ISSN: 2316-607X

EDUCAÇÃO EM SAÚDE NAS ESCOLAS PÚBLICAS: CONTRIBUIÇÕES PARA A PROMOÇÃO DA SAÚDE DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES

Camila Parizotto Da Silva[1]
Camilla Cavasin Andreato[2]
Laura da Silva Massura[3]
Maria Isabela Ramos Haddad[4]
Marindia Feliciano Dos Santos[5]
Monica Picolo[6]
Samuel Jhonattan Emidio Brisch[7]

Resumo: A educação em saúde nas escolas públicas constitui uma estratégia de articulação entre políticas educacionais e sanitárias, com potencial para favorecer o desenvolvimento integral de crianças e adolescentes. Objetivou-se analisar a produção científica sobre programas de educação em saúde escolar, identificando estratégias promissoras e desafios de implementação, com ênfase na promoção da saúde e na redução de desigualdades. Realizou-se uma revisão narrativa da literatura, mediante buscas bibliográficas dirigidas a periódicos científicos indexados e consulta a documentos oficiais, priorizando publicações de 2015 a 2026 e incluindo excepcionalmente o marco normativo de criação do Programa Saúde na Escola. A síntese temática indica que intervenções abrangentes, articuladas ao currículo, ao ambiente escolar e aos serviços de saúde, apresentam benefícios em determinados desfechos, especialmente relacionados à atividade física, à saúde mental e à prevenção de violências. Contudo, a distribuição dos benefícios pode variar segundo as condições socioeconômicas dos estudantes. No contexto brasileiro, destacam-se desafios de coordenação intersetorial, formação profissional, continuidade das ações e avaliação. Conclui-se que a educação em saúde pode contribuir para a promoção do bem-estar e para a equidade, desde que associada a condições materiais, institucionais e pedagógicas que ampliem as oportunidades de cuidado. A natureza não exaustiva da revisão limita a generalização dos resultados.

Palavras-chave: Educação Em Saúde; Promoção Da Saúde; Serviços De Saúde Escolar; Equidade Em Saúde; Saúde Do Adolescente.

Abstract: Health education in public schools provides an opportunity to connect educational and health policies and support the comprehensive development of children and adolescents. This study aimed to examine the scientific literature on school health education programs, identifying promising strategies and implementation challenges, with emphasis on health promotion and the reduction of inequalities. A narrative literature review was conducted through targeted searches of indexed scientific publications and official documents, prioritizing studies published between 2015 and 2026 and exceptionally including the founding legislation of the Brazilian School Health Program. The thematic synthesis indicates

[1] Mestrado em Ciências Ambientais pela Universidade Federal de Mato Grosso, Brasil. (2025)
[2] Mestrado em Ciências em Saúde pela Universidade Federal de Mato Grosso, Brasil. (2021)
[3] Especialista em Farmácia Estética pela Faculdade Metropolitana do Estado de São Paulo – FAMEESP. (2019)
[4] Mestrado em Fisioterapia pela Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho, Brasil. (2017)
[5] Mestrado em Economia pela Universidade Federal de Mato Grosso, Brasil. (2023)
[6] Especialização em Docência do Ensino Superior com ênfase em EAD pela Faculdade de Guarantã do Norte, Brasil. (2018)
[7] Graduação em Bacharelado em Direito pela Uniao das Faculdades do Norte de Mato Grosso, Brasi.l (2025)

that comprehensive interventions combining curricular activities, supportive school environments and health services can benefit selected outcomes, particularly those related to physical activity, mental health and violence prevention. However, the distribution of benefits may vary according to students' socioeconomic circumstances. In Brazil, key challenges include intersectoral coordination, professional training, continuity of activities and evaluation. Health education can contribute to well-being and equity when supported by material, institutional and pedagogical conditions that expand opportunities for care. The non-exhaustive nature of this review limits the generalizability of its findings.

Keywords: Health Education; Health Promotion; School Health Services; Health Equity; Adolescent Health.

1 INTRODUÇÃO

A articulação entre educação e saúde constitui uma dimensão relevante das políticas públicas destinadas à infância e à adolescência. A escola pública, além de assegurar o acesso ao conhecimento sistematizado, integra o cotidiano de estudantes que vivenciam diferentes condições de moradia, alimentação, proteção social e acesso a serviços. Nesse contexto, a educação em saúde pode contribuir para a compreensão de processos relacionados ao bem-estar e para a construção de capacidades individuais e coletivas de cuidado. Sua inserção na escola, contudo, exige que o ensino de conteúdos sanitários seja relacionado às condições concretas em que os estudantes vivem e aprendem (Lopes; Nogueira; Rocha, 2018).

A promoção da saúde escolar não se restringe à prevenção de doenças ou à identificação de comportamentos considerados de risco. O referencial internacional das escolas promotoras de saúde propõe integrar políticas institucionais, currículo, ambientes físicos e psicossociais, serviços e relações comunitárias. Essa perspectiva desloca a atenção de intervenções isoladas para a organização do próprio ambiente educativo, reconhecendo que as oportunidades de cuidado dependem também das características institucionais da escola (WHO; UNESCO, 2021a).

No Brasil, o Programa Saúde na Escola (PSE), instituído em 2007, representa uma estratégia pública de aproximação entre as redes de educação básica e de saúde. Sua organização pressupõe a articulação entre os profissionais das escolas e os serviços de atenção primária, com planejamento orientado pelas necessidades territoriais. A trajetória de expansão do programa demonstra a relevância de sua institucionalização, mas também evidencia a necessidade de qualificar a execução das ações e sua sustentabilidade (Brasil, 2007; Fernandes *et al.*, 2022).

A pertinência dessa abordagem pode ser compreendida a partir da diversidade de questões que afetam a população escolar. A Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar de 2024, publicada em 2026, reúne informações sobre alimentação, atividade física, saúde mental, violências, sexualidade, higiene, uso de substâncias e acesso aos serviços. O conjunto de dimensões investigadas indica que a saúde dos adolescentes não pode ser explicada por uma variável isolada. Trata-se de um objeto multidimensional, cuja compreensão exige diálogo entre áreas de conhecimento e políticas públicas (IBGE, 2026).

A escola oferece possibilidades de aproximação com estudantes que, por diferentes razões, encontram obstáculos para acessar informações confiáveis e serviços de saúde. Entretanto, a presença de uma ação educativa em uma instituição pública não garante, por si só, que seus benefícios sejam distribuídos equitativamente. Intervenções universais podem produzir resultados distintos conforme as condições socioeconômicas dos participantes, o que torna necessário examinar não somente a efetividade média, mas também a distribuição dos efeitos (Moore *et al.*, 2015).

Essa questão é particularmente importante em uma política de alcance nacional. Uma estratégia que pressupõe acesso doméstico à internet, disponibilidade de alimentos variados ou acompanhamento familiar constante pode favorecer estudantes que já dispõem desses recursos. O reconhecimento dessas diferenças não implica abandonar iniciativas universais, mas estabelecer condições adicionais de participação para grupos que enfrentam barreiras. Assim, o debate sobre educação em saúde escolar deve incorporar a equidade como dimensão constitutiva da intervenção, e não como resultado presumido de sua implementação.

Diante desse cenário, formula-se a seguinte questão norteadora: como a literatura descreve o papel da educação em saúde escolar na promoção da saúde e na redução de desigualdades? O objetivo geral consiste em analisar a produção científica sobre programas de educação em saúde escolar, identificando estratégias eficazes e desafios de implementação. Como objetivos específicos, busca-se discutir os fundamentos da promoção da saúde no ambiente escolar, examinar a organização do PSE, identificar contribuições e limites das intervenções educativas e analisar condições institucionais necessárias à promoção da equidade.

A justificativa acadêmica reside na necessidade de aproximar evidências de efetividade, estudos de implementação e documentos de orientação de políticas públicas. Enquanto revisões de intervenções permitem examinar resultados associados a programas, investigações sobre gestão e trabalho intersetorial esclarecem circunstâncias que podem favorecer ou limitar sua execução. A combinação dessas perspectivas é pertinente para

compreender por que uma proposta formalmente abrangente pode apresentar resultados heterogêneos em diferentes contextos escolares.

2 METODOLOGIA

O estudo caracteriza-se como revisão bibliográfica narrativa, de natureza qualitativa e finalidade analítico-descritiva, associada à consulta de documentos oficiais publicados. Essa modalidade foi adotada para integrar conhecimentos provenientes de diferentes desenhos de pesquisa, sem pretensão de produzir estimativas próprias de efeito ou realizar levantamento exaustivo de todas as publicações disponíveis. A unidade de análise correspondeu às obras publicadas, e não aos participantes dos estudos originais.

O levantamento bibliográfico dirigido foi realizado em 23 de novembro de 2026, mediante buscas na web direcionadas à Scientific Electronic Library Online (SciELO), ao PubMed/MEDLINE, à Biblioteca Cochrane e às páginas de periódicos científicos. A busca documental contemplou os portais do Ministério da Saúde, da Câmara dos Deputados, do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) e da Organização Mundial da Saúde (OMS). Não se realizou busca autônoma no Portal de Periódicos CAPES ou no Google Acadêmico; por isso, tais plataformas não são apresentadas como bases efetivamente consultadas.

Foram empregadas expressões de busca em português e inglês, entre elas: “Programa Saúde na Escola”, “promoção da saúde escolar”, “intersetorialidade”, “health promoting schools”, “school-based interventions”, “health equity”, “socioeconomic inequalities”, “school-based depression and anxiety prevention” e “bullying prevention”. As consultas foram direcionadas a estudos de revisão, avaliações de implementação e documentos de políticas públicas. As combinações temáticas corresponderam, em termos conceituais, à associação entre saúde escolar e promoção da saúde, saúde escolar e desigualdades, e Programa Saúde na Escola e intersetorialidade. Não se tratou de uma estratégia booleana padronizada e reproduzida integralmente em todas as bases.

Adotou-se como recorte principal o período de 2015 a 2026, até a data da consulta. O decreto de criação do PSE, de 2007, foi incluído excepcionalmente por constituir referência normativa indispensável à contextualização do programa. Consideraram-se elegíveis publicações em português ou inglês que abordassem estudantes da educação básica, intervenções escolares de saúde, promoção da saúde, desigualdades ou gestão intersetorial, bem como documentos oficiais pertinentes. Foram priorizadas revisões de literatura, estudos

brasileiros de implementação e referências internacionais com identificação bibliográfica verificável.

Não foram incorporados materiais publicitários, textos de opinião sem fundamentação identificável, duplicações de uma mesma publicação ou trabalhos sem relação direta com os objetivos. Estudos voltados exclusivamente ao ensino superior ou ao atendimento clínico fora do contexto escolar não integraram a síntese. A seleção foi intencional, baseada na pertinência temática e na possibilidade de consultar resumos, textos disponíveis e informações bibliográficas nas páginas de origem. Não houve triagem independente por dois revisores, contagem formal dos registros recuperados ou avaliação padronizada do risco de viés.

A interpretação foi organizada em quatro dimensões: fundamentos da promoção da saúde escolar; institucionalização e intersetorialidade no PSE; evidências e possibilidades de intervenção; e equidade, implementação e avaliação. Foram distinguidos resultados de revisões de efetividade, observações de estudos de implementação e recomendações normativas, evitando atribuir a documentos orientadores a função de comprovar efeitos causais. As propostas de aplicação apresentadas no desenvolvimento constituem inferências analíticas fundamentadas nessas fontes, não resultados de pesquisa de campo.

A revisão utiliza exclusivamente informações publicadas e não envolve recrutamento de participantes, entrevistas, questionários ou acesso a prontuários. Não foi realizada análise original de microdados da PeNSE. A ausência de protocolo sistemático e a consulta não exaustiva constituem limitações do percurso, devendo a interpretação dos resultados permanecer circunscrita ao corpus bibliográfico selecionado.

3 DESENVOLVIMENTO

3.1 Educação em saúde e promoção da saúde no ambiente escolar

A educação em saúde pode ser compreendida, no âmbito deste estudo, como um processo pedagógico orientado à construção de conhecimentos, capacidades de decisão e possibilidades de ação relacionadas à saúde. A promoção da saúde possui abrangência maior: envolve também transformações institucionais, ambientais e sociais que ampliam as condições de bem-estar. A prevenção de doenças integra esse campo, mas não o esgota. Essa distinção é necessária para evitar que o sucesso de uma intervenção seja reduzido à transmissão de recomendações individuais.

Lopes, Nogueira e Rocha (2018) identificaram uma tensão entre os princípios da promoção da saúde e a predominância de práticas preventivas fragmentadas na produção

científica sobre o PSE. As autoras identificam um modelo "centrado em ações fragmentadas e individualizadas" (Lopes; Nogueira; Rocha, 2018, p. 773). A contribuição dessa análise consiste em demonstrar que a adoção formal de uma política de promoção não assegura sua tradução em atividades coerentes com integralidade e participação. Nesse sentido, uma intervenção pode utilizar a terminologia da promoção da saúde e permanecer centrada exclusivamente na modificação de condutas dos estudantes.

O referencial da OMS e da UNESCO oferece uma perspectiva complementar ao propor que a saúde seja incorporada às decisões institucionais das escolas (WHO; UNESCO, 2021a). Aplicado à prática pedagógica, esse entendimento implica considerar a coerência entre conteúdos curriculares e experiências escolares. Uma escola que desenvolve atividades sobre alimentação saudável, por exemplo, pode avaliar simultaneamente a disponibilidade de água potável, a organização das refeições e as possibilidades de participação dos estudantes na discussão sobre o ambiente alimentar.

A coerência institucional também diz respeito ao clima escolar. Orientações sobre respeito e saúde mental encontram limites quando a organização cotidiana tolera humilhações, discriminação ou situações de violência. Por essa razão, o ensino de habilidades de convivência deve ser acompanhado por práticas institucionais de proteção e acolhimento. O ambiente escolar não é apenas o local em que se realizam intervenções: constitui parte dos mecanismos pelos quais elas podem produzir efeitos.

A dimensão pedagógica requer adequação às etapas do desenvolvimento. Na infância, atividades lúdicas, narrativas, brincadeiras e experiências concretas podem favorecer a compreensão de rotinas de cuidado. Na adolescência, situações-problema, debates e análise crítica de mensagens midiáticas permitem relacionar os conteúdos às decisões que os estudantes enfrentam em seu cotidiano. Essas possibilidades são apresentadas como formas de operacionalizar a participação e a integração curricular defendidas nos referenciais de promoção da saúde, e não como modalidades cuja superioridade tenha sido demonstrada por esta revisão.

Cabe distinguir, ainda, autonomia de responsabilização individual. Estimular a autonomia significa ampliar a capacidade de compreender informações e buscar apoio; responsabilizar exclusivamente o estudante significa ignorar limitações que não estão sob seu controle. A revisão de Moore *et al.* (2015) reforça a necessidade dessa diferenciação ao evidenciar a possibilidade de efeitos socialmente desiguais em intervenções universais. Uma proposta educativa orientada pela equidade deve, portanto, associar o desenvolvimento de capacidades à ampliação de oportunidades reais de cuidado.

3.2 O Programa Saúde na Escola e a articulação intersetorial

O marco normativo do PSE estabeleceu uma aproximação institucional entre as políticas de educação e saúde. O Decreto nº 6.286/2007 define sua finalidade mediante a integração de ações voltadas à formação dos estudantes. Entre seus objetivos está "promover a saúde e a cultura da paz" (Brasil, 2007, art. 2º, inciso I). A formulação evidencia que o programa ultrapassa o atendimento de condições clínicas e incorpora dimensões da convivência e da proteção.

A Portaria Interministerial nº 1.055/2017 reorganizou aspectos relacionados à adesão e à execução do programa. O desenho institucional atribui importância ao compartilhamento de responsabilidades entre os entes federativos e à organização de grupos de trabalho intersetoriais. A existência de instrumentos de gestão cria condições para que a cooperação não dependa exclusivamente de iniciativas informais entre profissionais de escolas e unidades de saúde (Brasil, 2017).

Fernandes *et al.* (2022), ao examinar a trajetória do PSE, descrevem seu avanço territorial e institucional. Esse processo demonstra que a saúde escolar adquiriu maior inserção nas agendas governamentais brasileiras. A ampliação da adesão, entretanto, não equivale necessariamente à realização regular de atividades, à adequação pedagógica das intervenções ou à melhoria de desfechos de saúde. Esses resultados pertencem a níveis distintos da avaliação de políticas públicas.

Sousa, Esperidião e Medina (2017) acrescentam elementos importantes a essa discussão ao analisar práticas de trabalho e processos decisórios em um contexto municipal. O estudo identificou assimetria na participação dos setores, com protagonismo da saúde e menor envolvimento da educação nas decisões. Essa observação permite diferenciar a existência de parcerias da efetiva construção de uma agenda intersetorial, na qual objetivos, responsabilidades e recursos sejam discutidos conjuntamente.

A intersetorialidade exige mais do que o deslocamento de profissionais da saúde para o interior das escolas. Pressupõe que o conhecimento das equipes de atenção primária seja associado à experiência pedagógica dos educadores, às prioridades do território e às necessidades reconhecidas pelos estudantes. Quando a escola participa somente da organização logística de uma atividade, perde-se a oportunidade de integrar o tema ao currículo e de acompanhar seus desdobramentos ao longo do período letivo.

O Caderno do gestor do PSE reforça a importância da organização territorial e da formação continuada para o desenvolvimento do programa (Brasil, 2022). A partir dessa

orientação, é possível compreender o planejamento compartilhado como mecanismo de articulação entre políticas: a definição conjunta de objetivos pode reduzir duplicações, adequar atividades ao calendário escolar e tornar mais claros os fluxos de comunicação entre instituições.

A contribuição recente de Soares *et al.* (2026) para a modelização participativa do PSE explicita a necessidade de compreender os componentes estruturais e técnicos do programa antes de avaliar sua efetividade. O estudo oferece uma base para distinguir aquilo que a intervenção pretende realizar das condições necessárias para que suas atividades produzam resultados. Essa diferenciação é particularmente relevante em programas complexos, nos quais o mesmo desenho normativo pode assumir configurações locais distintas.

A escola não deve assumir atribuições clínicas para as quais seus profissionais não foram habilitados, assim como os serviços de saúde não substituem a função pedagógica dos educadores. A integração pressupõe complementaridade. A identificação de uma necessidade durante uma atividade educativa deve estar associada a um fluxo de acolhimento e encaminhamento compatível com a rede local. Sem essa continuidade, a detecção de necessidades pode gerar expectativas de atendimento que não se concretizam.

3.3 Evidências sobre intervenções e estratégias educativas

Langford *et al.* (2015) analisaram intervenções fundamentadas no modelo internacional de escolas promotoras de saúde. A revisão encontrou resultados favoráveis em determinados indicadores, incluindo atividade física, aptidão física, consumo de frutas e hortaliças, tabagismo, vitimização por bullying e índice de massa corporal. Os efeitos não foram uniformes em todos os desfechos examinados. A interpretação dessas evidências deve reconhecer a diversidade de programas, populações e formas de mensuração contempladas pelos estudos.

A abordagem abrangente reúne intervenções curriculares, mudanças no ambiente escolar e participação de famílias ou comunidades. Contudo, o resultado de um programa composto por vários elementos não autoriza atribuir seu efeito a uma atividade isolada. Se uma intervenção reúne oficinas, adequação ambiental e apoio familiar, não se pode concluir automaticamente que uma palestra reproduzirá os mesmos resultados. Essa distinção é fundamental na transferência de evidências para as escolas públicas brasileiras.

3.3.1 Alimentação, atividade física e cuidado corporal

A educação alimentar pode articular conhecimentos sobre alimentos, cultura, disponibilidade de recursos, publicidade e relações sociais. Na escola pública, a abordagem de alimentação saudável deve considerar a possibilidade concreta de acesso aos alimentos e evitar julgamentos sobre hábitos familiares. O conteúdo curricular pode ser relacionado ao cotidiano da alimentação escolar, estabelecendo vínculos entre conhecimentos científicos e experiências dos estudantes.

A síntese de Langford *et al.* (2015) oferece suporte à inclusão de alimentação e atividade física em estratégias abrangentes de promoção da saúde. Entretanto, as diferenças entre programas indicam que a implementação exige atenção às características das instituições. Uma recomendação de prática corporal, por exemplo, pode não ser acessível a todos os estudantes quando existem barreiras físicas, falta de materiais ou ausência de adaptação para pessoas com deficiência.

A revisão de Brown *et al.* (2019), sobre intervenções de prevenção da obesidade na infância, também indica a necessidade de distinguir faixas etárias e tipos de intervenção. A avaliação de resultados antropométricos não deve substituir a consideração do bem-estar, da participação e dos possíveis efeitos adversos. No ambiente educativo, a exposição pública do peso corporal ou a classificação moral dos alimentos pode contribuir para experiências de constrangimento, o que contraria a finalidade protetiva da educação em saúde.

Como aplicação pedagógica, podem ser considerados projetos sobre alimentação regional, análise de publicidade, preparação de atividades de movimento inclusivas e investigação das características do ambiente escolar. Essas estratégias devem valorizar conhecimentos culturais e evitar estabelecer um padrão corporal como requisito de saúde. O objetivo é ampliar condições de cuidado e participação, e não produzir vigilância sobre os corpos dos estudantes.

3.3.2 Saúde mental, convivência e prevenção de violências

A saúde mental escolar envolve tanto o reconhecimento de necessidades individuais quanto a organização de relações institucionais protetivas. Werner-Seidler *et al.* (2021), em revisão sistemática e metanálise, identificaram benefícios de programas escolares de prevenção de sintomas de depressão e ansiedade, com efeitos que devem ser interpretados à luz da heterogeneidade das intervenções. Esses achados sustentam a relevância da prevenção, sem autorizar a substituição de acompanhamento especializado por atividades educativas.

A revisão de Gaffney, Ttofi e Farrington (2021) indica que programas escolares de enfrentamento ao bullying podem reduzir a ocorrência de agressões e de vitimização. A evidência favorece a consideração de iniciativas organizadas de prevenção, em vez de presumir que advertências pontuais sejam suficientes. A escola precisa oferecer meios de comunicação seguros e respostas institucionais que não exponham estudantes que relatam situações de violência.

Na prática, a articulação entre educação e saúde pode compreender atividades sobre convivência, reconhecimento de emoções, identificação de redes de apoio e discussão de situações de discriminação. Essas ações devem ser acompanhadas de procedimentos que orientem os profissionais sobre acolhimento e encaminhamento. A participação em debates coletivos não deve exigir que os estudantes relatem publicamente vivências pessoais sensíveis.

A promoção do bem-estar psicossocial também envolve examinar as relações entre os próprios componentes da comunidade escolar. A formação de educadores para reconhecer sinais de sofrimento, combinada com fluxos de cuidado e apoio institucional, pode favorecer respostas mais consistentes. Essa proposição corresponde a uma implicação prática do modelo abrangente de saúde escolar, não a uma estimativa de efetividade específica para o contexto brasileiro (WHO; UNESCO, 2021a).

3.3.3 Saúde sexual e reprodutiva e prevenção do uso de substâncias

A educação em saúde sexual e reprodutiva requer linguagem cientificamente fundamentada, adequada à idade e respeitosa das diferenças. Os conteúdos podem contemplar conhecimento do corpo, limites pessoais, prevenção de violências, relações respeitosas, saúde reprodutiva e acesso a serviços. A abordagem exclusivamente centrada em advertências pode deixar de responder a dúvidas concretas dos estudantes e às barreiras de acesso à informação.

Mason-Jones *et al.* (2016), ao revisar intervenções escolares destinadas à prevenção de infecções sexualmente transmissíveis e gravidez na adolescência, destacam limites das evidências relativas a desfechos biológicos de programas educativos. O achado exige distinguir aquisição de conhecimentos, mudanças comportamentais e resultados clínicos. A melhora da compreensão de determinado conteúdo não comprova automaticamente redução na ocorrência de infecções ou de gravidez.

Essa distinção possui consequências para o planejamento. A informação científica deve ser acompanhada de orientações sobre acesso à rede de saúde, respeitando a privacidade, os direitos e a etapa de desenvolvimento dos estudantes. O diálogo com famílias e

responsáveis pode fortalecer a compreensão dos objetivos pedagógicos, sem que a escola abdique de seu compromisso com informações confiáveis e proteção integral.

No campo da prevenção do uso de álcool, tabaco e outras substâncias, a discussão sobre influência de pares, publicidade e pressões sociais pode complementar a abordagem de riscos. Langford *et al.* (2015) identificaram resultados favoráveis para alguns desfechos relacionados ao tabagismo, mas não demonstraram benefícios uniformes para todos os comportamentos investigados. Assim, os programas precisam definir objetivos específicos e evitar extrapolações entre diferentes substâncias ou contextos.

A PeNSE de 2024 contempla informações sobre comportamentos relacionados ao uso de substâncias e à saúde sexual e reprodutiva, oferecendo subsídios para a identificação de prioridades coletivas (IBGE, 2026). Esses dados descritivos não permitem, isoladamente, atribuir mudanças ao PSE ou identificar quais atividades educativas são mais efetivas. Sua contribuição consiste em informar a contextualização das necessidades da população escolar.

3.3.4 Higiene, saúde bucal e prevenção de agravos

A abordagem de higiene e saúde bucal permite demonstrar de forma concreta a relação entre conhecimentos e condições materiais. O ensino de práticas de higiene depende, para sua realização cotidiana, de acesso à água, instalações sanitárias adequadas e materiais apropriados. Quando esses elementos não estão disponíveis, a aprendizagem pode ocorrer sem a correspondente possibilidade de aplicação.

A integração com a atenção primária possibilita relacionar atividades educativas a informações sobre serviços e formas de acompanhamento. A escola pode contribuir para o reconhecimento de necessidades de cuidado, mas a avaliação clínica e a definição de tratamentos competem aos profissionais habilitados. A qualidade da articulação intersetorial torna-se relevante para evitar que as atividades se limitem à identificação de problemas sem continuidade assistencial (Brasil, 2022).

A prevenção de agravos também comporta dimensões ambientais. Projetos curriculares sobre saneamento, resíduos, água e condições do território podem aproximar conceitos científicos das situações vivenciadas pela comunidade. A discussão deve reconhecer que problemas ambientais demandam respostas coletivas e institucionais, e não apenas alterações no comportamento de crianças e adolescentes.

3.4 Equidade e determinantes sociais da saúde

A equidade constitui uma dimensão analítica indispensável à avaliação das políticas escolares. A oferta de uma mesma atividade a todos os estudantes representa igualdade formal de acesso, mas não garante igualdade de oportunidades para participar ou utilizar os conhecimentos adquiridos. A distribuição de recursos, o acesso aos serviços, as condições de moradia e as relações de discriminação podem interferir no aproveitamento das intervenções.

Moore *et al.* (2015) identificaram resultados heterogêneos quanto aos gradientes socioeconômicos de intervenções escolares universais. Algumas iniciativas apresentaram efeitos mais favoráveis entre estudantes em melhores condições socioeconômicas, enquanto outras apresentaram padrões distintos. A revisão questiona a pressuposição de que uma intervenção universal seja necessariamente redutora de desigualdades e evidencia a importância de analisar os resultados por grupos sociais.

A partir dessa contribuição, propõe-se compreender a universalidade e a equidade como princípios complementares. A oferta universal pode assegurar um núcleo comum de atividades, ao passo que recursos adicionais podem ser destinados às escolas e aos estudantes que enfrentam maiores obstáculos. Essa diferenciação deve ser baseada em necessidades e não produzir rotulação ou exposição indevida de grupos considerados vulneráveis.

A educação em saúde em territórios rurais, por exemplo, pode exigir adaptações de deslocamento das equipes e organização dos encaminhamentos. Em escolas que atendem estudantes com deficiência, a acessibilidade comunicacional e física constitui condição para participação. Em contextos culturalmente diversos, a escolha de materiais e exemplos deve considerar as formas locais de compreensão e expressão, sem reproduzir estereótipos ou desqualificar conhecimentos comunitários.

A disponibilidade de informação digital também precisa ser considerada. Atividades que dependem de dispositivos pessoais ou de conexão domiciliar podem excluir estudantes que não dispõem desses recursos. A inclusão de alternativas impressas, atividades presenciais e equipamentos institucionais constitui uma possibilidade de reduzir obstáculos. Trata-se de uma aplicação do princípio de equidade à organização pedagógica, e não de evidência de que uma modalidade tecnológica seja intrinsecamente superior.

As desigualdades relacionadas à raça, ao gênero, à deficiência e à situação socioeconômica não devem ser tratadas como características isoladas. Diferentes condições podem se combinar e produzir experiências específicas de exclusão. Por isso, a avaliação de resultados exclusivamente agregados pode ocultar diferenças relevantes. A escolha de

indicadores desagregados deve, entretanto, respeitar a confidencialidade e evitar a identificação de estudantes em grupos muito pequenos.

A PeNSE oferece uma base de contextualização para o planejamento de prioridades, mas seu universo de escolares não representa automaticamente todos os adolescentes, especialmente aqueles que estão fora da escola (IBGE, 2026). Essa limitação evidencia que a política escolar precisa dialogar com outras estratégias de proteção social. A escola é um espaço privilegiado de alcance, não um substituto para as demais políticas destinadas à infância e à adolescência.

3.5 Desafios de implementação e sustentabilidade

A institucionalização de programas de saúde escolar demanda condições de trabalho, planejamento e coordenação que ultrapassam a definição de diretrizes gerais. Sousa, Esperidião e Medina (2017) demonstram que relações intersetoriais podem permanecer frágeis mesmo quando existe reconhecimento formal da importância da cooperação. A análise do programa deve, portanto, considerar como as decisões são tomadas, quais atores participam delas e quais responsabilidades são efetivamente assumidas.

A formação continuada constitui uma condição relevante para aproximar os objetivos sanitários das práticas pedagógicas. Profissionais de saúde podem necessitar de apoio para desenvolver atividades adequadas às diferentes etapas escolares; educadores, por sua vez, podem demandar informações atualizadas e orientações sobre os limites de sua atuação. A formação conjunta favorece a construção de uma linguagem compartilhada e permite discutir situações concretas do cotidiano institucional (Brasil, 2022).

A integração curricular representa outro desafio. A realização de ações em datas comemorativas pode contribuir para dar visibilidade a determinado assunto, mas não deve substituir o tratamento continuado dos conteúdos. A inserção no projeto político-pedagógico permite relacionar as atividades a objetivos educacionais, definir responsabilidades e acompanhar a continuidade das intervenções. Essa organização pode também reduzir a dependência de iniciativas individuais de professores ou profissionais de saúde.

A participação estudantil deve ser examinada em sua dimensão substantiva. Consultar estudantes sobre dúvidas, interesses e barreiras pode contribuir para adequar as atividades, enquanto a participação em decisões compatíveis com sua idade pode fortalecer o sentido de pertencimento. A orientação internacional enfatiza o envolvimento da comunidade escolar como elemento de uma abordagem abrangente (WHO; UNESCO, 2021b). A participação não

deve ser confundida com a transferência aos estudantes da responsabilidade por solucionar problemas estruturais.

A cooperação com as famílias requer alternativas de comunicação que considerem jornadas de trabalho, condições de transporte, acesso digital e diferentes arranjos familiares. Convocações restritas a um único horário ou modalidade podem limitar a presença dos responsáveis. A diversificação das oportunidades de participação é uma implicação da perspectiva de equidade, sem pressupor que a ausência em reuniões represente desinteresse pelo cuidado dos filhos.

A sustentabilidade exige ainda que os recursos destinados à política sejam compatíveis com as tarefas atribuídas aos serviços e às escolas. A definição de calendários compartilhados, responsabilidades documentadas e fluxos de substituição de profissionais pode contribuir para preservar a continuidade quando ocorrem mudanças nas equipes. O guia de implementação das escolas promotoras de saúde situa a manutenção e a ampliação das iniciativas entre as questões centrais de implementação (WHO; UNESCO, 2021b).

A expansão territorial do PSE descrita por Fernandes *et al.* (2022) fornece um contexto favorável para a consolidação de ações continuadas. Contudo, a sustentabilidade não deve ser medida apenas pela manutenção da adesão administrativa. O programa precisa conservar condições de funcionamento, qualidade das atividades e articulação com os serviços. A permanência formal de uma política e a permanência de seus efeitos são fenômenos distintos.

3.6 Monitoramento e avaliação das ações de saúde escolar

A avaliação de um programa de educação em saúde requer uma definição clara daquilo que se pretende modificar. Soares *et al.* (2026) contribuem para esse debate ao organizar componentes do PSE por meio de modelização participativa. Uma representação explícita da intervenção permite identificar a relação esperada entre condições estruturais, atividades e resultados, evitando que o julgamento de efetividade seja baseado exclusivamente na existência formal do programa.

Indicadores de estrutura podem abranger disponibilidade de equipes, materiais, condições ambientais e acessibilidade. Indicadores de processo podem examinar planejamento compartilhado, regularidade das atividades, participação dos estudantes e continuidade dos encaminhamentos. Resultados intermediários podem envolver conhecimentos e capacidades de buscar apoio, enquanto desfechos de saúde demandam medidas apropriadas e períodos de acompanhamento compatíveis com sua natureza. Essas

categorias constituem uma proposta analítica para interpretação da literatura, não dados produzidos pelo presente artigo.

A cobertura de atividades é relevante, mas insuficiente como medida isolada. Uma intervenção pode alcançar um número elevado de estudantes sem oferecer condições adequadas de compreensão ou participação. Por outro lado, uma atividade de menor alcance pode atender uma necessidade específica que não seria contemplada em ações universais. A avaliação deve relacionar o alcance à finalidade de cada intervenção, evitando utilizar um único indicador para julgar programas com objetivos diferentes.

A interpretação de mudanças temporais deve considerar fatores externos à intervenção. Alterações na prevalência de determinado comportamento podem decorrer de transformações sociais, campanhas públicas, mudanças econômicas ou outros programas. Os indicadores populacionais da PeNSE permitem acompanhar características da população escolar, mas não identificam isoladamente a contribuição causal de uma ação particular do PSE. A avaliação de efeitos exige desenhos metodológicos apropriados à pergunta investigada (IBGE, 2026; Soares *et al.*, 2026).

A perspectiva da equidade acrescenta a necessidade de observar diferenças na exposição às atividades e nos resultados. Uma melhoria média pode coexistir com a ampliação da distância entre grupos, como sugerem os padrões heterogêneos encontrados por Moore *et al.* (2015). O monitoramento deve considerar simultaneamente cobertura, qualidade e distribuição dos benefícios, respeitando os limites éticos relacionados à utilização de informações de crianças e adolescentes.

Por fim, a avaliação pode constituir instrumento de aprendizagem institucional. A comunicação dos resultados aos profissionais envolvidos permite identificar dificuldades, ajustar materiais e reorganizar responsabilidades. Essa utilização formativa não elimina a necessidade de avaliações externas ou de estudos de efetividade; estabelece, porém, uma conexão entre o conhecimento produzido e as decisões cotidianas necessárias à manutenção das ações.

4 DISCUSSÃO

A literatura examinada converge na compreensão de que a educação em saúde escolar possui potencial de contribuir para o bem-estar quando integrada a intervenções mais abrangentes. Langford *et al.* (2015) oferecem evidências de benefícios em determinados resultados, enquanto WHO e UNESCO (2021a) situam a saúde no conjunto das práticas institucionais da escola. Essas fontes apresentam funções distintas: a primeira sintetiza

avaliações de intervenções, e a segunda estabelece orientações para a organização de políticas e ambientes educativos. A convergência conceitual não torna suas contribuições metodologicamente equivalentes.

No contexto brasileiro, os estudos sobre o PSE evidenciam uma tensão entre institucionalização e qualidade da implementação. Fernandes *et al.* (2022) destacam o percurso de expansão e organização do programa, ao passo que Sousa, Esperidião e Medina (2017) identificam dificuldades de compartilhamento de decisões em um contexto municipal. Os resultados não são contraditórios: referem-se a escalas e objetos de análise diferentes. A expansão nacional pode coexistir com dificuldades locais na construção de práticas genuinamente intersetoriais.

Lopes, Nogueira e Rocha (2018) aprofundam essa interpretação ao questionar a distância entre os fundamentos da promoção da saúde e atividades centradas em prevenção individualizada. Em diálogo com o referencial internacional, essa análise sugere que o problema não reside na presença de ações preventivas, mas em sua utilização como substituto de uma abordagem integral. Atividades de prevenção são pertinentes quando articuladas às necessidades dos estudantes, às condições do ambiente e à continuidade dos serviços.

A modelização do PSE apresentada por Soares *et al.* (2026) contribui para integrar essas dimensões. Ao explicitar os componentes da intervenção, torna-se possível investigar se os resultados esperados são compatíveis com a forma como o programa é executado. Um efeito reduzido pode estar associado tanto a limitações da estratégia proposta quanto à insuficiência de condições para sua implementação. Distinguir essas hipóteses demanda investigações que examinem os processos intermediários, além dos desfechos finais.

A análise das intervenções temáticas confirma a necessidade de cautela na generalização. As revisões de Werner-Seidler *et al.* (2021) e Gaffney, Ttofi e Farrington (2021) apresentam evidências favoráveis a programas escolares de prevenção em saúde mental e enfrentamento ao bullying. Mason-Jones *et al.* (2016), por sua vez, demonstram limites da evidência para determinados resultados biológicos em saúde sexual e reprodutiva. Essa diferença evidencia que a possibilidade de obter resultados depende do desfecho examinado, da intensidade da intervenção e da existência de condições externas para aplicação do conhecimento.

É necessário, portanto, distinguir o desenvolvimento de competências educativas da produção de mudanças clínicas ou epidemiológicas. Uma atividade pode ampliar a compreensão sobre determinado risco sem modificar imediatamente sua ocorrência. Em sentido inverso, uma mudança ambiental pode beneficiar estudantes mesmo quando não é

acompanhada de alterações mensuráveis no conhecimento. A promoção da saúde escolar requer considerar esses diferentes mecanismos sem reduzir o programa a uma única cadeia de efeitos.

No que se refere à desigualdade, a contribuição de Moore *et al.* (2015) estabelece um limite decisivo à interpretação otimista das intervenções universais. A universalização da oferta não equivale à universalização dos benefícios. Quando programas exigem capacidades ou recursos distribuídos de maneira desigual, seus efeitos podem favorecer grupos que já se encontram em melhores condições. Essa observação sustenta a necessidade de integrar medidas de acessibilidade e suporte material às estratégias educativas.

A articulação entre a escola e a atenção primária constitui uma possibilidade de reduzir obstáculos de acesso, desde que os encaminhamentos tenham continuidade. A proximidade institucional pode facilitar a identificação de necessidades, mas não cria automaticamente disponibilidade de atendimento. Uma política escolar voltada à equidade deve considerar a capacidade de resposta da rede, a existência de barreiras territoriais e as condições que permitem às famílias utilizar os serviços. Nessa perspectiva, a educação em saúde atua como componente de uma política mais ampla de garantia de direitos.

As fontes consultadas também permitem identificar lacunas na avaliação da distribuição dos resultados. A revisão narrativa realizada não permite determinar a proporção de estudos brasileiros que analisam efeitos por renda, raça, gênero ou deficiência. Ainda assim, a heterogeneidade relatada na literatura internacional e a complexidade dos contextos de implementação justificam a ampliação de pesquisas especificamente orientadas à equidade. É importante que investigações futuras não se limitem a medir resultados médios ou contabilizar atividades realizadas.

Outra lacuna diz respeito à transferência de evidências internacionais para as escolas públicas brasileiras. As revisões de intervenções abrangem contextos institucionais diversos; por essa razão, seus achados não devem ser interpretados como comprovação direta de efetividade do PSE. A adaptação de programas exige considerar recursos, organização curricular, características culturais e capacidade das redes locais. Estudos de implementação e avaliações de efetividade contextualizadas podem contribuir para preencher essa distância.

A síntese permite defender a complementaridade entre cinco condições: continuidade pedagógica, ambiente institucional favorável, articulação com serviços, participação da comunidade e planejamento orientado à equidade. Essas condições não constituem um ranking de estratégias nem representam componentes cuja contribuição isolada tenha sido quantificada neste trabalho. Correspondem a uma interpretação integrada das evidências e

orientações examinadas, destinada a apoiar a reflexão sobre a qualidade das políticas de saúde escolar.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A literatura descreve a educação em saúde escolar como instrumento potencial de promoção do bem-estar de crianças e adolescentes, especialmente quando vinculada a mudanças institucionais e à articulação entre educação, saúde e comunidade. Em resposta à questão norteadora, conclui-se que sua contribuição para a redução de desigualdades é condicionada pela capacidade de enfrentar barreiras de acesso e participação. Não é possível presumir que a oferta universal de informações produza benefícios equitativos.

A análise da produção científica permitiu reconhecer estratégias promissoras relacionadas à integração curricular, ao desenvolvimento de ambientes protetivos, à prevenção de problemas de saúde mental, ao enfrentamento do bullying e à promoção de hábitos saudáveis. Os resultados variam entre intervenções e desfechos; por isso, a seleção de estratégias deve considerar o contexto escolar, a qualidade das evidências e os recursos necessários à execução.

No Brasil, o PSE constitui uma estrutura institucional relevante para a aproximação entre escolas públicas e serviços de saúde. Seus desafios incluem a coordenação entre setores, a formação continuada, a continuidade das atividades, a disponibilidade de recursos e a avaliação de resultados. O fortalecimento do programa depende de uma compreensão compartilhada das responsabilidades e da incorporação da promoção da saúde ao planejamento das instituições envolvidas.

Como limitações deste estudo, destacam-se a natureza narrativa da revisão, o caráter não exaustivo das buscas, a seleção intencional das fontes e a ausência de avaliação formal da qualidade metodológica. A síntese não permite estimar efeitos quantitativos próprios, estabelecer relações causais ou assegurar representatividade da totalidade da literatura publicada até 2026. Parte das evidências internacionais refere-se a contextos diferentes da rede pública brasileira, o que limita sua transferência direta.

Sugere-se que estudos futuros empreguem protocolos sistemáticos de revisão, investiguem a sustentabilidade das intervenções e examinem resultados desagregados segundo características sociais e territoriais. Também se recomenda aprofundar a avaliação dos mecanismos de articulação entre escolas e atenção primária, a participação dos estudantes e a adequação das atividades às diferentes etapas do desenvolvimento. A produção de

conhecimento nessas dimensões pode subsidiar políticas escolares mais consistentes com a promoção da saúde e a redução de iniquidades.

REFERÊNCIAS

BRASIL. **Decreto nº 6.286, de 5 de dezembro de 2007.** Institui o Programa Saúde na Escola – PSE, e dá outras providências. Brasília, DF: Presidência da República, 2007. Disponível em: https://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/2007/decreto-6286-5-dezembro-2007-565691-publicacaooriginal-89439-pe.html. Acesso em: 23 nov. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde; Ministério da Educação. **Portaria Interministerial nº 1.055, de 25 de abril de 2017.** Redefine as regras e os critérios para adesão ao Programa Saúde na Escola – PSE por estados, Distrito Federal e municípios e dispõe sobre o respectivo incentivo financeiro. Brasília, DF, 2017. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/pri1055_26_04_2017.html. Acesso em: 23 nov. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde; Ministério da Educação. **Caderno do gestor do PSE.** Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2022. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno_gestor_PSE_1ed.pdf. Acesso em: 23 nov. 2026.

BROWN, T. *et al.* Interventions for preventing obesity in children. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, n. 7, CD001871, 2019. Disponível em: https://doi.org/10.1002/14651858.CD001871.pub4. Acesso em: 23 nov. 2026.

FERNANDES, L. A. *et al.* Trajetória dos 15 anos de implementação do Programa Saúde na Escola no Brasil. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 46, n. esp. 3, p. 13-28, 2022. Disponível em: https://doi.org/10.1590/0103-11042022E301. Acesso em: 23 nov. 2026.

GAFFNEY, H.; TTOFI, M. M.; FARRINGTON, D. P. Effectiveness of school-based programs to reduce bullying perpetration and victimization: an updated systematic review and meta-analysis. **Campbell Systematic Reviews**, v. 17, n. 2, e1143, 2021. Disponível em: https://doi.org/10.1002/cl2.1143. Acesso em: 23 nov. 2026.

IBGE. **Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar: 2024.** Rio de Janeiro: IBGE, 2026. Disponível em: https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/populacao/9134-pesquisa-nacional-de-saude-do-escolar.html. Acesso em: 23 nov. 2026.

LANGFORD, R. *et al.* The World Health Organization's Health Promoting Schools framework: a Cochrane systematic review and meta-analysis. **BMC Public Health**, v. 15, art. 130, 2015. Disponível em: https://doi.org/10.1186/s12889-015-1360-y. Acesso em: 23 nov. 2026.

LOPES, I. E.; NOGUEIRA, J. A. D.; ROCHA, D. G. Eixos de ação do Programa Saúde na Escola e Promoção da Saúde: revisão integrativa. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 42, n. 118, p. 773-789, 2018. Disponível em: https://doi.org/10.1590/0103-1104201811819. Acesso em: 23 nov. 2026.

MASON-JONES, A. J. *et al.* School-based interventions for preventing HIV, sexually transmitted infections, and pregnancy in adolescents. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, n. 11, CD006417, 2016. Disponível em: https://doi.org/10.1002/14651858.CD006417.pub3. Acesso em: 23 nov. 2026.

MOORE, G. F. *et al.* Socioeconomic gradients in the effects of universal school-based health behaviour interventions: a systematic review of intervention studies. **BMC Public Health**, v. 15, art. 907, 2015. Disponível em: https://doi.org/10.1186/s12889-015-2244-x. Acesso em: 23 nov. 2026.

SOARES, B. C. *et al.* Programa Saúde na Escola: elaboração e validação participativa da sua modelização. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 50, n. 148, 2026. Disponível em: https://doi.org/10.1590/2358-2898202614810976P. Acesso em: 23 nov. 2026.

SOUSA, M. C.; ESPERIDIÃO, M. A.; MEDINA, M. G. A intersetorialidade no Programa Saúde na Escola: avaliação do processo político-gerencial e das práticas de trabalho. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, n. 6, p. 1781-1790, 2017. Disponível em: https://doi.org/10.1590/1413-81232017226.24262016. Acesso em: 23 nov. 2026.

WERNER-SEIDLER, A. *et al.* School-based depression and anxiety prevention programs: an updated systematic review and meta-analysis. **Clinical Psychology Review**, v. 89, 102079, 2021. Disponível em: https://doi.org/10.1016/j.cpr.2021.102079. Acesso em: 23 nov. 2026.

WHO (WORLD HEALTH ORGANIZATION); UNESCO (UNITED NATIONS EDUCATIONAL, SCIENTIFIC AND CULTURAL ORGANIZATION). **Making every school a health-promoting school: global standards and indicators.** Geneva: WHO, 2021a. Disponível em: https://www.who.int/publications/i/item/9789240025059. Acesso em: 23 nov. 2026.

WHO (WORLD HEALTH ORGANIZATION); UNESCO (UNITED NATIONS EDUCATIONAL, SCIENTIFIC AND CULTURAL ORGANIZATION). **Making every school a health-promoting school: implementation guidance.** Geneva: WHO, 2021b. Disponível em: https://www.who.int/publications/i/item/9789240025073. Acesso em: 23 nov. 2026.