclusão. É um passo necessário para que ela seja implementada com responsabilidade, qualidade e compromisso com o bem-estar dos estudantes e dos educadores.

### O PROFESSOR PODE:

- \* Criar rotinas previsíveis e seguras;
- \* Reconhecer o progresso, não apenas o resultado;
- \* Prestar atenção a estudantes muito quietos, não só aos mais disruptivos;
- \* Ensinar estratégias de autorregulação;
- \* Oferecer instruções claras e adaptadas;
- \* Evitar exposição ao ridículo;
- \* Registrar mudanças persistentes de comportamento;
- \* Conversar com a família de forma respeitosa;
- \* Articular o apoio com a coordenação, a equipe escolar e a rede de saúde.

### O PROFESSOR NÃO PRECISA:

- \* Fazer diagnósticos;
- \* Assumir o papel de terapeuta;
- \* Resolver os problemas familiares;
- \* Ter todas as respostas;
- \* Trabalhar sozinho.

## COMO ENCAMINHAR SEM MEDICALIZAR

Quando há preocupação com um estudante, a parceria entre a escola, a família e os profissionais de saúde é fundamental. Cada parte enxerga dimensões diferentes da criança. A família conhece sua história, rotina e vínculos. A escola acompanha a aprendizagem, a convivência e o comportamento no dia a dia. Os profissionais de saúde podem avaliar os sintomas, o desenvolvimento e as necessidades de cuidado.

Essa comunicação precisa ser cuidadosa. Encaminhamentos precipitados, rótulos informais e conclusões diagnósticas em reuniões de pais podem causar danos. A escola ajuda mais quando descreve o que observou, compartilha registros concretos e constrói estratégias em conjunto com a família. O objetivo não é “passar o problema adiante”, mas formar uma rede de apoio em torno da criança. Relações familiares afetivas e solidárias podem proteger a saúde mental infantil, especialmente diante de adversidades (Caetano et al., 2022).



## SEIS PASSOS ANTES DE ENCAMINHAR UM ESTUDANTE

### 1 Observar padrões, não episódios

Toda criança tem dias ruins. O que importa é a frequência, a persistência e o impacto funcional. Uma semana difícil não define um transtorno. Meses de prejuízo, em diferentes situações, merecem atenção.

### 2 Considerar idade, maturidade e contexto

Impulsividade, instabilidade emocional e dificuldade em esperar são comuns em crianças pequenas. O mesmo comportamento em uma criança mais velha, quando persistente e prejudicial, exige outro olhar. Sono, estresse, dinâmica familiar, práticas pedagógicas e organização da turma também precisam ser considerados na análise.

### 3 Descrever comportamentos, não atribuir diagnósticos

Em vez de dizer “ele tem TDAH”, diga: “ele tem dificuldade persistente em manter a atenção em tarefas que exigem concentração, esquece materiais com frequência e raramente conclui atividades sem supervisão direta”. Descrições objetivas ajudam a família, a escola e os profissionais de saúde. Também reduzem rótulos prematuros.

### 4 Registrar o que foi observado e o que foi tentado

Registros simples de frequência, intensidade, contexto e das estratégias já utilizadas tornam o encaminhamento mais útil. Eles ajudam a diferenciar dificuldades transitórias de padrões persistentes.

### 5 Conversar com a família antes de formalizar o encaminhamento

A família deve ser ouvida, não apenas informada. Perguntas abertas ajudam: vocês observam algo parecido em casa? Houve mudanças recentes? Como a criança dorme? Como reage às tarefas? Que estratégias funcionam melhor?

### 6 Apoiar mesmo antes do diagnóstico

A escola não precisa esperar o laudo para oferecer previsibilidade, instruções claras, adaptações pedagógicas, pausas, apoio à organização, mediação de conflitos e proteção contra humilhação ou *bullying*.

## GUIA RÁPIDO ANTES DE ENCAMINHAR

- \* A dificuldade é compatível com a idade cronológica da criança?
- \* O comportamento persiste ao longo do tempo?
- \* Aparece em diferentes situações da rotina escolar?
- \* A família observa dificuldades semelhantes fora da escola?
- \* Há prejuízo real na aprendizagem, nas relações ou no bem-estar?
- \* Fatores como sono, estresse, família, turma e práticas pedagógicas foram considerados?
- \* A família foi informada e ouvida?
- \* Adaptações pedagógicas já foram tentadas e registradas?

Se a resposta for “sim” à maioria dessas perguntas, vale a pena buscar avaliação especializada. Encaminhar bem não é medicalizar. É reconhecer que algumas crianças precisam de uma rede maior do que a sala de aula pode oferecer por si só.

## SÍNTESE

Diagnósticos podem ser úteis. Eles abrem portas para direitos, serviços, adaptações e tratamentos. Mas nenhuma criança cabe inteiramente em uma categoria clínica.

O maior desafio para educadores não é escolher entre diagnosticar e não diagnosticar. É desenvolver um olhar cuidadoso e crítico: capaz de reconhecer o sofrimento real, considerar o contexto, evitar rótulos apressados e apoiar a criança antes, durante e depois de qualquer avaliação.

Escolas que promovem saúde mental não são aquelas que identificam mais diagnósticos. São as que criam ambientes em que as crianças se sintam vistas, seguras e capazes de aprender. Essa é uma tarefa educativa. E começa nas decisões pequenas, repetidas todos os dias, que dizem a uma criança se ela pertence ou não àquele lugar.

É no cotidiano que a infância se constrói. No próximo capítulo, voltaremos o olhar para um dos elementos que mais tem atravessado o cotidiano infantil: o universo das telas e dos algoritmos.

## Entre telas e algoritmos: a infância, a saúde mental e o florescimento humano

Thaís Guedes Georgini e Lucía Silva

*A tecnologia não é uma coisa ruim.  
Se você souber o que deseja da vida, ela pode ajudá-lo a conseguir.  
Mas se você não sabe, será muito fácil para a tecnologia moldar por  
você seus objetivos e assumir o controle de sua vida. (...)  
Para saber quem você é, e o que deseja da vida.  
Este é o mais antigo conselho registrado: conheça a si mesmo.*

**Yuval Noah Harari**, 21 Lições para o século 21

### INFÂNCIA DIGITAL: O QUE MUDOU NOS ÚLTIMOS ANOS?

A infância contemporânea emerge em um contexto histórico marcado por transformações tecnológicas sem precedentes. A criança cresce em meio a sistemas tecnológicos integrados, disponíveis em qualquer lugar e a qualquer momento. Tornou-se comum observar bebês com poucos meses de idade hipnotizados pelos movimentos coloridos que surgem em um retângulo luminoso à sua frente.

As crianças têm acesso cada vez mais precoce a *smartphones* de uso individualizado, muitas vezes com pouca ou nenhuma mediação familiar ou de outros adultos responsáveis (Brasil, 2025b). Com a pandemia de COVID-19, esse processo foi ainda mais acelerado, deslocando interações sociais, escolares e familiares para o ambiente virtual, o que consolidou hábitos de hiperconexão e aumentou significativamente o tempo de tela em todas as faixas etárias (Brasil, 2025b; Gomes e Goldman, 2024).

O risco não está apenas no conteúdo acessado pelas telas, mas também no fato de que o tempo on-line frequentemente substitui atividades fundamentais

para o desenvolvimento saudável e integral, como o sono, o brincar livre, a exploração do ambiente físico e as interações presenciais (Gomes e Goldman, 2024). Além disso, o uso excessivo de dispositivos digitais tem sido associado a diversos prejuízos, como dificuldades de atenção e de autorregulação infantil, alterações emocionais, baixa autoestima, consumismo, atraso na fala, problemas visuais, complicações relacionadas à qualidade do sono e comportamento sedentário (Brasil, 2025b; SBP, 2026).

A infância é um período crítico para o desenvolvimento físico, emocional, cognitivo e relacional. A crescente mediação das experiências infantis por tecnologias digitais produz não apenas mudanças comportamentais e desafios relacionados à saúde mental, mas também impactos na formação da atenção, da subjetividade, da autorregulação emocional e da própria experiência de construção do “eu”.

Entender-se como ser humano, pertencente a uma rede de relações, e aprender a socializar são aspectos essenciais do desenvolvimento infantil. Entretanto, muitas plataformas digitais utilizam estratégias estruturadas para manter a atenção do usuário pelo maior tempo possível, mantendo a pessoa “presa” na teia da rolagem infinita, na exposição contínua e em estímulos algoritmicamente bem calculados para maximizar o engajamento e a extração de dados pessoais para fins comerciais.

Nesse contexto, as redes sociais e as plataformas de vídeos curtos operam por meio de estímulos rápidos e recompensas imediatas, ativando circuitos neurais associados à busca por prazer e recompensa. Crianças tornam-se especialmente vulneráveis a esses sistemas, uma vez que seus cérebros ainda estão em desenvolvimento, o que pode levar a um descompasso entre o sistema límbico, relacionado às emoções e à busca por recompensas, e o córtex pré-frontal, responsável pelo autocontrole e pela tomada de decisão. Esse desequilíbrio aumenta a suscetibilidade à impulsividade, à dependência digital e à dificuldade de autorregulação no uso de tecnologias (Brasil, 2025b).

A dependência tecnológica, muitas vezes referida como uso problemático ou compulsivo de mídias digitais, fundamenta-se em processos neurobiológicos relacionados aos sistemas de recompensa do cérebro. Quando uma criança recebe uma “curtida”, alcança uma nova fase de um jogo ou encontra um vídeo interessante, ocorre a liberação de dopamina que sinaliza ao cérebro que aquela atividade merece ser repetida, favorecendo padrões automáticos e repetitivos. A dopamina é o neurotransmissor da motivação, da antecipação da recompensa e do impulso para buscar novamente determinada experiência. Esse mecanismo explica o impulso quase imediato de verificar notificações, abrir aplicati-

vos ou continuar assistindo a vídeos, mesmo quando já haviam decidido parar. Em situações de tédio, desconforto emocional, ansiedade ou estresse, o cérebro passa a associar o uso das telas a uma estratégia rápida de alívio emocional, fortalecendo gradualmente o hábito (SBP, 2024; Brasil, 2025b).

Como a revolução digital é sem precedentes, os desafios que ela impõe à educação também o são. Diversos autores argumentam que a transformação tecnológica redefine profundamente o papel da escola e das experiências formativas contemporâneas (Desvaux et al., 2026; Schleicher, 2018). Porém, talvez um dos maiores desafios da educação atual não seja revolucionar-se, mas, justamente, retornar às suas bases mais fundamentais: promover uma educação libertadora, crítica e profundamente humana.

É por meio dos fundamentos dessa educação que podem florescer as habilidades apontadas como centrais para que as novas gerações prosperem em um mundo marcado pela complexidade e pela incerteza: resiliência, empatia, pensamento crítico, comunicação, colaboração e criatividade (Desvaux et al., 2026; Schleicher, 2018; OECD, 2025).

Ensinar fatos, transmitir conteúdos e fornecer informações desempenham um papel importante na formação humana. Contudo, isso não constitui, isoladamente, o núcleo central da educação. É sobretudo no encontro com o outro, com a natureza, com o território, com a cultura e com as próprias inquietações que se torna possível “aprender a aprender”, desenvolver pensamento crítico e construir bases para uma cidadania democrática e para o bem-estar individual e coletivo (Desvaux et al., 2026; Schleicher, 2018). Nessa perspectiva, o processo educativo deixa de ser centrado apenas na acumulação de conteúdos e passa a envolver a formação de sujeitos capazes de interpretar criticamente o mundo, de sustentar relações significativas e de agir com responsabilidade diante dos desafios contemporâneos.

Assim, este capítulo busca apresentar dois pontos centrais. O primeiro refere-se às questões urgentes do presente: o conceito de uso excessivo de telas, seus impactos na saúde mental infantil, as recomendações para prevenir que a exposição excessiva comprometa marcos fundamentais do desenvolvimento físico, emocional e cognitivo da criança, bem como o papel da escola na mediação e na implementação do uso de tecnologias digitais no contexto educacional. O segundo busca oferecer um panorama voltado ao florescimento humano, compreendendo a importância de promover, desde a infância, a curiosidade, o autoconhecimento, o pensamento crítico, a autorregulação emocional e a capacidade reflexiva, para que crianças e adolescentes não se tornem passivamente subordinados aos sistemas algorítmicos (OECD, 2025; Schleicher, 2018). Trata-se, portanto, de pensar a proteção digital não apenas como con-

tenção de riscos imediatos, mas como condição necessária para que as crianças possam desenvolver recursos internos que lhes permitam construir, de forma autônoma e ética, seus próprios caminhos para o amanhã.

### O QUE É USO EXCESSIVO DE TELAS?

Em princípio, cabe esclarecer que consideramos “telas” os dispositivos tecnológicos e eletrônicos, como televisores, consoles de videogame, computadores, notebooks, tablets, *smartphones* e até mesmo outros dispositivos portáteis, como relógios digitais (Brasil, 2025b; SBP, 2021).

O conceito de uso excessivo de telas se refere tanto à quantidade de tempo diante de dispositivos eletrônicos, como também à forma com que esse uso pode interferir nas experiências fundamentais ao desenvolvimento infantil (Quadro 7).

QUADRO 7. RECOMENDAÇÕES DE TEMPO E DE USO DE TELA POR IDADE

| FAIXA ETÁRIA | RECOMENDAÇÃO DE TEMPO MÁXIMO        | OBSERVAÇÕES RELEVANTES SOBRE O USO                                                                                                                                    |
|--------------|-------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 0 a 2 anos   | 0 hora<br>Evitar exposição às telas | Exceção para videochamadas com familiares, acompanhadas por um adulto. Evitar exposição passiva                                                                       |
| 2 a 5 anos   | Até 1 hora por dia                  | Deve ser acompanhado por supervisão de adultos e por conteúdos adequados à faixa etária                                                                               |
| 6 a 10 anos  | 1 a 2 horas por dia                 | Uso supervisionado. Estimular o uso dos espaços comuns da casa e evitar o isolamento no quarto                                                                        |
| 11 a 18 anos | 2 a 3 horas por dia                 | Evitar o uso noturno prolongado e “virar a noite” jogando. O uso por mais de 4-5 horas/dia associa-se a um maior risco de problemas de saúde mental e comportamentais |

Fonte: Elaborado pelas autoras com base em SBP (2024) e Brasil (2025).

A literatura científica recente aponta que o problema do uso excessivo de telas surge quando as tecnologias passam a substituir atividades essenciais à saúde física, emocional, cognitiva e relacional da criança, como o sono adequado, o brincar livre, a atividade física, as interações familiares presenciais e as experiências de aprendizagem e socialização (Wang et al., 2024).

Além disso, a Sociedade Brasileira de Pediatria (2024) destaca que, em qualquer faixa etária, o uso é considerado inadequado quando ocorre durante as refeições ou no período de uma a duas horas antes de dormir, devido aos impactos negativos sobre a qualidade do sono, os ritmos biológicos e a convivência familiar. Recomenda-se ainda que crianças não possuam *smartphones* próprios antes dos 12 anos, considerando que a posse precoce de um aparelho individual dificulta a supervisão parental e favorece padrões de uso excessivo (Brasil, 2025).

Outro risco emergente na era da Inteligência Artificial (IA) generativa é a chamada *preguiça metacognitiva*. Nesse caso, o problema não está apenas no tempo de tela, mas também no uso de ferramentas que fornecem respostas prontas, reduzindo as oportunidades de reflexão, investigação e monitoramento da própria aprendizagem.

Isso pode gerar uma ilusão de domínio, na qual a criança acredita ter compreendido um conteúdo apenas porque teve acesso rápido à resposta “correta”. Evidências recentes indicam que esse uso passivo pode melhorar o desempenho imediato em tarefas, mas enfraquecer habilidades essenciais, como o pensamento crítico, a autorregulação da aprendizagem e a autonomia intelectual (OECD, 2026).

Nesse sentido, mais importante do que contabilizar o tempo de exposição à tela é atentar à qualidade do conteúdo exposto à criança e observar os impactos do uso sobre o desenvolvimento global da criança. Quando as tecnologias deixam de ser ferramentas e passam a ocupar um lugar desorganizador na vida infantil, tornam-se necessárias intervenções precoces, o estabelecimento de limites claros e, em alguns casos, o acompanhamento profissional especializado.

## COMO IDENTIFICAR OS SINAIS DE USO EXCESSIVO OU PROBLEMÁTICO?

Os sinais de que o uso das tecnologias está se tornando problemático tendem a ocorrer de forma combinada e a impactar a saúde mental e física, bem como a aprendizagem das crianças. Os principais indicadores de que uma

criança está exposta ao uso excessivo de telas são (SBP, 2024; Brasil, 2025):

\* PERDA DE CONTROLE

Incapacidade de reduzir ou interromper o uso, mesmo após tentativas repetidas.

\* IRRITABILIDADE E AGRESSIVIDADE

Explosões de raiva, irritação intensa ou agressividade quando a criança é solicitada a interromper o uso dos dispositivos.

\* SOFRIMENTO EMOCIONAL E NOMOFOBIA

Ansiedade excessiva, angústia ou medo intenso de ficar sem acesso ao celular, aos jogos ou à internet.

\* RETRAIMENTO SOCIAL

Preferência crescente pelo isolamento no quarto ou pelo uso solitário das telas em vez de ter interações familiares e com os amigos.

\* DIFICULDADES DE SOCIALIZAÇÃO ENTRE PARES

Aumento de conflitos interpessoais, dificuldades na convivência e problemas de conduta com outras crianças.

\* ABANDONO DE ATIVIDADES ANTERIORMENTE PRAZEROSAS

Redução do interesse em brincar ao ar livre, praticar esportes, ler ou participar de atividades presenciais, passando a ficar exclusivamente nas telas.

\* DISTÚRBIOS DO SONO

Dificuldade para adormecer, despertares frequentes, sono fragmentado ou extrema dificuldade para acordar no horário habitual.

\* SONOLÊNCIA E FADIGA DURANTE O DIA

Cansaço persistente relacionado ao uso noturno de jogos eletrônicos, vídeos ou redes sociais, resultando em cansaço excessivo ao longo do dia.

\* DIFICULDADE DE CONCENTRAÇÃO E PROCRASTINAÇÃO

Incapacidade de concluir tarefas escolares devido à distração constante provocada por um estado permanente de hiperestimulação decorrente do uso de dispositivos digitais, o que enfraquece a capacidade de manter foco sustentado e de aprofundar o raciocínio.

\* QUEDA NO RENDIMENTO ESCOLAR

Prejuízo na aprendizagem, redução das notas e dificuldade em manter a atenção nas atividades escolares.

#### \* USO COMPENSATÓRIO DAS TELAS

Recorre às telas para lidar com desconforto emocional. Ao fazer isso, a criança deixa de desenvolver habilidades para lidar com esses sentimentos, o que resulta em um ciclo vicioso chamado tecnoestresse.

#### \* TECNOESTRESSE

Estado contínuo de tensão emocional, associado à perda de empatia e irritabilidade, podendo evoluir para ansiedade e depressão.

#### \* NEGLIGÊNCIA DO AUTOCUIDADO

Em casos mais graves, a criança pode descuidar das necessidades básicas, como alimentação, higiene pessoal e outras necessidades em função do uso das telas.

É importante ressaltar que esses sinais não devem ser analisados isoladamente, mas sim como parte de um conjunto de mudanças que indicam que as tecnologias estão substituindo experiências fundamentais para o desenvolvimento saudável. A identificação precoce desses padrões permite intervenções mais eficazes e preventivas, reduzindo os impactos negativos sobre a saúde mental e o desenvolvimento infantil.

### O QUE FAZER AO NOTAR SINAIS DE USO EXCESSIVO OU PROBLEMÁTICO?

Quanto mais cedo os sinais forem reconhecidos, maiores são as chances de restaurar hábitos saudáveis e evitar impactos na saúde mental, na aprendizagem e nas relações sociais.

O primeiro passo é acolher a criança. Mudanças comportamentais relacionadas ao uso problemático de tecnologias costumam estar associadas a necessidades emocionais, dificuldades de autorregulação ou formas de lidar com sentimentos como ansiedade, solidão e frustração (SBP, 2024). Nesse sentido, conversas em roda, espaços de escuta qualificada, diálogos francos e construtivos e a promoção de oportunidades de expressar emoções



por meio de brincadeiras podem favorecer a compreensão da situação e fortalecer vínculos de confiança.

Ao observar sinais persistentes, a escola deve comunicar à família e compartilhar suas observações de forma cuidadosa e objetiva, evitando culpabilização. É importante que os familiares, outros cuidadores e a escola atuem de forma colaborativa na elaboração de estratégias para reduzir o uso excessivo e ampliar as oportunidades de participação da criança em atividades presenciais, esportivas, artísticas, culturais e de convivência social.

Além do diálogo com a família, a escola pode desenvolver ações preventivas e de apoio que fortaleçam as habilidades socioemocionais, autorregulação emocional, pensamento crítico e uso consciente das tecnologias (OECD, 2026):

- \* Criar espaços de convivência, brincadeiras, movimento corporal e interação social;
- \* Desenvolver ações de educação e letramento digital que discutam os mecanismos de funcionamento das plataformas, os riscos do uso excessivo e estratégias de autocuidado digital;
- \* À medida que a criança cresce, promover o desenvolvimento da agência epistêmica dos estudantes, isto é, sua capacidade de avaliar informações, monitorar a própria compreensão, formular perguntas e tomar decisões fundamentadas sobre o uso do conhecimento.
- \* Capacitar educadores e equipes escolares para reconhecer sinais de sofrimento psíquico que podem estar associados ao uso problemático das telas;
- \* Promover práticas pedagógicas inspiradas na abordagem *AI Unplugged* (IA além das telas) que permitam compreender conceitos relacionados à Inteligência Artificial, mesmo em contextos de baixa conectividade ou de acesso limitado a tecnologias digitais. Em um país marcado por desigualdades sociais e digitais, iniciativas dessa natureza contribuem para ampliar as oportunidades educacionais, reduzir processos de exclusão e fortalecer o sentimento de pertencimento.
- \* Encaminhar a criança para avaliação profissional quando o uso das tecnologias provocar sofrimento significativo, prejuízo acadêmico importante, alterações emocionais persistentes ou comprometimento do funcionamento cotidiano. Nesses casos, a família deve ser orientada a procurar profissionais de saúde, como pediatras, enfermeiros, psicólogos, assistentes sociais e psiquiatras, para a investigação de possíveis quadros associados, incluindo ansiedade, depressão, dificuldades de autorregulação emocional e dependência tecnológica, que, em parceria com a família, podem traçar a melhor estratégia de cuidado com a criança.

## O PAPEL DA ESCOLA DIANTE DAS LEGISLAÇÕES DE PROTEÇÃO DIGITAL

Recentemente, o Brasil consolidou duas legislações específicas sobre o uso de telas: a primeira a ser publicada (Lei nº 15.100) trata da regulamentação do uso de dispositivos móveis em escolas e, em seguida, o Estatuto Digital da Criança e do Adolescente — “ECA Digital” (Lei nº 15.211), que tem como objetivo a proteção de crianças e adolescentes no ambiente digital (Brasil, 2025a; Brasil, 2025c).

Ambas as legislações colocam a escola em um espaço privilegiado de proteção contra os excessos digitais na infância, configurando-a como um elemento importante da rede de suporte à cidadania digital e, consequentemente, à saúde mental infantil.

A regulamentação do uso de dispositivos móveis em escolas proíbe o uso de aparelhos eletrônicos pessoais durante a permanência da criança na escola de educação básica, exceto para usos estritamente pedagógicos, sob supervisão de educadores, ou em situações de perigo e de força maior (Brasil, 2025c).

A Lei 15.100/2025 ainda prevê que as instituições de ensino desenvolvam ações de orientação, escuta, acolhimento e promoção da saúde mental relacionadas ao uso de tecnologias digitais, reforçando o papel da escola não apenas na prevenção de riscos, mas também na promoção de uma cultura de bem-estar e cidadania digital.

Já o ECA Digital (Brasil, 2025a) estabelece alguns fundamentos sobre o papel da escola nesse cenário, com enfoque na promoção da educação on-line, buscando desenvolver, entre as crianças, o senso crítico para o uso seguro da tecnologia. Como parte da rede de proteção digital, a escola também deve atuar para minimizar ao máximo a exposição das crianças a situações de *cyberbullying*, a conteúdos relacionados à automutilação e a qualquer tipo de exploração.

Mais do que “proibir” o uso de dispositivos eletrônicos, a escola é um espaço potente para promover a saúde mental na infância, inclusive por meio da educação digital, atuando na prevenção de agravos decorrentes do uso excessivo de telas.

## DA PROTEÇÃO À INFÂNCIA AO FLORESCIMENTO HUMANO

Com a chegada da revolução digital e das constantes transformações nos modos de acesso e uso das tecnologias em nossa sociedade, estamos vivendo uma grande curva de aprendizagem coletiva sobre como lidar com esses recursos, regulá-los e avaliar os impactos do uso contínuo desses sistemas digitais

integrados. Como estamos no próprio centro dessas transformações, essas discussões são absolutamente legítimas e de extrema importância.

Contudo, esses desafios contemporâneos também exigem olhar para além das questões imediatas e refletir sobre como usar essa tecnologia a nosso favor. À medida que utilizamos dispositivos e plataformas digitais, os algoritmos passam a nos conhecer cada vez melhor, influenciando nossas escolhas, comportamentos e formas de perceber a realidade. Mais do que aprender a conviver com as tecnologias, precisamos refletir sobre quais capacidades humanas devemos cultivar nesse cenário.

Assim, a reflexão sobre educação e desenvolvimento humano passa a ser inseparável da compreensão de como as crianças aprendem a construir sentido sobre o mundo, a regular emoções, a interpretar informações, a desenvolver empatia, a cooperar e a sustentar relações significativas em uma sociedade cada vez mais mediada por algoritmos.

Esses impactos ocorrem em um cenário mais amplo de mudanças profundas na relação humana com o conhecimento e a aprendizagem. Os sistemas de IA generativa podem favorecer atalhos cognitivos quando utilizados de forma passiva, reduzindo o engajamento em processos de exploração, de dúvida e de reflexão profunda (Desvaux et al., 2026). A facilidade de acesso a respostas rápidas pode produzir uma sensação ilusória de domínio do conhecimento sem que ocorra elaboração efetiva da aprendizagem (OECD, 2026).

O principal desafio educacional contemporâneo deixa de ser o acesso à informação e passa a ser a criação de condições para que as crianças desenvolvam recursos internos capazes de sustentar processos de investigação, reflexão e aprendizagem ao longo da vida.

Nessa direção, algumas competências emergem como centrais para os processos educativos, entre elas o pensamento crítico, a criatividade, a curiosidade, a colaboração, a comunicação, a empatia e, sobretudo, “a capacidade mestre” que sustenta todas as demais: a metacognição — entendida como a capacidade de aprender a aprender (Desvaux et al., 2026; OECD, 2025). Entre as práticas que favorecem o desenvolvimento da metacognição, destacam-se as práticas de meditação *mindfulness*, que fortalecem a atenção consciente, a autorregulação emocional e a capacidade de monitorar os próprios processos mentais, emocionais e comportamentais.

Assim, a educação para o florescimento humano assume um papel central e promove uma importante ampliação desse debate. A noção de florescimento

humano dialoga diretamente com as perspectivas de educação libertadora, tal como compreendida na pedagogia freireana, ao enfatizar a formação integral, significativa, proposital e crítica. Refere-se ao desenvolvimento do pensamento complexo, da criatividade, das capacidades emocionais e relacionais, da capacidade de questionamento, de reflexão ética e de ação consciente, que são dimensões essenciais para a formação de sujeitos críticos e socialmente engajados que não deleguem suas decisões a algoritmos (OECD, 2025). Sujeitos capazes de viver com sentido, coragem e liberdade; estabelecer relações significativas; agir com propósito e responsabilidade; cultivar sensibilidade diante do sofrimento humano; e relacionar-se de forma resiliente em um mundo contraditório, diverso e cambiante.

Traduzir esses princípios em práticas educativas implica transformar essas competências em experiências concretas de aprendizagem. Aprender a pensar e refletir, aprender a conviver e negociar, aprender a agir de forma consciente, democrática e ética, aprender a usar a IA como um “parceiro socrático”<sup>5</sup> para fortalecer e aprofundar a reflexão sobre o mundo. Implica também que o ambiente educativo promova o contato com a arte, a natureza, a filosofia e a imaginação e favoreça a construção de vínculos significativos e o exercício da cidadania global e digital.

Nesse contexto, escola, família e comunidade compartilham a responsabilidade de desenvolver uma relação mais consciente com as tecnologias, compreendendo seus benefícios, limites e impactos, e ajudando as crianças a desenvolverem essa mesma consciência.

**A tecnologia pode ser uma ferramenta a serviço do desenvolvimento humano, enquanto a educação permanece orientada para o que continua sendo essencialmente humano.**

Afinal, como sugere Harari na epígrafe deste capítulo, somente ao conhecermos a nós mesmos poderemos garantir que a tecnologia permaneça a serviço do ser humano, e não o contrário.

---

5 O parceiro socrático é um agente pedagógico, humano ou artificial, concebido para estimular a curiosidade, a autonomia e o pensamento crítico. Em vez de fornecer respostas prontas, oferece pistas e perguntas que favorecem a investigação, a reflexão e o processamento cognitivo profundo (Desvaux et al., 2026). Nessa abordagem, a interação entre estudante e Inteligência Artificial ultrapassa a lógica transacional de perguntas e respostas, podendo assumir um caráter sinérgico, no qual ambos analisam ideias, questionam pressupostos e coconstróem conhecimento. Assim, a IA atua como parceira de investigação, fortalecendo a reflexão, a criatividade, a metacognição e o discernimento ético, sem substituir a capacidade humana de pensar, aprender e tomar decisões (OECD, 2026).

Na era digital, o autoconhecimento depende, em grande medida, do desenvolvimento da metacognição. Em um mundo cada vez mais mediado por algoritmos, fortalecer a metacognição significa fortalecer a capacidade de resistir aos mecanismos de recompensa imediata e ao *design* persuasivo das plataformas digitais. Significa, sobretudo, preservar a autonomia, a liberdade e a própria condição humana.

## SÍNTESE

A proteção digital na infância deve ser um compromisso que ultrapassa a prevenção de danos decorrentes do uso de telas e o controle do uso de tecnologias. Trata-se de criar condições para que as crianças desenvolvam autonomia, crítica, responsabilidade, ética e competências socioemocionais mesmo em uma sociedade cada vez mais conectada.

Nessa perspectiva, proteger significa também educar para a cidadania digital, favorecendo o desenvolvimento de pessoas capazes de tomar decisões e estabelecer relações saudáveis com o ambiente digital. Trata-se de um desafio que demanda atuação articulada entre escola, família e comunidade para criar as condições necessárias ao florescimento humano e à construção de um futuro mais seguro, inclusivo e humanizado.



# 4

PARTE

## Quando o sofrimento pede ação

O que a escola pode fazer diante dos sinais que exigem cuidado



## O sofrimento emocional infantil no contexto escolar

Fabiana Negreli, Rosália Aparecida Martins Diniz  
e Anderson da Silva Rosa

*Se soubermos cuidar do nosso sofrimento,  
não só sofremos muito menos, como também  
criamos mais felicidade à nossa volta e no mundo.*

**Thich Nhat Hanh**, *Sem lama não há lótus*

Nos primeiros anos de vida, a criança desenvolve progressivamente a capacidade de compreender que ela e as outras pessoas possuem pensamentos, sentimentos, desejos, crenças e intenções. Essa competência permite interpretar o comportamento dos outros e participar de forma mais adequada das relações sociais (Jou e Sperb, 1999; Chuey e Gweon, 2025) e tem implicações diretas para a saúde emocional: quando a criança ainda não consegue elaborar ou comunicar adequadamente aquilo que sente, seu sofrimento pode se manifestar por meio de sinais como alterações de comportamento, ansiedade, tristeza persistente, prejuízos no padrão de sono e alimentação, dificuldades de aprendizagem, isolamento, irritabilidade, alterações nas relações com os colegas e adultos, além de risco de comportamento suicida (Fava et al., 2023; Shonkoff et al., 2012).

Compreender esse processo é fundamental, já que a escola ocupa posição estratégica na identificação precoce de sinais de sofrimento emocional, na promoção de fatores de proteção e no encaminhamento adequado de situações que demandem acompanhamento especializado.

Nas últimas décadas, houve avanços importantes no reconhecimento da saúde mental infantojuvenil como questão de saúde pública e como parte fundamental do cuidado integral previsto pelo Sistema Único de Saúde (SUS). Crianças devem ter suas necessidades emocionais atendidas de acordo com as dimensões individuais, familiares, sociais, culturais e pedagógicas, mas também sob o enfoque do cuidado intersetorial, o que envolve saúde, educação, assistência social e garantia de direitos. A Organização Pan-Americana da Saú-

de (2023) destaca que crianças com transtornos mentais estão mais expostas à exclusão social, ao estigma, à discriminação, às dificuldades educacionais e às violações de direitos humanos.

## SOFRIMENTO INTENSO, NEURODESENVOLVIMENTO E ADVERSIDADES

A saúde mental deve ser compreendida de forma ampla, considerando tanto os fatores biológicos e do neurodesenvolvimento, quanto os psicossociais, relacionais e ambientais que atravessam a vida de crianças e adolescentes. Essa compreensão é importante para que a escola consiga diferenciar situações que exijam suporte pedagógico especializado, adaptações e inclusão — como ocorre nos casos de condições do neurodesenvolvimento, entre elas o Transtorno do Espectro Autista (TEA), o Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH), a deficiência intelectual e outros transtornos do neurodesenvolvimento —, daquelas que indicam sofrimento psíquico intenso e persistente, pedindo acolhimento, acompanhamento e encaminhamento à rede de atenção psicossocial.

O sofrimento psíquico intenso pode ocorrer em decorrência de experiências adversas, como situações de violência, *bullying*, *cyberbullying*, luto, exclusão social, vulnerabilidade socioeconômica, conflitos familiares, discriminação, negligência ou outras circunstâncias que comprometem a segurança emocional da criança. Esse sofrimento pode se manifestar de diversas maneiras, descritas no início deste capítulo, e a escola deve compreender que o comportamento do estudante pode ser expressão de dor psíquica e não simplesmente indisciplina, desinteresse ou oposição às regras escolares (Enumo et al., 2006; Tognetta et al., 2022).

Embora o sofrimento emocional faça parte do desenvolvimento humano, em algumas situações, pode indicar a necessidade de maior atenção e acompanhamento.

A ansiedade e o medo, por exemplo, passam a exigir atenção quando se apresentam de maneira intensa e desproporcional ao estímulo desencadeador ou quando impactam negativamente o bem-estar emocional, a rotina, a qualidade de vida, as relações interpessoais e a participação do estudante em suas atividades cotidianas. Crianças mais novas podem não perceber seus medos como excessivos ou irracionais. A seguir, apresentamos os principais sinais de sofrimento emocional observáveis no ambiente escolar e as estratégias de atuação para o educador, sem fins diagnósticos, função exclusiva dos profissionais da saúde mental.

## ANSIEDADE DE SEPARAÇÃO

A criança pode resistir intensamente a permanecer na escola, chorar na chegada, apresentar queixas físicas recorrentes, como dor de barriga, cefaleia ou náusea, e ter dificuldade em manter-se nas atividades sem a presença constante de um adulto de referência. Outros sinais incluem pesadelos relacionados à separação e recusa em ficar sozinha. O sofrimento é real, mesmo quando desproporcional à situação (Asbahr, 2004).

### O QUE O PROFESSOR PODE FAZER

- \* Acolher a criança de forma empática, evitando minimizar seus medos ou utilizar frases como “Isso é bobagem”, “Você já está grande” ou “Pare de chorar”. Manter uma postura calma e segura durante os momentos de chegada e separação, pois crianças ansiosas tendem a perceber rapidamente sinais de tensão ou impaciência nos adultos;
- \* Construir rotinas estáveis e antecipar mudanças na programação escolar, utilizando recursos visuais, combinados claros e explicações simples, para aumentar a sensação de previsibilidade e segurança;
- \* Favorecer despedidas breves e acolhedoras entre a família e a criança, evitando prolongamentos excessivos que possam intensificar a ansiedade;
- \* Identificar um adulto de referência na escola para os momentos de maior sofrimento emocional, fortalecendo os vínculos de confiança e de pertencimento;
- \* Utilizar estratégias de adaptação graduais, respeitando o tempo da criança, especialmente nos casos de retorno escolar, de mudança de turma ou de início da vida escolar;
- \* Evitar exposições constrangedoras, punições ou ameaças relacionadas ao medo da separação, pois isso tende a aumentar a insegurança, a vergonha e o sofrimento psíquico;
- \* Incentivar progressivamente experiências de autonomia, participação em atividades coletivas e interação com os colegas, sem forçar situações para as quais a criança ainda não esteja emocionalmente preparada;
- \* Manter um diálogo contínuo e colaborativo com a família, compartilhando observações e estratégias de apoio, buscando sempre o alinhamento entre a escola e os responsáveis;
- \* Registrar mudanças significativas no comportamento, na intensidade dos sintomas e nos impactos no desenvolvimento, na aprendizagem e na convivência escolar;

- \* Quando os sinais forem persistentes, intensos e causarem prejuízos significativos, comunicar à família a importância de uma avaliação especializada por profissionais de saúde mental.

## MUTISMO SELETIVO

Nesta situação, a criança pode comunicar-se verbalmente em ambientes em que se sente emocionalmente segura, mas permanece em silêncio persistente em outros contextos, principalmente na escola. A palavra “seletivo” não indica uma escolha intencional: a criança não decide quando falar ou se calar. Quando persistente, a ausência ou a economia da fala não deve ser interpretada como timidez excessiva, desinteresse, oposição ou falta de colaboração.

### O QUE O PROFESSOR PODE FAZER

- \* Evitar exposição forçada da criança, como chamar para responder em voz alta diante da turma, sem a possibilidade de preparação prévia;
- \* Inicialmente, reduzir a pressão para respostas verbais, valorizando formas alternativas de comunicação, tais como gestos, escrita, escolha por apontar;
- \* Fortalecer vínculos e sensação de segurança antes de ampliar as demandas comunicativas;
- \* Respeitar o tempo da criança, avançando gradualmente e sempre com base na confiança estabelecida;
- \* Promover ambientes emocionalmente acolhedores e previsíveis, com rotinas claras e antecipação das atividades;
- \* Dialogar com a família e, quando indicado, com profissionais especializados, para a construção de estratégias integradas.

## FOBIAS E MEDOS INTENSOS

O medo é uma emoção humana natural e adaptativa. A fobia, por sua vez, caracteriza-se por um medo intenso, persistente e desproporcional, que provoca elevado sofrimento emocional e comportamentos de evitação que interferem significativamente na rotina e no funcionamento do indivíduo. Na escola, a criança pode apresentar choro, crises de irritabilidade, imobilidade ou necessidade excessiva de proximidade com figuras de segurança diante do estímulo temido (Asbahr, 2004).

## O QUE O PROFESSOR PODE FAZER

- \* Acolher a criança sem invalidar o medo, reconhecendo que a reação é intensa e real para ela, mesmo quando o estímulo não representa um risco objetivo;
- \* Planejar adaptações progressivas: aproximar a criança do estímulo temido gradualmente, como observar à distância antes de interagir;
- \* Trabalhar com rotinas previsíveis e com a antecipação de situações que possam gerar ansiedade, por meio de apoios visuais, preparação emocional e combinados claros;
- \* Designar um adulto de referência para oferecer suporte em momentos críticos, reforçando a sensação de segurança;
- \* Evitar tanto a superproteção quanto a exposição forçada, já que ambas tendem a manter ou intensificar o medo;
- \* Estimular estratégias de enfrentamento graduais, reforçando os pequenos avanços e conquistas da criança.

## ANSIEDADE SOCIAL

A criança demonstra medo intenso e persistente de situações em que possa ser avaliada, julgada ou constrangida (Asbahr, 2004). As manifestações podem incluir choro, crises de irritabilidade, imobilidade, apego excessivo a figuras familiares ou necessidade constante de permanecer próxima a um adulto de referência (Souza et al., 2010).

## O QUE O PROFESSOR PODE FAZER

- \* Acolher sem expor: assim como nos casos de mutismo seletivo, evitar situações de exposição pública inesperada, como responder perguntas diante de toda a turma ou apresentar trabalhos sem aviso prévio;
- \* Validar sentimentos sem reforçar a evitação: preferindo frases como “Eu percebo que isso está sendo difícil para você”, “Estou aqui para ajudar” e “Podemos pensar juntos em uma forma de fazer isso”;
- \* Antecipar situações e mudanças: explicar previamente as atividades, informar quando haverá apresentações ou eventos, utilizar recursos visuais para organizar a rotina;
- \* Oferecer oportunidades graduais de participação: primeiro em dupla; depois, em grupos menores; e, posteriormente, em um grupo maior;

- \* Valorizar esforços e não apenas resultados: reconhecer comportamentos de enfrentamento, mesmo que modestos — fazer uma pergunta, interagir com um colega, permanecer em uma atividade coletiva, comunicar uma necessidade do professor são alguns dos exemplos;
- \* Favorecer relações de pertencimento: promover atividades cooperativas, organizar pares ou grupos acolhedores, estimular a cultura do respeito às diferenças e prevenir situações de ridicularização, exclusão ou constrangimento;
- \* Observar e registrar sinais de sofrimento: isolamento, choro frequente, queixas físicas recorrentes, intensa preocupação com erros, medo excessivo de ser observada ou julgada são alguns dos sinais que, caso constatados, devem ser compartilhados com a equipe pedagógica e a família.

## PREOCUPAÇÃO EXCESSIVA, REPETIÇÕES E REAÇÕES AO TRAUMA

Nesses casos, pode manifestar-se na forma de desempenho ansioso, mesmo sem avaliação externa, perfeccionismo intenso, necessidade constante de aprovação, dificuldade em aceitar resultados “imperfeitos” e busca frequente de validação por adultos. Já comportamentos repetitivos e rituais rígidos incluem necessidade excessiva de simetria ou organização de materiais, demora significativa para iniciar ou concluir atividades por precisar “fazer perfeitamente”, pedidos frequentes de reescrita e checagens repetidas. (Tognetta et al., 2022).

A experiência com eventos traumáticos de uma criança ou adolescente pode, no ambiente escolar, acarretar atitudes frequentemente interpretadas como “mau comportamento”: agitação, isolamento, irritabilidade, hipervigilância ou dificuldade de concentração. (Enumo et al., 2006; Tognetta et al., 2022). Em todos esses casos, cabe ao professor oferecer um ambiente previsível e emocionalmente seguro à criança.

## TRISTEZA PERSISTENTE E PERDA DE INTERESSE

Diferentemente da tristeza passageira, que é uma reação emocional esperada e geralmente ligada a situações específicas, a tristeza persistente, quando associada a outros sinais, constitui um alerta que merece atenção e encaminhamento especializado (Bahls e Bahls, 2002; Fava et al., 2023). No ambiente escolar, pode manifestar-se como irritabilidade constante, perda de interesse em brincar, alterações do sono e do apetite, queda no rendimento escolar, isolamento social e, nos casos mais graves, falas relacionadas à morte ou ao sentimento de que nada tem valor. Diante desses sinais, é fundamental comunicar à família e acionar a rede de saúde.

## SOFRIMENTOS RELACIONADOS AO CONTEXTO SOCIAL

O sofrimento emocional infantil não pode ser compreendido isoladamente dos contextos sociais, culturais e relacionais nos quais a criança se desenvolve. Questões como racismo, vulnerabilidade socioeconômica, insegurança alimentar, desigualdade de gênero e diferentes formas de violência atravessam a infância de maneira concreta e impactam diretamente o desenvolvimento emocional, cognitivo e social. (Santos et al., 2024; Shonkoff et al., 2012).

Padrões rígidos de gênero e situações de vulnerabilidade socioeconômica também geram sofrimento quando a criança é submetida à repressão emocional, é alvo de discriminação ou não encontra espaços seguros de expressão. É fundamental que a escola evite interpretações moralizantes: muitas vezes, comportamentos considerados “problemas disciplinares” são respostas emocionais a contextos de sofrimento e insegurança. O uso excessivo de telas também se associa a sinais de sofrimento emocional, tais como irritabilidade, dificuldade de atenção, piora do sono e isolamento social – a relação entre o uso de telas e a saúde mental infantil foi aprofundada no Capítulo 7.

## SOFRIMENTOS RELACIONADOS A EXPERIÊNCIAS DE VIOLÊNCIA

Entre as situações que mais impactam a saúde emocional de crianças no contexto escolar estão as experiências de violência, seja doméstica, física, sexual, psicológica, por negligência ou por *bullying*. Essas vivências nem sempre chegam à escola de forma clara: com frequência, manifestam-se por meio de comportamentos que, sem o olhar atento do educador, podem ser confundidos com indisciplina, desinteresse ou dificuldade de aprendizagem.

A criança que vivencia ou testemunha situações de violência pode apresentar, no ambiente escolar, sinais como hipervigilância (estado constante de alerta, sobressaltos frequentes), dificuldade de concentração, irritabilidade, reações desproporcionais a situações cotidianas, isolamento, regressão a comportamentos de fases anteriores do desenvolvimento ou, ao contrário, comportamento sexualizado inadequado à idade. Em muitos casos, queixas físicas recorrentes também podem estar associadas a sofrimento decorrente de violência (Lyra et al., 2023; Avanci et al., 2023).

Um aspecto fundamental que o professor deve ter em conta é que essas manifestações são respostas emocionais e neurobiológicas a experiências adversas, e não escolhas, caprichos ou falta de limites. Pesquisas sobre o impacto do estresse tóxico no desenvolvimento infantil mostram que exposições repetidas a situações de ameaça ou violência alteram a arquitetura do cérebro em desenvolvimento, com efeitos sobre a regulação emocional, a memória e a capacidade

de aprendizagem (Center on the Developing Child, 2023; Shonkoff et al., 2012).

A escola ocupa uma posição singular nesse contexto. É, muitas vezes, o único espaço extrafamiliar no qual a criança circula com regularidade, estabelece vínculos com adultos de referência e pode, em algum momento, revelar o que vive, seja voluntária ou involuntariamente. Isso não transforma o educador em investigador ou terapeuta, mas o coloca na posição de ser a primeira pessoa a perceber que algo não vai bem. É exatamente para esses momentos que existem marcos legais, fluxos de encaminhamento e uma rede de proteção organizada, apresentados a seguir.

## IDENTIFICAÇÃO E ENCAMINHAMENTO DE SITUAÇÕES DE VIOLÊNCIA

A decisão de acionar a rede de proteção deve pautar-se em critérios técnicos, éticos e legais, com base na identificação de sinais de violência física, psicológica ou sexual, de negligência ou de abandono. Quando a criança relatar espontaneamente uma situação violenta, é fundamental estar atento para não provocar a revitimização – o sofrimento continuado e repetitivo, mesmo após o término da agressão originalmente sofrida (Brasil, 2023; Lyra et al., 2023).

### SINAIS DE VIOLÊNCIA: O QUE OBSERVAR

#### \* VIOLÊNCIA FÍSICA

Manchas no corpo, hematomas, cortes, queimaduras ou lesões em diferentes estágios de cicatrização, especialmente em regiões menos suscetíveis a acidentes (como costas, coxas e pescoço). Relatos inconsistentes sobre a origem das lesões, medo de adultos ou reações de sobressalto diante de aproximações físicas podem ser outros indicativos.

#### \* VIOLÊNCIA PSICOLÓGICA

Baixa autoestima persistente, retraimento, insegurança excessiva, medo de errar, dificuldade de expressão, isolamento social, comportamento excessivamente submisso ou, em alguns casos, agressividade recorrente. A criança ou o adolescente também pode verbalizar autodepreciação ou demonstrar sofrimento diante de críticas e rejeições.

#### \* VIOLÊNCIA SEXUAL

Comportamento sexualizado incompatível com a faixa etária, conhecimento precoce sobre práticas sexuais, medo ou evitação de determinadas pessoas, mudanças abruptas de comportamento, regressão de habilidades já adquiridas, ansiedade intensa ou queda repentina no rendimento e na participação escolar.

#### \* NEGLIGÊNCIA OU ABANDONO

Faltas frequentes sem justificativa, higiene inadequada, roupas incompatíveis com as condições climáticas, sinais recorrentes de fome, problemas de saúde não acompanhados, cansaço excessivo ou ausência sistemática dos responsáveis na vida escolar da criança.

A presença de um ou mais desses sinais não confirma a ocorrência de violência, mas indica a necessidade de atenção, registro e diálogo com a equipe pedagógica e com a família. Quando houver suspeita fundada, os procedimentos a seguir devem ser acionados.

### FLUXO DE ENCAMINHAMENTO

Independentemente da natureza da violência identificada, algumas etapas, sobretudo o acolhimento da criança, são fundamentais no contexto escolar:

#### \* IDENTIFICAÇÃO DOS SINAIS DE ALERTA

Atenção aos sinais corporais, às mudanças de comportamento ou aos relatos espontâneos.

#### \* ACOLHIMENTO INICIAL E ESCUTA QUALIFICADA

A criança fará a revelação espontânea; deve-se escutá-la sem interrupções, pressa ou pressão para fornecer detalhes.

#### \* EVITE PERGUNTAS INVESTIGATIVAS

A escola não possui função investigativa; acolha apenas as informações trazidas espontaneamente.

#### \* MANTENHA POSTURA CALMA E NÃO JULGADORA

A criança observa atentamente a reação do adulto e pode interromper o relato, caso perceba medo, julgamento ou incredulidade.

#### \* GARANTA A PRIVACIDADE E A PROTEÇÃO

O acolhimento deve ocorrer em ambiente reservado; o relato não deve ser compartilhado com pessoas não envolvidas no cuidado do caso.

#### \* NÃO PROMETA SEGREDO ABSOLUTO

Explique, com cuidado, que algumas pessoas da rede de proteção precisarão ser acionadas para garantir a segurança da criança.

#### \* EVITE A REVITIMIZAÇÃO

Fazer a criança repetir o ocorrido diversas vezes intensifica o sofrimento emocional e é considerado uma forma de violência institucional.

#### \* REGISTRO OBJETIVO DAS INFORMAÇÕES

Realizado pela pessoa que acolheu a criança, com o máximo de detalhes, preferencialmente utilizando as palavras da própria criança, sem interpretações ou julgamentos pessoais.

#### \* COMUNICAÇÃO À GESTÃO ESCOLAR

O registro deve ser entregue à gestão, para os encaminhamentos necessários.

#### \* COMUNICAÇÃO À FAMÍLIA OU AO RESPONSÁVEL LEGAL

O gestor deverá se reunir com os responsáveis para relatar o ocorrido. Caso o agressor seja um familiar que resida com a criança, esta pessoa não deverá ser comunicada.

#### \* AÇIONAMENTO DA REDE DE PROTEÇÃO

Comunicado imediato ao Conselho Tutelar e encaminhamento aos demais serviços que compõem a rede (serviços de saúde e de segurança pública), conforme o caso.

#### \* ACOMPANHAMENTO E MONITORAMENTO

A gestão escolar acompanha a referência e a contrarreferência, até que a criança esteja protegida.

**ATENÇÃO:** quando o suposto agressor for um familiar ou alguém que conviva na mesma residência, a gestão escolar deverá acionar imediatamente o Conselho Tutelar. Em situações de maior gravidade, especialmente em casos de violência sexual, risco iminente ou ameaça à integridade física e emocional, recomenda-se também o acionamento imediato da Polícia Militar, para garantir a proteção emergencial e o afastamento do agressor.

### COMO CONVERSAR COM A FAMÍLIA

Não há um protocolo único capaz de atender, de forma padronizada, a todas as situações violentas envolvendo crianças. As condutas adotadas pela escola e pela rede de proteção devem considerar diferentes aspectos, como a natureza da violência, a faixa etária da vítima, o contexto familiar, os recursos disponí-

veis na instituição de ensino, a organização da rede de proteção no território e as condições sociais e comunitárias nas quais a escola está inserida. Dessa forma, os encaminhamentos e as estratégias de intervenção precisam ser construídos de maneira contextualizada, respeitando as especificidades de cada situação (Lyra et al., 2023).

O principal objetivo da conversa é garantir a proteção da criança, fortalecer o vínculo entre a escola e a família e construir estratégias conjuntas de cuidado e acompanhamento.

Como tratamos anteriormente, a escola precisa avaliar se o autor da violência não é o pai, a mãe ou um familiar que mora na residência com a criança. Isto é um fator primordial para que a gestão escolar decida quem acionar, esses responsáveis ou o Conselho Tutelar.

Considerando que o agressor não conviva com a criança, cabe à gestão escolar, primeiramente, analisar o fato com calma e, se necessário, dialogar com outros profissionais da gestão ou da equipe pedagógica para obter mais detalhes sobre a situação, evitando agir por impulso. O próximo passo é solicitar uma reunião presencial com os familiares e seguir as orientações:

- \* Acolha a família em um lugar tranquilo, sem movimentação de pessoas nem interrupções. Dê preferência a conversar com os responsáveis sem a presença da criança;
- \* É importante que a escola organize previamente a conversa, definindo quais profissionais participarão do atendimento e quais informações precisam ser compartilhadas;
- \* Aos gestores, recomenda-se que nunca se reúnam com os familiares sozinhos, mas sempre na companhia de algum membro da equipe de gestão ou da equipe pedagógica;
- \* Informe à família que será elaborada uma ata para registrar a conversa, que é um instrumento oficial de acompanhamento institucional que poderá subsidiar, caso necessário, os encaminhamentos à rede de proteção e aos órgãos competentes;
- \* Durante o diálogo, recomenda-se utilizar linguagem clara, acolhedora e objetiva, apresentando apenas os fatos observados ou relatados espontaneamente pelo estudante, sem interpretações pessoais, conclusões precipitadas ou tentativas de investigação;
- \* Nos casos em que o suposto agressor não pertença ao núcleo familiar, a escola pode orientar a família sobre os encaminhamentos necessários junto à

rede de proteção, como os serviços de saúde, a assistência social e os órgãos de segurança pública;

- \* Produza o relatório para a família encaminhar à rede de proteção;
- \* É necessário explicar aos familiares ou cuidadores que determinadas situações devem ser obrigatoriamente comunicadas à essa rede, conforme previsto no Estatuto da Criança e do Adolescente e na Lei nº 13.431/2017.

Por fim, o diálogo com os familiares não deve se limitar à comunicação inicial sobre o caso. O acompanhamento contínuo, o fortalecimento do vínculo escola-família e a articulação com a rede de proteção são fundamentais para garantir condições adequadas de cuidado, desenvolvimento e permanência escolar do estudante.



## O PAPEL DA GESTÃO ESCOLAR

A gestão escolar desempenha um papel central na promoção de um ambiente acolhedor, seguro e comprometido com a proteção integral das crianças. Compreender a escola como espaço estratégico de garantia dos direitos humanos é fundamental para assegurar não apenas o acesso à educação, mas também a permanência e a participação dos estudantes ao longo do percurso escolar com dignidade, proteção e desenvolvimento integral.

Cabe à equipe gestora organizar protocolos, orientar os profissionais da escola, assegurar o registro adequado das situações identificadas e promover o acionamento da rede de proteção de forma ética e articulada. Além disso, a gestão é responsável por fortalecer uma cultura institucional de acolhimento, escuta qualificada e proteção integral, garantindo que os encaminhamentos ocorram em conformidade com o ECA e com as Leis nº 13.431/2017 e nº 14.819/2024.

A atuação da gestão é fundamental para fortalecer o trabalho intersetorial entre educação, saúde, assistência social, segurança pública e sistema de justiça. Como destacam Costa e Vieira (2018), a fragmentação institucional compromete o cuidado integral e a garantia dos direitos da criança, tornando indispensável a articulação entre os serviços da rede de proteção. Nesse contexto, a gestão escolar atua como mediadora dos fluxos institucionais, favorecendo a comunicação entre os equipamentos e o acompanhamento dos casos.

Identificar o sofrimento de uma criança é, muitas vezes, o momento mais solitário vivido por um professor. Dúvidas como “Será que estou vendo certo?”, “O que eu faço agora?” “Vou errar se disser algo?” são frequentes. Conhecer os protocolos, os marcos legais e a rede de proteção ajuda a compreender que o professor não precisa e nem deve agir sozinho. A seguir, apresentam-se os instrumentos legais e os caminhos possíveis para transformar uma observação em cuidado.

Reconhecer os sinais de sofrimento emocional é o primeiro passo. O segundo, igualmente fundamental, é saber o que fazer com o que se vê e se ouve. Acolher sem invadir, registrar sem diagnosticar, encaminhar sem abandonar são os princípios que orientam a atuação da escola diante do sofrimento infantil, desenvolvidos nas seções a seguir, em diálogo direto com os marcos legais e a rede de proteção.

## MARCOS LEGAIS: O QUE ORIENTA A ATUAÇÃO DA ESCOLA

Em situações de violência ou de sofrimento mental intenso e persistente, com prejuízos significativos ao desenvolvimento e à participação, a escola é orientada por importantes marcos legais, entre eles o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) e as Leis nº 13.431/2017 e nº 14.819/2024.

### ✱ ESTATUTO DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE (ECA)

Assegura a toda criança e a todo adolescente o direito à proteção integral. Para a escola, destacam-se dois dispositivos: o artigo 13, que determina a comuni-

cação obrigatória ao Conselho Tutelar diante da suspeita ou da confirmação de maus-tratos, castigo físico ou tratamento cruel ou degradante; e o artigo 56, que, além da comunicação destas situações, estabelece a obrigatoriedade de comunicação de negligência, abuso, abandono e evasão escolar, após esgotados os recursos internos e constatados elevados índices de repetência. Essas determinações reforçam que a proteção de crianças e adolescentes é responsabilidade compartilhada entre a família, a escola, a sociedade e o Estado (Brasil, 1990).

✱ SISTEMA DE GARANTIA DE DIREITOS DA CRIANÇA VÍTIMA OU TESTEMUNHA DE VIOLÊNCIA (LEI Nº 13.431/2017)

Organiza os fluxos intersetoriais de atendimento e define procedimentos como a escuta especializada. Para a escola, o princípio central é que a instituição não investiga nem produz provas. A lei assegura à criança e ao adolescente o direito de viver sem violência e de ter preservados sua saúde física e mental e seu desenvolvimento integral.

### TRÊS FORMAS DE ESCUTAR E ACOLHER

A escola realiza a *escuta da revelação espontânea*: acolhe a fala da criança quando ela relata, de forma livre, uma situação de violência ou violação de direitos. Já a *escuta especializada* é prevista na Lei nº 13.431/2017 e deve ser realizada por profissionais capacitados da rede de proteção, para acolher e obter as informações necessárias à proteção e ao acompanhamento da criança, evitando perguntas repetitivas e situações revitimizantes. Por fim, o *depoimento especial* ocorre no âmbito policial ou judicial, conduzido por profissional especializado, em ambiente adequado e protegido, para reduzir danos emocionais e evitar novas violências institucionais durante o processo investigativo e judicial (Brasil, 2017a; Brasil, 2023).

✱ POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL NAS COMUNIDADES ESCOLARES (LEI Nº 14.819/2024)

Reconhece que as questões de saúde mental fazem parte do cotidiano escolar e precisam ser enfrentadas de forma intersetorial. Determina que as ações de promoção da saúde mental nas escolas ocorram em articulação com o Programa Saúde na Escola (PSE), a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), o Sistema Único de Assistência Social (SUAS) e os demais serviços do território, compreendendo o cuidado em saúde mental como responsabilidade compartilhada entre educação, saúde e assistência social (Brasil, 2024).

## A REDE DE PROTEÇÃO À CRIANÇA

A Constituição Federal de 1988 e o ECA estabelecem que a proteção integral à infância e à adolescência é dever compartilhado entre a família, a sociedade e o Estado. A Rede de Proteção Social (RPS) é a estrutura que materializa esse compromisso, integrando políticas públicas, serviços e instituições governamentais e da sociedade civil, que atuam de forma articulada na prevenção de vulnerabilidade e na garantia de direitos (Silva e Alberto, 2019). Compõem a rede:

✱ CONSELHO TUTELAR | Órgão permanente e autônomo encarregado de zelar pelo cumprimento dos direitos da criança e do adolescente. Sua função não é punitiva, mas sim protetiva, cabendo-lhe aplicar medidas de proteção e articular os serviços necessários diante de situações de risco ou de violação de direitos (Brasil, 2017b).

✱ CENTRO DE REFERÊNCIA DE ASSISTÊNCIA SOCIAL (CRAS) | Atua na proteção social básica, acompanhando famílias em situação de vulnerabilidade e fortalecendo vínculos familiares e comunitários.

✱ CENTRO DE REFERÊNCIA ESPECIALIZADO DE ASSISTÊNCIA SOCIAL (CREAS) | Responsável pelo atendimento a situações de violação de direitos, como violência física, psicológica e sexual, negligência e abandono.

✱ UBS (UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE) | Responsável pela atenção primária, pelo acompanhamento familiar e pelos encaminhamentos a serviços especializados.

✱ CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL INFANTOJUVENIL (CAPSI) | Cuida de crianças e adolescentes em sofrimento psíquico intenso ou persistente.

Já a REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL (RAPS) e o funcionamento detalhado de cada um de seus serviços serão apresentados no Capítulo 11.

✱ POLÍCIA MILITAR | Tem papel fundamental ao colaborar para a segurança e a proteção integral em situações que envolvam risco à integridade física e emocional de crianças e adolescentes, sendo acionada em casos de risco iminente.

✱ POLÍCIA CIVIL | Possui delegacias e núcleos especializados na investigação de crimes praticados contra crianças e adolescentes, sempre observando os princípios da proteção integral e da não revitimização previstos na Lei nº 13.431/2017 (Oliveira, 2024).

✱ MINISTÉRIO PÚBLICO | Outra instância fundamental na proteção dos direitos da infância e da adolescência, atua como fiscal da lei e defensor desses direitos, podendo instaurar procedimentos, acompanhar políticas públicas, requisitar providências aos órgãos competentes e promover ações judiciais caso seja necessário.

✱ PODER JUDICIÁRIO | É responsável por aplicar medidas protetivas, determinar intervenções legais e assegurar o exercício dos direitos previstos na legislação brasileira.

## SÍNTESE

Identificar sinais de sofrimento emocional na infância é uma das tarefas mais delicadas que a escola pode assumir. Requer presença, escuta, sensibilidade e coragem para agir diante do que se vê. Este capítulo teve como objetivo oferecer ao professor e à equipe pedagógica um conjunto de referências práticas e conceituais, para que esse olhar se torne mais seguro e qualificado.

Três ideias principais foram abordadas ao longo desta jornada e merecem ser retomadas ao final. A primeira é que o sofrimento emocional infantil se manifesta de muitas formas — no corpo, no comportamento, no silêncio, na agitação — e raramente chega nomeado. A segunda é que a escola não está sozinha. Marcos legais, fluxos de encaminhamento, redes de proteção social e de atenção psicossocial existem exatamente para compartilhar a responsabilidade pelo cuidado. Conhecer esses instrumentos não é burocracia, mas sim proteção, tanto para a criança quanto para o profissional que atua.

A terceira é que acolher, registrar e encaminhar são gestos que precisam caminhar juntos. Acolher sem registrar fragiliza o encaminhamento. Encaminhar sem acolher e sem acompanhar interrompe o cuidado. É na articulação dessas três ações que a escola cumpre seu papel na garantia dos direitos de crianças, sendo o elo que, muitas vezes, torna o cuidado possível.

## Racismo e saúde mental na educação básica

Cláudia Guedes Araújo Silva e Ellen de Lima Souza

*Filho de branco e do preto  
correndo pela estrada  
atrás de passarinho.  
Pela plantação adentro  
crescendo os dois meninos,  
sempre pequeninos.*

**Milton Nascimento**, em *Morro Velho*

Este capítulo examina as relações étnico-raciais a partir de suas interconexões com a saúde mental e com os processos educativos na infância. Parte-se da premissa de que o racismo não incide apenas sobre indicadores sociais ou trajetórias individuais, mas também organiza modos de percepção, reconhecimento e subjetivação que atravessam crianças negras e brancas desde os primeiros anos de vida. O objetivo é oferecer a professoras e professores que trabalham com crianças de 0 a 11 anos subsídios teóricos para a compreensão das relações entre racismo, saúde mental e educação, em diálogo com as Diretrizes Curriculares Nacionais para a Educação das Relações Étnico-Raciais e para o Ensino de História e Cultura Afro-Brasileira e Africana.

### RACISMO, INFÂNCIA E DESIGUALDADE: UM PANORAMA

No imaginário social brasileiro, ainda é frequente associar o racismo a um problema exclusivamente da população negra. Essa associação, embora compreensível diante dos efeitos materiais da hierarquização racial, é insuficiente para compreender a complexidade do fenômeno. O racismo é uma ideologia<sup>6</sup> e

---

<sup>6</sup> Neste trabalho compreendemos a ideologia como um conjunto de ideias que tem a função determinada de explicar e justificar desigualdades de maneira a naturalizá-las.

uma prática social que distribui lugares, expectativas, direitos e possibilidades de existência. Seus efeitos tornam-se visíveis, por exemplo, nas desigualdades que atravessam a infância, a juventude, a escolarização, o acesso a uma vida digna e, conseqüentemente, à saúde mental.

Em 2023, o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) publicou um estudo sobre as múltiplas dimensões da pobreza na infância e na adolescência no Brasil. O levantamento indicou que, em 2019, 72,5% das crianças e adolescentes negros(as) e indígenas estavam em situação de pobreza multidimensional, em contraste com 49,2% das crianças e adolescentes brancos e amarelos. O dado evidencia que a raça, articulada a outros marcadores sociais, participa da produção concreta das desigualdades que estruturam a experiência infantil no país.

Em 2015, a Comissão Parlamentar de Inquérito (CPI) do Senado sobre o assassinato de jovens (Brasil, 2015) tornou público o levantamento segundo o qual, a cada 23 minutos, um jovem negro era morto no Brasil. Embora esse indicador tenha se tornado um marco histórico na denúncia do racismo estrutural, os dados recentes permanecem alarmantes. O *Atlas da Violência* registra que, em 2024, pessoas negras corresponderam a 77% das vítimas de homicídio no país, totalizando 32.820 mortes — o equivalente a 89,9 pessoas negras assassinadas por dia (Cerqueira e Bueno, 2026).

No campo educacional, os avanços também convivem com permanências significativas. Dados recentes da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua (PNAD Contínua) indicam que, pela primeira vez, mais da metade da população preta ou parda com 25 anos ou mais concluiu o Ensino Médio (IBGE, 2026). Ainda assim, a desigualdade racial persiste: enquanto 51,3% da população preta ou parda alcançou essa etapa, entre as pessoas brancas o percentual foi de 64,9%. A distância entre os grupos, portanto, permanece como expressão de uma estrutura que dificulta a efetivação da igualdade como direito.

## COMO AS CRIANÇAS APRENDEM A HIERARQUIA RACIAL

Ao tratar das relações raciais no Brasil, nossa percepção tende a se dirigir imediatamente à disparidade material, ao abismo que se abre entre pessoas negras e não negras. Contudo, é igualmente necessário deslocar o olhar para aquilo que antecede e sustenta a disparidade: as relações. As crianças crescem em uma sociedade racializada e, desde muito cedo, aprendem, nas interações cotidianas, modos de perceber, reconhecer e atribuir valor às diferenças. É nes-

se contexto que a educação se organiza, pois educar implica produzir modos de convivência, de reconhecimento, de pertencimento e de responsabilidade.

A educação, portanto, é marcada pelas relações. A própria Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (LDB) ressalta sua dimensão ampla, vinculada à vida familiar, à convivência humana, ao trabalho, às instituições, aos movimentos sociais e às manifestações culturais. Essa compreensão permite afirmar que a escola não apenas transmite conteúdos: ela também participa da formação de sensibilidades, percepções, medos, expectativas e formas de reconhecimento.

Esses processos tornam-se visíveis no cotidiano escolar: quando uma professora elogia repetidamente os mesmos estudantes e atribui menor expectativa aos demais; quando o cabelo de uma criança negra é ridicularizado ou tratado como motivo de “brincadeira”; quando determinadas crianças são mais frequentemente escolhidas para representar personagens considerados bonitos, inteligentes ou bem-sucedidos. Situações como essas não dizem respeito apenas à convivência escolar. Elas também participam da construção das identidades, dos sentimentos de pertencimento e da saúde mental das crianças. Na educação infantil, esses mesmos processos aparecem em gestos ainda mais sutis: na boneca ou personagem que a criança escolhe como “a mais bonita”, no cabelo que é tocado sem consentimento, nos pares que se formam espontaneamente nas brincadeiras livres. São sinais que exigem do educador uma escuta atenta ao que ainda não é dito em palavras.

Nesse sentido, a canção “Morro Velho”, de Milton Nascimento, pode nos ajudar a refletir sobre isso, pois narra uma infância em que as relações étnico-raciais parecem sustentadas pela igualdade. No decorrer da canção, entretanto, as contradições de classe entre os dois meninos emergem e dão o tom final: o menino branco *já tem nome de doutor, e agora, na fazenda, é quem vai mandar*; seu velho camarada, por sua vez, *já não brinca, mas trabalha*.

Entretanto, essa aparente igualdade não decorre de uma infância naturalmente imune às desigualdades, nem significa que crianças nasçam reproduzindo relações racistas.

O racismo não é uma característica inata das crianças. As formas de discriminação, pertencimento e exclusão são aprendidas nas relações sociais, por meio das atitudes dos adultos, das instituições, das representações culturais e das hierarquias presentes na sociedade.

Em uma sociedade marcada pelo racismo, as crianças aprendem, desde muito cedo, quem costuma ser valorizado, quem é frequentemente silenciado, quem ocupa determinados lugares e quem deles é excluído. É justamente por isso que a escola desempenha um papel decisivo: ela pode tanto reproduzir essas hierarquias quanto criar experiências que as questionem e as transformem.

Ainda que reconheçamos a beleza da canção, esse retrato de uma infância livre da tensão racial pode ser interpretado mais como um desejo do que como uma experiência efetivamente existente. A literatura científica e os relatos cotidianos mostram que crianças negras sofrem racismo desde muito cedo, inclusive quando ainda são bebês. Não apenas os adultos perpetram a ideologia — educadores, desconhecidos, passantes e familiares —, mas também as crianças, que reproduzem as relações e hierarquias aprendidas em seu contexto social.

A sociedade brasileira autoriza diferentes sujeitos a promover processos de desumanização e exclusão da criança negra, inclusive a da criança branca.

## **RACISMO COMO SOFRIMENTO PSÍQUICO: PARA ALÉM DA CRIANÇA NEGRA**

Essa conformação concreta da sociedade organiza, como lembra Fanon (2008), os processos de subjetivação. A sociedade brasileira utiliza a raça para posicionar seus cidadãos na distribuição da injustiça: superiores e inferiores; patrões e empregados; quem manda e quem obedece; quem vive e quem morre. Afirmar a igualdade por meio das diferenças não constitui, historicamente, um valor civilizatório brasileiro; aqui, a diferença — em especial a racial — organiza a hierarquia. Desse modo, forma-se uma constelação social, para retomar o termo fanoniano, que passa a compor o universo de relações no qual as crianças crescem, aprendem e constroem sua compreensão sobre si mesmas e sobre os outros.

Continuando a pensar com Fanon e convocando Lélia Gonzalez (2020) para essa reflexão, é possível compreender o racismo no Brasil como uma neurose coletiva: uma forma de padecimento psíquico que atravessa toda a sociedade, ainda que incida de modo desigual sobre seus sujeitos.

Essa compreensão amplia o olhar sobre a saúde mental: o sofrimento produzido pelo racismo não se restringe às experiências individuais, mas é tecido nas relações sociais, nas instituições e nos modos como as pessoas aprendem a reconhecer ou a negar a humanidade umas das outras.

As crianças negras são, com frequência, tomadas como objeto privilegiado das pesquisas sobre os danos do racismo à saúde mental — e a palavra “alvo” não é fortuita. O risco, nesse enquadramento, é reduzir a criança negra à condição de dano. Daí decorrem, muitas vezes, práticas docentes bem-intencionadas, mas equivocadas, que respondem ao sofrimento com condescendência e acabam por recolocar a criança negra no lugar da impotência. Não se trata, contudo, de privilégio, mas de direito.

São raros, quando não quase inexistentes, os trabalhos que abordam o dano psíquico causado pelo racismo em crianças brancas. Essa ausência não é neutra: ela pode indicar a permanência da ideia de que o mundo branco corresponde ao mundo da normalidade e de que crianças que, por acaso, nascem brancas nesta sociedade estariam psiquicamente preservadas dos efeitos do racismo.

Essa posição, entretanto, é difícil de sustentar, pois o racismo expulsa a todos do mundo da igualdade na diferença. O dano psíquico vivido por crianças negras é frequentemente identificado e nomeado. Mas o que ocorre com as crianças brancas? O que se produz subjetivamente quando a escola sustenta a criança branca como aquela que não sofre, em sua saúde mental, os efeitos do racismo?

Se o racismo produz sofrimento para quem é inferiorizado e desumanizado, também produz formas distintas de sofrimento para quem aprende a desumanizar o outro e para quem é socialmente situado como superior. Em ambos os casos, empobrece as possibilidades de encontro, reconhecimento e convivência democrática, ainda que de maneiras profundamente desiguais.

Compreender esses processos é fundamental para que a educação sobre relações étnico-raciais não seja entendida como um tema que diz respeito apenas às crianças negras, mas que englobe toda a comunidade escolar.

Cida Bento (2012) relata que, na escola, era percebida sobretudo quando convertida em exemplo negativo, enquanto os esforços de colegas brancas eram enaltecidos. A autora recorre a pesquisas que indicam que, entre 4 e 5 anos, as crianças já manifestam consciência da diferença racial e identificam as vantagens associadas a ser branco. O reconhecimento racial, portanto, ocorre em conjunto com a percepção da hierarquia racial. Ao contrário das crianças negras, as crianças brancas e suas famílias raramente são interpeladas pela escola como participantes de projetos de promoção da consciência das relações raciais. Assim, tais relações perdem sua natureza relacional e

são reduzidas ao chamado “problema do negro”.

Se a consciência da diferença racial emerge no mesmo momento em que se percebe a hierarquia racial, as crianças também passam a aprender quais lugares sociais tendem a ser valorizados e quais são frequentemente desvalorizados. Para muitas crianças brancas, isso pode significar a naturalização de uma posição de superioridade decorrente das relações sociais nas quais estão inseridas. Esse lugar, além de construção psíquica, é também campo de vantagens materiais e, no Brasil, participa da diferença entre quem vive e quem morre.

Desde o início dos anos 2000, diversas pesquisas empíricas no campo da educação infantil indicam que muitas crianças brancas manifestam, desde muito cedo, atitudes de recusa ao contato, à colaboração e à amizade com crianças negras. Tais atitudes não surgem espontaneamente, mas são aprendidas nas relações sociais e, muitas vezes, observadas silenciosamente por docentes que, pelo silêncio — no melhor dos casos — ou pelo reforço explícito, contribuem para sua manutenção. Para quem educa crianças pequenas, isso significa não esperar que essas atitudes “passem sozinhas” com a idade: intervir desde cedo, nomeando a recusa e criando oportunidades de convívio e brincadeira conjunta, é parte do trabalho educativo tanto quanto alfabetizar ou ensinar a contar.

Quando a escola deixa de problematizar essas experiências, corre o risco de naturalizar relações de superioridade e inferioridade que empobrecem o desenvolvimento ético e afetivo de todas as crianças.

Em vez de favorecer o reconhecimento da diversidade como parte da experiência humana, essa indiferença reforça modos de relação marcados pela hierarquia, pela exclusão e pela dificuldade de reconhecer o outro em sua plena humanidade. Promover a saúde mental também implica criar experiências que permitam às crianças construir relações baseadas no respeito, na cooperação e na igualdade de dignidade.

Os estudos sobre saúde mental e racismo que se concentram no sofrimento psíquico da população negra, indicam que esse sofrimento decorre tanto das experiências racistas, quanto da construção da própria subjetividade em uma sociedade na qual a brancura representa um ideal e as experiências de reconhecimento são sistematicamente impedidas. Em 1983, Neusa Santos Souza descreveu como a formação subjetiva da pessoa negra — especialmente daquela que vivencia mobilidade social ascendente — é atravessada pelo Ideal de Eu branco. Gonçalves Filho (2009), por sua vez, cunhou a noção de “humilhação social” para designar o sofrimento psíquico produzido quando as diferenças

são convertidas em instrumentos de desigualdade e de sujeição política.

No entanto, os efeitos do racismo sobre aqueles que ocupam posições socialmente privilegiadas raramente são discutidos no campo da saúde mental. Segundo Gonçalves Filho (2009), “quem foi colocado em uma posição de superioridade perde de vista o quanto deve ao mundo e a outrem”. Essa reflexão nos convida a compreender que esta ideologia não produz apenas sofrimento para quem é discriminado; ele também pode limitar a capacidade de reconhecer o outro como sujeito de igual dignidade. Na infância, esse processo pode aparecer quando relações de mando, obediência ou desvalorização são naturalizadas nas interações entre as crianças e permanecem sem problematização por parte dos adultos.

Crianças brancas podem ter, no encontro com crianças negras, uma de suas primeiras experiências de voz de mando, entendida por Gonçalves Filho (2009), como operador político da desigualdade.

Mais do que um comando explícito, trata-se da naturalização da ideia de que algumas crianças podem ocupar posições de maior autoridade, reconhecimento ou valor do que outras. Quando essa lógica se instala nas relações cotidianas, ela tende a empobrecer as possibilidades de encontro, cooperação e reconhecimento mútuo, elementos fundamentais para a promoção da saúde mental e para a construção de uma cultura cooperativa e humanizante.

## COMO O RACISMO ORGANIZA HIERARQUIAS E PRODUZ DESIGUALDADES

A sociedade brasileira é organizada hierarquicamente de alto a baixo — mesmo entre as classes pobres, o mandonismo opera como princípio relacional — e utiliza o critério de cor para distribuir poder. Ao explicar a racialização nos Estados Unidos, Du Bois (2026) apontou que a supremacia branca manteve pessoas brancas pobres vinculadas a um “salário público e psicológico”: melhores escolas, acesso a espaços das classes altas e recrutamento de policiais entre seus filhos. Ainda que se refira ao contexto norte-americano, essa análise ajuda a compreender como privilégios raciais podem ser mantidos mesmo entre grupos que compartilham condições econômicas semelhantes. A despeito de partilharem condições salariais semelhantes às de trabalhadores negros, esse salário público e psicológico mantinha as pessoas brancas pobres em oposição às pessoas negras.

No Brasil, grupos brancos que detiveram o poder de organizar as relações sociais mobilizaram, entre outros recursos, a ideologia da democracia racial. Durante décadas, esse conjunto de ideias sustentou a narrativa oficial segundo a qual a sociedade brasileira não produziria distinções raciais relevantes, uma vez que a miscigenação e certos vínculos públicos entre pessoas brancas e negras comprovariam uma suposta harmonia nacional. Após anos de luta do Movimento Negro brasileiro, essa narrativa passou a ser enfrentada de forma sistemática. Um dos mecanismos desse enfrentamento foi a realização de pesquisas que demonstraram que a igualdade formal não garante, por si só, o acesso efetivo de pessoas negras a direitos sociais, como a saúde e a educação, bem como de direitos políticos, econômicos e civis. Reconhecer essa realidade é um passo fundamental para que a escola promova relações mais comprometidas com a equidade, compreendendo que a promoção da saúde mental também depende do enfrentamento das desigualdades que atravessam o cotidiano escolar.

Em 2001, no projeto “Diálogos contra o Racismo, pela Igualdade Racial”, o Instituto Brasileiro de Análises Sociais e Econômicas (IBASE, 2001) realizou uma pesquisa cujas respostas a duas perguntas revelaram uma contradição expressiva. À pergunta “Você conhece alguém racista?”, mais de 90% das pessoas entrevistadas responderam afirmativamente. Já na pergunta “Você é racista?”, um percentual semelhante respondeu negativamente, o que evidencia o fenômeno de um racismo perpetrado por “fantasmas”. A noção de negação, retomada por Gonzalez, ajuda a compreender esse funcionamento:

embora o racismo seja amplamente reconhecido como um problema social, tende a ser deslocado para o outro, o que dificulta o reconhecimento das formas pelas quais se manifesta nas relações cotidianas.

Outro mecanismo pelo qual a desigualdade racial opera é a ideologia do mérito. As explicações para os melhores índices de acesso a direitos de pessoas brancas, em comparação com as de pessoas negras, são frequentemente deslocadas para um discurso sobre esforço individual. Mijs (2021) demonstra que a crença na meritocracia funciona como legitimação das desigualdades: quanto mais desigual a sociedade, maior a tendência de seus cidadãos explicarem o sucesso em termos meritocráticos e menor a importância atribuída a fatores estruturais, como origem familiar, raça, riqueza herdada e redes de relacionamento. No Brasil, onde a desigualdade é profunda, a meritocracia articula-se à democracia racial como ideologias que deslegitimam as ações concretas de enfrentamento ao racismo.

## PATOLOGIZAÇÃO, CULPABILIZAÇÃO E OS LIMITES DA RESPOSTA CLÍNICA

Ao discutir os efeitos do racismo sobre a saúde mental, é importante evitar interpretações que transformem as respostas humanas ao sofrimento em problemas exclusivamente individuais.

Assim, neste texto, focamos, de maneira reiterada, nos aspectos da construção da subjetividade em uma sociedade racista, sem adotar uma perspectiva patologizante da saúde mental. O campo da psicologia e da psiquiatria contribuiu, historicamente, para a segregação e para a justificação científica — em conformidade com os paradigmas vigentes da época — da inferiorização das pessoas negras e indígenas. Sob o aval da ciência<sup>7</sup>, atrocidades foram cometidas contra as populações colonizadas em diferentes partes do mundo. Em 1851, nos Estados Unidos, o médico Samuel A. Cartwright propôs o diagnóstico psiquiátrico de Drapetomania, uma suposta doença mental atribuída às pessoas escravizadas que tentavam fugir em busca de liberdade (Willoughby, 2018). Desse modo, é preciso cuidado ao utilizar categorias psiquiátricas e psicológicas que, muitas vezes, contribuem para uma patologização acrítica do sofrimento relacionado à discriminação e ao racismo. Quando o sofrimento psíquico vivido nos ambientes escolares é explicado apenas por características individuais, corre-se o risco de responder por esse sofrimento com medicalização, culpabilização ou encaminhamentos clínicos que, embora necessários em algumas situações, não abordam as condições sociais geradas por ele.

Pensar a tríade racismo, educação e saúde mental exige, portanto, reconhecer sua dimensão relacional. O racismo opera no campo da ideologia; a educação, no campo da política e da formação; a saúde mental, no modo como sujeitos e coletividades elaboram ou sofrem essas experiências. Propomos, assim, um percurso que acompanha as paradas e curvas dessa tríade, tomando como questão orientadora uma pergunta incômoda: quem tem medo do racista?

A dificuldade de compreender o racismo decorre, em parte, de sua atuação simultânea no plano individual e no plano coletivo das instituições. Essa ideologia atravessa a percepção: olhamos para alguns grupos com sinais de aprovação e desviamos o olhar de outros, tratados sob o signo do medo ou da desconfiança; o tato humaniza determinados corpos por meio do cuidado e do afeto, enquanto evita, controla ou agride outros; a audição concede maior credibilidade a certas vozes e ignora solenemente outras. O olfato parece não arder diante da iniquidade, e o paladar devora a memória sob o sabor da naturalização. Assim, as diferenças se convertem em desigualdades. Toda essa percepção carrega o

---

<sup>7</sup> O Podcast Ciência Suja tem uma temporada especial que explora a intersecção entre a ciência, o colonialismo e o racismo. <https://www.cienciasuja.com.br/temporada-4>

peso colonial do mito da democracia racial, que insistiu, por séculos, em sustentar no imaginário social a ideia de que não há racismo no Brasil.

Para compreender como essa indagação atravessa as relações escolares, é necessário reconhecer que a educação das relações étnico-raciais depende da reeducação das percepções. Reconhecer não significa apenas identificar a existência do racismo, mas também transformar os modos pelos quais a escola nomeia, acolhe, interpreta e intervém nas experiências vividas por crianças negras e brancas.



### **COMO REEDUCAR NOSSAS PERCEPÇÕES ADOECIDAS PARA A EDUCAÇÃO DAS RELAÇÕES ÉTNICO-RACIAIS?**

As Diretrizes Curriculares Nacionais para a Educação das Relações Étnico-Raciais e para o Ensino de História e Cultura Afro-Brasileira e Africana oferecem uma chave fundamental para essa reflexão.

Ao orientar a aplicação da Lei das Diretrizes e Bases da Educação Nacional (LDB), alterada pela obrigatoriedade do ensino de História e Cultura Afro-Brasileira e Africana, o documento explicita que a reeducação das relações étnico-raciais exige enfrentar dores, medos e responsabilidades historicamente produzidos. Trata-se de uma definição decisiva, pois desloca a questão racial do campo da mera inclusão curricular para o das relações sociais, afetivas, políticas e psíquicas que estruturam a vida escolar.

“Se não é fácil ser descendente de seres humanos escravizados e forçados à condição de objetos utilitários ou a semoventes, também é difícil descobrir-se descendente dos escravizadores, temer, embora veladamente, revanche dos que, por cinco séculos, têm sido desprezados e massacrados.”

“Para reeducar as relações étnico-raciais, no Brasil, é necessário fazer emergir as dores e medos que têm sido gerados. É preciso entender que o sucesso de uns tem o preço da marginalização e da desigualdade impostas a outros. E então decidir que sociedade queremos construir daqui para frente” (Brasil, 2004).

Nessa direção, Hélio Santos (2001) sintetiza o racismo como uma ideologia que parte tanto do pressuposto de “superioridade de um grupo racial sobre outro” quanto da crença de que determinado grupo possui “defeitos de ordem moral e intelectual que lhe são próprios”. A formulação é importante porque evidencia que as ideias racistas não se reduzem a atitudes isoladas: produzem critérios de valoração moral, intelectual e política que orientam práticas institucionais e relações cotidianas.

Petronilha Beatriz Gonçalves Silva, autora do parecer que subsidiou a Lei 10.639/2003 (Brasil, 2004), relata que sua principal preocupação em relação à legislação foi evitar que ela se traduzisse em disciplinas acopladas aos currículos apenas para, mais uma vez, garantir o cumprimento formal dela. Antes, a intenção da autora e dos colaboradores do parecer era que o ensino de história e cultura africana e afro-brasileira constituísse uma matriz de pensamento que, finalmente, incorporasse a centralidade africana e afro-brasileira na construção desta nação.

No desejo de permanecer fiéis a essa intenção, apontaremos algumas possibilidades de trabalho desdobradas a partir da reflexão provocada por esse texto. Essas sugestões não visam substituir a autonomia docente, nem o papel central que cada professora e cada professor têm ao transformar esses princípios em atividades que contribuam para relações étnico-raciais mais refletidas.

Coerentes com o papel fundamental que a apresentação de dados estatísticos teve na explicitação das desigualdades étnico-raciais, sugerimos atividades de busca e apresentação de dados que cada escola ou turma possa realizar, como lembrete contínuo de que, parafraseando Angela Davis (2018), a igualdade é uma luta constante.

Coerentes com os diversos estudos que evidenciam manifestações de racismo desde a primeira infância, sugerimos atividades nas quais sejam garantidas a voz de todas as crianças, bem como a atenção e a intervenção imediatas em situações de subalternização de crianças negras e indígenas.

Coerentes com as afirmações de que o racismo organiza as interações sociais brasileiras, sugerimos a capacitação permanente a respeito das relações raciais de todas as pessoas envolvidas com a educação em seus mais diversos afazeres. As manifestações de racismo muitas vezes paralisam as vítimas por ocorrerem em situações comuns.

Confirmando o fato de que o racismo tem componentes intrapsíquicos e que não há como ser subjetivado no Brasil fora das relações raciais, é necessário que o sofrimento psíquico causado por ele seja acolhido e não deslegitimado pela escola, e que protocolos de encaminhamento à rede pública de saúde mental sejam elaborados, caso necessário.

Coerentes com o espírito da Lei 10.639/2003, sugerimos que os conteúdos relativos ao ensino de história e cultura africana e afro-brasileira não sejam abordados como se referissem apenas às pessoas negras, assim como os aspectos da cultura europeia não são relacionados apenas às pessoas brancas. As multifacetadas culturas africanas compõem a riqueza da cultura humana e, nesse sentido, são patrimônio de todas as pessoas.

Dado que a consciência racial se forma já na primeira infância, sugerimos que professores e professoras da educação infantil estejam atentos aos livros, bonecos, imagens e brincadeiras oferecidos às crianças, garantindo que a diversidade racial esteja presente também no que é mostrado como bonito, desejável e digno de cuidado e respeito.

Desse modo, promover a saúde mental também significa construir relações nas quais todas as crianças possam ser reconhecidas em sua dignidade, desenvolver um sentido de pertencimento e aprender em ambientes comprometidos com a justiça, com o cuidado e com a equidade. A educação sobre as relações étnico-raciais não constitui um conteúdo adicional ao currículo, mas sim uma dimensão essencial da construção de escolas promotoras de saúde mental.

## Luto e perdas na infância: quando a ausência chega à sala de aula

Samantha Mucci e Rodrigo Trevisan

*A saudade é o nosso corpo dizendo que o amor não acabou.*

**Rubem Alves**

O luto faz parte do desenvolvimento humano e é um processo natural diante de uma perda significativa. Embora frequentemente associado à morte, o processo de luto pode ocorrer diante de diferentes rupturas que alteram o senso de segurança, de pertencimento e de continuidade da vida (Parkes, 1998; Worden, 1996; Franco, 2021).

### COMO É O LUTO NA INFÂNCIA?

Na infância, o luto é um processo de adaptação à ausência de alguém, de algo ou de uma condição importante para a criança. Embora a adolescência não seja o foco deste livro, vale fazer uma breve consideração, pois os limites entre essas etapas do desenvolvimento nem sempre são claros. Por isso, vale a pena considerar que, na adolescência, o luto costuma se misturar à construção da identidade, à necessidade de pertencimento, à importância do grupo de pares, à busca de autonomia, à intensificação das emoções e às mudanças corporais. Como a transição entre a infância e a adolescência não responde aos marcadores temporais criados no nosso tempo, teremos que lidar, na prática, com oscilações de comportamento entre querer colo e querer distância, falar muito e se fechar completamente, parecer forte e, por dentro, estar desmoronando em silêncio.

Precisamos compreender que o luto não se resume a uma reação emocional à perda, e sim a um processo ativo de construção e reconstrução de significados.

A pessoa enlutada, criança ou adulta, procura compreender a perda e reorganizar seu mundo a partir dela, tanto cognitivamente quanto emocionalmente. Ela precisa lembrar e rever sua relação com a pessoa que morreu ou com o que foi perdido; precisa acolher as reações físicas e comportamentais, bem como o turbilhão de emoções desencadeado pela perda. Trata-se de um período de instabilidade e adaptação para todos os que foram impactados pela perda, e cada um irá vivenciá-lo à sua própria forma e no seu tempo.

Assim como os adultos, as crianças precisam integrar a realidade da perda ao seu cotidiano, compreender as mudanças decorrentes dela e reconstruir formas de seguir vivendo sem o que foi perdido. Porém, quando a perda é a morte de uma pessoa querida, é comum ouvirmos dos adultos que as crianças “não vão entender”, que “é melhor poupá-las” ou que elas não deveriam participar das conversas e dos rituais de despedida. No entanto, essa ideia é um equívoco. As crianças percebem as mudanças ao seu redor, sentem a ausência e precisam de informações honestas, adequadas à sua idade, além de acolhimento emocional para elaborar a perda. Excluí-las do processo pode aumentar a confusão, a insegurança e o sofrimento.

A criança sofre, sente falta, pergunta, silencia, se irrita, brinca, sente-se abandonada e rejeitada, chora, volta a brincar, sente culpa, tem medo de outras perdas e tenta reorganizar o mundo depois que alguém importante morreu ou perdeu ou mudou algo significativo (um pet, um amigo, uma nova casa, uma nova escola, o divórcio dos pais). Nesse cenário, as crianças precisam de adultos de referência com quem possam se conectar de forma sincera e constante para auxiliar na manutenção de sua rotina, na recuperação da estabilidade e da previsibilidade, para que, em seu tempo, possam ir compreendendo as vivências afetivas e as mudanças do mundo que conheciam para um novo, que precisará ser construído com novos sentidos à ausência e reconstruindo suas identidades diante da nova realidade.

Podemos compreender esta vivência natural de acordo com o Modelo Dual do Luto, proposto por Stroebe e Schut (1999), no qual o luto é um processo de oscilação entre a orientação para a perda e a orientação para a restauração. Na orientação para a perda, a criança entra em contato com a dor da ausência, com a saudade, com as lembranças, com a culpa, com a raiva e com os objetos ou as situações que remetem à pessoa ou ao animal que morreu. Já na orientação para a restauração, busca retomar a rotina, brincar, estudar, conviver com amigos, reorganizar a vida e encontrar momentos de descanso emocional. Significa que as crianças entram e saem da dor conforme sua ca-

pacidade emocional permite. É como se o funcionamento psicológico abrisse pequenas janelas para entrar em contato com a tristeza e as fechasse quando a intensidade da dor se tornasse grande demais, permitindo um respiro, levando-as para a restauração. Essa oscilação é natural e na infância ocorre de forma muito rápida.

A criança pode chorar, fazer perguntas sobre a morte e, pouco depois, voltar a brincar. Essa seria uma forma possível de lidar com uma dor intensa em pequenas doses, e isso não significa que ela não esteja compreendendo a morte ou que não esteja sofrendo.

Esse Modelo Dual (Stroebe e Schut, 1999), demonstra que o processo de luto não é vivenciado em fases consecutivas, nem algo a ser superado. Além disso, o cuidado à pessoa enlutada, seja criança ou adulto, deve permitir tanto a expressão da dor e da confusão de sentimentos, quanto a retomada da vida cotidiana. A oscilação pode ser confundida com indiferença, frieza ou rebeldia. Porém, muitas vezes, o que aparece como distância é uma tentativa de manter algum controle diante de uma experiência profundamente desorganizada e caótica.

#### QUADRO 8. MODELO DUAL DO LUTO

| MODELO DUAL DO LUTO     | NA INFÂNCIA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | COMO O ADULTO PODE AJUDAR                                                                                                                               |
|-------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Orientação para a perda | Chorar, perguntar de maneira repetida sobre a partida de alguém querido, desenhar cenas de morte, hospital, céu, despedida ou reencontro, realizar brincadeiras sobre o tema, ter medo de novas perdas, buscar por objetos, fotos ou lugares associados à pessoa falecida, sentir culpa, especialmente quando não compreende bem a causa daquela ausência | Escutar sem pressa, responder com honestidade, validar os sentimentos e permitir a lembrança e a expressão do turbilhão de emoções que está vivenciando |

## CONT. QUADRO 8. **MODELO DUAL DO LUTO**

| MODELO DUAL DO LUTO                  | NA INFÂNCIA                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | COMO O ADULTO PODE AJUDAR                                                                                                                                                                                                    |
|--------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Orientação para a restauração        | Brincar, ir à escola, querer dormir na casa de amigos; rir e se distrair; envolver-se em jogos, desenhos e atividades; buscar previsibilidade na rotina; aprender a viver em uma família modificada pela ausência; manter rotina, buscar colo e segurança                                                       | Não interpretar como indiferença ou falta de amor. Ter uma postura compreensiva e demonstrar estar aberto a conversar e a estar junto. Favorecer a rotina, os vínculos e as atividades significativas                        |
| Oscilação (processo natural do luto) | Alternar rapidamente entre a tristeza e as brincadeiras. Não sustentar a permanência conectada à dor da perda por muito tempo. Suas reações dependem do desenvolvimento cognitivo e emocional. Questionar sobre a perda, tenta compreender, sentimentos de abandono, rejeição e medo de vivenciar outras perdas | Respeitar o ritmo. Não forçar conversas, mas manter a disponibilidade afetiva e a presença constante. Manter a rotina e a estabilidade de vínculo. Permitir o compartilhamento de lembranças e vivências do processo de luto |
| Risco quando há fixação na perda     | Não brincar mais, não querer ir à escola, apresentar choro persistente, medo intenso, regressões importantes. Perder o interesse por qualquer situação que não envolva a perda                                                                                                                                  | Demonstrar preocupação e cuidado. Buscar avaliação especializada em saúde mental e em luto                                                                                                                                   |
| Risco quando há evitação rígida      | Recusar qualquer menção à pessoa falecida, evita lugares, objetos ou conversas de forma intensa                                                                                                                                                                                                                 | Criar espaços indiretos de expressão: desenho, música, leitura, filmes, escrita, caixa de memória, rituais                                                                                                                   |

Fonte: Elaborado pelos autores com base em Stroebe e Schut, 1999.

A oscilação é esperada e deve também ser favorecida pelos profissionais de saúde, pois é importante alternar-se entre recordar a perda e retomar a vida com a ausência da pessoa amada, por meio de expressões como chorar, questionar sobre o que está vivenciando, se divertir brincando ou jogando videogame, sentir saudade e retomar atividades. Precisamos ficar alerta quando a criança se fixa em apenas um polo, apresentando prejuízos funcionais em seu dia a dia: vivencia apenas a perda (totalmente tomada pela perda, com fotos, vídeos, lembranças, como se não tivesse mais interesse nenhum em retomar sua vida sem a presença daquela pessoa) ou vivencia apenas o polo da restauração (retoma suas atividades cotidianas, sem poder falar, lembrar ou simbolizar o que aconteceu).

Quando a oscilação característica do processo de luto não ocorre, podemos observar maior dificuldade da criança em lidar com a intensidade das emoções e com todo o caos do processo. Nesses casos, a criança pode passar a apresentar alterações de humor, de apetite, de sono, de comportamento, queda no desempenho escolar, medo de perder outras pessoas, queixas físicas sem causa orgânica, entre outros sintomas que possam trazer prejuízos para o seu dia a dia e sofrimento emocional persistente, que precisa de cuidado especializado (Mucci, 2025).

O luto na infância deve ser compreendido a partir do desenvolvimento cognitivo, emocional e social da criança. A forma como a morte é entendida varia conforme a idade, a maturidade, a experiência prévia com perdas, o vínculo com a pessoa falecida e o suporte recebido de adultos significativos.

As crianças menores tendem a compreender a morte de modo mais concreto, parcial e reversível, enquanto as crianças maiores passam a compreender progressivamente os diferentes componentes do conceito de morte: a irreversibilidade, a universalidade, a causalidade e a não funcionalidade do corpo.

Por isso, a comunicação deve ser honesta, clara, afetiva e adequada à faixa etária, permitindo que a criança faça perguntas, participe dos rituais de despedida quando desejar e encontre formas simbólicas de expressar sua dor, como a brincadeira, o desenho, a escrita, a leitura, a música ou a conversa.

Falar sobre quem morreu, recordar histórias, olhar fotografias, guardar objetos significativos ou criar pequenos rituais de lembrança pode ajudar a criança a integrar essa perda à sua história de vida. Elaborar o luto não significa esquecer quem morreu, mas aprender a construir uma nova forma de manter esse vínculo por meio das lembranças, do afeto e dos significados comparti-

lhados. A exclusão da criança das conversas sobre a morte pode aumentar as fantasias, a culpa, o medo e a insegurança, enquanto a presença de adultos disponíveis favorece a elaboração do luto e a continuidade dos vínculos de forma saudável (Worden, 1996; Christ, 2000; Franco, 2021; Mucci, 2025).

O luto pode se manifestar de forma ampla e integrada, envolvendo diferentes dimensões da vida. Na dimensão cognitiva, podem ocorrer dificuldades de concentração, esquecimentos, confusão e queda no rendimento escolar. Na dimensão emocional, são comuns sentimentos como tristeza, saudade, culpa, raiva, ansiedade, medo, solidão e até alívio, que podem surgir alternadamente ao longo do processo. Já a dimensão física inclui alterações do sono e do apetite, cansaço, dores, choro frequente e redução da energia. A dimensão espiritual pode suscitar questionamentos sobre o sentido da vida, mudanças nas crenças ou a busca por novos significados diante da perda. Por fim, a dimensão social e cultural envolve mudanças nos relacionamentos, isolamento, alterações nos papéis familiares e diferentes formas de expressar o luto, influenciadas pela cultura (Barbosa, 2014; Franco, 2021; Mucci, 2025). Quando a perda de um ente querido ocorre de forma violenta, inesperada ou potencialmente traumática, a criança pode apresentar, além das reações de luto, respostas relacionadas ao trauma, o que requer avaliação especializada.

Embora essas manifestações sejam frequentes, cada pessoa vivencia o luto de maneira única e nem todas necessitam de acompanhamento especializado. Fatores como vínculos afetivos, apoio familiar, suporte social e oportunidades de expressão emocional favorecem uma adaptação saudável. Nesse contexto, os profissionais da educação desempenham um papel fundamental ao observar, acolher e compreender o estudante em sua integralidade, reconhecendo que mudanças em seu comportamento podem refletir a experiência do luto.



## ALÉM DA MORTE: COMPREENDENDO AS PERDAS SECUNDÁRIAS

Quando pensamos em luto, geralmente imaginamos a dor causada pelo falecimento de alguém querido. No entanto, a perda por morte raramente ocorre isoladamente. Muitas vezes, ela desencadeia uma série de mudanças e rupturas que afetam profundamente a vida da família. Essas mudanças são conhecidas como perdas secundárias.

Em muitos casos, o luto não é apenas aprender a viver sem a pessoa que morreu. É também aprender a viver em um mundo profundamente transformado após a perda.

As perdas secundárias correspondem a tudo aquilo que também desaparece ou se transforma após a morte de alguém importante ou a perda de algo significativo. Embora menos visíveis do que a morte em si, essas manifestações podem gerar sofrimento e exigir um processo de adaptação igualmente desafiador.

Por exemplo, quando uma criança perde o pai, ela não perde apenas a presença física daquele adulto. Na maioria das vezes, ela perde a rotina que vivenciava com ele: ser levada à escola, estudar junto, receber ajuda com as tarefas escolares, os passeios de fim de semana, a sensação de segurança, as brincadeiras compartilhadas, o apoio financeiro da família e até mesmo os sonhos que faziam parte de sua vida.

Quando uma mãe morre e a família precisa reorganizar toda a sua rotina, pode ser necessário, por exemplo, mudar de cidade ou passar a morar próximo aos avós, que podem ajudar no cuidado. As crianças mudam de escola, perdem os amigos, os lugares conhecidos. Os horários mudam, novas rotinas são estabelecidas, novas pessoas assumem funções importantes no dia a dia e atividades antes compartilhadas com a mãe deixam de ocorrer da mesma forma. Para a criança, a perda não se limita à morte da mãe, mas, a partir dela, passa a implicar privações significativas, que chamamos de perdas secundárias: a perda de hábitos, de referências, de rotinas e da sensação de que a vida continuará exatamente como era antes.

## QUADRO 9. DIMENSÕES DAS PERDAS SECUNDÁRIAS

| DIMENSÕES DAS PERDAS SECUNDÁRIAS |                                                                                                                                                                                                  |
|----------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Perdas emocionais                | <ul style="list-style-type: none"><li>▪ Ausência de afeto, proteção e companhia</li><li>▪ Sentimento de abandono e solidão</li><li>▪ Mudanças na sensação de segurança e pertencimento</li></ul> |
| Perdas relacionais               | <ul style="list-style-type: none"><li>▪ Alterações na dinâmica familiar</li><li>▪ Distanciamento de familiares ou amigos</li><li>▪ Mudanças nos vínculos cotidianos</li></ul>                    |
| Perdas financeiras               | <ul style="list-style-type: none"><li>▪ Redução da renda familiar</li><li>▪ Mudança de moradia</li><li>▪ Troca de escola ou de cidade</li></ul>                                                  |
| Perda de rotina                  | <ul style="list-style-type: none"><li>▪ Mudanças nos hábitos familiares</li><li>▪ Alteração das responsabilidades em casa</li><li>▪ Interrupção de atividades prazerosas</li></ul>               |
| Perda de identidade              | <ul style="list-style-type: none"><li>▪ Mudanças na forma como a pessoa se percebe</li><li>▪ Necessidade de assumir novos papéis</li><li>▪ Transformações nos projetos de vida</li></ul>         |

Para as crianças, essas perdas secundárias são especialmente difíceis, pois ocorrem em um momento em que ainda estão construindo sua compreensão do mundo e de si mesmas.

Na escola, é importante que os educadores compreendam que o estudante não está lidando apenas com a morte de alguém. Muitas vezes, ele também enfrenta mudanças familiares, dificuldades financeiras, insegurança, alterações na rotina e sentimentos de desamparo. Por isso, ao acolher uma criança enlutada, é fundamental olhar além da perda principal e perguntar: “O que mais mudou na vida dessa criança desde que a morte aconteceu?” Essa pergunta amplia nossa compreensão do sofrimento e permite um acolhimento mais sensível e efetivo.

## OS DIFERENTES TIPOS DE PERDAS

O luto é um processo que ocorre sempre que há uma perda significativa e não apenas quando ocorre a morte de uma pessoa querida. Nem todo luto envolve um funeral, um caixão ou um cemitério. Ele acontece quando uma criança perde a casa onde cresceu, quando os pais se separam, quando um amigo se afasta ou quando um sonho deixa de ser possível. Inclusive, alguns processos de luto fazem parte do desenvolvimento, como as transformações vivenciadas ao longo da adolescência (perda do corpo da infância, dos pais, do brincar e da construção de uma nova identidade). Esses processos são chamados de lutos simbólicos ou não relacionados à morte. Reconhecer os lutos simbólicos é assumir que o sofrimento humano não depende apenas da morte, mas também das muitas despedidas que fazem parte do processo de crescimento e das mudanças inevitáveis.

Explicar o luto para crianças é ajudá-las a compreender que este é um processo que pode acontecer quando algo importante deixa de existir na nossa vida da forma como era antes, ou seja, que a existência muda após uma perda significativa e que a ausência passa a fazer parte da realidade.

Por isso, psicoeducação em luto também é uma forma de cuidado. É oferecer palavras verdadeiras, presença afetiva e espaços de escuta para que as crianças possam lidar com as perdas da vida com apoio, compreensão e esperança. Nem toda perda produz um luto intenso, mas toda perda significativa merece reconhecimento e acolhimento.

## DIFERENÇAS ENTRE O LUTO INFANTIL E O LUTO ADULTO

Enquanto adultos costumam expressar seus sentimentos e pensamentos por meio da linguagem verbal e da reflexão, as crianças nem sempre conseguem nomear o que vivenciam nem expressar claramente o que sentem. Muitas vezes, as crianças manifestam seu mundo interno por meio do brincar, do corpo, dos comportamentos e da aprendizagem.

As crianças compreendem a morte e a perda de acordo com seu desenvolvimento cognitivo, emocional e social. De forma geral, quem já adquiriu capacidade de pensamento abstrato e a compreensão de analogias e metáforas é capaz de compreender o caráter irreversível da morte.

A compreensão da morte não surge de uma só vez. Ela se desenvolve progressivamente à medida que a criança amadurece cognitivamente, emocionalmente

e socialmente. Com isso, a criança revisita a perda em diferentes momentos do seu desenvolvimento, atribuindo novos significados ao acontecimento ao longo de seu crescimento. Nesse processo, os adultos de referência precisarão estar disponíveis para que a criança possa dialogar, brincar, trazer questionamentos e dúvidas, relembra momentos e expressar seus sentimentos sempre que sua compreensão da morte mudar, demonstrando presença, constância, continuidade e franqueza, e fortalecendo sua conexão com a criança enlutada.

## PERCEPÇÃO DA MORTE NA INFÂNCIA

✱ DE 0 A 2 ANOS | Os bebês ainda não têm condições cognitivas para compreender a morte. Entretanto, são profundamente impactados pelas mudanças ao seu redor e em sua rotina, pela ausência de pessoas significativas e pela alteração do estado emocional dos cuidadores. O luto aparece no corpo e no vínculo. Podem apresentar irritabilidade, alterações do sono, choro, recusa alimentar, maior apego, inquietação ou apatia. O mais importante nessa fase é manter a rotina, a presença afetiva, a previsibilidade e o cuidado corporal.

✱ DE 3 A 5 ANOS | A criança entende a morte como algo que pode ser revertido. Acredita que a morte tem um caráter temporário, semelhante ao sono, a uma viagem ou à forma como é representada nos desenhos animados. Nessa fase, ela costuma ter pensamento mágico. Pode achar que seus pensamentos, palavras ou comportamentos causaram a morte. Ela pode perguntar repetidas vezes: “Quando ele volta?”, “Ele está dormindo?”, “Se eu me comportar bem, ele volta?”. “Então, eu nunca vou ver mais meu irmão?” Por isso, é essencial usar palavras claras: “morreu”, “o corpo parou de funcionar”, “não sente mais dor, fome ou qualquer desconforto”, “não vai voltar”.

IMPORTANTE: evitar expressões como “foi dormir”, “virou estrelinha”, “virou anjinho” ou “viajou”, pois podem gerar medo de dormir, de viajar ou de esperar um retorno impossível. A criança se sente traída e pode perder a confiança e a segurança nos adultos de forma geral, o que acarreta maior sofrimento e novas perdas simbólicas.

✱ DE 6 A 9 ANOS | Começa a compreender melhor a irreversibilidade da morte, mas ainda pode ter fantasias, medos e dúvidas concretas. A criança pode se preocupar com detalhes: o caixão, o cemitério, o corpo, a doença, o hospital, o céu, a decomposição. É comum haver medo de que outros familiares morram,

dificuldade de concentração, alterações escolares e sentimentos de culpa. Nessa fase, explicações honestas, simples e concretas são fundamentais.

✱ DE 10 A 12 ANOS | Nesta fase, a criança entende melhor a morte como irreversível, passa a compreender melhor que este fato é definitivo, universal e biológico e começa a se questionar a respeito dela. A compreensão da morte se aproxima mais da compreensão adulta. Pode haver vergonha de chorar, desejo de parecer “grande”, preocupação com os adultos enlutados, tentativa de proteger os pais e maior percepção das mudanças na família. A criança pode esconder sua dor para não preocupar a família.

As manifestações do processo de luto em crianças são diversas e, de certa forma, é natural que apresentem esquecimentos frequentes; alteração de apetite, de sono ou de humor; irritabilidade e raiva; choro frequente: ansiedade e medos; tristeza; sentimento de abandono e rejeição; sentimento de culpa; ansiedade de separação; insegurança; preocupação excessiva e questionamentos sobre a morte; queixas gastrointestinais e somáticas, assim como, regressões temporárias (voltar a urinar na cama, chupar o dedo, querer dormir com os pais); aumento da dependência, apatia e isolamento.

O luto também é vivenciado em nosso corpo e interfere em funções cognitivas importantes para a aprendizagem, como dificuldade de atenção e de concentração, queda no rendimento escolar, redução da motivação e da memória, cansaço e desânimo, desorganização emocional e aumento da sensibilidade para lidar com as frustrações.

Mas é na construção de novos vínculos ou na manutenção dos antigos que se encontra a maior alteração para a criança. Como ela poderá confiar que outra pessoa de referência também não sumirá de sua vida? Como pode sentir-se segura de que não será “abandonada” novamente? A criança enlutada pode passar a ter dificuldade em estabelecer conexões e vínculos significativos, assumir uma postura evitativa em seus contatos sociais, adotar distanciamento afetivo e desconfiança, além de apresentar preocupação excessiva e constante com o fato de que seus familiares e amigos também podem morrer.

Todas essas manifestações do processo de luto são muito subjetivas e não indicam um transtorno mental. Mas, nem por isso, não precisam ser cuidadas e observadas. Diante disso, o que observar e como cuidar? Se forem mudanças

abruptas que surgiram após uma perda significativa, devemos compreender o contexto e observar se constituem uma espécie de resposta adaptativa ao sofrimento da vivência do processo de luto. Mas, se passarem a ser permanentes, trazendo outras perdas e prejuízos para a criança em seu dia a dia e tornando o sofrimento ainda mais intenso por um longo período de tempo, é importante buscar ajuda especializada.

## SINAIS DE ALERTA

- \* Sofrimento intenso que não apresenta sinais de diminuição ao longo do tempo;
- \* Isolamento social persistente;
- \* Recusa prolongada em frequentar a escola;
- \* Queda acentuada e duradoura de seu funcionamento para as atividades do cotidiano;
- \* Sintomas depressivos importantes;
- \* Ansiedade intensa de separação;
- \* Comportamentos autolesivos;
- \* Desejo de morrer ou de reencontrar a pessoa falecida.

Esses sinais não significam necessariamente transtorno mental, mas sim sofrimento emocional intenso, o que pode ocasionar prejuízos permanentes na vida das crianças e requerer avaliação e cuidado especializado.

## A ESCOLA E A CRIANÇA ENLUTADA

Muitos educadores podem pensar que não há como intervir, pois não são psicólogos nem têm formação específica para lidar com o luto infantil. A escola não substitui a família nem os profissionais de saúde mental, mas pode desempenhar um papel fundamental no acolhimento de crianças enlutadas. Reconhecer o contexto da perda permite que educadores compreendam mudanças no comportamento, no rendimento escolar, na concentração e na participação nas atividades escolares, evitando interpretações precipitadas como “desinteresse” ou “falta de esforço”. Pequenas flexibilizações temporárias e uma postura sensível podem ajudar o estudante a permanecer vinculado à escola mesmo em um momento de sofrimento.

Diante do luto, o educador não precisa ter respostas perfeitas nem “resolver” a dor da criança. Seu papel é oferecer presença, escuta, respeito e previsibilidade, sem minimizar a perda nem se afastar por medo de errar. Entre tentar consertar o sofrimento e acreditar que “não é seu papel”, existe um caminho cuidadoso: reconhecer a dor, manter o vínculo e ajudar o estudante a atravessar esse período sem se sentir sozinho.

Outro papel importante da escola é manter a rotina. Em momentos de perda, a sala de aula pode ser o único lugar de estabilidade e segurança. Enquanto muitas coisas parecem ter mudado, o ambiente escolar continua sendo um espaço previsível, com pessoas conhecidas e atividades familiares.

É possível também que o educador converse com os estudantes, explique o ciclo da vida e até mesmo crie espaços para recordar a todos das suas perdas. Um desenho, uma carta, uma roda de conversa ou uma homenagem simples ajuda as crianças a compreender que quem morreu continua ocupando um lugar importante na memória e na história da turma.

## AÇÕES POSSÍVEIS NO COTIDIANO ESCOLAR

Pequenas atitudes podem fazer grande diferença:

- \* Comunicar-se com a família após uma perda significativa;
- \* Preparar a equipe escolar para acolher a criança;
- \* Flexibilizar temporariamente as demandas escolares;
- \* Permitir momentos de pausa quando necessário;
- \* Utilizar livros infantis que abordem perdas e despedidas;
- \* Promover rodas de conversa sobre emoções;
- \* Preservar vínculos sociais e rotinas.

## O EDUCADOR PODE

- \* Acolher a criança sem pressioná-la a falar;
- \* Validar emoções e reações;
- \* Oferecer previsibilidade e segurança;
- \* Observar mudanças importantes;

- \* Manter o diálogo com a família;
- \* Favorecer a inclusão da criança nas atividades escolares;
- \* Combater estigmas e preconceitos relacionados à morte e ao sofrimento.

## O QUE DIZER?

- \* “Você está passando por uma perda significativa e quero te dizer que estou aqui para você”;
- \* “Se você quiser conversar, estou aqui”;
- \* “Você não precisa passar por isso sozinho”.

Muitas vezes, o que mais ajuda não é encontrar as palavras perfeitas, mas estar disponível e presente.

## SÍNTESE

O luto é uma resposta humana natural às perdas significativas e pode ser vivenciado em qualquer etapa da vida, inclusive na infância. Quando uma perda acontece, a criança não precisa apenas de explicações sobre a perda. Ela precisa de adultos que sejam capazes de oferecer presença, previsibilidade, escuta, compartilhamento de sentimentos, vivências e lembranças, além de segurança.

A escola não pode tirar a dor da perda, mas pode impedir que a criança a vivencie sozinha. E, muitas vezes, essa é uma das formas mais importantes de cuidado que um educador pode oferecer.

Mas há limites. Nenhuma criança enlutada deve depender exclusivamente da escola para lidar com uma perda significativa. O cuidado é sempre uma responsabilidade compartilhada entre a família, a escola, os serviços de saúde e a comunidade.

## Existir é cuidado: caminhos da Rede de Atenção Psicossocial na infância

Girliani Silva de Sousa, Amanda Carolina Franciscatto Avezani,  
Hellen Mattos Gonçalves e Thiago da Silva Domingos

*Se olharmos bem, sempre podemos encontrar pessoas que  
estão ajudando – com gestos grandes ou pequenos –,  
porque isso é algo que nós, humanos, nascemos para fazer.*

*Thupten Jinpa, Um coração sem medo*

Ao longo da parte 4 desta obra, discutimos diferentes possibilidades de atuação da escola diante das manifestações de sofrimento infantil. No entanto, o cuidado em saúde mental na infância ultrapassa os limites de qualquer instituição e se concretiza na articulação entre diferentes setores, serviços e atores sociais que compartilham a responsabilidade pela proteção e pelo desenvolvimento das crianças. Encerrando esta seção, o presente capítulo volta-se à Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), apresentando seus fundamentos, dispositivos e os desafios envolvidos na construção de redes de cuidado intersetoriais voltadas à infância.

A pluralidade das infâncias deve nortear as práticas de cuidado integral. Ao setor de saúde mental cabe uma dupla função: assumir a coordenação do cuidado de crianças em condição de sofrimento psíquico e articular, no território existencial desses sujeitos, parceiros da assistência social, da educação, dos direitos humanos, da cultura e da segurança pública para o envolvimento no cuidado e para o estabelecimento da rede ampliada de saúde mental.

Nesta perspectiva, o presente capítulo tem como objetivos: apresentar aos leitores a rede de atenção psicossocial na infância, apontando os avanços e os desafios atuais; e sensibilizar os demais setores para a compreensão de que o cuidado a ser oferecido às crianças é dever de todos e responsabilidade do Estado. Assim, ele se organiza em torno de três eixos articulados: o primeiro apresenta os marcos normativos e os referenciais teórico-conceituais que

fundamentam o cuidado psicossocial de crianças; o segundo discute a escola como espaço ativo da Rede de Atenção Psicossocial Infante Juvenil (RAPS IJ), com ênfase no trabalho em rede, na intersectorialidade e no Projeto Terapêutico Singular; e o terceiro aponta perspectivas e desafios para a atuação dos educadores na promoção da saúde mental infantil.

## MARCOS NORMATIVOS REFERENTES À ATENÇÃO PSICOSSOCIAL DA CRIANÇA

Antes de tratar dos marcos normativos que garantem o acesso aos serviços de saúde no cuidado à saúde mental de crianças no Sistema Único de Saúde (SUS), é necessário compreender o conceito de atenção psicossocial, que constitui o principal referencial teórico, ético e político das discussões desenvolvidas ao longo do texto.

A atenção psicossocial é compreendida como referencial ético, teórico e político do movimento da Reforma Psiquiátrica Brasileira (RPB) e como modelo de práticas de cuidado em saúde mental (Costa-Rosa, 2000). Esta proposta defende o cuidado da saúde mental fora das instituições asilares e manicomiais, no território existencial de cada pessoa, em liberdade, reconhecendo o protagonismo e as perspectivas de reconstrução de si, com direcionamento pleno à cidadania e à garantia de direitos, pautado nos princípios da integralidade. Ancorada nessa perspectiva, a Rede de Atenção Psicossocial é, portanto, o conjunto integrado dos serviços que prestam cuidados em saúde mental, que compõem o Sistema Único de Saúde (Brasil, 2013).

Há 25 anos, a Lei nº 10.216/2001 constitui o marco regulatório que redireciona o modelo assistencial em saúde mental para a atenção psicossocial, com o estabelecimento de serviços comunitários de base territorial, os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS). Esta lei garante direitos ao cuidado integral das pessoas em condição de sofrimento psíquico grave, proíbe a internação em instituições com características asilares e estabelece a internação como último recurso terapêutico, a ser realizada em enfermarias psiquiátricas de hospitais gerais ou em acolhimento noturno nos CAPS tipo III, de funcionamento 24 horas (Brasil, 2001).

Ao transpor para a saúde mental de crianças, precisamos estar atentos para a problemática na medicalização, já abordada no Capítulo 6. Desse modo, o encaminhamento ao médico e a exigência de um laudo para retorno na escola não é um ato neutro de cuidado na perspectiva da atenção psicossocial, é uma atitude que transfere responsabilidade, individualiza o sofrimento mental e pode produzir mais dano do que proteção, quando não é precedido da compreensão do ambiente social, familiar e pedagógico da criança.

Esse é o primeiro ponto de reflexão:

o cuidado em saúde mental infantil deve ocorrer preferencialmente no território, o que inclui a escola como espaço de vida e de cuidado.

A regulamentação do funcionamento e do processo de trabalho dos CAPS ocorreu por meio da Portaria nº 336/2002, que criou o CAPS Infanto-Juvenil (CAPS IJ) como modalidade específica para crianças e adolescentes em situação de sofrimento psíquico grave e persistente ou com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas, em municípios com mais de 200 mil habitantes (Brasil, 2002).

Reconhece-se que, mesmo tardiamente, o Brasil vem empreendendo esforços para a inclusão de crianças na agenda das políticas de saúde mental, com vistas à oferta de um cuidado integral, antimanicomial, antirracista, decolonial e fundamentado na atenção psicossocial e no território-existencial desses sujeitos (Couto e Delgado, 2015). A noção de crianças como sujeitos de direitos e como protagonistas do seu próprio processo terapêutico, bem como a construção de processos de cuidado nos agenciamentos intersetoriais, ainda figuram entre os principais desafios para a efetivação da atenção psicossocial como referencial norteador das práticas de cuidado e do trabalho em rede intersetorial (Brasil, 2005; Couto e Delgado, 2015).

O Programa Saúde na Escola (PSE) (Brasil, 2007), já abordado em capítulos anteriores, trata do principal mecanismo formal de integração entre as equipes de saúde da família e as escolas. Um dos maiores desafios deste programa permanece a concretização de ações, com a perspectiva de uma atenção psicossocial que supere o modelo biomédico.

Já a Portaria nº 3.088/2011 institui a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) no âmbito do SUS como arcabouço organizacional que envolve, entre seus componentes:

- \* A atenção básica em saúde;
- \* A atenção psicossocial especializada, incluindo o CAPS IJ;
- \* A atenção de urgência e emergência, incluindo o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) e a Unidade de Pronto Atendimento (UPA);
- \* A atenção hospitalar;
- \* A reabilitação psicossocial.

A escola não é formalmente um componente da RAPS, mas deve integrar a rede como espaço de identificação do sofrimento psíquico, de acolhimento, de encaminhamento e de participação no Projeto Terapêutico Singular (PTS) da criança.

Antes de discutir a concepção de PTS, é fundamental compreender os referenciais teóricos que orientam a concepção de sofrimento psíquico adotada neste capítulo.

## SOFRIMENTO PSÍQUICO NA PERSPECTIVA DA ATENÇÃO PSICOSSOCIAL

Na atenção psicossocial, o sofrimento psíquico é compreendido a partir da existência-sofrimento do sujeito em relação ao seu corpo, à sua vida e ao seu contexto social (Rotelli et al., 1990). Adotar essa perspectiva implica transformar o objeto do cuidado, as relações terapêuticas e os contratos sociais para superar a lógica biologicista. O sofrimento psíquico é uma experiência complexa, tecida em um emaranhado de contextos sociais, históricos, subjetivos e culturais, que demanda respostas igualmente complexas, não redutíveis a rótulos diagnósticos e psicofármacos, mas construídas em acolhimento, vínculos e projetos de vida acessíveis, factíveis e dialogados com as próprias pessoas (Rotelli et al., 1990; Amarante, 2007).

O sofrimento psíquico está sempre entrelaçado à realidade social: as dimensões da subjetividade e do social se entrelaçam cotidianamente.

Nesse sentido, para que a escola opere na perspectiva psicossocial, é preciso romper com o paradigma psiquiátrico que, nas infâncias, se materializa na redução do sujeito a um laudo diagnóstico, na prescrição de psicofármacos, na rotulação de sintomas e nos encaminhamentos com a intencionalidade de transferir o problema ao CAPS IJ.

Reconhecer que os comportamentos que a criança apresenta não a definem, não são quem ela é nem quem está se tornando, é o primeiro passo para alcançar a perspectiva da atenção psicossocial. Reconhecer que a criança é, antes de tudo, sujeito dotado de desejos, pensamentos e direitos abre caminho para compreender que a escuta sem julgamento é o movimento inaugural e radical que cada professor pode fazer para acolher esse sujeito e acionar toda a rede de cuidado que inclui o território-existencial dessa população, a família, a Unidade Básica de Saúde (UBS), o Conselho Tutelar, o CAPS IJ e a rede informal que pode ser amparo e espaço seguro para esses sujeitos.

## PROJETO TERAPÊUTICO SINGULAR NO CONTEXTO ESCOLAR

Os Projetos Terapêuticos Singulares (PTS) são formas de organizar o cuidado a partir da realidade, das necessidades e das experiências de cada criança. Eles orientam o trabalho conjunto entre profissionais, a criança e a família, considerando a singularidade de cada trajetória.

Por isso, a elaboração dos PTS para crianças envolve a família e convida os profissionais de saúde a dialogarem com os espaços em que a criança vive e se relaciona. Nesse processo, um dos maiores desafios é reconhecer, dar voz e conferir protagonismo a elas, para que exerçam seus direitos, ocupem espaços de pertencimento na comunidade e não sejam reduzidas a rótulos ou diagnósticos psiquiátricos.

Ao lado do CAPS IJ, a escola pode ser um dos principais espaços de construção de pertencimento, participação e reconhecimento social para as crianças (Kinoshita, 1996). Seu papel não é excluir ou estigmatizar, mas acolher e cuidar, sem deixar de lado o desenvolvimento pedagógico e a aprendizagem.

De acordo com o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), a escola integra o Sistema de Garantia de Direitos às crianças e aos adolescentes, e sobre o professor recai a função de notificação e proteção dessa parcela da população, dado o contato cotidiano que estabelece com ela (Brasil, 1990). Ao alterar a Lei de Diretrizes e Bases (LDB), a Lei nº 15.231/2035 inclui explicitamente a obrigação dos estabelecimentos de ensino de notificar ao Conselho Tutelar os casos de violência praticada contra estudantes, especialmente automutilação e suicídio, tornando a escola um espaço privilegiado e legalmente comprometido na rede de proteção à saúde mental infantil. O fluxo de como proceder nesses casos foi detalhado no Capítulo 8.

Por sua vez, a Lei nº 14.819/2024 institui a Política Nacional de Atenção Psicossocial nas Comunidades Escolares e tem como objetivos a promoção da saúde mental da comunidade escolar (estudantes, professores e funcionários); a garantia de acesso à atenção psicossocial na escola; a promoção da interseccionalidade entre educação, saúde e assistência social; a informação e a sensibilização da sociedade sobre a importância dos cuidados psicossociais, além da prevenção de transtornos mentais e situações de sofrimento (Brasil, 2024). Esta é a legislação mais recente e abrangente sobre o tema, que consolida a escola como espaço de promoção da saúde mental sem transformá-la em clínica, e formaliza a articulação com a RAPS IJ no âmbito do SUS.

Para fortalecer as ações intersetoriais de promoção da saúde mental na infância, o Fórum Intersetorial de Saúde Mental Infantojuvenil de São Paulo, que reúne profissionais de saúde, educação, assistência social e justiça, pode cons-

tituir uma experiência bem-sucedida de articulação do cuidado (Silva e Jurdi, 2022). Nesse espaço, todos os profissionais e setores envolvidos situam-se no mesmo patamar de implicação, reconhecendo o sofrimento psíquico de crianças como responsabilidade coletiva e construindo, conjuntamente, estratégias de reabilitação psicossocial. Esse espaço tornou-se, simultaneamente, lugar de formação permanente e de cuidado dos próprios professores, mostrando que quando estes profissionais se sentem ouvidos e recebem suporte da equipe do CAPS IJ, tornam-se capazes de cuidar, ouvir e ressignificar o sofrimento dos estudantes (Silva e Jurdi, 2022).

Ao reconhecer que cada sofrimento psíquico de crianças importa, avançamos na garantia do acesso e na qualificação do cuidado, ampliando a RAPS IJ.



É importante que os conselhos sociais e as gestões locais garantam esses espaços de troca de experiências e de encontro de saberes, para a participação de todos os setores e profissionais na garantia dos direitos e dos projetos de vida das crianças, para que elas pertençam aos seus territórios existenciais e construam, por meio da educação, sonhos e perspectivas para o futuro.

A melhor comunicação entre os profissionais de diversos setores, as crianças e suas famílias reduz distâncias, supera concepções do paradigma psiquiátrico e contribui para o estabelecimento de um cuidado que respeita a singularidade, promove a cidadania e potencializa as ações da atenção psicossocial e intersetorial nos territórios.

## A ESCOLA, ESPAÇO ATIVO DA REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL INFANTIL

No Brasil, 99,5% das crianças entre 6 e 14 anos frequentam a escola (IBGE, 2024). Estes espaços reúnem toda a diversidade e multidimensionalidade que caracterizam a infância, constituindo cenários privilegiados para favorecer o desenvolvimento saudável de crianças. Profissionais da educação produzem, cotidianamente, junto a essa população, recursos significativos para a promoção da saúde e, inclusive, contribuem para a redução de riscos psicossociais (Brasil, 2014).

Muito mais do que ensinar, o trabalho de educadores nas escolas envolve observar atentamente, adaptar estratégias de ensino, de aprendizagem e de convivência, escutar, acolher, gerenciar conflitos e relacionar-se com as famílias. É necessário equilibrar o planejamento, as demandas institucionais e as

necessidades emocionais das crianças e de seus familiares. (Pagno, 2025).

Nesse contexto, somente por meio do trabalho colaborativo e articulado entre diversos profissionais e setores é possível ampliar a capacidade de cuidado diante da complexidade da saúde mental infantil. Supervisões compartilhadas, atendimentos conjuntos, discussões de caso, ações intersetoriais e processos permanentes de formação contribuem para qualificar as intervenções e reduzir a sobrecarga frequentemente experimentada por todos os profissionais (Couto e Delgado, 2015).

A construção permanente da rede e da intersetorialidade, o encaminhamento corresponsável, a construção compartilhada do cuidado e o trabalho no território estão entre as diretrizes e os princípios da política de saúde mental infantil. Visando facilitar e fortalecer intervenções escolares alinhadas a esses princípios, apresentaremos, a seguir, os elementos da Rede de Atenção Psicossocial disponíveis para a promoção da saúde mental na infância (Brasil, 2014).

## APRESENTANDO A REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL NA INFÂNCIA

O histórico de assistência à saúde de crianças no Brasil foi marcado pela institucionalização, pela fragmentação do cuidado e pela segregação. As ações voltadas à infância frequentemente eram realizadas em instituições filantrópicas fechadas que cuidavam das consideradas “desviantes”, ou seja, crianças pobres, abandonadas, em situação de rua, com deficiências, com transtornos mentais, entre outras. A responsabilidade não era assumida pelo Estado e essas crianças, submetidas a práticas excludentes, permaneciam por décadas encarceradas, invisibilizadas, distantes das famílias e comunidades, e violadas em seus direitos humanos (Brasil, 2005).

Ao final da década de 70, com a proximidade da redemocratização do país, houve uma longa trajetória de movimentos políticos e sociais para ampliar as possibilidades dos modelos de assistência e de concepção de infância até então vigentes. De maneira bastante sintética, tais movimentos tornaram possível a Reforma Psiquiátrica brasileira, bem como a publicação do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA). Assim, uma nova compreensão da infância e da adolescência foi inaugurada, e estes sujeitos passaram a ter seus direitos ao cuidado em saúde mental orientados pelos princípios da atenção psicossocial. A garantia à cidadania, o convívio familiar em liberdade, a atenção integral às suas necessidades são algumas das vertentes do modelo atual de cuidado às infâncias (Brasil, 2005).

Nesse contexto, a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) representa um importante avanço na organização do modelo atual de assistência em saúde

mental, uma vez que operacionaliza o modelo de cuidado previsto pela atenção psicossocial. Diferentemente do modelo centrado na institucionalização e na atuação isolada dos serviços especializados, a RAPS propõe uma rede articulada de cuidados, territorializada e comunitária, capaz de oferecer atenção integral às pessoas em sofrimento psíquico (Brasil, 2005; Brasil, 2011; Amarante, 2007).

Trata-se de um arranjo poliárquico entre sujeitos e serviços dotados de autonomia e que estabelecem interrelações.

Não há hierarquia entre os componentes da rede; as relações são horizontais. Ao imaginarmos o desenho de uma rede dotada de tramas e nós, enxergamos conexões, pontos de convergência que representam as ligações entre os atores distintos que a compõem.

Ao puxarmos um desses fios, toda a trama acompanhará (Mendes, 2011; Maximino et al., 2017).

A Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) é composta por diferentes serviços de saúde destinados ao cuidado de pessoas em sofrimento psíquico no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Sua organização busca ampliar o acesso da população à atenção psicossocial, fortalecer a vinculação de pessoas com transtornos mentais e com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas — bem como de suas famílias — aos pontos de atenção da rede, e garantir a articulação territorial dos serviços para assegurar acolhimento, acompanhamento contínuo e atenção às situações de urgência. Orientada pelos princípios da Reforma Psiquiátrica brasileira, a RAPS baseia-se no respeito aos direitos humanos, na promoção da autonomia, da equidade e da inclusão social, no combate aos estigmas e preconceitos e na oferta de um cuidado integral, humanizado e centrado nas necessidades das pessoas. Para isso, privilegia estratégias diversificadas de cuidado, serviços de base territorial e comunitária, ações intersetoriais, participação social, educação permanente e a construção compartilhada do PTS, reconhecendo os determinantes sociais da saúde e fortalecendo o exercício da cidadania (Brasil, 2011; Brasil, 2014).

A RAPS é organizada pelos seguintes componentes: atenção básica em saúde; atenção psicossocial estratégica; atenção de urgência e emergência; atenção residencial de caráter transitório; atenção hospitalar; estratégias de desinstitucionalização e estratégias de reabilitação psicossocial (Brasil, 2011; Brasil, 2014).

A seguir, explicamos alguns dos pontos de atenção de cada componente da RAPS voltado para crianças e possíveis composições de cuidado com a escola.

## PONTOS DE ATENÇÃO DA RAPS VOLTADOS AO ATENDIMENTO DE CRIANÇAS E SUAS POSSÍVEIS ARTICULAÇÕES COM A ESCOLA

✱ **Atenção Básica em Saúde;** Unidade Básica de Saúde (UBS); Estratégia Saúde da Família (ESF); Equipes Multiprofissionais na Atenção Primária à Saúde (eMulti); Consultório na Rua (CnR); Centros de Convivência e Cooperativa (CECCO).

**O QUE FAZ?** Porta de entrada e ordenadora do cuidado do SUS. Realiza promoção da saúde, prevenção de agravos, acolhimento, acompanhamento de crianças e coordenação do cuidado no território. As equipes de ESF, eMulti e do CnR compõem a Atenção Básica à Saúde. Os CECCOs são espaços comunitários que promovem a convivência, a cultura e a inclusão social por meio de atividades coletivas voltadas ao fortalecimento de vínculos, à autonomia e à participação na vida comunitária.

**POSSÍVEIS COMPOSIÇÕES COM A ESCOLA OU CONEXÕES COM OUTROS SERVIÇOS DA RAPS:** Integrações por meio do Programa Saúde na Escola (PSE); ações de promoção e prevenção em saúde mental; acompanhamento compartilhado de crianças e famílias; articulação de encaminhamentos corresponsáveis; orientações. Os CECCOs podem oferecer espaços de convívio e trocas para crianças, adolescentes e famílias.

✱ **ATENÇÃO PSICOSSOCIAL ESTRATÉGICA** | Centro de Atenção Psicossocial Infanto-juvenil (CAPS IJ) e Álcool e Drogas (AD) nas modalidades I, II e III (variam conforme o quantitativo populacional e os dias e horários de funcionamento).

**O QUE FAZ?** Oferece cuidado especializado a crianças em sofrimento psíquico intenso ou persistente, por meio de equipes interprofissionais e de projetos terapêuticos individualizados.

**POSSÍVEIS COMPOSIÇÕES COM A ESCOLA OU CONEXÕES COM OUTROS SERVIÇOS DA RAPS:** Construção conjunta de estratégias para a permanência e a inclusão escolar; discussão de casos graves; participação em ações intersetoriais de promoção e prevenção de saúde mental; orientações e encaminhamentos corresponsáveis.

✱ **ATENÇÃO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA** | Unidades de Pronto Atendimento (UPAs), Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) e Prontos Socorros.

**O QUE FAZ?** Atendimento imediato a situações de urgência e de emergência de natureza clínica, cirúrgica, traumática ou psiquiátrica. Realizam a estabilização inicial e o encaminhamento para continuidade do cuidado na rede.

POSSÍVEIS COMPOSIÇÕES COM A ESCOLA OU CONEXÕES COM OUTROS SERVIÇOS DA RAPS: Podem ser acionados ou encaminhados, acompanhados por familiares, em casos de tentativas de suicídio, intoxicações exógenas e envenenamentos, agressões por armas, e outras condições que coloquem em risco a integridade da criança.

✱ ATENÇÃO HOSPITALAR | Leitos de saúde mental em hospitais gerais.

O QUE FAZ? Atendimento a crianças em situação de sofrimento psíquico que necessitem de internação breve em ambiente hospitalar.

POSSÍVEIS COMPOSIÇÕES COM A ESCOLA OU CONEXÕES COM OUTROS SERVIÇOS DA RAPS: Acolhem crianças encaminhadas pelas UPAs, SAMU, CAPS.

✱ ATENÇÃO RESIDENCIAL DE CARÁTER TRANSITÓRIO | Unidades de Acolhimento Infanto Juvenil (UAIJ)

O QUE FAZ? Residências temporárias (até 6 meses) destinadas a crianças que estão em situações de vulnerabilidade social e são acompanhadas em outros pontos de atenção da RAPS. Os principais enfoques desses serviços são a proteção social, o cuidado contínuo e a reinserção comunitária.

POSSÍVEIS COMPOSIÇÕES COM A ESCOLA OU CONEXÕES COM OUTROS SERVIÇOS DA RAPS: Acolhem crianças ou familiares em sofrimento psíquico, acompanhados em CAPS IJ ou AD, e que necessitem de moradia temporária. O atendimento nesses serviços é sempre construído a partir do PTS elaborado entre a pessoa e o CAPS de referência.

## O PAPEL DA ESCOLA NA RAPS IJ

Embora a escola não componha formalmente a RAPS, ela ocupa uma posição estratégica na produção de cuidado em saúde mental para crianças. Por ser um dos locais mais importantes de convívio da infância, muitas vezes é lá que aparecem os sinais iniciais de sofrimento psíquico, dificuldades relacionais e de aprendizado, mudanças comportamentais e vulnerabilidades. O Capítulo 8 detalhou como identificar e acolher essas manifestações no cotidiano escolar.

Como já foi enfatizado nessa obra, não é papel da escola diagnosticar, medicalizar, tratar ou conduzir, sozinha, casos de crianças que manifestem esses sinais, mas ser parte da construção do cuidado em rede por meio da observação atenta e qualificada, do diálogo com as crianças e suas famílias e da articulação com os demais serviços do território. Reuniões de rede, construção conjunta de estratégias de cuidado a partir do PTS, ações de prevenção e de promoção de saúde mental no contexto escolar são algumas das possibilidades de inserção da escola nesse cuidado compartilhado.

Ao compartilhar informações relevantes sobre o cotidiano escolar da criança, participar da construção de estratégias intersetoriais e contribuir para a elaboração de respostas contextualizadas às necessidades de saúde dos estudantes, as escolas fortalecem a integralidade do cuidado na infância. Trata-se, portanto, de uma tarefa coletiva, construída por meio do diálogo contínuo entre setores, saberes, pessoas e famílias. Mais do que encaminhar, a proposição é colaborar, corresponsabilizar e, assim, tecer redes de cuidado em conjunto.

## **PERSPECTIVAS E DESAFIOS PARA A ATUAÇÃO DO EDUCADOR NO CUIDADO À SAÚDE MENTAL INFANTIL**

Ao refletirmos sobre a construção do Projeto Terapêutico Singular para crianças em sofrimento psíquico, é necessário reconhecer a escola para além de sua função pedagógica. Ela configura-se como um importante território de socialização e participação social, uma vez que essa é a fase em que se estabelece grande parte dos vínculos, se constrói o cotidiano e são criadas as experiências de pertencimento social (Silva e Jurdi, 2022). Dessa forma, ela ocupa um lugar privilegiado na vida dessas crianças, podendo ser um facilitador no acesso à rede intersetorial. Esse tema será aprofundado no Capítulo 12, a seguir.

A percepção trazida pelos professores pode apoiar a contextualização de dificuldades de aprendizagem, comportamentos considerados inadequados ou situações de sofrimento psíquico, de forma a minimizar interpretações reducionistas que compreendem o problema exclusivamente como sintomas a serem tratados ou como problemas individuais.

Nesse sentido, estudos têm apontado a importância da construção de diálogos entre os campos da saúde e da educação como estratégia para superar processos de patologização e medicalização das experiências escolares (Machado e Cid, 2019). O contato inicial dos educadores, quando pautado na escuta sensível, no acolhimento e na construção de vínculos, pode favorecer o reconhecimento de situações de vulnerabilidade e ampliar o acesso das crianças aos espaços de cuidado, proteção e garantia de direitos (Silva e Jurdi, 2022).

A intersetorialidade, ação coordenada entre diferentes setores da sociedade para enfrentar problemas complexos que afetam a saúde e o bem-estar da população, constitui um princípio fundamental da atenção à infância. É no reconhecimento da potência de ação da rede intersetorial que se fortalece a atenção psicossocial infantil, uma vez que a articulação entre diferentes políticas

e serviços favorece a contextualização do sofrimento psíquico e a construção de estratégias ampliadas de cuidado. Dessa forma, o sofrimento passa a ser considerado em suas dimensões relacional, social e territorial, possibilitando a produção de cuidado compartilhado e a redução de processos de exclusão e de estigmatização (Couto e Delgado, 2015; Amstalden et al., 2010). Nesse contexto, o cuidado intersetorial representa um compromisso ético e político com a garantia de direitos, a proteção integral e a criação de condições que favoreçam o protagonismo, a participação social e o desenvolvimento da autonomia das crianças (Brasil, 2014; Couto e Delgado, 2015).

A atenção psicossocial fundamenta-se no princípio da corresponsabilização, compreendida como a construção compartilhada do cuidado entre os diferentes atores e serviços que compõem a rede, reconhecendo que nenhuma instituição, isoladamente, é capaz de responder à complexidade das demandas apresentadas por crianças em sofrimento psíquico (Brasil, 2014; Yasui, 2010). Portanto, a escola não se constitui como mera encaminhadora de demandas, mas como parceira ativa na elaboração, no acompanhamento e na sustentação das estratégias de cuidado, contribuindo com saberes produzidos a partir de sua inserção privilegiada no cotidiano dos estudantes e no território onde vivem. Dessa forma, a participação dos professores na construção das propostas de cuidado à saúde mental infantil se dá, principalmente, por meio da observação qualificada e sensível do cotidiano escolar, valorizando a escuta, a construção de vínculos, o reconhecimento e a validação das crianças e suas famílias, bem como a identificação de fatores que possam favorecer ou dificultar a participação e a permanência escolar, de fragilidades na rede de apoio socioafetiva e de situações de vulnerabilidade, os quais podem subsidiar articulações com a rede intersetorial de cuidado.



# 5 PARTE

## Cultivar saúde mental na escola

Ações e estratégias de promoção



## A escola como espaço promotor de saúde mental desde a infância

Marcia Covelo Harmbach e Thaís Guedes Georgini

*Há escolas que são gaiolas e há escolas que são asas.  
Escolas que são asas não amam pássaros engaiolados.  
O que elas amam são os pássaros em voo. Existem para dar aos  
pássaros coragem para voar. Ensinar o voo, isso elas não podem fazer,  
porque o voo já nasce dentro dos pássaros.  
O voo não pode ser ensinado. Só pode ser encorajado.*

**Rubem Alves**, *Gaiolas e Asas*

Ao longo deste livro, percorremos as diferentes fases da infância, aprendemos a reconhecer sinais de sofrimento emocional, refletimos sobre os desafios contemporâneos que atravessam a vida das crianças e conhecemos possíveis caminhos de encaminhamento e de cuidado. Este capítulo propõe um movimento de ir ao encontro daquilo que sustenta: das condições concretas que uma escola pode cultivar para que a infância floresça.

O brincar é a linguagem inaugural da infância. Antes mesmo de surgir a palavra organizada, é pelo corpo em movimento, pela imaginação e pela experiência lúdica que a criança comunica desejos, medos, descobertas e afetos. Nesse sentido, a escola precisa ser compreendida como um território de escuta sensível das crianças, um espaço onde corpo, emoção, pensamento e imaginação caminhem juntos. Assim, a escola deve ser um lugar de aprender a pensar, mas também de aprender a sentir, a imaginar, a criar, a descansar, a meditar, a conviver e a brincar. O conhecimento, quando dissociado da experiência afetiva, torna-se vazio, mecânico e alienado de sua função essencial: contribuir para a formação integral do ser humano.

Desse modo, brincar não é apenas um passatempo: é uma necessidade vital, uma condição para o desenvolvimento humano e fundamento da saúde mental na infância. Por isso, ao se falar em promoção de saúde mental desde a

infância, é necessário reconhecer o brincar como eixo estruturante das práticas pedagógicas. Não se trata, portanto, de oferecer momentos recreativos isolados, mas de compreender que é no brincar livre e significativo que a criança elabora emoções, experimenta papéis sociais, constrói vínculos e organiza internamente suas experiências.

A criança aprende com o corpo inteiro; por isso, necessita de espaços vivos, flexíveis e acolhedores, capazes de despertar curiosidade, encantamento e liberdade de ação. É desse modo que a escola se constitui verdadeiramente em um espaço promotor de saúde mental. Quando a escola oferece possibilidades reais de exploração, reconhece que o desenvolvimento infantil ocorre no encontro entre corpo, emoção, pensamento e imaginação.

### **A POÉTICA DO BRINCAR E OS CAMINHOS DA SAÚDE MENTAL NA INFÂNCIA**

Ao garantir tempos, espaços e materiais que favoreçam o brincar livre, o movimento e a expressão simbólica, a escola contribui para a formação de crianças mais seguras, criativas, sensíveis e emocionalmente saudáveis (SBP, 2024). Porque a brincadeira não é apenas uma atividade da infância: é a forma pela qual a criança respira, interpreta o mundo e constrói sua existência. Nesse sentido, brinquedos e materiais, como bolas, cordas, petecas, bambolês, tecidos, caixas, pneus e elementos da natureza ampliam as experiências motoras e perceptivas das crianças. Esses objetos convidam a correr, saltar, escalar, equilibrar-se e reinventar seus usos. Cada movimento realizado pela criança é também uma experiência de construção subjetiva: ao desafiar o próprio corpo, ela desenvolve autonomia, autoconfiança, coordenação, percepção espacial e consciência de seus limites e possibilidades.

Mais do que desenvolver habilidades físicas, o movimento corporal favorece processos emocionais profundos.

**Uma criança que corre livremente, sobe em árvores, brinca com água ou cria percursos com o próprio corpo experimenta sensações de potência, pertencimento e liberdade.**

O corpo em movimento equilibra as emoções, libera as tensões e auxilia na elaboração das angústias e dos conflitos internos. Muitas vezes, o que a criança ainda não consegue expressar em palavras aparece em seus gestos, ritmos, intensidades e brincadeiras.

Da mesma forma, os espaços destinados ao jogo simbólico são de fundamental importância para a saúde emocional infantil. Fantasias, espelhos, adereços, tecidos, bonecos, utensílios, elementos da vida cotidiana, cenários imaginários e materiais não estruturados permitem à criança representar o mundo, dramatizar experiências e reinventar a realidade. No faz de conta, ela experimenta papéis sociais, elabora medos, revive situações, cria narrativas e produz sentidos para aquilo que vive.

**As linguagens artísticas oferecem caminhos para a elaboração emocional e fortalecem a criatividade, a empatia e o vínculo com o outro. Nem toda criança consegue expressar verbalmente o que sente, mas muitas mostram tristeza, alegria, medo ou raiva por meio de gestos, desenhos, danças, ritmos ou dramatizações.**

Nessa perspectiva, cada canto da escola pode tornar-se um convite à invenção, ao encontro e ao pertencimento. Uma árvore pode virar colo; um tecido transforma-se em rio, e uma caixa de papelão, em um carro. A infância transfigura o mundo pela imaginação, e é justamente nessa potência criadora que reside grande parte de sua força vital.

Tiriba (2018) destaca que “o jogo é também um aliado, porque revela, com intensidade, sentimentos de raiva, medo, inveja, paixão”. As emoções manifestam-se no movimento corporal e revelam dimensões profundas da vida psíquica infantil. Assim, o brincar constitui um espaço legítimo para que a criança possa expressar conflitos, elaborar angústias e construir caminhos internos de equilíbrio emocional.

A infância contemporânea, entretanto, enfrenta profundas restrições ao ato de brincar. As ruas, antes ocupadas pelas brincadeiras coletivas, foram tomadas pelos carros e pelo medo. Nas décadas anteriores, muitas crianças brincavam livremente com primos, vizinhos e amigos: carrinho de rolimã, bola, corda, esconde-esconde e tantas outras brincadeiras faziam parte da cultura infantil cotidiana.

Hoje, os espaços urbanos tornaram-se cada vez mais limitados à circulação livre das crianças. Além disso, as transformações sociais produziram infâncias mais solitárias: famílias menores, vínculos comunitários enfraquecidos, moradias menores e excesso de telas diminuem as oportunidades de experiências corporais e coletivas. Nesse cenário, cresce o número de crianças com ansiedade, depressão, distúrbios do sono, hiperatividade, dificuldades de atenção, agressividade e sofrimento emocional. Muitas vivem sobrecarregadas por agendas intensas, pelo excesso de atividades dirigidas ou de ajuda nas tarefas

da casa e pela escassez de tempo livre para brincar (SBP, 2024).

Diante dessa realidade, torna-se insuficiente apenas diagnosticar ou enumerar problemas. É necessário olhar para a criança em sua totalidade. Escutar o que dizem seus gestos, silêncios, movimentos e brincadeiras, além de compreender que o corpo infantil fala.

Hoyuelos (2019), ao citar Andrea, uma criança de seis anos, apresenta uma síntese profundamente sensível sobre o significado do brincar: “É difícil explicar, mas eu acredito que brincar é fazer o que o seu coração diz”. A fala da criança revela que brincar é um exercício de liberdade, de autenticidade e de existência.

Quando adultos substituem excessivamente o brincar por atividades dirigidas, cursos, programas ou trabalhos dentro ou fora de casa, acabam por usurpar um direito essencial da infância.

O próprio Hoyuelos (2019) enfatiza que inúmeros estudiosos — historiadores, pedagogos, psicólogos, psicanalistas, antropólogos, artistas e cientistas — já defenderam amplamente a importância do lúdico para o desenvolvimento humano. Ainda assim, paradoxalmente, a sociedade contemporânea continua reduzindo o tempo do brincar espontâneo.

Criador da abordagem de Reggio Emilia, Loris Malaguzzi (2016) também reconhece a potência criadora da infância ao afirmar que a criança possui “cem linguagens”. Por meio delas, inventa hipóteses, formula teorias, resolve problemas e conecta arte, ciência, fantasia e realidade em experiências profundamente criativas. O brincar, portanto, não é oposição ao conhecimento; é sua própria condição de possibilidade.

O movimento corporal constitui uma dimensão inseparável desse processo. Desde o ventre materno, a criança experimenta o mundo pelo movimento: gira, se estica, explora. Depois do nascimento, deseja conhecer o próprio corpo, brincar com as mãos e os pés, engatinhar, correr, cair e se levantar. O corpo infantil é curiosidade em estado puro. Inicialmente, o brincar acontece de forma solitária; depois surgem os amigos imaginários, os objetos simbólicos, os jogos de faz de conta e as brincadeiras de imitação. A criança observa o adulto cozinhando e reproduz a cena com areia, folhas e gravetos. Aos poucos, o brincar torna-se uma experiência social compartilhada, na qual se aprende a negociar, cooperar, imaginar e construir sentidos coletivos.

Lameirão (2007) ressalta que, da brincadeira livre e espontânea, “segue-se

a elaboração dos jogos de grupo com suas regras”, fundamentais para a convivência humana e para a construção da vida social. É brincando que se aprende a esperar a vez, a ganhar, a perder, a negociar limites, a construir parcerias e a desenvolver empatia.

Assim, pensar a escola como espaço promotor de saúde mental implica reconhecer que o brincar não ocupa lugar secundário no desenvolvimento infantil. Ele é centro, origem e fundamento. O brincar é o modo como a criança organiza o mundo, cria cultura, elabora emoções e constrói sua humanidade.

Garantir esse direito é, portanto, um compromisso ético, pedagógico, político e de acesso à saúde. Porque toda infância que brinca encontra caminhos mais potentes para existir, sentir, aprender e produzir sentidos sobre o mundo.

## **NATUREZA COMO CUIDADO EMOCIONAL NO COTIDIANO ESCOLAR**

O trabalho com os quatro elementos na educação da infância, segundo a abordagem de Piorski (2016), constitui uma base simbólica e sensível para compreender a infância como um processo vivo, dinâmico e profundamente conectado à natureza e à experiência do mundo. Essas vivências ajudam a criança a regular as emoções, reduzir tensões, organizar os sentidos e recuperar o encantamento do cotidiano. Além disso, no contexto escolar, tornam-se fatores protetivos da saúde mental, favorecendo a calma, o pertencimento, a curiosidade, a expressão simbólica e o bem-estar.

### **PROPOSTAS DE EXPERIÊNCIAS NA EDUCAÇÃO INFANTIL:**

#### **O brincar e a natureza em diálogo com Gandhi Piorski**

##### **\* ELEMENTO ÁGUA**

A água é o elemento da transformação e da fluidez, atuando como força curativa e apaziguadora, promovendo acolhimento, suavidade e revigoração das mágoas. Ela age no “quimismo”<sup>8</sup> da vida, sustentando processos de mudança, de adaptação e até de revolução interna. Sua presença cria uma atmosfera calmante, desinflamatória e refrescante, favorecendo processos pedagógicos baseados na constância, na repetição, na continuidade e na ritualidade, fundamentais para que a criança possa elaborar experiências de transformação. As águas, inclusive as mais escuras, tam-

---

<sup>8</sup> Conjunto de processos, reações e transformações químicas que ocorrem em um organismo. Neste texto, o termo é empregado em sentido metafórico, referindo-se aos processos internos de transformação, adaptação e renovação da vida.



bém possuem potencial pedagógico e terapêutico, pois possibilitam o contato com o medo, a coragem da entrega e a superação de questões ligadas ao nojo ou à obsessão por limpeza, ampliando a experiência emocional da criança.

**Experiências:** trabalhar com estórias sobre os seres e mitos das águas, como sereias, botos e Poseidon; brincadeiras com lama, água e terra; uso de argila, areia e aquarela; pinturas aquosas; escutar os sons da água; brincar com o líquido; lavar brinquedos; observar o fluxo da água; regar plantas; acompanhar a chuva e a água pingando.

## \* ELEMENTO TERRA

A terra é o elemento da estrutura, da base e da corporeidade, sustentando o desenvolvimento da identidade a partir da experiência concreta e sensorial. Ela se relaciona diretamente com a parte física dos seres e favorece que o corpo da criança interaja com o ambiente com vivacidade e presença. Emocionalmente, está associada à segurança, ao pertencimento, à estabilidade e ao enraizamento, oferecendo suporte à constituição da subjetividade. Suas características principais incluem firmeza, constância, organização e presença corporal, permitindo que a criança se sinta sustentada enquanto se desenvolve e, ao mesmo tempo, tenha base para a flexibilidade e expansão proporcionadas pelos outros elementos.

**Experiências:** brinquedos do chão: carrinhos de duas rodas, panelinhas de barro, comidinhas, argila, modelagem de esculturas. Plantar sementes, brincar com barro ou explorar diferentes texturas naturais como pedras, areia e folhagens, favorecendo o vínculo com o mundo físico e o desenvolvimento da percepção sensorial.

## \* ELEMENTO AR

O ar é o elemento da comunicação, da imaginação e da mediação simbólica, atuando como capacidade de troca entre o interior e o exterior e promovendo renovação das atmosferas internas e relacionais. Ele se relaciona ao pensamento, à linguagem, ao encantamento e à visão interior, favorecendo tanto a expressão quanto a interiorização, em um movimento constante de diálogo com o mundo e com as relações. No campo emocional, envolve liberdade, leveza, contemplação e abertura ao outro, sustentando processos de elaboração simbólica e de desenvolvimento da linguagem. Suas principais características incluem criatividade, flexibilidade mental, comunicação e imaginação.

**Experiências:** leitura e criação de poesias e contos de fadas; exercícios de contemplação e meditação; observação de insetos, construção de aviões e pipas, percepção do vento no rosto, bolhas de sabão, fitas e cataventos. Inclui também, a observação dos insetos, do vento e da natureza em movimento, favorecendo a percepção e o encantamento.

## \* ELEMENTO FOGO

O fogo é o elemento da vontade, da energia vital e do impulso criador. Representa a ação, a transformação ativa e a força de expansão da vida, associando-se ao movimento de criação e de realização. No campo emocional, relaciona-se à coragem, ao entusiasmo, à intensidade e à motivação, sustentando processos de expressão e de afirmação da vida. Suas características incluem energia, autonomia, liderança, criatividade e ação.

**Experiências:** incluem brincadeiras com velas; o uso de giz de cera aquecido; a confecção e a queima de incensos de ervas; a exploração da luz e da sombra do sol e das lanternas; e a percepção direta do calor do sol e do fogo, além de dramatizações e atividades simbólicas que exploram as sensações causadas pela alta temperatura e pela transformação. Também contemplam a leitura de contos relacionados ao fogo com função terapêutica.

Todas essas experiências devem ser adaptadas à faixa etária das crianças, podendo ocorrer de forma interdisciplinar, especialmente nos anos iniciais do Ensino Fundamental, e sempre mediadas por adultos, sobretudo quando envolverem fontes de calor ou chamas.

## A ESCOLA COMO LUGAR DE BONS ENCONTROS

As primeiras incursões da criança na vida social para além do núcleo familiar ocorrem, em grande medida, no ambiente escolar. Nesse espaço coletivo, a criança vivencia encontros com as diferenças e com a diversidade étnica, cultural, religiosa, de gênero e de classe social, construindo, cotidianamente, relações fundamentais para o viver e o conviver em sociedade.

Nesse sentido, a escola pode promover experiências multidimensionais, oferecendo não apenas conteúdos, mas também diferentes modos de habitar, sentir, explorar e ser afetado pelo ambiente educativo. Entretanto, ao longo das décadas, muitas escolas foram perdendo parte de seus espaços e de seus propósitos originais. A redução do contato com a natureza esteve associada tanto a discursos higienistas, que compreendiam a terra e os elementos naturais como sinônimos de sujeira, quanto a perspectivas escolarizantes, centradas na repetição de conteúdos. Como consequência, consolidaram-se ambientes organizados prioritariamente em torno de mesas e cadeiras, em detrimento de experiências corporais, lúdicas, sensoriais e do contato mais vivo com o mundo.

Segundo a arquiteta<sup>9</sup> Mayumi W. S. Lima (1989), a escola constitui um dos poucos espaços públicos ainda acessíveis às crianças nas cidades contemporâneas, tornando-se, muitas vezes, o principal lugar de vivência das experiências próprias da infância. Para inúmeras famílias, especialmente aquelas em situação de vulnerabilidade social, a escola representa um espaço de proteção, convivência, brincadeira e acesso à cultura. Nesse contexto, uma escola comprometida com o desenvolvimento integral das crianças deve favorecer bons encontros com a natureza, com as pessoas, com os lugares e com a rede de cuidado.

### ✱ BONS ENCONTROS COM A NATUREZA

O “transtorno de déficit de natureza” — termo cunhado por Louv (2015) — alerta para os impactos do distanciamento entre a infância e a natureza na contemporaneidade. Esse afastamento pode favorecer hiperatividade, déficit de atenção, obesidade, dificuldades emocionais, baixa motricidade e problemas na convivência social. Em contrapartida, o contato com ambientes naturais, especialmente por meio do brincar livre, contribui significativamente para a promoção da saúde física e mental, bem como para o desenvolvimento cognitivo, social, motor e emocional (Lomax et al., 2024; SBP, 2024).

---

<sup>9</sup> Mayumi Watanabe Souza Lima (1935–1994) foi arquiteta e urbanista brasileira, reconhecida por suas contribuições à arquitetura escolar e aos estudos sobre espaços educativos voltados à infância. Defendia a construção de ambientes escolares democráticos, acolhedores e integrados às necessidades das crianças e da comunidade. Contribuiu para projetos de educação pública e para a concepção de espaços educacionais integrados que influenciaram posteriormente a criação dos CEUs (Centros Educacionais Unificados).

Entre esses espaços, a horta destaca-se como uma potente sala verde e um ambiente educativo privilegiado, que vai além da aprendizagem científica ao proporcionar experiências existenciais, sensoriais e relacionais fundamentais para o desenvolvimento infantil. Ao semear, cuidar e acompanhar os ciclos de nascimento, crescimento, transformação e retorno à terra, as crianças aprendem, de forma concreta e simbólica, sobre cuidado, paciência, responsabilidade, respeito ao tempo de cada ser vivo e interdependência entre os seres, além de refletirem sobre sentimentos, perdas, recomeços e os próprios processos da vida.

Essa compreensão dialoga com o conceito de “teia da vida”, desenvolvido por Fritjof Capra (2006), segundo o qual todos os seres vivos estão interligados em uma rede de relações de dependência mútua. Assim, ao observar a dinâmica da natureza, a criança aprende não apenas conteúdos científicos, mas também valores relacionados à cooperação, ao equilíbrio e ao cuidado com o outro e com o planeta.

Diante de uma sociedade marcada pelo excesso de estímulos tecnológicos e pelo afastamento progressivo dos ambientes naturais, proporcionar experiências com a natureza constitui também uma estratégia de promoção da saúde integral (Lomax et al., 2024; SBP, 2024). Esses espaços ampliam a sensibilidade infantil, fortalecem vínculos afetivos e favorecem diálogos sobre empatia, diversidade, cuidado coletivo e cultura de paz.

### **CULTIVANDO DESCOBERTAS NA NATUREZA**

Mesmo em escolas com poucos espaços verdes, é possível aproximar o cotidiano das crianças da natureza. Terrários, minhocários, hortas suspensas, vasos, experiências com água, sementes e outros elementos naturais podem transformar pequenos espaços em ambientes vivos de aprendizagem.

Convide as crianças a mexer na terra, a cuidar de plantas, a observar insetos, a brincar com água ou a modelar argila. Essas experiências ampliam a curiosidade, a investigação, a imaginação e o cuidado, permitindo que crianças de 0 a 11 anos observem ciclos, transformações, texturas, cheiros e diferentes formas de vida. Ao experimentar a natureza com o corpo inteiro, elas fortalecem vínculos afetivos com o ambiente, desenvolvem sensibilidade, pertencimento e consciência coletiva. Mesmo em contextos urbanos e cimentados, pequenos encontros com o mundo natural ajudam a desenvolver recursos emocionais para a saúde mental e para relações mais acolhedoras e menos violentas.

## \* BONS ENCONTROS COM PESSOAS

Enquanto espaço coletivo de formação humana, a escola constitui-se como um território de convivência e corresponsabilidade, no qual crianças, educadores, famílias e outros profissionais constroem práticas educativas e modos de vida.

Assim, as famílias não ocupam um lugar externo à escola, mas integram sua própria constituição. Quando participam dos projetos e das decisões cotidianas, fortalecem vínculos, ampliam o sentimento de pertencimento e contribuem para uma educação mais democrática e coerente com as necessidades das crianças.

É importante reconhecer que os adultos também estão em processos contínuos de formação. Assim como as crianças aprendem, experimentam e ressignificam o mundo, os educadores, as famílias e os demais profissionais também necessitam de espaços de estudo, de reflexão e de desenvolvimento. A escola, portanto, configura-se como um território formativo para todos os sujeitos que dela participam, rompendo com a ideia de que apenas a infância é tempo de aprendizagem.

Esses encontros — entre crianças, adultos, famílias e comunidade — formam uma rede viva de aprendizagem e cuidado. Em diálogo com Capra (2006), pode-se compreender a escola como uma “teia da vida”, na qual cada sujeito afeta e é afetado pelo outro. Nesse contexto, rodas de conversa, espaços de escuta e de participação da comunidade tornam-se estratégias potentes para fortalecer vínculos e construir redes de apoio e de pertencimento. Quando diferentes pessoas entram neste lugar — como profissionais da saúde, artistas, avós, jardineiros, professores de meditação ou lideranças comunitárias —, as crianças aprendem a reconhecer a diversidade dos saberes humanos, seu repertório cultural é ampliado e reafirma-se que o conhecimento também nasce das experiências humanas e do território. Desta forma, desenvolvem vínculos mais sensíveis com o outro, com o território e com o mundo. No entanto, para que aconteçam bons encontros entre as pessoas, não basta criar espaços de diálogo; é necessário cultivar uma disposição genuína para a escuta, a cooperação e a transformação coletiva.

## **CRIANDO UMA INTENÇÃO DE CULTIVAR BONS ENCONTROS**

Antes de iniciar as atividades do dia, seja uma roda de conversa, uma reunião ou uma aula, reserve três minutos para uma breve pausa. Se desejar, feche os olhos e volte a atenção à respiração por alguns instantes. Em seguida, pense nas pessoas com quem você provavelmente interagirá ao longo do dia: estudantes, familiares, colegas etc. Imagine suas ações guiadas por uma genuína disposição para construir relações mais compreensivas e cooperativas.

Se alguns desses contatos forem provavelmente difíceis, tente identificar quais fatores solucionadores poderiam ser aplicados e que mudança você poderia fazer em sua própria atitude. Reconheça que cada encontro é uma oportunidade de transformar a qualidade das relações e do ambiente em que estamos. Ao finalizar, respire profundamente e siga o dia, procurando, sempre que possível, retornar à intenção de promover a boa vontade em seus encontros.



## \* BONS ENCONTROS COM OS LUGARES

Além dos encontros com a natureza e com as pessoas no interior da escola, é importante ampliar as experiências infantis para além dos muros escolares, promovendo encontros com o território, o bairro e a cidade. A criança pequena também é sujeito de cultura e cidadania (Brasil, 1990) e suas aprendizagens se intensificam quando pode circular, observar e interagir com diferentes espaços sociais e culturais. Nesse sentido, o bairro e a cidade tornam-se territórios educativos, nos quais a infância vivencia diferentes modos de organização da vida coletiva e entra em contato com a diversidade de pessoas, de histórias e de culturas.

Caminhar pelo entorno da escola, observar modos de morar, trabalhar e conviver amplia a compreensão da realidade e fortalece sentimentos de pertencimento. Quando a infância circula pelo território, a cidade deixa de ser apenas cenário e passa a constituir-se em um espaço de descoberta, convivência e participação social.

Os espaços culturais e comunitários têm papel fundamental nesse processo, pois oferecem contato com múltiplas linguagens, saberes e formas de existir. Ambientes atravessados pela arte, literatura, memória e manifestações culturais favorecem experiências estéticas, criativas e afetivas, ampliando a imaginação, a curiosidade e a interpretação do mundo (SBP, 2024).

Ampliar os percursos das crianças pelo território significa ampliar também suas possibilidades de sentir, imaginar, criar e compreender o mundo. Trata-se de uma formação que envolve dimensões cognitivas, éticas, estéticas, culturais e emocionais, contribuindo para relações mais democráticas, sensíveis e humanas (SBP, 2024). Nesse movimento, a escola passa a dialogar com a cidade como um espaço vivo de aprendizagem, pertencimento e formação para a convivência coletiva.

## PROMOVENDO BONS ENCONTROS COM O TERRITÓRIO

O território também educa. Ampliar as experiências das crianças para além dos muros da escola favorece o pertencimento, a curiosidade, os vínculos comunitários e a aprendizagem significativa. Pequenos percursos e encontros cotidianos podem transformar o entorno em um espaço educativo potente.

- \* Caminhar pelo entorno da escola para observar o bairro;
- \* Visitar museus, galerias, bibliotecas públicas, centros culturais e outras escolas;
- \* Participar de rodas de leitura comunitárias, feiras culturais, festas populares e apresentações musicais;
- \* Explorar praças, parques, hortas comunitárias, feiras livres e pequenos comércios locais como espaços de convivência e aprendizagem;
- \* Convidar moradores antigos do bairro para compartilhar histórias, memórias e saberes do território;
- \* Participar de oficinas de arte, dança, teatro e contação de histórias.



## \* BONS ENCONTROS COM A REDE DE PROTEÇÃO

O trabalho com crianças exige um olhar sensível e atento à singularidade de cada infância. Quando falamos em “bons encontros”, é importante reconhecer que eles também se estendem à rede de proteção que sustenta o desenvolvimento das crianças. A escola, de forma isolada, não contempla a totalidade das demandas, da complexidade das infâncias, especialmente quando surgem necessidades de saúde, desenvolvimento, proteção social ou situações de vulnerabilidade. Por isso, o trabalho articulado com a rede de serviços públicos, como desenvolvido nos capítulos anteriores, torna-se um gesto de cuidado ampliado e compartilhado.

Fortalecer esses encontros em rede é reconhecer que cuidar das crianças é uma responsabilidade compartilhada e que a escola também se constrói como um espaço de proteção, de vínculos e de promoção da saúde integral.

Assim, conhecer o Centro de Referência de Assistência Social (CRAS), o Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS), o Conselho Tutelar e os serviços de saúde do território não é uma tarefa burocrática: é parte do cuidado. Assim como a escola abre suas portas para a natureza, para as famílias e para o bairro, ela também pode cultivar uma relação viva com essa rede — sabendo a quem recorrer, como acionar e, sobretudo, reconhecendo que há outras mãos disponíveis para segurar a infância quando ela precisa de mais do que a escola pode oferecer.

## \* BONS ENCONTROS COM AS ROTINAS NÃO ROTINEIRAS

“As rotinas podem tornar-se uma tecnologia de alienação quando passam a organizar o cotidiano de forma rígida, mecânica e descontextualizada, esvaziando o sentido das experiências vividas pelas crianças” (Barbosa, 2006). Nessa perspectiva, aquilo que deveria sustentar a vida coletiva pode transformar-se em um mecanismo de controle e silenciamento das singularidades infantis.

Assim, a rotina não deve ser compreendida apenas como uma sequência fixa de horários e atividades, mas como uma trama sensível de acontecimentos cotidianos que oferece continuidade, pertencimento e segurança emocional às crianças. É na repetição acolhedora da chegada, do brincar, das refeições, do descanso e das despedidas que a infância constrói referências de tempo, de espaço e de convivência. Assim, a previsibilidade não representa rigidez, mas sim cuidado, pois permite à criança reconhecer os ritmos do dia e explorar o mundo com mais confiança.

Barbosa (2006) destaca ainda que a rotina é um espaço de construção de vínculos, pois organiza encontros recorrentes entre crianças e adultos em situações de cuidado, diálogo e partilha. Nos pequenos rituais cotidianos, a criança sente-se esperada, reconhecida e pertencente a um coletivo. Quando construída de forma viva, reflexiva e sensível, a rotina deixa de ser uma prática mecânica e torna-se uma pedagogia do cotidiano, articulando previsibilidade e abertura, segurança e liberdade. Atitudes que sustentam vínculos, experiências significativas e a possibilidade de a criança habitar o mundo com confiança – aspectos fundamentais para a promoção da saúde mental.

### **CULTIVANDO BOAS ROTINAS NÃO ROTINEIRAS**

Os rituais cotidianos ajudam as crianças a reconhecer as transições do tempo vivido na escola. Eles convidam os estudantes a retornarem ao grupo e a direcionarem a atenção para o novo momento que se inicia.

#### **\* TRANSIÇÃO DE UMA ATIVIDADE PARA OUTRA**

Chame as crianças, no início ou no encerramento das atividades, por meio de músicas, sons de tambores, sinos, cantigas tradicionais ou versos já conhecidos pelo grupo. Ao ouvir uma música conhecida ou o som de um instrumento, a criança reconhece afetivamente o movimento da rotina e pode transitar entre as experiências com maior tranquilidade e envolvimento.

#### **\* MOMENTO DE PAUSA**

Leia histórias ou faça exercícios breves de respiração e pequenas meditações guiadas para experiências de silêncio e de escuta. Em um cotidiano frequentemente acelerado e marcado pelo excesso de estímulos, criar momentos de pausa diária favorece a autorregulação emocional, amplia a capacidade de concentração e ajuda as crianças a perceberem o próprio corpo e seus ritmos internos. Assim, os rituais cotidianos deixam de ser apenas mecanismos organizativos e passam a constituir práticas de cuidado, escuta e construção de vínculos na experiência educativa.

## SÍNTESE

A promoção da saúde mental na infância passa pelo reconhecimento do brincar como dimensão central do desenvolvimento humano e como linguagem essencial da criança. Ao brincar, movimentar-se, imaginar, explorar a natureza e viver experiências simbólicas, a criança elabora emoções, constrói vínculos, produz sentidos sobre o mundo e fortalece sua autonomia, criatividade e capacidade de convivência. Nesse processo, a escola deixa de ser apenas um espaço de transmissão de conteúdos e passa a constituir-se como território de escuta, acolhimento, pertencimento e experiências significativas, onde corpo, emoção, pensamento e imaginação caminham juntos. Garantir tempos, espaços e materiais para o brincar livre, o contato com a natureza, as artes, os encontros e a expressão das múltiplas linguagens infantis é, portanto, um compromisso ético e pedagógico com a formação integral das crianças.

Ao longo do capítulo, evidenciou-se também que cuidar da infância implica construir redes vivas de proteção, afeto e convivência. Bons encontros com a natureza, com as pessoas, com os territórios e com as rotinas cotidianas favorecem experiências de segurança emocional, curiosidade, empatia e participação social. Em uma sociedade marcada pelo excesso de estímulos, pelo empobrecimento das experiências coletivas e pelo distanciamento da vida sensível, a escola pode tornar-se um espaço de resistência e humanização.

Uma escola que acolhe a infância em sua inteireza e reconhece o brincar como experiência fundante do desenvolvimento transforma-se em solo fértil para a vida. Nela, as crianças não apenas aprendem conteúdos, mas também constroem sentidos, criam vínculos, fortalecem emoções e descobrem formas mais delicadas, criativas e humanas de existir no mundo.

Nada disso, porém, se sustenta sem adultos emocionalmente disponíveis, capazes de estabelecer relações de cuidado, presença e confiança. É sobre eles que trata o próximo capítulo.

## Cuidar de quem educa: saúde mental dos educadores

Thaís Guedes Georgini e Anderson da Silva Rosa

*Acredito que somos uma comunidade e  
que devemos cuidar uns dos outros.*

*Malala Yousafzai*

### O CUIDADO COMO MODO DE SER

Antes de tratar das condições de adoecimento dos professores, das políticas institucionais ou das práticas cotidianas de autocuidado, é preciso perguntar: o que significa, afinal, cuidar? Não o cuidar como tarefa ou obrigação, mas como algo mais fundamental — um modo de existir no mundo e de se relacionar com o outro.

Foi o filósofo alemão Martin Heidegger quem, no início do século XX, identificou o cuidado (*Sorge*) como estrutura ontológica do ser humano. Em sua obra *Ser e Tempo*, Heidegger argumenta que o cuidado não é uma atividade entre outras, mas a forma pela qual o ser humano está no mundo: sempre em relação, sempre em movimento, sempre afetado pelo que acontece ao seu redor (Heidegger, 2012). Para ele, o cuidado precede qualquer ação concreta — ele é o solo a partir do qual toda ação brota.

Esse *insight* filosófico foi retomado e aprofundado pelo teólogo e ecologista brasileiro Leonardo Boff, que ampliou esta noção para além do ser individual, inscrevendo-a nas relações, nas instituições e no próprio tecido social. Para Boff, o cuidado é “a atitude de responsabilidade e afeto que se tem quando algo ou alguém importa verdadeiramente” (Boff, 1999). Cuidar, nesse sentido, é uma postura ética diante da vida — implica em reconhecer a vulnerabilidade do outro, assumir responsabilidade por essa vulnerabilidade e agir para que o outro possa florescer.

Boff distingue o movimento do cuidar de dois outros, opostos e igualmente problemáticos: o descuido, marcado pela indiferença e pelo abandono, e a preocupação excessiva, que sufoca e domina. O cuidado genuíno situa-se entre

esses extremos: é a presença que acolhe sem subjugar, que apoia sem substituir, que oferece suporte sem gerar dependência (Boff, 1999).

Essa perspectiva tem uma consequência importante para pensar a escola e o trabalho docente: se o cuidado é um modo de ser, e não apenas uma competência técnica, então ele não pode ser reduzido a um conjunto de habilidades individuais. O cuidar emerge — ou se frustra — nas condições concretas em que as pessoas vivem e trabalham.

**Um professor que não é cuidado dificilmente conseguirá, por muito tempo, cuidar plenamente. Não por falta de vontade ou competência, mas porque esta atividade exige, ela mesma, ser sustentada.**

É por isso que este capítulo parte dessa questão filosófica para chegar ao concreto: ao professor que entra na sala de aula carregando suas próprias dores, ao clima escolar que pode acolher ou adoecer, às políticas públicas que valorizam ou abandonam quem educa, e às pequenas práticas que, no cotidiano, podem ser sementes de um cuidado possível.

## **ESCOLA, ESPAÇO DE CUIDADO: POR QUE O BEM-ESTAR DOCENTE IMPORTA**

O ambiente escolar é um espaço profundamente relacional e pode constituir um ambiente promotor de saúde, desenvolvimento e proteção quando organiza políticas, práticas e relações orientadas ao bem-estar de toda a comunidade escolar (OMS, 2021). É onde as crianças aprendem conteúdos, mas também modos de conviver e de se vincular, formas de lidar com frustrações, comunicar emoções e estratégias para enfrentar os conflitos e os desafios cotidianos. Essas aprendizagens acontecem nas interações com as outras crianças, com os professores e com os demais profissionais da educação. Quando os adultos responsáveis por esse ambiente estão exaustos, adoecidos ou emocionalmente sobrecarregados, todo o ecossistema escolar também sofre repercussões.

Por isso, falar sobre saúde mental na infância requer, necessariamente, falar sobre os adultos que convivem diariamente com as crianças. O educador organiza rotinas, promove aprendizagens, acolhe emoções, observa mudanças de comportamento, faz mediação de conflitos e, muitas vezes, oferece experiências de segurança emocional. Desta forma, falar de saúde mental infantil também implica falar sobre saúde mental docente (Dreer, 2023).

Nesse contexto, reconhecer as necessidades emocionais dos docentes é também contribuir para a construção de interações escolares mais empáti-

cas e menos reativas (Rosenberg, 2021). Essas interações envolvem processos que incluem a identificação de sentimentos, o reconhecimento de necessidades e a construção de respostas mais conscientes nas relações cotidianas. Essa dimensão não é apenas relacional, mas também diretamente implicada na promoção da saúde mental, na medida em que ambientes mais responsivos às necessidades humanas tendem a reduzir níveis de estresse, conflito e sobrecarga emocional.

Nessa direção, a discussão sobre saúde mental no contexto escolar também envolve problematizar que tipo de cultura os sistemas educacionais vêm sustentando: se favorecem relações orientadas à parceria, ao cuidado mútuo e à cooperação, ou se ainda reproduzem dinâmicas marcadas por controle, hierarquia e reatividade (Rosenberg, 2021).

Quando essas formas de interação se repetem no cotidiano, deixam de ser episódios isolados e passam a caracterizar o modo como a escola se organiza e se relaciona. Essa dimensão da cultura institucional incide diretamente sobre o bem-estar de professores e estudantes, configurando-se como elemento central na construção de ambientes escolares mais saudáveis.

Nas últimas décadas, a literatura científica tem evidenciado níveis preocupantes de sofrimento psíquico entre professores, especialmente relacionados ao estresse ocupacional crônico, ansiedade, depressão e síndrome de *burnout*. Essas condições estão associadas à redução da qualidade de vida, ao aumento da intenção de abandono da carreira, a prejuízos nas relações pedagógicas e a efeitos negativos sobre os estudantes (Dreer, 2023).

Diante desse cenário, este capítulo parte da compreensão de que a saúde mental infantil é atravessada pela de quem educa e, portanto, que o cuidado com os educadores constitui uma dimensão essencial das ações de promoção e prevenção. Essa compreensão se articula com abordagens internacionais que defendem a escola como espaço de promoção de bem-estar, apoio e cuidado em rede, e não apenas como lugar de transmissão de conteúdos (OMS, 2021; OMS/UNICEF, 2024).

## O CUIDADO COMO PACTO SOCIAL E CLIMA ESCOLAR

Se o cuidado é um modo de ser, como argumentam Heidegger e Boff, ele não pode ser responsabilidade exclusiva de cada indivíduo. Cuidar é também um compromisso coletivo — um pacto que uma sociedade firma consigo mes-

ma sobre quem merece atenção, proteção e condições dignas de existência. E quando se trata de educação, esse pacto tem nome: é a valorização concreta, e não apenas retórica, de quem ensina.

Pesquisas sobre a formação e as condições de trabalho docente no Brasil mostram que atrair, formar e reter bons professores depende de um conjunto articulado de fatores: reconhecimento profissional, condições adequadas de trabalho, apoio institucional consistente e políticas de formação continuada que cheguem de fato ao cotidiano da escola (Gatti et al., 2019). Levantamento realizado com professores e gestores das redes pública e privada de Minas Gerais e São Paulo apresentou dados que merecem atenção:

**Profissionais do sexo feminino apresentaram percepção significativamente pior da própria saúde mental, resultado consistente com estudos que apontam a sobrecarga acumulada entre jornada profissional e responsabilidades domésticas como fator agravante do adoecimento docente (Rosa et al., 2025).**

Outro achado relevante diz respeito aos professores com menos tempo de atuação: esse grupo tende a avaliar sua saúde mental de forma mais negativa e, ao mesmo tempo, é justamente quem mais implementa práticas de promoção de saúde mental nas escolas. Esse paradoxo revela um engajamento genuíno de quem lida com os próprios desafios da saúde mental, mas que precisa encontrar suporte institucional tanto para cuidar de si quanto para promover saúde no ambiente educacional.

Esse desafio se intensifica em um contexto cultural que tende a reduzir o cuidado a uma responsabilidade estritamente individual. Quando predomina a lógica do “cada um por si”, o sofrimento do professor passa a ser lido como fragilidade pessoal, e não como sinal de que algo no ambiente coletivo precisa de atenção. Boff (1999) alertava para esse risco: uma cultura que enfraquece o cuidado como valor compartilhado tende a produzir isolamento e indiferença — o oposto do que escolas saudáveis precisam cultivar.

Esse pacto social se materializa no clima escolar — o conjunto de relações, normas e valores que caracterizam o modo como uma escola funciona e como as pessoas se sentem dentro dela. Pesquisas de Telma Vinha e colaboradores mostram que ambientes marcados por respeito mútuo, escuta e gestão participativa estão diretamente associados ao bem-estar de professores e estudantes e à redução de conflitos. Em sentido inverso, climas escolares negativos funcionam como fator de risco tanto para o adoecimento docente quanto para o sofrimento dos estudantes (Vinha et al., 2016). Construir um clima escolar

saudável é, portanto, onde o pacto do cuidado se torna prática — e é responsabilidade de gestões escolares, secretarias e equipes pedagógicas que compreendam o bem-estar não como um extra, mas como parte estruturante do projeto educativo.

## A SAÚDE MENTAL DOCENTE E SEUS EFEITOS SOBRE A INFÂNCIA

O bem-estar docente não afeta apenas o profissional em si. Ele repercute nas relações pedagógicas, no clima escolar e nas experiências vividas pelas crianças no cotidiano. Quanto maiores os níveis de bem-estar docente e melhores as relações professor-estudante, maiores tendem a ser a satisfação profissional, a permanência na carreira e os resultados mais positivos para os estudantes. Em sentido inverso, quando o bem-estar está fragilizado, essas dimensões tendem a sofrer impacto negativo (Dreer, 2023). Como já foi abordado em capítulos anteriores, para a infância, isso é especialmente relevante. As crianças dependem intensamente da qualidade das interações com os adultos de referência na escola.

Para compreender o bem-estar docente de forma integral, é necessário ultrapassar modelos centrados apenas no adoecimento ou na ausência de doenças e adotar uma abordagem mais ampla, capaz de contemplar simultaneamente as dimensões do sofrimento, do profissionalismo e do florescimento humano (Ozturk et al., 2024). Reduzir esse fenômeno exclusivamente ao sofrimento psíquico empobrece sua complexidade e limita a compreensão dos múltiplos fatores envolvidos na experiência docente.

Nessa perspectiva, o bem-estar docente pode ser compreendido a partir de três dimensões inter-relacionadas: (1) sofrimento, relacionado ao estresse, à exaustão e ao *burnout*; (2) florescimento, caracterizado pela presença frequente de emoções positivas, pelo engajamento profundo nas atividades pedagógicas, pela construção de relacionamentos nutritivos na comunidade escolar, pela percepção de sentido e propósito no trabalho e pelo senso de realização e competência profissional; e (3) profissionalismo, que envolve satisfação, eficácia, comprometimento e investimento na prática profissional (Ozturk et al., 2024; Gámez-Genovart et al., 2025).

**Em outras palavras, o bem-estar docente não é sinônimo de ausência de sofrimento, mas sim a presença de condições para que o trabalho seja exercido com sentido e equilíbrio, e seja sustentado institucionalmente.**



Isso significa que, para proteger a infância, é necessário promover reconhecimento profissional, vínculos saudáveis, senso de eficácia, apoio institucional e condições para que o professor se desenvolva de forma mais abrangente. O ambiente escolar, portanto, deve ser concebido como um espaço orientado por relações de parceria, baseadas na cooperação, na confiança, no respeito mútuo e na corresponsabilidade (Eisler, 2007). Nessa perspectiva, as relações de parceria envolvem não apenas interações mais empáticas, mas também modos de organização que reduzem hierarquias coercitivas e colocam o cuidado como elemento central dessas relações. Nesse sentido, fortalecer uma cultura de parceria no contexto escolar constitui também uma estratégia de promoção da saúde mental, ao favorecer vínculos mais sustentáveis, reduzir tensões no cotidiano escolar e ampliar o suporte coletivo ao trabalho docente.

Quando o professor vivencia sofrimento psíquico, tende a ocorrer uma redução da energia física e emocional necessária para lidar com as demandas complexas do trabalho educativo. O impacto do esgotamento profissional transcende o indivíduo e afeta diretamente a qualidade do cuidado oferecido às crianças. À medida que o estresse se torna crônico, o educador pode tornar-se, involuntariamente, menos empático e menos sensível às necessidades singulares dos estudantes (Bajorek et al., 2014).

Ensinar crianças exige disponibilidade afetiva, presença emocional, escuta, paciência e criatividade. Essa presença sustenta a possibilidade de uma escuta empática, compreendida como a capacidade de reconhecer sentimentos e necessidades nas interações, o que favorece o estabelecimento de vínculos mais seguros e a redução de escaladas de conflito no cotidiano escolar (Rosenberg, 2021).

Além disso, interações marcadas por sensibilidade e responsividade contribuem para a construção de ambientes emocionalmente mais previsíveis e seguros, fatores diretamente associados à regulação emocional e à saúde mental infantil.

Quando há adoecimento ou esgotamento emocional, essas capacidades podem ficar temporariamente comprometidas, não por falta de competência ou compromisso profissional, mas porque a exaustão consome justamente os recursos psíquicos necessários ao acolhimento emocional, à mediação de conflitos e à manutenção de relações sensíveis e estáveis. Consequentemente, a criança, que depende da qualidade dessas interações para sua regulação emocional, pode passar a receber um suporte mais fragilizado, o que possibilita o surgimento de sentimentos de insegurança, tensão e agitação no ecossistema da sala de aula (Bajorek et al., 2014; Dreer, 2023; Gámez-Genovart et al., 2025).

Assim, uma das primeiras repercussões manifesta-se no âmbito do vínculo pedagógico. Professores emocionalmente sobrecarregados podem apresentar menor tolerância a conflitos cotidianos, maior dificuldade em acolher emoções e menor disponibilidade para interações diretas com as crianças. Essa mudança pode favorecer a configuração de um ambiente educativo que opera sob lógicas de controle e pressão, orientado, ainda que de forma sutil, por dinâmicas de autoritarismo, rigidez e medo (Eisler, 2007). Discretas mudanças de humor, alterações no tom de voz e redução da presença emocional costumam ser facilmente percebidas pelas crianças. Quando elas encontram adultos cansados ou distantes, podem responder com insegurança, agitação, retraimento ou comportamentos desafiadores. Por outro lado, os contextos que valorizam o cuidado, a cooperação, as relações mais horizontais e a construção de confiança criam condições fundamentais para o estabelecimento de vínculos emocionalmente seguros (Eisler, 2007).

Outro impacto importante diz respeito ao clima da sala de aula, sobre o qual falamos de forma mais ampla no tópico anterior. O bem-estar docente se relaciona à gestão da sala de aula, à qualidade das relações e aos processos de ensino-aprendizagem (Dreer, 2023).

**Professores com melhores condições emocionais tendem a construir ambientes mais organizados, cooperativos e afetivamente seguros, que favorecem a aprendizagem e a convivência.**

Tais ambientes sustentam relações baseadas em respeito mútuo, empatia e apoio, aproximando-se de contextos orientados por princípios de parceria (Eisler, 2007). Já situações prolongadas de sofrimento mental podem tornar o cotidiano mais tenso, imprevisível ou reativo.

Para a criança, o clima emocional da sala de aula tem um impacto potencial significativo na capacidade de aprender, brincar, se concentrar e se sentir

pertencente. Também se observam correlações importantes com os processos de aprendizagem. O trabalho pedagógico exige planejamento, observação sensível e escolhas didáticas constantes. Quando o docente está exausto, pode haver redução da criatividade pedagógica, menor flexibilidade diante das necessidades da turma e dificuldade para acompanhar singularidades do desenvolvimento infantil (Bajorek et al., 2014). Isso não significa ausência de ensino, mas perda de potência pedagógica especialmente em uma fase da vida em que experiências educativas de qualidade são decisivas.

Outro ponto relevante é a rotatividade e o afastamento profissional. Professores adoecidos tendem a cogitar o abandono da carreira ou necessitam de licenças para tratamento. Para crianças, sobretudo na educação infantil e anos iniciais, mudanças frequentes de referência adulta podem fragilizar vínculos e dificultar a continuidade dos processos pedagógicos (Dreer, 2023).

Assim, o bem-estar docente configura-se como um fenômeno multifatorial, influenciado por demandas excessivas, burocracia, clima institucional, relações interpessoais, liderança escolar, reconhecimento social e disponibilidade de recursos (Gámez-Genovart et al., 2025). Políticas escolares, liderança sensível e ambientes seguros são componentes centrais para a promoção do bem-estar e da saúde mental nas escolas (UNESCO, 2024). Por isso, o adoecimento docente não deve ser visto como uma falha individual, mas sim como expressão de condições de trabalho e de contextos organizacionais que precisam ser avaliados.

Promover saúde mental docente não é um benefício acessório, mas uma estratégia pedagógica e ética essencial para garantir que a escola cumpra o seu papel de oferecer segurança emocional e proteção à infância. (OMS, 2021; Bajorek et al., 2014). Espaços de escuta, relações colaborativas, liderança sensível, redução de sobrecarga e valorização profissional favorecem não apenas os trabalhadores da educação, mas também o desenvolvimento integral da infância (Dreer, 2023; Gámez-Genovart et al., 2025). Por isso, é importante que as políticas e culturas escolares sustentem o bem-estar de professores e equipes educativas, em vez de transferir a responsabilidade integralmente ao indivíduo.

Ao discutir a qualidade educacional, não se pode separar a aprendizagem infantil das condições emocionais de quem ensina. Crianças precisam de professores presentes, reconhecidos e institucionalmente sustentados. O bem-estar docente, portanto, é também uma condição para infâncias mais protegidas, acolhidas e potentes.

## AUTOCUIDADO POSSÍVEL NO COTIDIANO ESCOLAR

Embora práticas individuais possam compor parte da resposta às questões relacionadas à saúde mental, é importante reconhecer que soluções individuais não são suficientes para enfrentar problemas estruturais. Nenhuma prática de autocuidado deve ser compreendida isoladamente como resposta capaz de suprir contextos marcados pela precarização do trabalho, pela sobrecarga ou pela ausência de suporte institucional.

Com isso em vista, apresentamos, a seguir, práticas simples e viáveis que podem funcionar como momentos de cuidado e regulação no cotidiano escolar.

### 1 MICROPRÁTICAS DE REGULAÇÃO NO MEIO DA ROTINA



Pequenas pausas ao longo do dia podem funcionar como “microregulações” do sistema nervoso, ajudando o corpo e a mente a sair do modo automático de tensão contínua e atuando como instantes de decompressão entre trocas de turma, demandas administrativas, manejo de conflitos e múltiplas tarefas simultâneas. Práticas breves de atenção plena e autorregulação têm sido associadas à redução de estresse e ao fortalecimento de recursos emocionais em professores (Mendonça, 2024).

Em um estudo brasileiro, a qualidade com que os professores levavam a atenção plena a pequenos momentos do cotidiano — como caminhar, comer, respirar conscientemente ou simplesmente parar para beber água com presença — foi o fator que moderou a redução do *burnout* (Mendonça, 2024). Isso mostra que pequenas pausas e gestos simples, quando feitos com mais presença e consciência, também podem ajudar a diminuir o estresse e a favorecer o bem-estar ao longo da rotina escolar.

### \* RESPIRAR CONSCIENTEMENTE

Faça três respirações lentas e conscientes, acompanhando todo o percurso do ar ao entrar e ao sair do corpo. Caso facilite manter a sua atenção, coloque uma das mãos sobre a região do peito ou do abdômen.

Dedique atenção especial à expiração. A cada saída do ar, convide o corpo a soltar as tensões acumuladas, relaxando especialmente a mandíbula, o pescoço e os ombros. Esse gesto simples pode ajudar a liberar regiões onde os efeitos do estresse tendem a se concentrar.

### \* BEBER ÁGUA CONSCIENTEMENTE

Use esse gesto cotidiano como uma oportunidade de pausa. Ao beber água, procure soltar, por alguns instantes, o fluxo acelerado de pensamentos e direcionar a atenção para a experiência presente. Perceba a temperatura da água, beba em pequenos goles, observe a sensação da água na boca e o movimento de engolir. Aproveite esse breve intervalo para desacelerar e transformar um ato automático em um momento simples de recomposição.

### \* ESPREGUIÇAR COM CONSCIÊNCIA PLENA

Alongue o corpo lentamente, percebendo quais músculos se ativam e se estendem durante o movimento. Note a sensação de alongamento da coluna, a abertura das costas, o alcance dos braços e os limites confortáveis do corpo. Utilize esse gesto simples como uma breve prática de autocuidado, direcionando a atenção, de forma gentil e intencional, ao corpo.

### \* NOMEAR A EMOÇÃO PRESENTE

Identificar e dar nome ao que se sente costuma reduzir a intensidade emocional e ampliar a capacidade de escolha diante da situação. Quando a emoção é reconhecida, torna-se mais fácil responder com consciência, em vez de apenas reagir automaticamente.

Ao perceber uma emoção presente, procure pausar por alguns segundos e perguntar: “O que estou sentindo agora?”. Em seguida, nomeie internamente essa experiência, por exemplo: “estou frustrada (o)”, “estou ansiosa (o)”, “estou cansada (o)”, “estou irritada (o)”.

Reconheça que toda emoção comunica algo importante sobre suas necessidades, limites ou a forma como está vivendo aquele momento. A frustração

pode sinalizar excesso de obstáculos; o cansaço pode indicar a necessidade de descanso; a ansiedade pode apontar para sobrecarga ou para a antecipação de demandas.

Sempre que possível, pergunte também: “Do que preciso agora?”. Às vezes, a resposta será algo simples e viável, como respirar com mais calma, pedir apoio, reorganizar prioridades ou conceder-se um breve momento de pausa no intervalo. Pequenos gestos de escuta interna podem interromper o piloto automático e fortalecer o autocuidado no cotidiano escolar.

### CONTAR ATÉ 60

Em momentos de conflito, uma estratégia especialmente útil é fazer uma pausa de 60 segundos antes de qualquer resposta. Esse breve intervalo pode ajudar a evitar respostas impulsivas, marcadas pelo cansaço, pela irritação momentânea ou pela sensação de urgência.

Enquanto conta mentalmente até 60, procure respirar de forma consciente, perceber o apoio dos pés no chão e ajustar a postura do corpo. Se possível, relaxe os ombros e solte a mandíbula. Esses pequenos movimentos favorecem uma maior regulação emocional e ajudam a reduzir a intensidade da reação inicial.

Ao final da pausa, responda de forma deliberada, escolhendo palavras e tom de voz com mais clareza. Muitas vezes, sessenta segundos parecem pouco, mas podem ser suficientes para transformar uma reação automática em uma resposta mais firme, serena e eficaz.

### SOLTAR OS OMBROS SUAVEMENTE

Entre uma atividade e outra, inspire levando os ombros para cima lentamente e, ao expirar, solte os ombros de uma só vez para baixo. Repita esse movimento três vezes. Esse gesto ajuda a interromper as contrações mantidas ao longo do dia.

### APOIAR OS PÉS NO CHÃO

Durante momentos tensos, procure perceber conscientemente o contato dos pés com o chão e organizar a postura do corpo com a intenção de perceber a sensação de estabilidade. Isso pode ajudar a restaurar a presença.

## PRATICAR AUTOEMPATIA

Em dias difíceis, observe se sua voz interna está excessivamente crítica. Experimente substituir “não dou conta de nada” por “hoje foi um dia muito exigente”. A empatia direcionada a si mesmo — compreendida como a capacidade de reconhecer sentimentos e necessidades próprias sem recorrer à autocritica punitiva —, com uma atitude de maior gentileza e compreensão, (Rosenberg, 2021) contribui para a regulação emocional e constitui um componente importante do autocuidado.

## 2 APOIO ENTRE PARES

Relações colaborativas entre colegas, apoio social e sentimento de pertencimento à escola contribuem para a proteção da saúde mental docente (Gámez-Genovart et al., 2025).

## TRABALHAR EM REDE

Em contextos educacionais, muitos professores acabam por carregar sozinhos grande parte das demandas do cotidiano. No entanto, dividir as dificuldades com colegas de confiança, com a coordenação ou com a equipe pedagógica pode aliviar a sobrecarga emocional e abrir caminhos para soluções compartilhadas. Pedir ajuda significa reconhecer limites reais, fortalecer vínculos de apoio e evitar que pesos desnecessários permaneçam em silêncio.

Além disso, esse movimento contribui para a construção de um ambiente mais cooperativo, fortalecendo relações de confiança e apoio mútuo, no qual o cuidado deixa de ser responsabilidade individual e passa a ser sustentado por redes de colaboração (Eisler, 2007).

## PAUSA DE CONEXÃO RELACIONAL

Reservar dois ou três minutos para conversar com um colega de forma genuína, trocar experiências ou simplesmente ser escutado pode funcionar como regulador emocional importante ao longo do dia. O sentimento de pertencimento protege contra o isolamento e a exaustão.

### 3 DA ESCOLA PARA CASA: AJUDAR O CORPO A DESACELERAR

#### \* COMUNICAR AO SISTEMA NERVOSO QUE O TRABALHO TERMINOU

Ao encerrar o turno, encontre pequenos gestos simbólicos que comuniquem ao seu corpo, ao seu cérebro e ao seu sistema nervoso que o trabalho acabou. Por exemplo, guardar materiais com calma, respirar longamente e profundamente antes de sair, ouvir música no trajeto para casa, tomar banho ou trocar de roupa ao chegar em casa. Rituais simples ajudam o corpo a compreender que o período de alta demanda terminou.

#### \* DESCOMPRESSÃO DE CINCO MINUTOS

Ao chegar em casa, antes de iniciar as tarefas domésticas ou familiares, sente-se por cinco minutos em silêncio, alongue-se, solte a mandíbula, respire profundamente e solte o ar fazendo um som “aaaaaaa”. Pequenas transições podem reduzir a tensão acumulada ao longo do dia.

Essas práticas não eliminam problemas estruturais, nem substituem políticas institucionais de promoção de saúde mental docente. Contudo, podem interromper automatismos, reduzir reatividade e ampliar pequenas margens de autorregulação ao longo do dia. Em contextos de alta exigência, nem sempre é a duração da pausa que importa, mas a frequência e a intencionalidade com que ela acontece.

### 4 CUIDAR DE SI DIANTE DAS DEMANDAS DA INSTITUIÇÃO

#### \* NEGOCIAR PRIORIDADES

Há demandas escolares contínuas. Diferenciar o urgente do importante ajuda a reduzir a sensação permanente de atraso. Algumas tarefas podem esperar. Outras exigem equipe. Há ainda aquelas que não dependem apenas de você. Procurar clareza sobre essas diferenças pode contribuir para uma conversa mais direcionada com os pares e com a liderança, de modo a estabelecer uma ordem de prioridades e evitar desgastes desnecessários. Sempre que possível, converse com a liderança para definir prioridades reais. Isso pode proteger a saúde mental e melhorar a qualidade do trabalho.

#### \* REGISTRAR SOBRECARGA DE FORMA OBJETIVA

Quando as demandas excessivas se tornam frequentes, pode ser útil registrar as tarefas, o tempo gasto e os impactos no trabalho pedagógico. Isso favorece diálogos mais concretos com a coordenação e a gestão e ajuda a transformar sofrimento difuso em pauta concreta para a gestão.

#### \* QUANDO O AUTOCUIDADO NÃO BASTA

Se o cansaço persistir, caso haja insônia frequente, irritabilidade intensa, desesperança, crises de ansiedade ou sensação constante de esgotamento, buscar apoio psicológico ou médico pode ser o cuidado necessário. Nesses casos, a prioridade passa a ser garantir apoio profissional e institucional.

### CUIDAR DO CORPO, DA MENTE E DA VIDA

As micropráticas apresentadas ao longo deste capítulo são recursos valiosos para o cotidiano escolar, mas o cuidado não se sustenta apenas no que fazemos nesse ambiente. Ele também depende de como vivemos fora dela. Pesquisa realizada com professores e gestores de Minas Gerais e de São Paulo revelou que os profissionais da educação apontam sono adequado, alimentação equilibrada e atividade física regular como os fatores mais importantes para a manutenção da própria saúde mental (Rosa et al., 2025). Esse dado é consistente com o que a ciência tem acumulado sobre as bases biológicas do bem-estar: corpo e mente são um sistema integrado, e cuidar de um é cuidar do outro.

O sono é talvez o fator mais subestimado. Durante este período, o cérebro consolida memórias, regula emoções e restaura recursos cognitivos que serão usados no dia seguinte. A privação ou a má qualidade do sono está associada à redução da tolerância ao estresse, ao aumento da reatividade emocional e ao comprometimento das funções de atenção e de tomada de decisão — justamente as capacidades mais exigidas de um professor ao longo do dia (Dewald et al., 2010; Anderson et al., 2009). Estudos específicos mais recentes com professores reforçam esse quadro: distúrbios do sono estão diretamente associados ao *burnout* docente e à piora da regulação emocional em sala de aula (Zeng et al., 2023; Mancone et al., 2024).

**Dormir bem não é um luxo: é uma condição para que o cuidado com os outros seja possível.**

A atividade física regular contribui para a regulação do humor, para a redução de sintomas de ansiedade e depressão e para a melhora da qualidade do sono — efeitos que se somam e se reforçam mutuamente (Donnelly et al., 2016; Banyard et al., 2025; White et al., 2024). Mesmo práticas modestas, como caminhadas regulares, têm impacto mensurável no bem-estar emocional. Para o professor, que passa grande parte do dia em pé ou sentado em ambientes fechados, o movimento corporal intencional também é uma forma de se reconectar com o próprio corpo e interromper o estado de alerta contínuo que o trabalho escolar muitas vezes impõe.

A alimentação, por sua vez, afeta diretamente o funcionamento cerebral. A qualidade da dieta influencia os processos de neuroplasticidade, a regulação do humor e os níveis de energia disponíveis para enfrentar as demandas do trabalho (Rosa; D’Almeida, 2023; Molero et al., 2025). Isso não significa seguir dietas restritivas ou perfeitas, mas sim reconhecer que o que comemos tem consequências reais sobre como nos sentimos e nos relacionamos com os outros.

Além dessas três bases, o lazer e o acesso à cultura merecem ser tratados como necessidades, não como recompensas.

Ler, ouvir música, frequentar espaços culturais, praticar hobbies, estar com pessoas queridas — essas experiências nutrem dimensões da vida que o trabalho não alcança e que são essenciais para que o professor se reconheça como uma pessoa inteira, e não apenas como um profissional.

O esgotamento muitas vezes começa justamente quando a vida se reduz ao trabalho, e esta atividade passa a ocupar todo o espaço disponível.

Cuidar de si nessas dimensões mais amplas não é egoísmo nem desvio de atenção. É o que torna o cuidado com os outros sustentável ao longo do tempo.

## SÍNTESE

Este capítulo partiu de uma pergunta simples e fundamental: o que significa cuidar? A resposta que construímos ao longo dessas páginas é que o cuidado não é uma técnica nem uma competência isolada — é um modo de ser que se expressa nas relações, nas instituições e nas escolhas coletivas que fazemos sobre quem merece atenção e proteção.

Mostramos que a saúde mental dos docentes impacta diretamente a qualidade das experiências vividas pelas crianças na escola. O adoecimento do pro-

fessor não é uma falha individual, mas um sinal de que as condições precisam mudar. Que o cuidado se materializa no clima escolar, nas pequenas pausas do cotidiano, no sono, no movimento do corpo, no lazer, na cultura — e também no compromisso das instituições de sustentar quem ensina.

Em cada sala de aula há pessoas tentando ensinar enquanto também lidam com seus próprios limites, dores e desafios. Reconhecer isso não enfraquece a escola — ao contrário, a humaniza. Professores que são cuidados cuidam melhor. E crianças que encontram adultos presentes, acolhidos e sustentados têm mais chances de crescer com saúde mental, vínculos seguros e confiança, ao longo da vida.

Cuidar de quem ensina é, portanto, uma das formas mais concretas e poderosas de cuidar da infância. E essa é uma tarefa que nos pertence a todos.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao longo destas páginas, procuramos apresentar uma visão segundo a qual promover a saúde mental na infância não significa apenas prevenir transtornos ou reconhecer sinais de sofrimento, mas, sobretudo, construir condições para que as crianças possam crescer em ambientes nos quais se sintam seguras, pertencentes, respeitadas e capazes de desenvolver suas potencialidades. Assim, a saúde mental floresce na qualidade das relações, na possibilidade de brincar, criar, ter contato com a natureza e ser acolhida em seus diferentes modos de ser, aprender e participar.

Nessa obra, enfatizamos que o comportamento infantil precisa ser compreendido antes de ser classificado; que diagnósticos, quando necessários, devem ampliar as possibilidades de cuidado e nunca reduzir a criança a um rótulo. Percorremos também as diferentes etapas do desenvolvimento infantil, da primeiríssima infância aos anos iniciais do ensino fundamental, reconhecendo que cada fase fala uma língua própria: os vínculos e a regulação emocional dos primeiros anos, as emoções e os limites da educação infantil, a aprendizagem e o pertencimento que marcam a entrada na vida escolar formal. Essas mesmas crianças crescem na atualidade entre telas e algoritmos, o que exige que a escola forme sujeitos capazes de pensar criticamente, regular suas emoções e fazer escolhas conscientes em um mundo cada vez mais complexo. Além disso, propomos que a promoção da saúde mental reconheça e transforme as relações que produzem desigualdade, exclusão e sofrimento, entre elas o racismo estrutural, cuja presença atravessa as experiências e os processos de subjetivação das crianças desde os primeiros anos de vida.

Tratamos, ainda, de um sofrimento que atravessa a infância silenciosamente e nem sempre é reconhecido: o luto. Perdas fazem parte da vida de qualquer criança, seja pela morte de alguém querido, seja por separações, mudanças de casa, de escola ou de rotina que também pedem elaboração. A escola não tem como retirar a dor de uma perda, mas pode evitar que a criança a atravesse sozinha, oferecendo o que está ao seu alcance: presença, previsibilidade e escuta.

Nesse percurso, também procuramos mostrar que nenhuma instituição é capaz de sustentar, sozinha, o cuidado com a pluralidade das infâncias. A escola ocupa um lugar privilegiado na vida das crianças. Ela é um dos laços vitais da teia de relações que sustenta a infância, acompanhando diariamente o desenvolvimento, identificando mudanças, fortalecendo vínculos e promovendo experiências fundamentais para o desenvolvimento humano. Como parte de uma rede, seu trabalho alcança maior potência quando articulado com a famí-

lia, os serviços de saúde, a assistência social, a segurança pública e os demais atores da Rede de Atenção Psicossocial, reconhecendo que o cuidado é um ato de responsabilidade compartilhada.

Talvez a principal mensagem deste livro seja o reconhecimento de que a promoção da saúde mental acontece no cotidiano. Ela está presente na escuta sensível, na mediação respeitosa dos conflitos, na organização de ambientes previsíveis, na construção de vínculos seguros, na valorização da participação infantil e na compreensão de que aprender e cuidar são processos inseparáveis.

Esse cotidiano, porém, é sustentado por alguém: por você, educador e educadora, que chega cedo, observa, acolhe, segura a mão de quem chora e comemora com quem aprende. O bem-estar do educador pressupõe um pacto social que garanta condições para exercer esse trabalho com dignidade, apoio e reconhecimento. Cuidar da infância implica, necessariamente, cuidar de quem ensina, acolhe, observa, orienta e acompanha as crianças todos os dias.

Mais do que oferecer respostas definitivas, esperamos que este livro tenha contribuído para fortalecer perguntas importantes: que infância estamos ajudando a construir? Que experiências nossas escolas oferecem às crianças? Que relações estamos cultivando? Relacionamentos que reproduzem desigualdades ou promovem reconhecimento, pertencimento, justiça e cuidado? Que sociedade começamos a formar quando escolhemos responder ao sofrimento com presença, acolhimento, diálogo e corresponsabilidade, em vez de indiferença, simplificação ou exclusão?

Paulo Freire nos ensinou o verbo esperar: não apenas esperar que o mundo mude, mas agir, todos os dias, para que isso aconteça. Cada gesto de escuta, de acolhimento e de cuidado descrito neste livro é também um gesto de esperar a infância. Rubem Alves nos lembra, ainda, que há escolas que são asas, que não amam pássaros engaiolados, mas sim pássaros em voo. Você, educador e educadora, não ensina esse movimento sozinho: ele já nasce em cada criança, mas ganha coragem quando a escola, a família e a comunidade caminham lado a lado. Que este livro fortaleça essa coragem compartilhada, e que cada escola siga sendo um lugar onde crianças, educadores e comunidades possam florescer juntos.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ALVES, Rubem. **Gaiolas e asas**. Folha de S.Paulo, São Paulo, 5 dez. 2001. Opinião. Disponível em: <https://www1.folha.uol.com.br/fsp/opiniao/fz0512200109.htm>
- AMARANTE, Paulo. **Saúde mental e atenção psicossocial**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-5-TR**. 5. ed. Washington, DC: APA Publishing, 2022.
- AMSTALDEN, Ana Lucia F. et al. HOFFMANN, Maria C. C. L.; MONTEIRO, Telma M. P. **A política de saúde mental infantojuvenil: seus percursos e desafios**. Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, v. 32, n. 1, p. 57-63, 2010.
- ANDERSON, B. et al. **Sleep duration and adolescent risk behaviors**. Journal of Adolescent Health, v. 45, n. 4, p. 417-419, 2009.
- ASBAHR, F. **Transtornos ansiosos na infância e adolescência: aspectos clínicos e neurológicos**. Jornal de Pediatria, Rio de Janeiro, v. 80, n. 2, supl., 2004.
- AVANCI, Joviana Quintes. et al. Reflexões sobre os efeitos da violência na saúde de alunos e professores. In: ASSIS, Simone Gonçalves de et al. (org.). **Impactos da violência na escola: um diálogo com professores**. 2. ed. rev. e ampl. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; CDEAD/ENSP, 2023. p. 195-222.
- BAHLS, Saint-Clair; BAHLS, Flávia R. C. **Depressão na infância e adolescência: características clínicas**. Interação em Psicologia, Curitiba, v. 6, n. 1, p. 49-57, 2002.
- BAJOREK, Z.; GULLIFORD, J.; TASKILA, T. **Healthy teachers, higher marks? Establishing a link between teacher health & wellbeing, and student outcomes**. London: The Work Foundation, 2014. 47 p.
- BANYARD, H. et al. **The effects of aerobic and resistance exercise on depression and anxiety: systematic review with meta-analysis**. International Journal of Mental Health Nursing, v. 34, e70054, 2025. DOI: <https://doi.org/10.1111/inm.70054>.
- BARBOSA, A. **Luto**. Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa, 2014.
- BARBOSA, Maria Carmen Silveira. **Por amor e por força: rotinas na educação infantil**. Porto Alegre: Artmed, 2006.
- BENTO, Maria Aparecida Silva (org.). **Educação infantil, igualdade racial e diversidade: aspectos políticos, jurídicos, conceituais**. São Paulo: Centro de Estudos das Relações de Trabalho e Desigualdades (CEERT), 2012.
- BERKELEY, George. **Tratado sobre os princípios do conhecimento humano**. São Paulo: Abril Cultural, 1973.
- BIESTA, Gert. **Good education in an age of measurement: on the need to reconnect with the question of purpose in education**. Educational Assessment, Evaluation and Accountability, Dordrecht, v. 21, n. 1, p. 33-46, 2009. DOI: <https://doi.org/10.1007/s11092-008-9064-9>
- BITSKO, Rebecca H. et al. **Mental health surveillance among children — United States**,

**2013--2019.** Morbidity and Mortality Weekly Report Supplements, Atlanta, v. 71, n. 2, p. 1-42, 2022. DOI: <https://doi.org/10.15585/mmwr.su7102a1>.

BOFF, Leonardo. **Saber cuidar: ética do humano — compaixão pela terra**. Petrópolis: Vozes, 1999.

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

BRASIL. Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990. **Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências**. Diário Oficial da União: Brasília, DF, 16 jul. 1990. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l8069.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8069.htm).

BRASIL. Lei nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996. **Estabelece as diretrizes e as bases da educação nacional**. Diário Oficial da União: Brasília, DF, 23 dez. 1996.

BRASIL. Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001. **Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental**. Diário Oficial da União: Brasília, DF, 9 abr. 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde; CONSELHO NACIONAL DO MINISTÉRIO PÚBLICO. **Atenção psicossocial a crianças e adolescentes no SUS: tecendo redes para garantir direitos**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

BRASIL. Lei nº 13.431, de 4 de abril de 2017. **Estabelece o sistema de garantia de direitos da criança e do adolescente vítima ou testemunha de violência**. Diário Oficial da União: Brasília, DF, 5 abr. 2017. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2015-2018/2017/lei/l13431.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2017/lei/l13431.htm).

BRASIL. Lei nº 14.819, de 16 de janeiro de 2024. **Institui a Política Nacional de Atenção Psicossocial nas Comunidades Escolares**. Diário Oficial da União: Brasília, DF, 17 jan. 2024. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2023-2026/2024/lei/l14819.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2023-2026/2024/lei/l14819.htm).

BRASIL. Lei nº 15.100, de 13 de janeiro de 2025. **Dispõe sobre a utilização, por estudantes, de aparelhos eletrônicos portáteis pessoais nos estabelecimentos públicos e privados de ensino da educação básica**. Diário Oficial da União: Brasília, DF, 13 jan. 2025c.

BRASIL. Lei nº 15.211, de 17 de setembro de 2025. **Dispõe sobre a proteção de crianças e adolescentes em ambientes digitais (Estatuto Digital da Criança e do Adolescente)**. Diário Oficial da União: Brasília, DF, 17 set. 2025a.

BRASIL. Lei nº 15.231, de 6 de outubro de 2025. **Altera as Leis nºs 13.819, de 26 de abril de 2019, e 9.394, de 20 de dezembro de 1996, para dispor sobre a notificação ao Conselho Tutelar, pelos estabelecimentos de ensino, dos casos de violência neles ocorridos, especialmente a automutilação e o suicídio**. Diário Oficial da União: Brasília, DF, 7 out. 2025.

BRASIL. Ministério da Educação. **Base Nacional Comum Curricular**. Brasília, DF: MEC, 2017. Disponível em: <https://basenacionalcomum.mec.gov.br>.

BRASIL. Ministério da Educação. **Diretrizes Curriculares Nacionais para a Educação das**

**Relações Étnico-Raciais e para o Ensino de História e Cultura Afro-Brasileira e Africana.** Brasília, DF: MEC/SECAD, 2004.

BRASIL. Ministério da Educação. **Matriz de expectativa de aprendizagem: saúde e bem-estar.** Brasília, DF: MEC, 2026. Disponível em: <https://www.gov.br/mec/pt-br/programa-saude-na-escola/matriz-de-expectativa-de-aprendizagem/matriz-14>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 336/GM/MS, de 19 de fevereiro de 2002. **Estabelece os Centros de Atenção Psicossocial.** Diário Oficial da União: Brasília, DF, 20 fev. 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.088/GM/MS, de 23 de dezembro de 2011. **Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde.** Diário Oficial da União: Brasília, DF, 26 dez. 2011. Republicada em 21 maio 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Caminhos para uma política de saúde mental infanto-juvenil.** Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Rede de Atenção Psicossocial (RAPS).** Brasília, DF: Ministério da Saúde, [s.d.]. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saes/desmad/raps>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Coordenação de Atenção à Saúde da Criança e do Adolescente. **Caderneta da Criança.** 7. ed. Brasília: MS, 2024. 110 p.

BRASIL. Ministério da Saúde; Ministério da Educação. **Caderno do gestor do PSE.** Brasília: DF, 2022.

BRASIL. Ministério dos Direitos Humanos. **Parâmetros de escuta de crianças e adolescentes em situação de violência.** Brasília: MDH, 2017. Disponível em: <https://primeirainfancia.org.br/wp-content/uploads/2017/08/Parametros-de-Escuta.pdf>.

BRASIL. Ministério dos Direitos Humanos e da Cidadania; CHILDHOOD BRASIL. **Guia de escuta especializada: conceitos e procedimentos éticos e protocolares.** Brasília; São Paulo: MDHC; Childhood Brasil, 2023. Disponível em: [https://escutaespecializada.com.br/wp-content/uploads/2023/05/GuiadeEscutaEspecializada\\_VFinal.pdf](https://escutaespecializada.com.br/wp-content/uploads/2023/05/GuiadeEscutaEspecializada_VFinal.pdf).

BRASIL. Secretaria de Comunicação Social da Presidência da República. **Crianças, adolescentes e telas: guia sobre usos de dispositivos digitais.** Brasília: Presidência da República, 2025b.

BRASIL. Senado Federal. Comissão Parlamentar de Inquérito do Assassinato de Jovens. **CPI assassinato de jovens: relatório final.** Brasília, DF: Senado Federal, 2015.

BROSTOLIN, Marta Regina. Cidadania infantil: questões contemporâneas e implicações para a participação da criança. **EccoS - Revista Científica**, São Paulo, n. 56, p. 1-14, e13186, jan./mar. 2021. DOI: <https://doi.org/10.5585/eccos.n56.13186>.

CAETANO, Sheila C. Parentalidade e saúde mental na primeira infância. In: GOMIDE, Paula Inez Cunha et al. **Família e educação: parentalidade: o impacto da parentalidade no desenvolvimento de crianças e adolescentes.** Brasília: Ministério da Mulher, da

Família e dos Direitos Humanos, 2022. v. 4, p. 26-37. (Coleção Família e Desenvolvimento Humano).

CALDEIRA, Maria Carolina da Silva; ARAÚJO, Camila Camillozzi A. C.; ALVES, Ana Luíza. **Encaminhamos, e agora? Uma análise da medicalização em uma escola de ensino fundamental brasileira.** Educação, Sociedade & Culturas, n. 60, p. 51-72, 2021. DOI: <https://doi.org/10.24840/esc.vi60.363>.

CAPRA, Fritjof. **A teia da vida: uma nova compreensão científica dos sistemas vivos.** São Paulo: Cultrix, 2006.

CARNEIRO, C. **Entre o remédio e o corpo inquieto: de qual infantil falamos?** Política & Sociedade, v. 20, n. 47, p. 313-355, 2021. DOI: <https://doi.org/10.5007/2175-7984.2021.e75312>.

CENTER ON THE DEVELOPING CHILD. **Adverse Childhood Experiences (ACEs).** Harvard University, 2023. Disponível em: <https://developingchild.harvard.edu/science/key-concepts/adverse-childhood-experiences/>.

CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION (CDC). **Data and statistics on children's mental health.** Atlanta: CDC, 2024. Disponível em: <https://www.cdc.gov/children-mental-health/about/>.

CERQUEIRA, Daniel; BUENO, Samira (coord.). **Atlas da violência 2026.** Brasília, DF: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada; Fórum Brasileiro de Segurança Pública, 2026.

CHRIST, G. H. **Healing children's grief: surviving a parent's death from cancer.** New York: Oxford University Press, 2000.

CHUEY, Aaron; GWEON, Hyowon. **Theory of minds: early understanding of interacting minds.** Annual Review of Developmental Psychology, v. 7, p. 91-115, 2025. DOI: <https://doi.org/10.1146/annurev-devpsych-111323-115032>.

CIPRIANO, Christina. et al. **The state of evidence for social and emotional learning: a contemporary meta-analysis of universal school-based SEL interventions.** CHILD DEVELOPMENT, v. 94, n. 5, p. 1181-1204, 2023. DOI: <https://doi.org/10.1111/cdev.13968>.

CONRAD, P. **The Medicalization of Society.** Baltimore: Johns Hopkins University Press, 2007.

COSTA, P. et al. **Risk factors for parenting practices that promote child development during the COVID-19 pandemic.** Revista da Sociedade Brasileira de Pediatria, v. 24, eSO-BEP202401, 2024.

COSTA, Renata Gomes da; VIEIRA, Monique Soares. **Violência contra crianças e adolescentes: da fragmentação à integralidade do atendimento.** Missões: Revista de Ciências Humanas e Sociais, São Borja, v. 4, n. 1, p. 68-82, 2018. Disponível em: <https://revistamissoeschs.com.br/missoes/article/view/66>.

COSTA-ROSA, Abílio. O modo psicossocial: um paradigma das práticas substitutivas ao modo asilar. In: AMARANTE, Paulo (org.). **Ensaio: subjetividade, saúde mental, sociedade.** Rio de Janeiro: Fiocruz, 2000. p. 141-168.

COUTO, Maria Cristina Ventura; DELGADO, Pedro Gabriel Godinho. **Crianças e adolescentes na agenda política da saúde mental brasileira: inclusão tardia, desafios**

**atuais.** Psicologia Clínica, Rio de Janeiro, v. 27, n. 1, p. 17-40, 2015.

DAVIS, Angela. **A liberdade é uma luta constante.** São Paulo: Boitempo, 2018.

DESVAUX, Chloe. et al. **Curiosity and metacognition: towards a unified framework for learning and education in the age of AI.** [S. l.]: arXiv, 2026. DOI: <https://doi.org/10.48550/arXiv.2604.25648>.

DEWALD, J. F. et al. **The influence of sleep quality, sleep duration and sleepiness on school performance in children and adolescents.** Sleep Medicine Reviews, v. 14, n. 3, p. 179-189, 2010.

DONNELLY, J. E. et al. **Physical activity, fitness, cognitive function, and academic achievement in children: a systematic review.** Medicine & Science in Sports & Exercise, v. 48, n. 6, p. 1197-1222, 2016.

DONOLATO, Enrica. et al. **Research review: language and specific learning disorders in children and their co-occurrence with internalizing and externalizing problems: a systematic review and meta-analysis.** Journal of Child Psychology and Psychiatry, v. 63, n. 5, p. 507-518, 2022. DOI: <https://doi.org/10.1111/jcpp.13536>.

DRAPER, C. E. et al. **The next 1000 days: building on early investments for the health and development of young children.** Lancet, v. 23, n. 404, p. 2094-2116, 2024.

DREER, B. **On the outcomes of teacher wellbeing: a systematic review of research.** Frontiers in Psychology, v. 14, p. 1-22, 2023. DOI: <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2023.1205179>.

DU BOIS, William Edward Burghardt. **Reconstrução negra: ensaio para uma história do papel desempenhado pelo povo negro na tentativa de reconstruir a democracia na América (1860-1880).** São Paulo: Boitempo; Campinas: Editora da Unicamp, 2026.

EINSTEIN, D. A. et al. Unfiltered Access, Unseen Harms: **A Developmental and Public Health Critique of Digital Rights Discourse.** International Journal of Environmental Research and Public Health, v. 23, n. 364, 2026.

EISLER, Riane. **O poder da parceria.** Tradução de Marcos Fávero e Florence de Barros. São Paulo: Palas Athena, 2007.

ENUMO, Sônia Regina Fiorim; FERRÃO, Eliana da Silva; RIBEIRO, Maysa Pimentel Leite. **Crianças com dificuldade de aprendizagem e a escola: emoções e saúde em foco.** Estudos de Psicologia, Campinas, v. 23, n. 2, p. 139-149, abr. 2006.

FANON, Frantz. **Pele negra, máscaras brancas.** Salvador: EDUFBA, 2008.

FARAONE, S. V. et al. **The World Federation of ADHD International Consensus Statement: 208 evidence-based conclusions about the disorder.** Neuroscience & Biobehavioral Reviews, v. 128, p. 789-818, 2021. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.neubio-rev.2021.01.022>.

FARAONE, S. V.; LARSSON, H. **Genetics of attention deficit hyperactivity disorder.** Mol Psychiatry, v. 24, n. 4, p. 562-575, 2019. DOI: <https://doi.org/10.1038/s41380-018-0070-0>.

FATORI, D. et al. **Use of mental health services by children with mental disorders in two**

**major cities in Brazil.** *Psychiatric Services*, v. 70, n. 4, p. 337-341, 2019.

FAVA, Debora C. et al. **Problemas emocionais e de comportamento em crianças: fatores associados e preditivos.** *Revista Brasileira de Terapias Cognitivas*, v. 19, n. esp. 1, p. 61-69, 2023. DOI: <https://doi.org/10.5935/1808-5687.20230035>.

FONSECA, Raysa A. et al. **Caracterização de adolescentes com comportamento suicida e suas famílias.** *Revista da Sociedade Brasileira de Enfermeiros Pediatras*, v. 24, eSO-BEP202416, 2024. Disponível em: <https://doi.org/10.31508/1676-3793202416>

FRANCO, M. H. P. **Luto no século XXI: uma compreensão abrangente do fenômeno.** São Paulo: Summus, 2021.

FRANCO, F. N.; MORAES, D. A. O.; SOUZA, A. P. R. **História de sofrimento psíquico em crianças de 2 a 4 anos: possíveis efeitos no desenvolvimento e na linguagem.** *Distúrbios da Comunicação*, v. 37, n. 2, e70120, 2025.

FREIRE, Paulo. **Pedagogia do oprimido.** 95. ed. Rio de Janeiro: Paz & Terra, 2019.

FRIEDMANN, Adriana. **A vez e a voz das crianças: escutas antropológicas e poéticas das infâncias.** São Paulo: Panda Educação, 2020.

GAETE, Jorge et al. **Mental health prevention in preschool children: study protocol for a feasibility and acceptability randomised controlled trial of a culturally adapted version of the I Can Problem Solve (ICPS) Programme in Chile.** *Trials*, Londres, v. 20, n. 158, 2019. DOI: <https://doi.org/10.1186/s13063-019-3245-3>.

GÁMEZ-GENOVART, M. et al. **Research on teacher well-being: a systematic review.** *Teaching and Teacher Education*, v. 168, p. 105264, 2025. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.tate.2025.105264>.

GATTI, Bernardete Angelina. et al. **Professores do Brasil: novos cenários de formação.** Brasília: UNESCO, 2019.

GILLBERG, C. The ESSENCE in child psychiatry. **Research in developmental disabilities**, v. 31, n. 6, p. 1543-1551, 2010.

GOMES, K.; GOLDMAN, R. D. **Screen time and sleep in children.** *Canadian Family Physician*, Mississauga, v. 70, n. 6, p. 388-390, jun. 2024. DOI: <https://doi.org/10.46747/cfp.7006388>.

GONÇALVES FILHO, José Moura. Problemas de método em Psicologia Social algumas notas sobre a humilhação política e o pesquisador participante. In: BOCK, Ana Mercês Bahia (org.). **Psicologia e Compromisso Social.** São Paulo: Cortez, 2009. p. 193-239.

GONZALEZ, Lélia. A categoria político-cultural de amefricanidade. In: GONZALEZ, Lélia. **Por um feminismo afrolatinoamericano.** Rio de Janeiro: Companhia das Letras, 2020.

HAN, Byung-Chul. **Sociedade do cansaço.** Tradução de Enio Paulo Giachini. Petrópolis: Vozes, 2015.

HANH, Thich Nhat. **Sem lama não há lótus: a arte de transformar o sofrimento.** Tradução de Maria Goretti Rocha de Oliveira. 1. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2016.

HARARI, Yuval Noah. **21 lições para o século 21.** Tradução de Paulo Geiger. 1. ed. São Paulo: Companhia das Letras, 2018.

HARMBACH, Marcia Covelo. **Gestão democrática: minúcias, dizeres e fazeres do conselho mirim na educação infantil**. São Paulo: Editora Panda, 2023.

HEIDEGGER, Martin. **Ser e tempo**. Tradução de Fausto Castilho. Campinas: Editora Unicamp; Petrópolis: Vozes, 2012.

hooks, bell. **Tudo sobre o amor: novas perspectivas**. São Paulo: Elefante, 2021.

HOWARD, Joshua L. et al. **Need support and need thwarting: a meta-analysis of autonomy, competence, and relatedness supportive and thwarting behaviors in student populations**. *Personality and Social Psychology Bulletin*, v. 51, n. 9, p. 1552-1573, 2025. DOI: <https://doi.org/10.1177/01461672231225364>.

HOYUELOS, Alfredo. **A estética no pensamento e na obra pedagógica de Loris Malaguzzi**. São Paulo: Phorte, 2019.

HULL, L. et al. **Gender differences in self-reported camouflaging in autistic and non-autistic adults**. *Autism*, v. 24, n. 2, p. 352-363, 2020.

IBASE. **Diálogos contra o racismo, pela igualdade racial**. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Análises Sociais e Econômicas, 2001.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Educação 2023: Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua - PNAD Contínua**. Rio de Janeiro: IBGE, 2024.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua: educação 2025**. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2026.

IZETT, E. et al. **Prevention of mental health difficulties for children aged 0-3 years: a review**. *Frontiers in Psychology*, v. 11, article 500361, 2021. DOI: <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.500361>.

JINPA, Thupten. **Um coração sem medo: por que a compaixão é o segredo mais bem guardado da felicidade**. Tradução de José Eduardo Mendonça. 1. ed. Rio de Janeiro: Sextante, 2016.

JOU, Graciela Inchausti de; SPERB, Tania Mara. **Teoria da mente: diferentes abordagens**. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, Porto Alegre, v. 12, n. 2, p. 287-306, 1999.

KAGSTROM, A.; JUROKOVA, L.; GUERREO, Z. Developmentally appropriate mental health literacy content for school-aged children and adolescents. **Cambridge Prisms: Global Mental Health**, v. 10, e25, p. 1-11, 2023.

KAZDA, L. et al. **Overdiagnosis of ADHD in children and adolescents**. *JAMA Network Open*, v. 4, n. 4, e215335, 2021.

KESSLER, R. C. et al. **Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders**. *Archives of General Psychiatry*, v. 62, n. 6, p. 593-602, 2005.

KINOSHITA, Roberto Tykanori. Contratualidade e reabilitação psicossocial. In: PITTA, Ana (org.). **Reabilitação psicossocial no Brasil**. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 1996. p. 55-59.

KISHINAMI, L. M. et al. **Alterações emocionais e comportamentais na primeira infância no contexto da pandemia de COVID-19**. *Ciência, Cuidado e Saúde*, Maringá, v. 24,

e70131, 2025. DOI: <https://doi.org/10.4025/ciencidsaude.v23i0.70131>.

LAMEIRÃO, Luiza Helena Tannuri. **Brincar: caminho de saúde e desenvolvimento**. Rio de Janeiro: Wak, 2007.

LIMA, Mayumi W. S. **A cidade e a criança**. São Paulo: Nobel, 1989.

LOMAX, T. et al. **Effect of nature on the mental health and well-being of children and adolescents: meta-review**. The British Journal of Psychiatry, Cambridge, v. 225, n. 3, p. 401-409, set. 2024. DOI: <https://doi.org/10.1192/bjp.2024.109>.

LORD, C. et al. **Autism spectrum disorder**. Nature Reviews Disease Primers, v. 6, n. 1, art. 5, 2020.

LOUV, Richard. **A última criança na natureza: resgatando nossas crianças do transtorno do déficit de natureza**. São Paulo: Aquariana, 2015.

LUNDSTRÖM, S. et al. **Autism phenotype versus registered diagnosis in Swedish children**. BMJ, v. 350, h1961, 2015.

LYRA, Gabriela Franco Dias; CONSTANTINO, Patrícia; FERREIRA, Ana Lúcia. Quando a violência familiar chega até a escola. In: ASSIS, Simone Gonçalves de et al. (org.). **Impactos da violência na escola: um diálogo com professores**. 2. ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; CDEAD/ENSP, 2023. p. 161-190.

LUFT, Lya. **Perdas e ganhos**. Rio de Janeiro: Record, 2003.

MACHADO, B. B.; CID, M. F. B. Intervenções que articulem as ações entre os campos da saúde e da educação. In: FERNANDES, A. D. S. A. et al. (Org.). **Saúde mental de crianças e adolescentes e atenção psicossocial**. Santana de Parnaíba: Manole, 2019.

MAGALHÃES-BARBOSA, M. C.; BARBOSA, A. P.; CUNHA, A. J. A. C. **Toxic stress, epigenetics and child development**. Jornal de Pediatria, v. 98, p. 13-18, 2022.

MAIA, C. R. et al. **The Brazilian policy of withholding treatment for ADHD is probably increasing health and social costs**. Braz J Psychiatry, v. 37, n. 1, p. 67-70, 2015. DOI: <https://doi.org/10.1590/1516-4446-2014-1378>.

MAIA, C. R. et al. **Cost-utility analysis of methylphenidate treatment for children and adolescents with ADHD in Brazil**. Revista Brasileira de Psiquiatria, v. 38, n. 1, p. 30-38, 2016. DOI: <https://doi.org/10.1590/1516-4446-2014-1516>

MALAGUZZI, Loris. **As cem linguagens da criança**. Porto Alegre: Penso, 2016.

MANCONE, S. et al. **Exploring the interplay between sleep quality, stress, and somatization among teachers in the post-COVID-19 era**. Healthcare, v. 12, n. 15, p. 1472, 2024.

MARIANO, Marília et al. **School readiness profiles: does the quality of preschool education matter?** School Psychology, publicação online antecipada, 2024. DOI: <https://doi.org/10.1037/spq0000652>.

MAXIMINO, Viviane Santalucia et al. **Profissionais como produtores de redes: tramas e conexões no cuidado em saúde**. Saúde e Sociedade, São Paulo, v. 26, n. 2, p. 435-447, 2017. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902017170017>.

MENDES, Eugênio Vilaça. **As redes de atenção à saúde**. Brasília: Organização Pan-Amé-

ricana da Saúde, 2011. 549 p.

MENDES-SOUSA, Marília M. et al. **Teacher-preschool student relationships and their associations with child mental health problems.** American Journal of Health Education, v. 56, n. 4, p. 376-386, 2025. DOI: <https://doi.org/10.1080/19325037.2024.2396598>.

MENDONÇA, N. R. F. **Efeitos de uma intervenção baseada em mindfulness na inteligência emocional e níveis de burnout de professores de escolas públicas: estudo controlado e randomizado.** 2024. 143 f. Tese (Doutorado em Psicologia Cognitiva) – Centro de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2024.

MESSIAS-FOGAÇA, T. G. et al. **Fatores de risco e proteção ao desenvolvimento de crianças de 0 a 6 anos no Brasil: uma revisão sistemática.** Cienc. psicol., v. 19, n. 1, e-3974, 2025.

MIJS, Jonathan J. B. **The paradox of inequality: income inequality and belief in meritocracy go hand in hand.** Socio-Economic Review, v. 19, n. 1, p. 7-35, 2021.

MILLER-LEWIS, Lauren R.; SAWYER, Alyssa C. P.; SEARLE, Amelia K. et al. **Student-teacher relationship trajectories and mental health problems in young children.** BMC Psychology, v. 2, n. 1, art. 27, 2014. DOI: <https://doi.org/10.1186/s40359-014-0027-2>.

MOLERO, Patricio et al. **Diet quality and depression risk: a systematic review and meta-analysis of prospective studies.** Journal of Affective Disorders, v. 382, p. 154-166, 2025. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jad.2025.03.162>

MOORE, Sophie E. et al. **Consequences of bullying victimization in childhood and adolescence: a systematic review and meta-analysis.** World Journal of Psychiatry, v. 7, n. 1, p. 60-76, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.5498/wjp.v7.i1.60>

MUCCI, S. **Acolhimento breve ao luto.** Barueri: Manole, 2025.

NASCIMENTO, Milton. **Morro Velho.** In: NASCIMENTO, Milton. Travessia. Rio de Janeiro: CBS, 1967. 1 vídeo (4 min). Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=za-VNV3iMr20>.

NATIONAL ACADEMIES OF SCIENCES, ENGINEERING, AND MEDICINE. **Fostering healthy mental, emotional, and behavioral development in children and youth: a national agenda.** Washington, DC: The National Academies Press, 2019. DOI: <https://doi.org/10.17226/25201>

NATIONAL SCIENTIFIC COUNCIL ON THE DEVELOPING CHILD. **Establishing a level foundation for life: mental health begins in early childhood.** Updated ed. Cambridge, MA: Harvard University, 2012. (Working Paper, n. 6). Disponível em: <http://www.developingchild.harvard.edu>

NATIONAL INSTITUTE FOR HEALTH AND CARE EXCELLENCE. **Self-harm: assessment, management and preventing recurrence.** London: NICE, 2022. Disponível em: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng225>

NELSON, Jason M.; HARWOOD, Hannah. **Learning disabilities and anxiety: a meta-analysis.** Journal of Learning Disabilities, v. 44, n. 1, p. 3-17, 2011. DOI: <https://doi.org/10.1177/0022219409359939>

OECD. **Education for human flourishing: a conceptual framework.** Paris: OECD Pub-

lishing, 2025. (Technical Paper). DOI: <https://doi.org/10.1787/c7e6aec5-en>.

OECD. **OECD Digital Education Outlook 2026: exploring effective uses of generative AI in education**. Paris: OECD Publishing, 2026. DOI: <https://doi.org/10.1787/062a7394-en>

OLIVEIRA-FORMOSINHO, Júlia (org.). **A escola vista pelas crianças**. Porto: Porto Editora, 2008.

OLIVEIRA, Danilo Fabiano Carvalho e. **O papel da Polícia Civil e da Segurança Pública na prevenção da violência praticada por crianças e adolescentes**. 2024. Tese (Doutorado em Direitos Humanos) — Universidade Federal de Goiás, Goiânia, 2024.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Mental health in schools: a manual**. Cairo: WHO Regional Office for the Eastern Mediterranean, 2021. Disponível em: <https://applications.emro.who.int/docs/9789290225652-eng.pdf>.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS); FUNDO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A INFÂNCIA (UNICEF); ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A EDUCAÇÃO, A CIÊNCIA E A CULTURA (UNESCO). **How school systems can improve health and well-being: topic brief: mental health**. Geneva: World Health Organization, 2023. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240064751>.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (OPAS). **Saúde mental dos adolescentes**. Washington, D.C.: OPAS, 2023. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/topicos/saude-mental-dos-adolescentes>.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS); UNESCO. **Making every school a health-promoting school: implementation guidance**. Geneva: World Health Organization, 2021.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS/UNICEF). **Mental health of children and young people: service guidance**. Geneva: World Health Organization, 2024.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Classificação estatística internacional de doenças e problemas relacionados com a saúde: 11ª revisão (CID-11)**. Genebra: Organização Mundial da Saúde, 2025. Disponível em: <https://icd.who.int/browse/2025-01/mms/pt>.

OZTURK, M.; WIGELSWORTH, M.; SQUIRES, G. **A systematic review of primary school teachers' wellbeing: room for a holistic approach**. *Frontiers in Psychology*, v. 15, 1358424, 2024. DOI: <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2024.1358424>.

PAGNO, L. F. **Autoeficácia docente e saúde mental: o impacto da sobrecarga emocional na qualidade do ensino**. *International Integralize Scientific*, v. 5, n. 54, 2025. DOI: <https://doi.org/10.63391/rqere978>

PARKES, C. M. **Luto: estudos sobre a perda na vida adulta**. São Paulo: Summus, 1998.

PIORSKI, Gandhi. **Brinquedos do chão: a natureza, o imaginário e o brincar**. São Paulo: Peirópolis, 2016.

POBLETE ALMENDRAS, M. J. et al. **Revisión narrativa sobre la relación entre estrés tóxico y desempeño ocupacional en la primera infancia**. *Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional*, v. 32, e3661, 2024.

PRIEST, Naomi et al. **Racism and health and wellbeing among children and youth: an updated systematic review and meta-analysis.** Social Science & Medicine, v. 361, art. 117324, 2024. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2024.117324>.

QUINN, P. O.; MADHOO, M. **A review of ADHD in women and girls.** Primary Care Companion for CNS Disorders, v. 16, n. 3, 2014.

RIBEIRO, S. H.; PAULA, C. S. de; BORDINI, D.; MARI, J. J.; CAETANO, S. C. **Barriers to early identification of autism in Brazil.** Revista Brasileira de Psiquiatria, São Paulo, v. 39, n. 4, p. 352-354, 2017. DOI: <https://doi.org/10.1590/1516-4446-2016-2141>.

RODRIGUES, M. K. da S.; BUARQUE, A. M. de L.; LOPES, A. M. A. V. de M.; PIMENTEL, I. T.; BORGES, E. C. **Explorando as conexões entre neurociências e o desenvolvimento na primeira infância.** Revista Sistemática, v. 12, n. 1, p. 50-66, 2023. DOI: <https://doi.org/10.29327/223013.12.1-3>.

ROSA, Anderson da Silva; D'ALMEIDA, Vânia. **A importância da alimentação, da atividade física e do sono na saúde mental do estudante.** In: ROSA, Anderson da Silva et al. (org.). Promovendo saúde mental e emocional na escola. São Paulo: Fundación Mapfre; Conviva SP, 2023.

ROSA, Anderson da Silva; GEORGINI, Thaís Guedes; VALLIM, Julia Ribeiro da Silva; DINIZ, Rosália Aparecida Martins; FERREIRA, Lucilene Renó. **Desafios e boas práticas para promoção de saúde mental nas escolas: relatório de pesquisa.** São Paulo: Fundación Mapfre; Unifesp, 2025.

ROSENBERG, Marshall B. **Educação para uma vida mais plena: comunicação não violenta: ajudando escolas a melhorar o desempenho acadêmico dos alunos, reduzir conflitos e fortalecer bons relacionamentos.** Tradução de Tonia Van Acker. São Paulo: Palas Athena, 2021.

ROTELLI, Franco; DE LEONARDIS, Ota; MAURI, Diana. **Desinstitucionalização, uma outra via: a reforma psiquiátrica italiana no contexto da Europa Ocidental e dos países avançados.** In: NICÁCIO, Fernanda (org.). Desinstitucionalização. São Paulo: Hucitec, 1990. p. 17-59.

SÃO PAULO (Município). Secretaria Municipal da Saúde. **Estrutura atual da RAPS (Rede de Atenção Psicossocial) do município de São Paulo.** São Paulo: Secretaria Municipal da Saúde, 2025. Disponível em: [https://prefeitura.sp.gov.br/web/saude/w/atencao\\_basica/347306](https://prefeitura.sp.gov.br/web/saude/w/atencao_basica/347306).

SÃO PAULO (Estado). Secretaria da Saúde. Secretaria-Executiva de Atenção Básica, Especialidades e Vigilância em Saúde. Coordenadoria de Atenção Básica. **Protocolos de enfermagem: módulo 1: atenção primária à saúde da criança e adolescentes.** 5. ed. rev. São Paulo: Secretaria da Saúde, 2024.

SANTOS, Hélio. **A busca de um caminho para o Brasil: a trilha do círculo vicioso.** São Paulo: Senac, 2001.

SANTOS, Ieda Nunes dos et al. **O racismo estrutural e seu impacto na saúde do adolescente afrodescendente brasileiro.** Physis: Revista de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 34, e34025, 2024. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0103-7331202434025pt>.

SANTOS, G. da S.; TOASSA, G. **Produzindo medicalização.** Psicologia da Educação, n.

52, p. 54–63, 2021. DOI: <https://doi.org/10.23925/2175-3520.2021i52p54-63>.

SARMENTO, Manuel Jacinto; GOUVEA, Maria Cristina Soares de (org.). **Estudos da infância: educação e práticas sociais**. Petrópolis: Vozes, 2008.

SCHLEICHER, Andreas. **World class: how to build a 21st-century school system**. Paris: OECD Publishing, 2018. DOI: <https://doi.org/10.1787/9789264300002-en>.

SEMIZ, M. **Promotion and prevention of mental health in early and preschool age: status and future directions**. *Anatolian Journal of Mental Health*, v. 2, n. 1, p. 49–71, 2025. DOI: <https://doi.org/10.5281/zenodo.14991468>.

SHONKOFF, Jack P.; PHILLIPS, Deborah A. (org.). **From neurons to neighborhoods: the science of early childhood development**. Washington, DC: National Academy Press, 2000.

SHONKOFF, Jack P. et al. **The lifelong effects of early childhood adversity and toxic stress**. *Pediatrics*, v. 129, n. 1, p. e232–e246, 2012. DOI: <https://doi.org/10.1542/peds.2011-2663>.

SILVA, Ana Cristina Serafim da; ALBERTO, Maria de Fátima Pereira. **Fios soltos da rede de proteção dos direitos das crianças e adolescentes**. *Psicologia: Ciência e Profissão*, Brasília, v. 39, e185358, 2019.

SILVA, Lucía. **Suicídio entre crianças e adolescentes: um alerta para o cumprimento do imperativo global**. *Acta Paulista de Enfermagem*, São Paulo, v. 32, n. 3, p. III–IV, 2019.

SILVA, S. Z. da; BOIAGO, D. L.; SOUZA, V. de F. M. de; ANVERSA, A. L. B. **Reflexos do estresse infantil no processo de ensino e aprendizagem: possibilidades de intervenção pedagógica**. *Research, Society and Development*, v. 10, n. 11, e19339, 2021. DOI: <https://doi.org/10.33448/rsd-v10i11.19339>.

SILVA, C. D.; JURDI, A. P. S. **Saúde mental infantojuvenil e a escola: diálogos entre profissionais da educação e da saúde**. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 46, n. esp. 6, p. 178–190, 2022.

SOARES, A. G. S. et al. **Percepção de professores de escola pública sobre saúde mental**. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 48, n. 6, p. 940–948, 2014. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0034-8910.2014048004696>.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA (SBP). **Manual de orientação: acompanhamento do desenvolvimento infantil**. Rio de Janeiro: SBP, 2019.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA (SBP). **Uso saudável de telas, tecnologias e mídias nas creches, berçários e escolas: atualização 2026**. Rio de Janeiro: SBP, 2026.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA (SBP). **#Menos telas #mais saúde: atualização 2024**. Rio de Janeiro: SBP, 2024. (Manual de Orientação, n. 163).

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA (SBP). **Higiene do sono: atualização 2021**. Rio de Janeiro: SBP, 2021.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA (SBP). **Benefícios da natureza no desenvolvimento de crianças e adolescentes**. Rio de Janeiro: SBP, 2024. Disponível em: [https://www.sbp.com.br/fileadmin/user\\_upload/24550g-MO\\_Benef\\_da\\_Natureza\\_no\\_De](https://www.sbp.com.br/fileadmin/user_upload/24550g-MO_Benef_da_Natureza_no_De)

senv\_de\_Crc\_e\_Adl\_SITE.pdf.

SOUZA, Marilena Alves de; VASCONCELOS, Silvia Maria Meira; PIMENTEL, Carlos Eduardo. **Transtornos de ansiedade na criança: um olhar nas comunidades**. Revista Brasileira de Terapias Cognitivas, Rio de Janeiro, v. 6, n. 1, p. 64-85, 2010. Disponível em: [https://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1808-56872010000100005](https://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1808-56872010000100005).

SOUZA, Neusa Santos. **Tornar-se negro: ou as vicissitudes da identidade do negro brasileiro em ascensão social**. Rio de Janeiro: Graal, 1983.

STROEBE, M.; SCHUT, H. **The dual process model of coping with bereavement: rationale and description**. Death Studies, v. 23, n. 3, p. 197-224, 1999. DOI: <https://doi.org/10.1080/074811899201046>.

TIRIBA, Léa. **Educação infantil como direito e alegria**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2018.

TOGNETTA, Luciene Regina Paulino et al. **Crianças também sofrem: o sofrimento emocional em crianças durante a pandemia da Covid-19**. Revista On-line de Política e Gestão Educacional, Araraquara, v. 26, n. esp. 3, e022096, 2022.

UNESCO. **Inclusion and education: all means all**. Paris: UNESCO, 2020.

UNESCO. **Mainstreaming social and emotional learning in education systems: policy guide**. Paris: UNESCO, 2024. DOI: 10.54675/ORWD6913.

UNICEF. **Primeira infância no Brasil: avanços, desafios e oportunidades**. Brasília, DF: UNICEF, 2019.

UNICEF. **As múltiplas dimensões da pobreza na infância e na adolescência no Brasil**. Brasília, DF: UNICEF, 2023. Disponível em: <https://www.unicef.org/brazil/relatorios/pobreza-multidimensional-na-infancia-e-adolescencia-no-brasil-2017-2023>.

VASILEVA, Mira et al. **Research review: a meta-analysis of the international prevalence and comorbidity of mental disorders in children between 1 and 7 years**. Journal of Child Psychology and Psychiatry, v. 62, n. 4, p. 372-381, 2021. DOI: <https://doi.org/10.1111/jcpp.13261>.

VENTO, P. J.; HARROD, S. B.; PARHAM, B.; FIGAS, K.; CHANDLER, T.; CHEHOSKI, B.; WEIST, M. D. **Amplifying school mental health literacy through neuroscience education**. Behavioral Sciences, v. 14, n. 11, art. 996, 2024. DOI: <https://doi.org/10.3390/bs14110996>.

VIEIRA, Débora Cristina Sales da Cruz. **Apontamentos teóricos sobre educação, cuidado e desenvolvimento de crianças na teoria histórico-cultural**. In: VIEIRA, Débora Cristina Sales da Cruz; FARIAS, Rhaisa Naiade Pael; MIRANDA, Simão (org.). Educação infantil na perspectiva histórico-cultural: concepções e práticas para o desenvolvimento integral da criança. São Carlos: Pedro & João Editores, 2020.

VINHA, Telma Pileggi; MORAIS, Alessandra de; MORO, Adriano. **O clima escolar e a convivência respeitosa nas instituições educativas**. Estudos em Avaliação Educacional, São Paulo, v. 27, n. 64, p. 96-127, jan./abr. 2016.

VYGOTSKY, Lev S. **A formação social da mente: o desenvolvimento dos processos psicológicos superiores**. São Paulo: Martins Fontes, 1998.

WALBEEHM-HOL, L. K. M.; BUSARI, J. O. **Awareness of toxic stress and adverse childhood experiences among Dutch pediatric health care.** Clinical Medicine & Research, v. 20, n. 4, p. 211-218, 2022. DOI: <https://doi.org/10.3121/cmr.2022.1748>

WALLON, Henri. **A evolução psicológica da criança.** São Paulo: Martins Fontes, 2007.

WANG, H.; ZHAO, J.; YU, Z.; PAN, H.; WU, S.; ZHU, Q.; DONG, Y.; LIU, H.; ZHANG, Y.; JIANG, F. **Types of on-screen content and mental health in kindergarten children.** JAMA Pediatrics, Chicago, v. 178, n. 2, p. 125-132, fev. 2024. DOI: <https://doi.org/10.1001/jamapediatrics.2023.5220>.

WHITE, R. L. et al. **Physical activity and mental health: a systematic review and best-evidence synthesis of mediation and moderation studies.** International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity, v. 21, art. 134, 2024.

WILLOUGHBY, Christopher D. E. **Running away from drapetomania: Samuel A. Cartwright, medicine, and race in the Antebellum South.** The Journal of Southern History, v. 84, n. 3, p. 579-614, 2018. DOI: <https://doi.org/10.1353/soh.2018.0164>.

WILSON, Edward O. **Biophilia.** Cambridge: Harvard University Press, 1984.

WINNICOTT, Donald Woods. **O brincar e a realidade.** Rio de Janeiro: Imago, 1975.

WORDEN, J. W. **Children and grief: when a parent dies.** New York: Guilford Press, 1996.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **World mental health report: transforming mental health for all.** Geneva: WHO, 2022. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240049338>. Acesso em: 29 jul. 2026.

XIAO, Yunyu; MANN, J. John; CHOW, Julian Chun-Chung; BROWN, Timothy T.; SNOWDEN, Lonnie R.; YIP, Paul Siu-Fai; TSAI, Alexander C.; HOU, Yu; PATHAK, Jyotishman; WANG, Fei; SU, Chang. **Patterns of social determinants of health and child mental health, cognition, and physical health.** JAMA Pediatrics, Chicago, v. 177, n. 12, p. 1294-1305, 2023. DOI: <https://doi.org/10.1001/jamapediatrics.2023.4218>.

YASUI, Silvio. **Rupturas e encontros: desafios da reforma psiquiátrica brasileira.** Rio de Janeiro: Fiocruz, 2010.

YOUSAFZAI, Malala. **Entrevista concedida a Christiane Amanpour.** In: AMANPOUR. [S. l.]: CNN, 7 maio 2014. Disponível em: <https://edition.cnn.com/videos/world/2014/05/07/intv-amanpour-nigeria-bring-back-our-girls-malala-yousafzai-full.cnn>.

ZENG, Y. et al. **Relationship between sleep disturbance and burnout among Chinese urban teachers: moderating roles of resilience.** Sleep Medicine, v. 108, p. 61-70, 2023.

ZINSSER, Katherine M.; HINOJOSA-CABRERA, Allegra; PAUL, Joanna; BORRERO, John C.; MORALES, Maya Chan; SHENBERGER, Elyse R. **Building on a legacy of children's mental health: a systematic review of early childhood social-emotional learning and expulsion prevention professional development.** Social and Emotional Learning: Research, Practice, and Policy, v. 6, art. 100138, 2025. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.sel.2025.100138>.

## SOBRE OS AUTORES

### ANDERSON DA SILVA ROSA

Doutor e Mestre em Ciências pela Universidade Federal de São Paulo (Unifesp), onde também se graduou em Enfermagem. Professor adjunto e pró-reitor de Assuntos Estudantis e Políticas Afirmativas da Unifesp, atua como pesquisador e orientador em Psicobiologia. Coordena o programa de extensão universitária “Comunidade: Saúde, Assistência Social, Educação e Direitos Humanos”, além dos projetos “Periferia dos Sonhos” e “Promoção da Saúde Mental na Educação”. É autor de diversos livros na área da saúde mental.

### LUCÍA SILVA

Professora adjunta e Chefe do Departamento de Enfermagem Pediátrica (2026-2029) da Escola Paulista de Enfermagem da Universidade Federal de São Paulo (Unifesp). Mestre em Enfermagem Psiquiátrica e Doutora em Ciências pela Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (USP). Integra a equipe do “Conversas de Vida”, ambulatório de prevenção do suicídio da Unifesp. É líder e pesquisadora do GEPSAM/CNPq - Grupo de Estudos e Pesquisas em Saúde Mental ao Longo do Ciclo Vital.

### THAÍS GUEDES GEORGINI

Mestre em Ciências Aplicadas à Pediatria pela Universidade Federal de São Paulo (Unifesp), instrutora de *mindfulness* pelo Instituto de Psiquiatria da Universidade de São Paulo (USP), arteterapeuta e membro do Conselho do Centro de Psicossíntese de São Paulo (CPSP). É criadora do programa “Mágica da Meditação”, voltado à promoção da saúde mental de crianças e adolescentes no contexto escolar. Desde 2016, dedica-se à formação de educadores e profissionais da infância nas áreas de saúde mental, *mindfulness* e desenvolvimento humano.

### AMANDA CAROLINA FRANCISCATTO AVEZANI

Enfermeira e Mestre em Ciências em Saúde. Atua como técnica em Assuntos Educacionais na Escola Paulista de Enfermagem da Universidade Federal de São Paulo (Unifesp).

### BELISA SILVA SANTOS

Pedagoga pela Universidade de São Paulo (USP), com mais de 20 anos de experiência como professora em escolas públicas e privadas, especialmente com crianças de 3 a 7 anos. Atualmente coordena um projeto na área de tecnologia da educação para escolas públicas no Brasil.

### CLÁUDIA GUEDES ARAÚJO SILVA

Psicóloga, Mestre em Psicologia Escolar pela Universidade de São Paulo (USP) e Doutora em Educação pela Universidade Federal de São Paulo (Unifesp). Desenvolve pesquisa em estágio pós-doutoral na Unifesp/Guarulhos, no âmbito do Programa de Desenvolvimento da Pós-Graduação (CAPES) Políticas Afirmativas e Diversidade, analisando a produção acadêmica de egressos dos sistemas de ações afirmativas.

### ELLEN DE LIMA SOUZA

Pedagoga, Mestre e Doutora em Educação, docente na Universidade Federal de São Paulo (Unifesp), atualmente pró-reitora adjunta de assuntos estudantis e políticas afirmativas (PRAEPA), e coordena o grupo de pesquisa Laroyê: infância, educação e afrocentricidade. É autoridade civilizatório-ancestral, exercendo os cargos de ekedi e apetebi no Ilê Axé Omo Osè Igba A'latan, em São Paulo (SP), e no Ilê Obá Ogunté "Sítio de Pai Adão", no Recife (PE).

### ELSON DE MIRANDA ASEVEDO

Médico psiquiatra, Pós-doutor e pesquisador vinculado ao Departamento de Psiquiatria da Universidade Federal de São Paulo (Unifesp). Atua na interface entre assistência, pesquisa e políticas públicas em saúde mental, com foco na prevenção do comportamento suicida. É diretor técnico do Centro de Atenção Integral à Saúde Mental (CAISM) Vila Mariana e fundador do "Conversas de Vida" – Centro de Promoção de Esperança e Prevenção do Suicídio.

### FABIANA NEGRELI PASSOS MOREIRA

Graduada em Psicologia e Administração de Empresas, com MBA em Gestão de Pessoas pela Fundação Getúlio Vargas (FGV), pós-graduada em Neuroeducação, Psicomotricidade, e pós-graduanda em Teoria Cognitivo-Comportamental. Nos últimos 18 anos, atuou na Educação Básica pública e privada e no Ensino Superior, com foco na gestão de estratégias e soluções nas áreas de pessoas, carreiras, clima escolar, programas de inclusão, saúde mental e formação de líderes educacionais.

### GIRLIANI SILVA DE SOUSA

Enfermeira e doutora em Ciências da Saúde. Além disso, é professora adjunta da Escola Paulista de Enfermagem da Universidade Federal de São Paulo (Unifesp).

### HELLEN MATTOS GONÇALVES

Terapeuta ocupacional com residência multiprofissional em Saúde Mental. Atua no Centro de Atenção Psicossocial Infanto-Juvenil (CAPSI-IJ) no município de São Paulo.

### ISABEL AMATO

Psiquiatra da infância e da adolescência. É Mestre em Saúde Mental pela Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP) e Coordenadora do Desenvolvimento Integral de Crianças e Adolescentes da Universidade Federal de São Paulo (DICA/Unifesp).

### MARCIA COVELO HARMBACH

É gestora aposentada da Prefeitura Municipal de São Paulo (PMSP). Psicopedagoga pela Pontifícia Universidade de São Paulo (PUC-SP), pós-graduada em “A Vez e Voz das Crianças: Poéticas e Escutas Antropológicas das Infâncias”, pela Casa Tombada. Autora do livro *Gestão Democrática: Minúcias, dizeres e fazeres do Conselho Mirim na Educação Infantil*. Também atua como membro dos coletivos “A Vez e a Voz das Crianças” e “Paulo Freire”, além de ser pesquisadora das infâncias e formadora de educadores.

### MARCOS RIBEIRO

Psiquiatra da Infância e Adolescência. É Doutor em Psiquiatria e Psicologia Médica pela Universidade Federal de São Paulo (Unifesp) e Coordenador do Desenvolvimento Integral de Crianças e Adolescentes da Universidade Federal de São Paulo (DICA/Unifesp).

### RODRIGO TREVISAN

Psicólogo, psicanalista, mestrando em Ciências da Saúde pela Escola Paulista de Medicina (EPM/Unifesp). Coordenador do Ambulatório do Núcleo de Acolhimento ao Luto Infantil do Programa de Acolhimento ao Luto (PROALU/Unifesp). Coordena também o Núcleo de Cursos dos Pequenos Enlutados da mesma instituição. Possui experiência em psicoeducação para cuidadores de crianças enlutadas.

### ROSÁLIA APARECIDA MARTINS DINIZ

Mestre em Saúde Pública pelo Departamento de Odontologia da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), com ênfase em atividade física para grupos especiais. Atua nas áreas de educação, saúde pública, saúde mental escolar, inclusão, direitos humanos e redes de proteção de crianças e adolescentes.

### SAMANTHA MUCCI

Psicóloga e professora adjunta do Departamento de Psiquiatria da Universidade Federal de São Paulo (Unifesp). Possui graduação em Psicologia pela Universidade Presbiteriana Mackenzie. É Mestre e Doutora em Ciências da Saúde pela Universidade Federal de São Paulo (Unifesp). Fundadora e Coordenadora do Programa de Acolhimento ao Luto (PROALU) do Departamento de Psiquiatria da EPM-Unifesp. É coordenadora do Grupo de Pesquisa de Saúde Mental e Luto do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPQ) e membro da Associação Brasileira de Luto (ABM/Luto).

### SHEILA C. CAETANO

Psiquiatra da infância e adolescência. É professora adjunta do Departamento de Psiquiatria da Escola Paulista de Medicina da Universidade Federal de São Paulo (Unifesp/EPM) e responsável pelo Desenvolvimento Integral de Crianças e Adolescentes da Universidade Federal de São Paulo (DICA/Unifesp).

### THIAGO DA SILVA DOMINGOS

Enfermeiro, é Doutor em Ciências em Saúde. Professor adjunto na Escola Paulista de Enfermagem da Universidade Federal de São Paulo (Unifesp).

**“A saúde mental é muito mais do que a ausência de um diagnóstico, mas a produção cotidiana de possibilidades de vidas em sua diversidade, na diversidade humana de todos nós.”**

*Dra. Sabrina Ferigato, especialista em saúde mental*

Toda criança chega à escola carregando um mundo: vínculos, medos, descobertas, silêncios que pedem escuta. Este livro nasce do desejo de desacelerar o olhar: compreender antes de intervir, acolher antes de remediar. Em cinco partes, especialistas conduzem o leitor pelos caminhos da saúde mental na infância: dos primeiros laços que ensinam segurança ao universo das telas, da neurodiversidade às marcas do racismo, do sofrimento que pede ação ao cuidado com quem educa. Entre conceitos bem definidos e cenas do cotidiano escolar, cada página reafirma que a escola pode ser território de encontros, pertencimento e vida. Porque ensinar, aprender e cuidar são, no seu âmago, gestos inseparáveis que começam em cada um de nós.

