

Abrangência do Programa Saúde na Escola em Vitória de Santo Antão-PE

Scope of the School Health Program in the municipality of Vitória de Santo Antão in the State of Pernambuco, Brazil

Priscila Maria da Cruz Andrade¹, Rayane Tamyres da Silva¹, Taline de Paiva Pereira¹, Bruno Rafael Vieira Souza Silva¹, Ladyodeyse da Cunha Silva Santiago¹, José Eudes de Lorena Sobrinho¹, Mirian Domingos Cardoso¹

DOI: 10.1590/0103-11042022E304

RESUMO A pesquisa objetivou descrever, por meio de um estudo de avaliação, o alcance do Programa Saúde na Escola (PSE) em Vitória de Santo Antão-PE, no ano de 2016. Os dados foram coletados entre outubro de 2016 e fevereiro de 2017, mediante fonte documental das Secretarias Municipal de Saúde, de Educação e da Gerência Regional de Educação. O município apresentou 52 escolas cadastradas, e 26 realizaram alguma atividade referente ao programa. As ações englobaram atividades do componente I, como, por exemplo, 'Avaliação antropométrica', 'Verificação da situação vacinal', 'Promoção e avaliação da saúde bucal'. As temáticas do componente II também foram verificadas, como 'Promoção das práticas corporais e atividade física', 'Ações de segurança alimentar e alimentação saudável', 'Promoção da saúde ambiental e desenvolvimento sustentável', com foco nas arboviroses. O quantitativo de ações na zona urbana foi superior quando comparada a área rural. Um bom número de escolas cadastradas contrastando com a baixa ativação (implementação) do PSE ou, ainda, um alcance 'muito ruim' dos estudantes permearam as respostas da pesquisa, possibilitando a solidificação de subsídios para o surgimento de questionamentos essenciais às novas intervenções nesse campo de pesquisa e fornecendo outros conhecimentos sobre o programa para o público geral.

PALAVRAS-CHAVE Serviços de saúde escolar. Planos e programas de saúde. Política pública. Avaliação de programas e projetos de saúde.

ABSTRACT *The research aimed to describe, through an evaluation study in 2016, the scope of the School Health Program (PSE) in the municipality of Vitória de Santo Antão State of Pernambuco in the Northeast region of Brazil. Data were collected between October 2016 and February 2017 using documental source from the Municipal Health and Education secretaries and the Regional Education Management. The municipality had 52 registered schools and 26 carried out some activity related to the program. The actions encompassed component I activities such as 'Anthropometric assessment', 'Verification of vaccination status', 'Oral health promotion and assessment', for example. The themes of component II were also verified such as 'Promotion of body practices and physical activity', 'Food safety and healthy eating actions', 'Promotion of Environmental Health and sustainable development', with focus on arboviruses. The number of actions in the urban area was higher when compared to the rural area. A good number of registered schools contrasting with the low activation (implementation) of the PSE, or even a 'very bad' reach of students, permeated the survey answers, enabling the solidification of subsidies of essential questions to new interventions in this research field and providing other knowledges about the program to the general public.*

¹Universidade de Pernambuco (UPE) – Recife (PE), Brasil.
priscila.mcandrade@upe.br

KEYWORDS School health service. Health programs and plans. Public policy. Program evaluation.



Introdução

A adolescência, de maneira geral, é vista como uma etapa da vida pouco provável para os adoecimentos, porém, é uma época em que os determinantes sociais de saúde têm grande impacto¹. Dessa maneira, o processo saúde-doença é influenciado por fatores como acesso à educação, violências e desigualdades sociais predominantemente; e o reflexo negativo de tais condições sobre os adolescentes torna-os indivíduos vulneráveis a agravos e a riscos como, por exemplo, doenças sexualmente transmissíveis e Aids, uso abusivo de álcool e outras drogas, morte por causas externas².

Destarte, pensar a saúde desse grupo populacional com ações inovadoras por meio de intervenções intersetoriais e interdisciplinares é uma prioridade que demanda o direcionamento estratégico de políticas públicas, objetivando propiciar o desenvolvimento integral das potencialidades dos adolescentes em seus aspectos físicos, psíquicos e sociais, assim como a elaboração de intervenções que cultivem os hábitos ou mudanças destes, a fim de reduzir comportamentos considerados de risco para a saúde geral dos jovens¹.

A escola, por ser um âmbito que comporta grande parte dos adolescentes e jovens, tornou-se instrumento ativo de disseminação e incentivo a hábitos e práticas saudáveis, realizadas, em sua maioria, por intermédio de programas e ações de educação em saúde, a exemplo do Programa Saúde na Escola (PSE). Implantado em 2007, é uma estratégia elaborada pelos Ministérios da Saúde e da Educação contemplando a construção de políticas intersetoriais e apresentando, dentre seus objetivos, o enfrentamento das vulnerabilidades que comprometem o pleno desenvolvimento de crianças, adolescentes e jovens brasileiros³.

Em 2016, período estudado, o PSE era estruturado em cinco componentes que delimitavam as ações a serem desenvolvidas pelos municípios nas escolas, dois destes, os componentes I e II, designavam as ações que deveriam ser abordadas diretamente com o público

inserido em suas instituições de alcance. As ações do primeiro componente referiam-se à avaliação clínica e psicossocial, voltadas à obtenção de informações sobre crescimento, desenvolvimento e saúde mental das crianças, adolescentes e jovens. No componente II, as propostas traziam estratégias de promoção de saúde e prevenção de agravos e doenças, visando contribuir para que os educandos fizessem escolhas mais saudáveis à saúde²⁻⁴.

Os temas e as práticas presentes nos componentes acima citados variavam de verificação do cartão vacinal, avaliação antropométrica, análise da saúde bucal, promoção da cultura de paz, práticas corporais e atividade física, entre outros, e deveriam ser trabalhados em acordo com sua essencialidade nas instituições, não havendo uma rigidez por parte das diretrizes do programa para a abordagem em totalidade.

Em sua concepção, o PSE é tido como a expressão atual das escolas promotoras de saúde no Brasil⁵, estendida em uma política pública que tem, principalmente, a intenção de melhoria da qualidade de vida dos estudantes e seu entorno escolar, por meio da prática continuada da educação em saúde. Hoje, após 15 anos da implantação do PSE no País, os estudos e os interesses sobre ele crescem notoriamente. Ciente do potencial atrelado às entrelinhas dessa estratégia, este estudo descreve o alcance do PSE e as principais temáticas abordadas nas práticas realizadas em Vitória de Santo Antão-PE.

Material e métodos

Trata-se de um estudo de avaliação, baseado em informações de cunho secundário, obtidas mediante fonte documental das Secretarias Municipal de Saúde, de Educação e da Gerência Regional de Educação (GRE) de Vitória de Santo Antão-PE. O PSE, à época, utilizava um sistema de informação próprio para o detalhamento das ações do componente II, que é o Sistema Integrado de Monitoramento, Execução e Controle (Simec), porém, encontrava-se desatualizado, direcionando a

busca de dados para as fontes documentais encontradas nos locais de desenvolvimento do programa.

A coleta foi realizada entre o período de outubro de 2016 e fevereiro de 2017, utilizando os relatórios arquivados nas instituições visitadas. A documentação arquivada fisicamente nas secretarias foi verificada manualmente em busca das descrições dos quantitativos referentes ao número de escolas do município; número de escolas inseridas no PSE; número de alunos de cada instituição, número de alunos que foram contemplados com as ações do PSE no município inteiro e em cada local específico; número de ações desenvolvidas; ações desenvolvidas; Unidades de Saúde da Família (USF) do município atuante no programa e número de escolas participantes e não participantes no PSE.

O alcance foi obtido por meio da relação do quantitativo total de alunos, escolas e ações do

PSE com o número de elegíveis à participação segundo o direcionamento do modelo avaliador de programas RE-AIM. Construído por Glasgow et al.⁶, em 1999, e traduzido e adaptado para a realidade brasileira por Almeida et al.⁷, em 2013, o modelo é um caminho metodológico que busca ajudar pesquisadores e gestores na avaliação e planejamento de programas e políticas de saúde⁸.

É organizado mediante designações e direcionamentos para a realização de avaliações dos aspectos de cinco vertentes diferentes inerentes às políticas e aos programas públicos, que são: Alcance (*reach*), Efetividade ou eficácia (*efficacy or effectiveness*), Adoção (*adoption*), Implementação (*implementation*) e Manutenção (*maintenance*)⁷. O presente estudo se ateve a avaliar o alcance e utilizou a fórmula preconizada pelo método para os cálculos necessários, sendo descrita a seguir:

Equação 1. Cálculo para obtenção da esfera 'alcance'

$$ALCANCE (REACH) = \frac{\text{N}^\circ \text{ de pessoas que participaram}}{\text{N}^\circ \text{ de pessoas elegíveis}}$$

Para a adequação ao objeto de estudo, foram considerados como 'pessoas' as escolas, os temas e os alunos, obtendo, assim, o alcance do programa e suas temáticas no total de escolas do município e no quantitativo de alunos incluídos pelas ações; e definiram-se como 'escolas ativadas' aquelas nas quais alguma ação do PSE foi realizada no ano avaliado.

Os dados foram agrupados de forma a descrever o alcance geral do PSE e suas ações no município, mas também foram fragmentados a ponto de narrar esse alcance em nível de escolas municipais e estaduais, sendo as municipais divididas por zona de localização (rural ou urbana). Para uma organização plausível de entendimento e aproximação com a realidade

do programa, as ações foram expostas em tabelas baseadas pela divisão estabelecida entre os componentes I e II do PSE.

Na análise dos indicadores, estabeleceu-se, pelos pesquisadores, um parâmetro de avaliação do alcance para o estudo, no qual se classificou como Alcance 'Excelente' quando o indicador atingiu entre 0,81 e 1,0; 'Bom', se o atingimento variou de 0,61 a 0,80; 'Regular', se a variação foi de 0,41 a 0,60; 'Ruim', de 0,21 a 0,40; e 'Muito Ruim', se \leq a 0,20. As informações coletadas foram digitadas e analisadas no programa Microsoft Office Excel[®] 2007.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de Pernambuco sob CAEE: 56337416.4.0000.5207.

Resultados

No ano de 2016, existiam 74 escolas públicas no município de Vitória de Santo Antão-PE, sendo 26 na zona urbana, 39 na zona rural e 9 de domínio estadual. Do total de escolas, 52 estavam cadastradas no PSE, representando um alcance de 0,70; e destas, 23 realizaram pelo menos uma atividade inerente ao PSE nesse ano, abarcando um alcance geral de

0,36 escolas ativadas na cidade. Ademais, 3 escolas ativadas não faziam parte do cadastro do município.

Na *tabela 1*, está descrito o alcance do PSE no município de acordo com a localização/gestão da escola, em que mostra que o alcance ativo do PSE na localização urbana foi maior do que na rural e apresentou uma melhor classificação no alcance de cadastro quando comparado ao alcance real do programa em todas as esferas.

Tabela 1. Descrição do alcance do PSE no município de Vitória de Santo Antão-PE no ano de 2016

Escolas no Município	Alcance Cadastro				Alcance Ativo		
	Escolas existentes	Escolas cadastradas	Indicador	Classificação	Escolas ativadas	Indicador	Classificação
Municipal Geral	74	52	0,7	Bom	29	0,39	Ruim
Municipal Rural	39	21	0,54	Regular	11	0,28	Ruim
Municipal Urbano	26	24	0,92	Excelente	15	0,58	Regular
Estadual	9	7	0,78	Bom	3	0,33	Ruim

Fonte: elaboração própria.

A *tabela 2* trata do alcance de acordo com os componentes e demonstra que, de forma geral, o município apresentou um bom e excelente alcance para os componentes I

e II respectivamente, entretanto, alcances regular ou ruim nesses componentes quando observados por localização/abrangência.

Tabela 2. Descrição do alcance das ações do PSE nas escolas, por componente, no município de Vitória de Santo Antão-PE

Esfera / Localização	Componente I				Componente II			
	Nº de ações cadastradas	Nº Ações realizadas	Alcance	Classificação	Nº de ações cadastradas	Nº Ações realizadas	Alcance	Classificação
Municipal Geral	7	5	0,71	Bom	8	8	1	Excelente
Municipal Rural	7	2	0,28	Ruim	8	3	0,37	Ruim
Municipal Urbana	7	4	0,57	Regular	8	5	0,62	Bom
Estadual	7	2	0,28	Ruim	8	3	0,37	Ruim

Fonte: elaboração própria.

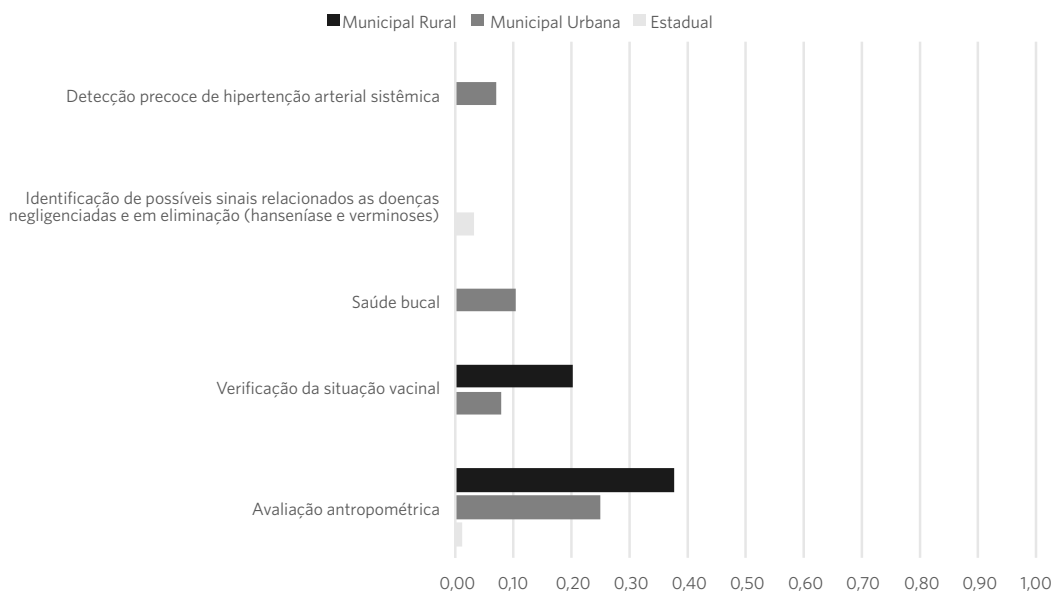
Acerca das atividades inseridas no componente I que foram realizadas (*gráfico 1*), avaliação antropométrica foi uma prática comum às três esferas enquanto verificação da situação vacinal ocorreu nas localizações urbana e rural; saúde bucal e detecção precoce de Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) foram trabalhadas apenas na zona urbana, e identificação de possíveis sinais direcionados às doenças negligenciadas (hanseníase e verminoses) foi realizada nos âmbitos estadual e rural.

A classificação do alcance na localização rural mostrou-se ‘Muito ruim’ para o

tema verificação da situação vacinal e ‘ruim’ quando a temática foi avaliação antropométrica. Os demais temas foram ausentes nessa região.

Nas escolas estaduais, os temas abordados foram identificação de possíveis sinais relacionados às doenças negligenciadas e em eliminação (hanseníase e verminoses) e avaliação antropométrica, entretanto, ambas com alcance ‘muito ruim’ entre os alunos. Na esfera urbana, HAS, saúde bucal e situação vacinal apresentaram alcance ‘muito ruim’, e avaliação antropométrica, ‘ruim’.

Gráfico 1. Alcance, em 2016, das ações do componente I do PSE, relativo ao número de alunos participantes nas escolas ativadas de Vitória de Santo Antão-PE, de acordo com tema e esfera/localização da escola



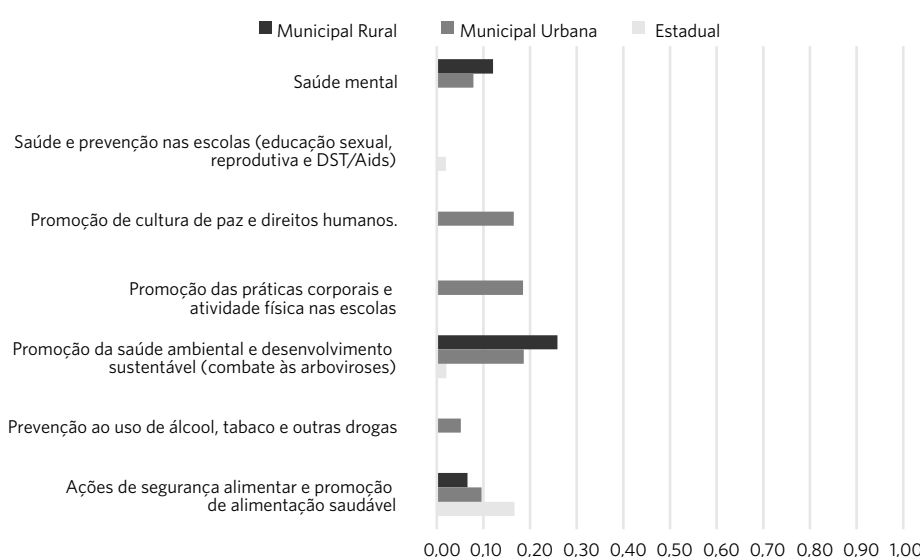
Fonte: elaboração própria.

O componente II (*gráfico 2*) foi alcançado com as temáticas de ações de segurança alimentar e promoção de alimentação saudável em todas as localizações. Saúde mental fez-se presente em escolas da zona rural e urbana, enquanto a temática saúde e prevenção nas escolas com ênfase em doenças sexualmente transmissíveis foi abordada em algumas instituições de nível estadual. As práticas acerca da promoção da cultura de paz e direitos

humanos, assim como prevenção do uso de álcool e outras drogas, aconteceram em escolas da zona urbana (*gráfico 2*)

Nesse componente, os indicadores mostram uma classificação de alcance dos alunos ‘muito ruim’ para todas as temáticas abordadas nas escolas em todas as localizações, exceto quando a temática trabalhada foi prevenção ao uso de álcool, tabaco e outras drogas, que obteve uma classificação ‘ruim’ na zona urbana.

Gráfico 2. Alcance, em 2016, das ações do componente II do PSE, relativo ao número de alunos participantes nas escolas ativadas de Vitória de Santo Antão-PE, de acordo com tema e esfera/localização da escola



Fonte: elaboração própria.

Discussão

Para a execução do PSE no município no ano da pesquisa, ficou uma pactuação anual por meio de um Termo de Compromisso entre essa instância e o Estado no que diz respeito à responsabilidade de contemplar as escolas que fossem cadastradas. Além disso, as atividades do programa deviam ser realizadas por profissionais de saúde vinculados à Estratégia Saúde da Família (ESF) em conjunto com profissionais integrantes das escolas³.

De acordo com Machado, o programa tem mobilizado ações importantes no território nacional, mesmo não acontecendo de forma homogênea entre as regiões¹³, corroborando os resultados encontrados neste estudo para o alcance geral do PSE no município estudado, apontando para uma disparidade entre as escolas que estavam cadastradas no ano de 2016 e as que realizaram alguma atividade sob a intenção do programa nesse ano, levando a supor que exista uma possível dificuldade em abarcar o quantitativo pactuado.

Um estudo realizado no município de Fortaleza-CE¹⁴ apontou a importância da responsabilidade partilhada entre educação e saúde para a manutenção e execução das ações nas escolas de abrangência do PSE e apresentou essa parceria como fator positivo na superação dos desafios. Nessa perspectiva, o alcance encontrado neste estudo favorece a formulação de questionamentos que precisam de respostas como: educação e saúde têm caminhado juntas proporcionando a intersetorialidade e cumprimento das ações? O número de profissionais é suficiente para contemplar todas as escolas? Como essa organização de demanda anual acontece?

Outro ponto importante percebido foi a diferenciação do alcance entre as zonas urbanas e rurais classificadas como ‘regular’ e ‘ruim’ respectivamente. Se o olhar for geral, ambas precisam ser melhoradas, e quando se especifica a análise para as duas esferas, percebe-se que a necessidade de modificação do alcance em escolas da zona rural é ainda maior. Confabula-se que a dificuldade de acesso e transporte contribua para essa

realidade, e muito já se foi discutido sobre as dificuldades que os alunos de escolas rurais enfrentam em diversos aspectos, como os de infraestrutura, recursos, disponibilidade de professores, questões alimentares, inatividade física, por exemplo¹⁵⁻¹⁷. A respeito do PSE, o que os resultados sugerem é que a possível concretização dos objetivos preconizados pelo programa torna-se ainda mais utópica se o discurso fragmentado e ‘sem solução’ traçado para as escolas rurais, mais uma vez, for ouvido e reafirmado.

Perante todas as questões, emerge mais um fator destoante, várias escolas cadastradas, sejam estaduais, urbanas ou rurais, não foram alcançadas pelas atividades, porém três escolas sem cadastro foram contempladas. As perguntas se refazem no sentido de pensamento de que houve profissionais para tais ações, e por que para as outras escolas, não? E, mais uma vez, a maneira de desdobramento prático do programa no município é posto em questão.

As respostas encontradas neste artigo passaram o alcance de cadastro e atividade das escolas verificando também as relações entre ações preconizadas, abordadas e os diferenciais entre as localizações de alcance destas. Nesse aspecto, se for considerada a comparação direta entre quantidade das ações estabelecidas pelas diretrizes do programa e as abordadas em todo município, o alcance é excelente, visto que Vitória de Santo Antão-PE concretizou, pelo menos uma vez, cinco ações do componente I das sete preestabelecidas e as oito que constituem o componente II durante o ano pesquisado¹⁸.

De maneira recorrente, as localizações apresentaram diferenças, principalmente entre as práticas das zonas urbanas e rurais. Para além dessa diferenciação de esferas, sugere-se uma ausência de unidade para a seleção de quais ações devem ser desenvolvidas. A impressão é que existe uma conveniência norteando as escolhas em detrimento das necessidades de cada local.

As ações de avaliação antropométrica, saúde bucal, detecção precoce de hipertensão arterial, ações de promoção da alimentação

saudável foram alguns dos temas abordados nas ações do município e corroboram os resultados da pesquisa intitulada ‘Programa Saúde na Escola: estratégia promotora de saúde na atenção básica no Brasil’, realizada segundo fontes documentais do Ministério da Saúde em nível nacional, que aponta as ações supracitadas como as predominantes na região Nordeste do País¹³.

Quando se verifica a quantidade de alunos abordados por cada tema nas diferentes localizações, entende-se mais claramente a fragilidade da atuação do PSE. Classificado entre ‘muito ruim’ e ‘ruim’, esse alcance alarma para uma carência que interfere de maneira impactante nas respostas esperadas pelo programa. De acordo com as diretrizes do PSE, os objetivos principais de promoção da saúde e cultivo de hábitos saudáveis serão atingidos de maneira a mudar o panorama da saúde do adolescente no município se o público-alvo participar das ações impreterivelmente⁴. Isso reafirma que concretizar os objetivos de melhoria na qualidade de vida dos envolvidos depende diretamente dessa participação, e a escassez e a pontualidade desta inviabilizam a solidificação das diretrizes do programa.

O baixo alcance de um programa de saúde implantado e pactuado não é realidade apenas para o PSE. Sabe-se que outras intervenções que decidiram por realizar ações pontuais também demonstraram dificuldades em cumprir os objetivos propostos⁹⁻¹².

Esta pesquisa apresenta as limitações dos estudos que utilizam dados secundários e informações documentais, como ausência e qualidades dos dados/informações coletadas.

Embora o PSE possuísse um sistema de monitoramento digital de suas ações em 2016 (Sistema Integrado de Monitoramento, Execução e Controle do Ministério da Educação – Simec)¹⁹, cuja alimentação estava sob a responsabilidade dos gestores estaduais e municipais do programa, esta não era executada de forma rotineira, o que impossibilitou um monitoramento ou avaliação real e confiável a partir dessa ferramenta. A ausência de

informações confiáveis no Simec estadual e municipal direcionou os investigadores a recorrer aos relatórios documentais das equipes de Saúde da Família envolvidas no programa para obter os dados necessários, entretanto, a inexistência de uma padronização dos relatórios das equipes também culminou na deficiência de informações, como a faixa etária dos alunos abordados, a série destes ou a identificação dos profissionais que conduziram as ações, por exemplo.

A alimentação do sistema é fator determinante para a continuidade da pactuação do programa, sendo esta a maneira utilizada para seu acompanhamento e confirmação de funcionamento. O Simec era composto por uma ficha de relatório que possibilitava a descrição de informações, como o profissional que conduziu a ação, o tema trabalhado e a maneira de desdobramento da atividade, porém, não era necessário que todos os itens fossem preenchidos para que o sistema cadastrasse os dados, sendo esta uma hipótese para a escassez de dados que foi observada pelos pesquisadores.

Não obstante as limitações apontadas, este estudo traz contribuições que poderão servir para avaliações mais abrangentes nos níveis estadual e nacional uma vez que usa uma metodologia já bem validada e propõe parâmetros de comparação. Outra contribuição que este estudo traz é apontar a necessidade de ações governamentais que viabilizem a real implementação do programa no País.

Conclusões

O presente artigo é um recorte do PSE no ano de 2016. Discorre sobre a avaliação da educação continuada em saúde; um tema relevante e atual que, em situação de êxito, traz impactos positivos para a estruturação da saúde pública brasileira. É sabido que o

PSE vem sendo implementado em diversas regiões do País e apresenta resultados distintos, contemplando as peculiaridades de objetivos e ações de cada intervenção ao longo do território nacional. Porém, a baixa regularidade, apesar de crescente, das pesquisas que envolvam a avaliação dessa estratégia em um nível regional maior, impede um confronto ou afirmação direta de alguns dos resultados expostos neste manuscrito.

Achados como disparidades regionais relativas ao alcance e realização do PSE, expressas por meio do quantitativo superior de ações na zona urbana do município quando comparada à área rural, assim como um bom número de escolas cadastradas contrastando com a baixa ativação (implementação) do PSE – ou ainda um alcance ‘muito ruim’ dos estudantes, público-alvo do programa –, permearam as respostas da pesquisa; possibilitando a solidificação de subsídios para o surgimento de questionamentos essenciais às novas intervenções científicas nesse campo e fornecendo outros conhecimentos sobre o programa para o público geral.

Colaboradores

Cardoso MD (0000-0002-2256-8874)* contribuiu para a concepção da obra, análise e interpretação dos dados para o trabalho, assim como, para a redação e revisão do texto. Lorena Sobrinho JE (0000-0001-7820-735X)*, Santiago LCS (0000-0003-3118-7018)* e Silva BRVS (0000-0002-6140-6990)* contribuíram igualmente para a redação e revisão do texto. Silva RT (0000-0003-4651-1941)* e Pereira TP (0000-0001-8363-3871)* contribuíram igualmente para a análise e interpretação dos dados para o trabalho. Andrade PMC (0000-0002-7321-2114)* é responsável pela elaboração do manuscrito. ■

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

Referências

1. Gonzales HR, Machado MMT, Barros MVG, et al. Promoção da saúde em crianças e adolescentes. João Pessoa: Imprell; 2016.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Escolas promotoras de saúde: experiências do Brasil. Organização Pan-Americana da Saúde. Brasília, DF: MS; 2007.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Instrutivo PSE. Brasília, DF: MS; 2011.
4. Brasil. Decreto nº 6.286, de 5 de dezembro de 2007: Institui o Programa Saúde na Escola (PSE), e dá outras providências. Diário Oficial da União. 6 Dez 2007.
5. Barbieri AF, Noma AK. Políticas públicas de educação e saúde na escola: apontamentos iniciais sobre o Programa Saúde na Escola (PSE). Maringá: Universidade Estadual de Maringá; 2013. [acesso em 2018 ago 20]. Disponível em: http://www.ppe.uem.br/publicacoes/seminario_pp_e_2013/trabalhos/co_01/08.pdf.
6. Glasgow ER, Vogt TM, Boles MS. Evaluating the Public Health Impact of Health Promotion Interventions: The RE-AIM Framework. *Am J Public Health*. 1999; 89(9):1322-7.
7. Almeida FA, Brito FA, Estabrooks PA. Modelo RE-AIM: Tradução e Adaptação cultural para o Brasil RE-AIM framework: Translation and Cultural adaptation to Brazil Modelo RE-AIM: Traducción y Adaptación Cultural para el Brasil. *REFACS*. 2013; 1(1):6-16.
8. Benedetti TRB, Schwingel A, Zajko WC, et al. RE-AIM: uma proposta de avaliação de programas de atividade física. *Rev Kairós Gerontol*. 2014; 17(2):295-314.
9. Cunha DB, Souza BSN, Pereira RA, et al. Effectiveness of a Randomized School-Based Intervention Involving Families and Teachers to Prevent Excessive Weight Gain among Adolescents in Brazil. *Plos one*. 2013; 8(2):e57489.
10. Ferreira IRC, Moysés SJ, França BHS, et al. Percepção de gestores locais sobre a intersetorialidade do programa saúde na escola. *Rev Bras educ*. 2014; 19(56):61-76.
11. Viana FJM, Faúndes A, Mello MB, et al. Fatores associados a sexo seguro entre alunos de escolas públicas em Minas Gerais, Brasil. *Cad. Saúde Pública*. 2007; 23(1):43-51.
12. Oliveira MAFC, Bueno SMV. Comunicação educativa do enfermeiro na promoção da saúde sexual do Escolar. *Rev. latino-am Enfermagem*. 1997; 5(3):71-81.
13. Machado MFS, Gubert FA, Meyer APGFV, et al. Programa Saúde na Escola: estratégia promotora de saúde na atenção básica no Brasil. *Rev bras crescimento desenvolv hum*. 2015; 25(3):307-312.
14. Santiago LM, Rodrigues MTP, Oliveira Junior ADO, et al. Implantação do programa saúde na escola em Fortaleza-CE: atuação da equipe da estratégia saúde da família. *Rev Bras Enferm*. 2012; 5(6):1026-1029.
15. Muller WA, Silva MC. Barreira à prática de atividade físicas de adolescentes escolares da zona rural do sul do Rio Grande do Sul. *Rev bras ativ fis saúde*. 2013; 18(3):344-346.
16. Barros MS, Fonseca VM, Meio MDBB, et al. Excesso de peso entre adolescentes em zona rural e a alimentação escolar oferecida. *Cad. Saúde Coletiva*. 2013; 21(2):201-208.
17. Lepsen AM, Silva MC. Prevalência e fatores associados à insatisfação com a imagem corporal de adolescentes de escolas do ensino médio da Zona Rural da Região Sul do Rio Grande do Sul, 2012. *Epidemiol serv saúde*. 2014; 23(2):317-325.

18. Brasil. Ministério da Saúde. Diretrizes nacionais para a atenção integral à saúde de adolescentes e jovens na promoção, proteção e recuperação da saúde: Área Técnica de Saúde do Adolescente e do Jovem. Brasília, DF: MS; 2010.

DF: MEC; [s.d.]. [acesso em 2015 nov 15]. Disponível em: simec.gov.br.

19. Brasil. Ministério da Educação. Sistema Integrado de Monitoramento Execução e Controle. Brasília,

Recebido em 10/05/2022
Aprovado em 09/09/2022
Conflito de interesses: inexistente
Suporte financeiro: não houve