ReGeo ISSN: 2177-3246

PROGRAMA SAÚDE NA ESCOLA EM COMUNIDADES RIBEIRINHAS AMAZÔNICAS: INTERSETORIALIDADE, SABERES LOCAIS E CONTEXTUALIZAÇÃO PEDAGÓGICA

SCHOOL HEALTH PROGRAM IN AMAZONIAN RIVERSIDE COMMUNITIES: INTERSECTORALITY, LOCAL KNOWLEDGE AND PEDAGOGICAL CONTEXTUALIZATION

PROGRAMA SALUD EN LA ESCUELA EN COMUNIDADES RIBEREÑAS AMAZÓNICAS: INTERSECTORIALIDAD, SABERES LOCALES Y CONTEXTUALIZACIÓN PEDAGÓGICA

https://doi.org/10.56238/revgeov17n9-158

Data de submissão: 24/08/2026 **Data de publicação:** 24/09/2026

Jackline Leite de Oliveira
Pós-Graduação em Educação
Instituição: Universidade Estácio de Sá (UNESA)
E-mail: leitenefermeira7@gmail.com

Jorge Felipe Fonseca Moreira
Instituição: Universidade Estácio de Sá (UNESA)
Endereço: Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, Brasil
E-mail: jorgecoluma@gmail.com

RESUMO

Este artigo analisou os desafios e as possibilidades de implementação do Programa Saúde na Escola em comunidades ribeirinhas amazônicas, com ênfase na intersetorialidade, na valorização dos saberes locais e na contextualização pedagógica. Realizou-se uma revisão narrativa crítica, de abordagem qualitativa, apoiada em documentos normativos do programa e em produções científicas publicadas entre 2012 e 2025 sobre saúde escolar, formação docente, ação intersetorial e condições educacionais e sanitárias de populações ribeirinhas. A análise foi organizada em quatro eixos: governança intersetorial, continuidade das ações, adequação territorial e mediação docente. Os estudos indicam que o programa costuma ser reconhecido como relevante, mas permanece frequentemente associado a ações pontuais, planejadas pelo setor saúde, com participação limitada dos professores e pouca incorporação ao currículo. Nos territórios ribeirinhos, distâncias fluviais, sazonalidade, precariedade de serviços e diversidade sociocultural ampliam essas limitações. Conclui-se que a efetividade do programa depende de planejamento compartilhado, formação continuada, participação comunitária e articulação entre conhecimento científico e práticas locais de cuidado.

Palavras-chave: Programa Saúde na Escola. Comunidades Ribeirinhas. Intersetorialidade.

ABSTRACT

This article analyzed the challenges and possibilities of implementing the School Health Program in Amazonian riverside communities, emphasizing intersectoral action, the recognition of local knowledge, and pedagogical contextualization. A critical narrative review with a qualitative approach was conducted, based on the program's regulatory documents and scientific publications issued between 2012 and 2025 on school health, teacher education, intersectoral action, and the educational and health conditions of riverside populations. The analysis was organized into four axes: intersectoral governance, continuity of actions, territorial adequacy, and teacher mediation. The studies indicate that

the program is generally considered relevant, but it often remains associated with isolated activities planned by the health sector, with limited teacher participation and weak incorporation into the curriculum. In riverside territories, river-based distances, seasonality, service shortages, and sociocultural diversity intensify these limitations. The study concludes that the program's effectiveness depends on shared planning, continuing education, community participation, and articulation between scientific knowledge and local care practices.

Keywords: School Health Program. Riverside Communities. Intersectorality.

RESUMEN

Este artículo analizó los desafíos y las posibilidades de implementación del Programa Salud en la Escuela en comunidades ribereñas amazónicas, con énfasis en la intersectorialidad, la valoración de los saberes locales y la contextualización pedagógica. Se realizó una revisión narrativa crítica, de enfoque cualitativo, basada en documentos normativos del programa y en publicaciones científicas de 2012 a 2025 sobre salud escolar, formación docente, acción intersectorial y condiciones educativas y sanitarias de poblaciones ribereñas. El análisis se organizó en cuatro ejes: gobernanza intersectorial, continuidad de las acciones, adecuación territorial y mediación docente. Los estudios señalan que el programa suele ser reconocido como relevante, pero permanece asociado a acciones puntuales, planificadas por el sector salud, con participación limitada de los profesores y escasa incorporación al currículo. En los territorios ribereños, las distancias fluviales, la estacionalidad, la precariedad de los servicios y la diversidad sociocultural intensifican esas limitaciones. Se concluye que la efectividad del programa depende de planificación compartida, formación continua, participación comunitaria y articulación entre conocimiento científico y prácticas locales de cuidado.

Palabras clave: Programa Salud en la Escuela. Comunidades Ribereñas. Intersectorialidad.

1 INTRODUÇÃO

A articulação entre saúde e educação ocupa posição estratégica nas políticas destinadas à formação integral de crianças e adolescentes. A escola reúne sujeitos, práticas e vínculos comunitários que permitem tratar a saúde como dimensão da cidadania, e não apenas como ausência de doença. No Brasil, essa perspectiva foi institucionalizada pelo Programa Saúde na Escola (PSE), criado pelo Decreto nº 6.286, de 5 de dezembro de 2007, e posteriormente regulamentado pela Portaria Interministerial nº 1.055, de 25 de abril de 2017. O programa prevê a atuação conjunta das redes públicas de saúde e educação, com planejamento territorial, promoção da saúde, prevenção de agravos e acompanhamento das necessidades dos estudantes (BRASIL, 2007; BRASIL, 2017).

O desenho normativo do PSE pressupõe corresponsabilidade. A unidade de saúde não deveria apenas ingressar na escola para executar procedimentos, assim como a instituição educacional não deveria funcionar como espaço passivo de recepção. O programa depende da identificação compartilhada de problemas, da definição conjunta de prioridades, da participação de estudantes e famílias e da incorporação das ações aos projetos pedagógicos. A experiência acumulada, entretanto, revela que a intersetorialidade prevista nos documentos oficiais nem sempre se converte em prática cotidiana. Estudos realizados em diferentes municípios identificaram planejamento concentrado em um setor, fragilidade dos vínculos entre equipes e pouca participação docente na concepção das atividades (CHIARI APG, *et al.*, 2018; OLIVEIRA FPSL, *et al.*, 2022).

Essas dificuldades assumem características particulares nas comunidades ribeirinhas amazônicas. O território é organizado pela relação com os rios, pelas variações de cheia e vazante, pelas formas locais de trabalho, pelas redes de parentesco e pela circulação de conhecimentos construídos na vida comunitária. As distâncias fluviais, a disponibilidade irregular de transporte, as limitações de infraestrutura e a concentração de serviços em áreas urbanas interferem tanto no acesso à saúde quanto na continuidade escolar. Tais condições não constituem elementos periféricos do problema, pois definem os tempos, os recursos e as possibilidades concretas de qualquer política pública desenvolvida nesses espaços (FERNANDES JSN e MOSER L, 2021; CASTRO AC, *et al.*, 2021).

As ações de educação em saúde também se relacionam aos modos pelos quais a comunidade compreende o corpo, o ambiente, a alimentação, a prevenção e o cuidado. Informações sobre qualidade da água, doenças transmissíveis, higiene, vacinação, saúde sexual, alimentação ou saúde mental não chegam a um espaço desprovido de saberes. Elas encontram experiências familiares, práticas tradicionais, memórias coletivas e conhecimentos formados na relação cotidiana com a floresta e com as águas. Quando o programa ignora essa base social, tende a reduzir a educação em saúde à

transmissão de recomendações prontas. Quando a reconhece, pode criar processos de aprendizagem capazes de articular ciência, experiência e participação.

A literatura sobre o PSE mostra que professores e estudantes frequentemente reconhecem a importância do programa, mas descrevem atividades pontuais e pouco integradas à dinâmica escolar. LEITE CT, *et al.* (2015) identificaram uma percepção assistencialista das ações, associada a avaliações clínicas e à escassa integração entre profissionais. OLIVEIRA FPSL, *et al.* (2018) observaram que estudantes recebiam as atividades como cuidado ou benefício, porém com protagonismo limitado. PINTO MB e SILVA KL (2020), por sua vez, demonstraram a permanência de discursos médico-sanitários e clínico-biológicos na abordagem escolar da saúde. Esses achados indicam que a existência formal de uma política intersetorial não assegura, por si só, uma prática educativa crítica e contextualizada.

No caso ribeirinho, o desafio consiste em evitar que modelos pensados a partir de realidades urbanas sejam simplesmente transferidos para escolas marcadas por outras temporalidades, condições de acesso e referências culturais. A definição de conteúdos, metodologias e calendários precisa considerar o território e a participação dos sujeitos que nele vivem. O professor ocupa posição relevante nesse processo, não como substituto do profissional de saúde, mas como mediador pedagógico capaz de relacionar os temas do programa ao currículo, às experiências dos estudantes e aos problemas concretos da comunidade.

Diante desse quadro, formulou-se a seguinte questão: quais condições teóricas e operacionais são necessárias para que o Programa Saúde na Escola desenvolva ações intersetoriais, territorialmente contextualizadas e pedagogicamente integradas em comunidades ribeirinhas amazônicas? O objetivo do artigo é analisar os desafios e as possibilidades de implementação do PSE nesses territórios, destacando a governança intersetorial, a continuidade das ações, a valorização dos saberes locais e a formação dos professores.

2 MÉTODOS

Trata-se de uma revisão narrativa crítica, de abordagem qualitativa. Essa modalidade foi escolhida porque permite examinar conceitos, resultados empíricos e documentos normativos de naturezas distintas, articulando-os em torno de um problema teórico e político. Diferentemente de uma revisão sistemática voltada à mensuração exaustiva da produção, a revisão narrativa favorece a interpretação de tendências, contradições e implicações para a prática, desde que os critérios de seleção e o percurso analítico sejam explicitados (ROTHER ET, 2007).

A busca foi realizada nas bases SciELO, Biblioteca Virtual em Saúde, Portal de Periódicos da Capes e Google Scholar. Foram utilizados, isoladamente e em combinações, os termos “Programa Saúde na Escola”, “educação em saúde”, “intersetorialidade”, “professores”, “formação docente”, “comunidades ribeirinhas”, “Amazônia”, “escola ribeirinha” e seus correspondentes em inglês e espanhol. O recorte principal compreendeu publicações entre 2012 e 2025, período que permite observar a consolidação do PSE e debates recentes sobre formação docente e contextualização territorial. Também foram incluídos o decreto de criação do programa e a portaria que redefiniu suas regras de adesão e funcionamento.

Foram selecionados artigos e revisões com texto completo que abordassem ao menos um dos seguintes aspectos: implementação do PSE; colaboração entre profissionais de saúde e educação; concepções docentes sobre saúde; participação de estudantes; formação de professores; acesso a políticas públicas em comunidades ribeirinhas; ou relações entre território, cultura e educação básica na Amazônia. Foram excluídos estudos exclusivamente clínicos, epidemiológicos ou assistenciais que não discutissem processos educativos, participação social ou organização intersetorial.

A leitura analítica foi organizada em quatro eixos: governança intersetorial; continuidade e integração das ações ao cotidiano escolar; adequação territorial e reconhecimento dos saberes locais; e formação e mediação docente. Os textos foram comparados quanto aos problemas identificados, às estratégias descritas e às implicações para escolas ribeirinhas. Por se tratar de pesquisa bibliográfica e documental com fontes públicas, não houve participação direta de seres humanos, não sendo necessária submissão a comitê de ética.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

3.1 INTERSETORIALIDADE ENTRE NORMA E PRÁTICA

A intersetorialidade constitui o princípio organizador do PSE. O programa foi concebido para produzir uma ação pública que ultrapassasse a simples presença simultânea de saúde e educação no mesmo território. Isso exige diagnóstico compartilhado, distribuição de responsabilidades, comunicação regular e avaliação conjunta. A literatura, contudo, mostra que muitas experiências permanecem no nível da cooperação ocasional. Um setor define a atividade, o outro disponibiliza espaço ou público, e a ação se encerra sem continuidade pedagógica ou assistencial.

CHIARI APG, *et al.* (2018) identificaram mecanismos formais capazes de sustentar a coordenação entre saúde e educação, mas observaram baixa utilização desses instrumentos e predomínio da lógica setorial entre gestores. A pesquisa mostrou que a existência de grupos intersetoriais, atribuições regulamentadas e sistemas de acompanhamento não garante a construção

cotidiana de decisões compartilhadas. Quando os profissionais continuam respondendo apenas às prioridades de seus próprios setores, o programa se fragmenta e perde capacidade de atuar sobre problemas complexos.

Em estudo com profissionais de unidades básicas, escolas e instâncias regionais de gestão, OLIVEIRA FPSL, *et al.* (2022) encontraram práticas classificadas como multissetoriais, mas sem soma efetiva de esforços e coparticipação. O planejamento era frequentemente realizado por um único profissional ou setor, com baixo vínculo entre as equipes. Esse resultado é importante porque distingue a justaposição de atividades da intersetorialidade propriamente dita. Realizar uma palestra, uma triagem ou uma campanha dentro da escola não significa que o problema tenha sido construído como responsabilidade comum.

A percepção dos professores confirma esse descompasso. No estudo de LEITE CT, *et al.* (2015), o programa foi associado a avaliações clínicas e ações que não se integravam ao que a escola já desenvolvia. A reduzida participação docente no planejamento favoreceu a compreensão do PSE como iniciativa externa, vinculada aos profissionais da saúde. Essa representação produz efeitos concretos: os professores tendem a atuar como organizadores da turma ou facilitadores logísticos, e não como participantes da definição dos objetivos educativos.

A experiência descrita por SANTIAGO LM, *et al.* (2012) indica, por outro lado, que a aproximação entre equipe de Saúde da Família, docentes e estudantes pode ampliar o alcance das atividades. A implantação incluiu seminário com os profissionais, oficinas e ações de avaliação, permitindo maior contato entre os adolescentes e a equipe de saúde. O aspecto mais relevante não foi a quantidade de procedimentos, mas a construção de um espaço em que os profissionais reconheceram seu papel educativo e a escola participou da implantação.

Em comunidades ribeirinhas, a fragilidade da articulação institucional tende a produzir efeitos ainda mais severos. O deslocamento das equipes pode exigir planejamento de transporte, combustível, tempo de viagem, condições climáticas e disponibilidade da escola. Quando não existe calendário pactuado, uma atividade cancelada pode levar meses para ser retomada. A intersetorialidade precisa começar antes da chegada da equipe ao território, envolvendo a organização logística, a definição das prioridades e a previsão de continuidade após a ação presencial.

3.2 TERRITÓRIO RIBEIRINHO E CONTINUIDADE DAS AÇÕES

As comunidades ribeirinhas não podem ser compreendidas apenas como populações localizadas às margens de rios. O território reúne relações históricas, formas de trabalho, práticas de subsistência, pertencimentos e desigualdades construídas ao longo da ocupação amazônica.

FERNANDES JSN e MOSER L (2021) demonstram que a formação socio-histórica da região foi marcada pela exploração de recursos e pela marginalização de povos amazônicos, o que ajuda a explicar a permanência de limitações no acesso a direitos sociais.

No campo educacional, CASTRO AC, *et al.* (2021) ressaltam problemas de infraestrutura, transporte, permanência de profissionais e inadequação curricular em escolas ribeirinhas do Amapá. A escola precisa funcionar em condições que não são equivalentes às dos centros urbanos. O deslocamento dos estudantes, a oferta de materiais, a rotatividade docente e as mudanças no nível dos rios interferem na organização do trabalho pedagógico. Uma ação de saúde que desconsidere essas condições pode ser formalmente realizada, mas permanecer sem conexão com o cotidiano escolar.

A saúde também é atravessada por barreiras territoriais. A revisão de SANTOS IO, *et al.* (2021) apontou dificuldades frequentes de acesso, insuficiente preparo das equipes e necessidade de serviços que considerem diferenças culturais e determinantes sociais. A presença esporádica de profissionais não substitui redes regulares de cuidado. No âmbito do PSE, isso significa que ações educativas precisam estar associadas a fluxos de referência, retorno das informações e acompanhamento dos casos identificados.

A continuidade deve ser compreendida em duas dimensões. A primeira é assistencial: estudantes avaliados ou encaminhados precisam receber acompanhamento e retorno. A segunda é pedagógica: os temas abordados não podem desaparecer após a visita da equipe. Quando a escola retoma os conteúdos em projetos, componentes curriculares e atividades comunitárias, a ação deixa de ser evento isolado e passa a integrar um processo formativo. Essa continuidade depende da participação dos professores e da disponibilidade de materiais adequados ao território.

A sazonalidade amazônica também deve orientar o planejamento. Temas relacionados à qualidade da água, doenças diarreicas, acidentes, alimentação, vetores, saúde ambiental e mobilidade podem adquirir maior relevância em determinados períodos. O calendário do programa precisa dialogar com o regime das águas, com as atividades produtivas e com as condições de deslocamento. A padronização nacional das linhas de cuidado não impede a adaptação local; ao contrário, a territorialização é condição para que as diretrizes gerais se tornem operacionais.

A escola ribeirinha pode atuar como ponto de circulação de informações e articulação comunitária. Em localidades distantes dos serviços, ela frequentemente reúne estudantes, famílias, professores e lideranças em torno de atividades coletivas. Essa centralidade amplia a responsabilidade do PSE, mas também oferece uma oportunidade: ações construídas com a comunidade podem alcançar o ambiente familiar e fortalecer práticas de prevenção e cuidado que não dependam exclusivamente da presença eventual de equipes externas.

3.3 SABERES LOCAIS E CONTEXTUALIZAÇÃO PEDAGÓGICA

A educação em saúde perde potência quando é reduzida à transmissão de orientações sobre comportamentos individuais. PINTO MB e SILVA KL (2020) identificaram o predomínio de discursos médico-sanitários e clínico-biológicos entre professores, com saúde representada como ausência de doença e prevenção de riscos. Nessas abordagens, as atividades tendem a enfatizar higiene, hábitos e mudanças de conduta, deixando em segundo plano as condições sociais, ambientais e econômicas que produzem saúde ou adoecimento.

O estudo nacional de FERNANDES WR, *et al.* (2022), realizado com professores e profissionais de saúde de diferentes regiões, mostrou que ações voltadas à prevenção de arboviroses muitas vezes não incorporavam conhecimentos comunitários e eram organizadas a partir de conteúdos previamente definidos. Os autores observaram fragilidade da articulação intersetorial e permanência de um modelo informativo. O achado é especialmente relevante para territórios amazônicos, nos quais os fenômenos ambientais e as práticas cotidianas precisam integrar a própria construção do problema educativo.

Contextualizar não significa validar de maneira acrítica todo conhecimento local, nem substituir a ciência por experiências tradicionais. Significa reconhecer que a aprendizagem ocorre quando informações novas encontram referências já presentes na vida social. A qualidade da água pode ser discutida a partir das fontes utilizadas pela comunidade; a alimentação saudável, a partir da disponibilidade real de alimentos e das práticas produtivas; a prevenção de acidentes, a partir dos deslocamentos fluviais; a saúde ambiental, a partir do descarte de resíduos, do saneamento e das mudanças no território.

A pedagogia dialógica proposta por FREIRE P (1996) oferece uma orientação consistente para esse trabalho. O conhecimento não é depositado em sujeitos considerados vazios, mas construído por meio da problematização da realidade. Aplicada ao PSE, essa perspectiva exige escuta, participação e elaboração conjunta de perguntas. A equipe de saúde contribui com conhecimentos técnicos; os professores oferecem mediação pedagógica e conhecimento da turma; estudantes e famílias apresentam experiências, dúvidas e práticas do território.

A valorização dos saberes locais também possui dimensão ética. Comunidades historicamente submetidas à invisibilidade institucional podem interpretar ações externas como mais uma forma de imposição. Linguagem técnica, materiais produzidos para realidades urbanas e recomendações incompatíveis com os recursos disponíveis reforçam distâncias entre política pública e comunidade. A contextualização, portanto, não é recurso meramente didático, mas condição para o respeito aos sujeitos e para a construção de confiança.

Ao mesmo tempo, o diálogo permite problematizar práticas que oferecem riscos ou reproduzem desinformação. O reconhecimento da cultura não impede o debate crítico. A escola pode comparar explicações, investigar evidências, produzir registros e construir alternativas compatíveis com as condições locais. O ponto central é substituir a oposição rígida entre saber científico e saber comunitário por uma relação pedagógica que permita análise, negociação de sentidos e tomada de decisões informadas.

3.4 FORMAÇÃO DOCENTE E INTEGRAÇÃO CURRICULAR

A participação dos professores não pode ser presumida apenas porque as ações ocorrem na escola. A educação em saúde envolve conceitos, valores, práticas sociais e escolhas metodológicas que demandam formação. SCHWINGEL TCPG e ARAÚJO MCP (2021) demonstram que a produção científica sobre o tema aponta para a necessidade de articular conhecimentos, valores e práticas na formação docente. Abordagens centradas apenas na informação biomédica não oferecem instrumentos suficientes para trabalhar a saúde como tema transversal e socialmente situado.

A revisão de SILVA WA e PATINO AG (2025) reforça esse diagnóstico. Os estudos analisados indicaram que professores e estudantes de licenciatura não se percebiam adequadamente preparados para atuar como facilitadores da educação em saúde e não possuíam ferramentas metodológicas para integrá-la à prática escolar. A insuficiência não se limita ao domínio de conteúdos. Envolve planejamento interdisciplinar, trabalho com controvérsias, participação dos estudantes e capacidade de relacionar saúde às condições de vida.

Nas comunidades ribeirinhas, a formação continuada precisa incorporar o conhecimento do território. Cursos genéricos, organizados sem escuta prévia, podem repetir a mesma lógica verticalizada criticada nas ações do programa. A formação deve partir de situações encontradas nas escolas, reunir profissionais da educação e da saúde e produzir materiais que possam ser utilizados após os encontros. Estudos de caso, cartografias do território, projetos investigativos e sequências didáticas contextualizadas são estratégias possíveis.

O professor não deve receber a responsabilidade isolada pela saúde dos estudantes. Seu papel é pedagógico e se desenvolve em colaboração com equipes de atenção primária, gestão escolar, famílias e comunidade. A corresponsabilidade impede dois extremos: a transferência integral do tema para o setor saúde e a expectativa de que a escola resolva problemas que dependem de assistência, infraestrutura e políticas sociais. Uma divisão clara de responsabilidades fortalece a ação conjunta.

A integração curricular também precisa superar a concentração dos temas de saúde em disciplinas específicas. Embora ciências e educação física ofereçam possibilidades importantes,

questões como ambiente, alimentação, trabalho, sexualidade, direitos, comunicação e desigualdade atravessam diferentes componentes. Projetos interdisciplinares podem vincular conteúdos do PSE à leitura, produção textual, matemática, história, geografia e artes, preservando os objetivos de aprendizagem e evitando a sobreposição de atividades desconectadas.

A inclusão das ações no projeto político-pedagógico oferece maior estabilidade. O documento pode registrar prioridades locais, responsabilidades, formas de participação, temas recorrentes e estratégias de avaliação. Isso reduz a dependência de iniciativas individuais e permite que mudanças de profissionais não interrompam completamente o processo. Em territórios com rotatividade de equipes, a institucionalização das rotinas é essencial para preservar a memória do programa.

3.5 SÍNTESE ANALÍTICA E DIRETRIZES DE IMPLEMENTAÇÃO

A leitura conjunta das produções indica que a efetividade do PSE em comunidades ribeirinhas depende menos da ampliação do número de ações isoladas e mais da qualidade das relações institucionais e pedagógicas. As limitações recorrentes podem ser agrupadas em cinco dimensões: governança, continuidade, território, mediação docente e participação comunitária. Cada uma delas exige respostas específicas, mas articuladas entre si.

Na governança, é necessário fortalecer instâncias locais de planejamento, com representantes da saúde, da educação e da comunidade. A definição anual de prioridades deve ser precedida por diagnóstico territorial, e as decisões precisam resultar em calendário, responsabilidades e formas de registro. Reuniões breves e regulares podem ser mais produtivas do que grandes encontros esporádicos, desde que produzam encaminhamentos e retorno.

Quanto à continuidade, cada atividade deve prever o que acontece antes e depois da presença da equipe. A escola pode preparar o tema, registrar dúvidas e identificar situações relevantes. Após a ação, os professores podem retomar os conteúdos, enquanto a equipe de saúde acompanha encaminhamentos e devolve informações. A inexistência de retorno é uma das razões pelas quais o programa é percebido como evento desconectado.

Na dimensão territorial, materiais, linguagem e temas precisam refletir as condições de vida locais. O planejamento deve considerar o regime das águas, o transporte, os recursos disponíveis, as práticas produtivas e as vulnerabilidades sanitárias. Recomendações inviáveis ou descontextualizadas enfraquecem a confiança e dificultam a apropriação do conhecimento.

A mediação docente requer formação continuada e tempo institucional para planejamento. Professores precisam participar da escolha das metodologias e da construção de materiais. A participação comunitária, por sua vez, deve ultrapassar a convocação para assistir a atividades.

Famílias, estudantes e lideranças podem contribuir para o diagnóstico, a seleção de prioridades, a produção de soluções e a avaliação dos resultados.

Tabela 1. Dimensões críticas e diretrizes para o PSE em comunidades ribeirinhas amazônicas.

Dimensão	Limitação recorrente	Implicação no território ribeirinho	Diretriz de implementação
Governança intersetorial	Planejamento concentrado em um setor.	Ações desconectadas das necessidades e da logística local.	Comitê local, diagnóstico compartilhado e calendário pactuado.
Continuidade	Atividades pontuais, sem retorno ou acompanhamento.	Longos intervalos entre visitas e perda dos encaminhamentos.	Prever preparação, ação, devolutiva e seguimento.
Território e cultura	Materiais e recomendações padronizados.	Baixa aderência às condições de mobilidade, alimentação e cuidado.	Adaptar temas, linguagem e metodologias ao contexto das águas.
Mediação docente	Professor restrito ao apoio logístico.	Pouca integração ao currículo e às experiências dos estudantes.	Formação conjunta e inclusão das ações no projeto pedagógico.
Participação comunitária	Famílias e estudantes como receptores passivos.	Fragilidade do vínculo e baixa apropriação das ações.	Participação no diagnóstico, na decisão e na avaliação.

Fonte: Elaboração da autora, com base na revisão realizada (2026).

A tabela sintetiza uma mudança de orientação. Em vez de tratar o PSE como conjunto de procedimentos a serem levados à escola, propõe-se compreendê-lo como processo territorial de formação e cuidado. Isso não elimina avaliações, campanhas ou atendimentos, mas os insere em uma sequência de diagnóstico, educação, acompanhamento e avaliação. A dimensão clínica passa a dialogar com a dimensão pedagógica, sem substituí-la.

A avaliação do programa também precisa considerar indicadores qualitativos. O número de atividades e estudantes alcançados é importante, mas insuficiente. Devem ser observados a participação dos professores, a incorporação ao currículo, a qualidade das devolutivas, a continuidade dos encaminhamentos e a capacidade de estudantes e famílias compreenderem e utilizarem os conhecimentos discutidos. Em territórios ribeirinhos, a avaliação precisa registrar ainda as condições de acesso e as adaptações realizadas.

A principal limitação desta revisão reside na reduzida quantidade de estudos que abordam simultaneamente PSE, docência e comunidades ribeirinhas. Grande parte das evidências sobre intersetorialidade foi produzida em contextos urbanos, enquanto os trabalhos sobre educação e saúde ribeirinhas nem sempre analisam o programa. Essa lacuna reforça a necessidade de pesquisas de campo que escutem professores, profissionais de saúde, estudantes e famílias em diferentes territórios amazônicos.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O Programa Saúde na Escola oferece uma base institucional relevante para integrar promoção da saúde, prevenção de agravos e formação integral. A análise realizada, contudo, mostra que sua presença formal nas redes públicas não assegura uma prática intersetorial. Persistem ações pontuais, planejamento concentrado no setor saúde, baixa participação docente, fragilidade das devolutivas e reduzida integração ao currículo.

Nas comunidades ribeirinhas amazônicas, essas limitações se combinam a distâncias fluviais, sazonalidade, precariedade de serviços e condições socioculturais específicas. Por isso, a simples reprodução de agendas e materiais elaborados para contextos urbanos não responde às necessidades locais. A territorialização deve orientar a definição de temas, metodologias, calendários, fluxos de acompanhamento e formas de participação.

A valorização dos saberes locais não representa recusa do conhecimento científico. Ela cria condições para que as informações sejam compreendidas, discutidas e incorporadas às práticas cotidianas. O professor ocupa papel decisivo como mediador pedagógico, desde que receba formação, participe do planejamento e não seja responsabilizado isoladamente por questões que dependem da atuação conjunta de saúde, educação, assistência e gestão pública.

Conclui-se que um PSE efetivo em territórios ribeirinhos precisa ser contínuo, comunitário e curricularmente integrado. O fortalecimento de comitês locais, o planejamento compartilhado, a formação conjunta das equipes, a participação de estudantes e famílias e a avaliação qualitativa das ações constituem caminhos para superar o modelo episódico e assistencialista. A produção de pesquisas empíricas nesses territórios é necessária para aprofundar a compreensão das práticas, identificar diferenças entre comunidades e apoiar políticas mais sensíveis à diversidade amazônica.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Decreto nº 6.286, de 5 de dezembro de 2007. Institui o Programa Saúde na Escola e dá outras providências. Brasília, DF: Presidência da República, 2007.

BRASIL. Portaria Interministerial nº 1.055, de 25 de abril de 2017. Redefine as regras e os critérios para adesão ao Programa Saúde na Escola. Brasília, DF: Ministério da Saúde; Ministério da Educação, 2017.

CASTRO AC, SOUZA JÚNIOR RIJ, LOBATO EB. A educação básica nas comunidades ribeirinhas do Estado do Amapá. Práticas Educativas, Memórias e Oralidades, 2021; 3(1): e317081.

CHIARI APG, *et al.* Rede intersetorial do Programa Saúde na Escola: sujeitos, percepções e práticas. Cadernos de Saúde Pública, 2018; 34(5): e00104217.

FERNANDES JSN, MOSER L. Comunidades tradicionais: a formação socio-histórica na Amazônia e o (não) lugar das comunidades ribeirinhas. Revista Katálysis, 2021; 24(3): 532-541.

FERNANDES WR, *et al.* Programa Saúde na Escola: desafios da educação em saúde para prevenir Dengue, Zika e Chikungunya. Saúde em Debate, 2022; 46(spe3): 179-189.

FREIRE P. Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa. São Paulo: Paz e Terra, 1996; 148p.

LEITE CT, MACHADO MFAS, VIEIRA RP, *et al.* Programa Saúde na Escola: percepções dos professores. Investigación y Educación en Enfermería, 2015; 33(2): 280-287.

OLIVEIRA FPSL, *et al.* Integração das ações do Programa Saúde na Escola entre profissionais da saúde e da educação: um estudo de caso em Belo Horizonte, Minas Gerais. Saúde em Debate, 2022; 46(spe3): 72-86.

OLIVEIRA FPSL, VARGAS AMD, HARTZ ZMA, *et al.* Percepção de escolares do ensino fundamental sobre o Programa Saúde na Escola: um estudo de caso em Belo Horizonte, Brasil. Ciência & Saúde Coletiva, 2018; 23(9): 2891-2898.

PINTO MB, SILVA KL. Promoção da saúde na escola: discursos, representações e abordagens. Revista Brasileira de Enfermagem, 2020; 73(3): e20180774.

ROTHER ET. Revisão sistemática versus revisão narrativa. Acta Paulista de Enfermagem, 2007; 20(2): v-vi.

SANTIAGO LM, RODRIGUES MTP, OLIVEIRA JÚNIOR AD, MOREIRA TMM. Implantação do Programa Saúde na Escola em Fortaleza-CE: atuação de equipe da Estratégia Saúde da Família. Revista Brasileira de Enfermagem, 2012; 65(6): 1026-1029.

SANTOS IO, RABELLO RED, CORRÊA RG, *et al.* Avanços e desafios na saúde das populações ribeirinhas na região amazônica: uma revisão integrativa. Revista de APS, 2021; 24(supl. 1): 185-199.

SCHWINGEL TCPG, ARAÚJO MCP. Educação em Saúde na escola: conhecimentos, valores e práticas na formação de professores. Revista Brasileira de Estudos Pedagógicos, 2021; 102(261): 465-485.

SILVA WA, PATINO AG. Formação em educação em saúde: percepção de professores de educação básica e estudantes de licenciatura. Educação e Pesquisa, 2025; 51: e286999.