

SAÚDE CARDIOVASCULAR NA INFÂNCIA E NA ADOLESCÊNCIA: O PAPEL DA ESCOLA NA PREVENÇÃO PRECOCE DOS FATORES DE RISCO

CARDIOVASCULAR HEALTH IN CHILDHOOD AND ADOLESCENCE: THE ROLE OF THE SCHOOL IN THE EARLY PREVENTION OF RISK FACTORS

 <https://doi.org/10.63330/sasciencesv6n2-221>

Submetido em: 03/09/2026 e Publicado em: 02/10/2026

SAS: e26447

Marlene Menezes de Souza Teixeira

Doutora em Educação e Ensino: Química da Vida e Saúde
Universidade Federal do Rio Grande do Sul – UFRGS, Brasil

Vínculo Institucional: Grupo de Pesquisa Políticas Públicas em Educação e Saúde – GPPES/Centro
Universitário Dr. Leão Sampaio – UNILEÃO, Brasil

E-mail: marlenesouza@leaosampai.edu.br

Lattes: <http://lattes.cnpq.br/5043828704040203>

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-1546-3257>

Maria Jeanne de Alencar Tavares

Mestra em Educação

Universidad Tecnológica Intercontinental – UTIC, Paraguai

Vínculo Institucional: Grupo de Pesquisa Políticas Públicas em Educação e Saúde – GPPES/Centro
Universitário Dr. Leão Sampaio – UNILEÃO, Brasil

E-mail: jeannetavares@leaosampaio.edu.br

Lattes: <http://lattes.cnpq.br/4852865879580038>

Nadja França Menezes da Costa

Mestra em Saúde da Criança e do Adolescente

Universidade Estadual do Ceará - UECE, Brasil

Vínculo Institucional: Grupo de Pesquisa Políticas Públicas em Educação e Saúde – GPPES/Centro
Universitário Dr. Leão Sampaio – UNILEÃO, Brasil

E-mail: nadjafranca@leaosampaio.edu.br

Lattes: <http://lattes.cnpq.br/5240213952302967>

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-6630-028X>

Marta Coelho Bezerra Dantas

Mestra em Ensino em Saúde

Centro Universitário Dr. Leão Sampaio – UNILEÃO, Brasil

Vínculo Institucional: Grupo de Pesquisa Políticas Públicas em Educação e Saúde – GPPES/Centro
Universitário Dr. Leão Sampaio – UNILEÃO, Brasil

E-mail: martha_30jpeg@hotmail.com

Lattes: <http://lattes.cnpq.br/5688263542829028>

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-1679-408X>



Adriana Romão Moreira de Souza

Mestranda em Ensino em Saúde

Centro Universitário Dr. Leão Sampaio – UNILEÃO, Brasil

Vínculo Institucional: Grupo de Pesquisa Políticas Públicas em Educação e Saúde – GPPES/Centro

Universitário Dr. Leão Sampaio – UNILEÃO, Brasil

E-mail: drcapsicologa10@gmail.com

Lattes: <http://lattes.cnpq.br/9634906436581707>

ORCID: <https://orcid.org/0009-0002-1883-9608>

Joeferson Alves Pinheiro

Mestrando em Ensino em Saúde

Centro Universitário Dr. Leão Sampaio – UNILEÃO, Brasil

Vínculo Institucional: Grupo de Pesquisa Políticas Públicas em Educação e Saúde – GPPES/Centro

Universitário Dr. Leão Sampaio – UNILEÃO, Brasil

E-mail: joeepinheiro@gmail.com

Lattes: <http://lattes.cnpq.br/2238834821322288>

ORCID: <https://orcid.org/0009-0002-1448-6008>

Ryan Peixoto Cruz

Pós-Graduando em Docência do Ensino Superior

Centro Universitário Dr. Leão Sampaio – UNILEÃO, Brasil

Vínculo Institucional: Grupo de Pesquisa Políticas Públicas em Educação e Saúde – GPPES/Centro

Universitário Dr. Leão Sampaio – UNILEÃO, Brasil

E-mail: ryanpeixotoexu@gmail.com

Lattes: <http://lattes.cnpq.br/7195189595660502>

ORCID: <https://orcid.org/0009-0000-8155-3536>

Cilianne Édila Leandro de Sousa

Mestranda em Ensino em Saúde

Centro Universitário Dr. Leão Sampaio – UNILEÃO, Brasil

Vínculo Institucional: Grupo de Pesquisa Políticas Públicas em Educação e Saúde – GPPES/Centro

Universitário Dr. Leão Sampaio – UNILEÃO, Brasil

E-mail: dra.ciliannenefro@gmail.com

Lattes: <http://lattes.cnpq.br/7421301624388108>

ORCID: <https://orcid.org/0009-0003-6465-5524>

Resumo

Este estudo analisa a contribuição da escola para a prevenção precoce de fatores associados ao risco cardiovascular na infância e na adolescência. Desenvolveu-se pesquisa qualitativa, bibliográfica e documental, de natureza descritivo-analítica, fundamentada em produções científicas, diretrizes e documentos institucionais relacionados à saúde infantojuvenil. A análise evidencia que alterações cardiovasculares podem começar precocemente e relacionam-se a múltiplos condicionantes, entre eles excesso de peso, inatividade física, sedentarismo e alimentação inadequada. No ambiente escolar, práticas corporais acessíveis, educação alimentar, uso equilibrado das tecnologias e ações permanentes de promoção da saúde constituem possibilidades relevantes de intervenção. Os resultados também apontam que desigualdades sociais condicionam oportunidades de cuidado, exigindo iniciativas sensíveis às diferentes



realidades dos estudantes. Conclui-se que a escola pode fortalecer a proteção cardiovascular sem assumir atribuições clínicas, sobretudo quando integra sua atuação às famílias, à comunidade e aos serviços de saúde.

Palavras-chave: Prevenção; Saúde cardiovascular; Saúde escolar.

Abstract

This study analyzes the contribution of schools to the early prevention of factors associated with cardiovascular risk during childhood and adolescence. A qualitative, bibliographic, and documentary study with a descriptive-analytical approach was conducted based on scientific publications, guidelines, and institutional documents concerning child and adolescent health. The analysis indicates that cardiovascular alterations may begin early in life and are associated with multiple determinants, including excess weight, physical inactivity, sedentary behavior, and inadequate nutrition. Within the school environment, accessible physical activities, food education, balanced use of technologies, and continuous health promotion initiatives represent relevant opportunities for intervention. The findings also show that social inequalities influence opportunities for health care, requiring initiatives that consider students' different living conditions. It is concluded that schools can strengthen cardiovascular protection without assuming clinical responsibilities, particularly when educational initiatives are coordinated with families, communities, and health services through integrated and sustained preventive practices.

Keywords: Cardiovascular health; Prevention; School health.

1 INTRODUÇÃO

As enfermidades cardiovasculares figuram entre os agravos de maior repercussão para a saúde pública mundial, embora sua origem ultrapasse o momento em que os primeiros sinais clínicos se tornam perceptíveis. Processos orgânicos associados ao comprometimento vascular podem ser instaurados ainda nos anos iniciais da vida e avançar silenciosamente ao longo do desenvolvimento. Tal constatação confere à infância e à adolescência especial relevância para a antecipação do cuidado e a contenção de fatores capazes de repercutir na saúde cardiovascular futura (Berenson et al., 1998; Strong et al., 1999).

A prevenção cardiovascular, nessa perspectiva, precisa alcançar etapas anteriores ao aparecimento das enfermidades, deslocando o cuidado para a formação dos modos de viver desde cedo. Condições como adiposidade excessiva, pouca movimentação corporal, dieta nutricionalmente desfavorável, tabagismo, elevação pressórica e permanência prolongada em condutas sedentárias compõem um quadro passível de



modificação, mas cuja continuidade pode ampliar progressivamente a suscetibilidade ao adoecimento cardiovascular (Daniels; Pratt; Hayman, 2011; Steinberger et al., 2016).

As mudanças que atravessam a vida de crianças e adolescentes também redesenham o cenário da prevenção. Rotinas cada vez mais mediadas pelo digital, novas formas de entretenimento, restrições ao lazer ativo e maior oferta de alimentos ultraprocessados criam circunstâncias que ultrapassam a vontade individual. Nesse panorama, escolhas relacionadas à saúde são atravessadas pelo ambiente e pelas condições de vida, tornando insuficiente atribuir aos mais jovens, isoladamente, a responsabilidade por comportamentos considerados saudáveis.

A Organização Mundial da Saúde (2020) orienta que crianças e adolescentes acumulem, em média, 60 minutos diários de atividade física moderada a vigorosa, com redução do tempo sedentário. Contudo, transformar essa recomendação em prática cotidiana exige mais do que informação: pressupõe ambientes que favoreçam brincar, deslocar-se, praticar esportes e manter uma rotina corporalmente ativa.

A inserção prolongada dos estudantes na vida escolar confere à escola uma posição privilegiada para semear referências de cuidado que possam repercutir além de seus muros. Ao entrelaçar experiências corporais, educação alimentar, ações pedagógicas integradas e diálogo com a rede de saúde, o cotidiano educativo pode converter conhecimentos em práticas duradouras, afastando a prevenção de iniciativas pontuais e descontínuas.

No cenário brasileiro, essa convergência ganhou sustentação institucional com o Programa Saúde na Escola (PSE), instituído pelo Decreto nº 6.286/2007, ao aproximar educação e saúde em iniciativas voltadas ao cuidado dos estudantes (Brasil, 2007). Sua concepção intersetorial rompe com respostas fragmentadas e reconhece que demandas dessa natureza requerem responsabilidades compartilhadas entre diferentes campos de atuação.

Diante desse cenário, a investigação orienta-se pela seguinte questão: como a escola pode atuar na prevenção precoce dos fatores que comprometem a saúde cardiovascular de crianças e adolescentes? A partir dessa indagação, busca-se compreender a contribuição do espaço escolar na adoção de práticas preventivas, articulando movimento corporal, alimentação, redução da inatividade, educação em saúde e cooperação entre diferentes setores.

2 SAÚDE CARDIOVASCULAR NA INFÂNCIA E NA ADOLESCÊNCIA

A saúde cardiovascular deve ser compreendida como resultado de uma trajetória orgânica que começa muito antes da manifestação clínica das doenças. Investigações de referência mostraram que alterações ateroscleróticas já podem estar presentes em indivíduos jovens e se relacionar à coexistência de diferentes fatores de risco. Os achados do Bogalusa Heart Study e do estudo PDAY reforçaram essa



compreensão ao evidenciarem lesões vasculares em crianças, adolescentes e adultos jovens (Berenson et al., 1998; Strong et al., 1999).

Essas evidências afastam a ideia de que o cuidado deva começar somente diante de sinais clínicos já instalados. Embora a presença de condições desfavoráveis nos primeiros anos não determine, por si só, o adoecimento posterior, sua permanência e sobreposição podem acentuar vulnerabilidades ao longo do tempo, justificando acompanhamento e intervenção oportunos.

Nesse conjunto de agravos, a obesidade infantil assume particular relevância por suas repercussões metabólicas, que podem envolver resistência à insulina, dislipidemias e alterações pressóricas. Juonala et al. (2011) demonstraram, contudo, que crianças com excesso de peso que posteriormente alcançaram parâmetros corporais adequados apresentaram melhores indicadores cardiovasculares na idade adulta, evidenciando que percursos inicialmente desfavoráveis não são necessariamente irreversíveis.

A hipertensão na população infantojuvenil constitui outro sinal que não deve ser negligenciado, sobretudo porque sua interpretação exige parâmetros próprios do desenvolvimento. Flynn et al. (2017) ressaltam que a avaliação pressórica nessa faixa etária deve considerar idade, sexo e crescimento, com atenção ampliada quando alterações do peso, distúrbios metabólicos ou antecedentes familiares compõem o quadro clínico.

A movimentação corporal regular integra igualmente esse panorama por produzir repercussões favoráveis que alcançam os sistemas cardiovascular e metabólico, a aptidão musculoesquelética e o bem-estar psicossocial. Poitras et al. (2016) sustentam essa relação a partir de diferentes indicadores de saúde em escolares. Em contraste, Guthold et al. (2020) revelam que a insuficiência dessa prática permanece amplamente disseminada entre adolescentes, conferindo ao problema dimensão mundial.

A conduta sedentária, entretanto, possui natureza distinta da simples insuficiência de exercício, pois se caracteriza pelo acúmulo de períodos prolongados de baixa movimentação corporal. Carson et al. (2016) associam essa exposição a diferentes repercussões sobre a saúde infantojuvenil. Desse modo, mesmo quem mantém alguma prática física pode permanecer excessivamente sedentário em outras parcelas do dia, revelando a coexistência de comportamentos aparentemente contraditórios.

A qualidade da alimentação integra de modo decisivo esse conjunto de determinantes, sobretudo diante da crescente inserção de produtos ultraprocessados nas rotinas alimentares, geralmente marcados por elevados teores de sódio, açúcares e gorduras. Em direção oposta a esse padrão, o Guia Alimentar para a População Brasileira orienta a predominância de alimentos in natura ou minimamente processados, compreendendo o ato de comer para além da composição nutricional, ao incorporar seus vínculos culturais, sociais e ambientais (Brasil, 2014).

Monteiro et al. (2019) assinalam que os ultraprocessados não se distinguem apenas pelo grau de industrialização, mas pela própria lógica de formulação que os afasta dos alimentos in natura e das



preparações culinárias. Diante disso, a educação alimentar precisa superar julgamentos simplistas sobre o que se deve ou não consumir e favorecer uma leitura crítica da publicidade, dos rótulos, da oferta disponível e dos condicionantes que moldam as escolhas alimentares.

A saúde cardiovascular infantojuvenil, portanto, não se explica por indicadores orgânicos tomados isoladamente, mas por uma trama de influências que acompanha o desenvolvimento. Dinâmicas familiares, condições materiais de existência, características do território e possibilidades de acesso ao lazer, à alimentação e à educação interferem nesse percurso. É justamente nessa confluência que a escola adquire relevância: não para assumir funções clínicas, mas para atuar sobre experiências cotidianas capazes de favorecer trajetórias de vida mais protetoras.

3 METODOLOGIA

O estudo adota abordagem qualitativa, com delineamento bibliográfico e documental de natureza descritivo-analítica, escolha compatível com o exame da produção científica e dos referenciais institucionais acerca da prevenção cardiovascular entre crianças e adolescentes no contexto escolar. Para Gil (2008), a pesquisa bibliográfica favorece a compreensão crítica do conhecimento já produzido, enquanto a consulta documental incorpora registros normativos e institucionais capazes de ampliar a leitura do fenômeno investigado.

O *corpus* reuniu artigos, revisões, diretrizes e documentos normativos voltados aos principais determinantes da saúde cardiovascular infantojuvenil, incluindo adiposidade, alterações pressóricas, atividade física, sedentarismo e alimentação (Flynn et al., 2017; Poitras et al., 2016; Carson et al., 2016; Monteiro et al., 2019). Também foram incorporadas publicações da OMS (2020) e do Ministério da Saúde (Brasil, 2014). A seleção priorizou pertinência ao problema investigado, solidez científica e contribuição para a discussão, preservando estudos clássicos essenciais à compreensão da aterosclerose precoce (Berenson et al., 1998; Strong et al., 1999).

O tratamento das fontes combinou leitura exploratória, seleção criteriosa e interpretação dos conteúdos por afinidade temática. Com fundamento em Bardin (2016), o material foi organizado em eixos capazes de reunir sentidos convergentes e sustentar sua apreciação sistemática. Desse processo emergiram cinco núcleos: fatores cardiovasculares precoces, atividade física, alimentação, sedentarismo e atuação escolar articulada às políticas e aos serviços de saúde, permitindo aproximar evidências biomédicas, práticas educativas e condicionantes sociais.

Por apoiar-se integralmente em literatura científica e registros públicos, o estudo prescindiu de participação direta de sujeitos e não envolveu obtenção de informações individualizadas. A condução metodológica manteve alinhamento entre o problema proposto, o repertório selecionado e as inferências construídas, restringindo as interpretações ao alcance das evidências consultadas.



4 A ESCOLA NA PREVENÇÃO PRECOCE DOS FATORES DE RISCO CARDIOVASCULAR

No âmbito escolar, promover saúde significa inserir o cuidado na própria experiência educativa, tornando-o parte das aprendizagens que atravessam a formação dos estudantes. Mais do que transmitir orientações, cabe à instituição favorecer vivências, conhecimentos e condições cotidianas que estimulem escolhas protetoras e fortaleçam, desde cedo, uma relação mais consciente com o próprio bem-estar.

Entre as possibilidades preventivas, o movimento corporal ocupa lugar expressivo, sobretudo quando incorporado de maneira regular à rotina dos estudantes. Embora a Organização Mundial da Saúde (2020) estabeleça parâmetros de atividade física para crianças e adolescentes, seu cumprimento depende de condições que tornem essa prática efetivamente acessível. Para muitos jovens, a escola representa uma das principais oportunidades de vivenciar experiências corporais planejadas, orientadas e contínuas.

A Educação Física adquire especial importância quando deixa de privilegiar apenas a execução técnica e o desempenho esportivo para acolher diferentes formas de participação. Práticas diversificadas, acessíveis e compatíveis com distintas habilidades podem aproximar os estudantes de uma vida corporalmente ativa. Em sentido contrário, experiências marcadas por seleção, comparação e rendimento tendem a excluir justamente aqueles que encontram maiores dificuldades de envolvimento com as práticas corporais.

As evidências reforçam o alcance dessas iniciativas, embora seus resultados variem conforme duração, planejamento e realidade de implementação. Kriemler et al. (2011) verificaram efeitos favoráveis de programas desenvolvidos no ambiente educacional sobre níveis de movimento, aptidão e indicadores de saúde. Em direção semelhante, Dobbins et al. (2013) identificaram avanços na participação corporal e em componentes da condição física de crianças e adolescentes.

A prevenção cardiovascular no espaço escolar precisa ultrapassar os limites da aula de Educação Física e alcançar outros momentos da rotina institucional. Intervalos com maior mobilidade, atividades recreativas, projetos esportivos, deslocamentos ativos em condições seguras e menor permanência em situações de imobilidade ampliam as possibilidades de cuidado. Essa abordagem exige compromisso coletivo da escola, e não a concentração dessa responsabilidade em um único componente curricular.

A experiência alimentar vivida na escola também exerce função formativa, pois o aprendizado não se limita ao conteúdo ensinado em sala. O que é servido, incentivado e naturalizado no cotidiano comunica valores e influencia percepções sobre o comer. Por essa razão, discursos favoráveis à alimentação adequada perdem consistência quando convivem com práticas institucionais que facilitam, de modo recorrente, escolhas nutricionalmente desfavoráveis.

Nessa perspectiva, o Guia Alimentar para a População Brasileira oferece uma referência educativa que ultrapassa prescrições estritamente nutricionais ao valorizar alimentos in natura ou minimamente processados, o preparo culinário e a convivência durante as refeições (Brasil, 2014). Incorporar esses



princípios ao trabalho escolar permite compreender o comer como prática cotidiana atravessada por saberes, relações sociais e condições concretas de vida.

O cuidado preventivo requer, ainda, atenção à forma como os corpos são abordados no ambiente escolar. Crianças e adolescentes com obesidade não podem ser expostos a comparações, constrangimentos ou discursos que associem sua condição a fracasso pessoal. Pont et al. (2017) demonstram que o estigma relacionado ao peso pode repercutir negativamente na autoestima, na saúde e na procura por assistência. Promover bem-estar, portanto, pressupõe acolher diferenças corporais sem convertê-las em julgamento ou exclusão.

Esse cuidado estende-se ao acompanhamento de parâmetros como pressão arterial e condição nutricional. Quando previstos em ações de saúde, tais procedimentos requerem profissionais qualificados, rigor técnico, privacidade e encaminhamento diante de achados que demandem investigação. À escola compete viabilizar essas iniciativas e reconhecer possíveis necessidades, sem assumir avaliações diagnósticas que pertencem ao campo assistencial.

A conexão com a Atenção Primária à Saúde amplia esse alcance ao aproximar competências educativas e assistenciais. No Brasil, o Programa Saúde na Escola materializa essa cooperação ao estabelecer uma atuação compartilhada entre os dois setores, favorecendo iniciativas de promoção, prevenção e acompanhamento sem confundir suas respectivas atribuições (Brasil, 2007).

A cooperação entre os setores ganha maior relevância diante de alterações pressóricas, obesidade acentuada, indícios metabólicos ou outros achados que justifiquem investigação clínica. Nessas circunstâncias, cabe ao ambiente escolar favorecer a comunicação com familiares e serviços responsáveis, assegurando encaminhamento oportuno, sigilo das informações e proteção do estudante contra qualquer forma de exposição.

A presença crescente das telas introduz uma questão adicional ao cuidado cardiovascular entre os mais jovens. Dispositivos digitais passaram a ocupar parte expressiva do lazer e da convivência, sem que seus usos possam ser reduzidos a uma perspectiva exclusivamente negativa. O desafio está em construir rotinas nas quais a experiência tecnológica não comprometa o sono, o movimento corporal, as relações sociais e outros hábitos indispensáveis ao bem-estar.

As evidências reunidas por Stiglic e Viner (2019) associam a exposição mais prolongada às telas a diferentes repercussões desfavoráveis na saúde infantojuvenil, ainda que sua intensidade varie entre os desfechos investigados. Esses achados indicam que a educação digital deve ultrapassar advertências genéricas e favorecer, junto aos estudantes e às famílias, formas mais conscientes de organizar o cotidiano mediado pelas tecnologias.

As estratégias preventivas perdem alcance quando desconsideram as desigualdades que atravessam a vida dos estudantes. Orientações alimentares pouco dialogam com famílias em insegurança alimentar,



assim como recomendações de movimento tornam-se frágeis em territórios desprovidos de espaços seguros. Renda, moradia, transporte, oferta de alimentos e infraestrutura comunitária condicionam possibilidades reais de cuidado, exigindo que as ações escolares sejam construídas a partir das circunstâncias concretas de cada comunidade.

O alcance das ações educativas depende também do envolvimento familiar e comunitário, uma vez que os modos de cuidar da saúde se constituem em diferentes espaços de convivência. Aproximar responsáveis, comunidade e serviços de saúde do trabalho desenvolvido pela escola favorece referências mais consistentes e amplia a possibilidade de que os aprendizados construídos no ambiente escolar encontrem continuidade na vida cotidiana.

A perspectiva apresentada pela American Heart Association reforça que a proteção cardiovascular deve ser cultivada desde os primeiros anos, antes que padrões nocivos se consolidem (Steinberger et al., 2016). Sob essa ótica, a prevenção assume caráter formativo, pois busca inserir comportamentos protetores no processo de desenvolvimento, e não apenas reagir quando alterações já se encontram estabelecidas.

Um diferencial decisivo do espaço escolar reside na permanência prolongada dos estudantes em seu cotidiano. Diferentemente do contato eventual com serviços assistenciais, a escolarização atravessa anos do desenvolvimento e permite acompanhar sucessivas etapas formativas. Essa convivência continuada cria condições para que o cuidado com a saúde seja incorporado transversalmente às aprendizagens, adquirindo constância e significado na formação dos mais jovens.

Iniciativas esporádicas, embora possam despertar atenção para o tema, possuem alcance limitado quando permanecem desconectadas do projeto educativo. A prevenção cardiovascular torna-se mais consistente quando atravessa o currículo, as vivências corporais, a alimentação oferecida, a qualificação dos profissionais e o diálogo com famílias e serviços de saúde. Essa integração desloca o cuidado de eventos ocasionais para uma responsabilidade institucional compartilhada.

A contribuição mais expressiva da escola reside, portanto, na capacidade de transformar a proteção cardiovascular em aprendizagem para a vida. Ao integrar consciência corporal, movimento, alimentação e compreensão dos fatores de risco ao processo educativo, amplia-se a formação para além dos conteúdos curriculares. Desse modo, preserva-se a identidade pedagógica da instituição enquanto se constroem referências capazes de repercutir nas escolhas e trajetórias futuras.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O percurso analítico confirma que a escola ocupa lugar relevante no enfrentamento precoce dos fatores associados ao risco cardiovascular, sobretudo por sua presença contínua em uma fase decisiva do desenvolvimento humano. Sua contribuição reside em favorecer conhecimentos, vivências e condições que ampliem a proteção à saúde sem deslocar a instituição de sua finalidade pedagógica. Nessa perspectiva,



intervir precocemente significa reduzir a consolidação de circunstâncias que possam repercutir negativamente nas etapas posteriores da vida.

Os resultados apontam que respostas fragmentadas têm alcance reduzido diante da multiplicidade de fatores envolvidos na saúde cardiovascular infantojuvenil. Maior consistência é alcançada quando diferentes dimensões do cotidiano escolar convergem para um mesmo propósito, articulando experiências corporais, escolhas alimentares, uso consciente das tecnologias e conhecimentos sobre saúde. Nessa lógica, a prevenção deixa de ocupar momentos isolados e passa a integrar o próprio fazer educativo, com maior possibilidade de repercutir na vida dos estudantes.

A análise também evidencia que escolhas relacionadas à saúde não se constroem à margem das condições sociais em que crianças e adolescentes vivem. Desigualdades materiais e territoriais podem restringir possibilidades de alimentação adequada, lazer ativo e acesso a recursos essenciais, tornando insuficientes orientações desvinculadas dessas realidades. Por isso, iniciativas preventivas precisam reconhecer as particularidades de cada comunidade, evitando responsabilizar individualmente os estudantes por circunstâncias que ultrapassam sua capacidade de decisão.

A efetividade desse compromisso depende, ainda, de uma rede articulada entre escola, famílias, comunidade e Atenção Primária à Saúde. A definição clara das responsabilidades de cada segmento permite acolher demandas, estabelecer encaminhamentos e assegurar suporte adequado sem confundir atribuições pedagógicas e assistenciais. Essa corresponsabilidade fortalece a proteção dos estudantes e reduz o risco de abordagens invasivas, estigmatizantes ou incompatíveis com as competências de cada setor.

O estudo evidencia, em síntese, que incorporar a saúde cardiovascular ao processo educativo amplia o alcance da prevenção para além do período escolar. A contribuição da escola reside menos em reproduzir intervenções próprias da assistência e mais em oferecer experiências, saberes e oportunidades capazes de fortalecer atitudes favoráveis à saúde. Nesse sentido, educar para a prevenção significa criar referências que possam acompanhar crianças e adolescentes em diferentes etapas da vida.

Investigações futuras poderão acompanhar iniciativas implementadas em distintos contextos escolares, avaliando sua permanência e seus efeitos, sobretudo em cenários de maior vulnerabilidade social. Estudos dessa natureza podem revelar quais estratégias educativas apresentam maior efetividade e viabilidade na aproximação entre saúde e educação. Avançar nessa direção significa reconhecer que proteger o coração desde a infância não começa diante da doença, mas nas oportunidades oferecidas para que crianças e adolescentes cresçam com melhores condições de viver e cuidar de si.

REFERÊNCIAS

BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2016.



BERENSON, Gerald S. et al. Association between multiple cardiovascular risk factors and atherosclerosis in children and young adults. **The New England Journal of Medicine**, v. 338, n. 23, p. 1650-1656, 1998. DOI: <https://doi.org/10.1056/NEJM199806043382302>.

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.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Guia alimentar para a população brasileira**. 2. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2014.

CARSON, Valerie et al. Systematic review of sedentary behaviour and health indicators in school-aged children and youth: an update. **Applied Physiology, Nutrition, and Metabolism**, v. 41, n. 6, supl. 3, p. S240-S265, 2016. DOI: <https://doi.org/10.1139/apnm-2015-0630>.

DANIELS, Stephen R.; PRATT, Charlotte A.; HAYMAN, Laura L. Reduction of risk for cardiovascular disease in children and adolescents. **Circulation**, v. 124, n. 15, p. 1673-1686, 2011. DOI: <https://doi.org/10.1161/CIRCULATIONAHA.110.016170>.

DOBBINS, Maureen et al. School-based physical activity programs for promoting physical activity and fitness in children and adolescents aged 6 to 18. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, n. 2, CD007651, 2013. DOI: <https://doi.org/10.1002/14651858.CD007651.pub2>.

FLYNN, Joseph T. et al. Clinical practice guideline for screening and management of high blood pressure in children and adolescents. **Pediatrics**, v. 140, n. 3, e20171904, 2017. DOI: <https://doi.org/10.1542/peds.2017-1904>.

GIL, Antonio Carlos. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2008.

GUTHOLD, Regina et al. Global trends in insufficient physical activity among adolescents: a pooled analysis of 298 population-based surveys with 1.6 million participants. **The Lancet Child & Adolescent Health**, v. 4, n. 1, p. 23-35, 2020. DOI: [https://doi.org/10.1016/S2352-4642\(19\)30323-2](https://doi.org/10.1016/S2352-4642(19)30323-2).

JUONALA, Markus et al. Childhood adiposity, adult adiposity, and cardiovascular risk factors. **The New England Journal of Medicine**, v. 365, n. 20, p. 1876-1885, 2011. DOI: <https://doi.org/10.1056/NEJMoa1010112>.

KRIEMLER, Susi et al. Effect of school-based interventions on physical activity and fitness in children and adolescents: a review of reviews and systematic update. **British Journal of Sports Medicine**, v. 45, n. 11, p. 923-930, 2011. DOI: <https://doi.org/10.1136/bjsports-2011-090186>.

MONTEIRO, Carlos A. et al. Ultra-processed foods: what they are and how to identify them. **Public Health Nutrition**, v. 22, n. 5, p. 936-941, 2019. DOI: <https://doi.org/10.1017/S1368980018003762>.

POITRAS, Veronica J. et al. Systematic review of the relationships between objectively measured physical activity and health indicators in school-aged children and youth. **Applied Physiology, Nutrition, and Metabolism**, v. 41, n. 6, supl. 3, p. S197-S239, 2016. DOI: <https://doi.org/10.1139/apnm-2015-0663>.

PONT, Stephen J. et al. Stigma experienced by children and adolescents with obesity. **Pediatrics**, v. 140, n. 6, e20173034, 2017. DOI: <https://doi.org/10.1542/peds.2017-3034>.



STEINBERGER, Julia et al. Cardiovascular health promotion in children: challenges and opportunities for 2020 and beyond. **Circulation**, v. 134, n. 12, p. e236-e255, 2016. DOI: <https://doi.org/10.1161/CIR.0000000000000441>.

STIGLIC, Neza; VINER, Russell M. Effects of screentime on the health and well-being of children and adolescents: a systematic review of reviews. **BMJ Open**, v. 9, n. 1, e023191, 2019. DOI: <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2018-023191>.

STRONG, Jack P. et al. Prevalence and extent of atherosclerosis in adolescents and young adults: implications for prevention from the Pathobiological Determinants of Atherosclerosis in Youth Study. **JAMA**, v. 281, n. 8, p. 727-735, 1999. DOI: <https://doi.org/10.1001/jama.281.8.727>.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **WHO guidelines on physical activity and sedentary behaviour**. Geneva: World Health Organization, 2020.